¿Un imán de bienestar en el Sur?

Migración y política social en Costa Rica

Koen Voorend

EDITORIAL UCR

Instituto de Investigaciones Sociales

¿Un imán de bienestar en el Sur?

Migración y política social en Costa Rica

Edición aprobada por la Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica.
Primera edición: 2018

Título original: *A Welfare Magnet in the South? Migration and Social Policy in Costa Rica*
Publicado por el International Institute of Social Studies (ISS), Erasmus University Rotterdam

La EUCR es miembro del Sistema de Editoriales Universitarias de Centroamérica (SEDUCA), perteneciente al Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA).

Revisión de pruebas: María Benavides G.
Traducción: Koen Voorend y Kristell Chaves L.
Diseño y diagramación: Fidel de Rooy y Fernanda Segura A.
Diseño de portada: Fernanda Segura A. con insumos de Juan Diego Ramírez P. y Fidel de Rooy.

© Editorial Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica.
Apdo. 11501-2060 • Tel.: 2511 5310 • Fax: 2511 5257 • administracion.siedin@ucr.ac.cr • www.editorial.ucr.ac.cr

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

Voor Lara en Louk.

Y para Ariana.

Agradecimientos

Como casi todo en la vida, este libro no habría sido posible sin el apoyo de muchas personas. Algunas merecen una mención especial, pero, antes de llegar a eso, me gustaría agradecer a todas las personas migrantes nicaragüenses que participaron en este estudio. Aunque mi situación sea mucho más privilegiada en comparación con la de ellas, como migrante me puedo identificar con algunas de sus luchas y victorias, miedos y alegrías, sensaciones de pertenencia (y exclusión), frustraciones y satisfacciones, ausencias y presencias. Reconozco su arduo trabajo para que el mundo de sus hijos sea mejor. Espero que este estudio pueda colaborar con eso de alguna forma.

Agradezco el apoyo institucional que humildemente recibí. Del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS), de la Universidad de Costa Rica, agradezco el apoyo de la dirección de Carmen Caamaño y, más recientemente, de Sergio Villena. También a Kathia Castro, Xinia Trejos y a todo el resto del personal administrativo del IIS por su constante ayuda con las vueltas administrativas y por hacerlo en un ambiente de compañerismo. Del International Institute of Social Studies, La Haya, de la Universidad Erasmus de Rotterdam, por financiar la recolección de datos para esta investigación. Y del ZEIT Stiftung, del cual fui becario en el marco del prestigioso programa *Settling into Motion*, por permitirme participar en espacios de discusión con personas interesadas e interesantes quienes estudiaban temas similares en todo el mundo. Sobre todo, me gustaría agradecerle a Anna Hofmann y a Jane Bartels por su apoyo y entusiasmo.

A Arjun Bedi, gracias por la honesta y solemne guía y revisiones en el proceso de gestación de este libro. A Max Spoor, por ser un mentor durante mi introducción a la academia y su constante apoyo y amistad en las decisiones "poco convencionales" que tomé en las últimas dos décadas. A Diego Sánchez-Ancochea, Andrew Fischer, Geske Dijkstra, Des Gasper, Barbara Hogenboom y Ana Lucía Badillo por sus revisiones críticas en las versiones previas de este libro. Caitlin Fouratt y Shiri Noy, gracias por las revisiones y la agradable colaboración que terminó en artículos publicados en revistas internacionales. Elise Hjalmarson, gracias por las revisiones críticas de varios de los textos en este libro.

En Costa Rica, le debo, primero y ante todo, un agradecimiento a Juliana Martínez Franzoni, una investigadora envidiable y activista valiente, con quien he compartido

muchas aventuras académicas desde mi llegada al país. Gracias por ser una increíble mentora, inspiración, supervisora, coautora y amiga. Mi experiencia migratoria hubiera sido mucho más difícil sin la confianza que me depositaste. A Carlos Sandoval, cuyo compromiso con poblaciones migrantes es admirable, por ser un respetado colega, aliado y amigo. A ambos, gracias por el honor que me hacen al escribir los prefacios de este texto.

A Francisco Robles Rivera, mi cómplice en la universidad y mejor amigo en Costa Rica. A lo largo de estos años, junto con Rose, se han hecho parte de la familia, y así, parte indispensable de nuestras vidas. Gracias por todo eso, mi hermano. A José Esquivel, gracias no solo por el apoyo indispensable en esta investigación, también por su amistad. A Rebeca Sura, quien se convirtió en asistente de lujo, en colega respetada y amiga, y con quien salen varias publicaciones en coautoría. A Adriana Sánchez, Alonso Ramírez, Andrés León, Luis Mora y Laura Chinchilla por su apoyo y amistad durante todos estos años. Asimismo, gracias a Karla Venegas, por su asistencia al inicio de la investigación. A todas las personas del Programa de Nuevas Formas y Acumulación, Distribución y Desigualdad. Gracias a Luis Ángel Oviedo por su apoyo desinteresado con el procesamiento de datos. Agradezco también el apoyo de todos y todas mis colegas de la Escuela de la Ciencia de la Comunicación Colectiva, en especial: Carolina Carazo, Lorna Chacón, Jorge Zeledón, Lissette Marroquin, Ignacio Siles, Larissa Tristán, Miguel Regueyra, Marvin Amador. Agradezco también a María Villalobos, quien con mucho entusiasmo y profesionalismo asistió con la revisión filológica del texto. A Fidel de Rooy por la primera versión de la diagramación, y a Fernanda Segura por su integración entusiasta al trabajo final del diseño y de la diagramación, con base en un insumo inicial de Juan Diego Ramírez. A la Editorial UCR por las revisiones críticas y detalladas, en especial a Olger Calderón, Aida Elena Cascante y Gabriela Fonseca.

A mis amigos y amigas en Costa Rica: Armando León, José Pablo Zumbado, Ronald Masís, William Jiménez, Marcelo Araya, José, Jorge y Jona Suárez, Álvaro Cascante, y Erick Ramírez. Juan Diego Ramírez y Ana Lobo, Sofía Herrera y Juan Carlos Mendoza, Mariana Luzuriaga y Abner Azofeifa, Melissa Rivera y Francesco Bracci, Thelma Delgado e Ivo Cussianovich, José Garro.

Gracias a mis amigos holandeses en Costa Rica, en especial Michiel van Rossum y Menno Braaksma. También a Guido Hogen y Jelle Hettinga. Y, por supuesto, a sus familias, que constituyen, todos y todas, "mi" comunidad holandesa-tica acá: Gloriana López, Sofía y Sarah; Tannia Corriols, Emma y Ana; Olena Ternova y Youri; Yúrika, Ariana, Elise y Liam. *¡Dank voor jullie vriendschap!*

A Edgar y Silvana (Tata y Mina), quienes me han apoyado sin condiciones ni descanso desde el primer día en Costa Rica. Gracias por todo. Gracias también a Luis Diego, Mariela, Mariana, Jimena y Elena.

A mis *peeps* en Holanda, a quienes no veo a menudo, pero cuya amistad no se desvanece: Basje, Meike, Bart, Susanne, Simon, Kim, Paultje, Nik, Eelke. Y en especial a Elsje, el vínculo más constante y estable en mi propia diáspora. *¡Ik mis jullie!*

Nada de esto sería posible sin mi familia directa. Mis dos hermanas, Muk y Mirte, quienes se han convertido en mujeres hermosas, fuertes, dedicadas, intensas y locas. *¡M&M, ik ben zo trots op jullie!*

Y, por supuesto, mis padres, Henk y Joke. Gracias por enseñarme a ser independiente, por inspirarme a seguir mi corazón, por todo el amor y el arduo trabajo, el cual aprecio ahora más que nunca. Y por dejarme crecer hasta ser quien soy, acompañándome siempre e incondicionalmente a mi lado. Aspiro a ser un papá tan increíble como ustedes lo han sido para mí, en su propuesta de vanguardia de formar una familia postpatriarcal. *Ik hou van jullie.*

A las dos personas más hermosas que conozco, Lara y Louk. Cambiaron todo. Gracias por la alegría que traen a mi vida, por el asombro ante lo ordinario, por hacerme llorar de orgullo todos los días y por compartir conmigo todo su bello, intenso y caótico amor. *¡Ik hou van jullie!*, Lara y Louk.

Por último, Ariana, gracias por embarcarte en esta frenética aventura conmigo hace más de una década y por crear, de las piezas, un todo. ¡Te amo!

Contenido

Agradecimientos ..... *IX*
Acrónimos ..... *XVII*
Prefacio (a la edición en inglés) ..... *XIX*
Prefacio (a la edición en español) ..... *XXIII*

Introducción XXV

1. Migración y política social (en Costa Rica): teoría y justificación 1

1.1 Introducción 1
1.2 Consideraciones teóricas generales 3
1.2.1 Política social y universalismo (en América Latina) 3
1.2.2 Sobre la exclusión, la soberanía del Estado y la inmigración 7
1.2.3 El imán de bienestar y el chovinismo del bienestar 14

1.3 El caso de Costa Rica 16
1.3.1 Contextos más informales 16
1.3.2 La política social costarricense 18
1.3.3 La inmigración en Costa Rica 21

2. La política migratoria y los criterios de elegibilidad para el acceso a los servicios de salud en Costa Rica 27

2.1 Introducción 27
2.2 Evolución de las leyes migratorias 27
2.2.1 Antes de 1986 28
2.2.2 La Ley de 1986: regulación de la migración 29
2.2.3 La Ley del 2005: securitización 30
2.2.4 El Acuerdo Binacional del 2007 31
2.2.5 La Ley del 2009: ¿los derechos sociales y la inclusión? 33
2.2.6 Del 2010 a la actualidad: los retrasos y los transitorios 35

2.3 El sector de salud 36
2.3.1 La Caja 36
2.3.2 Breve reseña de la CCSS 38
2.3.3 El acceso de las personas inmigrantes al seguro médico 40
2.3.4 Los inmigrantes y el seguro médico 42
2.3.5 La atención médica para los no asegurados 43

3. Sobre la soberanía estatal: la interacción entre la política social y migratoria en Costa Rica 47

3.1 Introducción 47
3.2 La reforma migratoria y la aplicación de la Ley de la Salud 50
3.2.1 Reforma de la ley de migración y el acceso a la salud 50
3.2.2 La trampa: regularización y seguro familiar 52

3.3 CCSS: Endurecimiento político, amenazas al universalismo y confusión 54
3.3.1 Endurecimiento de las políticas 55
3.3.2 Ataques (fallidos) al universalismo y confusión 55

3.4 Conclusiones 57

4. "Tras de cuernos, palos". Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del seguro social 59

4.1 Introducción 59
4.2 Tras de cuernos, palos. Percepciones sobre la inmigración en la CCSS y la DGME 61
4.2.1 Percepciones sobre Costa Rica como un imán de bienestar 61
4.2.2 El problema de integración del inmigrante nicaragüense 66
4.2.3 Legalidad para la legitimidad 69
4.2.4 La reforma de la Ley de Migración como solución 73

4.3 Conclusiones 75

5 ¿Servicios sociales como imán? La incidencia de inmigrantes en los servicios de salud 78

5.1 Introducción 78
5.2 La incidencia nicaragüense percibida 78
5.3 La incidencia de migrantes en la salud pública 79
5.3.1 Aseguramiento: el mito del migrante que no contribuye 79
5.3.2 Consultas médicas y hospitalización 81
5.3.3 Atención médica de emergencia 82
5.3.4 ¿Fronteras abarrotadas? Variaciones regionales 85
5.3.5 Partos intrahospitalarios: ¿bebés ancla? 88

5.4 Conclusiones 90

6. No vamos a lo público. Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses 93

6.1 Introducción 93
6.2 Esquivando al Estado en ambos lados de la frontera 95
6.2.1 Costa Rica 95
6.2.2 Nicaragua 102

6.3 Conclusiones 105

7. Acceso estratificado a los servicios de salud pública 107

7.1 Introducción 107
7.2 Diseño de muestra 109

7.3 Estadísticas Descriptivas 110
7.3.1 La encuesta MISOC versus los datos del Censo 110
7.3.2 MISOC: comparación de nacionales e inmigrantes 113
7.3.3 Migración 114
7.3.4 Seguro médico 118
7.3.5 Asistencia sanitaria pública y medicina 119
7.3.6 Los servicios de salud y medicina pública para niños 124

7.4 Pruebas de medias 128
7.5 Conclusiones 131

8. De los derechos a los hechos. Factores que explican el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud 132

8.1 Introducción 132
8.2 Descripción empírica 132
8.2.1 Variables dependientes 133
8.2.2 Las variables independientes 134
8.2.3 Modelos de regresión 138

8.3 Estimaciones de los modelos de regresión 140
8.3.1 Seguro médico 140
8.3.2 El acceso a la salud pública 146
8.3.3 Acceso a los medicamentos públicos 150

8.4 Factores que explican el acceso de las personas migrantes a la salud 151
8.5 Conclusiones 155

Conclusiones 156
Anexos 163
Bibliografía 197
Índice de cuadros 209
Acerca del autor 211

Acrónimos

BNA	Acuerdo Binacional entre Costa Rica y Nicaragua para la regulación de flujos migratorios laborales
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
DR-CAFTA	Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos
FODESAF	Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
NGO	Organización No Gubernamental
RHS	Right Hand Side
TTE	Tarjeta de Trabajo Estacional

Prefacio
A la edición en inglés

La migración nicaragüense a Costa Rica es uno de los casos más prominentes de movilidad humana Sur-Sur en América Latina. Alrededor del 7 por ciento de la población en Costa Rica nació en Nicaragua y un número importante de padres y madres de nuevas generaciones de costarricenses nacieron en Nicaragua. Estas tendencias adquieren más relevancia dado el descenso en la tasa de fertilidad y el aumento de la esperanza de vida entre costarricenses. Estas transiciones, junto con otros cambios económicos y sociales, producen una serie de ansiedades con respecto a la manera en que se vive la pertenencia nacional y la nacionalidad en Costa Rica. Efectivamente, el sentido de nacionalidad costarricense ha sido en gran parte imaginado a través de las representaciones del nicaragüense como el "otro". En décadas recientes, el deterioro de los servicios públicos, como la educación, la vivienda o la provisión de servicios de salud, generalmente, ha sido explicado como consecuencia de la inmigración nicaragüense.

Koen Voorend, en este libro, aborda en qué medida el sistema de salud pública costarricense atrae la inmigración nicaragüense y si efectivamente la migración es responsable del deterioro de la provisión de servicios sociales. La investigación analiza diversas aristas del tema. Los capítulos empíricos son contextualizados con un análisis de cambios recientes en la ley migratoria y las consecuencias que se siguen de ello para el acceso de los migrantes a los servicios de salud. El requisito de afiliación al sistema de salud pública para la solicitud de un permiso de residencia es sin duda el cambio más significativo (Capítulos 2 y 3).

El libro luego explora percepciones de la inmigración entre costarricenses, los prejuicios que emergen y que conforman un tipo de racismo de sentido común (Capítulo 4). Estas percepciones son contrastadas posteriormente con datos oficiales sobre la demanda de servicios de salud por parte de la comunidad nicaragüense en Costa Rica (Capítulo 5). Entre poblaciones jóvenes, como tiende a ser la población migrante, el uso de servicios de salud no es tan alto como la opinión pública tiende a suponer. Los dos capítulos siguientes (6 y 7) exploran cómo las personas nicaragüenses hacen frente a las dificultades que enfrentan cuando quieren acceder a la provisión de salud pública. El Capítulo 6 subraya que el pagar por servicios privados es una experiencia común en ambos lados de la frontera. El Capítulo 7 reporta los datos de una encuesta realizada entre inmigrantes nicaragüenses y nacionales costarricenses.

Esta encuesta se enfoca en el uso de servicios sociales y representaciones sobre este uso entre ambas poblaciones. La falta de empleo en Nicaragua, la cercanía y las redes existentes, así como las diferencias salariales emergen como las principales razones para migrar a Costa Rica. En contraste, la provisión de salud pública en Costa Rica constituye un motivo solo para un muy pequeño porcentaje de la muestra. Es notable que la población asegurada como asalariado/a entre costarricenses y nicaragüenses es casi igual (19 % y 18.8 %, respectivamente), lo cual suma a la evidencia de que las personas nicaragüenses no son una "carga" para los servicios públicos de salud. Estos datos son similares a los reportados por el último Censo Nacional (2011).

El siguiente capítulo (8) despliega un conjunto sofisticado de técnicas estadísticas para examinar el acceso de migrantes a los servicios de salud pública. Una de las conclusiones más importantes de este capítulo es que "Hay evidencia estadística fuerte de que las variables de estado migratorio son determinantes claves para la probabilidad de contar con un seguro médico" (p.141). Esta conclusión es sumamente relevante tanto para la definición de las prioridades de apoyo y defensa que realizan las ONG como para quienes elaboran políticas públicas. Los resultados sugieren que la ley migratoria costarricense actual no estimula la regularización de migrantes ni tampoco fomenta la integración y, por ende, subraya la necesidad de una reforma.

Este libro es de interés para aquellas personas que trabajan en el tema de inmigración, pero también es de provecho para aquellas personas que están definiendo rutas metodológicas en sus propios proyectos. El empleo de metodologías y técnicas mixtas es una cualidad destacable de este libro. La división cualitativa/cuantitativa, todavía recurrente en la academia, es desafiada constantemente en este libro, demostrando que la investigación puede beneficiarse de diferentes formas de trabajar y diversas formas de formular preguntas. Dado que la pregunta de investigación trata de un tema muy disputado, la elección de métodos mixtos permite alcanzar conclusiones más sólidas. Con ello, además, los criterios de confiabilidad y validez con el desafío de satisfacer necesidades sociales de conocimiento.

En general, la lectura de este libro profundiza la comprensión de la interacción entre la salud pública y la inmigración en Costa Rica. Es importante destacar que sacar "ventaja" de los servicios de salud no es una razón importante para emigrar a Costa Rica y la provisión de servicios de salud a nicaragüenses no es una razón que explica la crisis económica que ha vivido, en años recientes, la Caja Costarricense de Seguro Social.

Habiendo dicho eso, una pregunta pendiente es por qué, a pesar de tal evidencia, la representación de los migrantes nicaragüenses aún está asociada con ser un "drenaje" de los recursos públicos. En otro lugar, he argumentado que la "nación" ha reemplazado a la "sociedad" como el marco desde el cual se da sentido al cambio institucional en Costa Rica (Sandoval, 2013). Este marco nacionalizado se da por sentado y no es discutido, lo cual es problemático porque no estimula la integración y

la solidaridad. Subvertir los marcos a través de los cuales se representa la inmigración es, por lo tanto, una tarea urgente.

El concepto predominante de representación de la inmigración es el de constituir una "carga" y un "costo", especialmente relacionado con la provisión de servicios sociales, siendo la salud un caso emblemático, como demuestra de manera convincente este libro. Un cambio deseable podría consistir en no solo centrarse en el "costo" sino también en los "beneficios" de la migración. Hasta ahora, la sociedad costarricense no sabe mucho sobre la contribución de las personas migrantes nicaragüenses a la economía. Los debates se centran en los "costos" y apenas se reconoce que la población inmigrante nicaragüense es indispensable para la economía de exportación basada en la agricultura (café, plátano, melón, piña, entre otros) tan predominante en las zonas rurales, para las industrias de seguridad privada, construcción o para el trabajo doméstico remunerado en áreas urbanas. Investigaciones recientes concluyen que la comunidad nicaragüense en Costa Rica aporta un 12% al producto interno bruto}, es decir, su contribución económica prácticamente duplica su porcentaje en Costa Rica que se estima, como ya se anotó, en un 7%. Ello pese a que la mayoría de las personas desempeñan labores no calificadas (OCDE OIT, 2018). Este hallazgo advierte cuán dependiente es la economía costarricense de la mano de obra migrante. Aquellos que se consideran desechables y no deseados son realmente indispensables para el estilo de desarrollo prevaleciente.

Se necesita investigación teórica y empíricamente informada para poner de relieve la interdependencia entre las personas migrantes y las sociedades de acogida, en este caso entre las personas nicaragüenses y la sociedad costarricense. Esta contribución de Koen Voorend ilumina formas de trabajar hacia nuevas preguntas de investigación.

Carlos Sandoval García

Prefacio
A la edición en español

A lo largo y ancho del globo terráqueo experimentamos movilizaciones humanas masivas, tanto de personas que parten como que arriban, en busca de mejores condiciones de vida. Llamativamente, la mayor parte de la investigación comparada sobre política social y sobre regímenes de bienestar, en particular en países del Sur global, han pasado de largo de esta realidad. Ello es aún más llamativo dado el renovado interés que la política social y en particular el acceso universal a los servicios sociales tuvo desde los años 2000, en particular en América Latina. Habitamos una región que durante los últimos 15 años experimentó lo que Fernando Filgueira ha llamado "segunda incorporación". Esta incorporación no fue ahora de las masas trabajadoras formales, como había ocurrido durante el siglo veinte, sino más bien de niños y niñas, de trabajadores y trabajadoras informales, vulnerables, con niveles de ingresos bajos y necesidades básicas insatisfechas. Buena parte de esta población parece haber sido población migrante. Y digo parece, porque la creciente literatura que analiza la capacidad estatal para igualar o, por el contrario, diferenciar y segmentar a la población, no se ha detenido en el carácter migrante o no, de las personas que estudia. La literatura comparada cuenta con miradas sobre distintos sectores de política, sobre distintos períodos históricos, sobre distintos países y regiones de América Latina. En general, sin embargo, ha carecido de una preocupación por la capacidad estatal para igualar o desigualar oportunidades sobre y desde la población migrante.

El estudio de Costa Rica es un caso doblemente ilustrativo de este vacío: por un lado, la población migrante y, en particular, la población de origen nicaragüense, representa una proporción importante de la población. Además es un país cuyo estado social ha sido identificado reiteradamente como uno de los pocos con rasgos universalistas del Sur global. Vale decir que es un país que ha logrado que una mayoría de su población acceda a servicios sociales con altos grados de suficiencia en el tipo y la calidad de servicios a los que se accede, así como con altos grados de equidad. En tercer lugar, Costa Rica ha logrado esa trayectoria universalista mediante una combinación de instrumentos contributivos propios de la seguridad social y otros no contributivos, propios de la asistencia social. Es precisamente el que Costa Rica haya tenido logros importantes por caminos distintos a los países con estados sociales más exitosos del Norte global, el que hace que Costa Rica sea un país del cual interesa mucho aprender desde otras realidades del Sur global.

Al analizar el papel de los servicios de salud de la seguridad social costarricense en atraer al país migración nicaragüense y en hacerlo en el marco de la literatura sobre política social y regímenes de bienestar, este libro de Koen Voorend viene a llenar un vacío importante. Será difícil continuar mirando para otro lado respecto a una proporción tan importante de la población como lo son las personas migrantes nicaragüenses, pero será más difícil respecto a cómo su acceso interpela el universalismo que ha logrado el país en la población en general.

Un segundo aporte alude a la implementación de política: Koen analiza la percepción de la población costarricense respecto al papel que los y las migrantes nicaragüenses tiene en erosionar los servicios públicos de salud. Más aún, el libro reconstruye las rutas efectivas de acceso que la población migrante utiliza para acceder a los servicios de salud, incluyendo su pago de servicios privados. La mayor parte de la literatura comparada en política social y regímenes de bienestar se enfoca en las arquitecturas de política y en sus resultados en materia de cobertura, gasto y equidad. La mirada a lo que efectivamente ocurre en la vida de las personas, y no solo a lo que se supone que debería ocurrir según la política pública, es otra valiosa contribución que hace este libro. Un aspecto sustantivo sobre el cual aporta esta mirada es a las estrategias mixtas, públicas y privadas, de acceso a los servicios. Como dice el dicho "con la salud no se juega": las personas hacen lo que esté a su alcance para resolver. El uso de técnicas mixtas, complementarias en términos de la evidencia que aportan, invita a más estudios que hagan esta misma apuesta. Pero lo central es la reconstrucción que tiene lugar desde lo que la población reporta como sus estrategias para acceder a los servicios, en este caso, de salud.

Tanto Koen como yo somos migrantes y nos conocimos en Costa Rica, nuestro país de adopción, hace algunos años cuando Koen daba sus primeros pasos como investigador. Poco más de una década después, Koen ya no da sus primeros pasos, sino que se consolida como un investigador riguroso y a la vez creativo, capaz de tender puentes entre literaturas, entre políticas, entre técnicas, entre fronteras, y ser capaz de llenar un vacío. Los hallazgos encontrados no son para quedarse en estas páginas sino para alimentar las agendas de tomadores de decisiones, de representantes legislativos, de partidos políticos y de organizaciones sociales, incluyendo, por supuesto, las de los propios y las propias migrantes.

Sabemos que el universalismo de la política social costarricense y, en particular, de su sistema de salud, se encuentra hoy amenazado. Las vidas de las personas migrantes nicaragüenses en que se enfoca este libro condensan las contradicciones y tensiones de este país que ha sabido hacer tanto y tan bien durante el siglo veinte, y que a la vez parece no encontrar rutas claras para tener el estado social fuerte que necesitará durante el siglo veintiuno. Estas páginas brindan luces para pensarlo, para la población migrante, sí, pero en ellos y ellas para todas las personas que habitan este pequeño gran país que es Costa Rica.

Juliana Martínez Franzoni

Introducción

Las largas listas de espera para obtener una cita médica, escuelas sobrepobladas y un sistema de salud saturado, con dificultades financieras para proveer servicios de calidad, son algunas señales de la tensión que enfrentan los servicios públicos en Costa Rica. Desde la década de 1980, el régimen de protección social "excepcional" se ha mantenido bajo presiones, debido a que el país redujo el gasto social público, luego de la crisis de la deuda y la consecuente transformación estructural económica y social (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013). En este contexto, la incorporación de las personas inmigrantes nicaragüenses en los acuerdos de bienestar de Costa Rica se ha convertido en un tema particularmente espinoso (Bonilla-Carrión, 2007; Campos y Tristán, 2009; López, 2012; Sandoval, 2012, 2007).

Este trabajo analiza la interacción entre la inmigración y la política social en Costa Rica; asimismo, la relación entre las personas inmigrantes y los servicios sociales, específicamente de la salud. Su principal aporte es empírico, en ese sentido, busca contribuir a un debate de política pública en el país, el cual se concentre en la idea de que los servicios de salud en Costa Rica constituyen un imán de bienestar para la inmigración nicaragüense; además, en el cuestionamiento de la legitimidad de la demanda de ese grupo por los servicios sociales. Este libro no solo rechaza la idea antes planteada, sino también argumenta que esta se arraiga en percepciones públicas y discursos, a falta de un fundamento basado en la experiencia. Lo anterior subraya la importancia de comprender la base empírica detrás de las percepciones y los argumentos del imán de bienestar, tanto en Costa Rica como en Estados Unidos y en países de Europa, donde se producen debates similares y discursos antiinmigrantes, a menudo sin fundamento empírico.

Aunque el alcance teórico de este libro es menos ambicioso, el estudio se suma a un gran cúmulo de publicaciones sobre el vínculo que existe entre la inmigración y la política social, tanto en el Norte como en el Sur, y se inserta en debates teóricos y políticos más amplios. En primer lugar, se analizan los procesos de exclusión social que afectan la integración de inmigrantes y los mecanismos de extensión (y negación) de sus derechos sociales en los países del Sur. Revisten especial interés el análisis de las reacciones estatales y la centralidad de la política social y migratoria de dichas reacciones, hacia la inclusión de las personas inmigrantes en contextos más informales de la globalización.

En segundo lugar, el estudio resalta la necesidad de abarcar más que los análisis jurídicos de los derechos sociales de las personas inmigrantes y los criterios de elegibilidad, al hacer hincapié en la importancia de analizar el acceso real a los servicios sociales. Se argumenta que un discurso político inclusivo y el reconocimiento legal de los derechos son importantes, pero no suficientes para la inclusión de la población inmigrante.

En tercer lugar, la investigación interactúa con debates más amplios sobre el universalismo en la política social (en América Latina), al alegar de forma paradójica que la política social universal en la práctica se encuentra estratificada y es de difícil acceso para los inmigrantes a causa de los mecanismos de exclusión estructurales, institucionales y extralegales.

Costa Rica representa un caso idóneo en el Sur para estudiar el nexo entre la migración y la política social. Es el único país en Latinoamérica que combina una fuerte política social universalista y altos índices de inmigración neta.[1] Al respecto, algunas preguntas acerca de la posibilidad de que los inmigrantes sean incluidos en los acuerdos de bienestar, cómo y en qué medida esto podría llevarse a cabo representan un problema más apremiante en Costa Rica que en la mayor parte de Latinoamérica. Gracias a esta "singular" situación, Costa Rica es un caso cercano que puede aportar a la discusión teórica sobre la migración y la política social en el Norte del continente. Es decir, representa una oportunidad para evaluar de forma crítica esta literatura, de acuerdo con las experiencias en el Sur.

En este país, la demanda de bienes sociales universales por parte de personas inmigrantes ha sido impugnada progresivamente (Sandoval, 2007), en un contexto donde el sistema de política social se encuentra bajo una presión financiera y el principio del universalismo está en proceso de erosión. Aunque las estructuras de bienestar en Costa Rica son muy parecidas a las que antecedieron la crisis de la deuda en 1980 (es decir, muchos de los programas y las instituciones sociales se mantienen), existe "una gran tensión debido a la exigencia de realizar más con menos recursos per cápita" (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2012, p. 90).[2] Como resultado, la calidad de los servicios sociales públicos se ha deteriorado, mientras que la demanda y la oferta de servicios privados prosperan.

El sector de la salud representa un claro ejemplo de los efectos de esta tensión. La esencia de las reformas en las décadas de 1980 y 1990 fueron los recortes de suministros básicos, lo cual dio como resultado largas listas y períodos prolongados de espera y un creciente sentimiento de insatisfacción en los pacientes (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013). Lo anterior también se refleja en la evolución del gasto público social per cápita destinado a la salud, el cual se duplicó en la década de los setenta (de USD 100 a USD 200, en dólares del año 2000); no obstante, disminuyó a USD 120 a comienzos de los años ochenta, cifra que se mantuvo hasta avanzada la década del 2000.[3] En términos reales, esto significó una reducción de la inversión en salud, hecho que, hasta ahora, no ha afectado de manera significativa los indicadores de morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, sí hay algunas señales del efecto sobre la prestación de los servicios de salud. Por ejemplo, la cobertura del seguro médico entre los trabajadores asalariados era de casi un 80 por ciento antes de la crisis, pero decreció durante las décadas de 1980 y 1990; posteriormente, disminuyó a un 65 por ciento en el 2005 (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013). Entre los años 2000 y 2013, la cantidad de doctores por cada 1000 habitantes pasó de 1.33 a 1.11 (CEPAL, 2016). Aún más importante, estudios cualitativos demuestran que las listas de espera para conseguir citas médicas y recibir atención aumentó tanto como la insatisfacción por los servicios recibidos (Dobles, Vargas y Amador, 2013; Martínez Franzoni, 2006).

Otro síntoma que evidencia el deterioro del sistema de salud pública costarricense es el aumento en los servicios privados. Mientras que los gastos en salud pública aumentaron un 5 por ciento anual, entre 1991 y 2001; la medicina privada incrementó un 8 por ciento en promedio (Picado, Acuña y Santacruz, 2003). Entre el 2000 y el 2009, el porcentaje de gasto en salud privada (compuesto por pagos del propio bolsillo y del seguro privado), del total de gastos en salud, aumentó de un 23 por ciento a un 33 por ciento (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013), principalmente entre los grupos de ingresos medios y altos.

El deterioro de los servicios públicos y la reducción de la inversión pública "usualmente no se representan como una consecuencia de las políticas neoliberales, sino como el resultado de la migración de nicaragüenses a Costa Rica" (Sandoval, 2004, p. 444).[4] Aunque los flujos migratorios de Nicaragua a Costa Rica tienen un largo historial (Cortés, 2008), la inmigración alcanzó su punto máximo en la década de 1990, justo cuando el país adoptaba nuevas medidas de liberalización económica después de la crisis de la deuda. En efecto, la inmigración laboral (definida como los movimientos transfronterizos para obtener un trabajo remunerado en el país destino) representó otro rastro fundamental de las transformaciones económicas estructurales durante este período en la región centroamericana.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), entre los años 1984 y 2000, la población inmigrante en Costa Rica incrementó en promedio un 7.5 por ciento al año, principalmente por la llegada de nicaragüenses (INEC, 1984, 2000).[5] Junto con Estados Unidos, Costa Rica ha sido el principal destino (Baumeister, Fernández y Acuña, 2008) para los 40 000 nicaragüenses[6] que migraron cada año, entre el 2005 y el 2010 (Naciones Unidas, 2009). Según un censo del INEC realizado en el año 2011, los inmigrantes representaban el 9 por ciento de la población total en el país. En la actualidad, los nicaragüenses conforman el 75 por ciento de la población inmigrante en Costa Rica, es decir, aproximadamente 6.7 por ciento de la población total.[7]

En este contexto de alta inmigración, en tiempos en que ha crecido la presión sobre los servicios sociales, la incorporación de las personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar en Costa Rica ha sido una tarea difícil. Hay fuertes voces de *chovinismo del bienestar*[8] en el país; por ejemplo, existen constantes ideas de que las

personas migrantes nicaragüenses reemplazan a los costarricenses en el mercado laboral (Voorend y Robles Rivera, 2011), son responsables de los altos índices de delincuencia (Sandoval, 2012) y son culpables de la decadencia de los servicios sociales (Dobles *et al*., 2013; Goldade, 2009; González y Varela, 2003), en particular el seguro social y la institución más importante y emblemática del sector de salud: la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (Bonilla-Carrión, 2007; Goldade, 2009; Voorend, 2013, 2014).

Al menos tres de cada cuatro costarricenses creen que los inmigrantes constituyen un riesgo para el seguro social del país (González y Varela, 2003). Además, para la mayoría de la población, los nicaragüenses tienen más probabilidades de utilizar los servicios sociales debido a su clase social baja e "ilegalidad" (Bonilla-Carrión, 2007, p. 146) y se presume una incidencia desproporcionada en estos servicios, en particular los de salud (Voorend, 2013). Así, la "hostilidad antiinmigrante… ha sido la materia prima de [las] fantasías excluyentes de nación" (Sandoval, 2012, p. 221).

Dos acontecimientos recientes se han sumado a las presiones existentes. En primer lugar, la crisis financiera internacional desaceleró la economía del país, lo cual provocó casi de inmediato un aumento en la tasa del desempleo, de un 4.9 por ciento a un 7.8 por ciento, entre el 2008 y el 2009 (Voorend y Robles Rivera, 2011); posteriormente, subió a un 8.5 por ciento en el 2013 (INEC, 2013) y, a finales del 2015, se mantuvo en un 9.2 por ciento (INEC, 2015).

En segundo lugar, la CCSS enfrentó una crisis financiera en el 2011, la cual puso en duda la sostenibilidad de la institución (Carrillo *et al*., 2011). A partir del año 2009, emergieron las primeras señales de los problemas financieros en dicha entidad, en parte inducidos por la crisis financiera internacional. En términos reales, el producto interno bruto (PIB) de Costa Rica descendió en 1.3 por ciento, lo cual supuso un déficit fiscal de -4 por ciento y -5 por ciento, en el 2009 y 2010, respectivamente (OPS, 2011). Dado que la CCSS recibe un 11 por ciento del PIB (7 por ciento para la salud y 4 por ciento para las pensiones), la crisis perjudicó de forma directa sus ingresos.

Sin embargo, estudios recientes han señalado la existencia de otros factores, más estructurales, que generaron esta crisis, por ejemplo, el aumento en los costos de las nóminas, la corrupción y una inadecuada gestión (Carrillo *et al*., 2011; Jaramillo, 2013; Mora, 2015; OPS, 2011). Como resultado, la situación financiera de la CCSS se deterioró rápidamente entre los años 2009 y el 2011, cuando el problema se hizo público. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que, sin contramedidas, el déficit financiero alcanzaría los USD 600 millones en el 2015, casi un 11 por ciento del total de los gastos previstos (OPS, 2011).

En los años subsiguientes, la respuesta de la CCSS fue aplicar estrictamente sus leyes para garantizar la atención médica solo a pacientes asegurados (Capítulo 3) y reducir las prestaciones médicas. No obstante, en junio del 2016, Juliana Martínez Franzoni, una de las expertas nombradas para analizar la situación financiera de la CCSS y proponer contramedidas (Carrillo *et al*., 2011), destacó la falta de disposición

de la CCSS para efectuar cambios en su administración. Asimismo, la investigadora afirmó que las medidas adoptadas apenas mitigaron la presión financiera, pues la crisis se había agravado aún más, lo cual afectó de forma negativa la calidad de la prestación de servicios para quienes necesitaban de atención médica (Lara, 2016).

Pese a estos análisis, por lo general se considera que las dificultades financieras de la CCSS están relacionadas con la demanda de servicios de salud por parte de las personas inmigrantes (Dobles *et al*., 2013). Además, debido a la cobertura negativa de los medios (Campos y Tristán, 2009; González y Horbaty, 2005; Sandoval, 2007; Solís, 2009), gran parte de la población costarricense considera que las personas inmigrantes son directamente responsables de la crisis del seguro social en el 2011 (Dobles *et al*., 2013; Sandoval, 2012). Estas percepciones se conservan, en buena medida, por la falta de información fidedigna acerca de cómo y en qué medida las personas inmigrantes acceden a los servicios sociales.

Ante esta situación, surgen varias preguntas: ¿el Estado costarricense les limita a las personas inmigrantes el acceso a los recursos estatales? o, más bien, en virtud de las leyes internacionales de los derechos humanos, ¿está obligado a garantizarles integración social e igualdad de derechos sociales?, ¿cuáles son los derechos sociales de las personas inmigrantes? y ¿cuál es su acceso real a los servicios sociales?. En otras palabras, ¿cuál es el grado de *déficit de implementación*?, entendido este como la diferencia entre los derechos formales y su praxis (Soysal, 1994). ¿De qué forma las personas inmigrantes nicaragüenses acceden a los servicios sociales costarricenses y cómo incluyen estos servicios como parte de sus estrategias de bienestar?, ¿cuáles factores explican por qué algunas personas inmigrantes logran acceder a los servicios sociales mientras que otras no? Todas estas preguntas se relacionan con la inclusión social de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica, entendido como su acceso a sus derechos sociales y su integración real en los servicios sociales.

Al mismo tiempo, estas preguntas se relacionan con una amplia y creciente literatura sobre la migración, regímenes de bienestar y la política social en el hemisferio Norte, especialmente en Europa. Buena parte de los textos se ha enfocado en el otorgamiento de derechos sociales a poblaciones inmigrantes (Baldwin-Edwards, 2002; Bommes y Geddes, 2000; Faist, 1996; Joppke, 1999, 2007, 2010; Kivisto y Faist, 2007; Kofman *et al*., 2000; Schierup *et al*., 2006; Soysal, 1994; Van Hooren, 2011; Wilkinson y Graig, 2011); así, se comparan la política migratoria y los diferentes tipos de regímenes de integración o incorporación (Castles y Miller, 2009; Lucassen, 2016; Papadopoulos, 2011). En general, esta literatura analiza de manera comparativa las diferencias de bienestar (pobreza, empleo y prestaciones sociales) entre poblaciones migrantes y nacionales en diferentes países (Carmel, Cerami y Papadopoulos, 2011; Castles y Miller, 2009; Koopmans, 2010; Zrinščak, 2011), también, señala la existencia de variaciones intrarregímenes con respecto a la integración de las personas inmigrantes (Baldwin-Edwards y Schain, 1994; Banting y Kymlicka, 2006; Castles y Miller, 2009;

Faist, 1995; Freeman y Mirilovic, 2016; Heinelt, 1993; Kofman, Phizacklea, Raghuram y Sales, 2000; Morissens y Sainsbury, 2005).

Asimismo, la literatura evalúa las repercusiones de la inmigración en la estabilidad política y financiera de la política social, tomando en cuenta la forma en que el aumento de la diversidad y las influencias multiculturales podrían afectar la solidaridad y la sostenibilidad del Estado benefactor. Lo anterior suscita una discusión sobre el equilibrio entre la diversidad y la solidaridad, donde se asume que la inmigración debilita la base de la legitimidad social para un Estado de bienestar integral y solidario (Banting y Kymlicka, 2006; Crepaz, 2016; Facchini, Mayda y Murard, 2016; Freeman y Mirilovic, 2016; Soroka, Harrel y Iyengar, 2016; Van Oorschot, 2008). Recientemente, esta literatura también se ha centrado en las respuestas que brindan los Estados a la integración de las personas inmigrantes, ante las inquietudes de seguridad emergentes en Europa (Caponio y Graziano, 2011; Carmel, 2011; Lahav y Perliger, 2016).

Algunas contribuciones importantes desde Estados Unidos se enfocan en la migración de bienestar o el argumento del imán de bienestar (Boeri, Hanson y McCormick, 2002; Borjas, 1994; Borjas y Hilton, 1995; De Giorgi y Pellizzari, 2009; Fiva, 2009; Giulietti y Wahba, 2012; Muenz y Fassmann, 2004; Van Oorschot, 2008). Estos aportes se dirigen hacia ciertas interrogantes sobre la posibilidad de que las personas inmigrantes elijan su destino, de acuerdo con los beneficios sociales disponibles, o bien, que se agrupen en los países o estados que brindan mayores beneficios. Sin embargo, los resultados no establecen pruebas concluyentes y la discusión se mantiene inconclusa (Giulietti y Wahba, 2012; Van Oorschot, 2008).

Lastimosamente, son escasos los datos sobre la integración de las personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar en el Sur (Hujo y Piper, 2010), probablemente debido a que, como resultado del período de ajuste estructural, los sistemas de protección social de los países en desarrollo se han visto muy afectados (Huber y Stephens, 2012; Noy 2013). En consecuencia, los países del Sur han tenido dificultades para ampliar sus acuerdos de bienestar, de esa manera, si no es posible garantizarles cobertura a las personas nacionales, mucho menos se atenderá la población migrante (Baganha, 2000; Martínez Franzoni, 2008).

Sin embargo, en años recientes, el interés en la política social de los países latinoamericanos ha aumentado (lo mismo ocurre en otros países en desarrollo); esto, sobre todo, por una discusión sobre el universalismo (Cecchini y Martínez, 2011; Cruz-Martínez, 2011; Filgueira, 2014; Haggard y Kaufman, 2008; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014; Pribble, 2008, 2014). Dicha discusión se centra en las dificultades para crear una política social universal en los países del Sur y en las posibilidades de brindar la cobertura y los beneficios. No obstante, hasta el momento no se contempla una discusión sustantiva sobre la incorporación de las personas inmigrantes.

La literatura sobre la inmigración internacional en Latinoamérica posee valiosos debates, los cuales resultan interesantes para este estudio acerca de la política migratoria,

en especial aquellos que toman en cuenta a los países destino más importantes, como Argentina (Begala, 2012; Ceriani, 2011; Cerrutti, 2011; Courtis, Liguori y Cerrutti, 2010; Courtis y Pacecca, 2007; Domenech, 2011; Giustiniani, 2004; Torres, 2012) y Chile (Cabieses, Tunstall, Pickett y Gideon, 2012; Doña-Reveco y Levinson, 2012; Douchez-Lortet, 2013; Stefoni, 2011). En términos generales, la política social no representa un eje central en esta literatura, pero sí facilita el análisis de las implicaciones de la política migratoria y la reforma para que las personas inmigrantes tengan legalmente acceso a la política social.

No obstante, esta literatura, al igual que la del Norte, ha mantenido su enfoque en los criterios de elegibilidad de la política social; es decir, los derechos sociales se han analizado principalmente en términos de derechos formales, sin considerar el acceso real a los servicios (Morissens, 2008; Morissens y Sainsbury, 2005; Pribble, 2015; Sainsbury, 2006). Esto significa un vacío en la literatura sobre las formas concretas en las que los inmigrantes interactúan con la política social, los medios por los cuales los servicios sociales se integran en sus estrategias de bienestar y la forma en que se relacionan la migración y la política social. Si en el Norte es importante diferenciar entre los derechos y el acceso real a los servicios sociales, esta diferenciación es aún más importante en el Sur, porque los mercados laborales son más informales (Barrientos, 2004), la capacidad institucional es más débil (Baganha, 2000) y los regímenes sociales son menos incluyentes y más estratificados (Barba, 2007; Martínez Franzoni, 2008; Noy, 2013).

En un intento por subsanar dicho vacío, este libro analiza la interacción entre la inmigración y la política social. De manera específica, la pesquisa se centra en el seguro médico público y en la prestación y acceso a servicios de la salud pública en Costa Rica. Esta decisión responde a varias consideraciones.

Primero, el sector de la salud es emblemático para el régimen de la política social universal de Costa Rica y, dentro de ello, sobresale la CCSS, generalmente conocida como la "Caja", debido a su gran importancia en la prestación de la salud pública. Segundo, a diferencia de las pensiones, la educación pública o las transferencias sociales, la atención médica es indispensable durante toda la vida de cada persona, sin importar su clase, nacionalidad, etnia, sexo, ocupación o ingreso. Tercero, la demanda por servicios de salud conlleva una interacción cotidiana entre personas de diferentes sectores de la sociedad y la incidencia de la inmigración es más evidente en esta política pública. Cuarto, en el sector de la salud, el conflicto entre la inmigración y la política social es más evidente. Goldade (2011) indica que, debido al modelo de *ius soli*,[9] es en la inclusión a los servicios de la CCSS donde se materializa el problema de la integración. Por último, dadas las dificultades económicas de la CCSS, existe una mayor polémica con respecto a la demanda de servicios de salud por parte de las personas inmigrantes.

En cuanto a la metodología, el estudio combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa. Así pues, en cada capítulo se explican con mayor detalle las metodologías utilizadas en cada sección específica. Los capítulos 2 y 3 parten de una investigación documental, la cual incluye lecturas críticas de los marcos legales, reformas migratorias

y comunicaciones institucionales. En los capítulos 3, 4 y 5, el análisis documental se complementa con información de 40 entrevistas a legisladores, proveedores de servicios sociales y empleados administrativos de instituciones públicas, así como a funcionarios de distintas ONG e investigadores del mundo académico; esto con el fin de conocer a las personas involucradas en la creación y ejecución diaria de las políticas.

El capítulo 5 también abarca información institucional cuantitativa sobre la incidencia de los inmigrantes en los servicios sociales. Por su parte, el capítulo 6 se basa en datos cualitativos; específicamente, se trata de ocho sesiones de grupos focales con personas inmigrantes nicaragüenses, los cuales tuvieron como objetivo comprender los relatos anecdóticos relacionados con las experiencias de las personas inmigrantes al momento de utilizar los servicios sociales de Costa Rica.

Por último, los capítulos 7 y 8 comprenden información primaria obtenida de una encuesta realizada a 795 personas: 394 inmigrantes nicaragüenses y 401 costarricenses, todas las personas con situaciones socioeconómicas similares. El objetivo de esta encuesta fue generar información sobre el acceso real a la salud pública costarricense por parte de la población inmigrante.

Además de una introducción y una conclusión, el libro contiene ocho capítulos. El primero, "Migración y política social (en Costa Rica): Teoría y justificación", comienza por exponer algunas consideraciones teóricas generales y las razones por las cuales Costa Rica es un caso ejemplar de estudio. Por su parte, el segundo capítulo, "La política migratoria y los criterios de elegibilidad para el acceso a los servicios de salud en Costa Rica", contiene una reseña sobre la historia contemporánea de la política migratoria en Costa Rica, con un interés especial en la época posterior a los años 80. Lo anterior permite una mejor comprensión del contexto en el cual tienen lugar las actuales tensiones sobre el acceso a los servicios sociales. Además, este apartado introduce el sistema de salud costarricense, los criterios de elegibilidad para el acceso a los servicios de salud y lo que esto implica para las personas inmigrantes (sobre todo, nicaragüenses).

El tercer capítulo, denominado "Sobre la soberanía estatal: la interacción entre la política social y la migratoria en Costa Rica",[10] analiza la forma en la que interactúan la política social y la política migratoria. Se demuestra que, en respuesta al estancamiento económico y a la crisis financiera de la CCSS, Costa Rica ha adoptado medidas para restringir el acceso de los inmigrantes al seguro médico y, por ende, a los servicios de salud. Esto contradice, en gran medida, el lenguaje más inclusivo presente en la última reforma a la Ley Migratoria y el reconocimiento de los derechos humanos que esta contempla. Lo anterior no solo muestra el ingenio del Estado para eludir las limitaciones normativas internacionales, sino que también evidencia que el Estado es una institución compleja que suele ser contradictoria; en especial, cuando se trata de determinadas políticas sectoriales, como la salud pública.

El cuarto y el quinto capítulo estudian las percepciones y la realidad de Costa Rica como un imán de bienestar, al contrastar las percepciones de los responsables de formular políticas (sociales) y de los encargados de prestar servicios de salud, con

información sobre la incidencia "real" de los inmigrantes en la cobertura de estos. Así pues, el capítulo 4, llamado "Tras de cuernos, palos. Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del seguro social",[11] analiza críticamente la idea de que muchas personas, funcionarias de instituciones públicas, consideran que Costa Rica es un imán de bienestar y que su régimen de política social ha incentivado los flujos migratorios desde Nicaragua.

El capítulo 5, "¿Servicios sociales como imán? La incidencia de inmigrantes en los servicios de salud",[12] compara las percepciones anteriores con los datos institucionales sobre la incidencia de las personas inmigrantes nicaragüenses en los servicios de salud. Dicho estudio sugiere que las percepciones expuestas con anterioridad no se respaldan en información empírica brindada por las instituciones o al menos contienen una base empírica muy débil.

El sexto capítulo, llamado "No vamos a lo público. Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses",[13] se basa en un trabajo cualitativo realizado con personas inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica. El apartado muestra cómo estas, a ambos lados de la frontera, adquieren prácticas mercantilizadas en sus estrategias de bienestar. En Costa Rica, el acceso a la salud pública se ve limitado por causa de ciertos mecanismos legales y extralegales; mientras que, en Nicaragua, el Estado brinda pocos servicios y de calidad deficiente, para cubrir a toda la población. Como resultado, las personas buscan el mercado para conseguir acceso a estos servicios.

El séptimo y octavo capítulo presentan los análisis cuantitativos sobre los datos primarios de la encuesta entre la población nicaragüense, con el fin de evaluar su acceso real a los servicios sociales de Costa Rica y la forma en que esto refleja sus estrategias de bienestar. El capítulo 7, "Acceso estratificado a los servicios de salud pública", muestra un análisis de las estadísticas descriptivas y una prueba de medias para comprender las diferencias entre el acceso a los servicios de salud pública por parte de personas inmigrantes nicaragüenses, según su estado migratorio, y los costarricenses.

Por último, el capítulo 8, titulado "De los derechos a los hechos. Factores que explican el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud", proporciona un análisis estadístico sobre los factores que explican por qué algunos inmigrantes tienen acceso al seguro médico y a la salud, mientras que otros no. Del mismo modo, analiza la importancia del estado migratorio (regular/"legal"), el tiempo de exposición a la sociedad receptora, la educación, la inserción laboral, la estructura familiar, entre otros.

Las conclusiones retoman los diversos hallazgos y los vincula con los debates sobre la política pública del país, así como con las discusiones sobre los mecanismos de exclusión y el universalismo en la política social, para finalmente realizar un aporte que permita comprender mejor la relación entre la política migratoria y social en el marco del Sur.

Notas

1 En Argentina, la población inmigrante representó un 4.5 por ciento de la población total en el 2011. Aunque Chile es un país de emigrantes, un 3 por ciento de su población corresponde a inmigrantes (Noy y Voorend, 2015). En ambos casos, gran parte de esta inmigración proviene de países fronterizos. Sin embargo, en términos generales, estos flujos migratorios son menores que en Costa Rica y, de igual forma, los regímenes de la política social están más estratificados y se basan más en mecanismos mercantiles de protección social (Martínez Franzoni, 2008).

2 "...growing tension due to the need to do more with less per capita resources" (Martínez Franzoni and Sánchez-Ancochea, 2012, p.90).

3 La información de Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2013) calcula los valores en colones costarricenses que, por razones prácticas, se convierten a valores en dólares estadounidenses, usando un tipo de cambio de 500 colones = 1 USD, en dólares del año 2000.

4 "...are usually represented not as a consequence of neoliberal policies, but as a result of Nicaraguans' migration to Costa Rica" (Sandoval, 2004, p. 444).

5 Aunque Costa Rica sea un país que presenta una gran cantidad de inmigrantes, también posee flujos de emigración significativos, en especial a los Estados Unidos (Caamaño, 2011).

6 Esta información se refiere a la tasa de migración neta anual entre 2005-2010, la cual se denominó como "la cantidad anual de inmigrantes con excepción de los emigrantes, que, por lo general, se calcula de forma indirecta por los cambios en la población total en lugar de su crecimiento" (ONU, 2009, sitio web).

7 No obstante, esta cantidad no incluye la totalidad de inmigrantes irregulares, quienes se encuentran en el mercado laboral no estructurado.

8 El chovinismo de bienestar representa el miedo entre los habitantes nativos de que los inmigrantes se apropien de los empleos y los servicios sociales (Faist, 1994), lo cual puede resultar en más restricciones en la política de bienestar, provocando la negación del acceso de los inmigrantes a las prestaciones sociales; limitaciones en la política migratoria. Lo anterior obstaculiza, en la política migratoria, el derecho de los extranjeros a permanecer en el país y su acceso a programas sociales integrales (Banting, 2000).

9 El modelo de *ius soli* permite el derecho de la nacionalidad a cualquier persona nacida en el territorio del Estado.

10 Este capítulo se basa en un artículo publicado en la revista *Transnational Social Review* (2014), *4*(2-3),207-225, titulado: ""Shifting in" state sovereignty: social policy and migration control in Costa Rica".

11 Este capítulo se basa en un artículo publicado con Karla Venegas Bermúdez (2014) en la *Revista de Ciencias Sociales*, (145), 13-33, titulado "Tras de cuernos, palos. Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del seguro social".

12 Este capítulo se basa en un capítulo publicado en el libro *Migraciones en América Central. Políticas, territorios, actores* (2016). Ed. Carlos Sandoval. San José: EUCR.

13 Este capítulo se basa en un artículo publicado con Caitlin Fouratt en la revista *Journal of Latin American Studies* (2017. http://dx.doi.org/10.1017/S0022216X17001195, p. 28), titulado "Sidestepping the State: Practices of Social Service Commodification among Nicaraguans in Costa Rica and Nicaragua".

1. Migración y política social (en Costa Rica): teoría y justificación

1.1 Introducción

Globalmente, la migración Sur-Sur es casi tan extensa como la migración Sur-Norte (Hujo y Piper, 2010). Investigación del Banco Mundial ha demostrado que la migración en países en vías de desarrollo representa una gran parte del total de la migración internacional. Ratha y Shaw (2007) estiman que cerca de la mitad de los migrantes de estos países, es decir, unos 74 millones, viven en países del Sur. No obstante, es probable que esta cantidad sea más alta, dado que no se contabiliza dentro de las estadísticas nacionales el total de la migración irregular. Casi el 80 por ciento de los flujos migratorios Sur-Sur ocurre entre países fronterizos y se estima que las remesas Sur-Sur representan entre un 10 y un 30 por ciento del total.

La importancia de la migración Sur-Sur se explica por las cortas distancias entre los países, redes preexistentes con diásporas, relaciones culturales más cercanas, flujos de refugiados y la migración de tránsito y circular entre países del Sur. Se entiende, además, por las diferencias salariales entre los países, lo cual justifica los movimientos desde naciones con ingresos bajos hacia territorios con ingresos medios (Hujo y Piper, 2010). En comparación con otras regiones, América Latina y el Caribe poseen una migración intrarregional relativamente baja, ya que solo un 14 por ciento de los migrantes internacionales nacidos en Latinoamérica residen ahí actualmente (Naciones Unidas, 2012). Sin embargo, dentro de la región existen sistemas migratorios importantes, tal es el caso de la migración entre Nicaragua y Costa Rica.

Costa Rica tiene, en términos relativos, altas tasas de inmigración, incluso si se compara con países que mantienen sólidos regímenes de política social (aunque más estratificados), por ejemplo, Argentina, Chile y Uruguay. A continuación, el Cuadro 1 muestra el porcentaje de migrantes en la población total de estos países, así como los principales países de origen.

Ahora bien, la migración Sur-Sur en América Latina ocurre tanto en países con regímenes de política social bien establecidos (aunque la noción "bien establecido" es relativa), como en países que no lo tienen. Por ejemplo, México es un importante país de tránsito y destino para muchos migrantes centroamericanos (Sandoval, 2016). Por su parte, República Dominicana es un país con 10 millones de habitantes, muchos de ellos emigran; no obstante, este país alberga entre 60 000 y 402 000

haitianos (estimaciones del Banco Mundial y del International Migration Wall Chart de la ONU, respectivamente) (Middeldorp y Voorend, 2015).

Sin embargo, todavía no existen muchos estudios en el Sur sobre las interacciones entre la migración y la política social (Hujo y Piper, 2010). Los trabajos sobre los regímenes de bienestar en los países del sur (cf. para Latinoamérica: Barba, 2007; Filgueira, 1998, 2004; Gough y Wood, 2004; Martínez Franzoni, 2008; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013; Sandbrook, Edelman, Heller y Teichman, 2007) no se enfocan explícitamente en los derechos y el acceso a una política social de los inmigrantes. Antes bien, la literatura sobre la migración y la política social se centra principalmente en el análisis de marcos legales y de las implicaciones que tienen algunas reformas en relación con los *derechos sociales* de los migrantes.

CUADRO 1. Tasas de migración y origen de las poblaciones inmigrantes regionales en los países seleccionados de América Latina, durante el año 2011

País	Tasas de migración dentro del total de habitantes	Distribución de los habitantes nacidos en el extranjero que pertenecen a los mayores grupos migrantes
Costa Rica	9%	Nicaragua (75%) Colombia (4.3%) Estados Unidos (4.2%) Panamá (2.9%)
Argentina	4.5%	Paraguay (36%) Bolivia (24%) Chile (13%) Perú (11%)
Chile	3%	Perú (30%) Argentina (17%) Colombia (8%) Bolivia (7%) Ecuador (5%)
Uruguay	2.2%	Argentina (35%) Brasil (18%) Otros países de Sudamérica (15%) Estados Unidos (10%) América Central (4%)

[1] Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. / [2] Instituto Nacional de Estadística de Uruguay.
Fuente: Elaboración propia a partir de INEC (2011); INE (2012)[1]; INDEC (2010); INE (2011)[2]; OIM (2011).

Es común encontrar este tipo de literatura en países con importantes flujos de inmigración y con regímenes de política social más estables, como Argentina y Chile.

Así, la gran parte de los estudios evalúan el reconocimiento legal de los derechos (sociales) en las reformas migratorias (cf. para Argentina y Chile: Asa y Ceriani, 2005; Begala, 2012; Carrasco, 2008; CELS, 2013; Ceriani, 2011; Cerrutti, 2011; Courtis *et al.*, 2010; Courtis y Pacecca, 2007; Domenech, 2007, 2008, 2011; Giustiniani, 2004; Jelin, 2006; Novick, 2008, 2010, 2012; Oteiza y Novick, 2000; Torres, 2012; Varela, 2005). Sin embargo, se sabe muy poco sobre la manera en que la migración podría afectar la política social en el Sur y las reacciones de los Estados ante la demanda de servicios sociales, y si las poblaciones migrantes realmente se incorporan a estos servicios, es decir, el acceso real.

El caso de Costa Rica resulta interesante porque es uno de los pocos países que cuenta con un extenso y solidario régimen de política social universal, el cual alberga el porcentaje más alto de inmigrantes en América Latina. En ese sentido, la nación costarricense representa un caso particular en Latinoamérica que posibilita estudiar cómo y en qué medida los inmigrantes se integran a las disposiciones sociales de bienestar.

Para empezar, esta investigación se basa en la literatura existente, en su mayoría europea. Lo anterior debe ser considerado con cautela, puesto que muchos trabajos se llevaron a cabo en contextos institucionales más formales; a diferencia de los países del Sur, donde los mercados laborales son más informales y la capacidad institucional es más débil.

1.2 Consideraciones teóricas generales

Antes de detallar particularmente el caso de Costa Rica, en esta sección se introducen algunos debates que han surgido en la literatura académica, los cuales se vinculan con esta investigación.

1.2.1 Política social y universalismo (en América Latina)

Un primer debate importante para esta investigación se relaciona con el universalismo en la política social (en el Sur). La política social comprende todas aquellas intervenciones públicas que tienen por objetivo evitar que las personas enfrenten la pérdida de ingresos y de oportunidades vitales, además, buscan promover condiciones dignas de vida y de trabajo (Fischer, 2009; Mkandawire, 2005). A su vez, una política social constituye un ejercicio fundamentalmente político que define la base institucional de los derechos de la ciudadanía.

El otorgamiento de los derechos sociales solo a los ciudadanos nacionales ha sido uno de los principales mecanismos de los Estados para asegurar la lealtad de sus poblaciones (Joppke, 1999). En ese sentido, la política social logra articular uno de los principales mecanismos de integración y de segregación dentro de las sociedades;

de esa manera, resultan de suma importancia para la integración de las poblaciones migrantes. Por lo tanto, no sorprende que los derechos sociales y el acceso a los servicios sociales, por parte de las personas inmigrantes, generen situaciones polémicas. Lo anterior ocurre en el Norte; no obstante, y quizá por causa de los acuerdos de bienestar más frágiles y excluyentes, resulta más notorio en el Sur (Baganha, 2000).

La política social incluye servicios sociales y seguridad social, esta última ha recibido más atención por parte de quienes estudian el tema (Fischer, 2012). La seguridad social incluye la protección o el seguro social, la asistencia social, los estándares y las regulaciones, por ejemplo, en el mercado laboral. Esta investigación se concentra más en los servicios sociales, un componente significativo en este tipo de políticas; especialmente, los servicios de salud que, junto con el acceso a la educación, son fundamentales para la integración de las personas migrantes.

La atención médica resulta muy importante, no solo porque las personas necesitan de este servicio a lo largo de toda su vida, sino también porque justamente en la prestación de servicios de salud se evidencia mejor la presencia de población migrante. Por consiguiente, las estructuras que proveen servicios de salud determinan la forma en que distintos grupos y clases sociales interactúan en momentos de vulnerabilidad ante los riesgos sociales de la vida.

La manera en que las personas, inmigrantes en particular, acceden a los servicios sociales depende mucho del paradigma dominante tras la prestación de dichos servicios. Al respecto, muchos autores consideran que el universalismo presenta ventajas por encima de otras estrategias de política social, por ejemplo, la focalización (*means-tested*) (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013; Fischer, 2009, 2012; Danson, McAlpine, Spicker y Sullivan, 2012). El universalismo ha demostrado tener un mayor impacto en la reducción de la pobreza, la vulnerabilidad y la inequidad (Fischer, 2009; Mkandawire, 2005); mientras que la focalización, de acuerdo con Fischer (2009), "normalmente atrofia la segmentación en sistemas de provisión, lo cual a su vez refuerza la estratificación social y económica mediante la revocación de la clase media y su voz política en los servicios sociales" (p. 6).

En efecto, cuando las personas de clase media resultan elegibles para los servicios sociales, estas se muestran más dispuestas a apoyar los programas sociales universales y su financiamiento, incluso si estos programas se diseñan de forma específica para grupos alternos dentro de la sociedad (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013).

Esta alianza entre las clases sociales media y baja favorece tanto la cobertura como la calidad de los servicios sociales brindados (Huber, 2002; Mkandawire, 2005). En general, la clase media puede manifestar sus demandas políticas de forma más amplia, ya que cuenta con mayores recursos políticos y económicos (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014). En sistemas universales, esta clase se interesa porque existan servicios de calidad para todos, por una sencilla razón: ellos y sus familias dependen de estos. Así pues, individuos con diferentes niveles de ingresos comparten tratamientos similares.

La *paradoja de la redistribución* (Korpi y Palme, 1998) predice que los regímenes de la política social que se destinan a los pobres son mucho menos efectivos para reducir la pobreza y la desigualdad, en comparación con sus homólogos universales (Fischer, 2009; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014; Mkandawire, 2005). Bajo esta lógica, se esperaría también que la política social universal conduzca a una cobertura más amplia para las poblaciones emigrantes.

No obstante, el universalismo es un concepto ambiguo. Su acepción básica, de trato equitativo para todos, es mucho más compleja en la práctica, en especial dentro de aquellas sociedades con alta desigualdad (Fischer, 2012). En efecto, el universalismo no es una condición suficiente para garantizarle a los inmigrantes el acceso a los servicios sociales, ya que si los criterios de elegibilidad se basan en los derechos de la ciudadanía (Lister, 1990), muchos grupos de inmigrantes se verían excluidos.

Es importante distinguir entre universalismo como principio que guía la política social, basado en un derecho social para todos los ciudadanos; y universalismo como resultado de la política social, el cual comprende la cobertura total de una población focalizada (Anttonen, Häikiö y Stefánsson, 2012). Por ejemplo, en teoría, casi toda la política social de Nicaragua se basa en el principio de universalismo, pero, en realidad, los índices de cobertura de servicios sociales son muy bajos (Martínez Franzoni y Voorend, 2012b). Del mismo modo, cuando se implementa una política social focalizada en países con altos índices de pobreza como El Salvador o Brasil (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014), de forma que cubra grandes sectores de la población (lentamente, pero constante), se orienta hacia una cobertura universal; sin embargo, esto no quiere decir que surja del principio del universalismo. Esta diferencia entre universalismo como principio y como resultado presenta una discusión muy útil para el estudio de la incorporación de migrantes en los acuerdos de bienestar.

En esta conceptualización múltiple del universalismo, la cobertura se considera solo un elemento más. Fischer (2012) ofrece una descomposición útil del universalismo, la cual consta de tres dimensiones: acceso/cobertura, precio/costos y financiamiento. Posteriormente, Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2013) amplían estas dimensiones; agregan la calidad de los servicios. Para lo anterior, argumentan que una política social puede tener una buena cobertura; no obstante, si los servicios no ayudan en la desmercantilización del riesgo de manera efectiva, esto no ofrece mayores niveles de protección social real.

La primera dimensión se refiere al acceso o a la cobertura, lo cual no solo implica el acceso de todas las personas a los servicios sociales, sino también que estas puedan utilizar los servicios sin discriminación dentro de las mismas instituciones y organizaciones. De igual manera, la necesidad de atención, y no la capacidad de pago del paciente, debe ser el criterio principal para la clasificación médica (Fischer, 2012). La diferencia entre los proveedores de servicios sociales públicos y privados no es tan importante como lo es la regulación del acceso igualitario a dichos servicios.

La segunda dimensión se relaciona con los medios que se emplean para determinar los costos y tarifas de la prestación de los servicios sociales. De manera específica, los precios de estos servicios normalmente se desmercantilizan en las políticas sociales universales, lo cual significa que no dependen de la demanda, sino de la regulación. Así, por lo general, los usuarios no pagan el costo real del servicio, sino una fracción del precio, o bien, se eximen del pago.

En esta dimensión también rige el principio de equidad, en especial cuando se trata del acceso de los inmigrantes a estos servicios. Si se desmercantiliza la prestación de los servicios sociales para los ciudadanos nacionales, pero no para los inmigrantes (o se hace en menor medida), se debilita el principio de universalismo.

La tercera dimensión se discute solo de forma parcial en la presente investigación. Esta se refiere a la modalidad de financiamiento de los servicios sociales. En los regímenes de política más universales, el financiamiento por lo general es indirecto (no cuando se necesitan los servicios), a través de impuestos. Por el contrario, si el financiamiento ocurre de forma directa (por ejemplo, pagos directos por los servicios de salud cuando se necesita atención médica) el universalismo es más débil (Fischer, 2012). De nuevo, si en esta dimensión existen diferencias significativas y estructurales entre los grupos de inmigrantes y nacionales, el universalismo sería distinto para los dos grupos.

Esta investigación se ocupa principalmente (aunque no de forma exclusiva) de la primera dimensión (la cobertura y el acceso); sin embargo, el fondo de la conceptualización multidimensional del universalismo sirve de fundamento, ya que permite ir más allá de la dicotomía "universalismo"/"no-universalismo". Lo anterior permite evaluar cada una de las tres dimensiones, en conjunto o por separado, lo cual ofrece un espectro del "universalismo" que va de fuerte a débil. Para estudiar el acceso a la política social por parte de los migrantes, esta conceptualización permite evaluar si el universalismo se aplica de manera equitativa a las personas inmigrantes y a los ciudadanos. Caso contrario, sirve para identificar en cuáles dimensiones se basa la desigualdad, así como los mecanismos que conducen a esta estratificación.

En los últimos años, el interés por el universalismo, dentro de la política social, se ha incrementado, especialmente en América Latina (por ejemplo, Cecchini y Martínez, 2011; Cruz-Martínez, 2011; Filgueira, 2014; Haggard y Kaufman, 2008; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014; Pribble, 2014). Este debate se introdujo, en gran medida, por los diversos programas de transferencias monetarias condicionadas, que tienen casi todos los países latinoamericanos, y se concentra en el desafío que supone ampliar la cobertura de servicios sociales de calidad, más allá de la prestación de los recursos básicos.

El énfasis de este debate se centra en la cobertura, o en lo que Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2014) llaman *el enfoque minimalista*; sin embargo, toma fuerza la idea de que este enfoque presenta muchas limitaciones al momento de crear programas sólidos de política social. Además, existe una utopía en cuanto a aplicar el *enfoque maximalista* que se conoce en el norte de Europa, el cual incluye prestacio-

nes más abundantes, según el principio de igualdad, y que se financia por medio de impuestos generales. No obstante, este enfoque podría ser muy ambicioso en el Sur.

Uno de los principales retos es enfrentar las estratificaciones ya existentes, en las cuales, según Haggard y Kaufman (2008), "la clase media urbana y algunos obreros tienen acceso a sistemas de protección pública relativamente generosos, pero por lo general se excluyen o se marginan los campesinos y los trabajadores del sector informal" (p. 1).

Históricamente, estas divisiones fueron inducidas por la política, ya que el Estado se encargaba de reforzarlas mediante la creación de diferentes modalidades de bienestar, por ejemplo, a través de un seguro y régimenes de pensiones especiales. Posteriormente, la llamada *nueva política social,* inspirada en paradigmas neoliberales (Molyneux, 2008) y basada en la focalización y la corresponsabilidad, en muchos casos aumentó esta división. Es decir, el énfasis primordial de estas políticas era la cobertura, sin incluir la calidad y la accesibilidad a los servicios sociales (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014).

Estos debates han ignorado, en gran parte, el fenómeno migratorio y la población inmigrante, lo cual no es sorprendente. En muchos países en América Latina el principal desafío es crear o extender la cobertura de las políticas sociales para sus ciudadanos. En este tipo de escenarios, existe menos presión para ampliar dicha cobertura a poblaciones inmigrantes, dado que los ciudadanos nacionales son prioridad para los Estados (Baganha, 2000). Lo anterior es más grave en contextos donde la política social se encuentra bajo presión (financiera). Este es el caso de Costa Rica, donde además los inmigrantes suelen ser más pobres y tienen poca educación (Morales y Castro, 2006; Sandoval, 2007 y 2016). Ambos factores hacen más difícil garantizar los derechos sociales universales a poblaciones inmigrantes.

En un país como Costa Rica, un receptor importante de inmigración con una larga tradición de política social, es importante preguntarse sobre la incorporación de los inmigrantes en las políticas sociales. Esto nos informa sobre la fuerza relativa del universalismo, tanto en la práctica como principio que guía la política social, y nos informa sobre las coaliciones entre clases (que se están debilitando) que forman la base para el universalismo. Para empezar a discutir estos temas, en esta investigación se analiza si el universalismo costarricense se extiende a sus poblaciones migrantes, y si se aplica con la misma intensidad en nacionales y extranjeros.

1.2.2 Sobre la exclusión, la soberanía del Estado y la inmigración

Exclusión social

Un segundo debate se relaciona con la exclusión social de los inmigrantes, además, considera si el Estado les otorga o no derechos sociales a esta población. No existe un consenso sobre el concepto de exclusión social; antes bien, surge una discusión en torno al hecho de que si este aporta un valor substancial y empírico que lo aparta de los debates sobre la pobreza multidimensional. No obstante, esta investigación parte de una defini-

ción específica de exclusión social donde esta se concibe como procesos de obstrucción. Dichos procesos se pueden generar por medio de factores estructurales, mecanismos institucionales o representaciones deliberadas de actores individuales (Fischer, 2011). Esta definición es útil para estudiar la exclusión de los inmigrantes y la política de migración, ya que va más allá del análisis de un Estado o del resultado de una exclusión; antes bien, se concentra en los *mecanismos* que causan el proceso de exclusión.

En primer lugar, reconoce que factores estructurales, las instituciones y los actores pueden causar exclusión y que dicha exclusión puede ser el resultado de acciones voluntarias e involuntarias (Fischer, 2011). En Costa Rica, la demanda *estructural* de fuerza laboral migrante poco calificada y las deficientes condiciones de trabajo en ciertos sectores restringen las oportunidades para la integración de los inmigrantes. Al mismo tiempo, tal y como se demuestra en esta investigación, las *instituciones* pueden crear (de forma involuntaria) mecanismos de exclusión para los inmigrantes. Así pues, una política migratoria que se enfoca en regularizar a los inmigrantes, por ejemplo, podría en efecto intensificar los procesos excluyentes, si los requisitos para la regularización no concuerdan con la realidad social y económica de estos (como la capacidad de las personas para pagar la documentación necesaria).

Aunado a lo dicho anteriormente, la implementación de leyes y políticas más rigurosas por parte de instituciones de migración y política social podría aumentar la estratificación entre ciudadanos nacionales e inmigrantes, si estas políticas crean condiciones desiguales para el acceso a la política social. Dichas formas de exclusión podrían ser resultado de políticas bien intencionadas (para formalizar relaciones laborales, por ejemplo), pero, en realidad, podrían ocasionar lo contrario.

Ahora bien, si las formas de exclusión son intencionales, Fischer (2011) argumenta que se tratan de procesos de *agencia*, como la discriminación que un individuo practica contra otro debido a su identidad. En el marco de esta investigación, lo anterior puede ocurrir cuando se le ofrecen a un inmigrante condiciones diferentes en los servicios de atención médica, ya como una política deliberada, ya por decisiones discriminatorias personales por parte de quienes prestan el servicio.

En segundo lugar, la exclusión es resultado de la negación o el impedimento para acceder a ciertos recursos, beneficios u oportunidades. Una vez más, la negación puede ser voluntaria o involuntaria. En este aspecto, si a un inmigrante se le niega la atención médica o recibe un servicio de mala calidad, se podría considerar una exclusión social, puesto que media una prohibición estructural, institucional o propiamente del personal que brinda la atención.

El Estado y la inclusión

La literatura está dividida en cuanto a la interrogante sobre la posibilidad de que los Estados sean de naturaleza incluyente o excluyente hacia los inmigrantes. En otras palabras, ¿otorgan los Estados derechos sociales a los inmigrantes o no? y, si lo hacen,

¿hasta qué punto? (Baldwin-Edwards, 2002). Inicialmente, en la literatura se consideraba que los Estados que ofrecen prestaciones sociales más amplias y que se conforman de poca diversidad étnica no iban a permitir que los inmigrantes tengan acceso a dichas prestaciones y transferencias, ya que prefieren mantener estos beneficios para la población nacional (Esping-Andersen, 1990; Faist, 1994).

Sin embargo, no hay investigaciones empíricas que corroboren este hecho (Banting, 2000; Morrisens, 2008). En realidad, los inmigrantes parecen estar en mejores circunstancias dentro de Estados de bienestar socialdemócratas, por el universalismo en la política social generosa que ofrecen, el mayor acceso a la ciudadanía para migrantes y un mejor acceso a las prestaciones sociales (Baldwin-Edwards, 2002; Banting, 2000; Hjerm, 2005; Sainsbury, 2006; Van Hooren, 2011).

En su análisis de Suecia, Alemania y Estados Unidos, Sainsbury (2006) concluye que los Estados de bienestar socialdemócratas conceden más derechos, para la inclusión de los inmigrantes, que los países liberales, los cuales son excluyentes con respecto a esta población (Banting, 2000). Las políticas sociales más generosas, a las que se acceden no solo por las prestaciones contributivas (Banting, 2000), facilitan que los migrantes puedan contar con los servicios sociales, lo cual permite el acceso a estándares mínimos de condiciones de vida.

Faist (1996) concuerda en que existen mayores incentivos para integrar a los inmigrantes en el caso de los Estados de bienestar que brindan múltiples beneficios y derechos sociales, máxime si son financiados mediante impuestos, ya que no incorporar inmigrantes en el mercado laboral formal implica un costo significativo para los Estados. Este autor expone, además, que la falta de una incorporación formal explica la fuerte reacción en contra de que los inmigrantes demanden beneficios que se financian por medio de impuestos. Asimismo, permite entender por qué precisamente este tipo de beneficios han sido reformados y recortados en países europeos.

Sin embargo, también muestra que, en países liberales como Estados Unidos (con pocas regulaciones laborales), los inmigrantes enfrentan menos problemas para incorporarse al mercado laboral, debido a las fuertes costumbres de *laissez faire* y a un Estado de bienestar con estructuras más débiles (Faist, 1996; Hollifield, 2000). No obstante, estos factores conllevan altos riesgos de que los inmigrantes se ubiquen en puestos de trabajo poco remunerados, lo cual implica una privación económica. Por el contrario, en países con un Estado de bienestar más generoso los inmigrantes obtienen mejores empleos, pero puede ser más difícil acceder al mercado formal (Faist, 1996).

Resulta interesante que los mecanismos de exclusión funcionan mediante las mismas dimensiones que los mecanismos de inclusión empleados en los acuerdos de bienestar. Con respecto a Europa Occidental, Heinelt (1993) demuestra que la exclusión de inmigrantes funciona por medio de atribuciones estatales en los regímenes socialdemócratas, a través de leyes de ciudadanía y la regulación de las condiciones en regímenes sociales conservadores; mientras que, en los regímenes liberales, la exclusión pasa por medio de los procesos de mercado.

El análisis de estos mecanismos resulta intrigante, en especial aquellos que son dirigidos por el Estado, por medio de la definición de criterios de elegibilidad más incluyentes o excluyentes. De igual forma, aquellos mecanismos que funcionan mediante el mercado laboral, al imponerle a los inmigrantes el acceso a empleos secundarios, inferiores e informales.

Por último, los mecanismos de exclusión pueden ser menos informales y pueden relacionarse con prácticas cotidianas de discriminación y xenofobia, las cuales están presentes en las instituciones públicas a cargo de las políticas sociales, incluso, en el mercado laboral. En efecto, la política social puede actuar como "un arma de doble filo" (Hollifield, 2000, p. 109); esta puede facilitar la integración de los inmigrantes, pero también se puede utilizar como un mecanismo eficaz para excluir a los inmigrantes y, por ende, condicionar su integración en la sociedad.

Estos hallazgos generan distintas predicciones para Costa Rica. Por un lado, se espera que este país, con uno de los más amplios regímenes de política social entre los países en vías de desarrollo (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013), brinde condiciones favorables para la integración de la población inmigrante. Por otro lado, ya que el mercado laboral de Costa Rica, como otros en el Sur, es más liberal e informal que otras economías en el Norte (Barrientos, 2004; Gough y Wood, 2004; Martínez Franzoni, 2008) y además que el régimen de política social está bajo presión, podría presentarse una mayor exclusión de las personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar. Según Money (2010), quien aboga por los estudios de caso, el objetivo principal es analizar "la diferencia en el trato de ciudadanos y no ciudadanos, lo cual es la medida crucial en el recibimiento de inmigrantes" (p. 20).[3]

Así pues, Money (2010) afirma que, en los Estados liberales, las personas inmigrantes tienen menos acceso a derechos sociales, puesto que la población nacional se ve limitada a dichos derechos también. Antes bien, resulta más importante saber si las personas inmigrantes reciben un trato similar o distinto al de la población nacional y si esto se relaciona con el Estado de bienestar existente.

Inmigración y la soberanía estatal

Existe otra discusión sobre los grados de libertad que tiene el Estado para excluir a las personas inmigrantes de los acuerdos de bienestar, dentro de los marcos internacionales de las normativas de derechos humanos. En especial, surge un debate sobre la medida en que los "procesos que comprenden el término 'globalización' han deteriorado la soberanía nacional… y sobre las normas internacionales que han restringido la elaboración de políticas nacionales" (Guiraudon y Lahav, 2000, p. 163).[4]

Freeman (1986) establece que los Estados de bienestar tienen por objetivo primordial garantizar y defender los derechos sociales, políticos y económicos de sus ciudadanos nacionales y privilegiados, por ende, su acceso a las prestaciones sociales. Esta perspectiva lleva implícito el hecho de que los Estados tienen el poder y la ca-

pacidad de frenar la migración no deseada, así como también establecer y aplicar las regulaciones de integración a la política nacional.

No obstante, los argumentos "globalistas" tempranos (Favell, 2006; Jacobson, 1996; Sharma, 2006; Soysal, 1994) percibían la migración como un caso de la pérdida de control en los Estados nación (Guiraudon y Lahav, 2000). De acuerdo con esta lógica, la globalización económica conlleva el aumento del capital y la movilidad financiera y laboral, por ende, se disminuye el poder y la importancia del Estado nación. Bajo este escenario, las perspectivas globales sostienen que los marcos normativos internacionales de derechos humanos y la migración amenazan la soberanía del Estado nación; esto provoca que se devalúe la importancia de la nacionalidad (Sassen, 1996).

Se observa que la nacionalidad se ejerce y se administra internacionalmente (Sharma, 2006; Soysal, 1994), como resultado del "emergente régimen internacional de los derechos humanos que evita que los Estados nación determinen la entrada y la salida de personas en su territorio" (Guiraudon y Lahav, 2000, p. 164).[5] Los derechos humanos son derechos legales e inalienables que se basan en las calidades de las personas sin importar su nacionalidad; por el contrario, en la política nacional, los derechos sociales y civiles se basan en la distinción entre nacionales y extranjeros (Sassen, 1996; 1998). Al reconocer los derechos humanos, los Estados están obligados a otorgar derechos sociales a los inmigrantes que se encuentran en su territorio, lo cual se convierte en sinónimo de un tipo de ciudadanía (Baldwin-Edwards, 2002). Por consiguiente, según esta visión, los derechos humanos prevalecen sobre los intentos nacionales para la exclusión de los derechos sociales.

Esta visión ha sido disputada tempranamente por autores que cuestionan la pérdida inevitable de la soberanía estatal, en relación con las leyes transnacionales (Banting, 2000; Guiraudon y Lahav, 2000; Hollifield, 2000; Sainsbury, 2006). En efecto, los argumentos iniciales globalistas, los cuales señalan que las normas internacionales debilitarían la soberanía estatal, pasan por alto la agudeza de las intervenciones del Estado.

Cuando se trata del control migratorio, entendido este como el grado de apertura que tiene el Estado hacia la inmigración y el conjunto de mecanismos con que cuenta para (intentar) impedir y limitar los flujos de migración (Money, 2010), los Estados del Norte mantienen la soberanía por lo menos de tres formas. Al cambiar ("shifting") el nivel –*up*, *down* y *out*– en que las políticas son creadas e implementadas (Guiraudon y Lahav, 2000). Con el fin de enfrentar o evadir las restricciones de las normativas internacionales, los Estados recurren a un control migratorio más coordinado internacionalmente (*shifting up*); a la descentralización de la política de inmigración regional (*shifting down*); y a la externalización de los servicios del control migratorio para el sector privado, mediante comportamientos disciplinarios cuando no cumplen con la política de inmigración (*shifting out*) (Guiraudon y Lahav, 2000).

En cualquier caso, contribuciones de la literatura "globalista" más reciente, la cual incluye a eruditos marxistas como Harris (2003), vinculan el declive de la soberanía

del Estado nación no con los marcos normativos internacionales, sino con la incapacidad de los Estados para mantener el control sobre el capital y el trabajo. Esto quiere decir que, en el contexto de un retroceso más generalizado del poder del Estado, aún es posible que imponga sus propias medidas para controlar la migración o que implemente mecanismos de exclusión.

Si se considera que esta literatura proviene del Norte, resulta interesante analizar cómo reaccionarían los países del Sur a la inmigración, en relación con los marcos normativos internacionales, un mayor reconocimiento de los derechos sociales de las personas inmigrantes y la medida en que dichas normas limitan el grado de libertad por parte del Estado para excluir a la población inmigrante de los acuerdos de bienestar. Por esta razón, surge la siguiente pregunta: ¿los Estados del Sur tienen la misma capacidad que poseen los Estados del hemisferio norte para evadir los derechos humanos internacionales? En un contexto de globalización económica y de procesos económicos internacionales que inciden en la elaboración de políticas públicas, así como la importancia de ciudadanías más internacionales, conviene preguntarse: ¿Ha perdido el Estado o la ciudadanía nacional centralidad en cuanto a la concesión de derechos sociales?

Ciudadanía e "ilegalidad"

Por medio de la ciudadanía, los sistemas de protección nacional se convierten en filtros políticos que condicionan los esfuerzos de los inmigrantes para reconocer sus derechos de participación en la sociedad (Bommes y Geddes, 2000). Si se concibe la ciudadanía como derechos individuales, participación y pertenencia a distintos espacios institucionales (Bauböck, 2007; López, 2012), esta se convierte en clave para las "fronteras entre la inclusión y la exclusión, las cuales definen a aquellos que son miembros de derecho pleno de las redes existentes de reciprocidad y merecen que se les preste apoyo, y a aquellos que se consideren 'extraños' u 'otros' y están desposeídos" (Banting, 2000, p. 13).[6] Es importante resaltar que estas barreras no representan una verdad inamovible, pero se construyen socialmente en un determinado momento y en distintos contextos institucionales (López, 2012).

Sin embargo, existe una discusión sobre la centralidad de la ciudadanía como criterio para la exclusión social. Algunos sugieren que la ciudadanía *per se* no posee mayor importancia en la ampliación de los derechos, como sí la tiene la residencia legal (Bauböck, 1995; Soysal, 1994). En este aspecto, se desvaloriza la ciudadanía a causa de los derechos inherentes a una residencia permanente. Otros sostienen que esto representa una simplificación excesiva (Morris, 2002), en ese sentido, argumentan que la ciudadanía es fundamental para comprender la integración de las personas inmigrantes; por ejemplo, al analizar la denegación de los derechos políticos (Morris, 2002).

En todo caso, las diversas categorías de pertenencia en las sociedades actuales retan la dualidad de ciudadano/extranjero y la dicotomía derechos plenos frente a ningún derecho (Joppke, 1999). Por el contrario, surgen modalidades mucho más

complejas: personas con una doble nacionalidad; residentes legales (sin la ciudadanía nacional), en algunos casos bajo acuerdos específicos de cooperación con otros países; residentes bajo la condición de reunificación familiar, períodos de prueba o como solicitantes de asilo; e inmigrantes "ilegales". Estas modalidades se convierten en un *contínuum*, en relación con los derechos de los residentes.

Así pues, la pertenencia a un Estado nación no es homogénea internamente, en especial para las personas inmigrantes, y las diversas membresías se relacionan con distintas dinámicas de inclusión social (Brubaker, 1992; López, 2012). Morris (2002) define estas dinámicas como estratificación cívica, lo cual puede resultar en membresías parciales e inferiores. Por esta razón, la población inmigrante se encuentra a menudo en la categoría de *denizens* (Hammar, 1990); con un estado migratorio legal, pero con derechos políticos y sociales limitados.

El término *denizens* se refiere a personas que son ciudadanos en otro país, con una condición de residente legal y permanente en la nación receptora (Hammar, 1990). A partir del marco legal de un país, los *denizens* pueden tener un mayor o menor acceso a los servicios sociales, pero pocas veces el acceso a los derechos políticos. Bajo estas circunstancias, los *denizens* se tienen que conformar con una clase de ciudadanía incompleta como resultado de los procesos de estratificación ciudadana (Morris, 2002).

Una manifestación extrema de dicha estratificación ciudadana es la exclusión de inmigrantes "ilegales", la cual tiene gran importancia en el ámbito de un país en desarrollo, como lo es Costa Rica. Debido a su clasificación como "ilegales",[7] estas personas viven y trabajan en el país sin una situación migratoria legal y su presencia en las sociedades receptoras genera una fuerte controversia política (López, 2012). Además, tampoco tienen acceso a los derechos vinculados con la ciudadanía (Bosniak, 2000).

Schierup *et al*. (2006) señalan que el empleo sistemático de trabajadores indocumentados representa una forma extrema de exclusión diferencial, cuando los Estados y la política estatal "aceptan o incluso crean 'puertas traseras' y 'puertas laterales' para flujos migratorios irregulares… explotando de forma encubierta la falta de derechos y la vulnerabilidad de estos inmigrantes" (p. 41).[8] Al respecto, Morris (2002) se pregunta si "el estado 'ilegal' de los inmigrantes debería significar la negación total de sus derechos, si los Estados receptores ejercen alguna responsabilidad sobre la estancia de los inmigrantes y su trato, o si los inmigrantes están al margen de cualquier vinculación con el Estado y, por ende, están desprotegidos" (p. 21).[9]

La política social, en particular, no ha sido diseñada para este grupo, así que las personas inmigrantes "ilegales" normalmente no tienen acceso a esta. Lo anterior le confiere una gran importancia a la categoría "ilegal" cuando se trata de posibilidades para el acceso a los servicios sociales, por consiguiente, a la integración social.

Algunos aportes recientes han cuestionado la centralidad de la "ilegalidad" para la integración de la población inmigrante dentro de la sociedad. Dichos aportes minimizan la importancia de la "ilegalidad" y destacan la agencia de migrantes en sus

propios procesos de integración (Agustín, 2003; Kalir, 2013; Kyle y Siracusa, 2005). Al pretender evitar la clasificación de las personas inmigrantes como "criminales" o "víctimas", estos autores hacen énfasis en la agencia de inmigrantes y su capacidad de eludir políticas exclusivas. Además, sostienen que el estado migratorio no es un impedimento importante para la participación de inmigrantes en gran cantidad de actividades que promueven la integración, por ejemplo, el mercado laboral.

Este libro se posiciona en contra de las ideas anteriores y analiza si y hasta qué punto las políticas estatales condicionan la representación de las personas inmigrantes. Retomando la discusión sobre la exclusión social, es importante analizar si la "ilegalidad" existe "solo" como un factor que condiciona la integración de la población inmigrante o si esta es usada por el Estado como estrategia para crear exclusiones.

1.2.3 El imán de bienestar y el chovinismo del bienestar

El último debate que abarca la presente investigación se vincula con la idea del imán de bienestar. A grandes rasgos, la literatura del imán de bienestar gira en torno a dos argumentos similares, donde el segundo es clave para esta investigación. El primer argumento se centra en la idea de que los regímenes de políticas sociales más fuertes, con prestaciones de servicios sociales de buena calidad, sirven como imanes de bienestar que atraen flujos de inmigrantes. Es importante aclarar que, en esta argumentación, la existencia y el posible acceso a servicios sociales es *per se* una explicación para la migración. Por consiguiente, la literatura intenta determinar si las personas inmigrantes eligen su país de destino de acuerdo con la disponibilidad y la generosidad de los servicios sociales (Borjas, 1999; De Giorgi y Pellizzari, 2003; Menz, 2004; Van Oorschot, 2008).

En el segundo argumento, de manera muy similar, la literatura se centra en definir si las personas inmigrantes dependen de manera desproporcionada de las prestaciones sociales. Estudios en algunos países sugieren que existen casos en los cuales la población inmigrante tiene una representación "excesiva" en las prestaciones sociales, por mayores incidencias de desempleo, asistencia social y ayuda familiar (Boeri, Hanson y McCormick, 2002; Borjas y Hilton, 1995; Borjas, 1994; Muenz y Fassmann, 2004; Van Oorschot, 2008). Por ejemplo, Borjas (1994) indica que las personas inmigrantes en Estados Unidos tienen una participación desproporcionada en las prestaciones económicas. Asimismo, Borjas y Hilton (1995) exponen que esta población recibe, relativamente, más beneficios que los habitantes nativos; asimismo, comentan que esta diferencia es substancial y que las familias inmigrantes dependen de estos servicios más a menudo y por períodos más largos.

Esta misma literatura intenta estimar los costos y las contribuciones económicas de la integración de los inmigrantes en los acuerdos de bienestar. Sin embargo, las evidencias no son contundentes y además están plagadas de dificultades metodológicas. Primero, es sumamente complicada la estimación de las contribuciones económicas directas e in-

directas de las personas inmigrantes (Mojica, 2003), en especial aquellos que están empleados en el sector informal. El trabajo doméstico no remunerado, por ejemplo, genera muchas ventajas para la clase media, en particular para las mujeres, pero no se contabiliza en las cuentas nacionales, como el PIB (Martínez Franzoni, Mora y Voorend, 2009).

En efecto, hace unos treinta años, Freeman (1986) manifestó críticamente que "cada quien es libre de creer más o menos lo que uno desea sobre el impacto económico de la migración porque los hechos son tan controvertidos" (p. 60).[10] Lo anterior fue secundado por Van Oorschot (2008) veinte años después. Si bien en el caso de Costa Rica sería muy importante una línea de investigación sobre los aportes económicos de la inmigración, en este trabajo eso no se desarrolla por las complicaciones metodológicas que representa.

Para esta investigación, la segunda idea del argumento del imán de bienestar, sobre la posible sobrerrepresentación de las personas inmigrantes como beneficiarios de los servicios sociales y la asistencia social, es de mayor importancia. Dichas ideas son el motivo de muchas reacciones negativas hacia la migración y pueden provocar voces del chovinismo del bienestar, incluso, cuando nuevos grupos de inmigrantes no representan ninguna amenaza y pueden incorporarse a los regímenes de política social sin mayor dificultad (Banting, 2000). Si los sectores vulnerables de la sociedad receptora temen por los posibles efectos negativos de la inmigración en los acuerdos estatales de bienestar, podrían surgir voces que aboguen por restricciones hacia las personas inmigrantes (Banting, 2000; Faist, 1994; Morrisens, 2008; Ryner, 2000; Soysal, 1994).

Estas reacciones ocurren sobre todo en tiempos de crisis, en particular, aunque no de forma exclusiva, en países con regímenes de bienestar liberales (Morissens, 2008). El chovinismo de bienestar se refiere al miedo entre los grupos de ciudadanos nativos (como también entre personas inmigrantes establecidas) de que nuevos inmigrantes le arrebaten a la población nacional los empleos, la vivienda y los servicios sociales (Faist, 1994).

El chovinismo de bienestar se puede presentar de dos formas. Por un lado, se puede traducir en una política migratoria restrictiva diseñada para impedir que las personas extranjeras ingresen al país y obtengan acceso a programas sociales amplios. Por otro lado, puede resultar en restricciones a la política de bienestar diseñadas para denegar el acceso de los extranjeros a las prestaciones sociales (Banting, 2000). Así, en un intento para "defender" el Estado de bienestar, este tipo de chovinismo de bienestar puede resultar en la *etnización* de la política, lo cual provoca "la exclusión de determinados grupos de inmigrantes de las prestaciones sociales" (Faist, 1994, p. 454).[11]

Si lo anterior ocurre en un contexto en el cual la política social se encuentra erosionada y bajo presión, los grupos mayoritarios podrían no solo arremeter contra la inmigración y el multiculturalismo, sino también contra el propio Estado de bienestar. Lo anterior podría resultar en "un ataque neoliberal más comprehensivo contra el Estado de bienestar, contribuyendo al surgimiento de nuevos partidos de extrema derecha o el retroceso de partidos establecidos de su compromiso con la distribución social" (Banting, 2000, p. 22).[12]

1.3 El caso de Costa Rica

1.3.1 Contextos más informales

Los países latinoamericanos se caracterizan por mantener altos índices de pobreza y de desigualdad (CEPAL, 2011); estos no se consideran "Estados de bienestar" en el sentido clásico del término. A diferencia de los Estados benefactores de Europa del Norte, muchos países latinoamericanos carecen de una amplia protección social con niveles mínimos de bienestar que cubran a la población entera (Martínez Franzoni, 2008). Sin embargo, el continente sí posee algunas de las tradiciones más antiguas de protección social en los países en desarrollo (Filgueira, 1998, 2004; Huber y Stephens, 2012; Mesa-Lago, 1994; Noy, 2013).

Estos sistemas de protección social han estado bajo presión desde el comienzo de la crisis de los años 80 y durante las décadas posteriores de las políticas neoliberales de liberalización, desregulación y privatización (Huber y Stephens, 2012; Noy, 2012). En este contexto, los países en desarrollo han enfrentado problemas para extender los acuerdos de bienestar a todos sus ciudadanos.

Quizás, de manera similar a los territorios del sur de Europa, la migración a los países en desarrollo ocurre en regímenes más débiles de política social, a diferencia de los países del norte de Europa (Baganha, 2000). En naciones donde la política social no cubre toda la población nacional y donde el acceso a las prestaciones sociales es muy estratificado (como en casi todos los países en desarrollo) hay menos tierra fértil para que las coaliciones sociales defiendan a las instituciones de bienestar (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013; Martínez Franzoni y Voorend, 2009; Korpi y Palme 1998). En tales contextos, incluso si legalmente se debieran reconocer los derechos de inmigrantes "es probable que haya poca presión en el Estado para extender a las personas inmigrantes los derechos sociales que pasen de leyes formales a la realidad de la vida cotidiana" (Baganha, 2000, p. 168).[13]

Además, la inmigración masiva tiene lugar en escenarios institucionales muy diferentes a los que se observan en Europa. Ahí, la primera ola de migración contemporánea tuvo lugar durante la edad de oro del capitalismo de bienestar, entre mediados de los años cuarenta y los setenta (Esping-Andersen, 1990), lo cual hace que la incorporación de los inmigrantes sea relativamente fácil. Hubo poca presión sobre la sostenibilidad financiera de las prestaciones sociales y, debido a que las instituciones existentes cambian lentamente por sus trayectorias históricas (*path dependency*), se mitigaron los efectos a corto plazo de la migración en los arreglos de bienestar. Por lo tanto, las poblaciones nativas inicialmente no percibieron a las personas inmigrantes como una amenaza para su propio acceso a los beneficios sociales y los derechos sociales de los inmigrantes no fueron significativamente controvertidos desde el principio.

Desde este punto de vista, en muchas partes del Sur la inclusión de las personas inmigrantes ocurre en escenarios más similares a los flujos de migración en Europa,

Estados Unidos y Canadá, a partir de los años noventa, cuando la inmigración se encontró con una fuerte resistencia institucional para incorporar a las poblaciones migrantes en acuerdos de bienestar más liberales (o en procesos de mayor liberalización). El pico más alto de la migración Sur-Sur en los países receptores de América Latina[14] aconteció durante y después de los años noventa. En esa época, los existentes regímenes de política social, ya debilitados, se encontraban bajo una presión substancial de austeridad durante un período de ajuste estructural y de reformas neoliberales, el cual demandaba recortes en los gastos sociales. Por lo general, se espera que, en momentos donde el Estado presente dificultades para brindar una cobertura total de servicios de calidad para sus habitantes, haya una disputa mayor para la inclusión de las personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar.

Sin embargo, en comparación con Estados Unidos y Canadá, los mercados laborales en el Sur no se regulan de forma efectiva y son menos propensos a generar empleos bien remunerados. Por ejemplo, en Canadá gran parte de las personas inmigrantes se encuentran bajo programas bilaterales de migración laboral, los cuales establecen condiciones de trabajo formales; aunque estos también se han visto muy criticados por movimientos sociales a favor de la población inmigrante (Hjalmarson, 2016).

A pesar de que en Estados Unidos hay una lucha contra la inmigración "ilegal", la población de inmigrantes irregulares se ha mantenido en un 3.5 por ciento de la población total, entre 2005 y 2014 (Krogstad y Passel, 2015). Es decir, si se toma en cuenta que Estados Unidos es uno de los países de destino más importantes, en particular para aquellos migrantes provenientes de Latinoamérica, este porcentaje relativamente bajo representa una considerable capacidad institucional en cuanto al control fronterizo y a las políticas migratorias restrictivas. En el Sur, dicha capacidad institucional es más débil (Baganha, 2000). Por consiguiente, una parte substancial de la migración en el Sur tiene lugar en condiciones irregulares ("ilegales") e informales (Hujo y Piper, 2010).

Estas diferencias en los escenarios migratorios y los contextos institucionales se deben de tomar en cuenta en el estudio de los derechos sociales de laspersonas inmigrantes y su acceso a la política social en el Sur, por al menos dos razones. Primero, en muchos países el estado migratorio regular y la formalidad son requisitos para ser elegibles en los acuerdos de bienestar, por ende, la informalidad en países del Sur representa un obstáculo importante para los inmigrantes en su integración social.

Segundo, de igual importancia, la migración "ilegal" provoca a menudo repercusiones políticas fuertes (López, 2012), por consiguiente, tiene más probabilidades de ocasionar resistencia entre los habitantes nacionales, lo cual puede conllevar a excluir a las personas inmigrantes de los servicios sociales. Lo anterior limitaría la voluntad y la libertad política del Estado para reconocer los derechos de la población inmigrante y el acceso de esta a la protección social. En resumen, en contextos de inmigración más informales e irregulares, la integración de inmigrantes a las estructuras de política social, ya más débiles en el Sur, no es un asunto evidente y requiere de un mayor análisis.

1.3.2 La política social costarricense

Al finalizar la guerra civil de 1948, Costa Rica abolió su ejército. La élite política, como estrategia preventiva para evitar la lucha de clases que se experimentó en Europa, decidió dedicar porcentajes importantes del gasto nacional a la inversión social, la cual estaba dirigida principalmente a la educación y a la salud (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013).

Durante los años sesenta y setenta se experimentó una importante ampliación de los acuerdos de bienestar en Costa Rica, donde incluso se tomaron en cuenta las prestaciones no contributivas. Además, el Estado tuvo un papel importante como agente de bienestar social y como empleador. Durante el pico más alto de la influencia del Estado en los años setenta, uno de cada cinco costarricenses trabajaba en el sector público (Vega, 2000); en empresas nacionales del país y en la burocracia estatal. En efecto, durante esta época, Costa Rica gozó de una gran estabilidad en relación con el seguro de salud y los servicios médicos.

El seguro contributivo era obligatorio para los trabajadores asalariados y los independientes y cubría a todos los miembros de la familia que dependían económicamente de estos trabajadores. Además, este se complementó con el seguro voluntario para las personas que carecían de un trabajo remunerado, las amas de casa y los estudiantes. La asistencia social priorizaba a los pobres y a los individuos con discapacidades. Los servicios médicos estaban dirigidos a todos; sin embargo, los subsidios por enfermedad y maternidad eran destinados únicamente a los trabajadores remunerados, quienes tenían más oportunidades de obtener estos subsidios que los trabajadores no asalariados (Martínez Franzoni y Ancochea, 2012).

Mientras que los años setenta fueron testigos de una expansión de las instituciones públicas, la década de los ochenta experimentó una transformación tras la crisis de la deuda y el consecuente ajuste estructural impulsado por el Consenso de Washington (Robinson, 2003), lo cual provocó la liberalización del comercio, la desregularización financiera y la reducción del Estado entre los años 1980 y 1990. Estas situaciones apuntaron a un nuevo modelo económico con una estructura más diversificada (Segovia, 2004), pero con niveles desiguales de dinamismo entre los sectores económicos y una incorporación desigual en mercados laborales. Tal como se señaló anteriormente, las políticas de ajuste estructural implicaron presiones para reducir los gastos sociales (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013).

Sin embargo, a pesar de estas presiones, en la actualidad Costa Rica mantiene uno de los regímenes de política social más sólidos del continente (Martínez Franzoni, 2008). El país presenta altos índices de gasto social per cápita, en comparación con los promedios[15] de Latinoamérica y Centroamérica, similar a los índices de otros países en la región con fuertes regímenes de política social, como Chile, Argentina y Uruguay. No obstante, esto lo consigue con menos ingresos nacionales per cápita (Cuadro 2). En

el 2012, el gasto público social per cápita equivalía a USD 1293, muy parecido a países como Chile, sin quedarse muy atrás de Argentina y Uruguay.

CUADRO 2. PIB Y EL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS, DURANTE EL 2012 (EN PORCENTAJES)

País	PIB per cápita*	Gasto público social per cápita*	Porcentaje del PIB per cápita
Argentina	6854	1893	27.6
Chile	453	1340	14.2
Costa Rica	5725	1293	22.6
Uruguay	7498	1846	24.6
CA** Promedio	2068	244	11.8
AL*** Promedio	5798	870	15.0

* Cifras en USD del año 2005/ **Centroamérica / ***Latinoamérica

FUENTE: CEPAL (2013).

Costa Rica tiene un sistema de educación pública que provee educación preescolar, primaria y secundaria financiada por el Estado. Este sistema integral de educación se creó bajo el marco legal de la Constitución de 1949. En los años setenta, la educación desde primaria hasta el primer ciclo de secundaria era gratuita. Dicho sistema está dirigido por el Consejo Superior de Educación, amparado por el Ministerio de Educación Pública (MEP), el cual establece los programas de estudio (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013). En la actualidad, la educación primaria cubre casi el 92 por ciento de los niños en edad escolar. La cobertura de la educación secundaria, el sector que ha sufrido mayores cortes presupuestarios en los años ochenta y noventa, es mucho menor, con un 73 por ciento (CEPAL, 2015).

Aunado a lo anterior, Costa Rica posee un amplio sistema de salud pública. En 1993, el país integró su programa de seguridad social por medio del Ministerio de Salud, lo cual dio como resultado un modelo de pagador único, administrado por el programa de seguridad social y costeado por los trabajadores, patrones y el Estado, con subsidios a las personas pobres. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el principal proveedor de servicios de salud, actualmente cubre cerca del 87 por ciento de los habitantes costarricenses, a través del seguro social. Este seguro se paga por medio de los impuestos sobre las nóminas, pero también permite el acceso de trabajadores independientes y asegurados voluntarios, para quienes se calcula una prima de seguro continuo, según su ocupación (Capítulo 2).

En el ámbito nacional, un poco menos del 13 por ciento de la población no tiene seguro médico (público). Este grupo lo constituyen en gran parte trabajadores agrícolas, trabajadores del sector informal, los profesionales autónomos y sus dependientes. Las personas no aseguradas también hacen uso de los centros de salud pública, en

especial los hospitales (Clark, 2002; Unger, De Paepe y Soors, 2008), aunque en esta investigación se demuestra que se ha dificultado el acceso a este servicio.

La CCSS también administra el régimen obligatorio de pensiones, el cual es obligatorio para cualquier trabajo formal. El sistema de pensiones multipilar costarricense, además, abarca un segundo régimen obligatorio de pensiones complementarias y un tercer régimen privado voluntario de pensiones complementarias. Estos dos regímenes son administrados por instituciones financieras que son reguladas por una entidad supervisora: la Superintendencia de Pensiones.

El cuarto y último pilar es el régimen no contributivo de pensiones, gestionado por la CCSS con capital del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF). Este último régimen está dirigido a personas en situación de pobreza. Otros servicios sociales incluyen asignaciones familiares y programas de asistencia social regidos tanto por FODESAF como por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). Estos programas están destinados a poblaciones específicas, en especial a aquellas personas con escasos ingresos económicos. Asimismo, se brindan programas sociales de vivienda y subsidios de vivienda social, si se cumplen los criterios de elegibilidad.

En el fondo, Costa Rica realmente se distingue de otros países de la región por la composición del gasto social (Martínez Franzoni, 2008). El Cuadro 3 muestra la estructura del gasto social durante el período 2009-2010, en comparación con otros países de la región que poseen fuertes regímenes de política social. En países como Chile y Argentina, la política social se enfatiza en la productividad laboral y la gestión mercantil de los riesgos sociales, salvo para los más pobres, para quienes el Estado provee bienes y servicios básicos fundamentales.

El porcentaje de gasto social para este tipo de asistencia social es mucho más alto (casi un 45 por ciento) que el de Costa Rica (28 por ciento). La nación costarricense brinda una proporción mayor a la educación (32 por ciento) y a la salud (29 por ciento). En efecto, el Estado ofrece servicios sociales a una extensa parte de la población, incluida la clase media y los habitantes no remunerados. Lo anterior se relaciona con porcentajes más altos destinados a los sistemas universales de salud y educación.

CUADRO 3. Estructura del gasto social público per cápita en los países latinoamericanos seleccionados, 2009-2010 (en porcentajes)

País	Educación	Atención sanitaria	Asistencia social	Vivienda y otros
Argentina	24	22	46	7
Chile	28	24	44	3
Costa Rica	32	29	28	11
Uruguay	17	22	48	13
CA Promedio*	38	25	23	14
AL Promedio**	33	23	33	11

*Centroamérica/ **Latinoamérica

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL (2015). Las cifras representan los porcentajes.

La comparación con Centroamérica merece un aviso importante: aunque los datos puedan sugerir una estructura similar al gasto social de Costa Rica, los valores del gasto social de otros países centroamericanos son significativamente menores. En general, en el resto de Centroamérica, los programas sociales están dispersos, tienen una baja cobertura y una repercusión muy limitada en la desigualdad de ingresos (CEPAL, 2009; Martínez Franzoni, 2008).

Todo lo anterior ha propiciado que Costa Rica evidencie una destacada actuación en relación con los indicadores de cobertura y de resultados. El país ha alcanzado una educación primaria universal y gratuita (aunque esto no ocurra con la educación secundaria) y altos índices en la cobertura del seguro médico, donde se incluyen los grupos vulnerables que no contribuyen. Por eso, se ha proclamado como "el caso exitoso" de la salud (Noy, 2012) y un caso prometedor de "salud sin riqueza" (Noy, 2013).

Por ejemplo, junto con Cuba, Costa Rica encabezó los rangos más altos de la esperanza de vida al nacer de todo el continente (79.6 años) en el 2015. No muy lejos de la esperanza de vida al nacer de algunos países más desarrollados del norte de Europa, como Noruega (81.5 años), Holanda (81 años) y Alemania (80.7 años) (PNUD, 2015). Actualmente, un costarricense vive cerca de 6 años más que cualquiera de sus homólogos centroamericanos. De igual forma, la nación supera a Argentina y a Uruguay con respecto a la mortalidad infantil (Cuadro 4).

Dicho esto, como se explicó anteriormente, los años ochenta anunciaron un período de reformas estructurales que resultaron en recortes en el gasto social. Esto ha puesto bajo presión el régimen de política social de Costa Rica, lo que ha provocado dificultades financieras (OPS, 2011), largas filas de espera y aumentos en el gasto privado en atención médica (Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea, 2013).

1.3.3 La inmigración en Costa Rica

Justo cuando la política social estuvo bajo presión entre los años 80 y 90, la migración nicaragüense a Costa Rica aumentó de manera espectacular (Robinson, 2003; Rosa, 2008; Sandoval, 2007; Segovia, 2004; Voorend y Robles, 2011). Antes de los años noventa, la migración en Centroamérica estuvo relacionada principalmente con los conflictos armados en la región, en especial la Guerra Civil de El Salvador (1980-1992), la Revolución Sandinista de Nicaragua (1978-79) y el conflicto armado entre los sandinistas y los paramilitares, los Contras, apoyados por Estados Unidos.

La inmigración en las décadas de 1970 y 1980 tuvo un aspecto de escape masivo, caracterizado por una fuerte crisis política y por frecuentes guerras civiles internas "que tuvieron repercusiones en toda la región, pero que se manifestaron más en Nicaragua, El Salvador y Guatemala" (Morales y Castro, 2006, p. 18). Aunque la gran mayoría de estos flujos de migración se dirigieron hacia Estados Unidos (Maguid, 1999), Costa Rica, que se mantenía al margen de los enfrentamientos armados, recibió un gran porcentaje de estos inmigrantes políticos, en su mayoría nicaragüenses (Cortés, 2008).

CUADRO 4. Indicadores de resultados y cobertura para países latinoamericanos seleccionados, alrededor del 2013

País	Escolarización (alrededor del 2013)		Expectativa de vida al nacer (2013)	Índices de mortalidad infantil (2013)	Cobertura de seguridad social (alrededor del 2010)	Cobertura de pensiones (alrededor del 2010)	Cobertura del seguro médico (2014)		
	Primaria	Secundaria*	Años	Por cada 1000	Contribuidores/PEA**	Población beneficiada mayor de 65 años	Total	Asalariados	No asalariados
Argentina***	-	89.1	76.8	11.1	47.8	90.4	73.4	82.3	56.1
Chile	92.0	87.3	79.5	6.4	73.1	57.2	-	-	-
Costa Rica	90.0	73.3	79.6	8.5	66.5	41.0	87.1	91.1	77.8
Uruguay	72.0	72.0	77.8	13.8	66.8	85.7	98.3	99.3	95.4
CA Promedio**	77.8	50.9	73.2	19.3	23.3	13.2	-	-	-
AL Promedio	92.3	75.7	75.2	16.0	28.9	25.3	61.3	78.1	29.2

*Argentina: 2012; CA Promedio: 2011. / **Chile, Costa Rica: 2009. CA Promedio: El Salvador, Honduras: 2009; Guatemala, 2006; Nicaragua, 2005. / *** En Argentina, solo los asalariados tienen derecho a la seguridad social, ya que se excluyen los trabajadores independientes. Sin embargo, la resultante subestimación parece ser menor debido a que los mecanismos de participación de trabajadores independientes en la seguridad social son muy bajos (Rofman y Oliveri, 2012).

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL (2015); Rofman y Oliveri (2012); PNUD (2015).

Con el advenimiento de la paz a principios de los años 90, hubo una considerable migración retorno de refugiados políticos y personas desplazadas por la violencia (Smith, 2006). Sin embargo, los flujos de migración en general se intensificaron de manera notable en toda la región debido a la crisis de la deuda (en la década de 1980) y las posteriores transformaciones económicas (Acuña, 2010). La mayoría de los inmigrantes eran trabajadores jóvenes e inexpertos en busca de mejores oportunidades laborales, principalmente, como inmigrantes irregulares en Estados Unidos (Fix y Passel, 2001).

Al mismo tiempo, la red de migración laboral entre Nicaragua y Costa Rica se estableció como el flujo entre países Sur-Sur más importante en la región centroamericana (Morales y Castro, 2006; Sandoval, 2007). Esta migración se motiva por la falta de oportunidades laborales en Nicaragua ("factor de empuje") y la demanda laboral en los sectores de la agricultura, la construcción y el servicio doméstico en Costa Rica ("factor de atracción") (Voorend y Robles, 2011). Por ejemplo, el trabajo de los inmigrantes nicaragüenses representa más del 80 por ciento de la fuerza laboral en ciertos sectores agrícolas como la agricultura de caña de azúcar (Voorend y Robles, 2011).

En el "nuevo" modelo económico que tomó forma en los años 90 (Segovia, 2004; Robinson, 2003; Rosa, 2008), creció la disyuntiva entre los sectores terciarios más dinámicos y los sectores principales de mano de obra intensiva (Sojo y Pérez Sáinz, 2002). Este último necesitaba con urgencia la mano de obra barata de trabajadores inexpertos, solo parcialmente disponible en el país (Morales y Castro, 2006). Por consiguiente, la inserción de los trabajadores inmigrantes se da principalmente en mercados de trabajo "secundarios", con bajos niveles de remuneración e insuficiente protección social y laboral (Voorend y Robles, 2011). En contextos de informalidad y de tensión sobre la incorporación inmigrante, no resulta evidente que las personas migrantes tengan acceso a los servicios sociales de Costa Rica.

Sin embargo, no existen estudios concluyentes que examinen la incidencia de los inmigrantes nicaragüenses y su impacto económico en los servicios sociales de Costa Rica, o bien, que investiguen las formas en las que las personas inmigrantes acceden a los servicios sociales y su incorporación a estos como estrategia de sobrevivencia. Los escasos estudios sobre el tema se concentran en la discusión sobre la posibilidad de que los nicaragüenses se aprovechen de las políticas sociales y en qué medida (en caso de confirmarse). Asimismo, analizan si estos inmigrantes son una "carga" para la sostenibilidad financiera de dichos servicios sociales.

Lastimosamente, existen pocos datos sobre las contribuciones al seguro social y sobre el uso de servicios sociales a partir de la nacionalidad. Al mismo tiempo, la información sobre los inmigrantes irregulares y temporales es incompleta, ya que los datos oficiales de las encuestas nacionales subestiman a estas poblaciones. La información oficial disponible en la mayoría de las instituciones nacionales de bienestar social no permite desagregar de acuerdo con la nacionalidad; en el mejor de los casos, permite solo la diferenciación entre extranjeros y costarricenses, lo cual imposibilita analizar agrupaciones específicas de diferentes grupos de inmigrantes.

En un estudio descriptivo, no publicado, Castillo (2003) se basa en datos de la CCSS para realizar un análisis de incidencia de la población inmigrante en los servicios de salud. Con este trabajo, se demuestra que los inmigrantes demandaron entre un 4 y un 6.3 por ciento de la totalidad de los servicios brindados por la CCSS durante el 2002; un porcentaje menor a la población total de extranjeros en Costa Rica en esa época (6.9 por ciento), de acuerdo con el INEC (2002).

No mucho tiempo después, Bonilla-Carrión (2007) llega a una conclusión diferente. Basado en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEC, 2004), señala que los hogares nicaragüenses en Costa Rica, en términos relativos, hacen más uso de los servicios sociales que los hogares costarricenses, pero, contribuyen más a estos servicios sociales. Por consiguiente, el autor cuestiona "los argumentos contra la migración y el discurso racista" (p. 158). Sin embargo, como el autor mismo admite, los resultados presentan un sesgo debido a que las encuestas tienen un subregistro de las personas inmigrantes indocumentadas y la migración temporal/circular.

Castillo (2003–con actualización de los datos hasta el 2011) demuestra cómo los costos promedios de las consultas médicas y la hospitalización para la población inmigrante han incrementado en un 473 por ciento y un 1 052 por ciento, respectivamente, entre los años 1997 y 2011. Sin embargo, el estudio tiene algunas limitaciones metodológicas. Por ejemplo, los costos se calculan a partir de los precios actuales, sin corregirlos por inflación. Al corregirlos, los datos sugieren aumentos a una escala mucho menor (de 50 por ciento y 200 por ciento, respectivamente). Más importante aún, la autora no compara los costos de la atención médica a personas inmigrantes con los costos que implica atender personas costarricenses. Además, en estos estudios no se considera el hecho de que los inmigrantes también contribuyen a la seguridad social.

Otras investigaciones se centran en el marco institucional y legal que regula la migración (Fouratt, 2014a; Kron, 2011; Sandoval, 2012). En el Capítulo 2, se expone una discusión más amplia de estos antecedentes. En contraste, López (2012) se enfoca de manera explícita en el acceso a la atención médica, por lo cual, analiza la atención de los inmigrantes que ingresan al país bajo el Acuerdo Binacional (ABN) entre Nicaragua y Costa Rica (Capítulo 2). Además, López cuestiona el universalismo del sistema de salud, al argumentar que hay una incorporación parcial de los inmigrantes dentro de este, lo cual reproduce las vulnerabilidades y las dinámicas de la exclusión (López, 2012).

En efecto, "aunque los inmigrantes temporales tengan el derecho de residir y trabajar en el país, los oficiales a cargo del sistema de salud los tratan como si fueran "ilegales" y, por ende, pacientes sospechosos" (López, 2012, p. 187). Lo anterior subraya el argumento de que son las prácticas reales de discriminación social y no el nivel de los derechos formales lo que genera el problema real en la integración social (Faist, 1994).

Existen otros estudios, pero estos no contribuyen mucho al debate, ya que ofrecen pocos datos nuevos, referencias cruzadas e incluso citas textuales del análisis de otros autores. Por ejemplo, Carmona, Cristina, Chaves y Gatica (2007) aportan poca evidencia empírica sobre la migración y los servicios sociales (atención médica, educa-

ción y beneficios de ayuda de vivienda) y no hace más que subrayar recomendaciones, mencionadas con anterioridad en otros estudios, sobre la necesidad de encontrar medios en los cuales los inmigrantes puedan contribuir de forma más activa a la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Esto supondría asegurar la inserción en el mercado laboral formal y una cobertura más amplia de la seguridad social, pero no ofrece ningún tipo de consejo práctico para enfrentar los factores limitantes que causan esta situación.

Esta ambigüedad en relación con la incorporación de inmigrantes en los servicios sociales agrava el discurso antiinmigratorio en Costa Rica. De hecho, la persona inmigrante nicaragüense es socialmente construida como una amenaza, lo cual no solo abre el camino para la discriminación, el racismo y la xenofobia, sino que también representa un elemento importante en la construcción de políticas públicas sobre la migración (Feldman-Bianco, Rivera-Sánchez, Stefoni y Villa, 2011). El establecimiento de limitaciones en torno a la distribución de los recursos de bienestar es una reacción común en tiempos de crisis (Faist, 1995, 1996). Sin embargo, este tipo de reacciones se basa a menudo en la percepción de la inmigración como una amenaza y no en datos duros sobre la relación entre la inmigración y la política social (Feldman-Bianco *et al.*, 2011).

Notas

1 "Usually entrenches segmentation in provisioning systems, which in turn reinforces social and economic stratification by removing the middle class and their political voice from the services that are supplied to and accessed by the poor" (Fischer, 2009, p. 6).

2 "The urban middle class and some blue-collar workers enjoyed access to relatively generous systems of public protection, but peasants and informal-sector workers were generally excluded or underserved" (Haggard y Kaufman, 2008, p. 1).

3 "Difference in treatment of citizens and noncitizens [which] is the crucial measure of immigrant reception" (Money, 2010, p. 20).

4 "... developments subsumed under the term 'globalization' have eroded national sovereignty... and international norms have constrained national policy making" (Guiraudon y Lahav, 2000, p. 163).

5 "International human rights regime that prevents nation-states from deciding who can enter and leave their territory" (Guiraudon y Lahav, 2000, p. 164).

6 "Boundaries of inclusion and exclusion, which define both those who are full members of existing networks of reciprocity and deserve support, and those who are 'strangers' or 'others' to whom little is owed" (Banting, 2000, p. 13).

7 El uso de la palabra "ilegal" es controversial para los seres humanos, ya que nadie es ilegal debido a su condición de persona. Sin embargo, a lo largo del documento, los términos "ilegal" e "ilegalidad" (entrecomillados) se usan para hacer referencia a la situación de los inmigrantes que no tienen un estado legal o un estado migratorio regular. Con esto, se sigue a los autores como De Genova (2002) y Sharma (2003), quienes usan estos términos para cuestionar, en vez de aceptarlos. Además, el concepto de "ilegalidad" expresa, mejor que "irregularidad", las narrativas de las personas entrevistadas, así como la opinión pública.

8 "... accept or even create 'back doors' and 'side doors' for irregular migrants... covertly exploiting the lack of rights and the vulnerability of these migrants" (Schierup *et al.*, 2006, p. 41).

9 "Their illegal status should mean the denial of all rights, whether receiving states carry some responsibility for their presence and their treatment, or whether they stand completely outside any relationship with the state and therefore any protection" (Morris, 2002, p. 21).

10 "One is free to believe more or less what one wishes about the economic impact of migration because the facts are so much in dispute" (Freeman, 1986, p. 60).

11 "... exclusion of selected groups of immigrants from social benefits who did not participate previously in the social security system" (Faist, 1994, p. 454).

12 "A more comprehensive neoliberal attack on the welfare state, contributing to the emergence of new radical right parties and/or the retreat of established parties from social redistribution" (Banting, 2000, p. 22).

13 "There is likely to be less pressure on the state to extend to immigrants social rights that pass from formal laws to everyday reality" (Baganha, 2000, p. 168).

14 Ha habido muchas olas migratorias en el Sur a través de la historia, incluyendo la migración entre los años 1970 y 1980 relacionada con la represión política. Para Costa Rica, esto implica entradas considerables de migrantes procedentes de otros países de Centroamérica y Latinoamérica, en especial de Nicaragua.

15 Tomando un promedio simple del gasto social per cápita en Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Honduras.

2. La política migratoria y los criterios de elegibilidad para el acceso a los servicios de salud en Costa Rica

2.1 Introducción

Este capítulo inicia con una reseña sobre el desarrollo de la política migratoria contemporánea en Costa Rica. Al ubicar la más reciente reforma de la ley de migración dentro de un contexto histórico, el apartado demuestra que las leyes de migración han estado arraigadas al paradigma de seguridad. Esta contextualización histórica no solo se considera fundamental para comprender el siguiente capítulo, el cual estudia la relación que existe entre las políticas social y migratoria, sino también resulta útil para entender muchos de los argumentos que aparecen a lo largo del documento. Posteriormente, se describe cómo se estructura el sector de salud costarricense y el papel de la CCSS en este. Por último, el capítulo evalúa los criterios de elegibilidad formales para el acceso a los servicios de salud en Costa Rica y lo que ello conlleva para las personas inmigrantes.

El apartado se basa en una investigación documental que tomó en cuenta distintas fuentes, entre estas, publicaciones académicas, informes oficiales de instituciones, artículos en sitios web sobre la política social de ciertas instituciones, documentos legales (por ejemplo, leyes) y comunicaciones internas de entidades responsables de la política social. Estos documentos facilitaron información sobre varios aspectos de interés. Por un lado, sirvieron de apoyo para comprender la trayectoria histórica de la política pública y el análisis crítico actual de las leyes sobre la integración de personas inmigrantes. Por otro lado, las fuentes permitieron realizar un estudio de los criterios de elegibilidad para acceder a los servicios de salud y una valoración de cuán difícil es este acceso para la población inmigrante.

El capítulo muestra que tanto el seguro social como el estado migratorio regular son criterios de elegibilidad fundamentales, no solo para el acceso a la salud, sino también para el acceso a muchos otros beneficios del régimen de la política social. Es decir, los derechos sociales están directamente vinculados con el seguro social.

2.2 Evolución de las leyes migratorias

A pesar de la rápida transformación de los escenarios migratorios a partir de la década de 1990, con la aparición de migraciones de Nicaragua a Costa Rica en magnitudes

inéditas (Sandoval, 2007), los legisladores costarricenses tardaron en adaptarse a estos flujos migratorios. Hasta hace muy poco, la inmigración en Costa Rica se regía por una ley que data del año 1986. No obstante, el marco legislativo recientemente experimentó dos grandes reformas: una en el 2005 y otra en el 2009. Pese a estas modificaciones, ha existido una continuidad en la política inmigratoria en Costa Rica, en relación con el enfoque sobre el control fronterizo y otros mecanismos de control (categorías migratorias, vigilancia de los registros criminales y otras penalizaciones recientes) (López, 2012).

Así pues, esta sección aborda dicha continuidad y los cambios realizados, mediante la presentación de un breve resumen sobre el desarrollo histórico de las leyes y las políticas migratorias en Costa Rica. Lo anterior constituye un marco legal en el cual se contextualiza este análisis sobre la incorporación de personas inmigrantes en la política social.

2.2.1 Antes de 1986

Durante la presidencia de Rafael Ángel Calderón Guardia, el 7 de junio de 1940 se promulgó la Ley N.° 37, Creación de la Oficina de Migración y Extranjeros. Luego de su implementación en 1942, la ley proporcionó un marco destinado a orientar y a coordinar los esfuerzos en materia de migración, además, unificó las instituciones que tenían a cargo en sus carteras asuntos sobre migración, por ejemplo, el Ministerio de Relaciones Exteriores, Gobernación y Policía y el Ministerio de Seguridad Pública (Vargas, 1990). Específicamente, de acuerdo con la política migratoria restrictiva en el resto de Latinoamérica, esta ley creó nuevas restricciones para ciertos grupos de personas extranjeras; esto a partir de categorías raciales como personas de raza negra, o bien, categorías étnicas y nacionales como chinos, árabes, sirios, turcos, armenios y gitanos (Bermúdez-Valverde, 2012).

Sin embargo, es hasta 1952, cuando se crea el Consejo Nacional de Migración, que se realiza un primer intento para regular la llegada de extranjeros. Dicho consejo se creó como un organismo dentro del Ministerio de Relaciones Exteriores, con el fin de incentivar algunos tipos de inmigración y regular y restringir otros, al implementar medidas de control en el marco de las convenciones internacionales. El Consejo Nacional de Migración también funcionó como ente investigador de las tendencias migratorias en Costa Rica.

El Consejo estaba formado por representantes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Seguridad Pública, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Gobernación y la Procuraduría General de la República. A finales de 1957, un decreto ejecutivo dictó que este consejo tenía que trasladarse al Ministerio de Seguridad Pública, ya que no había cumplido con las expectativas sobre el control de inmigración (DGME, 2011).

En 1974, la Ley N.° 5874 establece que la Oficina de Migración y Extranjeros se convierta en la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME); un órgano del

Ministerio de Seguridad Pública especializado en asuntos de inmigración. La DGME tenía muchas dependencias encargadas del control migratorio en el territorio nacional, con puestos de vigilancia en fronteras terrestres, marítimas y aéreas.

Durante el gobierno de Luis Alberto Monge Álvarez se realizaron ajustes importantes en la estructura administrativa del Poder Ejecutivo. Por ejemplo, el 12 de septiembre de 1982 se aprueba la Ley N.° 6812, la cual estableció a la DGME como una parte integral del Ministerio de Gobernación, con la responsabilidad de ejecutar la política migratoria del país. Sin embargo, a pesar de una serie de decretos, comunicaciones internas y resoluciones que reglamentaban las funciones migratorias, aún se carecía de una entidad reguladora que pudiera regir los flujos de migración asociados con los conflictos políticos en Centroamérica durante la década de 1980. Por consiguiente, el Consejo Nacional de Migración se ocupó de preparar un proyecto de ley acorde con las características de inmigración contemporáneas.

2.2.2 La Ley de 1986: regulación de la migración

El 4 de agosto de 1986 se promulgó la Ley N.° 7033, la cual estaría vigente hasta agosto del 2006. Esta posicionó a la DGME bajo el Ministerio de Policía y Gobernación, además, le confirió la tarea de ejecutar la política migratoria de Costa Rica formulada por el Poder Ejecutivo. La ley funcionó como una estructura administrativa reguladora que establecía las modalidades de entrada y la duración de la estadía, los criterios de residencia y de trabajo, así como los salvoconductos.

Esta ley fue reformulada solo una vez, en 1995, luego de una reunión entre los ministerios de trabajo de Costa Rica y Nicaragua, con el fin de crear la Tarjeta de Trabajo Estacional (TTE); un permiso temporal de trabajo agrícola para los sectores de caña de azúcar y café (Borge, 2004; López, 2012). Lo anterior significó el primer instrumento bilateral para regular los flujos de migración y proteger los derechos laborales de las personas extranjeras y de la población costarricense (Borge, 2004). La ley sirvió como medida para vigilar el cumplimiento de los principios constitucionales y laborales en el país, asimismo, para evitar condiciones desiguales en la oferta laboral, lo cual impide la competencia desleal en perjuicio de las personas costarricenses (Borge, 2004).

A pesar de que el permiso de trabajo temporal no representaba una reforma importante en el marco legal, sí se consideraba un logro importante, ya que fue uno de los primeros instrumentos diseñados para la regulación y la administración de la inmigración laboral. Básicamente, esta licencia se destinó a los trabajadores agrícolas de origen nicaragüense que ya vivían en Costa Rica. Así, la ley se usó para gestionar el acceso a un estado migratorio regular temporal, por un período de un año, aunque existía la oportunidad de renovar el permiso cada año. La Embajada de Nicaragua se comprometió a darle seguimiento a las personas inmigrantes indocumentadas y a ayudarles a conseguir los documentos necesarios para comenzar el proceso de regularización; posteriormente, la DGME de Costa Rica se hizo cargo de procesar las TTE.

Lamentablemente, dicha medida no permaneció por mucho tiempo y ya para 1998 no estaba vigente (Borge, 2004); sobre todo porque el permiso no posibilitó la regularización que se había previsto. En ese sentido, resultó imposible hacer que cientos de miles de personas inmigrantes, quienes ya se habían establecido de manera permanente en Costa Rica, pasaran a ser inmigrantes temporales. Entonces, las TTE no encajaron bien con el tipo de inmigración que tuvo lugar en el país en ese momento, además, su objetivo consistía en "solucionar un problema que superaba la capacidad del Estado" (Alvarenga, 2000, p. 32).

A excepción de las TTE, la ley no cambió substancialmente en todo este período. En noviembre de 1998, se creó una amnistía migratoria durante la administración de Rodríguez Echeverría, luego de una cumbre presidencial regional como respuesta a la crisis humanitaria, social y económica que causó el huracán Mitch en Centroamérica. La amnistía, cuyo fin era documentar y normalizar la entrada de centroamericanos a Costa Rica en condiciones irregulares antes de noviembre de 1998, brindaba la posibilidad de obtener un estado de residente regular por un año, con la opción de una renovación anual, en particular para los nicaragüenses (Mora, 2004). No obstante, tales medidas eran de carácter temporal y no significaron una mayor modificación del marco jurídico vigente desde 1986.

2.2.3 La Ley del 2005: securitización

El 22 de noviembre del 2005, durante la administración de Abel Pacheco de la Espriella, se promulgó una nueva ley de migración (Ley N.° 8487), la cual entró en vigor el 12 de agosto del 2006. La ley surgió de un proceso de reforma que inició en el 2001 como una reacción a los problemas generados por la migración, en especial de nicaragüenses (Morales, 2008). Esta contemplaba mecanismos de control que se habían "desarrollado poco en la ley anterior, como por ejemplo, la vigilancia de habitantes inmigrantes indocumentados, o la implementación de nuevos mecanismos de regulación para custodiar las acciones delictivas perpetradas por extranjeros" (López, 2012, p. 84).

La ley era de carácter punitivo y le daba una gran autoridad a la policía fronteriza, para lo cual se incrementó su presupuesto y se reforzó la infraestructura y la ejecución del control fronterizo. De esa forma, la inmigración fue claramente considerada como un asunto de seguridad nacional y la ley penalizaba tanto el tráfico como el encubrimiento de personas inmigrantes indocumentadas. Además, permitía confiscar los documentos de identidad y que las autoridades reguladoras de migración realizaran detenciones por tiempo indefinido.

Casi inmediatamente después de su publicación, la ley recibió fuertes críticas por parte de la sociedad civil (Fouratt, 2014a; Kron, 2011; López, 2012), las cuales se relacionaron, en particular, con una posición discriminatoria y xenofóbica en contra de las personas inmigrantes, en especial la población nicaragüense (Jiménez, 2009; López, 2012).

Después de esta ola de críticas y luego de un fallo que emitió la Sala Constitucional (2007-003653), el cual declaraba inconstitucional un artículo que prohibía las uniones consensuales como argumento para peticiones de reunificación familiar, el nuevo gobierno solicitó a la Defensoría de los Habitantes evaluar rigurosamente la ley.

Según la Defensoría de los Habitantes, la problemática de esta ley radicaba en el énfasis brindado a la securitización como control del comercio sexual y de prácticas relacionadas con el comercio y contrabando de drogas, así como la vigilancia policial de las personas inmigrantes. No obstante, se ignoraba casi por completo la visión de los derechos humanos (López, 2012). Este proceso de evaluación dio como resultado el inicio de una nueva ronda de reformas que culminaron con la ley del 2009, la cual se encuentra vigente. Entre las dos leyes, del 2005 y del 2009, se firmó un acuerdo binacional con Nicaragua como segundo intento de regular los flujos de migración laboral temporal.

2.2.4 El Acuerdo Binacional del 2007

En diciembre del 2007, se firmó un acuerdo bilateral entre Nicaragua y Costa Rica. El Acuerdo Binacional (ABN) es un convenio para contratar, por medios legales, inmigrantes temporales y regularizar la incorporación de trabajadores nicaragüenses en distintos sectores económicos, en particular la agricultura (Bolaños, 2009; López, 2012). El impulso para esta política surgió de una coalición de centro derecha entre los partidos políticos Unidad Social Cristiana y Liberación Nacional, durante los gobiernos de Abel Pacheco y Óscar Arias, respectivamente. Estos gobiernos habían promovido de forma activa el Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos (DR-CAFTA), con el cual se crearían 500 000 nuevos empleos asociados a exportaciones hacia Estados Unidos (López, 2012). En este escenario, el ABN representaría un mecanismo crucial para garantizar el flujo regular de inmigrantes requeridos en los sectores de la economía con alta demanda de mano de obra.

De conformidad con el ABN, los empleadores pueden reclutar migrantes temporales, tanto en Nicaragua como en Costa Rica. Sin embargo, las personas inmigrantes que viven en Costa Rica se pueden contratar solo si cuentan con una visa vigente, ya que el ABN excluye a la población inmigrante indocumentada. Los trabajadores que viven en Nicaragua requieren la autorización de dos entidades nicaragüenses: la Dirección General de Migración y Extranjería y el Ministerio del Trabajo de Nicaragua (MITRAB).

El MITRAB le facilita a la DGME una lista de migrantes autorizados. Estos migrantes temporales quedarán exentos de los pagos por derechos de visa. Por su parte, los patronos deben asegurarse de que las personas inmigrantes tengan pasaportes, certificados de salvoconducto y documentos de viaje, además, tienen que pagarle a la DGME un impuesto por la entrada de cada trabajador (López, 2012). Luego de la

solicitud de contratación de parte del empleador, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica (MTSS) formula una sugerencia a la DGME sobre el establecimiento de ciertas cuotas; lo anterior a partir de las negociaciones con asociaciones patronales y los análisis sobre las necesidades del mercado de trabajo. Finalmente, la DGME decide si aprueba o no la solicitud.

Aunque el ABN se encuentra vigente actualmente, no se considera exitoso, por lo cual ha sido objeto de fuertes críticas. Los patronos consideran que realizar los trámites que indica el acuerdo es una molestia, asimismo, critican el tiempo y los costos que implica el proceso legal de contratación. Desafortunadamente, queda en evidencia, además, la debilidad institucional del MTSS para establecer y negociar cuotas razonables y para crear un proceso de contratación rápido (Voorend y Robles, 2011). Lo anterior ha provocado que los patronos no quieran involucrarse en el programa (López, 2012; Voorend y Robles, 2011).

Por su parte, Bolaños (2009) menciona otras valoraciones. Primero, indica que existe una problemática, puesto que el ABN es opcional y no es el único método para contratar inmigrantes temporales; los permisos de trabajo temporal también se pueden completar una vez que la persona inmigrante llegue al país. Sin embargo, este trámite también implica un complejo proceso burocrático. Segundo, al cubrir solamente a las personas inmigrantes temporales, el ABN no ayuda en la regularización del estado legal de la gran mayoría de inmigrantes nicaragüenses asentados de forma permanente en Costa Rica. Por consiguiente, el ABN no contrarresta necesariamente la contratación irregular de trabajadores inmigrantes.

Tercero, debido a que el acuerdo se enfoca principalmente en los sectores de la agricultura, la agroindustria y la construcción, no se contemplan otros importantes mercados laborales, por ejemplo, el trabajo doméstico, el turismo y el comercio. Cuarto, aunque el ABN requiere de la firma de un contrato laboral, no se especifica el contenido de dicho contrato y, de cualquier forma, existe poco control sobre las condiciones de trabajo reales. Del mismo modo, se desconoce si los patrones respetan los derechos sociales y laborales mínimos establecidos por el ordenamiento jurídico costarricense.

Por último, dado que se otorga el permiso para ser contratado por un único empleador, no es permitido que las personas inmigrantes se trasladen de un sector a otro. Esto, según Bolaños (2009), provoca que la población inmigrante se vea expuesta a despidos injustificados, si estos presentan un "mal comportamiento", según el criterio del empleador, y a situaciones de vulnerabilidad para reclamar malas condiciones de trabajo y de vida.

Tal y como explica López (2012), el ABN es:

> Un procedimiento normativo seco que regula el proceso de ingreso de inmigrantes temporales, en el cual los patronos juegan un papel protagónico en cada una de sus fases, mientras que el Estado cumple una función de supervisión – una posición cómoda en un contexto de políticas neoliberales (p. 103).

Luego de los efectos económicos en el mercado laboral a raíz de la crisis financiera del 2008, la cual repercutió fuertemente en los sectores de la construcción y del turismo de Costa Rica, durante el 2009 y el 2010 (Voorend y Robles, 2011), el MTSS se opuso por algunos años a establecer cuotas que permitieran la contratación de nuevos trabajadores inmigrantes. No obstante, gracias al mejoramiento gradual de la economía, el MTSS ha comenzado otra vez a estudiar la demanda laboral (Ruiz, 2014), en especial en labores agrícolas, donde siempre se necesita mano de obra (Voorend y Robles, 2011). Por ejemplo, para la temporada agrícola 2013-2014, el MTSS tramitó 11 600 solicitudes; una cantidad considerable (Ruiz, 2014).

2.2.5 La Ley del 2009: ¿los derechos sociales y la inclusión?

En el 2007, se presentó en la Asamblea Legislativa un proyecto para reformar la ley migratoria del 2005, como parte del Plan Nacional de Desarrollo (2006-2010) del gobierno de Óscar Arias Sánchez. El Gobierno elaboró el documento, pero las discusiones posteriores constituyeron un proceso más inclusivo que las otras reformas de leyes migratorias. Como consecuencia de las fuertes críticas hacia la ley del 2005, se generó un esfuerzo auténtico por integrar la participación de la sociedad civil y de organizaciones, por ejemplo, la Red Nacional de Organizaciones Civiles para las Migraciones, algunos grupos religiosos, instituciones académicas y centros de investigación (como la Fundación Friedrich Ebert), asimismo, organizaciones e instituciones regionales como el Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Se incluyeron, de igual manera, universidades públicas y organizaciones internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (López, 2012).

Un aspecto fundamental de esta reforma fue el reconocimiento de los marcos normativos de los derechos humanos internacionales.[1] Según el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), el objetivo era fomentar:

> Un modelo de administración de flujos migratorios que permita el ejercicio de un control migratorio respetuoso de los derechos humanos, y tendiente a la integración de la población migrante a la seguridad social y a los servicios que ofrece el Estado costarricense (MIDEPLAN, 2007, p. 49).

Con este panorama, en agosto del 2009, se aprobó la Ley N.° 8764, la cual entró en vigencia en marzo del 2010. Esta ley, con múltiples referencias a los derechos humanos internacionales, compromete al Estado, por primera vez, con la integración de las personas inmigrantes a la sociedad costarricense (Fouratt, 2014a; López, 2012):

> Con base en los principios de respeto a la vida humana, a la diversidad cultural y de las personas, a la solidaridad, la equidad de género, así como a los derechos humanos garantizados en la Constitución Política, los tratados y los convenios internacionales debidamente suscritos, ratificados y vigentes en el país (Ley N.° 8764, art. 3).

En teoría, la ley abarca un enfoque más integral para lograr una política migratoria que incluya distintos ministerios (vivienda, seguridad social, salud y trabajo), así como organizaciones de migrantes, en la declaración y planificación. En efecto, la ley comprende la inmigración no solo como un asunto de seguridad, pero le atribuye a la migración una gran importancia para el desarrollo nacional, al estipular en su segundo artículo que "la materia migratoria [es] de interés público para el desarrollo del país, sus instituciones y la seguridad pública" (Ley N.° 8764, art. 2).

De acuerdo con este discurso más "inclusivo", el Consejo Nacional de Migración, tradicionalmente a cargo de la planificación y ejecución de la política migratoria, la coordinación de la policía de migración y la administración de aduanas y fronteras, cambió su configuración y orientación (López, 2012). Por un lado, anteriormente el Consejo estaba integrado por el Ministerio de Gobernación, el Ministerio de Seguridad Pública, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Relaciones Exteriores, ahora se encuentra constituido por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la DGME, la CCSS y el Instituto Costarricense de Turismo; además, mantiene a dos representantes de organizaciones de la sociedad civil trabajando en asuntos de migración (López, 2012).

Por otro lado, el enfoque del Consejo, el cual ha sido históricamente (y de forma exclusiva) el control de la inmigración y la seguridad, ahora incluye la tarea de promover la integración y la inclusión (López, 2012). Así pues, a diferencia de casi todo el resto del continente, la ley y el marco institucional responsables de la ejecución y el cumplimiento de la legislación se centran de manera explícita en la integración social.

Pese a estos importantes cambios en la orientación del Consejo, surgieron algunas inquietudes, por parte de analistas más críticos de la ley, sobre la forma en que la "retórica de integración sirve para legitimar… unos elementos alarmantes" (Fouratt, 2014a, p. 166) relacionados con la persistente securitización de la migración (Fouratt, 2014a; Kron, 2011). Por ejemplo, el aumento de la autoridad y la autonomía de la policía migratoria y las medidas represivas de las que dispone como las detenciones por largos períodos (Sandoval, 2012). También, se generaron, desde temprano, críticas a los altos costos que implica obtener los documentos necesarios para una estadía prolongada regular en Costa Rica (Fouratt, 2014a; Sandoval, 2012; Voorend, 2014).

En efecto, resulta contradictorio, en un marco de mayor reconocimiento de los derechos humanos y la inclusión social, que la Ley otorgara más autonomía a la policía de migración y que se instauraran nuevas cuotas y multas (USD 100 por cada mes permanecido irregularmente en Costa Rica). Asimismo, la ley cambió los requisitos para conseguir permisos de residencia, por ejemplo, se incorpora una condición que dicta que las personas extranjeras casadas con costarricenses deben esperar dos años, después del matrimonio, para solicitar la residencia.

Otros aspectos de importancia son: el nuevo compromiso del Estado para la integración social de las personas inmigrantes, ya que se ha criticado la ambigüedad de la definición de integración que brinda la ley, la cual reza "una integración a los pro-

cesos económicos, científicos, políticos, sociales, laborales, educativos, culturales y deportivos" (Ley General de Migración N.° 8764, art. 7); y la falta de un plan de política pública para poner en práctica dicha integración (Noy y Voorend, 2015; Voorend, 2014).

Sin embargo, para los propósitos de este estudio, lo más importante es que la ley estipula que la afiliación al sistema costarricense de seguro social es indispensable para comenzar el proceso de regularización (Fouratt, 2014a; Voorend, 2013). Tal y como se discutirá en el resto de este documento, dicho requisito tiene implicaciones importantes para la integración de personas inmigrantes en la sociedad costarricense, así como para su incorporación a servicios de salud y el acceso a estos (Voorend, 2013).

2.2.6 Del 2010 a la actualidad: los retrasos y los transitorios

Aunque la ley entró en vigencia en el año 2010, algunas de sus disposiciones se postergaron hasta el 2011 y 2012. Tales retrasos se debieron a la falta de reglamentos que rigieran su ejecución y cumplimiento, pero también a las preocupaciones expresadas y a las medidas legales adoptadas por la sociedad civil. Por ejemplo, en lo que respecta a las medidas represivas, varias organizaciones presentaron una denuncia ante la Sala Constitucional, la cual debió resolverse antes de que pudiera ponerse en marcha (Sala Constitucional, 2012). La denuncia sostenía que varios artículos de la ley estaban en contra de la Constitución y de las convenciones internacionales aprobadas por Costa Rica. En especial, alegaba que la Ley N.° 8764 (art. 18, párr. 12) otorga a la DGME un poder excesivo, el cual ejerce por medio de su policía migratoria, para detener a las personas inmigrantes de forma temporal (hasta por 24 horas), sin necesidad de recurrir a pruebas que demuestren una infracción a la ley. Además, el mismo artículo permite que la policía decomise el pasaporte o los documentos de viaje de las personas inmigrantes sin ninguna restricción específica o plazos límites.

No obstante, la Sala Constitucional rechazó cualquier duda sobre estas sanciones, al señalar que la DGME tiene autonomía para establecer dichas medidas, además, recalcó la necesidad de sancionar las residencias irregulares en el país (Sala Constitucional, 2012). Asimismo, la Sala rechazó la denuncia sobre la detención preventiva, aunque sí afirmó que para llevarse a cabo una captura se necesita una resolución con fundamentos, regulada por otros entes institucionales. La Sala Constitucional también indicó que la policía podía decomisar los pasaportes, pues esas acciones no perjudicaban los derechos constitucionales fundamentales de los ciudadanos y es obligación de las personas inmigrantes regularizar su estado migratorio (Sala Constitucional, 2012).

Mientras se esperaban estas resoluciones, se suspendieron las sanciones y las deportaciones hasta la finalización, en noviembre del 2012, de una serie de medidas temporales dirigidas específicamente a la regularización de personas inmigrantes indocumentadas. Estos llamados *transitorios*, los cuales comenzaron en mayo del 2012, eran "medidas temporales que facilitaron un proceso de regularización simplificado

provisional para determinados grupos de inmigrantes, que aplicaba para aquellos que habían llegado al país como niños, entre otros" (Fouratt, 2014a, p. 171).

Específicamente, estos transitorios simplificaron los procesos necesarios para renovar la residencia vencida (del año 2003 en adelante) (Transitorio 1); la residencia para padres de menores nacidos en Costa Rica (Transitorio 2); estado de visitantes por razones humanitarias para inmigrantes menores de 25 años, quienes llegaron al país desde su infancia y para personas con discapacidad y adultos mayores (Transitorio 3); y permisos laborales para trabajadores domésticos y agrícolas (Transitorio 4).

En teoría, los transitorios representaban una oportunidad para que gran cantidad de personas inmigrantes, en especial de Nicaragua, pudieran obtener un estado migratorio regular. Sin embargo, en la realidad, estos transitorios no gozaron de una divulgación adecuada y las entidades gubernamentales no tuvieron éxito al articular las medidas necesarias para una coordinación efectiva y eficiente. Por ejemplo, el Transitorio 4, el cual estaba dirigido a trabajadores agrícolas y domésticos, fue divulgado especialmente entre obreros de construcción, quienes no estaban incluidos en el programa. Además, algunos organismos estatales, encargados de cobrar las cuotas para la regularización, desconocían que las cantidades habían disminuido durante las medidas transitorias, por lo tanto cobraron las cuotas establecidas previamente (Fouratt, 2014a).

En síntesis, desde su aprobación, no se perciben cambios substanciales en la ley del 2009, ya que muchos, especialmente funcionarios públicos relacionados con el tema migratorio, consideran que es un recurso administrativo favorable para regular la migración no deseada, el cual respeta los marcos internacionales de los derechos humanos. No obstante, esta visión se discutirá de forma crítica en los capítulos siguientes.

2.3 El sector salud

De acuerdo con sus políticas sociales generosas, Costa Rica ha mantenido un amplio sistema de salud pública. Antes de analizar el acceso de las personas inmigrantes nicaragüenses al servicio de salud del país, esta sección ofrece una breve reseña de este sector y de la CCSS, su institución más importante.

2.3.1 La Caja

La Caja Costarricense de Seguro Social, conocida popularmente como la Caja, es una institución pública encargada del seguro social en Costa Rica, la cual administra la prestación y la gestión de servicios de salud; asimismo, es el pilar fundamental del sistema nacional de pensiones contributivos y del régimen de pensiones no contributivo.[2] Además, la CCSS coordina y ejecuta los programas de salud preventiva y curativa, por ejemplo, las campañas de vacunación. En total, la CCSS está a cargo de los 29

hospitales públicos del país, los cuales han sido catalogados como nacionales, especializados, regionales y periféricos.

La CCSS abarca los principales regímenes de protección social. Primero, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) es el más importante del país y su objetivo es cubrir a todos los trabajadores, con el propósito de brindar prestaciones económicas en caso de invalidez, vejez o muerte. Además, es un régimen obligatorio para todos los empleados del sector público y privado, así como para los trabajadores independientes.

Segundo, y más importante para el presente estudio, el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), conocido popularmente como el Seguro Social (o simplemente seguro), el cual cubre casi el 90 por ciento de la población. Existen varias modalidades de acceso a este seguro, las cuales son en su mayoría contributivas, pero también existen modalidades del seguro social que son no contributivas (que se discuten más adelante). Su financiamiento se basa en un sistema tripartita. Para empleados asalariados, el SEM se costea por medio de las contribuciones del trabajador (5.5 por ciento de su salario), del patrono (9.25 por ciento) y del Estado (1.0 por ciento). Los trabajadores independientes y asegurados voluntarios contribuyen al IVM y el SEM con un porcentaje que oscila entre el 10.5 y 18.5 por ciento del total de ingresos, mientras que el Estado, por su parte, mantiene su porcentaje de contribución en un 1.25 por ciento (Reglamento IVM, art. 33). Estas contribuciones les permiten a los trabajadores beneficiarse de una pensión básica y acceso a la atención médica.

La CCSS es una entidad política autónoma que se divide en seis gerencias: Administrativa, Médica, Financiera, Infraestructura y Tecnologías, Logística y Pensiones. Todas las decisiones institucionales son tomadas por la Junta Directiva, la cual está constituida por tres representantes del Estado, tres representantes de los empleadores y tres de los trabajadores. Sin embargo, la Junta está encabezada por el Presidente Ejecutivo, quien es nombrado por el Gobierno. Por consiguiente, la CCSS está mediada por el proyecto político del partido gobernante, el cual influye en su futuro inmediato. También está sujeta al *lobby* médico fuerte, particularmente del compuesto por médicos especializados, quienes tienen una participación importante en procedimientos estratégicos y administrativos (Carrillo *et al*., 2011).

Así pues, se trata de una institución grande. En el 2015, la CCSS contaba con más de 52 000 empleados y un presupuesto de USD 3.3 mil millones, de los cuales USD 250 millones se designaron para el sistema no contributivo de pensiones y los restantes USD 3.05 mil millones para la salud y el seguro médico (CCSS, 2015). Esto supone que la institución destina un presupuesto aproximado de USD 685 por cada habitante de Costa Rica.

Como resultado, la CCSS representa un gran aparato burocrático y político, en el cual están involucrados los intereses personales de muchos representantes. Por esta razón, la institución ha estado frecuentemente sometida al escrutinio, en particular en tiempos de dificultades económicas. Por ejemplo, a comienzos del 2016, se investi-

garon 13 funcionarios de alto rango por manejo fraudulento de dinero y, en junio del 2015, el Defensor de los Habitantes advirtió a la CCSS que su estructura burocrática, en especial la gran cantidad de procesos burocráticos y la ineficiente organización, quebrantaba en algunos casos el derecho de los costarricenses a la salud (*CRHoy*, 2015). El exceso de trámites y la burocracia son algunos obstáculos que enfrentan las personas inmigrantes para acceder al seguro médico y a los servicios de salud.

2.3.2 Breve reseña de la CCSS

En 1941, durante el gobierno del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se creó la CCSS con el fin de gestionar un seguro médico obligatorio. Su propósito era proteger a los trabajadores cuando padecieran una enfermedad; posteriormente, en 1947, su meta fue brindar ayuda ante una situación de maternidad, invalidez, vejez y muerte (Garnier, 2006; Zamora, 2008). No obstante, al inicio, la creación de un seguro médico suscitó la oposición del personal, ya que les preocupaba las posibles repercusiones en sus prácticas de salud privadas, y de los patronos, que tuvieron mucha preocupación porque la crisis económica, producto de la guerra en Europa, no les permitiría adquirir gastos extra; de hecho, los propios trabajadores no querían reducir sus salarios para pagar su parte al seguro (Jaramillo, 2004).

A pesar de estas resistencias, el primero de noviembre de 1941, se aprobó la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (Ley N.° 17), la cual estableció el marco legal para la creación de la institución. De esa manera, se nombró a la CCSS como la institución responsable de impulsar y gestionar el seguro médico. Más adelante, en octubre de 1943, la ley se reformó para asegurar la autonomía y el autogobierno de la institución. Luego, se incluyó en la Constitución de 1949 y se estableció el seguro médico como obligatorio (Constitución Política de Costa Rica, art. 73).

Inicialmente, la cobertura del seguro social de la CCSS era baja, ya que tomaba en cuenta a los trabajadores formales, asalariados y casi exclusivamente urbanos, pero se excluía a sus familiares. Sin embargo, a finales de la década de 1940, la cobertura del seguro aumentó a un 23 por ciento de la población económica activa y a un 10 por ciento de la población total (Garnier, 2006). Para la década de 1950, los servicios sociales ya habían alcanzado las áreas urbanas y las zonas productoras de café del Valle Central, lo cual benefició, en primera instancia, a los trabajadores de bajos ingresos (Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea, 2013).

Esta década fue testigo de la ampliación de la cobertura del seguro a familiares dependientes y a habitantes de las zonas rurales. Así pues, en 1956, se creó un seguro familiar obligatorio para las esposas o parejas de trabajadores, así como para sus hijos menores de 12 años y padres económicamente dependientes. Entre finales de la década de 1940 y 1960, la cobertura de la población asalariada pasó de un 23 por ciento a un 38 por ciento. También, gracias al seguro familiar, la cobertura del seguro médico para la población total aumentó de un 8 por ciento a un 46 por ciento, durante el mismo período (Miranda y Asis, 1989).

En mayo de 1961 se reformó la Constitución (Ley N.º 2738), con lo cual se determinó que el seguro médico debía implicar una cobertura universal dentro de los próximos 10 años. Lo anterior impulsaría la ampliación de la protección social en los años siguientes. A finales de la década de los setenta, la cobertura del seguro de salud fue casi universal. Los familiares asegurados representaron el 75 por ciento de la población total, lo cual demuestra la importancia del seguro familiar para la cobertura universal (Jara, 2002).

Durante la década de 1970, se creó un sistema nacional de salud, cuyo objetivo era la cobertura nacional de los programas de atención primaria por parte del Ministerio de Salud, mediante programas rurales y comunitarios, así como la universalización de la atención médica para toda la población, por medio de la CCSS (Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea, 2013). Asimismo, en 1971, se modificó la Ley Constitutiva de la CCSS (Ley N.° 4750), con el fin de ampliar de forma gradual la cobertura del seguro social para todos los trabajadores independientes. Además, se eliminaron, de manera gradual, los límites máximos de las contribuciones de los trabajadores con ingresos más elevados, de esa manera, para hacer así la CCSS más progresiva.

En septiembre de 1973, la Ley N.° 5349 transfirió a la CCSS el control de todos los hospitales que estaban todavía bajo la gestión de otras instituciones, por ejemplo, los establecimientos de salud de las compañías bananeras y los hospitales administrados por las Juntas de Protección Social, los cuales funcionaban bajo el control del Ministerio de Salud. Con este cambio, el enfoque principal del Ministerio de Salud se centró en la atención médica preventiva y primaria, mientras que la CCSS ejecutaba todos los servicios curativos. En la década de 1970, más del 75 por ciento de los hospitales y el 81 por ciento de las camas hospitalarias se encontraban bajo las directrices del Ministerio de Salud. Quince años después, en 1985, la CCSS dirigía el 85 por ciento de los hospitales, el 95 por ciento de camas hospitalarias y el 96 por ciento de las altas hospitalarias (Miranda, 1994).

Las décadas de 1980 y 1990 se caracterizaron por las fuertes presiones para reformar el sector de la salud, de acuerdo con los Programas de Ajuste Estructural que se adoptaron luego de la crisis de la deuda de 1981 en Costa Rica. Lo anterior significó un proceso de integración entre la CCSS y el Ministerio de Salud, con el propósito de incrementar la eficiencia en la prestación de servicios. En concreto, en 1993, este hecho facilitó que la prestación de todos los servicios de promoción de la salud, la prevención y cura de enfermedades y la rehabilitación fueran brindados por la CCSS. El eje central de estas reformas era mejorar el modelo de prestación de servicios y la organización y el financiamiento del sistema de salud costarricense.

Esto resultó en un plan de reorganización del sistema de salud, el cual incluía algunas medidas importantes. Primero, se reajustó la amplia gama de servicios médicos, según el nivel de atención: EBAIS, clínicas y hospitales. Cada uno de estos establecimientos de salud debía brindar servicios estandarizados al público, centrados especialmente en aumentar la cobertura del primer nivel de atención. Segundo, la reforma planteó

una distribución territorial de los servicios de salud, es decir, las personas podían acceder a los distintos niveles de los servicios de salud, de acuerdo con su domicilio, a excepción de los servicios disponibles únicamente en los hospitales (Martínez Franzoni y Mesa-Lago, 2003).

Tercero, con el fin de emular mecanismos de mercado dentro de la institución, se separaron las funciones financieras, las administrativas y la prestación de servicios, lo cual generó un sistema en el que los distintos departamentos funcionan como actores que se relacionan entre sí y desempeñan distintos cargos y papeles. Por último, aunque la prestación de servicios a la CCSS se abrió para la competencia privada, las reformas durante este período no afectaron el monopolio de la CCSS en el servicio del seguro social, ni en la financiación tripartita de la prestación de los servicios médicos. De esta manera, se preservaron los principios institucionales de universalismo, solidaridad e igualdad (Martínez Franzoni y Mesa-Lago, 2003).

Para la CCSS, la reforma más importante de la década del 2000 fue la Ley de Protección al Trabajador (Ley N.° 7983), la cual tuvo implicaciones significativas para el seguro social, ya que la CCSS aumentó las cotizaciones de los trabajadores para el fondo de capitalización laboral y el fondo complementario de pensiones (Martínez Franzoni, 2001). Sin embargo, esta reforma no produjo cambios drásticos en la prestación de los servicios médicos. Aparte de un conjunto de pocas reformas sobre el Reglamento del Seguro Médico, las cuales introdujeron ciertos cambios en algunas definiciones y términos, no hubo más reformas significativas que modificaran la estructura de la prestación de servicios médicos en el primer decenio del siglo XXI.

2.3.3 El acceso de las personas inmigrantes al seguro médico

Para poder acceder al sistema de salud costarricense se requiere del seguro social, el cual es otorgado únicamente por la CCSS. Existen varias formas de conseguir este seguro, pero en la mayoría de los casos se necesita contar con un estado migratorio legal, tal y como se puede ver en la Figura 1. A grandes rasgos, existen cuatro modalidades de seguro.

Primero, los menores de edad siempre reciben atención médica porque cuentan con el Seguro Estudiantil, el cual cubre a cualquier persona entre los 6 y 18 años, sin importar su estado migratorio. Segundo, existe un seguro regulado por leyes especiales, el cual brinda un seguro universal para menores de seis años; este no depende del estado migratorio. Así, estas dos modalidades aseguran que los menores de 18 años siempre tienen acceso a la salud, independientemente del seguro o el estado migratorio.

Tercero, el seguro directo; se trata de un seguro personal contributivo que cubre a los trabajadores asalariados (con un empleo estructurado) e independientes. Asimismo, abarca a quienes poseen un seguro voluntario, el cual brinda la posibilidad de contar con un seguro médico sin desempeñar un trabajo formal. El seguro directo también incluye a las personas pensionadas, ya sea por medio de las cuotas obligatorias

que exige el Estado para poder participar en el régimen contributivo de pensiones, por el régimen no contributivo o por los regímenes especiales. Toma en cuenta, además, el no contributivo y el seguro por el Estado; es un seguro acorde con los recursos económicos de la persona, generalmente en pobreza extrema.

Por último, existe un seguro indirecto, el cual se conoce como seguro familiar. Este cubre a los familiares de cualquier persona que cuente con un seguro directo, sin importar el tipo de seguro. No obstante, dicha persona debe ser costarricense o presentar un estado migratorio regular.

Cuando una persona obtiene cualquier tipo de seguro, adquiere el mismo acceso al sistema de salud pública que todas las demás personas aseguradas. Es decir, aunque existan varias formas de entrar al sistema de seguro social, lo cual podría sugerir a primera vista un sistema fragmentado y estratificado, en realidad, una vez que se obtiene el seguro, no existen diferencias para acceder a los servicios de salud. Ciertamente, las múltiples formas de aseguramiento se crearon para ampliar la cobertura y asumir las distintas realidades de diversos grupos en la sociedad. Por ejemplo, es obvio que el seguro voluntario está orientado a los trabajadores del sector informal, quienes no contribuyen por medio de una nómina salarial.

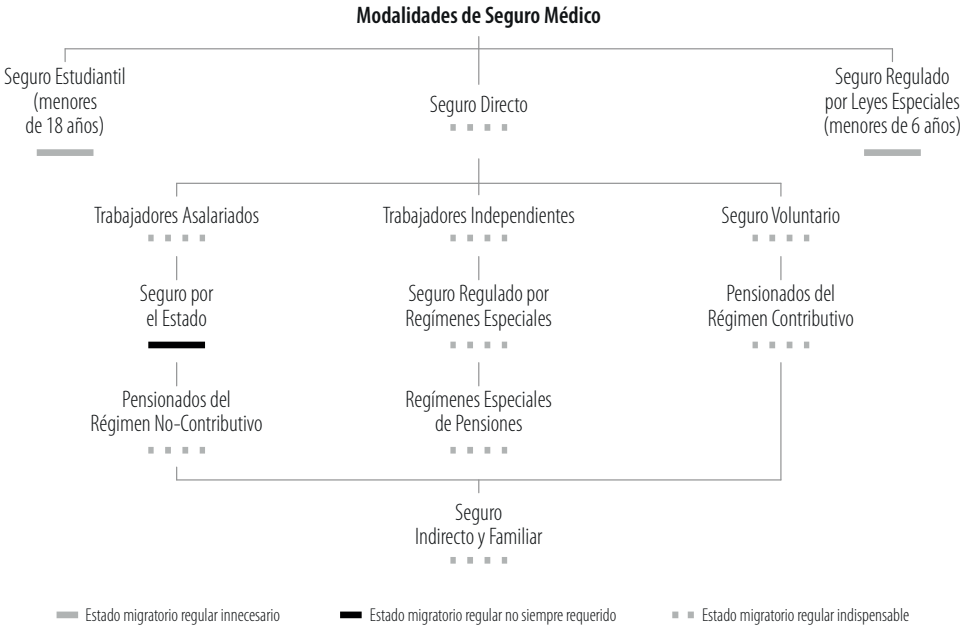


FIGURA 1. Seguro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social

Fuente: Elaboración propia.

El sistema público, además, brinda estos servicios sin costo alguno para los asegurados al momento de necesitarlos. Es decir, en su totalidad, el financiamiento se genera indirectamente, por medio de los impuestos generales sobre las nóminas. Siempre y cuando el paciente presente su carné de asegurado, accederá completamente a los servicios de salud, sin que esto implique costos adicionales en caso de necesitar atención médica, independientemente de su nacionalidad.

2.3.4 Los inmigrantes y el seguro médico

Al igual que cualquier paciente costarricense, una persona inmigrante necesita el seguro de salud para poder acceder a los servicios de la CCSS. Si una persona migrante obtiene un seguro, en principio, debería tener el mismo acceso gratuito a la gama de servicios públicos que una persona costarricense asegurada. El Cuadro 5 muestra la distribución de los tipos de seguro médico en la población en Costa Rica, según el Censo Nacional de Población del 2011. El cuadro ofrece una comparación entre las personas inmigrantes nicaragüenses, entendidas como aquellas nacidas en Nicaragua pero que viven en Costa Rica (quienes representan el 6.7 por ciento de la población total), y las costarricenses.[3]

Los datos muestran la brecha que existe entre nicaragüenses y costarricenses, en cuanto al seguro médico. Primero, el 65.2 por ciento de nicaragüenses posee algún tipo de seguro, pero el restante 34.8 por ciento carece de uno. Es importante señalar que, si bien el censo toma en cuenta personas con un estado migratorio irregular, ya que se basa en el estudio de residencias registradas, al mismo tiempo es probable que haya un subregistro de inmigrantes irregulares, dado que los trabajadores inmigrantes temporales e informales difícilmente pueden ser contabilizados con este tipo de instrumento.

Aunado a lo anterior, existe cierta resistencia por parte de los inmigrantes irregulares en participar en este tipo de encuestas. Por tanto, es muy probable que el 34.8 por ciento de inmigrantes sin acceso al seguro social sea solo una estimación mínima; en realidad, puede existir un porcentaje mayor sin cobertura de este tipo. Es importante indicar, además, que casi un 13 por ciento de costarricenses no tiene seguro; una cifra significativa que demuestra que la cobertura del seguro no es 100 por ciento universal.

Segundo, tal y como Sandoval (2012) y Voorend (2014) han escrito, es notable que el seguro directo contributivo es más alto entre las personas inmigrantes nicaragüenses que entre los costarricenses. Si se comparan los trabajadores asalariados con seguro y los que cuentan con seguros independientes y voluntarios, un 37 por ciento de los nicaragüenses están cubiertos con un seguro directo. En contraste, estos seguros directos solo cubren un 31 por ciento de los habitantes costarricenses. El hecho de que los seguros independientes y voluntarios sean más comunes entre los nicaragüenses que entre los costarricenses no es sorprendente; obedece, en parte, a que el seguro

médico ha sido un requisito para el estado migratorio legal desde el 2009 y a que existe una mayor participación laboral por parte de las personas inmigrantes (Capítulo 7).

Tercero, el seguro familiar representa la mayor parte de la cobertura universal del seguro social en Costa Rica. Entre costarricenses, este seguro cubre el 41.4 por ciento de todas las personas aseguradas, lo cual representa casi la mitad del 87.1 por ciento total. Es decir, el seguro familiar es el mecanismo más importante para la cobertura (casi) universal de seguro social en Costa Rica. Esta forma de aseguramiento es mucho menos frecuente entre las personas inmigrantes nicaragüenses.

CUADRO 5. Tipo de seguro médico para los nicaragüenses y los costarricenses, durante el año 2011

Tipo de seguro	**Costarricenses** *(n= 3 915 813)* %	**Inmigrantes nicaragüenses** *(n = 287 766)* %
Trabajadores asalariados	22.3	27.4
Trabajadores independientes y voluntarios	8.7	9.6
Pensionados del régimen no contributivo	1.3	0.4
Pensionados del régimen contributivo	4.8	1.3
Seguro Familiar	41.4	22.8
Seguro por el Estado*	7.9	3.0
Otros	0.7	0.6
Sin seguro	12.9	34.8
Total	**100.0**	**100.0**

*Este tipo incluye el seguro regulado por leyes especiales y el seguro estudiantil. Desde el punto de vista técnico, aunque estos correspondan a diferentes modalidades de seguro, en la práctica, sus costos son remunerados por la cobertura del Estado, la cual está a cargo del seguro estatal.

Fuente: INEC (2011).

En el Capítulo 3, se demuestra cómo la interacción entre la política social de la CCSS y la política migratoria de la DGME crea condiciones diferenciadas entre costarricenses e inmigrantes con respecto al acceso al seguro familiar. Por último, la información indica que las personas inmigrantes acceden menos a los otros tipos de seguro del régimen no contributivo, si se comparan con los costarricenses. En ese tercer apartado, además, se discute de qué forma las políticas inducidas afectan el acceso al seguro y los servicios de salud; en tanto que, desde el Capítulo 6 hasta el Capítulo 8, se abarcan las dificultades que enfrentan las personas inmigrantes para poder acceder al seguro social y, particularmente, a los servicios de salud.

2.3.5 La atención médica para los no asegurados

Los únicos dos tipos de seguro que no requieren de un estado migratorio regular son el Seguro regulado por leyes especiales y el Seguro Estudiantil. El primero cubre a

los niños y niñas de 0 a 6 años; mientras que el segundo toma en cuenta a aquellos en edad escolar que se encuentran inscritos en la educación regular (hasta los 18 años). Los infantes de cualquier nacionalidad tienen protección total, según el Código de la Niñez, además, tienen acceso ilimitado a los servicios de salud, independientemente del estado migratorio. El Seguro por el Estado, por su parte, está dirigido a personas que viven en pobreza extrema; este sí requiere de alguna forma de identificación y depende de la incapacidad para pagar un seguro regular.

Aunque técnicamente el Seguro Estudiantil, el Seguro por el Estado (para personas en edad laboral, pero en condición de pobreza) y el Seguro regulado por leyes especiales sean modalidades de seguro distintas, los costos por la atención médica de estos se dirigen a la potestad del departamento de Cobertura del Estado de la CCSS. El Estado, además, cubre a las personas sin seguro que utilizan los servicios de salud (por ejemplo, los servicios de emergencias) y no pagan la factura con los costos de estos servicios. En conjunto, estas categorías representan una clasificación administrativa que incluye los casos en los que la CCSS tiene que intervenir para cubrir los costos de la atención médica brindada. La Figura 2 muestra la distribución de los beneficiarios que gozan de la cobertura del Estado (652 841 personas en diciembre del 2012), estos se encuentran divididos en costarricenses y extranjeros.

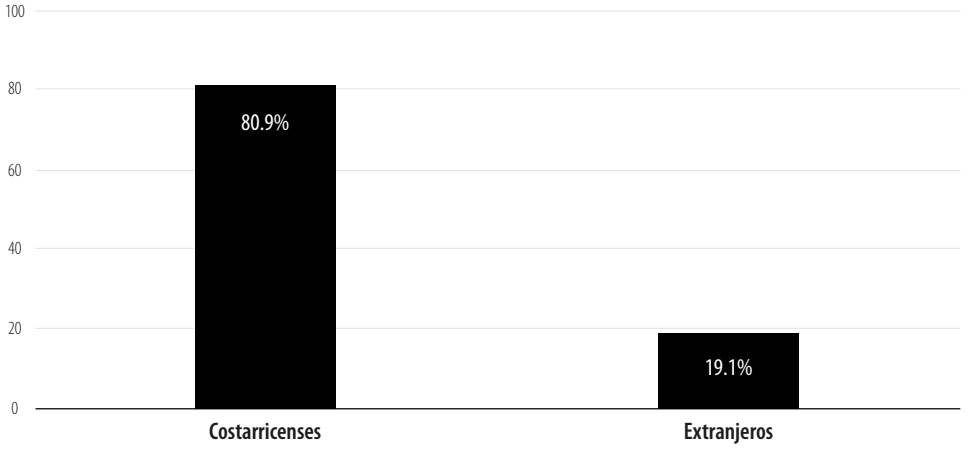


FIGURA 2. Beneficiarios de la cobertura del Estado, diciembre del 2012
Fuente: Datos proporcionados por el Departamento de Cobertura del Estado para el seguro social, CCSS (2013).

En el Cuadro 6 se puede apreciar un desglose de los tipos de cobertura para las 124 869 personas extranjeras cubiertas por el Estado. Los datos incluyen las personas aseguradas por el Estado y sus beneficiarios indirectos. Asimismo, abarcan la categoría de "Individuos sin seguro (sin cobertura de una ley o reglamento especial", es decir, las personas que necesitan y se les brindan los servicios de salud, pero no pueden costearlos debido a su situación económica.

Evidentemente, los datos de esta categoría no solo incluyen a las personas inmigrantes, sino también a los turistas sin seguro que necesitan de atención médica. Además, se incluye la categoría de "menores asegurados por el Estado". Los datos carecen de un desglose según la nacionalidad, aunque, si se toma en cuenta la composición de la población inmigrante en Costa Rica, se puede inferir con seguridad que la mayor cifra corresponde a la población nicaragüense. Es importante mencionar las limitaciones de estos datos, tal y como se discute en otras partes del documento con más detalle, ya que muchas de las percepciones de Costa Rica como un imán de bienestar y la representación de las personas inmigrantes nicaragüenses como una amenaza para los servicios médicos se debe a la lectura de este tipo de información.

CUADRO 6. Extranjeros con seguro médico por cobertura del Estado, diciembre del 2012

Descripción	Nº de beneficiarios	%
Asegurados Directos por el Estado (ADE)	38 605	30.92
Cónyuge/pareja del ADE	1231	0.99
Hijos dependientes del ADE	6136	4.91
Menores asegurados por el Estado	45 308	36.28
Individuos sin seguro (sin cobertura de una ley o reglamento especial)	33 589	26.90
Total	**124 869**	**100.0**

Fuente: Datos proporcionados por el Departamento de Cobertura del Estado para el seguro social, CCSS (2013).

De acuerdo con el Cuadro 6, los datos sugieren una historia interesante. Primero, el 41.2 por ciento de todos los casos (un 4.9 por ciento de infantes dependientes y asegurados directos y un 36.3 por ciento de menores asegurados por el Estado) corresponde a los niños y niñas que siempre tienen un acceso libre y universal a la salud y a la educación, ya que están protegidos por el Código de la Niñez. Esto es así, independientemente de la nacionalidad o el estado migratorio. Segundo, un 31.9 por ciento de las personas extranjeras tiene un seguro directo del Estado (30.92 por ciento), o indirecto si son cónyuges o parejas (0.9 por ciento), lo cual indica que el Estado, luego de un estudio, aprueba su elegibilidad en los programas de seguro existentes diseñados para estos propósitos. En todos estos casos, la información no refleja realmente el uso de los servicios médicos, pero sí el posible acceso en caso de que los necesiten. En contraste, el restante 26.9 por ciento corresponde a las personas no aseguradas que requieren de los servicios de emergencias médicas (y los usaron), pero no pueden costearlos.

En resumen, la cobertura del Estado para la población inmigrante se relaciona principalmente con la cobertura del seguro para menores y para personas con necesidad de los servicios de emergencias. En ambos casos, estos servicios no pueden ser negados a nadie, según el marco legal de Costa Rica y los tratados internacionales ratificados por el Estado costarricense. El acceso a estos servicios es realmente

universal para las personas inmigrantes y para los costarricenses, pero, tal y como se discutirá en el Capítulo 3, los inmigrantes indocumentados e irregulares han visto restringido el acceso a los servicios regulares de la CCSS. A excepción de los servicios de emergencia, las personas inmigrantes irregulares adultas carecen de acceso a los servicios médicos, si no cuentan con el seguro de salud. En los capítulos siguientes se expondrá cómo incluso inmigrantes con un estado migratorio regular enfrentan dificultades para acceder a las prestaciones de salud.

Notas

1 En particular, a diferencia de países como Argentina y Chile, donde la integración regional, en parte, impulsó el reconocimiento de los derechos humanos, Noy y Voorend (2015) sostienen que, en Costa Rica, el reconocimiento de los derechos humanos se produjo a nivel nacional, más bien a pesar de la resistencia del país por formar parte de las iniciativas de integración regional. Las relaciones con los derechos humanos internacionales en la nueva ley migratoria del país se derivan de los paradigmas internacionales, pero también se vieron en gran medida influenciadas por representantes y procesos políticos nacionales.

2 El sistema costarricense de pensiones está compuesto por 4 pilares. El primero es el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), un régimen contributivo de pensiones administrado por la CCSS. El segundo corresponde al Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias (ROPC) que es un régimen de capitalización individual, cuyo objetivo es garantizar prestaciones de pensiones complementarias al régimen de IVM. El tercero, el Régimen Privado de Pensiones Complementarias, se creó junto con el ROPC como un mecanismo de mercado para el fondo de pensiones, lo cual le permitió a las entidades privadas brindar y administrar los planes de ahorro voluntario de pensión complementaria de los trabajadores. Por último, el Régimen no Contributivo de Pensiones (RNC) proporciona una cobertura de pensiones para todos los adultos mayores de edad que viven en pobreza y carecen de la cobertura de otros regímenes de pensiones. Aunque el dinero del RNC proviene del Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares (FODESAF), este es gestionado por la CCSS.

3 Nótese que "el Seguro por el Estado" incluye el Seguro Estudiantil y el Seguro regulado por leyes especiales, lo cual significa que los menores de 0 a 18 años se encuentran en esta modalidad. Además, la modalidad de "otros" está compuesta por los demás tipos de seguro que no se presentan aparte, como el Seguro regulado por regímenes especiales.

3. Sobre la soberanía estatal: la interacción entre la política social y migratoria en Costa Rica

3.1 Introducción[1]

La literatura existente destaca la importancia de los marcos de derechos humanos que pueden servir como catalizadores para que los gobiernos reconozcan los derechos sociales de los inmigrantes (Favell, 2006; García, 2014, 2010; Jacobson, 1996; Sassen, 1996; Sharma, 2006). Los derechos humanos son derechos inalienables que se fundamentan en la humanidad del individuo, en lugar de tomar en cuenta la ciudadanía o la nacionalidad (Soysal, 1994), y, por lo general, recae en los Estados nacionales la responsabilidad de velar por la protección y la prestación de estos derechos.

Sin embargo, el más amplio reconocimiento de los derechos humanos no coincide necesariamente con los derechos vinculados a la ciudadanía (que el Estado brinda solo para los ciudadanos) o con los derechos sociales (los cuales se otorgan a personas que se admiten bajo ciertas condiciones dentro del territorio nacional) (Guiraudon y Lahav, 2000; Voorend, 2013). Como parte de los ejercicios políticos que definen y articulan los principales mecanismos de inclusión y exclusión en las sociedades, los Estados típicamente conceptualizan estos derechos sociales en relación con los ciudadanos nacionales o con extranjeros con un estado migratorio regular, pero excluyen a otras personas inmigrantes y visitantes (Fischer, 2009; Mkandawire, 2005).

Tempranas perspectivas globalistas sostienen que los Estados cada vez poseen menos capacidad para prevenir algunos tipos de migración. Esto porque las naciones perderían soberanía frente a los marcos normativos internacionales de los derechos humanos. Dichos marcos prevalecerían sobre cualquier intento de exclusión en el ámbito nacional y, a la larga, obtendrían como resultado el otorgamiento de derechos sociales a la población inmigrante. Desde entonces se han cuestionado tales perspectivas (Capítulo 1).

Aún más importante, desde la literatura del Norte global, se sabe que los Estados pueden ser inventivos y tomar varias acciones con respecto a la inmigración para esquivar normativas internacionales. Por ejemplo, para poder enfrentar y evadir las limitaciones de estos marcos normativos, los Estados pueden optar por un control migratorio más organizado en el ámbito internacional (*shifting up*), una descentralización de la política inmigratoria local (*shifting down*) o una externalización de las funciones del control migratorio al sector privado, al disciplinar cualquier comportamiento que no concuerde con la política inmigratoria (*shifting out*) (Guiraudon y Lahav, 2000).

Surge una pregunta sobre la posibilidad de que los Estados en el Sur tengan la misma capacidad de evitar estos marcos normativos internacionales. Así pues, este capítulo hace una valoración crítica sobre las respuestas del Estado costarricense a la inmigración, en un contexto de desaceleración económica, presión sobre el sistema de la prestación de servicios sociales y la impresión generalizada de que las personas inmigrantes representan una amenaza para la disponibilidad de puestos de trabajo y la sostenibilidad (financiera) de los servicios sociales para los costarricenses. De manera concisa, se trata de contestar la pregunta: ¿el país restringe el acceso de las personas migrantes a los recursos públicos o este se encuentra obligado por las normas internacionales de derechos humanos a garantizar la integración social y la igualdad de derechos para las personas inmigrantes?

A continuación, se argumenta, a partir del caso costarricense, que los países del Sur pueden adherirse formalmente al discurso de los derechos humanos, pero, en la práctica, pueden emplear estrategias ingeniosas para restringir los derechos sociales de las personas inmigrantes y eludir las normativas internacionales. Particularmente, se muestra la forma en que el Estado cambia los mecanismos de control migratorio al conferir "la responsabilidad a otras autoridades… que no tienen por objetivo regular la inmigración, como, por ejemplo, los hospitales" (Morris, 2002, p. 23). Es decir, se niega el acceso a los servicios sociales a grupos específicos de personas inmigrantes "indeseadas", con la creencia de que al limitar este acceso se podría controlar la entrada de población inmigrante al país. Las reacciones políticas recientes en torno a la migración en Costa Rica evidencian claramente una "devolución multifacética de la política migratoria, lo que demuestra la capacidad de adaptación de las autoridades dentro del aparato central estatal encargadas del control migratorio" (Guiraudon y Lahav, 2000, p. 164).

En cuanto a la metodología, el análisis se basa en una lectura crítica de la ley de migración del 2009, así como en una serie de comunicaciones internas de la CCSS, principalmente durante el año 2012. Aunque dichas comunicaciones en algunos casos son internas, no constituyen información clasificada y fueron también compartidas con personas externas a la CCSS. Las comunicaciones estipulan, clarifican, modifican o refuerzan la política de la institución para sus empleados y son un gran aporte para comprender el funcionamiento interno y externo de la CCSS en relación con las personas inmigrantes. Explícitamente, de acuerdo con un enfoque parecido al de Fouratt (2014a), aunque un poco más pragmático, este estudio comprende un análisis discursivo y una lectura exhaustiva de los insumos bibliográficos. Es decir, se enfoca en la forma en que se abordaron los temas y se identifican, de forma explícita, las ramificaciones de las reacciones políticas para el acceso a la salud de la población inmigrante.

El análisis crítico se complementó con una serie de 40 entrevistas semiestructuradas, con un período de duración que oscila entre 30 minutos y 2 horas cada una. Estas se realizaron a funcionarios de distintos rangos de la CCSS y la DGME (16 y 9,

respectivamente); a funcionarios de ONG (6); a otras instituciones estatales como el IMAS, FODESAF y el Ministerio de Educación (7); y a la vicepresidente de la República (Anexo 1).

Se realizó un primer grupo de 27 entrevistas, entre marzo y mayo del año 2013. Luego de analizar la información, se realizó un segundo grupo de entrevistas, entre octubre del 2014 y febrero del 2015, con el fin de dar seguimiento a algunos vacíos en la información. Se dio prioridad a la CCSS, por ser la institución más importante en la prestación de servicios de salud. Para estas entrevistas, el énfasis radicaba en los funcionarios de alto cargo con una capacidad decisoria, así como en funcionarios administrativos de cargos medios con una influencia más limitada en las decisiones y empleados con cargos bajos con poca influencia en estas, pero que influyen de forma directa en la prestación de servicios cotidianamente. Las entrevistas con la DGME funcionaban bajo una lógica similar, con un énfasis inicial en la Dirección y en los funcionarios de alto cargo de las oficinas de Planificación e Integración y, paralelamente, los empleados de la plataforma de servicios. Algunos encuentros con funcionarios de otras instituciones estatales permitieron confirmar que las percepciones encontradas en el sector de la salud eran también frecuentes en otros sectores. Las entrevistas con el personal de las ONG y con personas de la academia se realizaron con el objetivo de obtener un punto de vista más crítico sobre la reforma migratoria y las prácticas institucionales que facilitan o dificultan el acceso de las personas inmigrantes a los servicios de salud.

Con las entrevistas no se pretendía obtener información representativa sobre las instituciones o sobre el rango laboral de las personas consultadas, antes bien, se buscaba obtener distintos puntos de vista. Los criterios de selección de las personas se basaron en un conjunto de estrategias: la identificación de informantes claves en temas específicos, el contacto con funcionarios estratégicamente ubicados en departamentos institucionales importantes para la integración de personas inmigrantes (por lo general, funcionarios de alto rango) y, con la técnica de la bola de nieve, se le consultó a los entrevistados por otras referencias sobre asuntos de interés que surgieron durante el proceso de la entrevista.

Esta combinación de estrategias procuró evitar el riesgo que conlleva la técnica de la bola de nieve, quedar atascado en un bucle narrativo autorreferencial; no obstante, permitió una comunicación eficaz con informantes claves. La cantidad de entrevistas se basó en el criterio de la repetición, o bien, la saturación. Después de una cierta cantidad de entrevistas, a pesar de la diversidad de percepciones, puntos de vista y perspectivas, empezaron a surgir ciertos patrones y repeticiones. Estas repeticiones permitieron establecer, con un cierto grado de confianza, que la recolección de datos cubre una gran diversidad de opiniones. Cuando se logró esta confianza, se decidió finalizar con las entrevistas.

Las entrevistas cumplían dos objetivos específicos. Primero, sirvieron para brindar conocimientos sobre las opiniones de los actores políticos y el personal de servicio,

en relación con la inmigración y su impacto en la política social. Específicamente, estas ponen de manifiesto las características generales de la migración y de las personas inmigrantes en Costa Rica, la creencia de que el país es un imán de bienestar, la legitimidad de los derechos de bienestar de la población inmigrante y la política migratoria y social del país.

Segundo, las entrevistas ayudaron a aclarar procesos relacionados con la política y su creación, asimismo, las dinámicas de las comunicaciones e interacciones inter e intrainstitucionales que podrían explicar las respuestas del Estado ante la situación tensa en la que se ha envuelto Costa Rica, con respecto a la incorporación de personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar y el reconocimiento de sus derechos sociales.

Por último, a cada una de las personas entrevistadas se les pidió firmar un formulario de consentimiento informado, además, todas estuvieron de acuerdo con la grabación de las entrevistas. De igual forma, se les preguntó si estaban de acuerdo con ser identificadas con sus nombres reales y cargos laborales. Si en el formulario de consentimiento la persona entrevistada indicaba que no quería ser reconocida (y solicitaba el anonimato), esta permanece como anónima en el libro; únicamente se refiere al departamento para el cual labora.

Sin embargo, pocas personas accedieron a esta última petición. Cuando se contaba con el permiso, se consideró importante incluir los nombres verdaderos y cargos laborales. Casi todas las personas entrevistadas son funcionarias de instituciones públicas que tienen una responsabilidad política por sus acciones. Por eso, y por su importancia en el proceso de integración de las personas inmigrantes, se consideró relevante que sus opiniones fueran públicas. La elaboración y la transcripción de las entrevistas se realizaron mediante el programa de procesamiento *MaxQDA*.

3.2 La reforma migratoria y la aplicación de la Ley de la Salud

La inmigración en Costa Rica es construida, igual a lo que Domenech (2011) encuentra para el caso argentino, "como problema fundamentalmente a partir de la ilegalidad que se le adscribe, [y] la ilegalidad estructura la visión de Estado" (p. 33). Tal y como se muestra en este apartado, esta visión representa la base de las respuestas de la política costarricense hacia los flujos migratorios y a la crisis de la institución de salud más importante. A pesar del reconocimiento en el discurso de los derechos humanos internacionales, el Estado costarricense ha restringido el acceso a las prestaciones sociales para las personas inmigrantes.

3.2.1 Reforma de la ley de migración y el acceso a la salud

Salvo para algunos grupos protegidos, como los niños y niñas menores de 18 años y las mujeres embarazadas, quienes tienen acceso a servicios de salud sin importar el

estado migratorio o si cuentan con seguro, tanto inmigrantes como costarricenses requieren de un seguro médico para poder disfrutar de los servicios de salud (que no sean emergencias) brindados por la CCSS. Antes de la reforma de la ley de migración del 2009 y los cambios en la política de la CCSS, las personas inmigrantes podían adquirir el seguro médico con relativa facilidad, ya que este no se vinculaba con los requisitos para un estado migratorio regular y viceversa. Es decir, tanto los residentes "legales" como las personas inmigrantes "ilegales" accedían a los servicios de salud, siempre y cuando comprobaran que estaban asegurados por sus empleadores, o bien, pagaban un seguro voluntario. Si una persona inmigrante (o costarricense) carecía de un seguro médico, recibía atención solo en caso de emergencia y, después del servicio, se le enviaba una factura oficial de cobro, aunque rara vez se realizaba el cobro real (Voorend, 2013). Generalmente, el Estado cubría la factura. Otros servicios generales de salud que no eran de emergencia eran accesibles para la población inmigrante a precio de mercado.

Varios asuntos cambiaron. La ley del 2009 establece que debe existir una afiliación al sistema nacional del seguro social como nuevo requisito para obtener el estado migratorio regular. En concreto:

> 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) (Ley N.° 8764, art. 7, párr. 7).

Sandoval (2012) señala que este es un requisito muy severo, dado que entre los costarricenses solo 6 de cada 10 personas económicamente activas se benefician de un seguro directo de la CCSS. De hecho, la ley pide que las personas inmigrantes adquieran un seguro directo; mientras que, en total, solo un 31 por ciento de los costarricenses tenían un seguro directo en el 2011, ya sea como trabajadores asalariados (22.3 por ciento) o como asegurados independientes (8.7 por ciento). Esto, de paso, es un porcentaje menor, en comparación con las personas nicaragüenses (37 por ciento: 27.4 por ciento como trabajadores asalariados y 9.6 por ciento como independientes) (INEC, 2011). Una parte muy importante de la cobertura de la CCSS para los costarricenses proviene del seguro indirecto (familiar), el cual cubre un 41.4 por ciento. En contraste, este tipo de seguro cubre solo un 22.8 por ciento de nicaragüenses (INEC, 2011).

Al mismo tiempo, el costo que implican el seguro médico y el proceso de regularización es un gran impedimento para obtener un estado migratorio regular para muchas personas inmigrantes. Cuando una persona inmigrante no se encuentra bajo un contrato de trabajo formal, existe la posibilidad de optar por el seguro voluntario de la CCSS. El costo de este seguro representa una inversión sustancial que oscila entre un 9 y 15 por ciento del ingreso estimado. Por ejemplo, para una persona trabajadora no calificada que gana alrededor del salario mínimo (USD 511 o CRC 255 375),[2] el costo

del seguro voluntario representaría una carga importante (de USD 48 o CRC 24 000), si se toma en cuenta que la canasta básica para una familia de cuatro personas cuesta alrededor de USD 366 o CRC 183 000 (INEC, 2017). Además, muchas personas inmigrantes ni siquiera ganan el salario mínimo (Voorend y Robles, 2011).

Estos costos, más los gastos de los requisitos para obtener una estadía prolongada en Costa Rica, suman entre USD 370 y USD 800 (IIS *et al.*, 2012); para muchas personas inmigrantes este gasto representa un obstáculo sumamente importante. Aunado a lo anterior, la ley establece multas monetarias importantes en caso de una estadía irregular, las cuales se deben de pagar antes de comenzar con los trámites de regularización. Así, según Sandoval (2012), los nuevos requisitos de la ley no solo no favorecen el proceso de regularización, antes bien, la ley "produciría la 'ilegalidad' que ella misma dice que procura erradicar, es decir, los requisitos son tales que fomentan la ausencia de la documentación" (p. 223).

3.2.2 La trampa: regularización y seguro familiar

La interacción específica entre la política migratoria y la política social en Costa Rica provoca aún mayores obstáculos para la integración social de las personas inmigrantes. Esta interacción se evidencia en una serie de comunicaciones internas de la CCSS (las cuales se llevaron a cabo el 10 de abril, 21 y 22 de junio y 19 de octubre del 2012 y el 18 de febrero del 2013). En la primera de estas, se estableció un nuevo requisito para obtener el seguro médico y en las demás se reforzaron los requisitos ya existentes para el acceso a los servicios de salud de la institución. Para estos requisitos, surgió una comunicación interinstitucional explícita. Kathya Rodríguez Araica, la entonces directora de la DGME, confirmó que hubo comunicación entre su institución y la CCSS: "Con la última Dirección de la Caja hubo una excelente comunicación y también entre mi equipo técnico y el de la Caja. Y como resultado se dieron estas comunicaciones [internas]" (Comunicación personal, 23 de octubre del 2014).

En un primer comunicado, del 10 de abril del 2012, la CCSS informó a sus empleados que "ante solicitud de la Dirección General de Migración y Extranjería, oficio DG-0770-03-2012… resulta necesario efectuar una adición de dichos lineamientos" (CCSS, 2012a, p. 1). Es decir, cuando la administración de la CCSS, en una carta que circuló en la institución a partir del 21 de febrero del 2012, establece una serie de pautas para la obtención del seguro; el 9 de marzo del mismo año, la DGME reacciona con una solicitud a la CCSS para que se agregue un requisito adicional.

Particularmente, el nuevo requisito señala que "las personas extranjeras que solicitan el aseguramiento para efectos de renovar su residencia deben presentar la cédula de residencia vigente" o "en caso excepcional, la persona extranjera que tenga la cédula de residencia vencida" debe demostrar que todos los trámites para la regularización se encuentran en estado de aceptación y en proceso. En tales casos,

la CCSS puede emitir un seguro médico temporal por un lapso de hasta dos meses (CCSS, 2012a, p. 1).

En comunicación interna de la CCSS (2012d), con fecha del 19 de octubre de 2012, se confirma la medida transitoria para el aseguramiento de personas extranjeras como asegurados voluntarios e independientes, "siempre y cuando el solicitante acredite mediante la presentación de documento extendido por la Dirección General de Migración y Extranjería, o las entidades autorizadas por esta, que se encuentra en proceso de renovación de su cédula de residencia vencida" (p. 2).

Lo anterior se configura como una trampa, una situación sin salida para muchas personas inmigrantes irregulares (lo que se conoce en inglés como "Catch-22") (Voorend, 2013). La DGME establece como requisito el seguro médico para obtener el estado migratorio regular; mientras que la CCSS requiere un estado migratorio regular para brindar el seguro. Esto no solo dificulta el proceso de regularización, también limita sustancialmente el acceso a los servicios de salud para las personas inmigrantes. Dos fallos de la Sala Constitucional, a finales del año 2010 y 2012, han puesto en duda el orden de estos requerimientos recíprocos, pero no los requisitos en sí.

Luego de varias protestas por parte de personas inmigrantes, debido a esta situación conflictiva, los dos fallos pronunciaron que el requisito de la CCSS de solicitar el estado migratorio regular antes de otorgar el seguro médico no es inconstitucional, dado que la CCSS es una institución autónoma con potestad de imponer este requisito. Sin embargo, los mismos fallos decretaron que la DGME debe conceder un permiso temporal que le permita a la persona inmigrante seguir con el proceso de afiliación al seguro de la CCSS. Así, una vez que se otorga el seguro médico, el individuo puede ir a la DGME para concluir el proceso de regularización.

En teoría, las decisiones de la Sala deberían haber solucionado la situación; sin embargo, en la práctica, no parece ser el caso. Al revisar los requisitos para los distintos estados migratorios, en la página web de la DGME, durante el mes de octubre del 2015, se observó que esta solución solo fue viable para las solicitudes de residencia permanente, por medio de un vínculo con una persona costarricense. Asimismo, en el sitio aparece otro documento con criterios para la obtención de residencia permanente, entre los cuales figura la afiliación al seguro médico (no se especifica la posibilidad del proceso transitorio), lo cual genera confusión con respecto a dicho trámite (DGME, 2014). En el caso de otros tipos de regularización, de los cuales la residencia temporal es posiblemente el más importante para la población inmigrante nicaragüense, aparecía en la lista de requisitos el seguro de la CCSS.

Además, el hecho de que, después del primer fallo de octubre del 2010, aparezca en el 2012 una segunda protesta y otro fallo con la misma sentencia, demuestra que a partir del primer fallo no se estableció un antecedente claro para un cambio en la política. Los relatos de personas inmigrantes que se entrevistaron en los grupos focales para este estudio e investigaciones más recientes sobre la reforma indican que la situación conflictiva aún no se ha resuelto (Fouratt, 2014a).

De todas formas, el requisito del seguro médico para la regularización, el cual se establece en la ley del 2009, y el requisito del estado migratorio regular para optar por un seguro médico, creado por la CCSS tras una solicitud de la DGME, demuestran un traspaso explícito de las responsabilidades del control migratorio a la CCSS, institución que anteriormente no representaba un papel específico en la política migratoria. Es más, evidencian la comunicación interinstitucional y la coordinación explícita que existe, en relación con las responsabilidades del control migratorio interno, entre dos de las más importantes instituciones para la integración de poblaciones inmigrantes.

Finalmente, en otro comunicado, la CCSS (2012c) establece que el seguro indirecto para las personas inmigrantes puede cubrir solo a aquellos familiares que posean un estado migratorio regular. Específicamente, se afirma que: "El otorgamiento del beneficio familiar respecto de los asegurados directos… procederá cuando… tratándose de extranjeros, cuenten con residencia legal en el país" (p. 2). Lo anterior significa que la modalidad de seguro indirecto no es válida para las personas inmigrantes regulares que quieran asegurar a sus familiares inmigrantes irregulares. En ese sentido, solo se pueden asegurar personas migrantes con residencia legal; cualquier familiar mayor de 18 años tiene que regularizar su estado migratorio primero.

Ahora bien, para regularizar el estado migratorio es requisito contar con un seguro, lo cual conlleva optar por un seguro directo o voluntario. En otras palabras, desde el año 2009, *de facto*, no existe un seguro familiar para personas inmigrantes, como sí existe para las personas costarricenses. La importancia de esta situación no se debe desestimar. Primero, porque crea condiciones de acceso al seguro, por ende, a los servicios médicos, muy desiguales entre inmigrantes y nacionales. Segundo, se convierte en menos accesible, para las personas inmigrantes, la modalidad de seguro más importante para afianzar una cobertura (casi) universal del seguro social.

3.3. CCSS: endurecimiento político, amenazas al universalismo y confusión

En el año 2011, después de que sale a la luz la crisis financiera de la CCSS, esta institución optó por al menos tres distintas formas de limitar que las personas inmigrantes accedieran a sus servicios. Primero, se tornó "más agresiva" en el cumplimiento de sus propias políticas ya existentes (jefe de un sector de la CCSS, comunicación personal, 29 de abril, 2013). Segundo, atentaron, en al menos dos ocasiones, contra el principio del universalismo en ciertos servicios. Tercero, en el proceso ocasionaron mucho desconcierto, lo cual dejó a las personas inmigrantes más vulnerables ante la discriminación y ante la toma de decisiones prejuiciosas por parte de los funcionarios públicos o los médicos, al determinar quién recibe o no la atención médica.

3.3.1 Endurecimiento de las políticas

En otro comunicado, la CCSS "recuerda el deber que tiene todo funcionario al momento de atender a los diferentes usuarios de los servicios médicos asistenciales que brinda la Institución, de VERIFICAR minuciosamente la condición de aseguramiento" (CCSS, 2012b, p. 3). Además, se les recordó a los funcionarios que:

> En los casos de pacientes atendidos en condición de urgencia o emergencia, se seguirá conforme a los procedimientos y protocolos establecidos. Una vez finalizada la atención, el funcionario del Servicio de Registros Médicos o la recepcionista del servicio de emergencias según corresponda, –encargados de la verificación de información y de previo a sellar los documentos respectivos–, remitirá al paciente ante la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, quienes realizarán la facturación correspondiente (CCSS, 2012b, p. 2).

Para el resto de los servicios que no representan una emergencia, "Toda atención médica solicitada por pacientes NO ASEGURADOS... deberá el solicitante cancelar el costo de la consulta básica (conforme al modelo tarifario vigente), en forma previa al otorgamiento del servicio" (CCSS, 2012b, p. 2).

Todo lo anterior representa un endurecimiento en la ejecución de las estrictas políticas internas que ya existían dentro de la CCSS. Antes del año 2011, mantenían una ejecución menos rigurosa, en gran parte porque la situación financiera de la CCSS permitía una gestión más permisiva (Carrillo *et al.*, 2011). El jefe de un sector de la CCSS indicó que, años antes del 2011, la institución no se preocupaba mucho por esta política, pero que actualmente la Caja se ha vuelto más "agresiva" (comunicación personal, 29 de abril, 2013). Su superior, presente en el momento de la entrevista, le reprendió de forma inmediata e indicó que lo correcto es "más estricta". De hecho, esta persona agregó que las irregularidades "se controlan mejor gracias a la Ley de Migración" (Encargado de un área de investigación, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

Con este endurecimiento de la CCSS, parece que se apunta a limitar las demandas "ilegítimas" por los servicios de salud, especialmente por parte de inmigrantes irregulares. Legalmente, la atención de las emergencias de salud no se puede denegar; no obstante, a través del cobro, se está aplicando una medida para impedir que las personas accedan a las clínicas, a menos que sea un caso de vida o muerte, ya que se aplicaría una factura por una suma importante de dinero. Al momento de escribir este libro, la CCSS se encontraba en proceso de determinar qué se hace con aquellas personas que no pueden pagar el monto asignado (Eduardo Flores, jefe de Cobertura de Estado, comunicación personal, 24 de abril, 2013).

3.3.2 Ataques (fallidos) al universalismo y confusión

Existen, al menos, dos intentos recientes por restringir el acceso de las personas inmigrantes a los servicios de salud. El 31 de octubre del 2012, la CCSS (2012e) emitió una directiva interna que ha representado "la mayor amenaza para el universalismo

de las últimas décadas" (Carlos Sandoval, comunicación personal, 4 de marzo, 2013). En esta directiva, se pone en duda el derecho a los servicios de salud prenatal para las mujeres extranjeras indocumentadas que están embarazadas.

El jefe del área de Coberturas del Estado, quien, curiosamente, en una entrevista indicó que "las mujeres embarazadas están más protegidas que el Banco Central" (Eduardo Flores, jefe de Cobertura de Estado, comunicación personal, 24 de abril, 2013), emitió una respuesta para atender las consultas de una doctora sobre un asunto de salud prenatal y compartió dicha directiva. El comunicado establece que:

> Mujeres embarazadas no identificadas, [es decir] aquellos casos en los cuales no portan ningún documento reconocido en el país como identificación (cédula de residencia o pasaporte) o bien estos están vencidos, se aplica lo establecido en el artículo 74 del Reglamento de Salud, esto significa que una persona no identificada solo puede acceder a los servicios que brinda la Caja en condición de urgencia o emergencia (CCSS, 2012e, p. 1).

Cuando se realizó la entrevista, la directiva ya había sido aprobada por la Dirección Jurídica de la CCSS (CCSS, 2013a). Sin embargo, cuando se expone públicamente esta directriz, inmediatamente surge una denuncia por parte del sector académico y una ONG, llamado el Servicio Jesuita para los Migrantes, en pro de los derechos de las personas inmigrantes. El argumento principal era que esta directriz amenazaba los derechos universales de la salud del niño, como protegido por el Código de la Niñez y Adolescencia. Posteriormente, la Defensoría de los Habitantes remitió la denuncia a la CCSS y le solicita a la institución una aclaración sobre esta directriz. De forma inmediata, la CCSS, el 10 de mayo del 2013, revocó su declaración por medio de un comunicado que suprime la cuestionada directiva (CCSS, 2013b).

La segunda amenaza se relaciona con una confusión sobre los criterios de elegibilidad. Durante el último trimestre del año 2014, la CCSS difundió los requisitos actualizados para optar por el seguro familiar; muchos interpretaron que estos requisitos excluían a cualquier inmigrante, regular o irregular, de contar con un seguro familiar. Es decir, las personas inmigrantes "legales" ya no podían asegurar a un adulto dependiente "irregular", por lo establecido por la CCSS en la actualización de requisitos del 2012; con esta nueva actualización, las personas interpretaron que la población inmigrante tampoco podía asegurar a sus familiares inmigrantes regulares, ni ser asegurados por sus cónyuges costarricenses (Karina Fonseca, directora del Servicio Jesuita para los Migrantes, comunicación personal, 5 de marzo, 2013).

La confusión aumentó a tal grado que, después de las críticas provenientes de una ONG en pro de los derechos de las personas inmigrantes y de algunos beneficiarios, el 14 de enero del 2015, la CCSS realizó la aclaración correspondiente para que se entendiera que el seguro familiar cubre a familiares de inmigrantes que se encuentran en condición migratoria regular ("legales").

No queda claro si la confusión se generó o no de forma intencional; sin embargo, esta obedece a una tendencia generalizada dentro de la CCSS y representa un vacío

en cuanto a la precisión de las normas que deben ejecutarse. Por ejemplo, la primera directiva nunca fue oficialmente emitida, pero existe evidencia anecdótica de que su enunciación fue suficiente para que algunos prestadores de servicios negaran, sin fundamento de ley, la atención médica prenatal a mujeres indocumentadas embarazadas. De igual forma, en la práctica, la confusión con respecto al segundo familiar provocó que se les negara este seguro a varias personas inmigrantes que sí cumplían con los criterios de elegibilidad. En ambos casos, se trata de un claro intento por limitar el principio de universalismo en la prestación de servicios de la salud.

3.3 Conclusiones

En épocas de crisis políticas y económicas, restringir el acceso a las prestaciones sociales es una acción política común (Baldwin-Edwards, 2002; Bommes y Geddes, 2000; Morrisens, 2008), especialmente en ámbitos de presión por liberalizar, desregular y reducir la presencia del Estado (Ryner, 2000). Todo lo anterior calza con el escenario al que Costa Rica se enfrenta en la actualidad.

Este capítulo demostró que, como respuesta a la crisis del régimen del seguro social de la CCSS (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013), Costa Rica ha adoptado medidas para restringir el acceso de las personas inmigrantes a los servicios de salud, a partir de voces del chovinismo de bienestar. Esta situación difiere significativamente del discurso incluyente de los derechos humanos que exhibe la última reforma migratoria costarricense.

Lo anterior indica que los Estados en el Sur también pueden ser inventivos y que pueden esquivar las presiones de los marcos normativos internacionales entorno a los derechos humanos, al menos en cuanto al reconocimiento real de los derechos sociales de las personas inmigrantes. Al mismo tiempo, demuestra la centralidad fundamental del Estado y de sus instituciones en los procesos de inclusión social, ciudadanía y la obtención del seguro y del estado migratorio regular.

En efecto, a pesar de que la última reforma de la ley de migración en Costa Rica engloba un discurso más inclusivo, un apego a los principios de los derechos humanos y un reconocimiento de la importancia de integrar a las personas inmigrantes, en la práctica el Estado evade estos marcos al "transferir al interno" (*shifting in*) parte del control migratorio a instituciones, cuyo objetivo inicial no correspondía a este control, como es el caso de la CCSS. Ahora, la salud sirve como una estrategia de "gobernabilidad migratoria", la cual supone la idea de que perfectamente se puede controlar la migración para garantizar que esta ocurra de forma estructurada y sea predecible, por ende, más controlada (Domenech, 2011). En esta estrategia, la política social y el acceso a la salud se han usado como mecanismos para restringir los derechos de la población inmigrante, con la esperanza de que esto limite ciertos tipos de migración.

En lugar de ceder el poder Estatal y la soberanía, tal y como sugirieron los "globalistas" tempranos (Jacobson, 1996; Sharma, 2006; Soysal, 1994), el Estado costarricense ha recurrido a mecanismos para evadir las restricciones que imponen las normativas internacionales, al cambiar el nivel en que las medidas de control se crean y ejecutan.

Notas

1 El presente capítulo corresponde en gran parte a un artículo publicado en la Revista *Transnational Social Review* (Voorend, 2014).

2 Salario mínimo de una persona agricultora rural durante el 2017, calculado para 26 días laborales. Con respecto al tipo de cambio del dólar, se tomó, por razones de facilidad y en concordancia con el primer capítulo, un tipo de cambio de 500 colones = 1 USD, el cual se registró durante el año 2000.

4. "Tras de cuernos, palos". Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del seguro social

Solidario, pero no tonto...

4.1 Introducción[1]

Para entender los procesos sociales que fomentan la construcción de barreras alrededor de los acuerdos de bienestar y que limitan el acceso a los servicios sociales, es importante estudiar la construcción social de la persona inmigrante como una amenaza, por parte de los empleados de las instituciones estatales a cargo de establecer y ejecutar la política social. Las reacciones políticas pueden considerarse como resultados de procesos sociales y políticos en los que "los migrantes son sujetos sociales que actúan en circunstancias históricas y coyunturas específicas" (Feldman-Bianco *et al*., 2011, p. 17). Por consiguiente, este capítulo analiza las percepciones que tienen los empleados del Estado sobre las personas inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica, su derecho a la salud y la relación con la sostenibilidad financiera de la CCSS.

Este cuarto capítulo abarca la percepción de Costa Rica como un imán de bienestar para la migración nicaragüense. Una primera sección analiza la centralidad de los servicios sociales como un atractivo y revisa el argumento del "bebé ancla". Posteriormente, se estudia la percibida dificultad de integración de las personas inmigrantes nicaragüenses. Esta dificultad se relaciona de forma directa con el tipo de migración que atrae Costa Rica, donde se percibe que la mayoría corresponde a personas inmigrantes pobres y que proceden de una cultura inferior. Más adelante, se analizan las percepciones sobre la relación que existe entre la población inmigrante y los servicios de salud costarricenses. Por último, se discuten las percepciones sobre la reforma migratoria que se abordó en el Capítulo 3.

De esta forma, este apartado demuestra que la regularización y la obtención del seguro social se consideran un requisito mínimo necesario para una demanda de servicios de salud legítima. Sin embargo, la resistencia que muchos entrevistados expresan hacia la inmigración nicaragüense va más allá de estos requisitos legales, ya que tiene raíces en ideas sobre el desplazamiento de los costarricenses en estos servicios. En general, el capítulo argumenta que muchas personas funcionarias públicas, involucradas directa e indirectamente en el proceso de integración de migrantes, consideran que la incorporación de las personas inmigrantes es un reto problemático, en el contexto de crisis financiera que afecta a las instituciones involucradas. Por lo tanto, las personas entrevistadas señalan una sensación general que se refleja en la frase "tras de cuernos, palos":

encima de las dificultades que enfrentan las instituciones costarricenses para mantener los servicios para los costarricenses, los funcionarios deben lidiar con las personas inmigrantes nicaragüenses (quienes según ellos no merecen los servicios).

Si se parte de que el diseño y la creación de la política se llevan a cabo por medio de personas que tienen sus propias percepciones de la población inmigrante y del fenómeno migratorio, la ejecución de la política social "depende de la persona que esté en la ventanilla [de servicios]" (Dobles *et al*., 2013, p. 143). Por consiguiente, es transcendental conocer las percepciones que tienen los funcionarios de las instituciones involucradas en la política social. Así pues, para comprender los procesos detrás de los mecanismos de exclusión (legales y extralegales), es importante analizar la construcción social de la persona inmigrante, por medio de las narrativas de las personas que diseñan y elaboran la política social, así como de quienes la ejecutan diariamente.

Estas narrativas son relevantes porque expresan las opiniones y las percepciones de las personas. Según Bourdieu (2000), de acuerdo con la posición que ocupe un individuo en un espacio social, este obtiene un sistema de disposiciones implícitas y explícitas, lo cual resulta en una conducta que puede ajustarse objetivamente a los propósitos de dicho individuo, sin que estas disposiciones hayan sido creadas específicamente para esos fines (Bourdieu, 2000). Es decir, la persona actúa dentro de lo que Bourdieu denomina un *habitus*, definido este como un sistema de prácticas, percepciones e ideas aprendidas según la posición de la persona.

Trasladado lo anterior al diseño o implementación de una política, las narrativas permiten dar a conocer la posición de las personas a cargo del cumplimiento de los derechos de la población inmigrante, la legitimidad de la demanda de servicios sociales y la forma en la que la persona funcionaria concibe la inmigración, en relación con los servicios sociales universales. Es probable que sus acciones se vean afectadas por sus percepciones. Así pues, la persona que atiende pacientes en ventanilla, quien cree, como muchos otros costarricenses (González y Varela, 2003), que la población inmigrante nicaragüense es responsable del deterioro de la CCSS, probablemente atenderá a una persona nicaragüense y a una persona inmigrante holandesa de forma diferente. Se argumenta, entonces, que estudiar estas percepciones resulta importante para comprender el contexto general en el cual se llevan a cabo las acciones estatales, en relación con la migración, y la forma en la que se concretan los procesos de exclusión de personas inmigrantes en los servicios sociales.

Con respecto a la metodología, este capítulo se basa en las entrevistas realizadas a funcionarios del Estado, mencionadas anteriormente en el Capítulo 3. Se utilizan 26 entrevistas hechas a empleados de la CCSS y de la DGME, quienes pertenecen a distintas áreas: funcionarios de alto cargo, funcionarios administrativos de nivel medio, profesionales de salud pública y empleados de la ventanilla de servicios.

4.2 "Tras de cuernos, palos". Percepciones sobre la inmigración en la CCSS y la DGME

4.2.1 Percepciones sobre Costa Rica como un imán de bienestar

Antes de realizar consultas sobre los efectos de la inmigración nicaragüense en Costa Rica, se les preguntó a las personas entrevistadas por qué razones creían que los nicaragüenses migraban y, específicamente, si creían que la disponibilidad de servicios sociales podía influir al momento de elegir a Costa Rica como país de destino. Así, se evalúa si se considera que la política social es un factor de atracción de migrantes (*pull factor*) lo suficientemente fuerte para explicar la inmigración en Costa Rica. En otras palabras, ¿las personas funcionarias de la DGME y de la CCSS consideran que el país es un imán de bienestar?

Durante las entrevistas, se encontró un abanico de respuestas que se articulan en torno a tres grandes narrativas, donde, por lo menos en dos de estas, la idea del imán de bienestar está presente. Primero, en los siete funcionarios ejecutivos entrevistados (empleados de ventanilla) de las dos instituciones, las narrativas reflejaban la creencia de que la política social y en especial el acceso a los servicios sociales constituyen uno de los principales factores que explican la migración nicaragüense. Segundo, en los once empleados profesionales con un puesto medio (médicos generales, especialistas y funcionarios encargados de funciones administrativas superiores), las narrativas manifestaban que la salud es un factor importante al momento de migrar a Costa Rica; no obstante, casi en todos los casos, se considera que este factor viene acompañado de la búsqueda de un empleo remunerado. Por último, ocho funcionarios de alto cargo brindaron narrativas más generales, al hacer hincapié en la gran trayectoria democrática de Costa Rica y en el fortalecimiento institucional, lo cual hace que el país sea un destino atractivo y seguro, en comparación con Nicaragua. El régimen de política social forma parte de este conjunto de ventajas. A continuación, se examina cada una de estas posiciones.

Los servicios sociales como el principal atractivo

Numerosas personas que laboran en ventanillas y el personal ejecutivo de la CCSS y de la DGME manifiestan marcadas opiniones con respecto a lo atractivo que resultan los servicios sociales costarricenses, en particular los de salud. Muchos entrevistados sostienen que la población inmigrante nicaragüense reconoce la calidad de los sistemas de educación y de salud, lo cual explica, en gran medida, la razón por la que los nicaragüenses migran a Costa Rica.

Cuando se le preguntó a un empleado de ventanilla de la CCSS, quien solicitó mantener el anonimato, si creía que las personas migraban por la disposición de los servicios sociales, este señaló que:

> Yo pienso que sí porque la Caja le da ese tipo de beneficios para esas poblaciones. La Caja les cubre el 100 % de las atenciones médicas, cada vez que esa persona inmigrante considere que sea necesario… que ellos necesitan esa atención se les da. Hasta con prioridad, verdad, por tener ciertas características: un embarazo, un parto, un control médico de un niño (Empleado de ventanilla de la CCSS, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Una enfermera de la CCSS compartió el punto de vista de este empleado:

> Creo que sí lo hacen. Esto puede ser algo redundante, pero la Caja Costarricense del Seguro Social con todas sus debilidades y con todas sus fortalezas es una seguridad social muy atractiva (Giselle Román, comunicación personal, 19 de marzo, 2013).

En esta narrativa, se considera que la población inmigrante valora enormemente la prestación de servicios sociales que el país tiene a disposición. Una médica general comentó que creía que las personas inmigrantes nicaragüenses valoraban más estas prestaciones que los propios costarricenses porque:

> Los ticos [costarricenses] no saben lo que tienen… La idea que se hacen los inmigrantes o los nicaragüenses es que en Costa Rica el seguro es gratuito. La salud es cara, y el tico no lo sabe, pero el extranjero sí porque el extranjero vive en otras condiciones en sus países. Entonces, claro, al saber que aquí pueden venir y el Estado los va a asegurar, les va a asegurar a sus hijos y los van a ver de manera gratuita, di para ellos es un portillo para muchas cosas (Marta Jara, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Este contraste entre Costa Rica y "el resto de países centroamericanos" es un tema recurrente en las entrevistas. Mientras que en territorios centroamericanos existen condiciones adversas que provocan que las personas abandonen su país, Costa Rica se considera la excepción en la región centroamericana:

> El país más feliz del mundo, con solo eso. Yo siento que la gente en Centroamérica lo ve así porque si vos te ponés a ver cómo está todo desde México, con las drogas, las maras. Costa Rica tal vez lo tendrá, pero no de tal grado [como] otros países, porque sea como sea, Costa Rica es como la Suiza centroamericana, y aunque no sea tan cierto, a la par de otros países estamos muchísimo mejor (Marta Jara, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Para algunos, la idea de que Costa Rica es la excepción centroamericana y que podría representar un imán de bienestar es una razón para enorgullecerse. Un empleado de la plataforma de servicios de la DGME mencionó que "mucha gente viene aquí por el sistema de la Caja, obviamente nos enorgullece" (Juan Carlos Siles, comunicación personal, 10 de mayo, 2013). Sin embargo, la demanda de servicios de la CCSS y de la DGME, por parte de las personas inmigrantes, complica la provisión de servicios, porque "lo que pasa es que nosotros… de la institución que no da abasto y nos atrasa a nosotros… el trabajo" (Juan Carlos Siles, comunicación personal, 10 de mayo, 2013).

Los servicios sociales como complemento al empleo

En las narrativas de los profesionales de más alto cargo, como los médicos a cargo del manejo de la atención médica, los servicios de salud y de educación representan un papel importante en la decisión de migrar a Costa Rica. No obstante, el argumento del imán de bienestar pierde algo de centralidad, cuando se incluyen otros factores como las diferencias salariales, la facilidad de encontrar empleo en el mercado laboral informal, la cercanía geográfica del país, los vínculos con conocidos y la reagrupación familiar.

Aunque la oferta laboral es muy importante en la migración, muchos consideran que los servicios sociales son un factor que también interviene a la hora de migrar a Costa Rica. Principalmente, se percibe como atractivo el acceso que tienen los hijos de personas inmigrantes a los servicios sociales, en especial a la educación.

Una narrativa emblemática es la del director del Hospital México, uno de los hospitales más grandes de Costa Rica; el Dr. Douglas Montero considera que las principales razones por las cuales migran estas personas son la falta de empleo en Nicaragua y las mejores posibilidades de encontrar un trabajo remunerado en Costa Rica, pero también señaló 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 [vivir] aquí por la Caja Costarricense del Seguro Social, por la mejor educación que aquí reciben (Dr. Douglas Montero, comunicación personal, 23 de mayo, 2013).

Por su parte, una funcionaria de alto cargo, Asesora Superior en la Dirección de Integración y Desarrollo Humano de la DGME, también cuestiona el hecho de que las personas emigran solo por la disposición de servicios sociales en el país.

> Puede ser que sí juegue un rol, que por ejemplo… usted matricule a su chiquito, escuela y demás, y al rato hasta le dan desayunito y almuerzo en la escuela porque es una escuela de escasos recursos. Pero, pesa mucho que… esa gente a lo que viene es a trabajar. Entonces no, al fin y al cabo, o trabajás o disfrutás de las ventajas del Estado (Cinthia Mora, comunicación personal, 3 de abril, 2013).

Una posible explicación para este punto de vista más amplio, vinculado con otros factores, es que los funcionarios tienen más acceso a cierta información, la cual va más allá del mero papeleo de trámites (por parte de las personas que trabajan en ventanillas) y de las funciones diarias del personal médico. Los funcionarios de más alto cargo de la Dirección de Integración y Desarrollo Humano de la DGME y de los directores de los hospitales tienen un amplio conocimiento sobre el tema de la migración, ya que es parte de sus labores. Por ejemplo, Cinthia Mora, quien pone en duda la idea de que los servicios de salud son el principal atractivo para la migración:

> Yo diría que no es el único factor, cierto, porque 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... en un mito en que más bien no queremos contribuir, porque [el mito] es que vienen y abusan de la Caja (Comunicación personal, 3 de abril, 2013).

Así que, si bien el argumento del imán de bienestar está presente en algunas de estas narrativas, no se considera el principal factor que explica la migración.

> Estos inmigrantes es población pobre que se queda en el país porque es mejor ser pobre aquí que pobre en sus países porque de alguna manera se benefician más de otros servicios. Estas poblaciones no se van del país, no se van... Como sucedió... con la construcción cuando decayó todo con la crisis. ¿A qué tipo de trabajo se va esta población? A la agrícola. Pero si la agrícola no tiene la capacidad de absorber, se quedan. Entonces empiezan a desarrollar trabajos informales, una cosita aquí una cosita allá, pero se quedan en el país. ¿Por qué? Porque con toda, y esa situación de que se quedaron sin su trabajo, es mejor estar aquí que en su país (Dirección de Inspección de la CCSS, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

Los servicios sociales como parte de la democracia

Por último, las narrativas que brindaron los funcionarios de alto cargo en la DGME y la CCSS se centran de manera más abstracta en las condiciones institucionales que ofrece el país. En este caso el argumento del imán de bienestar no es muy evidente, ya que los servicios sociales forman parte del gran número de instituciones democráticas del país y del desarrollo social e institucional. Es decir, por sí solos, los servicios sociales no podrían explicar la migración.

Así, las narrativas reflejan un discurso más político y conceptualizaciones abstractas sobre la migración y las lógicas institucionales. Lo anterior, tal vez, debido al hecho de que las entrevistas se realizaron entre funcionarios de instituciones relacionadas con el diseño, la creación y el manejo de las políticas, así como la promulgación e implementación de normas y directrices.

Para algunos de estos funcionarios de alto cargo, la migración (nicaragüense, en especial) es resultado de la solidez institucional de Costa Rica, un país ejemplar en Centroamérica. Por ejemplo, se argumenta que la democracia estable del país es 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 los países de Centroamérica? Yo siempre les he dicho que es que la democracia se ha traducido en el desarrollo institucional del país... Este desarrollo institucional es un sello de garantía para los inmigrantes y los pobres, ya que estos tienen acceso a servicios de calidad de salud pública, educación, vivienda (Eduardo Flores, jefe del Área de Coberturas del Estado, comunicación personal, 4 de abril, 2013).

De igual forma, un funcionario de alto cargo de la Dirección de Inspección de la CCSS señaló 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 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 de la CCSS, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

Se puede ver que los servicios sociales del país son parte de un gran "conjunto de beneficios"; sin embargo, después de todo, estas narrativas no reflejan la esencia del argumento del imán de bienestar, ya que los servicios sociales en sí (y por sí solos) no tienen capacidad explicativa.

Bebés ancla

Por ley, el principio *ius soli* determina que cualquier persona nacida en territorio costarricense tiene derecho a la ciudadanía, sin importar el estado migratorio de la madre. Después, por medio de su hijo, los progenitores pueden solicitar el estado migratorio regular. Aunque Goldade (2011) argumenta que las mujeres inmigrantes en Costa Rica no utilizan este recurso legal tanto como en otras partes del mundo, sí es un tema recurrente en las entrevistas con profesionales médicos (Spesny Dos Santos, 2015), tal y como se confirma en este estudio. Independientemente del cargo de los funcionarios, en las entrevistas surgieron anécdotas sobre personas inmigrantes que tienen hijos en Costa Rica, asimismo, sobre mujeres embarazadas que cruzan la frontera para tener acceso a los servicios sociales costarricenses. El director del Hospital México expresó lo siguiente:

> Especialmente en la zona norte... las pacientes embarazadas en su último mes cruzan [la frontera] solamente para tener el hijo en Costa Rica, y asegurarse que como costarricenses tienen todos los beneficios. Aunque tenga el parto y una semana después está ya del lado de Nicaragua... [Ellas] saben que si tienen una emergencia pueden accesar 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... porque tienen la gran ventaja de la seguridad social, de la educación, de la seguridad, que usualmente Nicaragua tiene más dificultades (Douglas Montero, comunicación personal, 23 de mayo, 2013).

De igual forma, un empleado de ventanilla de la CCSS comentó un asunto que evidencia el aspecto anterior, el cual fue muy común en las entrevistas:

> Sí le puedo decir de una embarazadita que nos llegó de treinta y seis semanas y lo dijo así, la atendí yo en la ventana: "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 tampoco los controles médicos (Anónimo, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

4.2.2 El problema de integración del inmigrante nicaragüense

En todas las entrevistas, las personas consideran que la migración nicaragüense es la más pronunciada, lo cual concuerda con los datos sobre la migración en Costa Rica (INEC, 2011). Aunque las personas entrevistadas admiten que otras poblaciones también hacen uso de los servicios sociales, en especial los colombianos, estadounidenses y canadienses, estos no constituyen la principal población que solicita los servicios de atención médica. Además, casi todos los entrevistados percibieron que los picos más altos de migración ocurrieron entre la década de 1990 y la década del 2000, aunque en algunas entrevistas también se reconoció que han visto una disminución en el crecimiento de la población inmigrante:

> Mire, la inmigración nicaragüense, que es la más grande, estuvo en un momento creciendo de forma exponencial y todos nos preocupamos de que eso podría llevar a contraste no solo a la Caja sino al país, porque eran personas que utilizaban los servicios costarricenses, pero no estaban aportando. En el caso de la Caja es sumamente grave. Extraen muchos recursos y no estaba dando nada. Pero este fenómeno de la gran importación de nicaragüenses ya paró, y más bien se está viendo un fenómeno de retroceso, algunos están volviendo y ya se estabilizó (Douglas Montero, comunicación personal, 23 de mayo, 2013).

Sin embargo, el problema que percibe la mayoría de las personas entrevistadas se relaciona con la dificultad de integrar a la población inmigrante nicaragüense a la sociedad costarricense. En las narrativas, los problemas de integración se definen en torno a los asuntos que se relacionan con el tipo de migración que entra al país y la importancia de las diferencias culturales entre los costarricenses y los inmigrantes. En algunas de estas narrativas se evidencian percepciones discriminatorias (incluso xenofóbicas) y los nicaragüenses se consideran inferiores.

La importación de la pobreza

La resistencia a la migración no se relaciona con el fenómeno migratorio *per se*, sino con el hecho de que sea una migración de personas nicaragüenses poco calificadas, informales y consideradas pobres. Es decir, la inmigración de nicaragüenses se ha convertido en sinónimo de inmigrantes no calificados, "ilegales" e informales; en conjunto con las diferencias culturales percibidas, esto representa dificultades para la integración. Tal y como menciona Eduardo Flores, "existe una consternación con respecto al aumento de un cierto tipo de migrante" (Eduardo Flores, jefe del Área de Coberturas del Estado, comunicación personal, 24 de abril, 2013). Un empleado de ventanilla de la DGME indicó su resistencia a este tipo de migración:

> Pues, para mí... recibir gran cantidad de estos inmigrantes es malo para el país. ¿Por qué? Porque si hemos estado luchando para el estudio, para que bajen los analfabetos... este tipo de cosas. Muchas de las personas que vienen aquí no saben ni leer ni escribir. Quiero decir que, ellos vienen con sus hijos y otros familiares, y... esperan que el sistema educativo los reciba. Pero entonces, a la hora de

> hacer un censo para ver cómo estamos en cifras, el porcentaje de personas que no pueden ni leer ni escribir aumenta (Empleado de ventanilla, Servicios de Acceso Preferencial de la DGME, comunicación personal, 10 de mayo, 2013).

Se considera que muchos de estos trabajadores inmigrantes "viven en tugurios… hay lugares donde nosotros mismos no podemos entrar, donde la ambulancia no puede entrar porque son lugares que son tomados por los extranjeros, y nosotros lo estamos permitiendo" (Empleado de ventanilla, Área Comercial de la DGME, comunicación personal, 10 de mayo del 2013). Como si esto fuera poco, se piensa que la crisis económica del 2008 complicó el problema de tener que "lidiar" con los trabajadores inmigrantes pobres, ya que algunos de los sectores productivos en los que estos trabajaban se vieron afectados por la crisis. La integración de personas inmigrantes nicaragüenses, entonces, se complica: "quedan flotando en el país porque si la actividad económica decae entonces se quedan sin trabajar" (Dirección de Inspección CCSS, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

Tal y como se verá más adelante, la imagen que se crea de las personas inmigrantes nicaragüenses pobres y la consecuente dificultad para integrarlos en la sociedad costarricense y al régimen de política social se mencionan como factores que justifican un control migratorio más estricto. Adrián Jiménez, el suplente de Planificación Institucional de la DGME, realizó una mención directa en la necesidad del control migratorio debido a los perfiles de pobreza de los inmigrantes nicaragüenses:

> Cuando se establecen límites es por el tipo de personas que nosotros queremos que vengan, porque, aunque suene muy feo, Costa Rica no puede ser un importador de pobreza. Tenemos que salir también de problemas económicos y sociales del país. No podemos importar una serie de factores endógenos que nos vienen a hacer la situación más crítica (Adrián Jiménez, Suplente de Planificación Institucional de la DGME, comunicación personal, 1 de abril, 2013).

Una cultura inferior, violencia y criminalidad

La dificultad de integrar a las personas inmigrantes nicaragüenses se relaciona no solo con la alta incidencia de pobreza entre esta población, sino también con las diferencias culturales percibidas; un asunto que se ha tratado en estudios recientes (Goldade, 2009; Spesny Dos Santos, 2015). En efecto, las narrativas de casi todas las entrevistas reflejan percepciones sobre la superioridad cultural costarricense. En varias de las entrevistas, las narrativas evocaron percepciones xenofóbicas y discriminatorias dirigidas inexorablemente hacia las personas inmigrantes nicaragüenses.

Una narrativa recurrente expone la forma en que estas diferencias culturales explican, para empezar, por qué las personas inmigrantes no tienen "sus prioridades definidas" y gastan dinero en asuntos que la persona entrevistada considera innecesarias. Lo anterior provoca que exista más resistencia, en torno a la prestación de servicios para esta población:

> Los costarricenses piensan en cuestiones como su hogar, o en sus propios asuntos; no sé, en mi caso estos son asuntos importantes. Ellos [las personas inmigrantes] por lo general solo tienen su súper celular. Un súper celular, pero te dicen que no tienen plata para comer. Y llegan aquí y nosotros... tenemos que ver cómo podemos ayudarlos. Tienen un iPhone de los nuevos, pero no tienen para comer (Empleado de ventanilla, Servicio de Acceso Preferencial de la DGME, comunicación personal, 10 de mayo, 2013).

No obstante, en las narrativas, las diferencias culturales no solo se vinculan con las prioridades de las personas inmigrantes nicaragüenses al momento de gastar su dinero, sino también se relacionan con la violencia y la criminalidad. Por ejemplo, para un funcionario del Departamento de Planificación de la DGME:

> Mucho del porcentaje de la agresión hacia las mujeres en Costa Rica viene dado por nicaragüenses. Aquí [en Costa Rica], hay gente de todo tipo, ustedes no ven muy normal que por ejemplo un francés agarre a su esposa a *güevazo limpio* y le corte los brazos, o un inglés o un alemán, o un africano o inclusive un argentino o un brasileño. No, está muy concentrado en gente nicaragüense. Sí tenemos casos de costarricenses, tenemos el caso de un peruano, tenemos un ecuatoriano. O sea, no quiero ocultar la realidad, pero si [hay que] analizar un poco más a profundidad para darnos cuenta de que sí hay patrones culturales que afectan mucho en todos estos procesos. No es que uno sea un xenófobo de primera, ¡no! Es que son [hechos] reales... No estamos diciendo que todo inmigrante que venga es malo... pero de gente mala viene (Adrián Jiménez, comunicación personal, 1 de abril, 2013).

Este tipo de narrativas evidencian claras percepciones xenofóbicas hacia las personas inmigrantes nicaragüenses, al hacer distinciones entre otras nacionalidades. Eduardo Flores, Jefe del Área de Coberturas del Estado de la CCSS, manifestó su inquietud por "el problema de integración de los migrantes de segunda generación", el cual el país no ha resuelto satisfactoriamente, ya que "el país no tiene experiencia en el manejo de este problema... y sí, sí puede convertirse en un problema grave desde el punto de vista socioeconómico". En ese sentido, denuncia que:

> El desarrollo de las ventas callejeras, los taxis piratas, aperturas de comidas informales y de quién sabe, pero en la de menos hasta el mismo negocio de la prostitución y la drogadicción está en manos de esta generación. Porque es un grupo de personas que no completó su educación básica, no se sienten bien con saber que sus padres no nacieron aquí. Conservan un orgullo de que nacieron aquí, pero por las condiciones de pobreza en que se desarrollaron no encontraron la llave del progreso que el resto de costarricenses de esa generación se han encontrado (Comunicación personal, 24 de abril, 2013).

Para algunos, la presencia de nicaragüenses en Costa Rica también pone en riesgo lo que se ve como una cultura superior costarricense. Curiosamente, en varios comentarios de este tipo, la persona entrevistada asegura que no es racista o xenofóbica, pero enseguida hace comentarios que podrían ser interpretados como tales. Por ejemplo, el siguiente caso:

> ¿Qué beneficios tiene en este momento? ¿Le soy sincera? En este momento siento que ya no hay beneficios. Siento que [todo] ha cambiado, no quiero sonar... racista, sino simplemente que nosotros

> estamos perdiendo nuestra cultura, ¿por qué? Porque... hay diferencia entre un migrante y... nosotros. Nosotros llevamos una forma de ser diferente, por ejemplo, usted no ve cuatro hijos... ahora normalmente se tiene entre uno y dos. A comparación de ellos, ellos tienen entre siete y nueve, los nicaragüenses. Aquí la mayoría de esas personas no saben leer o escribir ¿qué beneficio para el país?... Creo que nos estamos pasando. Ya vamos a ver qué va a ser dentro de unos veinte años. Ya Costa Rica va a ser otra cosa (Empleada de ventanilla, Área Comercial de la DGME, comunicación personal, 10 de mayo, 2013).

4.2.3 Legalidad para la legitimidad

En relación con el acceso a los servicios sociales, en especial a la salud, la mayoría de las personas entrevistadas reconoce que la población inmigrante tiene los mismos derechos que los costarricenses. Sin embargo, este reconocimiento está condicionado a tener un estado migratorio regular y al cumplimiento de otras obligaciones, las cuales consisten principalmente en la obtención del seguro médico y la puntualidad con las contribuciones de la CCSS. En otras palabras, en las narrativas se enfatizan mucho las responsabilidades que las personas inmigrantes adquieren al ingresar a Costa Rica. Así pues, se confirma lo que Domenech (2011) planteaba: en las narrativas la línea divisoria entre el reconocimiento y la negación de derechos sociales responde a la dicotomía de "legal-ilegal". Esto, a su vez, forma la legitimidad percibida de la demanda de las personas inmigrantes nicaragüenses por los servicios de salud.

Lo bueno: más regularizaciones y contribuciones

Por un lado, los funcionarios de alto cargo de la Dirección de Integración y Desarrollo Humano de la DGME explicaron que actualmente hay más inmigrantes en condiciones migratorias regulares; y, por otro lado, algunos señalaron que las personas inmigrantes no son culpables de los problemas financieros de la CCSS. Julio Aragón, director de la Dirección de Integración y Desarrollo Humano de la DGME, afirmó que según "los informes de la CCSS (que se les pidió que mostraran) es falso que el sistema de salud del país haya colapsado porque los extranjeros utilizaran los servicios" (Comunicación personal, 1 de abril, 2013).

Resulta interesante que, a diferencia de muchas narrativas en las cuales se concebía que la regularización y el seguro médico se definían como responsabilidades individuales, esta entrevista en especial subraya el hecho de que en realidad son los patronos los que fallan al no cumplir con sus responsabilidades:

> El mito que existe es que son los extranjeros los que se roban los recursos de la CCSS y que por eso está en quiebra. ¡En realidad es falso! Ya... se ha demostrado. La causa de este problema es que existe una gran evasión [de contribuciones e impuestos] por parte de los patronos, una gran evasión por asegurar a estas personas, y son esos patronos los que se quedan con el dinero (Julio Aragón, director de la Dirección de Integración y Desarrollo Humano de la DGME, comunicación personal, 1 de abril, 2013).

Del mismo modo, un empleado de ventanilla de la CCSS aportó esta apreciación de la actualidad:

> Actualmente creo que ya se da un poquito más lo de la formalización del estado migratorio, con la cédula de residencia, porque incluso de parte nuestra institución se ha solicitado darle el seguro a las personas que tienen cédula de residencia (Juan Pablo Barrantes, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Lo malo: muchos "ilegales"

Sin embargo, incluso en las narrativas de las personas entrevistadas que constatan las más altas tasas de regularización, hay una percepción generalizada de que muchas personas inmigrantes son "ilegales"; esa "ilegalidad" genera problemas en la prestación de servicios sociales. El mismo empleado de ventanilla de la CCSS continuó diciendo que "aquí hay muchos que están, pienso, que 'ilegales'... Muchos entran con... pasaporte visado como turistas, se les da un plazo... para que estén en el país. Pero, muchos se quedan" (Juan Pablo Barrantes, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

En efecto, Adrián Jiménez afirmó que esto se debe en gran parte al hecho de que "aquí hay sectores productivos que prefieren contratar a gente migrante de manera ilegal, que volvemos al tema ilegal" (Comunicación personal, 1 de abril, 2013). El director del Hospital México brindó su opinión sobre el problema del estado migratorio legal en el hospital.

> La población inmigrante llega al Hospital muchas veces sin adecuada documentación, y entonces lo que se hace una vez atendida su situación es realizar un recibo de cobro. Pero estos recibos de cobro después... terminan siendo incobrables porque no tienen usualmente la capacidad financiera para pagarlo. De manera que los inmigrantes ven en el hospital una ventajosa forma porque saben que tenemos que atender a cualquier paciente, sea migrante o no, si tienen una emergencia y resolver el problema... Luego, los que pueden pagan, y los que no, no. La mayoría [de los inmigrantes] no paga. El problema que, si no están en orden con el seguro social, ellos... no pueden accesar los servicios de consulta externa ni otros (Dr. Douglas Montero, comunicación personal, 23 de mayo, 2013).

La "ilegalidad" se considera un problema porque implica no contribuir al seguro social. Adrián Jiménez señala que "no se le puede negar la atención a nadie, pero si no está asegurado: 'Tome, aquí está la factura'. O sea, hay que ser solidario, pero no tonto, porque si no la Caja quiebra" (Comunicación personal, 1 de abril, 2013). Es notable que este tipo de ideas contrasta con los estudios de la DGME (2011), los cuales comprobaron que la población inmigrante no representa una carga financiera significativa para el sistema del seguro social, un hecho que también se mencionó en las mismas entrevistas.

Lo feo: de la "ilegalidad" a la ilegitimidad

En todas las entrevistas se recuerda que el derecho a los servicios sociales está sujeto al pago de las contribuciones. Por consiguiente, la demanda por estos servicios se considera legítima si y solo si la persona inmigrante es "legal" y "contribuye", de acuerdo con sus obligaciones con el país, en especial con el seguro médico. Es interesante que el discurso

más inclusivo basado en derechos humanos, en el cual se inspira la Ley de Migración (Kron, 2011; López, 2012), no tiene mucha centralidad en las narrativas de las personas entrevistadas, especialmente en comparación con la importancia que adquiere el estado migratorio legal para poder justificar una demanda legítima a los servicios sociales.

Un funcionario de plataforma de servicios de la DGME manifestó su descontento por el reconocimiento de los derechos humanos de las personas inmigrantes en Costa Rica:

> 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 (Empleado de ventanilla del Área de Comercio de la DGME, comunicación personal, 10 de mayo, 2013).

En lugar de reconocer los derechos de una persona por su naturaleza humana, la legitimidad se basa en las contribuciones que realiza la persona al seguro. En muchas narrativas, se menciona que las personas inmigrantes no pueden sencillamente venir al país y pedir los servicios sin cumplir con sus obligaciones:

> Ahora si usted llega y me dice: "es que yo quiero esto, y me lo tiene que dar ya". Bueno, un momento, usted sabía que usted no viene solo a pedir, usted también tiene deberes. ¿Qué paso con esto? Ay no, ¡ah ok! Entonces cúmplame usted primero con eso y yo le doy esto. Entonces, también hay que hacerle ver a la gente que no es nada más una cuestión de derechos, es también una cuestión de deberes, [y así] las instituciones se acomodan mejor (Adrián Jiménez, comunicación personal, 1 de abril, 2013).

Se puede observar que, en la CCSS, las narrativas son parecidas. En la Dirección de Inspección, un funcionario de alto cargo mencionó que una persona inmigrante es bienvenida.

> ... mentras esté aquí, haga las cosas bien y con mucho gusto. Los inmigrantes tienen que cumplir... Porque él se puede ir, pero puede venir otro y encuentra un sistema que lo reciba verdad. Esa es la gran lucha. Y con todo este tema, yo creo que a la sociedad costarricense nos ha cambiado porque se creía que la Caja [era] gratuidad. No, la Caja no es gratuita, los servicios no son gratuitos (Anónimo, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

El problema, al creer que la legitimidad de las demandas de los servicios de salud está sujeta a la condición de ser "legal" o de estar "contribuyendo", es que la "legalidad" no es un simple resultado del estado migratorio regular y "contribuir a la Caja" no significa necesariamente estar en planilla o contribuir de forma voluntaria. Ambas condiciones se fundamentan en buena medida en percepciones. De hecho, por lo general se asume la "ilegalidad" cuando se trata de inmigrantes, es decir, se le atribuye. Así, por ejemplo, López (2012) señala que:

> Los responsables de formular las políticas y los prestadores de servicios públicos tienden a ignorar las diferencias entre los trabajadores inmigrantes y otras categorías de inmigrantes (como migrantes "ilegales"), y enseguida, les niegan beneficios estatales a todos los inmigrantes, sin importar su estado migratorio (p. iv).

Lo más feo: saqueando el seguro social

La percepción de muchas personas entrevistadas es que la demanda ilegítima de servicios sociales, por parte de la población inmigrante nicaragüense, en especial de salud, amenaza la estabilidad financiera de las instituciones que forman parte de la política social. Lo anterior a pesar de que existen estudios (elaborados por las mismas instituciones) que han demostrado que esto es falso. Dicha preocupación se ve reflejada, sobre todo, aunque no exclusivamente, en las narrativas de algunos funcionarios que trabajan en nivel operativo. Por ejemplo, una enfermera de la CCSS es consciente de que algunos servicios no se pueden negar, tal es el caso de las mujeres embarazadas, al decir que "Si llena los requisitos es porque no se le puede negar. Entonces, sí afecta y sí vemos que el bolsillo de la Caja está siendo afectado" (Giselle Román, comunicación personal, 19 de marzo, 2013).

Puesto que "el Estado les paga esto, entonces… por esa parte sí nos afecta la parte económica" (Empleada de ventanilla de la CCSS, comunicación personal, 25 de marzo, 2013). Así pues, en estas narrativas la demanda de servicios de salud, por parte de personas inmigrantes, implica una connotación negativa y:

> Ha afectado digamos la económica, la situación de la Caja, por todo eso, los beneficios que se les da a la población que cubre el Estado. Se nos vienen en situaciones, se podría decir derechos que tiene esa población. Están cubiertos por leyes, leyes especiales. Entonces eso sí nos afecta ¿a quién se le cobra? (Empleada de ventanilla de la CCSS, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Esta idea errónea, aunque constante, de que las personas inmigrantes no contribuyen a los servicios sociales es entendida como un problema que se deriva de ciertas diferencias culturales. Una funcionaria de alto cargo de la Dirección de Inspección de la CCSS explicó que el problema se relaciona directamente con la idea de que "les falta esta sensibilidad hacia la solidaridad y la importancia de contribuir… no sacarle al seguro social… o sea ellos no tienen esa cultura" (Anónimo, comunicación personal, 29 de abril, 2013). Aunado a esto, comenta:

> En el país, la Caja es parte de nuestra idiosincrasia. O sea, yo creo que este país no se ve sin un sistema de seguridad social. ¿Por qué? Porque ya nacieron con el sistema, nacieron en el sistema. Por eso, la lucha con los inmigrantes indocumentados [es una] lucha [que] construyamos juntos. Es decir, ellos que tengan trato humano… pero nosotros que recibamos una población que quiera ir a sostener al seguro social, no sacarle al seguro social… Porque eso es ser solidario. Nosotros somos solidarios recibiendo a los inmigrantes, pero los inmigrantes tienen que ser solidarios con el país dónde llegan (Anónimo, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

Lo espantoso: la saturación de los servicios sociales

Por último, en las narrativas existe otra inquietud importante que no se relaciona con la sostenibilidad financiera de las instituciones de la política social, pero sí con la preocupación de que las personas inmigrantes saturen el sistema. Por ejemplo, un secretario que labora en las ventanillas preferenciales de la DGME, quien temía por el

impacto de la migración en el estado financiero de la CCSS, considera que, al brindar tantos servicios a la población inmigrante, "le estamos quitando a los costarricenses" (Juan Carlos Siles, comunicación personal, 10 de mayo, 2013).

Este temor sobrepasa la división "legal-ilegal" que constituye la base de las inquietudes financieras que se mencionaron anteriormente. Es decir, en este caso, la narrativa refleja una percepción de que las personas extranjeras, independientemente de su estado migratorio o si contribuyen o no al sistema del seguro social, siempre afectan la oferta de servicios para los costarricenses. En otras palabras, la población inmigrante sobresatura el sistema de los servicios de salud.

> Resulta que estamos sobrepoblados de extranjeros. Entonces, gente que, vuelvo a lo mismo, requiere la atención en seguridad social y se le está brindando (Giselle Román, enfermera de la CCSS, comunicación personal, 19 de marzo, 2013).

Es interesante que, en estas narrativas, las personas entrevistadas hacen hincapié en "los extranjeros" o "los inmigrantes" de manera general, pero no enfatizan de igual manera en el individuo inmigrante "ilegal". En este caso, el cuestionamiento de los derechos sociales va más allá de los temas de "ilegalidad" o de "la contribución al seguro". Antes bien, se relaciona con un deseo de reservar exclusivamente los beneficios de bienestar para los costarricenses. Bajo esta lógica, la controversia sobre la legitimidad de la demanda de servicios de salud, por parte de las personas inmigrantes, se debe a su representación como "extranjeros" y "otros".

4.2.4 La reforma de la Ley de Migración como solución

La política migratoria de Costa Rica se centra explícita y casi exclusivamente en la regularización de los flujos migratorios (Voorend, 2014). La entonces directora de la DGME, Kathya Rodríguez, lo resumió elocuentemente con las siguientes palabras: "mi mandato es regularizar, regularizar, regularizar" (Comunicación personal, 23 de octubre, 2014). Este mandato refleja el paradigma de la gobernabilidad migratoria, es decir, la idea de que, a través de la regulación y la gestión efectiva de los flujos migratorios, se pueden maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles efectos negativos de la migración (Venturas, 2015).

> Quiero saber quiénes son, dónde están, lo que hacen, y documentarlos. No es para asustarlos, sino que lo que quiero es que estén bajo regularización, y a aquellos que no cumplan con estas normas, explicarles que "si no cumplen, tendrán que irse". Esto con el fin de mantener el orden y crear una cultura de documentación (Kathya Rodríguez Araica, comunicación personal, 23 de octubre, 2014).

Por un lado, la regularización se considera una solución para el asunto de la "ilegalidad", al menos formalmente, y, por otro lado, sirve para evitar la demanda ilegítima de servicios sociales. En ese sentido, se reservan estos servicios para las personas "contribuyentes", aunque algunos entrevistados preferirían reservarlos solo para los costarricenses.

Se les preguntó a las personas entrevistadas acerca de sus percepciones sobre los procesos de creación y ejecución de la Ley de Migración N.º 8764, del 2009. En todas las narrativas sobresale la aprobación del instrumento legal que constituye esta ley. Es, ante todo, una herramienta para controlar la inmigración y la integración:

> Insistimos que sea un proceso de migración ordenado y seguro ya que... un inmigrante indocumentado... es vulnerable. Por eso... es importante tener los documentos, y hacer que tengan validez en el país, porque le digo algo: antes incluso un inmigrante que no tenía su estado migratorio regularizado podía comprar casa, conseguir licencia, asegurarse, ir a la escuela, podía hacer de todo. Hasta me han dicho que podían abrir una cuenta bancaria... eso es parte del desorden que existía (Kathya Rodríguez Araica, comunicación personal, 23 de octubre del 2014).

Esta ley se concibe también como un instrumento que permite transmitir "la solidaridad" de la cultura costarricense a las personas inmigrantes, ya que crea consciencia sobre las obligaciones de la población inmigrante, en especial lo relacionado con la importancia de la regularización y de las contribuciones al seguro social.

Una funcionaria de alto cargo de la Dirección de Inspección mencionó que era necesario cambiar esta ley, dado que:

> Porque [a] ellos [inmigrantes nicaragüenses]... les falta esta sensibilidad hacia la solidaridad y la importancia de contribuir. O sea, ellos no tienen esa cultura entonces hay que construir esa cultura. Yo no creo que sea solo un tema de que yo critico al inmigrante que viene y no quiere cotizar, o que el inmigrante critica al nacional que no le ve bien. No, este es un tema que más de fondo ¿cómo construimos una cultura de contribución? (Anónimo, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

El tema de crear consciencia es recurrente en las narrativas. La ley se entiende en el marco de un proceso para crear dicha consciencia en torno a la importancia de la regularización, la contribución y las prioridades que deberían tener las familias inmigrantes:

> Si lográramos incidir, por poner ejemplos muy varios, que, en vez de la antena parabólica, la de Claro o Direct TV, verdad, la prioridad tuvo que haber sido regularizar a alguno de los miembros y después la antena (Julio Aragón, director de la Dirección de Integración y Desarrollo Humano de la DGME, comunicación personal, 1 de abril, 2013).

Los altos costos que implica el proceso de regularización, los cuales han sido una de las críticas más importantes por parte del sector académico y de las ONG, no tienen mucha centralidad en las narrativas. En general, se considera que la ley es un medio efectivo para manejar los flujos de migración irregular y no deseados, además, los funcionarios de la DGME y los de la CCSS no consideran que existe discriminación.

> El país... cada vez tiene que ordenarse más, entonces hay que ubicar cosas en su verdadero contexto. O sea, a mí no me tratan mal si me exigen documentos ¡Por Dios es lógico que yo tenga documentos! (Anónimo, comunicación personal, 29 de abril, 2013).

El endurecimiento de la CCSS en el cumplimiento de sus propias reglas (Capítulo 3) implica que los pacientes sin seguro no reciben atención médica, a menos que se trate

de un caso de emergencia. En este último caso, después de ser atendida, la persona recibe un cobro por la prestación de servicios. Las personas funcionarias de la CCSS, sin importar su cargo, no cuestionan estas acciones dentro de la CCSS. Es más, se considera como algo positivo, basado no solo en la reciprocidad anteriormente mencionada que se espera de la persona inmigrante, sino que también se fundamenta en un argumento técnico. A menudo se mencionaba que la regularización y el seguro médico permiten que sea más seguro tratar a las personas, ya que favorece el hecho de que los profesionales médicos puedan elaborar un historial médico para disminuir las complicaciones médicas de los pacientes.

En general, no se cuestiona la ley o las políticas de la CCSS por las dificultades que generan para las personas inmigrantes, ni por los procesos burocráticos y los costos que implica la regularización (IIS *et al.*, 2011; Sandoval, 2012; Voorend, 2013). Antes bien, algunas personas entrevistadas mencionaron los beneficios que generan estas políticas para la población inmigrante que recibe servicios sociales. Para la Dra. Ana Patricia Salas, del Servicio de Control de la CCSS, las medidas benefician directamente a las personas inmigrantes:

> Pues yo creo que más bien les ayuda, les ayuda en ese sentido porque ya ellos con documentos y todo pueden accesar los servicios en cualquier momento. No que se veía que una parte de esta población iba a emergencias en las noches cuando no había ya control de validación de derechos, en cambio ya ellos regular, su seguro, aparte como les digo la ventaja de que la cotización les está corriendo por una pensión futura y tal vez había gente que tenía diez-quince y jamás los habían asegurado (Comunicación personal, 22 de abril, 2013).

4.3 Conclusiones

Las entrevistas reflejan una gran variedad de narrativas. Sin embargo, entre funcionarios operativos de la CCSS y de la DGME es recurrente la idea de que Costa Rica es un imán de bienestar. Para aquellas personas que ostentan cargos más altos, de gestión, por ejemplo, los servicios sociales juegan un papel importante en la decisión de la persona migrante al escoger el país destino, pero siempre esta se complementa con las oportunidades de empleo. Entre los funcionarios de altos cargos, el argumento del imán de bienestar se diluye en medio de conceptualizaciones abstractas sobre otros factores que hacen, para ellos, de Costa Rica un país más atractivo, como la democracia y el desarrollo institucional.

Sin embargo, las entrevistas también reflejan una percepción de una cultura costarricense superior, al alegar que entre las personas inmigrantes no existe una cultura de solidaridad y contribución. Lo anterior se percibe como una amenaza para los acuerdos de bienestar en Costa Rica. Así que, por lo general, la población inmigrante nicaragüense es vista como "un mal necesario" (Dobles *et al.*, 2013, p. 187), irregular, incapaz de contribuir a los arreglos de bienestar o poco dispuesto a hacerlo. En estas condiciones, se considera ilegítima la demanda de servicios sociales por parte de las personas inmigrantes.

Las dificultades financieras que enfrenta el sistema de salud pública, mencionadas con frecuencia en las entrevistas, parecen agravar aún más la dificultad de la integración de las personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar. Esta crisis de la CCSS, en particular, junto con los discursos de otredad (Sandoval, 2007) terminan generando la sensación de "tras de palos, cuernos"; es decir, tras de que la CCSS está mal, se tiene que aguantar a las personas inmigrantes nicaragüenses.

Es imposible establecer una relación causal directa entre las narrativas y las percepciones mencionadas y los procesos de formación política. Sin embargo, resulta igualmente difícil argumentar que lo primero no influye de ninguna forma en lo segundo (Feldman-Bianco *et al.*, 2011). En este capítulo, se analizaron las narrativas de un grupo específico de funcionarios de dos de las instituciones más relevantes para la integración de las personas inmigrantes en Costa Rica. Es importante estudiar estas narrativas porque reflejan las percepciones que pueden influenciar procesos políticos, tanto en su diseño y formación, como en su ejecución diaria (Dobles *et al.*, 2013).

En efecto, muchas de las narrativas de funcionarios de alto cargo se asemejan a las actuales reacciones políticas que limitan que las personas inmigrantes accedan a los servicios sociales. Numerosas narrativas de empleados a cargo del manejo de la salud se alinean con la evidencia documentada y anecdótica de prácticas discriminatorias que impiden este acceso a la prestación de servicios en ventanilla.

En cuanto a las reacciones políticas, por ejemplo, las narrativas parecen explicar gran parte de la política migratoria restrictiva de Costa Rica, al reflejar la percepción recurrente de que la condición de "legalidad" está directamente vinculada con la contribución o no contribución al seguro social del país. Tanto la ley como el endurecimiento de políticas ya existentes refuerzan la lógica contributiva del sistema solidario costarricense del seguro social, algo que para las personas entrevistadas es una condición necesaria para una demanda legítima por los servicios de salud.

La política migratoria en Costa Rica se ha representado casi exclusivamente como una política de regularización, lo cual, en las narrativas de funcionarios de instituciones estatales, es considerado como un requisito indispensable para la integración de las personas inmigrantes. Sin embargo, tal y como se discutirá en los siguientes capítulos, en realidad el estado migratorio legal no es una condición suficiente para el acceso a servicios. En parte esto es así por causa de ciertas prácticas discriminatorias, las cuales provocan que se les niegue a las personas inmigrantes el acceso a los servicios sociales, durante la interacción entre inmigrantes y los prestadores de servicios (Dobles *et al.*, 2013; López, 2012; Voorend, 2014). En ese sentido, no parece una extrapolación exagerada pensar que algunas de las narrativas de los funcionarios que participan directamente en la provisión de la atención médica, las cuales expresan opiniones xenofóbicas, están al centro de las prácticas diarias de exclusión.

Efectivamente, la política social se ejecuta en la ventanilla del primer piso de las instituciones de política social. No obstante, en el décimo piso, donde se crea la política social, existe la misma tensión entre, por un lado, el compromiso adquirido por brindar

servicios, el reconocimiento de derechos humanos y los principios arraigados históricos de solidaridad y universalismo, y, por otro lado, el deseo de negar el acceso a los servicios sociales a los pacientes y beneficiarios, puesto que "no merecen" estos servicios.

Notas

1 Este capítulo se basa en un artículo publicado con el mismo nombre en la *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica*, el cual se realizó junto con Karla Venegas Bermúdez en el año 2014.

5. ¿Servicios sociales como imán? La incidencia de inmigrantes en los servicios de salud[1]

5.1. Introducción

En el imaginario social de, al menos, tres cuartas partes de la población costarricense existe la idea de que las personas inmigrantes nicaragüenses constituyen un riesgo para la seguridad social del país (González y Varela, 2003), que son más propensas a usar, pero menos propensas a contribuir con los servicios sociales (Bonilla-Carrión, 2007), y que los saturan (Dobles *et al*., 2013; Bonilla-Carrión, 2007). Este capítulo se basa en datos que se encuentran disponibles públicamente en la institución que provee los servicios de salud pública, la CCSS; a partir de estos, se analiza si la población inmigrante nicaragüense es sobrerrepresentada entre los servicios de salud. Para esto, se aplica un análisis de incidencia, con el fin de evaluar críticamente la incidencia de inmigrantes (nicaragüenses) en comparación con su peso en la población total. En otras palabras, ¿la población nicaragüense usa desproporcionadamente los servicios de salud en Costa Rica?

Este capítulo amplía un análisis de incidencia simple, aunque hubiera sido preferible realizar un análisis de incidencia de costos. El primero evalúa el porcentaje de migrantes (nicaragüenses) en el total de la población atendida para ciertos servicios de salud; mientras que el segundo es un método más afinado para calcular la distribución de la inversión pública entre diferentes poblaciones. Desafortunadamente, los datos disponibles no permiten un análisis más complejo.

A pesar de esta limitación, el análisis de incidencia permite analizar críticamente las percepciones de que las personas inmigrantes dependen de manera desproporcionada de los servicios de salud. De hecho, en algunos servicios, este análisis demuestra que el uso de servicios entre inmigrantes es mínimo. Lo anterior contrasta totalmente con las percepciones comunes de muchas personas, funcionarias de instituciones de política social que se entrevistaron, y con las narrativas analizadas en el capítulo anterior.

5.2. La incidencia nicaragüense percibida

Antes de exponer los datos que provee la CCSS sobre la incidencia de la población inmigrante en sus servicios, se les preguntó a los funcionarios de la institución acer-

ca de sus propias estimaciones sobre esta incidencia. En general, aunque también se encontraron visiones que cuestionaban la gran incidencia de la población inmigrante, la mayoría de las estimaciones del porcentaje de inmigrantes (nicaragüenses) varían entre 20 y 60 por ciento.

> Puede ser que, de cada diez, son tres. A veces varía, a veces hay más, a veces hay menos. Por ejemplo, en una consulta yo a veces he preparado cuatro expedientes de cuatro a cinco personas extranjeras, eso es un 100 %. A veces uno de los cuatro, o uno de los cinco, dependiendo de la consulta que sea. Eso tiende a variar un poco, pero sí es bastante (Juan Pablo Barrantes, empleado de ventanilla de la CCSS, comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Otra funcionaria de ventanilla aseguró que el 50 por ciento de la población que atiende es nicaragüense. Al respecto, algunas personas que también laboran en esta entidad estiman que el porcentaje es más alto. Por ejemplo, para Giselle Román, enfermera de la CCSS en Heredia, el porcentaje no baja del 60 por ciento. De manera similar, Marta Jara, doctora de la CCSS, estima que:

> Inmigrantes nicaragüenses tal vez [representan] más del 50 %. Hay días en que la consulta es básicamente nicaragüense, aunque no lo creas... Es una mezcla, pero la mayoría del tiempo te puedo decir que mucha de la consulta es nicaragüense (Comunicación personal, 25 de marzo, 2013).

Para contrarrestar estas visiones con datos "duros", en las siguientes secciones se presenta un análisis crítico sobre la incidencia de inmigrantes en los servicios de salud de la CCSS.

5.3. La incidencia de migrantes en la salud pública

En esta sección, de acuerdo con los datos brindados por la misma CCSS, se realiza un análisis de incidencia en el sector de la salud pública; esto para contrarrestar las percepciones con otra realidad que desdibuja los datos de la atención médica a la población nicaragüense. Antes de entrar al análisis de los datos, una nota de cautela. Muchos de los datos de la CCSS no permiten hacer un desglose por nacionalidad, ni por el estado de aseguramiento (con o sin seguro). Existe, entonces, el riesgo de que se asuma que las personas inmigrantes (nicaragüenses) que reciben atención de la CCSS sean pacientes sin seguro. Sin embargo, en este punto es importante aclarar que el 65 por ciento de las personas inmigrantes en Costa Rica cuenta con algún tipo de aseguramiento (INEC, 2011), tal y como se discute en el Capítulo 3 y más adelante en el Capítulo 7.

5.3.1. Aseguramiento: el mito del migrante que no contribuye

Para el 2006, la CCSS reporta datos desagregados que permiten un análisis de incidencia por nacionalidad.[2] En el Cuadro 7, se presenta el número de atenciones de emergencia por nacionalidad (definido con el criterio del país de nacimiento del paciente)

y el tipo de aseguramiento.[3] En contraste, los datos "estándares" anuales sobre el uso de servicios médicos que reporta la CCSS solo documentan la diferenciación de nacionales-extranjeros. Los datos sobre el uso de servicios de emergencia son muy útiles para este análisis, ya que en este servicio médico se evidencia particularmente la incidencia de población inmigrante.

CUADRO 7. Número de atenciones de urgencia en la CCSS, por país de nacimiento y tipo de seguro, 2006

		País de nacimiento			
Tipo de seguro	**Total**	Costa Rica	Nicaragua	Colombia	EE.UU.
Total	**4 463 776**	**4 186 995**	**228 074**	**10 704**	**4531**
Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)	64.2	64.6	59.8	63.5	33.8
Seguro directo	27.7	27.1	37.0	44.4	15.0
Seguro familiar	36.5	37.5	22.8	19.1	18.8
Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)	5.7	5.9	1.8	2.7	2.5
Cobertura del Estado	15.3	15.6	11.0	9.0	8.8
Pensionados por el Estado	1.2	1.3	0.2	-	1.3
Seguro por el Estado	10.5	10.6	9.6	9.0	6.3
RNC	3.6	3.8	1.2	-	1.3
Leyes especiales	3.3	3.3	2.9	1.6	5.0
Sin seguro	11.5	10.6	24.6	23.3	50.0

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud (2006).

Es difícil evitar los servicios de emergencia, por la naturaleza de la atención; el acceso a estos siempre se permite, ya que se basan en un derecho irrevocable a la atención médica de emergencia, incluso si se presentara (y posiblemente no se pague) la factura por estos servicios posteriormente, en caso de no contar con un seguro médico. Como argumenta Spesny Dos Santos (2015), aunque el acceso a los servicios médicos de emergencia es difícil, en general las personas inmigrantes "ilegales" logran utilizar estos servicios, a veces usando estrategias "relegadas al margen de la moralidad" (p. 5)[4] (por ejemplo, mentir sobre sus características personales, padecimientos médicos, estado migratorio, entre otros). En contraste, los servicios de salud regulares (no de urgencia/emergencia), como hospitalizaciones "normales", generalmente no estarían disponibles para personas inmigrantes sin seguro. Por un lado, porque la CCSS les puede negar esta atención y, por otro lado, porque es cuestionable que las personas inmigrantes se acerquen a estos servicios para que atiendan sus padecimientos de no emergencia. En conclusión, si en algún servicio de la CCSS se registra la incidencia de inmigrantes es en los servicios de urgencia.

Los datos demuestran que tres de cada cuatro atenciones de urgencia a personas nicaragüenses en la CCSS están cubiertas por algún tipo de seguro. Además, casi el 60 por ciento de estas personas cuenta con un seguro directo (36.9 por ciento) o familiar (22.8 por ciento). Es notable que, de acuerdo con el censo del 2011 (INEC, 2011), la población nicaragüense (y colombiana, dicho sea de paso) tiene más altas tasas de cobertura por seguro directo, entre pacientes que necesitan de servicios médicos de urgencia, y más bajos porcentajes por seguro familiar. También, se destaca el hecho de que las personas estadounidenses presentan la más alta probabilidad de demandar servicios de salud sin tener un seguro médico (50 por ciento). En contraste con la población nicaragüense, existe poca controversia sobre estos pacientes cuando demandan servicios de salud.

En todo caso, el porcentaje de pacientes nicaragüenses con seguro es más alto de lo que muchas personas funcionarias de la CCSS creen. Desafortunadamente, los datos a la fecha no permiten un análisis de incidencia en servicios particulares, a partir de su nacionalidad y tipo de seguro. Por ende, es importante mantener en mente, para lo que sigue, que la mayoría de las personas inmigrantes nicaragüenses, incluso quienes necesitan y buscan atención médica en particular, en realidad poseen un seguro médico y contribuyen, entonces, a estos servicios.

Sin embargo, al mismo tiempo (como se expuso en el Capítulo 4) el argumento del imán de bienestar no solo se articula en función de los que "contribuyen", o que están con seguro médico, sino también en función de la idea de que las personas extranjeras vienen a competir con nacionales por los limitados recursos disponibles. De hecho, a partir de un trabajo etnográfico, Spesny Dos Santos (2015) argumenta que "las categorías 'nacional' versus 'migrante' son distinguibles y a menudo más determinantes que 'asegurado' versus 'no asegurado'" (p. 7).[5] En este escenario, la distinción entre asegurados y no asegurados es menos importante y la incidencia de inmigrantes puede ser comparada con la de nacionales para examinar el argumento del imán de bienestar.

5.3.2. Consultas médicas 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) proveen información sobre la cantidad de consultas y hospitalizaciones para el período 2001-2011. Sin embargo, esta información no permite llevar a cabo una desagregación por país de nacimiento, solo por la división nacional (nacida en Costa Rica) frente a la extranjera (nacida en otro país). En la Figura 3, se contrastan estos datos con la población inmigrante como porcentaje de la población total, en 2000 y el 2011, años en que se hace un censo de población.

Entre el 2000 y el 2011, los censos de población registran un aumento de 296 461 a 385 899 personas provenientes de otro país, lo cual representa un aumento del 7.78 al 8.97 por ciento del total de la población.[6] Durante todo el período, la incidencia de

la población inmigrante en ningún momento sobrepasa el 7 por ciento del total de las hospitalizaciones y se mantiene estable en el porcentaje de las consultas, con un 5 por ciento aproximadamente. Ambos casos están por debajo del peso que tiene la población migrante en la población total de Costa Rica. En otras palabras, más que una sobrerrepresentación, los datos sugieren lo opuesto: una subrepresentación.[7] A partir de esta comparación básica, ya se puede cuestionar la idea de que las personas inmigrantes nicaragüenses están sobre o mal usando los servicios de salud.

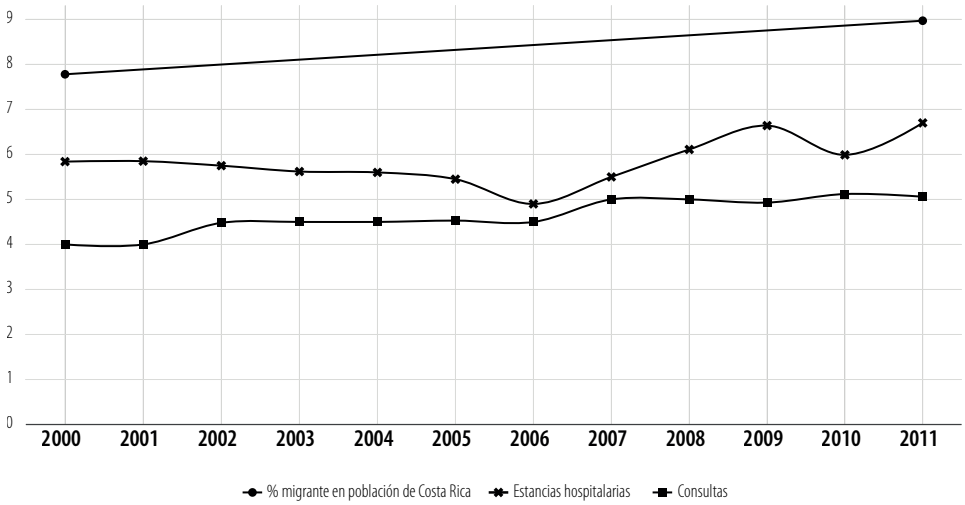


FIGURA 3. Porcentaje de consultas y hospitalizaciones de la población inmigrante (2001-2011).

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

Es importante anotar que esta incidencia se refiere solamente al número de casos tratados y no dice mucho sobre el porcentaje de los recursos totales que se invierten en inmigrantes, frente a la población nacional. Desafortunadamente, esta información no estuvo disponible, pero sí existen datos del 2006 sobre la incidencia, de acuerdo con diferentes tipos de servicios médicos.

5.3.3. Atención médica de emergencia

Para el 2006, la CCSS reporta datos más detallados sobre el diagnóstico de las atenciones de urgencias, de acuerdo con el país de nacimiento. Es decir, se puede analizar particularmente la incidencia de la población nicaragüense en los diferentes servicios médicos. Estos datos están un poco desactualizados y se podría argumentar que las

actitudes con respecto a la migración analizadas en el capítulo anterior corresponden a años mucho más recientes, al comparar la percepción e incidencia real inválida.

Sin embargo, de acuerdo con la evolución de la cantidad de hospitalizaciones entre el año 2005 y el 2014, presentada en la Figura 4 (para la cual la CCSS solo reporta los datos de nacionales frente a los extranjeros), se puede afirmar con cierta certeza que las tendencias generales no han cambiado considerablemente.[8]

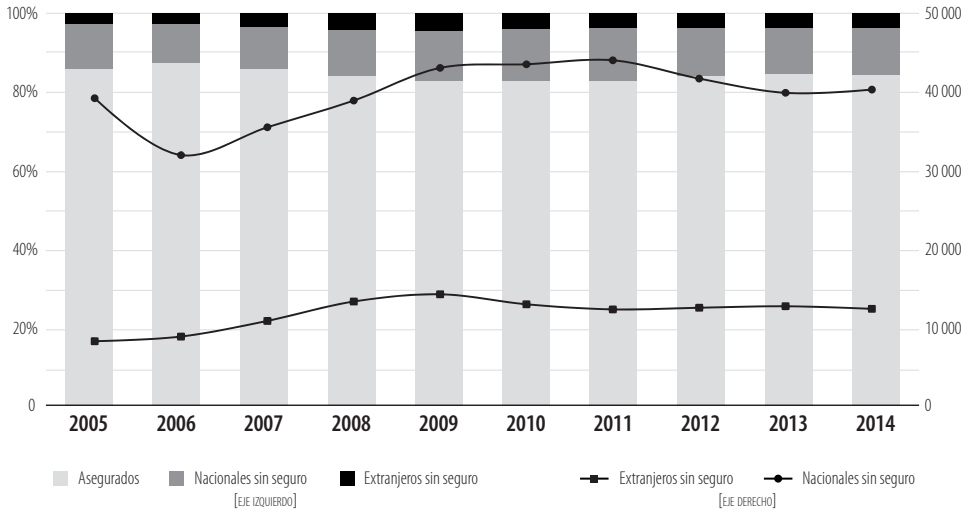


FIGURA 4. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES, POR SEGURO Y NACIONAL FRENTE A EXTRANJERO, 2005-2014
FUENTE: Elaboración propia a partir de Área de Estadística en Salud de la CCSS (2005-2014).

El Cuadro 8 muestra la incidencia en atenciones de urgencia para una selección de diagnósticos, según la nacionalidad. El criterio para esta selección se estableció con un mínimo de 50 000 casos ese año, para que representen los tratamientos de urgencia más comunes en la CCSS. Se destacan varios aspectos: primero, para el total de diagnósticos, la incidencia de nicaragüenses en el total de servicios de urgencia (5.11 por ciento) es proporcional a su peso en el total de la población (5.5 por ciento) durante el año 2006 (INEC, 2006); segundo, en la mayoría de los diagnósticos, sobre todo para aquellos que tienen gran peso en el total de casos de atención de urgencias en la CCSS, como las emergencias relacionadas con infecciones, enfermedades parasitarias y del sistema respiratorio, la incidencia de población nicaragüense es substancialmente más baja (3.9 y 3.26 por ciento, respectivamente) que su peso en la población.

Tercero, si bien todavía no se acerca a la incidencia estimada por las personas funcionarias de la CCSS, entre 20 y 60 por ciento, destaca el porcentaje más alto de embarazos y partos nicaragüenses: 11.26 por ciento. Dada su importancia central en los argumentos del imán de bienestar, especialmente la idea de los "bebés ancla", este tema se discute más adelante con mayor detalle.

Cuarto, existen algunos diagnósticos en los cuales hay una incidencia de población nicaragüense levemente mayor, como las atenciones sin patología, las urgencias de sistema genitourinario y del sistema digestivo. Una especialista en medicina interna de la CCSS, la Dra. Yúrika Dorado Arias, afirma que la mayor incidencia en estos diagnósticos responde a una explicación que se relaciona con tres aspectos (Dra. Yúrika Dorado Arias, comunicación personal, 9 de mayo, 2014).

CUADRO 8. Atenciones de urgencias, según país de nacimiento y diagnóstico.

Diagnóstico	Total	Incidencia en % según país de nacimiento		Con respecto al 5.5%
		Costa Rica	Nicaragua	
Total	**4 463 776**	**93.8**	**5.11**	**-**
Embarazo, parto	130 320	86.9	11.3	+
Atención sin patología	187 239	90.5	7.9	+
Sistema genitourinario	241 780	91.1	7.8	+
Sistema digestivo	272 193	93.0	6.2	+
Trastornos mentales	83 877	93.0	5.4	-
Enfermedades de piel	141 816	93.3	5.2	-
Sistema circulatorio	134 398	93.9	4.6	-
Sistema nervioso	86 427	94.3	4.4	-
Enfermedades del oído	173 419	95.2	4.1	-
Infecciosas y parasitarias	372 042	95.0	3.9	-
Endocrinas, nutrición y metabolismo	53 691	94.5	3.9	-
Sistema respiratorio	1 180 410	96.0	3.3	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Área de Estadística en Salud de la CCSS (2006).

Por un lado, existen padecimientos, como las infecciones en los tractos urinarios, que normalmente no se atienden en emergencias, ya que los pacientes con citas de control regulares o que buscan servicios médicos con los primeros síntomas son tratados en los servicios médicos regulares. Sin embargo, la mayor proporción de personas nicaragüenses que no cuenta con seguro social (Capítulo 2, Cuadro 5) se traduce en problemas de acceso a estos servicios regulares, por ejemplo, de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), entre otros centros. Incluso con seguro médico, las personas nicaragüenses no siempre sienten que tienen derecho a estos servicios y buscan alternativas (Capítulo 6). Así, algunos padecimientos, los cuales podrían haberse tratado en etapas tempranas, a menudo desarrollan complicaciones mayores que después se tienen que atender en las salas de emergencias (Dra. Yúrika Dorado Arias, comunicación personal, 9 de mayo, 2014).

Por otro lado, en algunos casos no se trata solo del seguimiento que se pueda dar en Costa Rica, sino de la falta de control durante años en Nicaragua, lo cual explica la

mayor incidencia de esta población en algunos diagnósticos. Ahí, el sistema de salud pública no solo no cubre a la población entera, sino que también ofrece servicios de calidad inferior (Martínez Franzoni y Voorend, 2012a, 2012b) (ver también Capítulo 6). Así, por ejemplo, las hemorragias vaginales son, en muchos casos, efectos secundarios de tumores en el útero o de miomas uterinos; un diagnóstico frecuente en mujeres nicaragüenses a partir de los 35 años, quienes por falta de control pueden presentar complicaciones médicas mayores (Dra. Yúrika Dorado Arias, comunicación personal, 9 de mayo, 2014).

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 (Morales y Castro, 2006; Sandoval, 2008; Voorend y Robles, 2011). Sus características demográficas "sesgadas" también se traducen en datos de incidencia sesgados, en el sentido de que, para algunos diagnósticos, poblaciones más jóvenes tendrán naturalmente más incidencia. En la categoría atenciones sin patología, por ejemplo, hay mayor incidencia de población inmigrante en exámenes y pruebas de embarazo (8.7 por ciento), embarazos normales (12.2 por ciento) y exámenes y atención postparto (12.9 por ciento). Estas atenciones, así como las que se vinculan con trastornos urinarios, son más comunes en edades reproductivas (Dra. Yúrika Dorado Arias, comunicación personal, 9 de mayo, 2014). Una combinación entre la falta de prevención adecuada de enfermedades y el más limitado acceso a servicios médicos regulares constituyen razones por las que la población nicaragüense presenta un peso levemente mayor en estos diagnósticos.

5.3.4. ¿Fronteras abarrotadas? Variaciones regionales

El director de uno de los hospitales metropolitanos más grandes del país reconoció que la mayoría de las personas inmigrantes que buscan servicios médicos son nicaragüenses, pero que, en el hospital que dirige, su peso en el total de pacientes no es substancial. Sin embargo, hace mención de un tema importante: las variaciones regionales.

> Aquí en este hospital... la cantidad de nicaragüenses no llega al 2 % de todos los que atendemos. Pero si usted va a los hospitales, por ejemplo, de San Carlos o de Upala, es al revés, atienden más nicaragüenses que costarricenses (Dr. Douglas Montero, comunicación personal, 23 de mayo, 2013).

Es importante tomar en cuenta esta posible disparidad regional, al analizar los datos sobre la incidencia. El Cuadro 9 muestra el número de hospitalizaciones según el estado de aseguramiento en los hospitales más grandes (con más de 10 000 casos por año) durante el año 2013. El criterio para esta selección fue el número de casos, ya que juntos estos hospitales representan el 65 por ciento del total de las hospitalizaciones. Los hospitales y centros médicos más pequeños no se incluyen,[9] a excepción de dos hospitales, en Upala y Los Chiles, los cuales se incluyeron por la incidencia relativamente alta de extranjeros sin seguro (más del 10 por ciento).[10] Además, la pre-

sencia de fuerza laboral migrante en estas regiones es alta, por causa de las actividades agrícolas que se desarrollan ahí (Voorend *et al.*, 2013).

CUADRO 9. Egresos hospitalarios según condición de aseguramiento para una selección de centros médicos, 2013

Centros médicos	Total	Con seguro %	Sin seguro %	
			Nacionales	Extranjeros
Total	**343 093**	**84.7**	**11.6**	**3.7**
Servicios especializados	40 909	75.1	21.8	3.0
H. de las Mujeres	12 037	55.0	35.9	9.1
H. Carlos Sáenz Herrera (de niños)	15 257	80.9	18.8	0.3
Red Este	90 339	87.4	10.0	2.6
H. Rafael A. Calderón Guardia	33 246	92.0	5.3	2.8
H. Max Peralta Jiménez	21 731	85.2	12.9	1.9
H. Tony Facio Castro	15 937	82.5	13.7	3.8
Red Sur	62 745	85.9	10.8	3.2
H. San Juan de Dios	32 607	82.0	13.4	4.6
H. Fernando Esc. Pradilla	16 179	92.7	6.4	0.9
Red Noroeste	149 100	85.1	10.2	4.7
H. México	30 260	91.1	5.4	3.5
H. San Rafael de Alajuela	22 339	83.8	11.6	4.6
H. San Carlos	15 275	82.2	8.4	9.4
H. Enrique Baltodano Briceño	17 106	78.6	16.4	5.0
H. Upala	2055	53.5	32.0	14.5
H. Los Chiles	1917	67.4	12.9	19.7

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud, 2013.

Los datos sugieren varias cosas. Primero, la mayoría de los pacientes egresados de los hospitales tenían la cobertura del seguro social. Entre los hospitales grandes, el porcentaje de pacientes con seguro oscila entre 78.6 y 92.7 por ciento. El único hospital con un porcentaje de pacientes asegurados relativamente bajo es el Hospital de las Mujeres (55 por ciento); lo anterior se explica en su mayoría por nacionales sin seguro (35.9 por ciento) y menos por extranjeras (9.1 por ciento).

Segundo, la incidencia de extranjeros sin seguro es baja, especialmente en los centros médicos con la mayor cantidad de hospitalizaciones. Sin embargo, en hospitales que atienden poblaciones en o de áreas rurales, como San Carlos, Upala y Los Chiles, esta incidencia es más alta: 9.4, 14.5 y 19.7 por ciento, respectivamente. Esto coincide con la mayor presencia de personas inmigrantes nicaragüenses relacionadas con actividades agrícolas, especialmente en las regiones del norte del país (Voorend y Robles, 2011; Voorend *et al.*, 2013).

Tercero, el porcentaje de nacionales sin seguro en estos centros médicos también es más alto (8.4, 32.0 y 12.9 por ciento, respectivamente). Es notable que, para Upala, el porcentaje de nacionales no asegurados duplica a los extranjeros sin seguro. Estos datos sugieren que, más que una sobrerrepresentación de extranjeros sin aseguramiento, en estas zonas existen dificultades para extender la cobertura del seguro social a la población en general. Lo anterior, posiblemente, se relaciona con las prácticas informales de contratación en el sector agrícola, en el cual se genera mucho empleo (Voorend *et al.*, 2013). Además, a excepción de San Carlos y Los Chiles, el porcentaje de nacionales sin seguro siempre supera al porcentaje de población extranjera que no cuenta con este. Sin embargo, esto no quiere decir que en estas zonas hay más personas nacionales sin aseguramiento, solo que estas buscan los servicios médicos más a menudo que las personas extranjeras, a pesar de su condición de aseguramiento.

Los datos de los servicios médicos de urgencia para el año 2006 muestran un panorama muy similar. En el Cuadro 10, se presentan estos datos desagregados según las regiones socioeconómicas; se compara la incidencia en los servicios médicos con el porcentaje de la población nicaragüense registrada en esa región, en el total de la población. La incidencia de inmigrantes nicaragüenses en los servicios de urgencia es más alta en aquellas regiones donde el peso de la población nicaragüense total es más alto. Dicha incidencia es mayor en la región Huetar Norte (13 por ciento), un poco por encima del peso en la población total (11.7 por ciento).

TABLA 10. Servicios médicos de urgencia: incidencia de inmigrantes nicaragüenses, por regiones, 2006

Región	Porcentaje de nicaragüenses en total de la población	Porcentaje de nicaragüenses en total de servicios médicos de urgencia
Central	4.8	4.5
Brunca	1.7	1.0
Chorotega	10.3	5.0
Huetar Atlántico	7.3	7.3
Huetar Norte	11.7	13.0
Pacífico Central	3.7	4.5

Fuente: Elaboración propia a partir de CCSS, Área de Estadística en Salud (2006) y EHPM, INEC, (2006)..

Salvo por la región Pacífico Central, la incidencia de servicios de urgencia siempre está muy cercana o inferior al porcentaje nicaragüenses en la población regional. Un caso notable es Chorotega, donde hay una población nicaragüense substancial (10.3 por ciento), pero donde la incidencia de servicios de urgencia es relativamente baja (5 por ciento). Lo anterior podría indicar que las personas nicaragüenses en esta región presentan más dificultades en el acceso a servicios.

5.3.5. Partos intrahospitalarios: ¿bebés ancla?

Dada su centralidad en los argumentos del imán de bienestar, la idea de los "bebés ancla" y los servicios relacionados con el embarazo merecen especial atención. Como se discutió en el Capítulo 2, las mujeres embarazadas y los menores de edad son parte de los grupos protegidos que tienen acceso innegable a los servicios de salud costarricenses. El argumento del "bebé ancla", el cual se concretiza en las anécdotas de funcionarios públicos, se basa en la idea de que mujeres cruzan la frontera embarazadas y que, poco tiempo después de haber migrado, desarrollan su embarazo y 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.

Los datos, en efecto, parecen confirmar una mayor incidencia de mujeres nicaragüenses en los servicios vinculados con el embarazo, por ejemplo, el caso de las urgencias atendidas durante el año 2006 (Cuadro 8), en el que las mujeres nicaragüenses representan el 11.3 por ciento de todos los servicios de urgencia relacionados con el embarazo y el parto. De nuevo, muchas de estas emergencias se podrían haber evitado por medio de un adecuado control prenatal (Dra. Yúrika Dorado Arias, comunicación personal, 9 de mayo, 2014). Sin embargo, los partos de las mujeres nicaragüenses se complican proporcionalmente más (16.8 por ciento), ya que existen más casos de hipertensión (16 por ciento), o bien, se presentan otro tipo de complicaciones (10.7 por ciento) (CCSS, Área de Estadística en Salud, 2011).

CUADRO 11. Partos intrahospitalarios según nacionalidad, 2011

		País de nacimiento		Porcentaje del total	
Tipo de parto intrahospitalario	**Total**	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
Partos vaginales	69 185	56 475	11 359	81.6	16.4
Partos con cesárea	14 195	12 158	1797	85.7	12.7

Fuente: Elaboración propia a partir de CCSS, Área de Estadística en Salud (2011).

En la Cuadro 11, se puede apreciar que un 16.4 por ciento y un 12.7 por ciento del total de los partos vaginales y con cesárea (atendidos en la CCSS durante el año 2011), respectivamente, corresponden a personas nacidas en Nicaragua. En comparación con el 6.7 por ciento de nicaragüenses en la población total de ese mismo año, los datos parecen indicar una *sobrerrepresentación* de población nicaragüense en ambos tipos de partos.

Esta "sobrerrepresentación", no obstante, merece un análisis más crítico. Primero, es un reflejo de las diferencias en las etapas demográficas y, en particular, de la tasa

bruta de natalidad entre los dos países. Esta tasa en Costa Rica es relativamente baja: de 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. En efecto, en la población nicaragüense de Costa Rica la natalidad es más alta, en comparación con la población nacional. La DGME (2011) 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.

CUADRO 12. Partos intrahospitalarios, por cada 1 000 personas, según nacionalidad y población total y ocupada, 2011

Indicador	País de nacimiento	
	Costa Rica	Nicaragua
Partos vaginales	56 475	11 359
Partos con cesárea	12 158	1797
Población total en Costa Rica	3 915 813	287 766
Población ocupada en Costa Rica	1 670 632	205 182
Tasa de natalidad por cada 1 000 personas, según población		
Partos vaginales - Población total	14.4	39.5
Partos vaginales - Población ocupada	33.8	55.4
Partos con cesárea - Población total	3.1	6.2
Partos con cesárea - Población ocupada	7.3	8.8

Fuente: Elaboración propia a partir de CCSS, Área de Estadística en Salud (2011).

Segundo, la población nicaragüense en Costa Rica se encuentra principalmente en edades que oscilan 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, es importante analizar los datos con cautela. El Cuadro 12 compara los mismos datos de los partos recalculando las tasas de natalidad por cada 1000 personas, tomando en cuenta la población total y la población ocupada como referencia. El primer cálculo considera la población costarricense total y se compara con la población inmigrante nicaragüense. Tanto en los partos naturales como en los de cesárea, las tasas son más altas entre nicaragüenses (39.5 y 6.2, respectivamente) que entre nacionales (14.4 y 3.1, respectivamente). Sin embargo, se puede argumentar que esta comparación no es la más adecuada.

De acuerdo con las características demográficas de la población nicaragüense que viene a Costa Rica, la gran mayoría se encuentra en edades que oscilan entre 15 y 50 años. Este sesgo demográfico hace justa una comparación entre poblaciones ocupadas de 15 años o más, como *proxy* para las edades reproductivas. Así pues, la razón de los

partos vaginales nicaragüenses y costarricenses disminuye de 2.7 veces (39.5 frente a 14.4 partos, respectivamente) a 1.6 veces (55.4 frente a 33.8 partos, respectivamente). De manera similar, la razón de los partos por cesárea baja de 2 (6.2 frente a 3.1 partos, respectivamente) a 1.2 (8.8 frente a 7.3 partos, respectivamente). Es decir, estos datos sugieren que las diferencias entre población nicaragüense y población costarricense (con edades similares) son mucho más pequeñas que lo indicado en la primera lectura de los datos.

Finalmente, es importante anotar que estos datos no incluyen los partos intrahospitalarios atendidos en el sistema privado de salud. Estos caros servicios privados son prácticamente inaccesibles para la gran mayoría de las inmigrantes nicaragüenses. En contraste, un porcentaje creciente de las mujeres costarricenses de clase media-alta y alta realizan sus partos en hospitales privados (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013). Lo anterior implica que la CCSS no registra una cantidad de partos de nacionales atendidos en el sector privado. Por eso, los datos de la CCSS probablemente reflejan un subregistro de partos de costarricenses, lo cual también ayuda a sobreestimar la diferencia en las tasas de natalidad entre nacionales y nicaragüenses, calculadas a partir de los datos de la CCSS.

En suma, los datos de los partos hospitalarios sugieren que las mujeres nicaragüenses generan una incidencia levemente desproporcional a su peso en la población, pero que la diferencia con respecto a la población costarricense no parece ser tan grande. De todas formas, no existe evidencia para indicar que la incidencia de migrantes en los servicios relacionados al parto es de 50 por ciento o más, como algunas personas entrevistadas estimaron. Estos datos se alinean con la investigación cualitativa que demuestra que la estrategia de tener bebés en Costa Rica, para así obtener un estado migratorio legal a través del principio del *ius soli*, la estrategia del "bebé ancla", no es tan común como en otros países, por ejemplo, Estados Unidos (Goldade, 2011; Spesny Dos Santos, 2015).

5.4. Conclusiones

En conclusión, tras analizar los datos disponibles de la CCSS sobre la incidencia de personas inmigrantes en los servicios de salud, parece haber muy poca evidencia para una sobrerrepresentación de inmigrantes. Los resultados del análisis de incidencia no sostienen la idea del imán de bienestar. Es decir, no hay una presencia desproporcionada de inmigrantes en los servicios sociales. Muchas personas que laboran en la CCSS, especialmente funcionarios operativos, perciben que la presencia de inmigrantes es mucho más alta de lo que indican los datos de su propia institución.

Los datos sugieren, además, que la mayoría de las personas inmigrantes que buscan servicios de salud contribuyen al seguro social y que su incidencia en estos servicios casi siempre es menor que el porcentaje que representan en el total de la población. Solo alrededor de un 3 por ciento de todas las atenciones médicas de ur-

gencia se destina a nicaragüenses sin seguro; un porcentaje que se ha mantenido más o menos estable en los últimos diez años. Finalmente, si bien existe variación regional y una incidencia mayor de inmigrantes (sin seguro) en regiones con mayor actividad agrícola, esta incidencia es menor o proporcional al peso de la población inmigrante en el total. En los pocos casos donde esta es mayor, la diferencia es pequeña. Además, las tasas de aseguramiento entre nacionales también son más bajas en las regiones fronterizas, lo cual refleja una dificultad generalizada para conseguir seguro médico. En suma, el análisis demuestra que existe muy poco fundamento para el supuesto de que las personas inmigrantes usan desproporcionadamente los servicios de salud.

Cualquier investigación a futuro deberá confrontar las opiniones "subjetivas" de los proveedores de servicios con los datos más "objetivos" que suministran las instituciones de política social; asimismo, preguntarse por qué persisten las ideas de que las personas inmigrantes sobreutilizan los servicios sociales, si los datos sugieren lo opuesto. Aunque esta investigación no responde dicha pregunta, es probable que las respuestas se vinculen con una noción nostálgica de una Costa Rica "excepcional" y la amenaza que se percibe en el "otro" nicaragüense (Sandoval, 2012), así como con la persistente y amplia cobertura negativa sobre los migrantes nicaragüenses que promueven los medios de comunicación para fomentar estas nociones (Campos y Tristán, 2009).

Notas

1 Este capítulo se basa en un capítulo publicado en el libro *Migraciones en América Central. Políticas, territorios y actores,* editado por Carlos Sandoval García.

2 Si bien estos datos son algo desactualizados, provienen de la última encuesta sobre servicios de urgencia en el 2006 y son los únicos datos disponibles que permiten una desagregación por nacionalidad.

3 Esto es el número de casos atendidos por la CCSS en un año, lo cual implica que una misma persona puede ser atendida en urgencias varias veces.

4 "Relegated to the margin of morality" (Spesny Dos Santos, 2015, p. 5).

5 "The 'national' versus 'migrant' categories are distinguishable and often more determinant than 'insured' versus 'uninsured'" (Spesny Dos Santos, 2015, p. 7).

6 Estos censos deberían, en principio, captar una parte de la población inmigrante sin documentos, pero probablemente la subestiman dado que entre migrantes sin documentos hay menos complacencia para participar en estos censos, por la dificultad de documentar la inmigración temporal y el difícil acceso a ciertas residencias, como las viviendas en fincas agrícolas.

7 Dado que los censos no capturan toda la inmigración irregular y temporal, es probable que la diferencia entre el porcentaje de personas inmigrantes en el total de la población y su incidencia en el uso de los servicios sociales solo sea más grande.

8 Desde el año 2005, la CCSS reporta los datos según las mismas categorías de desglose, lo cual hace posible las comparaciones entre los distintos años.

9 Por eso, los números no suman el total. Las razones de dejar por fuera del análisis a los centros más pequeños son: que la incidencia de personas inmigrantes es mínima; que la cantidad de total de casos atendidos es baja; o ambas situaciones.

10 Existen otros cuatro centros médicos con relativa alta incidencia de personas extranjeras sin seguro, si se mide por el porcentaje (entre un 21 y un 45.5 por ciento); pero el número de hospitalizaciones (11 a 19 casos en todo el año) no justifica incluir estos centros en el análisis.

6. "No vamos a lo público". Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses

6.1 Introducción[1]

En este apartado, de acuerdo con la información de una serie de grupos focales, se demuestra la forma en que las personas nicaragüenses que viven en Costa Rica esquivan al Estado para acceder a servicios médicos y medicamentos. Es decir, se analiza la manera en que las personas nicaragüenses resuelven sus necesidades de atención médica, los medios por los cuales acceden a la salud pública y las acciones que toman cuando carecen de este acceso. En el capítulo se afirma que, si bien las niñas y los niños inmigrantes tienen acceso a los servicios de salud y podrían fungir como catalizadores para que los adultos también se beneficien, en general muchas personas nicaragüenses a los dos lados de la frontera se ven forzadas a acudir al sector privado, a través de pagos directos.

En Costa Rica, el acceso a la salud está limitado por mecanismos legales y extralegales; mientras que, en Nicaragua, el Estado brinda pocos servicios y de muy baja calidad para cubrir a toda la población. En consecuencia, en ambos países se recurre al sector privado para recibir los servicios de atención médica. Estos contextos de pobreza e informalidad convierten a las remesas en pilares fundamentales para subsidiar las necesidades asociadas con la salud.

Este capítulo se enfoca en la brecha de implementación. En efecto, ser formalmente elegible para los servicios sociales en Costa Rica no garantiza que la persona migrante realmente pueda acceder a estos servicios (Dobles *et al.*, 2013; López, 2012; Voorend, 2014, 2016). Por consiguiente, más que los derechos formales, el verdadero problema de la integración social son las prácticas de discriminación y xenofobia menos formales (Faist, 1994). Para explicar esta brecha, es de particular importancia la división de "legalidad" frente a "ilegalidad", la cual, desde las anécdotas de personas migrantes, surge como un mecanismo importante de exclusión.

A partir de lo anterior, lo expuesto en este apartado cuestiona algunos recientes aportes de la literatura sobre migración, los cuales le restan importancia a la "ilegalidad" en la integración social (Agustín, 2003; Kalir, 2013; Kyle y Siracusa, 2005) y, además, tienden a minimizar la importancia de ciertas políticas y discursos políticos en torno a la criminalidad e "ilegalidad" de los migrantes. Aunque estos planteamientos buscan visibilizar la agencia de las personas migrantes, y no reducirlas a "criminales" o

"víctimas", al mismo tiempo minimizan la importancia de las políticas estatales, tanto en papel como en la práctica, que condiciona en gran medida la agencia de las personas migrantes.

Asimismo, el capítulo discute el papel de las remesas como catalizador para la búsqueda de servicios de atención médica pública y privada. Durante un tiempo, las remesas (los flujos financieros internacionales que surgen del desplazamiento transfronterizo de las personas) se consideraban la panacea para el desarrollo (Grabel, 2009). Sin embargo, el fervor inicial poco a poco abrió paso a estudios más críticos sobre los posibles impactos de estas.

Si bien las remesas pueden favorecer las inversiones, al mismo tiempo pueden ser parches "sobre los vacíos en los fondos públicos y el financiamiento bancario, que solo se han hecho más grandes debido a las políticas neoliberales" (Grabel, 2009, p. 16).[2] Por ejemplo, cuando personas migrantes o asociaciones de migrantes invierten en proyectos como escuelas, clínicas y hospitales, ellos "participan en la privatización de los servicios públicos" (Hernández y Coutin, 2006, p. 198).[3] En Nicaragua, donde la cobertura y la calidad de los servicios públicos son insuficientes, las remesas sirven de compensación para las personas migrantes y sus familias; a su vez, son un incentivo para acudir al mercado privado (Fouratt, 2014b).

Metodológicamente, el capítulo se basa en grupos focales (Anexo 2), los cuales se abordaron para cumplir el objetivo principal de conocer de qué forma las personas inmigrantes nicaragüenses utilizan los servicios de salud y en qué medida lo hacen, asimismo, cuán importantes resultan algunos factores como el estado migratorio, las características de los hogares y la inserción laboral en el acceso a los servicios. A través de los grupos focales, se obtuvo información para averiguar si las personas inmigrantes están al tanto de sus derechos y de los factores que pueden impedir su acceso real a estos.

En total, se realizaron ocho grupos focales, compuestos por cuatro, cinco o seis personas, las cuales contabilizaron en total 41 personas migrantes nicaragüenses de distintas partes del país. Las áreas se escogieron a partir de ciertas consideraciones funcionales de viabilidad y de acuerdo con la disponibilidad de contacto con personas migrantes, o bien, con organizaciones que trabajan con personas migrantes, las cuales podían facilitar este contacto. Las discusiones en grupos pequeños favorecieron interacciones más plenas y personales.

Las personas participantes fueron seleccionadas de forma que se fomentara la diversidad entre ellas, con el fin de identificar tendencias compartidas que atraviesan dicha pluralidad. Varias personas participantes fueron contactadas durante la recolección de datos para la encuesta (Capítulo 7), posteriormente, se usó la técnica de la bola de nieve para conseguir más participantes. Si bien esta técnica conlleva el riesgo de recaer en un círculo autorreferencial, en la práctica, los grupos focales reflejaron una gran variedad de participantes con diferentes estados migratorios, con trabajos en diferentes sectores y que habían llegado a Costa Rica en períodos muy diferentes.

El capítulo toma en cuenta, además, información de Fouratt (2014b), quien realizó un estudio etnográfico de familias nicaragüenses transnacionales que viven en Costa Rica y en Nicaragua. Dicho estudio incluye más de 100 entrevistas semiestructuradas, realizadas entre el 2009 y 2012, tanto en Costa Rica como en Nicaragua, cuyos datos contienen relatos de migración de las familias, así como información sobre el envío y la recepción de remesas, interacciones de personas migrantes con instituciones costarricenses y el análisis de las políticas migratorias actuales. Con la autorización de la autora, se utilizó una cantidad reducida de citas de estas entrevistas.

Se transcribieron todas las conversaciones de los grupos focales y después la información se procesó por medio del uso de ATLAS.bi. Para asegurar la anonimidad de las personas participantes, no se usaron los nombres propios de las personas. Los resultados de este estudio confirman algunos hallazgos comentados en capítulos anteriores, al mismo tiempo, se plantean otros nuevos. Más importante aún, estos grupos focales representan las voces de las personas inmigrantes y brindan una suerte de testimonio sobre las dificultades que ellos enfrentan en sus procesos de regularización y en el acceso a la salud pública.

6.2 Esquivando al Estado en ambos lados de la frontera

Aunque los servicios sociales universales y de alta calidad costarricenses contrastan drásticamente con los servicios insuficientes y de baja calidad de Nicaragua, en los dos países las familias nicaragüenses migrantes esquivan al Estado para acudir a servicios médicos privados. Sin embargo, las razones por las cuales se esquiva al Estado varían, según el contexto. En esta sección, se analiza el acceso que tienen las personas nicaragüenses a los servicios de salud, en ambos lados de la frontera, de acuerdo con los testimonios de las personas migrantes y sus familias.

6.2.1 Costa Rica

El estado migratorio y la salud

El acceso que tienen las personas nicaragüenses a los servicios sociales en Costa Rica varía de acuerdo con muchos factores, entre estos, el estado migratorio legal, el seguro social, la presencia de hijos y los procesos extralegales de discriminación. El estado migratorio es fundamental, no solo para el acceso a los servicios sociales, sino también para la integración en cualquier proceso. Tal y como apunta una mujer nicaragüense:

> Aquí sinceramente… sin cédula, uno no hace nada… sin seguro, aquí no somos nada, sin cédula no somos nada. Sin cédula no le dan trabajo, sin cédula no le dan una cita [médica]. Para todo se ocupa cédula… en todo el país (Diana, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

La aplicación más estricta de la ley, por parte de la CCSS (asunto discutido en los Capítulos 2 y 3), ha tenido efectos que las personas participantes sintieron. Ana explicó que su nieto (nacido en Costa Rica) no recibió atención médica aun cuando presentó un caso claro de urgencia.

> Él estuvo gravecito, como se llama, cuando le da calentura se fue para hacer consulta y no lo atendieron solo porque no tenía seguro. No lo atendieron. Estaba gravísimo, no podía ni caminar de la calentura que se andaba (Ana, grupo focal, San Ramón, 30 de octubre, 2014).

> Ahora con mi hijo tuve que ir a la farmacia a... comprarle para mientras. Pero, como le digo, si no está eso al día [seguro] aquí estamos listos... se nos cierra todo (Patricia, grupo focal, Pavas, 20 de agosto, 2014).

Aunque muchas personas migrantes reúnen condiciones que los hacen elegibles para un estado legal, por ejemplo, lazos familiares de primer grado (como padre o madre de un niño o niña costarricense), el proceso de regularización no es fácil y el estado migratorio legal no parece ser condición suficiente para el acceso a los servicios sociales. Según las personas entrevistadas de los grupos focales, casi todos con empleo informal y además mal remunerado, los altos costos del proceso de regularización representan un gran obstáculo. Un inmigrante calculó que el costo de estos trámites supera los USD 1200 (Pedro, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2014).

> A uno se le hace difícil sacar esos papeles, porque vea, si yo meto los papeles... no pago la casa, me echan. Y si meto los papeles, no puedo pagar ni el uno ni el otro. Se le hace duro el costo a uno (Isabel, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

> La plata es lo que hace difícil para hacer sus papeles (Dora, grupo focal, Pavas, 20 de agosto, 2014).

Sofía, madre de tres hijos, mencionó lo cansado y costoso que fue para ella el proceso para conseguir sus documentos legales.

> Yo fui hace dos años [a Nicaragua]... y yo pagué el trámite rapidito. ¿Cuánto, cien córdobas? ¿Cuánto, cien dólares? [Ellos] se aprovechan de la necesidad de uno... y yo aquí por lo menos dos o tres días. Esa es la esperanza de uno y no una semana. Pagando el trámite, y bueno, si no tiene certificado de nacimiento... no le doy el récord de policía, entonces un día para el certificado de nacimiento. ¡Cien córdobas! Otro día para el récord de policía, veinte dólares. Otro día para no sé qué cosa, veinticinco dólares. Viene uno aquí al banco y cincuenta y ocho mil colones, más veinticinco dólares de no sé qué, más treinta dólares de no sé cuánto. Había que pagar estadía, igual otra vez aquí, a pagar la autenticada de cada documento. A pagar, y bueno enseñar... que uno tenía boleto de entrada y de salida del país. Y todo eso igual, los documentos, para los hijos de uno (Sofía, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2014).

De hecho, es común encontrar personas nicaragüenses elegibles para una residencia legal, gracias a sus conexiones familiares con costarricenses; no obstante, estas permanecen indocumentadas debido a los altos costos que implica el proceso de regularización. En especial, de acuerdo con la literatura, este análisis sugiere que, por las diferencias de género en el tipo de inserción laboral, las mujeres tienen más

posibilidades de ser las últimas de la familia en obtener el estado migratorio legal. Lo anterior provoca que estas féminas enfrenten menores probabilidades de acceder a los servicios de salud (Goldade, 2009). Por ejemplo, Yolanda, una mujer indocumentada con cuatro hijos, indicó que su esposo era residente legal, al igual que su hija de 17 años de origen nicaragüense; mientras que sus otros dos hijos de origen costarricense eran ciudadanos. Sin embargo, ella seguía indocumentada:

> Él obtuvo su residencia hace ya casi tres años, porque, bueno usted sabe, estaba trabajando. Lo hicimos así a propósito, para que ganara mejor. Él trabaja en construcción. En el servicio doméstico, uno no gana tan bien, y no te piden [la residencia]. En construcción sí (Yolanda, comunicación personal, 14 de febrero, 2012).

Otros participantes mencionaron las dificultades burocráticas en el proceso de regularización. El proceso conlleva obtener una gran cantidad de documentos del país de origen, además, realizar visitas a muchas instituciones públicas en Costa Rica, tales como las oficinas de migración y algunos bancos. La reforma migratoria del 2009 implicó que este proceso se convirtiera en un asunto mucho más complejo y costoso, tal y como se aprecia en los relatos de varias personas participantes:

> Es mucho más difícil ahora que antes. Ahora piden mucha cosa (Isabel, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

> Piden un montón de papeles... Tienen que ir a Nicaragua a traer récord de policía, partida de nacimiento autenticada, la constancia [de nacimiento] que tiene que ir timbrada a no sé cuánto vale. Tiene que ir a pedir una carta al consulado. De ahí, es ir a meter todito a [migración], a ver si le da la gana a migración si la aprueba o no. Y [si] no te la aprueban, entonces toda esa plata queda perdida ahí, con el costo y el sacrificio que uno hace (Carolina, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

> Y vea que tremendo es, porque si usted no está asegurado y va a renovar cédula... no la puede renovar. Mientras no tienen la orden patronal, y si no está trabajando, ¿cómo le hace uno? (Juliana, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

Como se expuso en el Capítulo 3, antes del 2010 (cuando entró en vigor la Ley de Migración del 2009) las personas inmigrantes podían adquirir el seguro de una forma más sencilla, ya que no estaba condicionado a un estado migratorio legal. Tanto residentes regulares como inmigrantes irregulares podían acceder a los servicios de salud si comprobaban que estaban asegurados por sus patronos, o bien, que pagaban la cotización del seguro voluntario. Además, dada la aplicación menos rigurosa de las normativas de la CCSS, antes del 2011, los criterios formales de elegibilidad tal vez no eran el principal condicionante para que las personas inmigrantes accedieran a la salud pública, antes bien, lo eran los costos que implicaba obtener y mantener un seguro social. Sin embargo, con la situación del *Catch-22*, el cual se creó entre el año 2009 y el 2011, el acceso a servicios de salud resultó más difícil para inmigrantes en condición irregular.

Asimismo, los requisitos administrativos implican un suplicio burocrático para las personas migrantes que tratan de navegar el sistema. Desde que se implementó

la Ley, ha surgido una falta de comunicación y de coordinación entre instituciones estatales encargadas de los procesos de residencia y de la solicitud del seguro médico (Fouratt, 2014a, 2014b). Por ejemplo, en el 2012, un abogado migratorio de una ONG nacional informó que existían dificultades y conflictos para las personas nicaragüenses al momento de pagar las cuotas de solicitud:

> No es tan sencillo como ir a un banco y pagar una cuota, porque no tienen seguro... Así que llegan al banco y... no pueden pagar porque no tienen seguro. Y cuando van a la oficina del seguro, les dicen que no pueden afiliarse porque su residencia está vencida (Anónimo, comunicación personal, 2012).

Debido a que cada etapa del proceso involucra que las personas migrantes cumplan con otros requerimientos, la falta de coordinación entre los bancos, la Caja y las oficinas de inmigración han generado conflictos casi imposibles de resolver.

Acceso a la salud: seguro y discriminación

La falta de claridad provoca que los empleados de ventanilla y otros trabajadores del sector público, que laboran en el ámbito administrativo, utilicen mayores grados de libertad para determinar sus propios criterios en relación con el proceso de regularización u obtención del seguro. Así pues, existen muchas anécdotas sobre ciertas formas explícitas y no tan explícitas de discriminación y exclusión, incluso de inmigrantes que cuentan con documentación legal.

> Diay, siempre, siempre se encuentra uno en migración, personas que, como le digo, son ángeles y hay otras que, como dicen, amanecen con el chingo al revés. Sí, se levantaron con la pata izquierda… porque desde que llegan es una amargura. ¡Una amargura! Porque yo, cuando llegaba a meter los papeles, siempre era "vea este, mamita, este papel no entró. Tráigalo, vaya búsquelo y vuelve". Al otro día, no está, porque la cambiaron, y: "Vaya, busque un papel", porque no se fijó al leer. [Y cuando lo entrego y digo] "Aquí está el que la muchacha [de ventanilla] me dijo ayer" [Ellos responden] "Nooooo, no es ese, es otro. ¡Vaya búsquelo! (Carmen, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2015).

Aunque la mayoría de las personas participantes afirmaron que, por lo general, reciben atención médica cuando tienen seguro médico, algunas personas inmigrantes enfrentaron prácticas de exclusión, a pesar de ser legalmente elegibles para el acceso a estos servicios; un asunto que evidenciaron algunos estudios previos (Goldade, 2009; López, 2012).

> Sí, mi hijo mayor me asegura… él trabaja. Sí, yo presento la orden [patronal], pero no me atienden. Me dicen que no, que tengo que tener mis documentos al día (Isabel, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

> Estuve con colilla [orden patronal] durante seis meses... Con una empresa, llevé mis documentos y me dicen que me rechazaron, porque soy turista (Fabián, grupo focal, Carrillo, 18 de octubre, 2014).

No obstante, incluso aquellas personas que logran el acceso formal, por medio de la afiliación a la CCSS, pueden enfrentar obstáculos cuando requieren los servicios

de atención médica. Cuando se les preguntó a las personas participantes sobre la existencia de prácticas discriminatorias, la mayoría de las anécdotas corresponden al sector educativo, en particular, se trata de acoso escolar hacia los hijos de nicaragüenses: "se discrimina a muchos niños por ser inmigrante" (Karla, grupo focal, San Ramón, 30 de octubre, 2014).

Se consultó, específicamente, sobre la discriminación en el sector salud, al respecto surgió un abanico de distintas respuestas. Una participante afirmó que "a veces creo que el seguro atiende mejor a los nicaragüenses que a los propios ticos" (Graciela, grupo focal, San Ramón, 30 de octubre, 2014); sin embargo, algunas personas inmigrantes indicaron que se han sentido ofendidos o discriminados en las clínicas públicas.

> Sí, a veces, en realidad, nos maltratan mucho. Pero ellos se aprovechan de la necesidad de la gente y los maltratan... Claro, que si pueden hasta le pegan a uno. ¡Dios libre, uno le pegue! Tras de que es "nica" viene a jugar de vivo, y tome... Si le tiran los documentos hay que quedarse callado, decir "muchas gracias". Es que, diay, ¿qué va a hacer uno? (Luz, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2014).

Para algunas personas inmigrantes, cualquier interacción con la burocracia costarricense implica enfrentarse con la xenofobia y a la discriminación.

> En la mayoría de los casos, se topa uno [con discriminación]. En todo, ya sea en un banco: la cédula nicaragüense y ya la empiezan a tratar mal a uno. Donde quiera que usted vaya y le toque enseñar la cédula... uno se topa con personas que ya le empiezan... a hacer caras (Sarah, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2014).

Así como en el caso del estado migratorio legal, la integración al seguro médico público parece estar condicionada por relaciones de género. Generalmente, por la organización familiar, las mujeres nicaragüenses obtienen el seguro después de que sus cónyuges e hijos lo logran adquirir, en caso de que lo puedan tramitar. Karina, una joven madre de dos niños pequeños, mencionó:

> Aquí solo tienen [seguro] los dos chiquitos y mi esposo, menos yo. Yo puedo estar enferma y si me muero, [pero] no tengo plata para pagar una cita médica privada (Karina, grupo focal, Pavas, 20 de agosto, 2014).

Los grupos focales sugieren que las personas inmigrantes nicaragüenses adultas enfrentan obstáculos para acceder los servicios de salud y que estos obstáculos no solo se vinculan con condiciones laborales y de vida precarias o con las políticas migratorias restrictivas cada vez más rigurosas (Castañeda, 2012), sino que también se deben a la estigmatización y discriminación. Carlos, quien vive en Guanacaste, lejos del Valle Central, señaló:

> Que esa xenofobia [está presente] más en San José, por linaje... etnia... la raza. Que nosotros somos morenos, es un poco más notorio. En San José nosotros somos más notorios (Carlos, grupo focal, Carrillo, 18 de octubre, 2014).

Acceso para los niños

Las personas participantes indicaron que, por lo general, sus hijos e hijas tienen acceso a los servicios públicos. En realidad, para las personas menores de edad es bastante fácil acceder a estos servicios. Primero, el marco legal de Costa Rica les garantiza a los menores de edad el acceso universal a la atención médica y a la educación, independientemente del estado inmigratorio. Segundo, muchas personas migrantes nicaragüenses tienen hijos con ciudadanía costarricense, gracias al principio de *ius soli*. Spesny Dos Santos (2015) argumenta que estos infantes no se consideran "auténticos costarricenses" y se catalogan en torno a una "ambigüedad simbólica… y probablemente siempre vayan a ser considerados como inmigrantes de primera generación" (p. 5).[4] Aunque lo anterior puede ser cierto, la cédula costarricense sí les da una ventaja sobre aquellos niños y niñas de origen nicaragüense, al menos en términos legales. Sobre todo, las madres destacaron la relativa disponibilidad de servicios y el fácil acceso a estos que gozan sus hijos e hijas.

> Bueno yo estuve en emergencia con ella [la hija] y en el Hospital de Niños, en ese momento sí me la atendieron bien… Pero, me la atendieron con esa condición, de que, si ella volvía a recaer, yo tenía que tener los documentos de ella en regla, y principalmente los míos. Sí, pero la primera vez a ella me la atendieron excelente (María, grupo focal, San Sebastián, 7 de agosto, 2014).

> La población que está protegida son los niños. Sí, es cierto, aquí hay un hospital de niños que lo atiende, esté asegurado o no esté asegurado (Adriana, grupo focal, San Sebastián, 7 de agosto, 2014).

Si bien se trata de excepciones, surgen experiencias que demuestran la existencia de ciertas complicaciones para que los menores de edad puedan acceder a los servicios de salud. Por ejemplo, la hija de Sofía, Karla, tenía seis meses cuando su madre emigró al país, pero no traía su certificado de nacimiento. Según comentó Sofía, a causa de un problema complejo con el padre de Karla, nunca pudieron volver a Nicaragua a recuperar el certificado, el cual es un requisito fundamental para el proceso de regularización. Hace poco tiempo, Karla, quien tiene actualmente 9 años, necesitaba atención médica, pero la CCSS se la negó:

> Sí, le han negado el derecho a mi hija, en el Hospital de Niños. A la que no tiene residencia ni nada, a la que está "ilegal", sí me le han negado el derecho. Claro, pero como yo sé que tenemos derechos también, apenas yo les menciono que voy a denunciarlos, de una vez me mandan a validación de documentos. Pero claro, ya la vieron de mala gana. Y ¡tome! No hay medicina (Sofía, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2014).

Ahora bien, el hecho de que los niños gocen de acceso a la salud no significa necesariamente que sirvan como "catalizador" para que sus familiares adultos también lo adquieran. Muchas veces las personas inmigrantes adultas creen que ellas no merecen los servicios médicos y, por ende, no los solicitan, a menos de que sea estrictamente necesario. Un participante lo explicó de la siguiente manera:

> Es una cosa sentir que el hijo tiene derecho a la salud, pero es otra cosa completamente sentir que uno tiene ese derecho para uno (Pablo, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2015).

Alternativas privadas

Frente a las dificultades de acceso a los servicios sociales públicos, muchas personas inmigrantes buscan alternativas, en especial cuando se trata de servicios de salud. Dichas alternativas varían entre las personas entrevistadas, pero casi siempre coinciden en sufragar servicios de salud privados. La opción más recurrente es pagar por servicios médicos en el sector privado, tanto por citas médicas como por medicinas.

> No estoy asegurada, y cuando yo me siento… mal, lo que hago es ir a una farmacia si tengo la plata. Y si no, me aguanto (Dora, grupo focal, Pavas, 20 de agosto, 2014).

> Mi mamá no tiene cédula. Entonces, para que la atiendan a ella… los hermanos tenemos que ver cómo hacemos y pagar clínica privada (Martha, grupo focal, Alajuelita, 26 de enero, 2015).

Como parte de estas alternativas privadas, las personas inmigrantes idean estrategias para evitar los altos costos de los servicios de salud privados en Costa Rica. Por ejemplo, un inmigrante indica: "lo mandamos a traer de Nicaragua, o el mercado negro, que le dicen. Al parque a La Merced llega mucho nicaragüense y a escondidas" (Carlos, grupo focal, San Sebastián, 7 de agosto, 2014). En tales casos, las personas participantes dijeron "preferimos auto medicarse…y adivinando que será, que no será" (Stefani, grupo focal, San Sebastián, 7 de agosto, 2014).

Algunas alternativas comunes incluyen prácticas clandestinas de importación de medicamentos desde Nicaragua. Por lo general, las medicinas que se traen de Nicaragua provienen de "farmacias privadas donde tiene que pagar la consulta con el médico [para el paciente en Costa Rica] y el medicamento que le manden" (Isabel, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014).

> Nosotros lo que hacemos es que compramos… Nosotros mismo vamos allá [a Nicaragua] con las recetas, o tenemos que pagar caro. Aquí es caro en la farmacia. Hay gente que trae de Nicaragua grandes sacos… porque el nicaragüense está usando ese, la medicina que viene de allá e inclusive costarricenses que pagan seguro compran a esa gente… en el parque de La Merced… Así es la cosa, "Ando penicilina, ando esto, ando lo otro", entonces uno solo baja ahí (Fabián, grupo focal, Carrillo, 18 de octubre, 2014).

Cuando las personas inmigrantes carecen de seguro médico evitan a toda costa ir a la CCSS y cuando se sienten mal van "a la pul [pulpería], a comprarse una pastilla" (Xinia, grupo focal, Pavas, 20 de agosto, 2014). Algunas personas entrevistadas mencionaron que regresan a Nicaragua para recibir atención médica, ya sea en el sistema de salud público o en el centro de salud privado más económico que puedan encontrar. "Si no tenés seguro aquí, es mejor volver a tu país" (Isabel, grupo focal, Pavas, 3 de mayo, 2014). Tal y como Rafaela explicó con crudeza:

> Somos como elefantes, que, cuando nos sentimos mal volvemos a nuestro lugar de nacimiento... Sí, un elefante puede viajar y viajar y viajar, ¿verdad? Pero cuando se siente que se va a morir, vuelve al lugar donde nació. Y ahí se muere. Sí, así somos nosotras [mujeres migrantes]. Cuando nos enfermamos, y sentimos que es, bueno, terminal, porque no tenemos un seguro que nos atiende, y cuando nos vamos a la clínica, no nos atienden... Tenemos seis compañeras que se murieron de cáncer, porque no tenían acceso a salud, no lo tenían a tiempo. Y por eso, sí, la mayoría de nosotras decidimos volver a nuestro país. Para morir ahí (Rafaela, comunicación personal con Fouratt, Sabanilla, 14 de noviembre, 2011).

Sin embargo, ante casos de emergencia, las personas migrantes no tienen otra opción más que acudir a la atención médica de Costa Rica. En estas situaciones, tal y como ordena la CCSS, luego de que la persona recibe la asistencia médica se le brinda una factura por los costos del servicio que debe pagar. Entonces, casi todas las alternativas de los servicios sociales públicos involucran el pago por parte de las personas migrantes.

6.2.2 Nicaragua

Si las personas inmigrantes en Costa Rica recurren a medios privados para acceder a los servicios médicos, sus familiares en Nicaragua adoptan estrategias similares. En Nicaragua, los obstáculos para acceder a la salud no se vinculan con el estado legal de los ciudadanos; estos están relacionados con la baja cobertura y la escasa calidad de los servicios públicos. Aunque la inversión social pública (total) per cápita aumentó substancialmente entre el año 2000 y 2009, de USD 91 a USD 157, esta inversión fue aún menor que la mitad del monto per cápita que Costa Rica invirtió solo en salud pública (USD 343) en el 2009 (CEPAL, 2015).

Muchos de los programas sociales en Nicaragua son, en teoría, universales; no obstante, en la práctica, se dirigen solo a los pobres y no logran una cobertura significativa (Martínez Franzoni y Voorend, 2012a, 2012b). Por ejemplo, entre los años 1995 y 2005, la cobertura escolar (de niños y niñas entre los 4 y 6 años) permaneció estancada en un 17 por ciento de la población elegible. De igual forma, en el 2015, solo el 38 por ciento de los habitantes disfrutó de al menos un grado de educación secundaria y el país solo contaba con 3.7 médicos por cada 10 000 habitantes (en comparación con los 11.1 médicos en Costa Rica) (PNUD, 2015). En efecto, las personas inmigrantes en Costa Rica destacan la calidad de los servicios sociales del país, en contraste directo con lo que percibieron en Nicaragua: una falta de servicios de calidad.

Sin embargo, a pesar de este contexto, nadie en los grupos focales mencionó el acceso a la salud pública de calidad como un factor importante por el cual se decidió emigrar a Costa Rica. Un participante claramente se molestó cuando se le preguntó si había tomado en cuenta los servicios sociales de Costa Rica cuando inmigró:

> Mira, uno cuando está en Nicaragua, uno no piensa eso. ¿Vos crees que uno va analizar dónde va a ir, si quiere salir de ahí dónde está? ¿Cómo yo voy a... analizar a dónde voy a ir si no tengo ni

> para los pases? ¿Primero voy a pensar si la seguridad en Costa Rica está mejor o si el seguro social en Costa Rica es mejor que Nicaragua? Uno no piensa eso... uno piensa así: no tengo trabajo, no como, como una vez por día, a veces ni como. ¿Cómo es esa ocurrencia pensar en analizar dónde voy a ir, si lo que quiero es salir de ahí? (Ignacio, grupo focal, San Sebastián, 7 de agosto, 2014).

A pesar de este tipo de argumentos, en algunos casos el acceso a la salud sí impulsa la decisión de emigrar. Tales casos, sin embargo, siempre estuvieron relacionados con alguna condición médica que no podía ser tratada en Nicaragua. Por ejemplo, Fouratt (2014b) entrevistó a una familia inmigrante donde una de las hijas padecía de un problema cardíaco y necesitaba medicamentos muy costosos que el sistema de salud nicaragüense no podía cubrir. Como agricultores de escasos recursos que vivían en una zona rural de Nicaragua, les era difícil comprar las medicinas que la niña necesitaba mensualmente. Ante este panorama, lo único que podían hacer era migrar a Costa Rica para trabajar ahí y recibir salarios más altos. No obstante, en lugar de comprar los medicamentos en Costa Rica y enviarlos regularmente a su hija en Nicaragua (dadas las tarifas de importación y envío), ellos preferían enviar dinero a su hija mayor para que comprara el medicamento en Nicaragua. Este tipo de envío de dinero para la compra de medicinas es un método común entre familias migrantes nicaragüenses, principalmente porque, como varias personas participantes mencionaron, la variedad de los medicamentos gratuitos del sistema de salud público nicaragüenses es muy limitada.

Además, el servicio médico en clínicas y hospitales en Nicaragua "deja mucho que desear". Por ejemplo, Kenneth, un hombre joven de 20 años que vivía en Granada, relató la experiencia traumatizante que experimentó cuando llevó a su novia embarazada al hospital por una infección renal. En el hospital público, el personal médico les advirtió sobre la posibilidad de sufrir un aborto a causa de la infección, pero, al mismo tiempo, se negaron a realizar un ultrasonido para verificar el estado del feto:

> Entonces ahí en el hospital hacen ultrasonidos, pero dijeron que una de las máquinas no funcionaba y que solo hacían ultrasonidos para los embarazos más avanzados, como de siete y ocho meses. Entonces, yo no sabía qué hacer. Yo fui a pedir plata prestada para un ultrasonido afuera [privado] (Kenneth, comunicación personal con Fouratt, Granada, 13 de junio, 2012).

En este caso, Kenneth le pidió un préstamo a su patrono y llevó a su novia a una clínica privada para realizarle el ultrasonido; posteriormente, la llevó nuevamente al hospital público para que le dieran el tratamiento contra la infección renal. Esta insuficiencia en la calidad y la falta de ciertos servicios se complica aún más por la común expectativa de que la persona que usa los servicios públicos de salud, educación o beneficios de vivienda, debe realizar alguna contribución voluntaria, ya sea de trabajo, dinero o de artículos.

Otras familias mencionaron que usan las remesas para pagar servicios de salud que van desde ultrasonidos y medicinas, hasta citas médicas en clínicas privadas. Con frecuencia, las familias migrantes utilizan las remesas para que sus hijos e hijas

accedan a servicios de salud en el país de origen. Sin embargo, por lo general, estas remesas se designan para gastos recurrentes de salud, educación, alimentación y otras necesidades, así que, si es necesario usarlas en asistencia médica de emergencia, podrían verse seriamente afectados los ya ajustados presupuestos familiares. Marina, una abuela que cuida a sus dos nietos en Nicaragua, mientras su hija trabaja en Costa Rica, explicó que, cuando los menores se enferman, casi siempre los lleva a una clínica privada:

> Cuando se enferman, yo los llevo... sobre todo porque no tienen seguro acá. Entonces, yo los llevo a un doctor. Si los llevás a una clínica, ¿verdad, a una pública? y no los atienden, entonces tenés que llevarlos a un doctor pagado… Yo los tengo que llevar a un doctor privado para que prestan más atención a la enfermedad. En todo esto tengo que pensar, y esto es mi responsabilidad (Marina, comunicación personal con Fouratt, Managua, 1 de septiembre, 2012).

Aunque existen pocos datos al respecto, esto parece reafirmar hallazgos anteriores. Martínez Franzoni y Voorend (2012a, 2012b; 2011) señalan que las remesas son fundamentales para la prestación de servicios sociales en las familias nicaragüenses. Ellos sostienen que casi la mitad de las remesas que entran a Nicaragua se usan para los gastos de medicamentos, vivienda y educación. Lastimosamente, estos datos no permiten mayor desagregación, pero sí demuestran que las remesas juegan un papel crucial en el financiamiento de las prestaciones sociales.

La dependencia de las remesas para el acceso a servicios médicos, en especial, la atención médica para los hijos crea con frecuencia conflictos entre las familias transnacionales, entre la persona que manda remesas y la persona encargada del cuido en Nicaragua. Por ejemplo, la misma Marina indicó que guardaba todos los comprobantes de pagos por servicios, exámenes y medicinas de sus nietos, con el fin de evitar malentendidos con la madre de los menores en Costa Rica.

En otros casos, cuando la persona que migró ya no puede enviar remesas, puede verse seriamente afectado el acceso de niños y niñas a servicios médicos. Por ejemplo, Esther, encargada de su nieta de 13 años, dijo que fue muy frustrante cuando el padre no envió dinero durante varios meses, mientras que la niña estaba padeciendo de dolores de cabeza periódicos:

> Yo no sé. Parece que le fue mal económicamente. Eso es lo que siento. Porque Jessy ha estado muy enferma, estuvo en el hospital, y casi no había ayuda de él, casi ausente. La diferencia que hubiera hecho un escaneo [CT]. Pero eso cuesta casi USD 200. Y él no podía mandar eso. Entonces, no le hemos conseguido el escaneo (Esther, comunicación personal con Fouratt, Managua, 17 de julio, 2012).

Así, la falta de remesas puede impedir el acceso a los servicios de salud, en especial para hijos e hijas de migrantes, quienes dependen del envío de dinero para poder cubrir sus necesidades básicas. En un contexto de gran insatisfacción por los servicios de salud pública en Nicaragua, la migración y el envío de remesas representan una manera en la cual las familias pueden evadir los servicios brindados por el Estado y costear la atención médica en el sector de salud privado.

Debido a los altos costos de estos servicios y a la inestabilidad de las remesas, muchas familias tienen que combinar el pago de medicamentos, exámenes privados y citas con especialistas con los servicios de salud básicos del sector público. Entre las familias que dependen de estas prácticas de prestación privada de salud, se manifestó un descontento general con el gobierno de Nicaragua, al cual consideran un explotador de la clase trabajadora para salvaguardar sus propios intereses.

Resulta interesante que, a pesar de los distintos contextos entre Costa Rica y Nicaragua, se pueden observar similitudes en los dos países, en cuanto a las formas en que las familias migrantes acceden a servicios médicos: el sector de salud privada sirve como un mecanismo clave para hacer frente a la exclusión del sector público de salud en Costa Rica y a la insuficiencia de los servicios brindados por el sector de salud pública en Nicaragua.

6.3 Conclusiones

El estudio plantea que las personas nicaragüenses, tanto en Costa Rica como en Nicaragua, comparten estrategias muy similares para conseguir atención médica. Es decir, entre las personas inmigrantes adultas en Costa Rica y sus familiares, los servicios de salud públicos juegan un papel limitado en la provisión de salud. La información de los grupos focales sugiere que la población inmigrante ha tenido que desarrollar estrategias que esquivan al Estado, para poder garantizar el acceso a la salud básica, así como otros servicios para sus familias.

En Costa Rica, lo anterior sucede, principalmente, por causa de ciertos mecanismos legales y extralegales que hacen más difícil el acceso a los servicios médicos para los migrantes que para los nacionales, por ejemplo, el *impasse* legal del seguro médico y el estado migratorio regular, los altos costos de la regularización y la burocracia, así como acciones de discriminación. En Nicaragua, ocurre porque la cobertura de los servicios públicos es muy limitada; los servicios son de baja calidad y no ofrecen protección social real, además, existe una expectativa muy baja de que el Estado nicaragüense pueda cubrir las necesidades de salud que podrían requerir las familias (Martínez Franzoni y Voorend, 2012b, 2011).

En lugar de dirigirse a un centro de salud público, las personas inmigrantes en Costa Rica y sus familias en Nicaragua buscan el mercado privado. Las prácticas privatizadas en el uso de servicios de salud son, entonces, comunes en ambos lados de la frontera. Resulta interesante que las remesas de Costa Rica a Nicaragua no solo potencian este tipo de prácticas, sino que, dados los altos costos de la salud privada en Costa Rica, también existen remesas que van en la dirección opuesta. Estas toman forma en la importación de medicinas, casi siempre clandestinamente, por medio de mercados informales, de Nicaragua a Costa Rica. Al mismo tiempo, según la urgencia del caso, las personas inmigrantes que no pueden acceder a los servicios de

salud pública de Costa Rica regresan a Nicaragua para recibir atención médica ahí, usualmente en centros de salud privada con precios más económicos.

Por último, los relatos de las personas participantes muestran la importancia del Estado al establecer un marco de inclusión o de exclusión en los servicios sociales, asimismo, la importancia relativa de la opción del mercado privado ante este marco. Así, el Estado, como prestador de servicios y como ente regulador de los criterios de elegibilidad, desempeña un papel fundamental para determinar las condiciones de la integración de inmigrantes; contrario a lo que han sugerido contribuciones recientes en la literatura: una disminución de la importancia del Estado y la ciudadanía. Al mismo tiempo, la diferencia entre "ilegalidad" y "legalidad" es fundamental: primero, porque es el medio por el cual la ley concede el derecho de acceso institucional, con lo cual logra un impacto real en las condiciones de vida de las personas inmigrantes; y, segundo, porque este marco de la "(i)legalidad" está tan arraigado socialmente que influye tanto a las personas que proveen servicios médicos, como a las que los necesitan, por lo tanto, determina de manera directa quiénes merecen y reciben servicios médicos y quiénes no.

Notas

1 Este capítulo es una versión adaptada del artículo "Sidestepping the State: Practices of Social Service Commodification among Nicaraguans in Costa Rica and Nicaragua", el cual se realizó junto con Caitlin Fouratt en el año 2017. Se puede encontrar en la revista *Journal of Latin American Studies* (http://dx.doi.org/10.1017/S0022216X17001195). Fouratt es profesora asistente de Estudios Internacionales de la Universidad Estatal de California (California State University), Long Beach, EE. UU. Con su consentimiento, en este apartado se incluye parte de la información que obtuvo en trabajo de campo, además, se hace referencia a su tesis doctoral, donde se ubican los datos originales.

2 Patches "over the gaps in public funding and bank financing that have grown ever larger thanks to neo-liberal policy" (Grabel, 2009, p. 16).

3 "Participate in the privatization of public services" (Hernández y Coutin, 2006, p. 198).

4 Are caught in a "symbolic ambiguity… and will most likely always be perceived as first-generation migrants" (Spesny Dos Santos, 2015, p. 5).

7. Acceso estratificado a los servicios de salud pública

7.1 Introducción

El presente capítulo continúa la discusión sobre la integración de los inmigrantes en la política social más allá de los derechos formales establecidos. Con base en información primaria de una encuesta, este apartado analiza el acceso efectivo a los servicios sociales. Esto es particularmente importante en contextos de mercados informales de trabajo donde se impugna la integración social de los inmigrantes (Baganha, 2000). En el capítulo anterior, se señaló que "la existencia de un conjunto de derechos legales y privilegios no disolvería la discriminación y la desigualdad" (Soysal, 1994, p. 134). A continuación, se analiza en qué medida los inmigrantes nicaragüenses tienen acceso a los servicios de salud y cómo este acceso varía entre diferentes poblaciones, dependiendo de sus características como, por ejemplo, el estado migratorio, la inserción laboral y las características familiares.

Existen algunos estudios etnográficos sobre mecanismos de exclusión de poblaciones migrantes de servicios sociales (Fouratt, 2014b; Goldade, 2011, 2009; Spesny Dos Santos, 2015) y también análisis jurídicos centrados en derechos formales enfocados. Pero casi no existen estudios cuantitativos sobre el acceso real a servicios sociales y cómo los inmigrantes incorporan estos servicios en sus estrategias de bienestar (una notable excepción es el trabajo de Bonilla-Carrión, 2007). Este y el siguiente capítulo se motivan por dicha falta de datos sobre el acceso legal de los inmigrantes a los servicios sociales en Costa Rica y la necesidad de contrastar el trabajo cualitativo con la información adquirida en una encuesta más amplia para comprender cuán precisos son estos estudios para la población nicaragüense en Costa Rica. En ese sentido, preocupa especialmente la forma en la cual los inmigrantes "ilegales", usualmente el grupo más vulnerable en una sociedad receptora (López, 2012; Hujo y Piper, 2007, 2010), se relacionan con el Estado, analizando si su "ilegalidad" implica una negación total de derechos sociales y protección social. Este apartado también busca comparar los habitantes inmigrantes con la población costarricense, con el fin de comprobar si en efecto el estado migratorio legal garantiza la igualdad de condiciones en cuanto al acceso de servicios sociales entre los inmigrantes y los ciudadanos.

El análisis que se presentará seguidamente se basa en una encuesta con un tamaño de muestra de 795 entrevistados (394 inmigrantes nicaragüenses y 401 ciudadanos

costarricenses). Los datos se recopilaron entre agosto y diciembre del 2013, cuya información se denominará de ahora en adelante como "Base de datos migración y política social" o MISOC (2013). El objetivo final de esta encuesta fue generar información para determinar el acceso a los servicios sociales entre los inmigrantes nicaragüenses y, después, examinar primeramente si ser un inmigrante "legal", es decir, un *denizen* (en relación con un ciudadano nacional), y segundo si el estado migratorio (inmigrantes legales en relación con los frente a "ilegales"), son factores relevantes que definen el acceso a estos servicios. La muestra se diseñó para el estudio de personas de origen nicaragüense que residen en Costa Rica. Además, con el fin de realizar comparaciones, se incluyó en la encuesta un grupo de costarricenses con características socioeconómicas similares a la población nicaragüense.

Como se discutirá en las siguientes secciones en más detalle, esta encuesta provee datos fiables y representativos para la población inmigrante nicaragüense, acerca de cómo esta incluye los servicios sociales en sus estrategias de bienestar. Es información novedosa, ya que las encuestas nacionales solo registran información sobre inmigrantes de forma parcial. Estas encuestas y censos nacionales no incluyen preguntas en relación al estado migratorio y solo poseen información limitada sobre otras características migratorias. Y los pocos intentos de recopilar datos sobre la población inmigrante en particular no han sido representativos para la población inmigrante y tampoco están dirigidos específicamente a la comprensión del acceso de los inmigrantes a los servicios sociales públicos. Un buen ejemplo es la encuesta de la Organización Internacional para las Migraciones del 2011 (Acuña, Alfaro y Voorend, 2011).

La encuesta MISOC complementa la información procedente de las encuestas y censos nacionales con un énfasis específico en migración y en el acceso a la política social. Otras fuentes, como las Encuestas Nacionales de Hogar, poseen información sobre el acceso de inmigrantes a un número reducido de servicios sociales públicos, pero el instrumento construido para esta encuesta no recolecta información sobre el estado migratorio o cualquier otra característica migratoria de las personas, salvo el país de nacimiento. Existe entonces poca información sobre las formas en que los inmigrantes se relacionan con los servicios sociales de Costa Rica.

En la presente investigación, el Censo Nacional 2011 se usa como referencia no solo porque se llevó a cabo dos años antes que la encuesta MISOC (2013), sino también porque es la fuente más confiable, ya que la información se obtuvo de puerta en puerta tomando en cuenta a toda la población que reside en Costa Rica. Aunque esto no garantiza que el censo alcance a toda la población inmigrante, especialmente "ilegales", debería sobrepasar la cobertura de las Encuestas Nacionales realizadas por el INEC periódicamente, las cuales se basan en muestras representativas para la población nacional. En ese sentido, la encuesta MISOC permite llevar a cabo análisis de diversos factores determinantes del acceso a la política social y la importancia del estado migratorio, la discriminación y las dimensiones de género en los procesos de exclusión.

El resto del presente capítulo presenta los datos de las encuestas, con énfasis principalmente en el estado migratorio y el acceso a los servicios de salud. Después, se realiza un análisis de medias entre diferentes grupos: ciudadanos en relación con inmigrantes, ciudadanos en relación con *denizens* y *denizens* en relación con inmigrantes "ilegales", para analizar si estos grupos son estadísticamente diferentes en su acceso a servicios de salud y cuáles características explican estas diferencias.

7.2 Diseño de muestra

La encuesta MISOC se diseñó para examinar el acceso de los inmigrantes nicaragüenses a los servicios sociales de Costa Rica. En especial, buscando conocer los efectos del estado migratorio en el acceso a la política social. Se reunió la información desde distintas partes del país y la recopilación de datos cumplía con el objetivo de generalizar los resultados hacia la población inmigrante nicaragüense residente de Costa Rica.

El primer paso de este proceso fue determinar el tamaño de la muestra. Como ya es habitual en casi todas las aplicaciones de las ciencias sociales, se determinó la cantidad de personas que debían ser entrevistadas según un valor de potencia de la prueba determinado, en este caso ese valor fue de 80 por ciento con un nivel de confianza de 95 por ciento y un tamaño pequeño de efecto (Cohen's d) de d=0.2. Tomando en cuenta estas suposiciones, el tamaño de muestra necesario para el "grupo de tratamiento" de los inmigrantes nicaragüenses se calculó en n=393.

Una vez determinado el tamaño de la muestra, con base en condiciones prácticas tales como el presupuesto disponible, se decidió dividir la encuesta en 20 distritos y, a su vez, dentro de estos distritos en 50 Unidades Primarias de Muestreo (las UPM son conglomerados de 100 a 200 hogares aproximadamente). En cada una de las UPM se entrevistó aleatoriamente un total de 8 nicaragüenses y 8 costarricenses. Finalmente, se obtuvo información válida de 394 inmigrantes y 401 ciudadanos, lo cual constituía un total de 795 encuestados.

Para asegurar que el muestreo fuera representativo a nivel nacional para la población nicaragüense del país, se identificaron los distritos seleccionados para la encuesta sobre la base de "la técnica de la probabilidad proporcional al tamaño muestral" (PPT). La posibilidad de seleccionar una unidad de muestreo (en este caso, una unidad geográfica elegida: los distritos) fue proporcional a la población nicaragüense residente del distrito (para más detalles, ver Anexo 3). La PPT otorga mayor peso a los distritos con mayor población inmigrante, lo cual, combinado con el deseo de muestrear la misma cantidad de personas por distrito, conlleva que cualquier inmigrante de la población tuviera la posibilidad de ser entrevistado.

Para establecer comparaciones, se construyó para la encuesta un grupo de control con costarricenses del mismo tamaño de la muestra (n=393). Idealmente, el grupo de costarricenses debía ser similar al grupo de inmigrantes (grupo de tratamiento) con

respecto a las características notables y no notables, con excepción de su estado migratorio. En la realidad, esto era una situación difícil de alcanzar, pero para tratar de lograrlo, se incluyeron en la muestra a costarricenses que vivían en el mismo vecindario que la población de estudio. Debido a que el muestreo se basó en áreas relativamente pequeñas que albergaban alrededor de 100 a 200 casas, es probable que los habitantes nicaragüenses y costarricenses tuvieran en común características socioeconómicas similares. En la práctica, se comprobó este supuesto, con algunas pocas excepciones.

La recopilación de datos se llevó a cabo en cinco meses, de agosto a diciembre del 2013. En el proceso participaron cinco encuestadores, quienes viajaban juntos a las UPM seleccionadas y entrevistaban de forma aleatoria a las familias residentes de dichos conglomerados. Las visitas se realizaron en días hábiles y fines de semana, principalmente durante el día. El Anexo 3 muestra más detalles sobre el diseño de muestra y el proceso de recopilación de datos.

El cuestionario de la encuesta (ver Anexo 4) abarcaba preguntas sobre la situación familiar del entrevistado, con determinadas preguntas sobre la persona jefa de familia (si el encuestado no era la cabeza familiar). Además, se les preguntó sobre la edad, el sexo, el nivel de educación e información sobre inserción laboral, por ejemplo, la ocupación. Con respecto a los servicios sociales, se formularon preguntas para conocer el acceso del encuestado y de sus hijos a estos servicios.

7.3 Estadísticas descriptivas

Con el fin de presentar los datos de la encuesta y examinar su credibilidad, esta sección comienza con la comparación de la información obtenida del MISOC (2013), con información de otras fuentes. Más adelante, la discusión continúa con estadísticas más específicas sobre las características de la migración, el seguro de salud, y el acceso a los servicios de salud y la medicina pública. En estos cuadros, se hacen comparaciones entre los costarricenses y los inmigrantes nicaragüenses por medio del uso del país de origen como el criterio para esta clasificación. En algunos cuadros, también se compara el estado migratorio.

7.3.1 La encuesta MISOC versus los datos del Censo

Se espera que el diseño de la encuesta genere información que sea representativa para la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica. En efecto, tal y como se planteará en el presente y el siguiente capítulo, los datos de la encuesta son comparables con la información del Censo 2011 en términos de la edad, la información familiar, la participación en el mercado laboral, el seguro de salud y el período de exposición a la sociedad receptora, entre otros.

CUADRO 13. Estadísticas descriptivas generales de los datos de la encuesta, 2013

Variable		País de nacimiento	
		Costa Rica	Nicaragua
N		401	394
Sexo	Sexo del entrevistado - Hombre (%)	27.68	27.41
	Sexo del entrevistado - Mujer (%)	72.32	72.59
Edad	Edad del entrevistado(promedio)	45.85	39.78
	Desviación Estándar	17.45	13.61
	Distribución (%)		
	15 - 24	13.22	9.64
	25 - 34	18.45	32.99
	35 - 44	16.96	23.35
	45 - 54	19.45	18.27
	55 - 64	13.97	10.41
	65 - 74	13.22	3.81
	75 o más	4.74	1.52
Estado civil	Casado (a) (%)	44.14	30.20
	Soltero (a) (%)	22.19	22.34
	Unión libre (%)	16.71	40.36
	Divorciado (a) (%)	8.73	3.05
	Viudo (a) (%)	7.73	3.05
Jefe del Hogar (JH)	Sexo del JH - Hombre (%)	57.11	60.15
	Sexo del JH - Mujer (%)	42.89	39.85
	Edad del JH (promedio)	50.39	41.76
	Desviación Estándar	15.53	12.84
Hogar	Nº de miembros de hogar - incl. fuera CR (promedio)	3.78	4.64
	Desviación Estándar	1.77	2.11
	Número de miembros de hogar – solo en CR (promedio)	2.60	3.09
	Desviación Estándar	1.75	1.90
	Nº de niños (promedio)	2.63	2.75
	Desviación Estándar	2.33	2.22
	Nº de niños U6 (promedio)	0.25	0.38
	Desviación Estándar	0.56	0.67
	Nº de dependientes (promedio)	2.39	2.91
	Desviación Estándar	1.94	1.95
	Nº de dependientes (promedio)	1.56	1.69
	Desviación Estándar	0.93	0.99
	Tipo de familia - Tradicional (%)	35.41	55.08
	Tipo de familia - Modificada (%)	13.22	25.38
	Tipo de familia - Unipersonal y monoparental (%)	27.43	19.80
Educación	Años de educación (promedio)	6.10	5.33
	Desviación Estándar	3.54	3.65
	País de estudio - Costa Rica (%)	93.52	21.32
	País de estudio - Nicaragua (%)	2.49	66.75
Trabajo	Trabajo remunerado hecho (%)	38.40	61.68
	Categoría de ingresos pobl. activa (promedio)	3.01	3.05
	Desviación Estándar	2.53	2.19
	Jornada laboral del trabajo principal (promedio)	39.93	44.72
	Desviación Estándar	21.02	21.40
	Trabajo en un segundo empleo (%)	13.22	15.74

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013).

Las estadísticas descriptivas de los datos de MISOC (Cuadro 13) se pueden comparar con los datos del Censo 2011 del INEC (Cuadro A5-1 en el Anexo 5). Los inmigrantes en la encuesta MISOC son 3.9 años mayores, en promedio, que los inmigrantes nicaragüenses de la encuesta nacional, según la información del censo nacional: 39.8 años en comparación con 35.9 años, respectivamente. Además, la distribución de los grupos de edad es similar a los patrones observados en los datos nacionales (INEC, 2011).

Del mismo modo, los inmigrantes en la encuesta del MISOC tenían un promedio de 5.3 años de escolaridad formal, menor al promedio reportado por el INEC (2011) para la población nicaragüense (6.3 años), pero correspondiente a lo que han reportado otros estudios. Esto indica que, en promedio, un inmigrante nicaragüense solo tiene educación primaria o ni siquiera eso (Acuña *et al.*, 2011; Morales y Castro, 2006; Sandoval, 2008; Voorend y Robles, 2011).

Los nicaragüenses entrevistados para la MISOC presentan una participación laboral de 61.7 por ciento. Según datos del Censo 2011 (INEC, 2011), en el caso de los inmigrantes, la PEA es de 51.4 por ciento. Esta diferencia podría deberse a la definición específica de la PEA, la cual excluye el trabajo remunerado que no es reconocido por el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas. En otras palabras, la diferencia de porcentajes puede deberse a que en la PEA no se contabilizan los trabajos informales, pero los mismos cuentan como trabajos remunerados en la encuesta realizada para este estudio.

Los datos del MISOC sobre el número de jefes de familia y niños confirman la expectativa de que los hogares nicaragüenses promedio están integrados por aproximadamente 5 (4.64) miembros, concordando con los datos del censo (INEC, 2011). Asimismo, la cantidad de niños entre los nicaragüenses registrada en el MISOC se aproxima a los 2.63 niños por cada mujer según los antecedentes del INEC (2011).

En general, tal y como se discutirá en las siguientes secciones, la información sobre los inmigrantes coincide con los datos del censo, concernientes a la inmigración y las características del seguro, lo cual sugiere que los datos del MISOC son en gran medida representativos para los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica. No obstante, es importante tener cautela, ya que las entrevistas se realizaron durante el día, por motivos de logística y seguridad, y en estos horarios, muchos de los hombres del hogar no estaban en las casas debido a que se encontraban cumpliendo con sus jornadas laborales. Por lo tanto, hay una sobrerrepresentación de mujeres, quienes eran amas de casa o trabajaban desde o cerca de su hogar. Un poco más del 72 por ciento de las personas entrevistadas correspondían a mujeres, un porcentaje notablemente más alto que el 52 por ciento de mujeres entre los inmigrantes nicaragüenses contabilizados en el Censo 2011. Aunque esta sobrerrepresentación se debe considerar en el análisis de la información, la misma no dificulta las comparaciones entre ciudadanos e inmigrantes, ya que la sobrerrepresentación de mujeres es igual en las dos poblaciones consideradas en MISOC. Además, a pesar de esta situación, los datos son comparables con otras fuentes (como, por ejemplo, el INEC, 2011) relativas a las

características de los inmigrantes, lo cual confirma que no hay motivos para poner en duda la representatividad de la información.

7.3.2 MISOC: comparación de nacionales e inmigrantes

Las estadísticas descriptivas también indican que la población inmigrante y los ciudadanos en la encuesta MISOC poseen numerosas similitudes en algunas variables, mientras que en algunos casos presentan diferencias relevantes. Es importante destacar que el diseño de muestra no pretendía representar la totalidad de la población costarricense, sino que se llevó a cabo para establecer semejanzas con la población inmigrante en la encuesta y, por lo tanto, refiere a un grupo más desfavorecido de costarricenses. Por consiguiente, se espera que los datos del MISOC para las muestras costarricenses sean diferentes a los datos nacionales y que faciliten información sobre nacionales con menores condiciones socioeconómicas. Por ejemplo, esta situación se puede apreciar cuando se compara el promedio de años de escolaridad formal, el cual es mucho menor entre los encuestados en comparación con la información nacional sobre la población total. Los costarricenses encuestados presentan 6.10 años de educación, en comparación con los datos del censo que reportan 7.7 años (INEC, 2011).

Además, mientras que el INEC registra un 43.2 por ciento de la Población Económicamente Activa, este es un porcentaje más alto que el 38.4 por ciento que se registra en la encuesta MISOC. Asimismo, el ingreso medio[1] de cada costarricense entrevistado es relativamente bajo, entre USD 200 y 300 por mes. Esta cantidad es mucho más baja al salario mínimo por servicios domésticos de ese año, de un aproximado a USD 340, o el de un trabajador no cualificado con un salario mínimo de USD 550 (MTSS, 2015). Como resultado, el número de contribuyentes a los ingresos familiares es algo superior en la encuesta MISOC que la cifra correspondiente a los datos nacionales entre los costarricenses entrevistados. Un hogar promedio incluye 1.56 contribuyentes (MISOC), mientras que las referencias nacionales señalan 1.3 contribuyentes aproximadamente. Por ello, es importante recalcar que, en general, la encuesta MISOC registra un sector más desfavorecido de la población costarricense.

Esto se refleja más en concreto cuando se comparan los ingresos de nacionales e inmigrantes. Aunque los inmigrantes desempeñen jornadas de trabajo más largas (44.7 en relación con 39.9 horas) y ejecutan un segundo empleo con poca más frecuencia que en el caso de costarricenses (15.7 por ciento en relación con 13.2 por ciento), las diferencias de ingresos entre las muestras no son tan importantes. En promedio, el ingreso personal de los costarricenses y nicaragüenses encuestados correspondía entre USD 200 y 300 por mes. Lo cual explica por qué a menudo hay más de un contribuyente al ingreso del hogar entre las dos nacionalidades. En lo que respecta a los nicaragüenses, un hogar promedio tiene 1.69 contribuyentes, mientras que los hogares costarricenses presentan 1.56 contribuyentes.

Tal como se esperaba en la encuesta MISOC, la población nicaragüense es más joven que la muestra costarricense y una pequeña proporción radica en los extremos de la distribución de los individuos por edad. Es decir, básicamente es una población en sus años reproductivos. Esta diferencia de edad con los habitantes costarricenses explica en parte la desigualdad en el estado civil. Por ejemplo, la viudez es menos probable entre los inmigrantes nicaragüenses. Y aunque casi una tercera parte de inmigrantes están casados (ya sea en Costa Rica o en Nicaragua, en comparación con el 36.9 por ciento reportado en el INEC, 2011), esta estadística es más alta (44 por ciento) entre costarricenses, quienes por lo general son mayores, y no deben enfrentar procesos legales para poder casarse, como sí se espera de los inmigrantes nicaragüenses. Casi todos los nicaragüenses suelen tener algún tipo de relación (en su mayoría unión libre) y solo uno de cada diez nicaragüenses es soltero, similar a sus contrapartes costarricenses.

En lo que se refiere a los años de escolaridad formal, datos del MISOC presentan unos 6.1 años de educación para nacionales, lo cual significa una diferencia de 0.8 años en el caso de inmigrantes (5.3 años). Esto confirma la tendencia general que se registra en los datos nacionales que muestran que, en promedio, los costarricenses tienen más acceso a la educación que los inmigrantes nicaragüenses (la diferencia en el censo es un poco mayor, de 1.35 años, lo cual es esperable dado que se incluyen también segmentos más favorecidos de costarricenses) (INEC, 2011).

La información confirma que los hogares nicaragüenses (4.64 miembros) son más grandes que los costarricenses (3.78 miembros). Esta diferencia se explica en parte debido al número de niños en las familias nicaragüenses (2.75) en comparación con la cantidad de niños en las familias costarricenses (2.63). Por otro lado, los porcentajes de hombres y mujeres jefes de hogar es muy similar en los dos grupos (hombres: 57.1 por ciento de costarricenses y 60.2 por ciento de inmigrantes. Mujeres: 42.9 por ciento de costarricenses y 39.9 por ciento de inmigrantes).

Con respecto al tipo de familias, se construyó una tipología para las familias, la cual no está construida para analizar los datos del censo nacional. La tipología se basa en la división del trabajo según el sexo: familia tradicional (el hombre tiene un trabajo remunerado, pero la mujer no), familia modificada (tanto el hombre como la mujer tienen trabajo remunerado o solo la mujer lo tiene), familias con solo un jefe de familia y "otras" variaciones, las cuales incluyen familias extensas y compuestas. Entre los inmigrantes, las familias tradicionales representan un porcentaje mucho mayor (55.1 por ciento), que entre costarricenses (35.4 por ciento).

7.3.3 Migración

Para muchas de las preguntas relacionadas con el proceso de migración, realizadas en el marco de la encuesta MISOC, no hay datos representativos de otras fuentes que puedan ser utilizados como referencia. Un aspecto que ha sido bien documentado

es que la mayor parte de la migración contemporánea de nicaragüenses ocurrió en los años noventa (INEC, 2011; Morales y Castro, 2006; Sandoval, 2008).

Por ejemplo, el censo del 2011 documenta como más de la mitad de los nicaragüenses llegaron antes de 1999 a Costa Rica, de los cuales un 36 por ciento llegaron en la década de los noventa. Otro 38 por ciento llegó entre el 2000 y 2009 (Cuadro 14). Los datos de la encuesta MISOC registran un rango similar en los años de llegada, lo cual muestra un tiempo promedio de instancia en Costa Rica de 19.2 años, con una desviación estándar de 11.5 (ver Cuadro 15). Es decir, el inmigrante 'promedio' en la encuesta llegó a Costa Rica alrededor de 1994 y la mayoría llegaron en algún momento entre 1974 y 2005.

CUADRO 14. Año de llegada de la población inmigrante nicaragüense, comparación de fuentes, 2011

Año de llegadal	Censo del INEC 2011* %	Encuesta MISOC 2013 %
N	154 818	394
Antes de 1970	3.0	3.8
Entre 1970 y 1979	4.5	5.8
Entre 1980 y 1989	10.1	14.0
Entre 1990 y 1999	36.1	47.5
Entre 2000 y 2009	38.2	26.4
Entre 2010 y 2011/2013	8.2	2.5
Total	**100**	**100**

*Esto se recalculó con un total de 154 818 nicaragüenses, representando un 46.2 %, la encuesta del INEC no recopiló información sobre esta variable.
Fuente: Elaboración propia con base en INEC (2011) y MISOC (2013).

El Cuadro 15 resume una selección de variables correspondientes al proceso migratorio. Esta información es relevante, dado que no existe esa información en otras posibles fuentes de datos. La encuesta revela que, en general, los entrevistados nicaragüenses tenían acceso limitado a la seguridad social en Nicaragua (16.8 por ciento) y solo cuatro de cada diez nicaragüenses tenían trabajo remunerado. Al contrario, el 86 por ciento de los encuestados tenía acceso a la atención médica (y a los hospitales) en Nicaragua.

En efecto, la migración se debe en su mayoría a razones relacionadas con trabajo. Se les pidió a los encuestados enumerar tres razones principales por las que migraron. Y con más frecuencia se mencionaron la falta de empleos en Nicaragua y la diferencia salarial entre Nicaragua y posibles países de destino (50.1 y 47.7 por ciento, respectivamente). Cerca de una tercera parte mencionó las dos razones y otra tercera parte mencionó al menos una de ellas. Es decir, el 61 por ciento de todos los inmigrantes nombró el trabajo como la primera causa.

Otras razones fueron menos comunes, pero el futuro de los niños fue una razón muy importante para inmigrar. En total, un 37.6 por ciento mencionó la educación de los niños y un 33.8 por ciento señaló el acceso de la familia a mejores servicios como la

atención médica y la educación. Sin embargo, y de suma importancia para este estudio, cuando se les preguntaba por qué habían escogido Costa Rica como su país de destino (y no otro país), el acceso a los servicios sociales no parecía relevante. Solamente, un 5.6 por ciento mencionó la calidad de la educación de Costa Rica y un 3.3 por ciento la disponibilidad de buenos hospitales.

Hubo pocos casos en los que el embarazo y el nacimiento fueron causantes de migración, constituyendo un fuerte argumento contra la idea del *bebé ancla* (discutido en Capítulos 4 y 5). En ese sentido, las razones principales de inmigración son la proximidad de Costa Rica a Nicaragua (43.9 por ciento) y el respectivo bajo costo de inmigrar a Costa Rica. Además, las conexiones con familiares y amigos en el país (36.3 por ciento) son un factor importante, así como circunstancias relacionadas con el mercado laboral (23.4 por ciento): disponibilidad de empleos (16.5 por ciento) y diferencias salariales (6.9 por ciento). Muchos inmigrantes viajan acompañados (58.1 por ciento) y una cantidad mayor recibe algún tipo de apoyo en Costa Rica (72.8 por ciento). Este apoyo proviene de forma casi exclusiva de amigos (92.5 por ciento) (MISOC, 2013), lo cual demuestra la importancia de los contactos en el proceso de migración.

Es difícil obtener y encontrar datos precisos sobre la proporción de migrantes "ilegales" en Costa Rica, sin embargo, generalmente se estima que el porcentaje puede oscilar entre 20 y 40 por ciento de la población inmigrante total (Karina Fonseca, directora del Servicio Jesuita para Migrantes, comunicación personal, 5 de marzo, 2013). Por otro lado, la encuesta MISOC podría tener problemas al registrar información sobre los trabajadores inmigrantes temporales quienes trabajan y viven en las fincas agrícolas.

Sin embargo, dado que la encuesta MISOC aplicó un enfoque sistemático para recolectar datos entre migrantes, es posible establecer un estimado más confiable en comparación con otras fuentes de información. Los datos indican que un 19.8 por ciento tienen condición de "ilegal", un 8.9 por ciento tienen una visa turística (la cual expira después de 3 meses) y otro 8.9 por ciento se encuentran en un proceso para obtener los documentos que regularizarían su estadía en Costa Rica. La última condición, en teoría, no debería impedir en principio el acceso a los servicios sociales, pero en la práctica sí sucede, como se discutirá en el Capítulo 8. Según la MISOC, un 62.4 por ciento de los nicaragüenses tiene un estado migratorio legal, ya sea por medio de la ciudadanía o el permiso de residencia temporal o permanente. El otro 37.6 por ciento es "ilegal" o tienen una situación legal ambigua que no les permite el acceso a los servicios de atención médica.

CUADRO 15. Estadísticas descriptivas de la inmigración de los datos de la encuesta, 2013

Variable		% / Promedio
N		394
Antes de inmigrar	Seguridad social en Nicaragua (%)	16.8
	Trabajos remunerados en Nicaragua (%)	41.9
	Acceso a los hospitales (%)	86.0
	Contacto en CR (%)	69.0
Motivos de inmigración	Falta de empleos en Nicaragua (%)	50.1
	Diferencia salarial (%)	47.7
	Una mejor educación para los hijos (%)	37.6
	Necesidad de atención médica (%)	4.7
	Acceso a servicios públicos (incluyendo salud y educación) (%)	33.8
	Educación propia (%)	13.7
	Reunificación familiar (%)	30.5
	Razones políticas (%)	19.8
Razón para la elección de Costa Rica como destino	Contacto (familia/amigos) en CR (%)	36.3
	Facilidad de conseguir un empleo remunerado (%)	16.5
	Mejor salario que en Nicaragua (%)	6.9
	Proximidad (%)	43.9
	Uno de los países con costos menores (%)	11.2
	Buena atención sanitaria/hospitales (%)	3.3
	Embarazo, parto en CR (%)	0.8
	Educación de los niños en CR (%)	5.6
	Deportación a otros países (%)	0.5
Proceso de migración	Acompañantes en inmigración (%)	58.1
	Apoyo brindado en CR (%)	72.8
	Posesión de documentos legales durante la inmigración (%)	68.8
Tiempo de estadía en la sociedad receptora	Años en Costa Rica (promedio)	19.2
	Desviación Estándar	11.5
Situación legal en Costa Rica	Ciudadanía (%)	6.9
	Residencia permanente (%)	49.8
	Residencia temporal (%)	5.8
	"Ilegales" (%)	19.8
	Visa turística (%)	8.9
	En proceso (%)	8.9

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013).

7.3.4 Seguro médico

Debido al principio de cobertura universal que orienta el seguro médico de la CCSS, se presume que cada ciudadano costarricense se encuentra asegurado. Sin embargo, según el INEC (2011), un 12.9 por ciento de costarricenses no están asegurados. De la misma forma, la encuesta MISOC indica que en el 2013 un 14.7 por ciento de los nacionales entrevistados no estaban asegurados. Por el contrario, en el caso de los inmigrantes, esta cobertura no es evidente. A nivel nacional, un 34.8 por ciento de inmigrantes no son asegurados (INEC, 2011), muy similar a lo que los datos de la encuesta MISOC sugieren para el 2013: un 36.5 por ciento de nicaragüenses en esta condición sin seguro (ver Cuadro 16). La similitud de las cifras según la información nacional y los datos de la encuesta MISOC comprueban, de nuevo, la confiabilidad de la última.

CUADRO 16. Seguro médico según país de nacimiento, 2013

Tipo de seguro	País de nacimiento			
	Costa Rica		Nicaragua	
	Absoluto	*%*	*Absoluto*	*%*
Seguro médico	342	85.3	250	63.5
Trabajadores asalariados	76	19.0	74	18.8
Independiente y voluntario	45	11.2	43	10.9
Pensionados RNC	4	1.0	0	0.0
Pensionados IVM	49	12.2	9	2.3
Seguro Familiar	129	32.2	95	24.1
Seguro por el Estado	30	7.5	10	2.5
Otros	4	1.0	2	0.5
Desconocido	5	1.2	17	4.3
No asegurados	59	14.7	144	36.5
Total	**401**	**100.0**	**394**	**100.0**

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013).

Asimismo, los datos confirman las tendencias generales con respecto a los tipos específicos de seguro que se registraron en el Censo 2011 (Ver Capítulo 2). Primero, en el caso de los costarricenses, el seguro directo se establece por medio del trabajo asalariado (19.0 versus 22.3 por ciento en el Censo 2011) o el seguro independiente/voluntario (11.2 versus 8.7 por ciento en el Censo 2011). El seguro por el Estado (7.5 frente a un 7.9 por ciento en el Censo 2011) y las pensiones del régimen no contributivo son muy similares (1.0 versus 1.3 por ciento en el Censo 2011). De nuevo, la información afirma la importancia del seguro familiar para la cobertura universal del seguro médico en Costa Rica (32.2 versus 41.4 por ciento en el Censo 2011). Las diferencias de las tendencias nacionales en cuanto a esta cobertura se explica por medio de las

características específicas de la muestra costarricense, la cual se seleccionó para comparar los aspectos socioeconómicos menos favorables de los habitantes inmigrantes y la informalidad de su inserción laboral. Así, aunque se validen las tendencias generales concernientes al seguro social, es esperable que las tasas de seguros directos e indirectos sean más bajas entre la población costarricense capturada en MISOC que las del promedio nacional y que la incidencia de personas sin seguro sea un poco más elevada.

Segundo, en el caso de los inmigrantes, los datos confirman de manera general la información del censo. El seguro familiar es mucho menos común entre los inmigrantes nicaragüenses (24.1, similar al 22.8 por ciento en el Censo 2011) que entre los costarricenses y el porcentaje de asegurados independientes directo es de 10.9 por ciento (versus 9.6 por ciento en el Censo 2011). Solo pocos inmigrantes están asegurados por el Estado (2.5 versus 3.0 por ciento en el Censo 2011). Existe una amplia diferencia en el porcentaje de los inmigrantes asegurados como trabajadores asalariados entre los datos del MISOC y la información del Censo 2011: un 18.8 por ciento frente a un 27.4 por ciento, respectivamente. Posiblemente esto se relacione con que el 4.3 por ciento de inmigrantes haya confirmado que tiene seguro médico, pero que por alguna razón estas personas no especificaron el tipo de seguro. Además, ya que esta encuesta se centró específicamente en los inmigrantes, es probable que se reporte una cantidad mayor de inmigrantes "ilegales" que en el censo. A pesar de todo, los patrones obtenidos en la encuesta MISOC no son muy distintos al panorama reportado por la información del censo.

7.3.5 Asistencia sanitaria pública y medicina

Por otro lado, se indagó sobre el tipo de atención médica y medicina que buscan las personas entrevistadas cuando las necesitan. En especial, se preguntó si ellas usarían los servicios de salud y medicina de la CCSS en caso de ser necesario. Por lo tanto, el acceso a los servicios de salud pública y la medicina a la que se hace referencia en este análisis se relaciona con las percepciones de acceso a los servicios de la CCSS, en parte basadas en las experiencias de los encuestados con ese acceso. Cabe destacar, que los datos expuestos en este capítulo, dadas las características y particularidades de esta encuesta, no pueden ser comparados con otras fuentes de información, pues no hay otros datos disponibles.

En el Cuadro 17, se puede comparar el total de las muestras costarricenses y nicaragüenses, así como la población nicaragüense según diversas categorías de estado migratorio. En particular, el acceso de los costarricenses a los servicios de salud pública es más frecuente que el de los nicaragüenses (78.8 frente a un 57.9 por ciento). La notable diferencia entre costarricenses e inmigrantes se debe a los más altos índices de encuestados inmigrantes no asegurados en comparación con nacionales (ver Cuadro 16: 36.5 por ciento y 14.7 por ciento, respectivamente). Ahora bien, si solo

los no asegurados son los que no tuvieran derecho a la atención médica pública, un 85.3 y 63.5 por ciento debería tener acceso a los servicios de la CCSS. Lo cual quiere decir que existe un margen promedio de un 6.5 y un 5.4 puntos porcentuales constituido por personas aseguradas sin acceso a los servicios de salud pública. En un 18.5 por ciento de los casos, los nicaragüenses expresaron que no podrían recibir atención en la CCSS debido a su situación legal, mientras que, en el caso de los costarricenses, la razón más usual por la que no asisten a la CCSS es porque prefieren el servicio de salud privado (7.0 por ciento).

En lo referente al acceso de la medicina pública, el margen (calculando la diferencia en términos de puntos porcentuales) entre costarricenses e inmigrantes es similar a la brecha en los servicios de salud. Sin embargo, para ambos grupos (control y tratamiento), el acceso a la medicina pública (69.8 y 47.5 por ciento para nacionales e inmigrantes, respectivamente) es bajo en comparación al acceso a los servicios de salud pública. Resulta interesante que la participación de los encuestados sin acceso a la medicina de la CCSS no corresponde al número de habitantes no asegurados. Es decir, hay mucha cantidad de personas, tanto nacionales como inmigrantes, que tienen seguro médico (y que, por lo tanto, tienen derecho a la medicina pública), pero no buscarían medicinas de la CCSS. A pesar del costo que implica la compra de medicinas, la fácil obtención de medicamentos en farmacias privadas es la principal razón por la que los individuos eligen este método. Las farmacias privadas no implican los inconvenientes burocráticos de conseguir una cita médica y hacer largas filas en las farmacias de la CCSS. Los datos indican que, aunque los pacientes busquen atención médica de la CCSS, en muchos casos prefieren adquirir los medicamentos en lugares privados, lo que confirma que las tendencias de automedicación privada (descritas en el Capítulo 6) son recurrentes tanto en inmigrantes como en costarricenses.

Los datos señalan una división evidente entre los *denizens* (migrantes nacionalizados o residentes) y las otras categorías de estado migratorio, tanto para el acceso a los servicios de salud como para la obtención de medicamentos públicos. Entre los inmigrantes con estado "ilegal" y turístico y aquellos con su documentación en trámite, solo uno de cada cuatro tiene acceso a los servicios de salud de la CCSS, en comparación con tres de cada cuatro *denizens*. El acceso es particularmente bajo para aquellos inmigrantes en proceso de regularización de documentos, tomando en cuenta que, en principio, su condición no debería de inhibirles el acceso al seguro y los servicios médicos. En contraste, los *denizens* y ciudadanos costarricenses poseen un acceso a la salud a escalas muy similares, lo cual sugiere que el estado migratorio legal favorece la integración de los inmigrantes.

En cuanto a la medicina pública, los datos exponen que los *denizens* y los costarricenses tienen un acceso similar, pero que en general sí existen brechas entre nacionales e inmigrantes, lo cual se explica por los índices sumamente bajos en el acceso delos inmigrantes que no han obtenido un estado migratorio regular. De hecho, los datos muestran una desigualdad similar entre los *denizens* y no-*denizens:* por un

CUADRO 17. Acceso a los servicios de salud pública y la medicina pública para nacionales e inmigrantes nicaragüenses, según categorías de estado migratorio, 2013 (Porcentajes)

	Costa Rica	Nicaragua					
Variable	Total	Total	Nacionalizados	Residentes	"Ilegales"	Turistas	En proceso
N	401	394	27	219	78	35	35
Atención médica							
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	78.8	57.9	74.1	77.2	26.9	25.7	25.7
CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	21.2	42.1	25.9	22.8	73.1	74.3	74.3
CCSS Asistencia médica pagada	1.5	5.8	0.0	2.7	7.7	25.7	5.7
No son atendidos	2.0	18.5	3.7	6.4	39.7	25.7	51.4
Preferencia por atención médica privada	7.0	4.1	3.7	3.7	6.4	2.9	2.9
Otras razones	4.5	6.9	3.7	5.0	11.5	11.4	5.7
Razones desconocidas	6.2	6.9	14.8	5.0	7.7	8.6	8.6
Medicina							
CCSS Medicina gratuita	69.8	47.5	66.7	64.8	21.8	14.3	14.3
Combinación: CCSS y Privado	2.5	3.8	11.1	4.6	1.3	0.0	2.9
Medicina privada	25.7	45.4	22.2	28.3	69.2	85.7	77.1
Farmacia, pagada	24.9	43.7	22.2	26.5	67.9	80.0	77.1
CCSS, pagada	0.2	0.3	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0
Contacto, pagado	0.5	0.8	0.0	0.9	1.3	0.0	0.0
Desde Nicaragua, pagado	0.0	0.8	0.0	0.5	0.0	5.7	0.0
Otros	2.0	3.3	0.0	2.3	7.7	0.0	5.7
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013)..

lado, si bien entre *denizens* la medicina privada es común (22.2 y 28.3 por ciento para inmigrantes nacionalizados y residentes, respectivamente), entre los que no tienen estado migratorio regular, esta opción es mucho más frecuente (69.2 por ciento para los "ilegales"; 85.7 por ciento para los turistas y 77.1 por ciento para aquellos que se encuentran en el proceso de documentación, respectivamente). Curiosamente, el 5.7 por ciento de aquellos inmigrantes con permisos de turismo señalaron que obtienen sus medicinas de Nicaragua.

El Cuadro 18 muestra el acceso a la salud y la medicina pública para nacionales y nicaragüenses, según el estado migratorio y el tipo de seguro. Varias cosas llaman la atención. Primero, entre los nacionales, proporciones considerables de entre 78.9 por ciento (entre trabajadores asalariados) y 92.2 por ciento (correspondiente al seguro familiar) tienen acceso a la salud pública de la CCSS. Al mismo tiempo, existe una proporción que, a pesar de ser aseguradas, no tienen acceso a la salud pública (de entre 7.8 y 21.1 por ciento). En el caso de los inmigrantes asegurados, las estadísticas son muy similares, a excepción del seguro familiar, lo cual significa que el acceso a la atención médica por medio del seguro directo no es muy diferente entre los costarricenses y los inmigrantes.

Segundo, considerando que una cantidad importante de la cobertura del seguro médico nacional se debe al seguro familiar, el alto grado de acceso a los servicios de salud es más prometedor (92.2 por ciento). Sin embargo, este índice es significativamente más bajo entre los inmigrantes (80.0 por ciento). Es decir, entre los nacionales ser asegurado de forma indirecta implica casi automáticamente el acceso a los servicios de la CCSS, pero para una de cada cinco personas inmigrantes el seguro familiar no garantiza tal acceso.

Tercero, entre los nacionales no asegurados, un 33.9 por ciento acceden a los servicios de salud pública de todas formas. Esto es superior que entre los inmigrantes (19.6 por ciento) para quienes la falta de seguro se convierte casi inmediatamente en una denegación de los servicios de la CCSS. Esta diferencia entre nacionales e inmigrantes podría representar estándares desiguales por parte de la CCSS, pero también podría representar una predisposición más baja entre los inmigrantes para demandar dichos servicios, ya que el inmigrante no asegurado puede pensar que no merece el derecho a estos beneficios. En contraste, entre nacionales podría haber más personas que consideran que merecen los servicios, aunque no estén aseguradas.

Finalmente, los datos señalan de nuevo que proporciones más altas en las dos poblaciones no tienen acceso a la medicina pública gratuita. Entre los trabajadores asalariados, 26.3 por ciento de ciudadanos y 39.2 por ciento de inmigrantes no hacen uso de su derecho a la medicina pública de la CCSS. La diferencia es notable y se podría explicar debido a la fuerte cultura entre los migrantes a utilizar la medicina privada (ver Capítulo 6) y a la percepción de que no tienen derecho a la medicina pública. En contraste, entre nacionales y migrantes con un seguro voluntario o independiente, casi no existe una diferencia en el acceso a la medicina pública, pero entre las perso-

CUADRO 18. Acceso a los servicios de salud pública y medicina pública para nacionales e inmigrantes nicaragüenses según el tipo de seguro, 2013 (Porcentajes)

Acceso a la atención sanitaria según país de nacimiento	Trabajadores asalariados	Independiente y voluntario	Seguro familiar	Pensionados	Otros y Seguro del Estado	Desconocido	Sin seguro	Total
Costa Rica								
Obs.	76	45	129	53	34	5	59	401
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	78.9	80.0	92.2	86.8	91.2	80.0	33.9	78.8
No CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	21.1	20.0	7.8	13.2	8.8	20.0	66.1	21.2
CCSS. Medicina gratuita	73.7	66.7	81.4	79.2	91.2	80.0	20.3	69.8
No CCSS. Sin acceso a medicina gratuita	26.3	33.3	18.6	20.8	8.8	20.0	79.7	30.2
Nicaragua								
Obs.	74	43	95	9	12	17	144	394
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	81.1	79.1	80.0	77.8	91.7	70.6	19.4	57.9
No CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	18.9	20.9	20.0	22.2	8.3	29.4	80.6	42.1
CCSS. Medicina gratuita	60.8	65.1	74.7	100.0	83.3	41.2	11.8	47.5
No CCSS. Sin acceso a medicina gratuita	39.2	34.9	25.3	0.0	16.7	58.8	88.2	52.5

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013).

nas con seguro familiar, más inmigrantes carecen de este acceso que entre nacionales (25.3 frente a 18.6 por ciento, respectivamente). De igual manera, un 88.2 por ciento de inmigrantes no asegurados no acceden a las medicinas públicas de la CCSS, mientras que dicha tasa entre los nacionales es de 79.7 por ciento. En los dos casos, las personas no aseguradas evitan en gran medida la medicina pública de la CCSS, pero la diferencia entre nacionales e inmigrantes es marcada.

En el Anexo 6, se presenta una comparación adicional. Ahí, se comparan zonas urbanas y rurales, con el fin de mostrar posibles diferencias según el área de residencia. Los datos plantean dos aspectos importantes. En primer lugar, para las dos poblaciones en estudio las pautas concernientes al acceso de la atención médica pública son similares en zonas urbanas y rurales. Es decir, no se levantan sospechas sobre el hecho de que el acceso a la atención sanitaria es más difícil en zonas rurales que en las áreas urbanas, lo que simboliza la realidad de la cobertura nacional de la CCSS. En segundo lugar, la medicina pública es más usual en áreas rurales que en urbanas. Esto se explica por la mayor tendencia de solicitar medicina privada en las zonas urbanas. En efecto, para los inmigrantes de las áreas urbanas las farmacias privadas representan la forma más común de obtener medicamentos. En cambio, en las áreas rurales, un gran número de inmigrantes consiguen sus medicamentos a través de la CCSS, ya que no existe la misma oferta que en zonas urbanas de farmacias privadas.

7.3.6 Los servicios de salud y medicina pública para niños

El análisis cualitativo (ver Capítulo 6) sugiere que el acceso a la atención médica para niños y adultos son dos asuntos distintos, en parte debido al hecho de que la ley de Costa Rica garantiza el derecho al acceso a la salud para menores de 18 años. Por consiguiente, es de interés analizar si los niños realmente tienen acceso a los servicios de salud y a las medicinas o si el acceso está sujeto al estado migratorio de los padres.

El Cuadro 19 reporta sobre el acceso de los niños a la atención sanitaria y medicina pública según el estado migratorio de los padres. De manera específica, se le preguntó a los entrevistados si ellos llevarían a sus hijos(as) a la CCSS en caso de requerir los servicios de salud. Esta pregunta se planteó a todas las personas encuestadas quienes tenían niños menores, y también a aquellos cuyos hijos eran adultos. Para asegurar que la información refleje las prácticas reales del uso de los servicios de salud, los datos que se muestran en el cuadro corresponden solamente a las 429 personas encuestadas quienes tenían hijos menores de 18 años cuando se realizó la entrevista. Cabe señalar dos aspectos importantes. Primero, las estadísticas de acceso en el caso de los niños son mucho más altas que las registradas en las personas entrevistadas (comparar con los Cuadros 17 y 18). Lo anterior es una realidad para los nacionales, pero especialmente para los inmigrantes. En efecto, menos del 13 por ciento de niños no tienen acceso a la atención médica. Segundo, en gran contraste con el acceso a

servicios de atención médica para adultos, no hay diferencias significativas entre las tasas para los niños nacionales (87.1 por ciento) e inmigrantes (87.6 por ciento). Es decir, parece que el principio de universalismo que dirige la cobertura médica de los niños en Costa Rica equilibra la igualdad de condiciones entre ciudadanos e inmigrantes. Precisamente, los datos del MISOC (2013) (no se exponen aquí) muestran que un 26.0 por ciento de los inmigrantes con hijos menores de 18 años no tenían acceso propio a los servicios de salud, pero sus hijos sí lo tenían.

CUADRO 19. Acceso a la atención sanitaria y medicina pública para hijos de ciudadanos e hijos de inmigrantes (menores de 18 años) según estado migratorio de los padres, 2013 (Porcentajes)

	Costa Rica	Nicaragua					
Variable	Total	Total	Nacionales	Residentes	"Ilegales"	Turistas	En proceso
N	178	251	10	146	48	21	26
Atención médica							
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	87.1	87.6	90.0	89.7	77.1	85.7	96.2
CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	12.9	12.4	10.0	10.3	22.9	14.3	3.8
CCSS Asistencia médica pagada	0.6	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
No son atendidos	0.0	4.8	0.0	3.4	12.5	4.8	0.0
Preferencia por atención médica privada	6.2	2.0	0.0	2.7	2.1	0.0	0.0
Otras razones	4.5	3.2	0.0	2.7	6.3	0.0	3.8
Razones desconocidas	1.7	2.0	10.0	0.7	2.1	9.5	0.0
Medicina							
CCSS Medicina gratuita	76.4	71.7	70.0	74.0	58.3	71.4	84.6
Combinación: CCSS y privada	1.7	2.0	0.0	3.4	0.0	0.0	0.0
Medicina privada	21.9	26.3	30.0	22.6	41.7	28.6	15.4
Farmacia, pagada	19.1	23.1	30.0	19.9	37.5	23.8	11.5
CCSS, pagada	1.1	1.2	0.0	0.7	2.1	4.8	0.0
Contacto, pagado	0.6	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
Desde Nicaragua, pagado	0.0	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
Otras razones	1.1	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
Razones desconocidas	0.0	0.8	0.0	0.0	2.1	0.0	3.8
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013).

Resulta interesante que, aunque se proyectan diferencias esperadas entre el acceso de los niños a los servicios médicos dependiendo del estado migratorio de los padres, esto no condiciona el acceso tanto como lo afectó en el caso de los adultos: las diferencias entre migrantes con distintos estatus legales de migración son mucho menores. Los residentes (89.7 por ciento) y los inmigrantes nacionalizados (90.0 por

ciento) tienen acceso a la CCSS a niveles similares, al igual que los inmigrantes con un estado turístico (85.7 por ciento) e inmigrantes en trámite de proceso de regularización (96.2 por ciento). Solamente, el índice de cobertura es mucho más bajo, al 77.1 por ciento entre los niños cuyos padres tengan condiciones "ilegales". Sin embargo, estas tasas son altas si se comparan con los porcentajes de acceso al servicio de salud entre los adultos "ilegales" (26.9 por ciento, ver Cuadro 17). Por otro lado, en el Anexo 7 se demuestra que las tendencias generales entre la zona urbana y rural con respecto al acceso de niños a los servicios de salud son similares a las de sus padres.

Otra vez, los índices de acceso de los niños a medicamentos brindados por la CCSS son un poco más bajos que los porcentajes de acceso a la atención sanitaria pública. En promedio, 76.4 por ciento de los nacionales y 71.7 por ciento de los inmigrantes tienen acceso a la medicina pública para sus hijos. Por el contrario, 21.9 por ciento de ciudadanos y 26.3 por ciento de los inmigrantes compran medicamentos en centros privados para sus niños. No obstante, el acceso a los medicamentos enlos centros públicos es notablemente superior en los menores que en los adultos, lo cuales especialmente válido en los adultos inmigrantes, quienes tienen acceso a los servicios médicos públicos en un 47.5 por ciento de los casos (ver Cuadro 17). Como es lógico, los hijos de inmigrantes con una condición "ilegal" acceden a este servicio con menor frecuencia (58.3 por ciento). Sin embargo, las diferencias con los *denizens* y nacionales no son tan marcadas como en el caso de los adultos, lo cual señala que, con respecto a los niños, las brechas entre nacionales, *denizens* e inmigrantes "ilegales" no son tan importantes para el acceso a los servicios sociales como lo son para los adultos.

En el Cuadro 20, se muestra el acceso de los niños a la atención sanitaria y la medicina pública según el país de origen de los padres, su estado y tipo de seguro. La información comprueba que los patrones de acceso a los servicios médicos son muy similares entre los nacionales e inmigrantes. Una vez más, el seguro no parece ser un factor determinante en el acceso de los menores a los servicios de salud pública. En general, el 87.1 y 87.6 por ciento de niños con padres nacionales e inmigrantes tienen acceso a estos servicios, respectivamente. Incluso entre los padres sin seguro, la cobertura de servicios de salud es alta entre los niños.

Aunque el acceso a los medicamentos públicos es generalmente inferior al acceso a servicios de salud pública, los índices en el caso de los niños son altos y mucho más elevados que entre los adultos. Todo lo anterior significa que los servicios de salud y de medicina pública son más accesibles para los menores de edad, independientemente del estado migratorio o del tipo de seguro de los mismos y de sus padres. En su mayoría, los porcentajes de cobertura son más altos para los niños, lo cual expone no solo la efectividad del sistema de salud costarricense, pero también que la cobertura universal entre niños no se rige por las características migratorias.

CUADRO 20. Acceso a la atención sanitaria y medicina pública para hijos de nacionales e hijos de inmigrantes (menores de 18 años) según el tipo de seguro de los padres, 2013 (Porcentajes)

Acceso a la atención médica según país de nacimiento	Trabajadores asalariados	Independientes y voluntarios	Seguro familiar	Pensionados	Otros y asegurados por el Estado	Desconocidos	Sin seguro	Total
Costa Rica								
Obs.	42	22	61	8	17	3	26	178
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	82.9	75.0	93.7	85.7	100.0	66.7	81.5	87.1
No CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	17.1	25.0	6.3	14.3	0.0	33.3	18.5	12.9
CCSS. Medicina gratuita	76.2	68.2	75.4	87.5	93.8	66.7	73.1	76.4
No CCSS. Sin acceso a medicina gratuita	23.8	31.8	24.6	12.5	6.3	33.3	26.9	23.6
Nicaragua								
Obs.	52	30	53	2	6	12	95	251
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	82.7	90.0	92.5	100.0	100.0	100.0	84.7	87.6
CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	17.3	10.0	7.5	0.0	0.0	0.0	15.3	12.4
CCSS Medicina gratuita	67.3	76.7	73.6	100.0	66.7	66.7	72.6	71.7
CCSS sin Medicina gratuita	32.7	23.3	26.4	0.0	33.3	33.3	27.4	28.3

Fuente: Elaboración propia con base en MISOC (2013).

7.4 Pruebas de medias

Con el fin de comprobar si las diferencias entre nacionales e inmigrantes, y las entre inmigrantes "ilegales" (incluyendo a aquellos en calidad de turistas y en proceso de documentación) y *denizens* (residentes e inmigrantes nacionalizados) son estadísticamente significativas, la presente sección describe los resultados del análisis de pruebas de medias. Mientras que el Anexo 7 muestra las pruebas de medias de una amplia selección de variables, el Cuadro 21 se limita a las variables relacionadas con el acceso a la atención médica y la medicina pública y otras variables que miden algunas características generales, tales como edad o características vinculadas al proceso migratorio.

Primero, por lo general, los nacionales son mayores que los inmigrantes (6 años en promedio) y los *denizens* son más viejos que los inmigrantes "ilegales" (casi 4 años). Además, en promedio, los nacionales han tenido más acceso a la educación formal que los inmigrantes, aunque la diferencia no es muy grande (0.8 años). Sin embargo, no existe una diferencia significativa entre los inmigrantes con disímiles estados migratorios. En cuanto al tipo de ingresos, las medias varían considerablemente a favor de los *denizens*, si se considera la población total. No obstante, si solo se analiza la población trabajadora, no existirían diferencias significativas entre los nacionales, *denizens* e inmigrantes "ilegales", lo cual refleja nuevamente que se seleccionó de forma efectiva un grupo dominante costarricense con condiciones socioeconómicas similares a la población inmigrante nicaragüense.

Segundo, no hay diferencias significativas entre *denizens* e inmigrantes "ilegales" que se relacionen con las variables de migración, salvo por el tiempo desde la primera llegada a Costa Rica, variable que se usa para medir el tiempo de exposición a la sociedad receptora. El hecho de que las personas inmigrantes con estado migratorio regular hayan estado en el país en promedio 7 años más que las personas inmigrantes "ilegales" respalda el argumento de que el mayor tiempo de exposición a la sociedad receptora representa un factor importante para la integración de inmigrantes.

Con respecto a la salud pública, el análisis de medias confirma que los nacionales e inmigrantes tienen un acceso diferenciado al seguro de salud, los servicios y los medicamentos. Para el seguro de salud (sin realizar un desglose del tipo), inmigrantes tienen menos acceso que nacionales, e "ilegales" tienen menos acceso que *denizens.* Sin embargo, en consonancia con los resultados anteriores, el seguro de trabajadores asalariados o de trabajadores independientes o voluntarios no varía significativamente entre nacionales e inmigrantes. Para todos los demás tipos de seguro, las personas inmigrantes experimentan peor acceso al seguro, es decir, incluyendo el seguro familiar, el cual es de suma importancia para la cobertura del seguro social en Costa Rica (Capítulo 2). Las personas inmigrantes "ilegales" sí tienen acceso a los seguros como trabajadores asalariados, independientes o voluntarios y seguros familiares significativamente inferior que los *denizens.*

Resulta interesante que el análisis de medias comprueba que los *denizens* y los ciudadanos reflejan índices muy parecidos de acceso a la atención médica pública. No hay variaciones significativas entre estos grupos en relación con el acceso a la salud pública. De hecho, las personas *denizens* sobrepasan a los ciudadanos por un 17.7 puntos porcentuales cuando se trata del acceso a la salud pública para sus hijos. De igual manera, los denizens presentan más oportunidades de acceso a la medicina pública gratuita en un 11.6 puntos porcentuales. Por otra parte, aunque factores tales como la edad, la educación y los ingresos sean significativamente diferentes, no hay pruebas estadísticas que confirmen las diferencias en el acceso a la atención médica pública entre los *denizens* y los costarricenses.

Como cabe esperar, las formas en que las personas adultas acceden a la atención médica y a los medicamentos son muy diferentes entre los nacionales y los inmigrantes, por un lado, y también entre los *denizens* e "ilegales" por otro. El acceso a la atención médica pública y a los medicamentos es más alto entre los nacionales, mientras que el uso de la medicina privada indica mayores índices entre los inmigrantes. En el caso del acceso de los niños, las diferencias también son significativas, pero esta vez a favor de las personas inmigrantes. Por ejemplo, estas últimas utilizan más los servicios de salud y medicina pública para sus hijos que los costarricenses, pero al mismo tiempo también son los que más a menudo adquieren sus medicinas por medio de compra en entes privados. Además, las diferencias entre los *denizens* y los "ilegales" son también significativas. Los denizens tienen mayor acceso a salud pública y a la medicina, mientras que los "ilegales" buscan más la medicina privada. Sin embargo, para sus hijos, no hay evidencia estadística que podría sugerir que el uso de la medicina pública o privada sea distinto entre estos grupos.

CUADRO 21. Comprobación de medias para las variables seleccionadas según país de origen y estatus migratorio, 2013

	Comprobación de medias	Costa Rica	Nica-ragua	Denizen	'Ilegal'	Dif. CR-NIC	Dif. CR – *Denizen*	Dif. *Denizen* – "Ilegal"
Características Seleccionadas	Edad de entrevistados	45.85	39.78	42.13	35.87	6.074***	3.724**	6.254***
	Años de escolaridad del entrevistado	6.11	5.33	5.26	5.45	0.772**	0.845**	-0.193
	Categoría de ingresos del entrevistado	1.61	2.14	2.35	1.78	-0.531**	-0.748***	0.577*
	Características de los ingresos del entrevistado remunerado	3.01	3.05	3.22	2.75	-0.047	-0.209	0.462
	Hijos menores de 18 años	0.57	0.75	0.76	0.74	-0.185***	-0.194***	0.0237
Servicios de Salud	Seguro de salud	0.85	0.64	0.87	0.24	0.218***	-0.0171	0.627***
	Trabajadores asalariados	0.19	0.19	0.25	0.09	0.002	-0.0584	0.160***
	Trabajadores independientes y voluntarios	0.11	0.11	0.16	0.02	0.003	-0.0504	0.142***
	Seguro familiar	0.32	0.24	0.35	0.06	0.0806*	-0.0279	0.289***
	Seguro por el Estado	0.08	0.03	0.03	0.01	0.0494**	0.0423	0.019
	Pensionados del RNC e IVM	0.13	0.02	0.03	0.01	0.109***	0.104***	0.0149
	Otros	0.01	0.01	0.00	0.01	0.0049	0.00591	-0.00269
	CCSS Salud pública gratuita	0.79	0.58	0.77	0.26	0.207***	0.0157	0.509***
	CCSS Salud pública gratuita para niños (menores de 18)	0.45	0.60	0.63	0.56	-0.153***	-0.177***	0.0652
	CCSS Medicina gratuita	0.70	0.48	0.65	0.18	0.224***	0.0478	0.468***
	Medicina privada	0.26	0.45	0.28	0.75	-0.197***	-0.0196	-0.474***
	CCSS medicina gratuita para niños (menores de 18)	0.37	0.48	0.49	0.47	-0.108**	-0.116**	0.0216
	Medicina privada para niños (menores de 18)	0.11	0.19	0.17	0.22	-0.0731**	-0.0544*	-0.0495
Características Migratorias	Vino acompañado/a			0.61	0.53			0.076
	Apoyo en CR			0.78	0.77			0.0031
	Trajeron documentos legales C.R.			0.72	0.75			-0.0277
	C.R. contactos antes de migrar			0.68	0.77			-0.0882
	Tiempo en Costa Rica			21.9	14.79			7.112***

* p<0.05. ** p<0.01. *** p<0.001

Fuente: Elaborado por el autor según la encuesta MISOC (2013)

7.5 Conclusiones

Los datos de la encuesta MISOC confirman las tendencias generales con respecto a la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica y sus características. Una comparación de fuentes confirma que dicha información es representativa para esta población inmigrante, en especial con respecto al seguro de salud. No obstante, los datos de la encuesta van más allá de las fuentes existentes al brindar información sobre el tipo de acceso a los servicios de atención médica, relacionándolo con otras variables como las de migración. Las estadísticas descriptivas y el análisis de medias proporcionan información importante sobre los factores que permiten y obstaculizan el acceso a la salud y a la medicina pública.

El estado migratorio posee una importancia fundamental para la integración social de los inmigrantes en la sociedad costarricense. En efecto, los inmigrantes "ilegales" (y aquellos con visa turística o con la documentación en trámite) forman un grupo distinto entre la población inmigrante cuando se trata de acceder a los servicios de la CCSS y tienen un acceso menor que los *denizens* y los costarricenses. Según datos de la encuesta, la nacionalización o la residencia parece garantizar la igualdad de condiciones para muchos, pero no necesariamente para todos los inmigrantes. A pesar de que muchos inmigrantes tienen su estado migratorio regular y poseen un seguro de salud, algunos de ellos carecen de acceso a los servicios de salud pública. Esto recalca la idea de que la regularización es un requisito importante y necesario para el acceso a la salud pública, pero no es suficiente.

Otros factores también inciden en el éxito o fracaso para acceder a los servicios médicos públicos. Por ejemplo, los datos sugieren la importancia de la formalidad del trabajo, la presencia de hijos en el hogar, la zona de residencia y el tiempo de exposición a la sociedad costarricense. Estos factores deben ser considerados cuando se analice el acceso al seguro social y a los servicios y a las medicinas de la salud pública. El siguiente capítulo propone un análisis de regresión para profundizar más en este tema.

Notas

1 Los ingresos se miden según categorías, ya que las personas encuestadas no siempre quisieron revelar información sobre los mismos. Con las categorías de ingreso, se trató de solucionar esta limitación. Las categorías incluyen: Ingreso mensual (distribuido de 1-7): 1) Menos de ₡50 000; 2) Entre ₡50 001-100 000; 3) Entre ₡100 001-150 000; 4) Entre ₡150 001-200 000; 5) Entre ₡200 001-300 000; 6) Entre ₡300 001-400 000; 7) Más de ₡400 000.

8. De los derechos a los hechos. Factores que explican el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud

8.1 Introducción

El capítulo anterior presentó la relación que existe entre el país de origen, el estado legal y el acceso a los servicios sociales basada en la realización de análisis estadístico bivariado. Para ampliar este análisis, el presente capítulo investiga mediante un análisis multivariado, específicamente una regresión múltiple, el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud. Basado en los mismos datos de la encuesta que se usaron para el capítulo anterior, este capítulo investiga la relación entre diversos factores y las condiciones del seguro, el acceso a la salud y a los medicamentos públicos.

Este análisis es novedoso en el contexto costarricense. La mayoría de los estudios existentes se basan en investigaciones cualitativas y pocos utilizan información cuantitativa (ver el Capítulo 4). Como parece ser habitual en casi todos los países latinoamericanos, los datos de las encuestas nacionales en Costa Rica contienen solo información limitada sobre los procesos migratorios y sobre el acceso de las personas migrantes a los servicios sociales.

En la siguiente sección de este capítulo, se explica la descripción empírica que se usa para el análisis y, posteriormente, se presentan las variables correspondientes. La sección de análisis evalúa los resultados y los compara con los ya existentes.

8.2 Descripción empírica

Con el fin de estudiar el acceso de las personas migrantes a los servicios sociales (de salud) en Costa Rica (*SS*), suponemos que este acceso es una función de las características de los procesos migratorios (*M*), las características demográficas (*D*), características de la inserción de los individuos al mercado laboral (*ML*), características del hogar (*HH*) y otras dos variables de control (*C*): la ubicación geográfica y la calidad de vivienda de las personas entrevistadas. La ecuación resultante (1) muestra la siguiente relación:

$$(1)\ SS=f(M,D,ML,HH,C)$$

8.2.1 Variables dependientes

Para poder medir *SS,* se determinan tres variables dependientes distintas, es decir, se generaron tres modelos de regresión. Primero, el análisis del marco legal costarricense, las entrevistas y la información proporcionada por los grupos focales demuestran que tener un seguro médico (*S*) por la CCSS es un requisito fundamental para acceder a los servicios de salud. En efecto, aparte de ser un requisito indispensable para acceder a los servicios de salud de la CCSS (siempre que no sean de emergencia), el seguro también es esencial para iniciar el proceso de regularización ante la DGME. Por consiguiente, en términos de la integración de personas inmigrantes, es importante dar a conocer los factores que podrían explicar las razones por las cuales algunos inmigrantes logran obtener seguro, mientras que otros no. Así que, la primera variable dependiente que se estudia es el hecho de si un individuo es asegurado o no.

Segundo, el análisis cualitativo del Capítulo 6 y el análisis cuantitativo descriptivo del Capítulo 7 sugieren que tener un seguro médico es una condición necesaria, pero no siempre suficiente para acceder a los servicios de salud pública y medicamentos públicos. Por lo tanto, se considera primordial establecer los factores que explican el acceso a los servicios de salud pública (*SP*) y a la prestación gratuita de medicamentos (*Me*). Aunque tener seguro médico es probablemente el principal factor determinante para el acceso a los servicios, es preciso no limitarse solo a este factor. Por ello, en algunas regresiones se incluye el seguro como variable independiente, con el objetivo de analizar si, usando como variable control el hecho de que la persona cuente con seguro, otros factores como el origen geográfico de la persona o el estado legal siguen ejerciendo o no un efecto sobre el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos.

Bajo el principio del universalismo que guía la cobertura de salud, se podría suponer que toda la población costarricense está asegurada. Si este fuera el caso, podríamos limitar el análisis solo en la población nicaragüense. Sin embargo, una cantidad no menospreciable de costarricenses carecen de seguro médico (ver Capítulos 2 y 7). Esto presenta la posibilidad de analizar los factores que se relacionan con (la falta de) el acceso al seguro por nacionalidad, así como si la nacionalidad por sí sola implica alguna relación con el acceso a los servicios y a los medicamentos públicos. Por consiguiente, se proporcionan estimaciones del acceso a los *SS* con base en la totalidad de la muestra (nacionales e inmigrantes) y, posteriormente, el análisis se realiza únicamente con la submuestra de nicaragüenses. El Cuadro 22 identifica y define las variables dependientes.

CUADRO 22. LAS VARIABLES DEPENDIENTES QUE MIDEN LOS *SS*

Letra de variable	Descripción de variable	Tipo de variable
S	Acceso al seguro médico	Variable *dummy*: ¿Tiene acceso al seguro médico de la CCSS? (0=no, 1=sí)
SP	Acceso a los servicios de salud pública	Variable *dummy*: Cuando tiene una necesidad médica, ¿puede acceder a la atención médica de la CCSS? (0=no, 1=sí)
Me	Acceso a los medicamentos de la salud pública	Variable *dummy*: Cuando tiene una necesidad médica, ¿puede acceder a los medicamentos públicos proporcionados por la CCSS? (0=no, 1=sí)

FUENTE: Elaboración propia.

8.2.2 Las variables independientes

Las tres variables dependientes que se identifican en el Cuadro 22 serán explicadas por medio de regresiones múltiples sobre la base de diversas variables independientes, de las cuales se presentan las estadísticas descriptivas en el Capítulo 7. Primero, y como aspecto fundamental en esta investigación, se espera que las características del proceso migratorio (*M*) de las personas nicaragüenses jueguen un papel central en la determinación del acceso o del no acceso a los servicios sociales. El modelo más básico incluye una variable *dummy* para las personas encuestadas de origen nicaragüense para evaluar la importancia de la diferencia nacional-inmigrante. Lo anterior, con el propósito de investigar si existe evidencia estadística de una desigualdad de acceso al seguro, a los servicios de salud y a los medicamentos públicos relacionados con la nacionalidad de las personas. Segundo, los análisis legales e investigaciones cualitativas confirman que el estado migratorio es un factor clave para el acceso a la salud pública. Por eso, las regresiones incluyen seis variables *dummies* que clasifican a las personas encuestadas de la siguiente manera: *costarricenses* (categoría de base para las regresiones que incluyen a la población costarricense), *inmigrantes nacionalizados* (categoría de base para las regresiones que comprenden solo a la población nicaragüense), *residentes* (que abarca los permisos de residencia temporal y permanente, así como los permisos de trabajo), *inmigrantes con una visa de turista* (considerando aquellas personas encuestadas que habían ingresado al país con una visa de turista regular por una instancia de 90 días, cuyo lapso no había vencido al momento de ser entrevistados), inmigrantes que se encuentran bajo *un proceso legal para tramitar* el estado migratorio e *inmigrantes "ilegales"*, es decir en condición irregular que carecen de un estado migratorio dentro de las categorías anteriores. Por lo general, para las personas migrantes dentro de la categoría de "ilegales" o turistas se espera una correlación fuertemente negativa con las variables dependientes, ya que,

en principio, estas son excluidas del acceso a la salud pública y a los medicamentos gratuitos. En contraste, la ley estipula que una vez que la persona inmigrante se encuentre bajo un proceso para tramitar su estado regular migratorio, esta puede conseguir un seguro médico (provisional y condicional) por medio de la CCSS, cuando demuestre un comprobante de que ha cumplido con los requerimientos de la DGME. Así, en principio, esta categoría no debería correlacionarse negativamente con el seguro o los servicios de salud pública.

Se espera que las categorías de personas inmigrantes nacionalizadas y residentes legales exhiban una relación positiva con el acceso a la salud pública y, dado que estas categorías representan a los *denizens*, su acceso a servicios no debería ser diferente a los nacionales costarricenses. Si se encuentra alguna relación negativa entre estas categorías y el seguro médico, los servicios médicos o los medicamentos públicos, usando las personas nacionales como base para la comparación y usando otras variables control, esto se podría interpretar como evidencia de que alguna característica intrínseca de ser nicaragüense inhibe este acceso. Lo anterior se podría explicar por actos de discriminación en la oferta de servicios (por parte de los proveedores de salud) o por el miedo de buscar servicios médicos en la demanda de servicios (de parte de la persona inmigrante que requiere de la atención médica).

Por el contrario, si el *denizenship* se relaciona de forma positiva con cualquiera de las variables dependientes, quiere decir que los requisitos legales para obtener el seguro se traducen en índices más altos de aseguramiento entre *denizens* que entre costarricenses. Además, siguiendo la literatura, las regresiones incorporan como variable el tiempo de exposición a la sociedad receptora, definido como la cantidad de años transcurridos posteriores a la primera migración a Costa Rica, así como una aproximación de las redes con las que contaba la persona migrante, medido por si conocía a alguien en el país a la hora de migrar.

Segundo, las regresiones incluyen un vector de variables demográficas (*D*) de la persona encuestada, como por ejemplo la edad y el sexo. Se puede esperar que la demanda por el acceso a la salud y a los medicamentos es más alta en la juventud y la vejez que en las edades adultas intermedias. En lo relativo al sexo, la información obtenida por medio de los grupos focales y fuentes bibliográficas sugiere que las mujeres son los últimos miembros en la familia en conseguir seguro médico, ya que presentan menos probabilidades de trabajar remuneradamente; y si lo hacen, a menudo es en actividades dentro de la economía informal donde enfrentan menor posibilidad de ser aseguradas. Por consiguiente, esto sugiere que los hombres podrían tener mayores índices de seguro y acceso a los servicios de salud. Sin embargo, al mismo tiempo se sabe que la mayoría de las inmigrantes en Costa Rica se encuentran en sus años reproductivos; y, por esta razón, es de esperar que las mujeres requieran de más atención de salud vinculada a la reproducción. Esto podría traducirse en una mayor necesidad de contar con un seguro médico entre mujeres y, por ende, en una mayor cobertura del

seguro médico entre mujeres. No obstante, esta expectativa contradiría los resultados de investigaciones cualitativas previas (Fouratt, 2014b; Goldade, 2009).

Tercero, se presume la hipótesis de que el acceso al seguro, los servicios de salud y los medicamentos públicos pueden estar correlacionados con las características de la inserción en el mercado laboral de la persona encuestada (*ML*). En Costa Rica, según ley, el empleo formal debe incluir el seguro médico de la CCSS, ya sea por medio del patrono o por el seguro 'voluntario' del trabajador independiente. Por lo tanto, se espera que la formalidad laboral se relacione de forma directa con el acceso al seguro médico y a los servicios sociales. Dicha formalidad está determinada en parte por la clasificación de ocupaciones que se creó a partir de la codificación de las ocupaciones del INEC. Esta clasificación se deriva de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO - 08) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Con base en las respuestas de las personas encuestadas, se clasificaron las ocupaciones en uno de los códigos del CIUO. Estos se dividieron en las siguientes categorías de ocupaciones: trabajo no remunerado (que se usa como categoría de comparación o categoría base), profesionales y técnicos, trabajo doméstico remunerado, jornaleros, comerciantes, agricultores y pescadores, oficiales de seguridad, otros servicios y, por último, pensionados.

La categoría de "profesionales y técnicos" se refiere a trabajos de docencia, profesionales médicos, de ciencias como economía, matemáticas y las ciencias sociales, que exigen como mínimo educación secundaria, pero, por lo general, se requiere de educación universitaria. Asimismo, los técnicos han tenido que llevar estudios superiores para los fines de las profesiones técnicas. Dentro de la categoría "jornaleros" se encuentran las personas asalariadas que laboran principalmente en la agricultura y la construcción. Estos trabajos representan labores remuneradas para la cual no se requieren estudios académicos. Por otro lado, la categoría de "comerciantes" abarca un abanico de ocupaciones que implica la venta de distintos tipos de productos. Aunque también incluye a cuatro vendedores ambulantes, la mayoría (74) se consideran vendedores formales, con algún nivel mínimo de estudios para poder desempeñar su función.

La categoría de "agricultores y pescadores" está compuesta por las personas que se dedican por sus propios medios a actividades de agricultura y pesca para poder subsistir, lo cual no requiere de una educación formal. La clasificación de "oficiales de seguridad" está representada por las personas que ofrecen servicios de seguridad y, aunque los servicios formales de seguridad requieren de certificaciones o permisos de portación de armas, muchos nicaragüenses desempeñan esta labor de manera informal. La categoría "otros servicios" es una categoría residual que comprende servicios diversos, como ocupaciones de procesamiento de alimentos, artesanos y prestadores de servicios de cuidados personales.

Se espera que sea más común que las personas trabajadoras asalariadas que laboran en sectores informales, como la agricultura y la construcción, carezcan de seguro médico (Voorend y Robles, 2011; Voorend *et al.*, 2013). Por el contrario, se espera que

las personas trabajadoras independientes, que tienen su propio negocio de agricultura o pesca, sí tengan seguro, ya que, para formalmente registrar estos negocios, la persona debe contar con un seguro médico. En cuanto a los servicios de seguridad, no queda claro el tipo de relación que se podría esperar, dado que muchas personas inmigrantes laboran de manera informal en este sector (y, probablemente, no cuentan con seguro), mientras que otros laboran para empresas de seguridad, donde el seguro médico podría o no formar parte del contrato de empleo. Las mismas categorías de ocupaciones también aplican para la persona jefa de hogar. Todas las variables que miden estas categorías ocupacionales son variables *dummies.* En las regresiones, el trabajo no remunerado/desempleo son utilizados como base para comparaciones.

Además, en todas las regresiones, se incluyen variables *dummies* para medir si se reconocen los siguientes derechos laborales: aguinaldo, incapacidad por enfermedad, días feriados, seguro por riesgos del trabajo y horas extra. Si bien se espera que el cumplimiento de estos derechos laborales se correlacione de manera positiva con el seguro médico, el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos públicos, es poco probable que todos los derechos mantengan el mismo nivel de importancia para explicar este acceso. Asimismo, en las regresiones también se incluyen el número de años de escolaridad formal de la persona encuestada, así como sus ingresos económicos, los cuales son representados mediante una variable categórica. Se espera que estas tres variables se relacionen positivamente con las variables dependientes.

Cuarto, los grupos focales y las entrevistas sugieren que las características familiares y la composición del hogar (*HH*) influyen en el acceso al seguro médico, los servicios de salud y los medicamentos. Se incluye una variable *dummy* para identificar a la persona jefe de hogar, bajo el supuesto de que esta persona tiene mayor probabilidad de estar insertada en el mercado laboral y, por ende, más posibilidades de estar asegurada. Además, siguiendo la literatura feminista, se incluyó una tipología de familia con base en la división sexual del trabajo: "tradicional" (el hombre tiene trabajo remunerado, pero la mujer no), "modificada o inversa" (tanto el hombre como la mujer son asalariados, o solo la mujer lo es), "unipersonal/monoparental" y "otras" clasificaciones que incluyen las familias extensas y compuestas. Es de esperar que existan mayores posibilidades de tener acceso al seguro directo entre las familias donde los miembros familiares trabajan remuneradamente. Esto es especialmente importante para las personas migrantes, debido a que tienen más dificultades para acceder al seguro indirecto por motivos del marco legal vigente.

Además, se espera que dicho acceso se relacione positivamente con la presencia de menores de 18 años en el hogar. Legalmente, los menores de edad tienen un derecho universal para el acceso a la salud; es decir, ni el estado migratorio ni la situación socio-ocupacional deberían significar un impedimento para este derecho. El análisis de los grupos focales (Capítulo 6) y de los datos de la encuesta (Capítulo 7) confirman que los niños y las niñas pueden acceder a los servicios de salud independientemente del estado migratorio. En las regresiones, no obstante, se quiere analizar si los menores

de edad sirven como mediadores para el acceso a la salud de las personas adultas. Por consiguiente, las regresiones incluyen dos variables *dummies:* una para la presencia de menores de 6 años y otra para niños o niñas entre los 7 y 18 años de edad. Esta diferenciación se basa en la idea de que los menores de 6 años todavía necesitan de una atención y control médico más regular, por lo cual se espera más interacción con el sistema de salud pública, que a su vez podría resultar en mayor acceso de las personas adultas.

Para las regresiones referentes únicamente a la población de inmigrantes nicaragüenses, el vector *HH* también comprende una variable *dummy* para los niños *nacidos en Costa Rica*. A través del principio de *ius soli*, estos niños tienen la nacionalidad costarricense y el marco legal vigente permite que las personas adultas regularicen su estado migratorio por medio de sus hijos (y, en el proceso, conseguir acceso al seguro médico). Asimismo, se incluye una variable *dummy* para aquellas formaciones de familias en las cuales no hay una persona menor de edad, pero sí una persona adulta nacida en Costa Rica. En teoría, se podría esperar que la presencia de una persona nacida en Costa Rica facilite la posibilidad de obtener un seguro, ya sea por medio del seguro familiar o por el acceso a redes e información que faciliten el acceso a un seguro indirecto.

Por último, las regresiones incluyeron variables para controlar las diferencias entre zonas rurales y urbanas; y se usó un índice que mide la calidad de las viviendas como una variable *proxy* de la condición socioeconómica. Se espera que esta última se relacione positivamente con el acceso a la salud y al seguro médico, mientras que para la primera (una variable *dummy* para las zonas urbanas) es más difícil predecir cómo se relaciona con el acceso a la salud pública. Podría resultar una relación negativa, ya que en las zonas urbanas hay más opciones de mercado en cuanto a las prestaciones de atención médica y medicamentos, en comparación con las zonas rurales. Además, en zonas urbanas es más fácil acceder a servicios médicos de emergencias (en hospitales), que son accesibles sin importar el estado migratorio. Lo anterior podría significar que las personas migrantes sientan menos incentivos para iniciar los procesos regulatorios debido a una mayor cobertura de los servicios de emergencias. En contraste, en las zonas rurales los más pequeños centros de salud de los EBAIS son el primer acceso a los servicios de atención médica, donde, en principio, solo se brinda la atención a personas aseguradas, lo que podría obligar a las personas migrantes a obtener el seguro. Dicho esto, en las zonas rurales las tasas de aseguramiento, especialmente en el sector de la agricultura (Voorend y Robles, 2011), son menores entre las personas migrantes (Capítulo 7).

8.2.3 Modelos de regresión

Todos los modelos de regresión se estiman con variables dependientes cualitativas binarias (*SS*), lo que significa que los mismos toman solo dos valores: 0 o 1. Dada la naturaleza de las variables dependientes, se estiman modelos de regresión

probit usando como método de estimación la máxima verosimilitud. Es decir, se asume que el término de error en el modelo de respuesta binaria (ver ecuación 2) tiene una distribución normal. Entonces, la probabilidad de acceso al seguro (*S*), servicios de salud pública (*SP*) o medicamentos públicos (*Me*) se determina por medio de la siguiente función con base en las características de la migración (M_i), características demográficas (D_i), características de la inserción al mercado laboral (ML_i), características del hogar (HH_i) y otras variables de control (C_i).

$$(2)\ Pr[SS_i=1]=Prob[\beta_{ML}\ ML_i+\beta_D D_i+\beta_{HH}\ HH_i+\beta_M\ M_i+\beta_C C_i+\varepsilon_i>0]$$

En la Cuadro 23, se indican cuatro distintos modelos para el análisis de regresión. Los modelos se realizan por medio de dos muestras: primero, todos en conjunto (nacionales e inmigrantes) y luego solo la muestra de nicaragüenses (NIC). Se usan diferentes regresiones (de más simple a más complejo) para analizar la consistencia de los estimados conforme se vayan incluyendo más variables independientes. Por ejemplo, el modelo 1 solo abarca la variable *dummy* de "ilegal" como medición para el estado migratorio. En los modelos posteriores, el estado migratorio se amplía más para incluir otros estados legales. El último modelo, que solo aplica para el acceso a la salud pública y a los medicamentos, incluye el seguro médico como una variable independiente. Lo anterior con el fin de constatar la importancia del seguro médico para el acceso a los servicios de salud pública y a los medicamentos, y analizar el comportamiento de las otras variables. Si las variables del estado migratorio siguen siendo significativas luego

CUADRO 23. VARIABLES INDEPENDIENTES INCLUIDAS EN CADA MODELO

Vector	Denominación breve	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
D: Demografía	Edad	X	X	X	X
	Edad^2	X	X	X	X
	Sexo	X	X	X	X
ML: Mercado laboral	Seguro*				X
	Derechos laborales - Variables *dummy*	X	X	X	X
	Educación	X	X	X	X
	Categoría de ingresos	X	X	X	X
	Ocupación – Encuestado		X	X	X
	Ocupación – Jefe/a HH			X	X
HH: Hogar	Menores de 6 años	X	X	X	X
	Niños/as entre los 7 y 18 años	X	X	X	X
	Niño/a nacido/a en C.R.		NIC	NIC	NIC
	Adulto C.R.		NIC	NIC	NIC
	Tipo de familia – Trad.	X	BASE	BASE	BASE
	Tipo de familia – todas las variables *dummy*		X	X	X
	Jefe/a de hogar	X	X	X	X
M: Migración	Nicaragua**				X
	Años en Costa Rica	X	X	X	X
	Contacto C.R.	X	X	X	X
	Estado migratorio: "Ilegal"	X	X	X	X
	Estado migratorio: Nacional		BASE	BASE	BASE
	Estado migratorio: Otras variables *dummy*		X	X	X
Otras Control	Calidad de Vivienda	X	X	X	X
	Urbano	X	X	X	X

* En el caso de las regresiones con S como variable dependiente, claramente no se incluye S como variable independiente. / ** En el caso de las regresiones con solo población NIC, no se incluye la respectiva variable *dummy*.

FUENTE: Elaboración propia.

8.3 Estimaciones de los modelos probit

8.3.1 Seguro médico

El Cuadro 24 reporta los coeficientes (efectos marginales) de las regresiones *probit* para la variable dependiente del seguro (*S*). Estos coeficientes miden el efecto *ceteris paribus* de cambios en las variables independientes en la variable dependiente. Las primeras tres regresiones se basan en las personas encuestadas nicaragüenses (1-3), mientras los modelos de las columnas 4-7 se estiman con la muestra total.

Entre las variables que miden las características demográficas (D), hay evidencia estadística limitada de que la edad sea un factor que influya en la posibilidad de obte-

ner seguro médico. En las regresiones 1, 4 y 5, es decir, en los modelos más sencillos, se observa que la edad correlaciona de forma positiva con el *S*. Tanto para la muestra de inmigrantes como la muestra total, los resultados indican que la posibilidad de adquirir un seguro médico aumenta con 0.8 y 0.6 puntos porcentuales por cada año de edad, respectivamente. Dicho de otro modo, basado en la muestra total, una persona de 40 años tiene 6 puntos porcentuales más de probabilidad de tener un seguro médico que una persona 10 años menor, *ceteris paribus*. Si bien esto es consistente con las expectativas iniciales, los resultados no son muy robustos, ya que el efecto se cancela cuando se incluyen otras variables en modelos más complejos. En todas las descripciones, el sexo masculino es un factor que se asocia con una menor probabilidad, de 14 hasta 16 puntos porcentuales, de tener un seguro en comparación con el sexo femenino. El efecto es similar entre las personas migrantes, pero la variable no es estadísticamente significativa.

Los resultados no corroboran el argumento de la discriminación en contra de los nicaragüenses. La regresión 4, que excluye las categorías del estado migratorio, pero incluye una variable *dummy* para las personas nicaragüenses, demuestra que, en comparación con los costarricenses, el solo hecho de ser nicaragüense no significa un impedimento para acceder al seguro médico. Es decir, los datos no pueden comprobar lo que desde la investigación cualitativa se ha sugerido sobre la discriminación de nicaragüenses, solo por su nacionalidad. De igual forma, en las regresiones donde se usa el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos como variables dependientes, no se encuentra evidencia que afirme que la nacionalidad nicaragüense restrinja el acceso a estos servicios (no reportados aquí). El coeficiente y los errores estándares para la variable *dummy* "nicaragüense" en la regresión de la salud (-0.018; 0.069, respectivamente) y las regresiones de medicamentos (0.014; 0.077, respectivamente) indican que no existe evidencia de estadísticas a favor de la discriminación. Por consiguiente, en el resto de las regresiones se excluye la variable *dummy* "nicaragüense" y más bien se clasifica la población nicaragüense según su estado migratorio (regresiones 1-3 y 5-7).

En efecto, de las variables del vector de migración (*M*), las más importantes son las que se relacionan con el estado migratorio. Hay evidencia estadística fuerte de que las variables de estado migratorio son determinantes claves para la probabilidad de contar con un seguro médico. Las categorías "ilegal" y "turista" son consistentemente significativas, y tienen coeficientes grandes. Inmigrantes "ilegales" presentan una probabilidad de tener un seguro de entre 47 y 74 puntos porcentuales menor que una persona nicaragüense naturalizada (regresiones 1-3); y entre 44 y 51 puntos porcentuales menos que los nacionales costarricenses (regresiones 4-7). Esta relación negativa es aún más fuerte para inmigrantes nicaragüenses con estado de turista en el país. Congruente con las expectativas, en promedio el hecho de tener un estado de "turista" reduce la posibilidad de poseer un seguro médico entre 65 y 75 puntos porcentuales.

En principio, si bien se supone que el estado de *denizen* se relaciona de manera positiva con *S*, no debería aparecer como significativo en estas regresiones, ya que la base para la comparación es el grupo de nacionales costarricenses. Es decir, en general, no existe razón alguna para suponer que un inmigrante residente o naturalizado tenga mejores o peores oportunidades de acceso al seguro médico que un costarricense. En efecto, no existen diferencias significativas entre inmigrantes residentes y nacionales, pero en las regresiones 6 y 7 se puede ver que las personas migrantes naturalizadas tienen una mayor probabilidad de estar aseguradas que las personas nacionales, de unos 15 puntos porcentuales. Este resultado se analiza con detenimiento más adelante. A pesar de que, en teoría, debería ser posible conseguir un seguro médico para personas inmigrantes con el proceso de regularización en trámite, los resultados demuestran que en la práctica pocos tienen seguro. La categoría de "en proceso" es consistentemente significativa y se correlaciona fuerte y negativamente con la probabilidad de poseer un seguro médico, con un efecto grande de entre 40 y 60 puntos porcentuales.

Tener un contacto en Costa Rica antes de inmigrar al país no parece influir en la posibilidad de poseer un seguro. De igual forma, el tiempo de exposición a la sociedad receptora, medido por los años de estadía en Costa Rica, solo es importante en los modelos más sencillos, pero su efecto desaparece cuando se incluyen más variables independientes. Las regresiones 1, 4 y 5 señalan que un inmigrante con 20 años de vivir en Costa Rica tiene una posibilidad mayor, de 8 puntos porcentuales, de tener un seguro médico que un inmigrante con 10 años en el país. Esta relación positiva es congruente con la teoría, pero la evidencia empírica en estas regresiones no es muy fuerte.

Las variables *dummy* empleadas para medir los derechos laborales muestran resultados importantes. Aunque el pago de días feriados carece de relevancia en todas las regresiones, los otros derechos laborales resultaron significativos en al menos una de las regresiones. Notable es que en todos los casos el seguro por riesgo laboral es significativo y robusto, y guarda una relación positiva con *S*, tanto en las regresiones con solo la población nicaragüense como para la población total. En el caso de la muestra nicaragüense, al tener un seguro por riesgo laboral, se traduce en una posibilidad mayor, de 45 puntos porcentuales, de conseguir el seguro médico. Esto, por supuesto, refleja la formalidad del trabajo específico. Entre la población total, el efecto es también grande, aunque menor, aproximadamente de 24 puntos porcentuales. Asimismo, también como reflejo de la formalidad del trabajo, el pago del aguinaldo tiene una repercusión positiva en la probabilidad (un aumento de unos 17 puntos porcentuales) de tener un seguro médico entre las personas migrantes. Sin embargo, los resultados son casi insignificantes. En contraste, entre personas migrantes que reciben pago por incapacidad o por horas extra, la probabilidad de estar asegurada es de 26 y 29 puntos porcentuales menor, respectivamente. Resulta un poco paradójico que estas variables parecen reflejar la *informalidad* laboral, lo que indica una situación compensatoria, en la cual el inmigrante carece de un contrato formal y de seguro médico, pero tiene derecho al pago por días de incapacidad y horas extra.

La categoría de ingresos solo es significativa en la regresión 7. Se relaciona positivamente con la probabilidad de tener seguro, lo cual sugiere entre la población total que todo aumento en esta categoría incrementa las posibilidades de obtener un seguro médico en un 2.6 puntos porcentuales. Dicho de otro modo, este incremento ocurre cuando los ingresos aumentan unos 50 000 colones mensuales (cerca de USD 100), que corresponde a la diferencia entre las categorías establecidas. No obstante, usando la muestra de nicaragüenses, la categoría de ingresos no es significativa. De manera similar, y algo sorprendente, no existe ninguna prueba estadística que compruebe que la educación influya en la probabilidad de obtener el seguro.

Con respecto a las variables que miden las ocupaciones, así como las variables de los tipos de familias, prácticamente ninguna muestra sobresaliente. Es decir, existe poca evidencia estadística de que el tipo de empleo (ya controlado por la formalidad del trabajo con las variables de los derechos laborales) y del tipo de familia afecten de manera significativa la probabilidad de estar asegurado. De manera similar, la presencia de un menor de entre 7 y 18 años, una persona adulta costarricense o el hecho de que la persona encuestada sea la persona jefa del hogar, no parecen generar algún efecto en *S*. Por consiguiente, esos factores no se abarcan en mayor detalle en esta sección y los resultados de las regresiones de estas variables se adjuntan en el Anexo 8. La única variable dentro de las características de hogar que es consistentemente significativa en las regresiones con la muestra de inmigrantes (regresiones 1-3) es la presencia de un niño o una niña menor de 6 años. Esta variable se relaciona de manera negativa con *S*, lo cual sugiere que los inmigrantes con hijos menores tienen menos probabilidades (cerca de 23 puntos porcentuales) de estar asegurados que personas inmigrantes sin hijos menores. De nuevo, lo anterior puede parecer un resultado inesperado, pero más adelante se discuten las posibles razones de este hecho.

Por último, en concordancia con el principio universal del seguro médico en Costa Rica, no se encontró evidencia estadística de diferencias en la probabilidad de estar asegurado entre las zonas urbanas y las rurales. De igual modo, el índice de calidad de vivienda, que es un *proxy* de la situación socioeconómica, no manifiesta una relación significativa con el estado del seguro.

CUADRO 24. RESULTADOS DE LAS REGRESIONES *PROBIT* PARA EL SEGURO *(S)* (SE REPORTAN EFECTOS MARGINALES)

		Variable dependiente: acceso al seguro médico público *(S)*						
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(1a)	(1b)	(2)	(3)
	Población:	Solo nicaragüenses			Población total			
	N.º de regresión:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
D	Edad	0.032**	0.009	0.006	0.013*	0.012*	0.006	0.007
		(0.011)	(0.013)	(0.013)	(0.006)	(0.006)	(0.007)	(0.007)
	Sexo	-0.157+	-0.157	-0.175+	-0.157***	-0.142**	-0.164**	-0.164**
		(0.086)	(0.100)	(0.099)	(0.046)	(0.046)	(0.055)	(0.055)
M	Nicaragüenses				-0.074			
					(0.056)			
	Años en C.R.	0.008*	-0.000	0.000	0.006**	0.006***	0.002	0.002
		(0.004)	(0.004)	(0.003)	(0.002)	(0.001)	(0.002)	(0.002)
	Contacto en C.R.	-0.011		-0.009	-0.001	-0.007	0.014	0.017
		(0.063)		(0.068)	(0.041)	(0.041)	(0.050)	(0.051)
	"Ilegales"	-0.471***	-0.739***	-0.744***		-0.438***	-0.510***	-0.495***
		(0.067)	(0.093)	(0.095)		(0.067)	(0.094)	(0.095)
	Naturalizados						0.149**	0.145**
							(0.048)	(0.045)
	Residentes		-0.172	-0.157			0.047	0.062
			(0.151)	(0.153)			(0.058)	(0.055)
	Turistas		-0.759***	-0.772***			-0.637***	-0.658***
			(0.053)	(0.050)			(0.111)	(0.104)
	En proceso		-0.625***	-0.650***			-0.386**	-0.390**
			(0.121)	(0.115)			(0.123)	(0.122)
ML	Aguinaldo	0.171+	0.209+	0.209	-0.058	-0.076	-0.055	-0.038
		(0.102)	(0.117)	(0.136)	(0.093)	(0.095)	(0.103)	(0.104)
	Días por incapacidad de enfermedad	-0.181	-0.234+	-0.264*	-0.055	-0.065	-0.081	-0.073
		(0.125)	(0.126)	(0.130)	(0.087)	(0.088)	(0.086)	(0.085)
	Feriados pagados	0.024	-0.054	-0.056	0.112	0.115	0.083	0.087
		(0.135)	(0.150)	(0.169)	(0.075)	(0.074)	(0.081)	(0.082)
	Seguro por riesgos laborales	0.456***	0.421***	0.425***	0.243***	0.250***	0.237***	0.229***
		(0.041)	(0.047)	(0.046)	(0.033)	(0.032)	(0.035)	(0.034)

continúa...

continuación

		Variable dependiente: acceso al seguro médico público *(S)*						
Modelo:		(1)	(2)	(3)	(1a)	(1b)	(2)	(3)
Población:		Solo nicaragüenses			Población total			
N.º de regresión:		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
ML	Horas extras pagadas	-0.290*	-0.302*	-0.277*	-0.021	-0.018	-0.012	-0.022
		(0.126)	(0.126)	(0.131)	(0.068)	(0.069)	(0.071)	(0.068)
	Educación	0.001	-0.000	-0.002	0.001	-0.001	-0.002	-0.002
		(0.009)	(0.008)	(0.008)	(0.005)	(0.005)	(0.005)	(0.005)
	Categoría de ingresos	-0.002	0.016	0.023	0.008	0.006	0.020+	0.026*
		(0.018)	(0.020)	(0.021)	(0.009)	(0.009)	(0.011)	(0.012)
HH	Niños menores de 6 años	-0.196*	-0.236*	-0.233*	0.012	-0.018	-0.019	-0.017
		(0.088)	(0.095)	(0.098)	(0.040)	(0.042)	(0.042)	(0.042)
	Niños costarricenses	0.139	0.139	0.157				
		(0.104)	(0.119)	(0.114)				
C	Zona urbana	0.005	0.054	0.080	0.007	-0.014	0.001	0.027
		(0.064)	(0.072)	(0.079)	(0.033)	(0.034)	(0.036)	(0.039)
	Calidad de vivienda	0.023*	0.018+	0.022*	0.011*	0.010+	0.008	0.007
		(0.009)	(0.010)	(0.010)	(0.005)	(0.005)	(0.006)	(0.006)
Observaciones		394	394	394	795	795	795	795
Pseudo R2		0.310	0.442	0.460	0.221	0.271	0.357	0.375
Log Verosimilitud		-178.38	-144.28	-139.66	-329.18	-329.18	-290.39	-282.30

Los errores estándares aparecen en paréntesis. / *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

Fuente: Elaboración propia.

8.3.2 El acceso a la salud pública

En el Cuadro 25, se presentan las regresiones numeradas del 8 al 15, las cuales estiman los efectos en el acceso a los servicios de salud (*SP*). En este caso, no existen pruebas estadísticas que demuestren que las características demográficas (edad y sexo) influyan en el acceso a los servicios de salud. Además, a diferencia de las regresiones con el seguro médico como variable dependiente, no se muestran resultados significativos en las variables *dummy* de los derechos laborales. Solamente el seguro por riesgo laboral muestra resultados significativos en las regresiones 8-10 y 12-14, lo que sugiere una correlación positiva con la posibilidad de tener acceso a los servicios de salud. Sin embargo, esta asociación desaparece cuando se incluye el seguro médico como variable independiente, lo cual significa que poseer un seguro médico es lo que importa para acceder a los servicios de salud pública. Parece que la variable del seguro de riesgo laboral captura parte del efecto del seguro médico cuando este último no se incluye. En otras palabras, ambos seguros son un reflejo de la formalidad del trabajo.

Resulta interesante que, a diferencia del seguro por riesgo laboral, la variable que mide el reconocimiento de pago de horas extra en las regresiones con la muestra de inmigrantes adquiere importancia cuando se controla por el seguro médico (regresión 11). Esto sugiere que el pago por horas extra aumenta la probabilidad de acceso a los servicios de salud pública en unos 27 puntos porcentuales, aproximadamente. Este resultado se discute en detalle más adelante.

En cuanto a las características migratorias, el estado migratorio tiene un papel fundamental en el acceso a los servicios de salud. La "ilegalidad" es un factor clave para este acceso, en particular debido a la relación negativa con el seguro médico. Si bien el tamaño del coeficiente de esta variable disminuye cuando se controla por el seguro médico, la "ilegalidad" sigue ejerciendo un efecto negativo sobre el acceso a los servicios de salud. Es decir, tiene poder explicativo propio. En efecto, 20 personas nicaragüenses encuestadas presentaban un estado migratorio "ilegal", pero aun así tenían un seguro médico (representando un 25.6 por ciento de todos los "ilegales" en la muestra), pero legalmente esta posibilidad se eliminó en el 2012 con el nuevo requisito de la CCSS para obtener el seguro médico (ver Capítulo 3). De igual modo, 11 personas estaban bajo un trámite de proceso de regularización y ya tenían seguro. Por el contrario, el efecto negativo que se registra para las personas inmigrantes con estado de "turista" se disminuye y se vuelve (casi) insignificante cuando se controla por el seguro médico. Todo esto sugiere que el acceso a los servicios de salud, primordialmente del seguro médico, y tal y como se ha visto anteriormente, depende principalmente del estado migratorio. Como se había previsto, las categorías que capturan el *denizenship* no exhiben diferencias significativas en comparación con las personas migrantes nacionalizadas (8-11) o las personas nacionales costarricenses (12-15).

CUADRO 25. Resultados de las regresiones *probit* para la salud pública *(SP)* (se reportan efectos marginales)

		Variable dependiente: acceso a la salud pública *(SP)*							
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Población:	Solo nicaragüenses				Población total			
	N.º de regresión:	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
D	Edad	0.018	-0.002	0.000	-0.005	0.009	0.003	0.005	-0.001
		(0.011)	(0.012)	(0.012)	(0.013)	(0.007)	(0.007)	(0.007)	(0.007)
	Sexo	0.017	0.078	0.086	0.151	-0.049	-0.065	-0.058	0.002
		(0.079)	(0.097)	(0.099)	(0.107)	(0.047)	(0.056)	(0.056)	(0.058)
M	Años en C.R.	0.007*	0.000	0.001	0.001	0.006***	0.003	0.003	0.003
		(0.003)	(0.003)	(0.003)	(0.003)	(0.001)	(0.002)	(0.002)	(0.002)
	Contacto en C.R.	-0.022	-0.021	-0.011	-0.011	-0.016	0.008	0.013	0.011
		(0.059)	(0.065)	(0.066)	(0.067)	(0.048)	(0.056)	(0.056)	(0.056)
	"Ilegales"	-0.365***	-0.477***	-0.463***	-0.232+	-0.369***	-0.433***	-0.427***	-0.219*
		(0.063)	(0.100)	(0.104)	(0.132)	(0.064)	(0.082)	(0.083)	(0.096)
	Naturalizados						-0.017	-0.021	-0.099
							(0.103)	(0.103)	(0.112)
	Residentes		0.029	0.040	0.041		0.057	0.064	0.024
			(0.110)	(0.112)	(0.111)		(0.064)	(0.064)	(0.072)
	Turistas		-0.473***	-0.492***	-0.199		-0.435***	-0.442***	-0.150
			(0.100)	(0.096)	(0.163)		(0.106)	(0.105)	(0.133)
	En proceso		-0.472***	-0.462***	-0.318*		-0.451***	-0.450***	-0.318*
			(0.100)	(0.106)	(0.149)		(0.098)	(0.098)	(0.129)
ML	Seguro médico				0.579***				0.552***
					(0.062)				(0.047)
	Aguinaldo	0.026	0.063	0.088	0.020	-0.049	-0.013	-0.014	-0.006
		(0.128)	(0.148)	(0.141)	(0.147)	(0.095)	(0.099)	(0.099)	(0.096)
	Días por incapacidad de enfermedad	-0.120	-0.148	-0.137	-0.042	-0.062	-0.059	-0.052	-0.023
		(0.130)	(0.133)	(0.131)	(0.135)	(0.086)	(0.088)	(0.087)	(0.083)
	Feriados pagados	0.014	-0.073	-0.085	-0.062	0.109	0.054	0.062	0.034
		(0.135)	(0.155)	(0.150)	(0.151)	(0.086)	(0.097)	(0.095)	(0.093)
	Seguro por riesgos laborales	0.313***	0.271**	0.257*	-0.007	0.164**	0.158*	0.143*	-0.005
		(0.086)	(0.103)	(0.108)	(0.141)	(0.060)	(0.065)	(0.067)	(0.077)

continúa...

continuación

		Variable dependiente: acceso a la salud pública *(SP)*							
Modelo:		(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
Población:		Solo nicaragüenses				Población total			
N.º de regresión:		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
ML	Horas extras pagadas	0.094	0.143	0.139	0.271**	0.039	0.049	0.047	0.078
		(0.104)	(0.103)	(0.103)	(0.092)	(0.063)	(0.063)	(0.065)	(0.063)
	Educación	0.002	0.004	0.003	0.007	-0.001	-0.001	-0.000	0.001
		(0.008)	(0.009)	(0.009)	(0.010)	(0.006)	(0.006)	(0.006)	(0.006)
	Categoría de ingresos	-0.027	-0.017	-0.012	-0.022	-0.028**	-0.014	-0.012	-0.022
		(0.017)	(0.023)	(0.023)	(0.024)	(0.010)	(0.014)	(0.014)	(0.014)
HH	Niños menores de 6 años	0.097	0.112	0.110	0.231**	0.055	0.054	0.054	0.083+
		(0.077)	(0.083)	(0.084)	(0.087)	(0.047)	(0.048)	(0.047)	(0.049)
	Niños costarricenses		-0.012	-0.024	-0.102				
			(0.103)	(0.102)	(0.120)				
C	Zona urbana	-0.030	0.045	0.036	0.001	-0.007	0.054	0.060	0.061
		(0.062)	(0.070)	(0.075)	(0.079)	(0.039)	(0.043)	(0.045)	(0.046)
	Calidad de vivienda	0.024*	0.022*	0.019+	0.014	0.014*	0.013*	0.013*	0.012+
		(0.009)	(0.010)	(0.010)	(0.011)	(0.006)	(0.006)	(0.006)	(0.006)
Observaciones		394	394	394	394	795	795	795	795
Pseudo R2		0.150	0.254	0.273	0.381	0.135	0.200	0.209	0.325
Log Verosimilitud		-227.68	-199.92	-194.63	-165.89	-428.24	-395.95	-391.62	-333.94

Los errores estándares aparecen en paréntesis. / *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

FUENTE: Elaboración propia.

Por último, las personas migrantes que están con los trámites de regularización en proceso tienen muy pocas posibilidades de tener acceso a los servicios de salud, aunque legalmente no existe impedimento a este acceso.

Tener un contacto en Costa Rica antes de migrar no afecta la probabilidad de acceder a los servicios de salud pública. Asimismo, parece que los años de estadía en Costa Rica tampoco influyen fuertemente en el acceso a la salud. Por último, hay alguna evidencia estadística para la afirmación de que las personas migrantes pueden acceder a los servicios de salud por medio de sus hijos. Luego de incluir la variable control del seguro médico (regresión 11), un niño o niña menor de 6 años en el hogar aumenta la probabilidad de acceder a los servicios de salud pública con 23 puntos porcentuales. Este es un dato interesante, ya que el análisis cualitativo fue algo confuso para determinar si los niños fungen o no como catalizadores de acceso para los adultos.

De nuevo, no parecen existir diferencias estadísticas significativas entre zonas urbanas y rurales en cuanto a las probabilidades de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, esta probabilidad sí incrementa con el índice de calidad de vivienda en las regresiones para la población total. Por cada punto de aumento en el índice de calidad de vivienda, la probabilidad de acceso a servicios de salud aumenta 1.3 puntos porcentuales. Entre una persona que vive en una vivienda de la calidad más pobre (3 puntos) y una persona que vive en una vivienda de la mayor calidad (9 puntos) hay una diferencia en la probabilidad de acceso a *SP* de 7.8 puntos porcentuales. Entre inmigrantes solamente, este efecto es mayor, pero no significativo cuando se controla por el seguro médico.

8.3.3 Acceso a los medicamentos públicos

Por último, a grandes rasgos, los resultados de las regresiones con el acceso a los medicamentos públicos como variable dependiente son similares a lo encontrado para el acceso a los servicios de salud. Por esta razón, los hallazgos de estas regresiones se reportan en el Anexo 8, aunque los resultados más importantes se exponen brevemente en esta sección.

Al igual que en el caso del acceso a los servicios de salud, el seguro es un factor clave para acceder a los medicamentos públicos, con un efecto similar de 54 puntos porcentuales, aproximadamente. Asimismo, tres de las variables *dummy* de los derechos laborales tienen una gran importancia: los días por incapacidad de enfermedad, el seguro por riesgo laboral y el aguinaldo. Sin embargo, solo esta última es significativa estadísticamente aun cuando se incorpora el seguro médico en las regresiones. El reconocimiento del aguinaldo entre las personas migrantes se correlaciona negativamente con el acceso a medicamentos (*Me)*, ya que la probabilidad se disminuye en 35 puntos porcentuales. Esta relación negativa, con un coeficiente grande, se podría vincular con el mayor poder adquisitivo que implica el pago del aguinaldo, lo cual hace más abierto el acceso a medicamentos privados. Los días por incapacidad de enfermedad también implican una asociación negativa entre las personas migrantes, pero esta pierde su ya débil relevancia cuando se incluye el seguro. El seguro por riesgo laboral es significativo y positivo para las dos poblaciones, pero captura el efecto de la formalidad del trabajo en el seguro médico y carece de importancia por su propia cuenta.

La presencia de niños o niñas menores de 6 años es significativa y positiva en las regresiones para toda la población, tal y como se aprecia en el Anexo 8. Esta presencia aumenta las posibilidades de acceso a los medicamentos públicos en 12 puntos porcentuales aproximadamente. Sin embargo, esto no ocurre en las regresiones para la población nicaragüense. Por el contrario, las categorías migratorias muestran resultados conforme a las expectativas, de manera similar al acceso a los servicios de salud pública. Las personas migrantes "ilegales" y turistas tienen probabilidades significativamente menores para acceder a los medicamentos públicos, así como también las personas migrantes que se encuentran en trámites de proceso regulatorio.

Cabe mencionar que, para la población total, vivir en zonas urbanas disminuye la probabilidad de acceder a los medicamentos públicos entre 8 y 14 puntos porcentuales. Esto sugiere que hay más uso de medicamentos privados en zonas urbanas. Resulta interesante que este efecto no es común entre las personas migrantes, lo que supone que el acceso de estos a los medicamentos no es muy diferente en las zonas rurales y urbanas.

8.4 Factores que explican el acceso de las personas migrantes a la salud

Los resultados de las regresiones reafirman en muchos casos el trabajo cualitativo sobre la inclusión de personas migrantes y el acceso a los servicios sociales; en otros pocos lo contradice. Primero, el análisis cualitativo señala que existe discriminación evidente en contra de las personas migrantes y, además, sugiere que "las categorías 'nacional' versus 'migrante' son distinguibles y a menudo más determinantes que 'asegurado' versus 'no asegurado'" (Spesny-Dos Santos, 2015, p. 7),[1] algo que la parte cualitativa de la presente investigación también confirma. Sin embargo, el análisis de las regresiones no lo puede confirmar. Las regresiones incluían una variable *dummy* para cuando la persona encuestada fuera de origen nicaragüense. Sin embargo, incluso cuando no se controla por el estado migratorio, no se observaron pruebas estadísticas que respaldaran la tesis de que haya discriminación en el acceso a la salud por ser nicaragüense. Después, se incluyeron variables *dummy* para las categorías de estado migratorio, que podrían haber confirmado evidencia de discriminación si las personas *denizens* tuvieran menos probabilidades de acceder a los servicios sociales en comparación con las nacionales. No obstante, este no fue el caso.

En cambio, los resultados de las regresiones sugieren claramente que el acceso a la salud pública y a los medicamentos públicos dependen principalmente del seguro médico el cual, a su vez, depende principalmente del estado migratorio. Sobre todo, las personas migrantes turistas e "ilegales" enfrentan dificultades para acceder al seguro médico y, en consecuencia, tienen un menor acceso a la salud pública y a los medicamentos. Lo anterior es un resultado esperado, dadas las mayores restricciones que impuso la CCSS en el 2012 para acceder al seguro médico.

Dicho esto, la "ilegalidad" también tiene un poder explicativo propio, incluso después de controlar por el seguro médico. Es decir, incluso si una persona inmigrante "ilegal" cuenta con seguro médico (una posibilidad que se redujo drásticamente luego de que la CCSS ejecutara una ley más estricta a partir del 2012), el hecho de que esta persona no tenga documentos legales que demuestren su estado migratorio legal dificulta su acceso a la salud pública y a los medicamentos. Las estimaciones obtenidas con el análisis de los modelos de regresión confirman la expectativa general de que un inmigrante *denizen* tiene las mismas probabilidades de acceso a los servicios sociales que los nacionales. Sin embargo, también resulta interesante que los resultados indican que las personas migrantes nacionalizadas presentan mayores probabilidades de tener seguro que los nacionales. Esto se explica, en parte, por los requerimientos legales de la nacionalización (que requiere el seguro directo de la CCSS), pero también refleja el hecho de que existe una cantidad de costarricenses, cerca de 14 %, que no se encuentran aseguradas. Asimismo, estos resultados confirman los datos del censo nacional (INEC, 2011) que comprueban que las personas migrantes poseen índices más altos de seguro directo.

Curiosamente, las personas migrantes que están bajo trámite de proceso regulatorio tienen menos probabilidad de obtener seguro médico y de acceder a los servicios sociales. Esto, en teoría, no debería ser el caso. En el Capítulo 3 se mencionó que los fallos que dictó la Sala Constitucional decretaban que la DGME debía otorgar permisos temporales que permitieran a las personas migrantes continuar con la afiliación al seguro de la CCSS y al mismo tiempo seguir con el proceso de regularización. Los resultados de las regresiones confirman la sospecha de que es poco probable que esto pase en la realidad.

De la literatura y otras investigaciones cualitativas salieron varios factores más que se esperaba que fueran significativos. En particular, se suponía que el tiempo de exposición a la sociedad receptora, la exposición geográfica y la social (Danzer y Ulku, 2008) influyeran en la integración de inmigrantes. Además, según las encuestas y la información de los grupos focales, se esperaba que la existencia de niños en el hogar favoreciera el acceso de los padres al seguro médico, la salud y los medicamentos, gracias al principio universal que guía la cobertura para este grupo, independientemente de la nacionalidad y el estado migratorio. Lo anterior era de imaginar particularmente para los niños nacidos en Costa Rica, quienes podrían jugar un papel de "bebés ancla". Por medio de ellos, debido al principio de *ius soli* que les hace costarricenses de nacimiento, posteriormente abriría la posibilidad de regularización de sus padres y sería más fácil obtener el seguro médico.

Los resultados de las regresiones sugieren que hay solo evidencia estadística débil para la tesis de la importancia del tiempo de exposición a la sociedad receptora. Los coeficientes de la variable que medía la cantidad de años que la persona ha vivido en Costa Rica desde que migró al país eran positivos, como se esperaba, pero solo mostraron significancia en los modelos más sencillos. Cuando se incorporaron otras variables independientes, la variable de la exposición a la sociedad receptora perdió relevancia estadística. Podría ser, siguiendo la literatura y la información de los grupos focales, que los complejos procedimientos burocráticos y los altos costos del proceso de regularización desalienten la búsqueda de un estado legal, lo que podría evidenciar que el tiempo de exposición no conduce necesariamente a un mayor acceso a los servicios sociales.

En general, la exposición geográfica, es decir, la residencia de las personas en zonas urbanas o rurales, no es una dimensión con gran poder explicativo del acceso a los servicios de salud de la CCSS. De conformidad con el principio universal del seguro médico y los servicios de salud en Costa Rica, el análisis de los datos indica que no existen diferencias importantes en el acceso al seguro y a los servicios de salud entre las zonas rurales y urbanas. Esto, en sí, son buenas noticias para la integración social de personas migrantes, ya que esta integración pasa en zonas rurales, semiurbanas y urbanas.

Sin embargo, para la muestra total, el acceso a los medicamentos públicos es mucho menor en zonas urbanas que en las rurales. Curiosamente, este resultado

aparece solo cuando se incluye en las regresiones el grupo de control conformado por costarricenses, lo que supone dos hallazgos destacables. Primero, bajo el supuesto de que las personas de zonas urbanas comparten necesidades similares de medicamentos con las personas de zonas rurales, en las zonas urbanas se buscan otros mecanismos para satisfacer estas necesidades. Es decir, se recurre en mayor medida a las farmacias privadas para cubrir gran parte de estas necesidades (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013), dado que esta opción de mercado es más accesible en la ciudad que en las zonas rurales.

Segundo, el hecho de que estos resultados no aplican para las regresiones con la población de inmigrantes, sugiere que las prácticas de búsqueda de medicamentos entre migrantes no son muy diferentes en la ciudad o en las zonas rurales. Basado en los relatos de personas migrantes (Capítulo 6) y los datos de la encuesta (Capítulo 7), esto indica que, entre migrantes, sin importar el área geográfica o lugar de residencia, parece ser una práctica común buscar medicamentos en el mercado o "pasar por alto" cualquier problema de salud, que en caso contrario conllevaría la solicitud de medicamentos. Esto pasa por las dificultades que enfrentan las personas inmigrantes para acceder a los medicamentos públicos, una percepción de que no son elegibles para estos servicios o, simplemente, porque el servicio de las farmacias privadas es más rápido y sencillo.

El concepto de exposición social es complejo y puede ser entendido en función de varias dimensiones. En la presente investigación, se capturó esta exposición parcialmente a través del vínculo con un contacto con alguien en el país receptor antes de migrar. Otras dimensiones de la exposición social, como los lazos familiares o la integración al mercado laboral, se captaron con la inclusión de otras variables. En teoría, tener un contacto en el país antes de emigrar facilitaría la obtención de información importante sobre oportunidades laborales, alojamiento y sobre los requisitos claves de la integración social, aspecto que también se dedujo de la información con los grupos focales. No obstante, en las regresiones no se pudo confirmar esta relación. Parece que las conexiones con conocidos sirven para decidir dónde y cuándo emigrar, como establece la literatura, pero las mismas no implican necesariamente un efecto a la hora de acceder al seguro, los servicios de salud y los medicamentos públicos. En el contexto de Costa Rica, esto tiene lógica, dado que los procesos de regularización son individuales, burocráticos y, sobre todo, costosos. Junto con el hecho de que, desde el 2012, *de facto* no existe un seguro familiar para las personas inmigrantes, esto podría explicar por qué las redes y contactos no parecen ser un determinante importante en el acceso a los servicios sociales.

La presencia de niños o niñas en el hogar muestra hallazgos encontrados. Entre inmigrantes, la presencia de hijos menores de 6 años reduce la probabilidad de que la persona encuestada cuente con el seguro médico. Tal vez, lo anterior haga hincapié en la idea de que las personas con hijos menores puedan tener menos incentivos para asegurarse, dado que podrían acceder a los servicios de salud mediante sus hijos. Cuando se incluye el grupo control costarricense en las estimaciones, la presencia

de niños menores de 6 años afecta de manera consistente y positiva en la probabilidad de acceder a los medicamentos públicos. Esto sugiere que, en parte, el uso de medicamentos públicos se explica por la presencia de menores de edad. Este hecho no es sorprendente, ya que la CCSS y los EBAIS han creado programas universales para el monitoreo de la salud infantil. Evidencia anecdótica sugiere, por ejemplo, que incluso muchas familias costarricenses de clase media y alta, que para muchos servicios visitan médicos generales y pediátricos en el sector privado, aún recurren a los programas públicos de vacunación y citas de control en el sistema público para sus hijos menores. Sin embargo, este tipo de comportamiento es más común en la población costarricense que en entre inmigrantes nicaragüenses, ya que los resultados de las regresiones no sugieren lo mismo para estos últimos. En contraste con la expectativa que se generó después de las entrevistas y grupos focales, la información estadística no confirma la idea de que la presencia de niños nacidos en Costa Rica facilite el acceso al seguro, la salud pública y los medicamentos para personas inmigrantes. Es decir, se pone entredicho el argumento del "bebé ancla".

Asimismo, aunque las categorías de ocupación tienen relativamente poco poder explicativo por sí mismas, el tipo de integración económica representa un papel fundamental en la unificación social. En el caso de las personas migrantes, la informalidad de sectores como la agricultura, los servicios informales y la seguridad implica un impedimento inicial al acceso al seguro médico, los servicios de salud y los medicamentos. Este efecto se refleja en especial en los derechos laborales como disposiciones de la formalidad del trabajo. No obstante, los resultados demuestran que no todos los derechos laborales poseen el mismo nivel de importancia. La repercusión de tener un seguro por riesgo laboral es positiva y significativa, pero carece de importancia en las regresiones para el acceso a la salud y los medicamentos cuando se incluye el seguro médico como una variable independiente. Por el contrario, el reconocimiento del aguinaldo influye positivamente en la probabilidad de tener un seguro médico. Por lo general, aunque no necesariamente, estos dos derechos laborales son parte integral del empleo formal, el cual también incluye el seguro de la CCSS. Es decir, son buenas medidas de la formalidad del trabajo.

Paradójicamente, el reconocimiento de otros derechos laborales podría, más bien, representar la informalidad del trabajo. Por ejemplo, tanto el pago de días por incapacidad de enfermedad como el pago por horas extra se correlacionan negativamente con el seguro médico entre las personas migrantes. El análisis cualitativo sugiere que estos pagos podrían representar una especie de medida "compensatoria" de los patronos que prefieren pagar los días de incapacidad en caso de enfermedad y de horas extra, en lugar de brindarles a sus trabajadores el seguro médico. Por último, las repercusiones negativas del pago del aguinaldo en el acceso a los medicamentos públicos parecen reflejar el mayor poder adquisitivo de las personas migrantes que reciben este pago. Esto provoca que las farmacias privadas se conviertan en una opción más accesible para esquivar al Estado (Capítulo 6). La privatización de la medicina es un hallazgo evidente

en capítulos anteriores. En la misma línea, el uso de la medicina pública es más bajo en zonas urbanas que en zonas rurales, lo que refleja nuevamente la "opción del mercado" de los medicamentos privados más accesible en las ciudades.

8.5 Conclusiones

Los análisis de las regresiones demuestran que el acceso a los servicios sociales de personas migrantes se ve afectado por muchos factores, pero principalmente por el reconocimiento legal del Estado, tanto del estado migratorio como del seguro médico. La formalidad de la inserción laboral es otro factor importante. Estos tienen en común que para una integración satisfactoria o para el acceso adecuado a los servicios sociales en específico, una persona inmigrante debe disfrutar una posición "formal" en la sociedad, es decir, que debe ser reconocida legalmente.

Sin embargo, tal y como se ha visto en esta investigación, existen mecanismos de exclusión estructurales e institucionales que hacen que la adquisición de esta "formalidad" sea muy difícil para las personas inmigrantes. La inserción en mercados laborales secundarios se relaciona con la demanda estructural por mano de obra inmigrante poco calificada que, por lo general, se contratan de manera informal, con bajas tasas de cobertura del seguro médico. Asimismo, el marco institucional provoca barreras para la inclusión de inmigrantes, ya que no solo dificulta la regularización del estado migratorio, sino que también dificulta la obtención del seguro médico.

Este análisis demuestra que dichas barreras son un problema para la inclusión de inmigrantes. Si el Estado realmente quiere respetar los derechos humanos y crear las condiciones para la inclusión, debe reconsiderar su política migratoria y hacer más accesible el proceso de regularización. Al mismo tiempo, el Estado también debe ir más allá de enfocarse exclusivamente en la regularización, al aplicar regulaciones más estrictas a los patronos en mercados laborales con mucha participación de inmigrantes. En la actualidad, sea de forma intencionada o no, la política sirve como herramienta para proporcionar inmigrantes "ilegales" en función de las demandas estructurales de algunos sectores importantes de la economía costarricense.

Notas

1 "…the 'national' versus 'migrant' categories are distinguishable and often more determinant than 'insured' versus 'uninsured'" (Spesny Dos Santos, 2015, p. 7).

Conclusiones

Debido a su larga tradición de una política social universal sólida y su estatus como país receptor de migración, Costa Rica representa un caso singular en el Sur global para poder estudiar la relación entre la migración y la política social. Esta investigación contribuye con información empírica a un debate público en Costa Rica sobre los grados de apertura del Estado a la migración, especialmente nicaragüense, así como las medidas y las formas por las cuales las personas inmigrantes acceden a los servicios sociales. Al mismo tiempo, la investigación ha dialogado con varios debates académicos; como el universalismo en la política social, la exclusión social y la literatura sobre imán de bienestar. En este último capítulo se discuten las implicaciones de esta investigación para el debate público específico para el caso costarricense, así como los aportes a la literatura internacional con la cual esta investigación se vincula.

En Costa Rica, el seguro social y la salud pública se enfrentan a dificultades financieras y existe una creencia generalizada de que la población migrante es la responsable de este hecho, en especial los nicaragüenses. Además, muchas personas creen que hay una sobrerrepresentación de las personas inmigrantes en los servicios de salud. Sin embargo, esta investigación contradice estas ideas, demostrando que no es evidente que las personas inmigrantes consigan acceso a servicios de salud y que, más bien, estas enfrentan mecanismos de exclusión legales, institucionales y extralegales.

La presente investigación ha puesto de manifiesto que el Estado costarricense ha tomado medidas para restringir el acceso de los inmigrantes a la salud, en un contexto donde las voces de chovinismo de bienestar son más fuertes que nunca. Este suceso se debió primeramente al estancamiento económico que se dio luego de la crisis financiera internacional del 2008, pero en especial debido a la crisis financiera del sistema de salud costarricense del 2011, principalmente de su institución social emblemática, la *Caja Costarricense de Seguro Social*. Las medidas de restricción a la salud se implementaron por medio del endurecimiento de las instituciones con sus propias reglas y políticas existentes, pero anteriormente flexibles, por ejemplo, con respecto a la provisión de servicios a personas sin seguro médico. Sin embargo, fueron implementadas en especial por una reforma de la Ley de Migración del 2009 en la cual se establece tener un seguro social como requisito para la regularización del estado migratorio. Poco después, la DGME le pide a la CCSS implementar un nuevo criterio de elegibilidad para el acceso a sus servicios de salud, al establecer que el estado migratorio regular es requisito para el seguro social. Por consiguiente, desde el 2009, la CCSS ha jugado un papel fundamental en la política migratoria costarricense al convertirse en una institución clave para el control migratorio interno.

Paradójicamente, las nuevas limitaciones legales que implicaron la regularización y el acceso al seguro médico (Capítulo 3), y por consiguiente el acceso a los servicios de salud, se generaron en la misma reforma de la Ley de Migración del 2009, en la cual el Estado costarricense reconoció por primera vez, de forma explícita, los marcos normativos de los derechos humanos internacionales, así como la importancia de la integración de los inmigrantes en la sociedad costarricense. De esta manera, el Capítulo 3 demuestra la creatividad que los Estados en el Sur pueden desarrollar para, en el discurso, adherirse a paradigmas y normas internacionales relacionados a los derechos humanos, pero en la práctica encontrar mecanismos para no cumplir con el deber de los mismos. Se evidencia, además, que esta creatividad pasa por una comunicación explícita y deliberada entre dos de las instituciones estatales más importantes para la integración social de las personas inmigrantes: la CCSS y la DGME.

La situación resultante, el *Catch-22* creado por la interacción entre la política social y migratoria, ha provocado que para las personas inmigrantes que carecen de un estado migratorio regular les sea casi imposible obtener un seguro y legalizar su estado migratorio. Esto tiene implicaciones importantes en cuanto a la manera en la que el universalismo aplica a la población inmigrante. El requisito indispensable para la regularización, de tener un seguro médico personal y *directo*, y la *de facto* desaparición del seguro familiar para migrantes, restringe el acceso a la principal herramienta del Estado para extender el seguro médico a su población y hacer su cobertura (casi) universal entre los costarricenses. Esto representa un mecanismo institucional de exclusión social, mediante el cual el Estado toma una medida pensada para limitar el acceso de inmigrantes al mismo principio del universalismo que orienta la política social para sus ciudadanos costarricenses. También existen mecanismos de exclusión menos evidentes y formales que dificultan aún más el acceso a los servicios sociales. Por ejemplo, testimonios de inmigrantes indican que tienen que enfrentar prácticas cotidianas de discriminación (Capítulo 6) y lidiar con interpretaciones erróneas de la ley por parte de funcionarios de instituciones públicas en detrimento del acceso de inmigrantes a la salud, a veces incluso cuando estos pagan el seguro médico.

En todo caso, la política migratoria actual de Costa Rica no favorece la regularización. Por el contrario, la política estatal permite lo que Schierup *et al.* (2006) argumentan sería una forma extrema de exclusión diferencial, ya que permite una explotación encubierta de la falta de derechos y la vulnerabilidad de muchas personas inmigrantes. Esta situación contrasta directamente no solo con el mayor compromiso estatal oficial con la integración, sino también con el mandato estatal (oficial) para regularizar la mayor cantidad de inmigrantes en tanto como sea posible para que estos puedan cotizar al seguro social, el discurso "refrescante" de integración en la ley de migración vigente de Costa Rica, la creación de plataformas con participación múltiple y la creación de un departamento de integración en la DGME tras la aprobación de la ley.

En la misma línea que la discusión planteada por Domenech (2011) para el caso de Argentina, la "nueva política migratoria" costarricense se estructura según

los principios de "la gobernabilidad migratoria", basada en la idea de que se pueda gestionar la migración y garantizar flujos inmigratorios más organizados y predecibles y, por ende, más controlables. Si bien este enfoque debería ir de la mano de la protección de los derechos humanos de inmigrantes, en esta perspectiva, el control de la migración irregular (o "ilegal") es fundamental. Por esta razón, no es de extrañar que la política estatal de Costa Rica tenga como objetivo, por lo menos formalmente, reducir la inmigración irregular. Sin embargo, esta investigación subraya estudios anteriores (Fouratt, 2014a), al argumentar que en efecto la política migratoria obedece a un enfoque tradicional de control y de *securitización*, y que la formulación según el discurso de los derechos humanos sirve para legitimar algunos de los aspectos más preocupantes de este enfoque (Capítulo 2). En vez de un compromiso real, el discurso de integración, fundado en principios de derechos humanos, parece ser una condición necesaria para la aprobación general y la implementación de una ley que crea más restricciones para la población inmigrante.

Es así como la "ilegalidad" se vuelve central en la inclusión social de las personas inmigrantes, ya que el Estado lo establece como la norma mínima. Ambos análisis, cuantitativo y cualitativo, confirman esto al demostrar que la "legalidad" es el factor más importante para explicar la inclusión social de los inmigrantes (Capítulos 6-8). En su ausencia y la de un seguro médico, las opciones del mercado juegan un papel fundamental para satisfacer las necesidades médicas entre la población inmigrante. Los datos de la encuesta confirman que la opción de la medicina privada es más frecuente entre los inmigrantes (Capítulo 7) y que esta opción está fuertemente condicionada por el estado migratorio.

Sin embargo, la visión limitada del Estado en cuanto a la inclusión social solo basado en la regularización es problemática por varias razones. Primero, por la importancia de la fuerza laboral de migrantes (irregulares) para distintos sectores de la economía, especialmente la agricultura (Morales y Castro, 2006; Sandoval, 2008; Voorend y Robles, 2011; Voorend *et al.*, 2013). Además, la inserción laboral de las mujeres de clase media depende del trabajo informal de las mujeres inmigrantes que llenan los vacíos en el trabajo doméstico: los quehaceres y el cuidado (Martínez Franzoni *et al.*, 2009). Segundo, es problemática porque existen argumentos normativos que justifican los derechos humanos en función de la condición del individuo y no de su nacionalidad. Tercero, esta visión del Estado implica un alcance limitado de la política. Es decir, parece que el Estado comprende la integración como "legalidad" y se ha centrado casi exclusivamente (aunque sin mucho éxito) en los procesos de regularización (Capítulo 3). En la práctica, sin embargo, hasta el momento ha fallado en llevar a cabo el concepto ambiguo de "integración" reconocido en la ley. Asumir que la "legalidad" conduce a la inclusión no es totalmente cierta (Capítulos 7 y 8). En otras palabras, la "legalidad" es una condición necesaria, pero no suficiente para la inclusión social de los inmigrantes nicaragüenses. Los análisis de datos cuantitativos y cualitativos sobre el acceso a los servicios de salud confirman que el estado migratorio regular es de

suma importancia, pero que, aun así, las personas inmigrantes 'legales' no siempre tienen acceso a la salud y a la medicina pública.

El hecho de que una persona inmigrante pueda carecer de acceso a servicios a pesar de ser "legal" está arraigado a procesos de exclusión social y a las percepciones negativas sobre inmigrantes y sus efectos sobre el sistema de salud, entre funcionarios que influyen de manera directa en la prestación de servicios sociales. Aunque resulta casi imposible establecer científicamente las relaciones causales entre dichas percepciones y los cambios en torno a políticas más restrictivas sin analizar los procesos normativos subyacentes de la reforma, también se vuelve imposible negar que no exista una cierta relación entre los dos aspectos. Entre los proveedores de servicios, a menudo los servicios sociales se entienden como un imán de bienestar para la inmigración nicaragüense, la inmigración "ilegal" es considerada como indeseable y, por lo general, la demanda por servicios de salud de personas inmigrantes se cuestiona por ser ilegítima. En ocasiones, las narrativas de los funcionarios públicos manifiestan clara xenofobia. Así, en la estructura burocrática compleja de la CCSS, la persona funcionaria pública puede ejercer una gran influencia sobre la decisión de otorgar o negar el acceso a los servicios de salud, dependiendo de sus visiones sobre la inmigración.

En resumen, existe una discrepancia entre las leyes oficiales, las políticas y el acceso *de facto* a la salud de parte de los inmigrantes. Estos aspectos macro de la ley y las políticas se implementan, se experimentan y se negocian en el nivel micro de la vida cotidiana: la política social se aplica en buena medida en las ventanillas de clínicas y hospitales. Al parecer, existen aspectos cuestionables en el entrenamiento del personal médico y administrativo en los centros de salud que provocan que algunas veces se rechace a personas inmigrantes a pesar de su derecho para recibir el servicio. Es decir, existen mecanismos de agencia que causan exclusión. Estos mecanismos reflejan inequidades según clase, etnia, género, entre otras. Así, el sistema de salud y el acceso a los servicios de salud representan un espejo de desigualdades y prácticas discriminatorias de escala más grande de la sociedad; además, sirven como mecanismos para establecer diferencias entre la población inmigrante y la nacional.

Por último, esta investigación cuestiona fuertemente los argumentos de imán de bienestar en Costa Rica. Demuestra que, aunque las personas inmigrantes utilizan los servicios sociales, su incidencia es generalmente menor que su peso en la población y que, incluso, la mayoría de las personas que usan los servicios cotizan debidamente para los mismos. En todo caso, la información obtenida indica que hay una subrepresentación, contrario a lo que se cree comúnmente. Por otro lado, entre los motivos para migrar a Costa Rica, la disponibilidad de un sistema de salud y el posible acceso a los servicios sociales no figuran como razones principales (Capítulo 7). Las personas inmigrantes se ven siempre atraídas (o impulsadas) por una expectativa de un futuro mejor, pero en el caso de las personas migrantes de Nicaragua a Costa Rica, se imaginan este futuro a través de mejores posibilidades laborales y trabajo duro; y no sobre la perspectiva del acceso a servicios sociales de mejor calidad, en particular los servicios de salud.

Al mismo tiempo, el caso de Costa Rica informa debates teóricos más amplios sobre cómo la política migratoria y social se relacionan en el Sur global. Primero, la mayor informalidad de los mercados laborales, acuerdos de bienestar generalmente más débiles y peores condiciones de trabajo en comparación con el Norte global provocan la existencia de más vulnerabilidades para la población inmigrante en el Sur. Con políticas sociales poco exhaustivas e incapaces de cubrir la totalidad de las poblaciones, la presión por ampliar la cobertura a poblaciones inmigrantes es muy reducida, incluso cuando la política social se basa en el principio del universalismo.

En este sentido, el caso de Costa Rica corrobora lo que Leerkes (2016) establece en el caso de Holanda: la idea de que hay una creciente diferenciación en la ciudadanía entre los inmigrantes admitidos formalmente y los que se consideran como "no miembros" o "ilegales". Al mismo tiempo, esta investigación cuestiona la literatura sobre migración y ciudadanía en la que se afirma que los derechos de los inmigrantes se asemejan cada vez más a los derechos de los ciudadanos nacionales, argumentando que no parece ser representativa para el Sur.

Dentro del paradigma de gobernabilidad migratoria que guía mucha de la política migratoria actual, y en especial en Latinoamérica, la política social obtiene una gran importancia por ser uno de los mecanismos principales de control migratorio interno. Así, los hospitales y centros de salud pueden fungir como ventanillas de control migratorio, parte de una política migratoria ex o implícita. Es decir, el control migratorio puede ser "empujado" hacia adentro ("*shifting in*"), hacia instituciones tradicionalmente encargadas exclusivamente de la provisión de servicios sociales y, al mismo tiempo, estar camuflando prácticas más restrictivas que no coinciden con compromisos discursivos de una agenda de integración. Concretamente, aunque los países reconozcan los derechos humanos internacionales y hagan que sus leyes y políticas cumplan con un discurso más incluyente de derechos sociales para inmigrantes, tales proezas discursivas podrían no resultar en un acceso real a la política social. Así, el lenguaje inclusivo más bien podría servir para camuflar y legitimar una política migratoria más restrictiva. Por consiguiente, esta investigación subraya la importancia de estudiar el déficit de implementación, la diferencia entre el dicho y el hecho, para entender las oportunidades reales para la integración de las personas inmigrantes en la sociedad receptora. Oportunidades que están condicionadas por los procesos de exclusión institucionales y extralegales.

Los hallazgos también destacan la importancia de la distinción entre "ilegalidad" como un factor condicionante para la inclusión de inmigrantes (¡y sin duda lo es!) y la "ilegalidad" usada como una estrategia para la exclusión. Dentro del mismo paradigma de gobernabilidad migratoria, la "ilegalidad" puede fungir como instrumento de política pública eficaz para excluir de acuerdos de bienestar a las personas inmigrantes formalmente no deseadas, pero indispensables para la oferta de mano de obra barata tan importante para varios sectores de las economías contemporáneas. Así, la investigación subraya la importancia del Estado, y la categoría de "ilegal" que

crea, para la integración social de las personas inmigrantes y, por ello, se diferencia de otros estudios que menoscaban su importancia (Agustín, 2003; Kalir, 2013; Kyle y Siracusa, 2005).

Otro resultado interesante es el papel que se le da al agente "migrante" en los procesos de exclusión. Es decir, la forma en la que los agentes que participan directamente en la creación de mecanismos institucionales de exclusión, generalmente consideran que esta exclusión es el producto no de su agencia, pero sí la de las personas inmigrantes. En otras palabras, las personas inmigrantes son excluidas porque estas no cumplen con los criterios para la inclusión. Se espera, lógicamente, la reciprocidad en la cotización del seguro social por parte de las personas inmigrantes, pero no se cuestionan mucho los mecanismos que hacen muy difícil y caro el proceso de regularización, requisito para esta cotización. Y la persona inmigrante "ilegal" carece de todo tipo de derecho y su demanda de servicios sociales se deslegitima, pero no se cuestionan los factores estructurales, institucionales e inducidos por otros actores que empujan o mantienen a las personas inmigrantes en la "ilegalidad".

Al mismo tiempo, en el Sur, donde la capacidad institucional para regular la prestación de servicios es menor que en el Norte, las personas funcionarias públicas, de ventanilla o profesionales de diferentes niveles pueden implicar un peso substancial en la decisión de si una persona inmigrante recibe o no un servicio social, o bien, si el servicio que se provee es de la misma calidad que el que reciben los ciudadanos nacionales. Es decir, hay tierra más fértil para los mecanismos agenciales de exclusión social. Esto es un tema especialmente urgente en regímenes de política social en los que el (histórico fuerte) principio de universalismo está en proceso de erosión y el acceso a los servicios sociales de calidad se está estratificando (más).

Por último, este trabajo demuestra que, en tales contextos, el universalismo puede ser estratificado: no aplica con la misma fuerza a todas las secciones de la población. En Costa Rica, el universalismo es más limitado para inmigrantes que para costarricenses. El poder de negociación de las y los inmigrantes se ve reducido debido a mecanismos de exclusión, por su inserción desigual en mercados laborales, por la provisión desigual de servicios de salud, en buena medida a través de mercados, por mayores medidas punitivas de infracciones de ley y obstáculos institucionales, o por la discriminación.

La relativa debilidad del universalismo para inmigrantes se debe, en el caso de Costa Rica, al mismo mecanismo que lo hace tan fuerte para nacionales. Es decir, se limita el acceso a migrantes al mecanismo (seguro familiar) que explica la cobertura universal del seguro médico entre nacionales. Así, los mecanismos de inclusión para algunos son los mecanismos de exclusión para otros.

Este hecho es problemático para la inclusión de los inmigrantes, ya que significa que no tienen las mismas condiciones de acceso a la política social que los nacionales. También es problemático para el universalismo, porque al no integrar a esta población, se agravan las tendencias de creciente fragmentación en la sociedad, por las desigualdades entre los distintos sectores de la sociedad y las tendencias parroquiales

que surjan. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en el retiro lento de las clases media-altas de los arreglos de bienestar que fundamentan la provisión y la sostenibilidad de los servicios públicos, buscando cada vez más servicios privados.

La erosión del universalismo en la política social se agrava también por la fragmentación entre costarricenses e inmigrantes, voces de chovinismo que se basan en el argumento del imán de bienestar y la falta de disposición (o incapacidad) institucional para incluir a las personas inmigrantes en los acuerdos de bienestar. Esto conlleva discursos políticos antiinmigrante, cada vez más frecuentes en los estados de bienestar de Europa; discursos que están intrínsecamente relacionados con la política social. En Costa Rica, la migración es un chivo expiatorio, al que se le atribuye toda la responsabilidad del deterioro de la política social, pero que oculta los problemas institucionales y estructurales adyacentes que debilitan la política social universal.

Anexos

Anexo 1. Lista de personas entrevistadas y guía de entrevista

Lista de personas entrevistadas

DGME

1. **Adrián Jiménez**. Dirección de Planificación. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el lunes 1 de abril, 2013, 10:00 a.m.
2. **Cinthia Mora Izaguirre**. Dirección de Integración. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el miércoles 3 de abril, 2013, 9:30 a.m.
3. **Juan Carlos Siles**. Ventanilla Preferencial. Plataforma de Servicios. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el viernes 10 de mayo, 2013, 3:00 p.m.
4. **Julio Aragón**. Director de Integración. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el lunes 1 de abril, 2013, 10:00 a.m.
5. **Luis Alonso Serrano**. Jefe de Planificación Institucional. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el jueves 2 mayo 2013, 9:00 a.m.
6. **Ventanilla Empresarial**. Plataforma de Servicios. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el viernes 10 mayo 2013, 3:00 p.m.
7. **Ventanilla Preferencial.** Plataforma de Servicios. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el viernes 10 mayo 2013, 2:30 p.m.
8. **Adrián Jiménez**. Dirección de Planificación. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el miércoles 15 de octubre, 2014, 10:00 a.m. *Round 2.*
9. **Kathya Rodríguez Araica**. Directora Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada el jueves 23 de octubre, 2014, 9:00 a.m. *Round 2.*

CCSS

10. **Dr. Douglas Montero**. Director Médico Hospital México. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el jueves 23 de mayo, 2013, 8:00 a.m.
11. **Dr. José Luis Quirós**. Patólogo Hospital Dr. Max Peralta. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el miércoles 28 de agosto, 2013, 5:00 p.m.
12. **Dra. Ana Patricia Salas Chacón**. Directora Institucional Contraloría de Servicios. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el lunes 22 de abril, 2013, 10:00 a.m.
13. **Dra. Marta Jara.** Área de Salud Heredia/Cubujuquí. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el domingo 25 de marzo, 2012, 2:30 p.m.
14. **Dra. Yúrika Dorado Aria**s. Especialista Medicina Interna, Hospital Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el viernes 9 de mayo, 2014, 1:30 p.m.

15. **Eduardo Flores Castro**. Jefe Área de Coberturas del Estado. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el miércoles 24 de abril, 2013, 2:00 p.m.
16. **Funcionario. Dirección del Área de Inspección.** Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el lunes 29 de abril, 2013, 8:30 a.m.
17. **Funcionario. Área de Dirección de Inspección**. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el lunes 29 de abril, 2013, 8:30 a.m.
18. **Funcionario. Subárea de Investigación**. Dirección de Inspección. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el lunes 29 de abril, 2013, 8:30 a.m.
19. **Giselle Román. Enfermera**. Área de Salud Heredia/Cubujuqui. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el martes 19 de marzo, 2013, 2:30 p.m.
20. **Juan Pablo Barrantes**. Trabajador Ventanilla, Área de Salud Heredia/Cubujuquí. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el lunes 25 de marzo, 2013, 2:30 p.m.
21. **Trabajadora de Ventanilla**. Área de Salud Heredia/Cubujuqui. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el lunes 25 marzo, 2013, 2:30 p.m.
22. **Lic. Patricia Sánchez**. Jefa de Área del Régimen No contributivo de Pensiones. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el jueves 6 de noviembre, 2014, 8:30 a.m. *Round* 2.
23. **Jaqueline Castillo Rivas**. Dirrección Actuarial. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el martes 18 de noviembre, 2014, 9:00 a.m. *Round* 2.
24. **Dr. Miguel Pérez**. Médico General. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el sábado 31 de enero, 2015, 5:00 p.m. Round 2.
25. **Validación de derechos**. Área de salud de Goicoechea. Caja Costarricense de Seguro Social. *Round* 2.
26. **Lic. Adolfo Arias Coleman**. Dirección Pensiones Régimen Invalidez, Vejez y Muerte. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el martes 18 de noviembre, 2014, 9:00 a.m. *Round* 2.

MEP, IMAS y FODESAF

27. **Coordinadora académica**. Colegio Anastasio Alfaro. Ministerio de Educación Pública.
28. **Profesora de Estudios Sociales y Educación Física**. Colegio Anastasio Alfaro. Ministerio de Educación Pública.
29. **Maybel Quirós**. Educación Especial-Dirección de Desarrollo Curricular. Viceministerio Académico. Ministerio de Educación Pública. Entrevista realizada el miércoles 3 de abril, 2013, 11:30 a.m.
30. **Msc. Rosibel Herrera Arias**. Coordinadora de Procesos Socioeducativos. IMAS-AVANCEMOS. Entrevista realizada el jueves 29 de enero, 2015, 8:30 a.m.
31. **Lcda. Andrea Jiménez Vargas**. Trabajadora social. Unidad Local de Desarrollo Social AMON-ARDS Norest. IMAS. Entrevista realizada el lunes 2 de febrero, 2015, 2:00 p.m.
32. **Amparo Pacheco**. Directora. FODESAF. Entrevista realizada el jueves 12 de marzo, 2015, 11:00 a.m.
33. **Juan Cancio Quesada**. Subdirector. FODESAF. Entrevista realizada el jueves 12 de marzo, 2015, 11:00 a.m.

ONG/ACADEMIA

34. **Karina Fonseca Vindas.** Directora Servicio Jesuita para los Migrantes Costa Rica. Entrevista realizada el martes 5 de marzo, 2013, 9:30 a.m.
35. **Javier Hernández Lezama**. Asociación Nicaragüense por la Democracia. Entrevista realizada el 11 de abril 2013, 4:00 p.m.
36. **Fidelina Mora Corrales.** CARITAS-ANEP. Viernes 12 de abril, 2013, 10:00 a.m.
37. **Carlos Sandoval García.** Varias comunicaciones personales entre enero 2012 y diciembre 2015.
38. **Adolfo Rodríguez Herrera.** Director Escuela de Economía, Universidad de Costa Rica. Entrevista realizada 20 marzo, 2015, 9:00 a.m.
39. **M.Sc. Angelita Flores.** Directora Secretaría Técnica de la REDCUDI. Entrevista realizada el 27 de febrero, 2015, 11:30 a.m.

Otro

40. **Ana Helena Chacón.** Vicepresidenta de la República. Ministerio de la Presidencia República de Costa Rica. Entrevista realizada el 11 de febrero, 2015, 5:30 p.m.

Guía de entrevista

Objetivo de la pauta: Conocer las percepciones sobre los derechos sociales y el uso de los servicios sociales por parte de la población inmigrante nicaragüense, de personas activas en el sector público, la academia y ONG. Presenta un acercamiento inicial y muy general, con el fin de obtener información sobre percepciones y su influencia en: 1. La formulación y el diseño de políticas institucionales (funcionarios públicos de alto rango); 2. La implementación de estas políticas (funcionarios públicos sin incidencia directa en el proceso de formulación y diseño, ej. doctores, funcionarios de "counters", maestros/as); 3. Los problemas de implementación (sobre todo con académicos y ONG).

1. Funcionarios públicos de alto rango

- Sé que su institución atiende a personas inmigrantes: ¿qué tipo de migrantes atienden? (¿de dónde?, ¿estado migratorio?, ¿condición socioeconómica?)
- ¿Tienen algún proceso para obtener información sobre el estado migratorio? Si sí, ¿cómo saben el estado migratorio? ¿Es importante para su institución el estado migratorio de la persona para el acceso a servicios?
- ¿Cómo afectan las demandas de las poblaciones migrantes la prestación de servicios de su institución?

Crisis y reacciones de política

- ¿Cree usted que luego de la crisis económica/CCSS, la atención a la población migrante se ha visto perjudicada? ¿Por qué? ¿Qué ha cambiado?
- ¿Considera usted que la demanda de servicios por parte de personas migrantes son causantes de las crisis institucionales o de la seguridad social en particular? ¿Por qué?
- ¿Cómo afectan las demandas de las poblaciones migrantes la prestación de servicios de las instituciones sociales?

- La población inmigrante ¿representa un reto/amenaza/oportunidad para la sostenibilidad de sus programas/de la institución? ¿Podría precisar de qué perfil o tipo de inmigrantes se habla en cada caso?
- En la formación de políticas de su institución, ¿se toma en cuenta el tema migratorio? ¿De qué manera? ¿Me podría dar ejemplos prácticos?
- ¿Existen programas especiales para migrantes? ¿Hay formas de asegurar que personas sin documentos no tengan acceso a sus programas?
- ¿Se incorporan las demandas, críticas y quejas de los migrantes en la formulación y/o reformulación de Políticas Sociales? ¿Se han adaptado programas pensando en limitar el acceso a la población inmigrante sin papeles? ¿Qué se ha hecho?
- ¿Qué mecanismos institucionales y políticos son utilizados para limitarles el acceso?
- ¿Conoce la nueva Ley general de migración y extranjería (N.°8764)? ¿Qué implicaciones tiene/ha tenido para su trabajo? ¿En qué ha mejorado? ¿En qué ha empeorado?

Costa Rica como imán del bienestar

- ¿Considera usted que recibir el servicio que usted/que esta institución ofrece puede ser una causa suficientemente poderosa como para que las personas decidan venir a vivir a CR.? ¿Qué tipo de poblaciones de migrantes cree usted atrae, de dónde? ¿Y qué tipo de servicios sociales buscan principalmente?
- ¿Conoce usted anécdotas de personas inmigrantes que vinieron a Costa Rica para acceder a los servicios sociales del país?
- ¿Considera usted que esta situación es positiva o negativa? ¿Por qué? (buscar que la respuesta sea lo más precisa posible)

2. Funcionarios de nivel operativo

- Sé que su institución atiende a personas inmigrantes: ¿qué tipo de migrantes atienden? (¿de dónde?, ¿estado migratorio?, ¿condición socio-económica?)
- ¿Cuál es el peso de esta población inmigrante en el total de pacientes/estudiantes? Por ejemplo, de cada 10 personas que usted atiende, ¿cuántas estima no son costarricenses?
- Y más allá de los datos y de lo que dice la ley, ¿cuál es su percepción de la cantidad de personas migrantes que llegan al país?
- ¿Cuál es su percepción de "los tipos" de personas migrantes que llegan al país?
- ¿De la población migrante que usted atienda, cuánta considera usted está en condición irregular? ¿Son muchas, pocas? De cada diez inmigrantes que atienden, ¿cuántos están en condición irregular? ¿Existe alguna documentación sobre la población irregular?
- ¿Tienen algún proceso para obtener información sobre el estado migratorio? Si sí, ¿cómo saben el estado migratorio? ¿Es importante para su institución el estado migratorio de la persona para el acceso a servicios?
- ¿Existen programas especiales para los migrantes? ¿Hay formas de asegurar que las personas sin documentos no tengan acceso a sus programas?

Percepción sobre crisis de prestación social

- ¿Cómo afectan las demandas de las poblaciones migrantes la prestación de servicios de las instituciones sociales?

- ¿Considera usted que la población inmigrante forma parte de los problemas que enfrenta su institución? ¿De qué manera?
- ¿Considera usted que la demanda de servicios por parte de personas migrantes son causantes de las crisis institucionales o de la seguridad social en particular? ¿Por qué?

Costa Rica como imán del bienestar

- ¿Considera usted que recibir el servicio que usted/que esta institución ofrece puede ser una causa suficientemente poderosa como para que las personas decidan venir a vivir a CR.? ¿Qué tipo de poblaciones de migrantes cree usted atrae, de dónde? ¿Y qué tipo de servicios sociales buscan principalmente?
- ¿Conoce usted anécdotas de personas inmigrantes que vinieron a Costa Rica para acceder a los servicios sociales del país?
- ¿Considera usted que esta situación es positiva o negativa? ¿Por qué? (buscar que la respuesta sea lo más precisa posible).

3. Académicos y ONG

- ¿Por qué accede esta población a los servicios que brindan las instituciones de servicios social? ¿Cuáles acceden y cuáles no? ¿Es porque tiene derechos? cuáles derechos?
- Las propias personas, ¿conocen sus derechos? ¿exigen sus derechos? ¿De qué formas?

Costa Rica como imán del bienestar

- ¿Considera usted que el recibir el servicio que usted/que esta institución ofrece, puede ser una causa suficientemente poderosa como para que personas decidan venir a vivir a CR.? ¿Qué tipo de poblaciones de migrantes cree usted atrae, de dónde? ¿Y qué tipo de servicios sociales buscan principalmente?
- ¿Conoce usted anécdotas de personas inmigrantes que vinieron a Costa Rica para acceder los servicios sociales del país?
- ¿Considera usted que esta situación es positiva o negativa? ¿Por qué? (buscar que la respuesta sea lo más precisa posible)

Crisis y reacción política

- Ante múltiples crisis, ¿cuál ha sido la reacción de la política pública/social con respecto a la población inmigrante? ¿Es igual para todo tipo de inmigrante?
- ¿Cree usted que luego de la crisis económica/CCSS, la atención a la población migrante se ha visto perjudicada? ¿Por qué? ¿Qué ha cambiado?,
- ¿Considera usted que la demanda de servicios por parte de personas migrantes son causantes de las crisis institucionales, o de la seguridad social en particular? ¿Por qué?
- ¿Se incorporan las demandas, críticas y quejas de los migrantes en la formulación y/o reformulación de Políticas Sociales? ¿Se han adaptado programas pensando en limitar el acceso a la población inmigrante sin papeles? ¿Qué se ha hecho?
- ¿Qué mecanismos institucionales y políticos son utilizados para limitarles el acceso?
- La Ley general de migración y extranjería (N.°8764), ¿Qué implicaciones tiene/ha tenido para su trabajo? ¿En qué ha mejorado? ¿En qué ha empeorado?
- En general, ¿cómo la evalúa la política migratoria actual en este contexto de limitaciones a los derechos sociales, o bien, el acceso a la política social?

- ¿Limita la Política Migratoria el acceso de la población migrante a servicios tales como educación, salud y vivienda? ¿Por qué?

Anexo 2. Grupos focales – Guía de preguntas

Parte I: Proceso migratorio y sus razones

- ¿Por qué decidieron emigrar (salir) de su país?
- ¿Por qué decidió/decidieron venir a Costa Rica?
- ¿Qué ventajas y desventajas presenta Costa Rica como país para migrar?
- ¿Recibieron ayudas de parte del Estado (Gobierno), alguna organización, familiar, amigo o persona particular cuando llegaron?
- ¿Cómo fue su vida los primeros meses en Costa Rica?

Parte II: Estado migratorio y proceso de documentación

- ¿Cómo están en este momento con el tema de los "documentos" (estado migratorio)?
- En el caso de estar "al día", ¿les parece fácil o difícil cumplir todos los requisitos y obtener los documentos? ¿Como fue el proceso de "estar legal"?

Parte III: Acceso a servicios sociales

- ¿Han recibido "ayudas" del Estado? ¿Dinero, becas (Avancemos o FONABE), subsidios, bono de la vivienda, servicios del CEN-CINAI, han participado del proyecto Manos a la Obra del IMAS, etc.?
- ¿Esas "ayudas" les han servido para mejorar su situación?
- ¿Su nacionalidad o su condición migratoria les ha facilitado o dificultado acceder a los servicios sociales?
- ¿En sus trabajos están asegurados? ¿A ustedes y a sus familiares los atienden en la CCSS?
- ¿Siente que el trato de los funcionarios de los hospitales, escuelas-colegios y otras instituciones públicas es adecuado? ¿En algún momento se han sentido discriminados? ¿De qué formas?

Parte IV: Varias

- ¿Qué ha sido lo más difícil de no vivir en Nicaragua?
- ¿Les gustaría en algún momento regresar a Nicaragua? ¿Por qué?
- ¿Qué temas en sus vidas mejoraron estando en Costa Rica? ¿Y cuáles empeoraron?

Anexo 3. Diseño de muestra e implementación de la encuesta

La población y el grupo control

El primer paso en este procedimiento de diseño de muestra fue la determinación del tamaño de la población de estudio. Para la presente investigación, la población de interés definida son las personas inmigrantes nicaragüenses que residen en Costa Rica, sin importar su estatus migratorio (regular/legal o irregular/"ilegal").

De acuerdo con el Censo de Población de Costa Rica del 2011 (fuente de información demográfica disponible más confiable), la población de personas nacidas en Nicaragua que residían en Costa Rica, en ese momento era de 287 766, lo cual representaba un 6.7 por ciento del total de la población costarricense y un 5 por ciento del total de la población de Nicaragua, según datos del Banco Mundial.

Dado que el objetivo de la investigación es medir el acceso a la política social entre los nicaragüenses migrantes en Costa Rica se debía generar un diseño muestral que permitiera realizar comparaciones entre grupos y probar que, primero, ser inmigrante (versus personas costarricenses) y, segundo, tener estatus migratorio legal (regular versus irregular) son elementos determinantes que estratifican dicho acceso.

En ese sentido, la encuesta realizada estaba dirigida a nicaragüenses que residían en Costa Rica y también a costarricenses con características socioeconómicas similares a los primeros, pues conformarían un grupo control para la elaboración de comparaciones entre poblaciones. La muestra de personas nacidas en Nicaragua diseñada para la encuesta está conformada por inmigrantes con diferente estatus migratorio, donde algunos han obtenido residencia o ciudadanía, mientras que otros no tienen un estatus migratorio legal.

Idealmente, con el fin de realizar comparaciones entre estos grupos, el grupo control compuesto por personas nacidas en Costa Rica debería ser similar al grupo de inmigrantes (grupo tratamiento) en términos de diversos rasgos observados y no observados, exceptuando su estado migratorio. En efecto, esta es una condición difícil de satisfacer, pero en aras de conseguirlo, se decidió que los costarricenses que conformarían el grupo de personas nacidas en Costa Rica fueran personas que vivieran en los mismos vecindarios que los nicaragüenses migrantes. Esto debido a que una etapa del muestreo estaba siendo realizada en pequeñas áreas que contenían alrededor de 100 casas (elemento que se explicará más adelante). Dicha etapa permitía aplicar una estrategia que en la práctica aseguraba que ambos grupos presentaran características socioeconómicas similares.

Sobre la potencia de la prueba, los intervalos de confianza y el tamaño de la muestra

Siguiendo el estándar de la mayoría de las aplicaciones sociales de los diseños experimentales y análisis estadísticos, la muestra se diseñó para que tuviera un 95 por ciento de nivel de confianza en sus estimaciones, identificando un riesgo de 1 en 20 de que el error real sea mayor que el margen de error. Lo anterior implica que la probabilidad de cometer error Tipo 1 es de 5 por ciento (α).

Habiendo determinado que se trabajaría con un 95 por ciento de confianza, era necesario determinar la potencia de la prueba que describe la probabilidad de elegir una muestra aleatoriamente que detecte una diferencia establecida, si las diferencias existen en realidad. En otras palabras, la potencia de la prueba está determinada por la probabilidad de cometer error Tipo II (β), probabilidad que re-

fiere a que no se rechaza la hipótesis nula cuanto dicha hipótesis es en realidad falsa. La potencia de la prueba es entonces 1-β, lo cual significa rechazar correctamente la hipótesis nula cuando esta es falsa.

CUADRO A4-1. Tamaño de muestra requerido para una prueba t de dos muestras para lograr un nivel dado de potencia de la prueba, un tamaño de efecto dado, con un α de 0.05

Potencia	Tamaño del efecto Cohen		
	0.2	*0.5*	*0.8*
0.25	84	14	6
0.50	193	32	13
0.60	246	40	16
0.70	310	50	20
0.80	393	64	26
0.90	526	85	34
0.95	651	105	42
0.99	920	148	58

Fuente: Cohen (1977).

Para estimar la potencia de la prueba, es necesario saber en qué medida la variable independiente de interés afecta la variable dependiente. En este caso particular, lo que interesaba era conocer el efecto del estatus migratorio en el acceso a la política social y el efecto de este acceso en el comportamiento del envío de remesas. Para ambos casos no se poseía información, por ende, no se pudo determinar dicho efecto de antemano. Por lo tanto, se asumió un tamaño de efecto pequeño y, por ello, conservador, de $d = 0.2$ (d de Cohen).

El Cuadro A4-1 presenta el tamaño de muestra requerido para una prueba t de dos muestras, con el fin de lograr un nivel dado de tres tamaños de efectos dadas distintas d de Cohen: una d pequeña (0.2), una d mediana (0.5) y una d grande (0.8); con un α de 0.05 y una potencia de la prueba del 80 por ciento.

Asumiendo un tamaño del efecto pequeño, para un nivel de significancia de 5 por ciento y una potencia de la prueba de 80 por ciento, el tamaño de la muestra para el grupo tratamiento (nicaragüenses migrantes) debía ser de n=393, tamaño de muestra que se replicó para el grupo control. Sin embargo, dichos tamaños de muestra de los grupos se fijaron en 400 en cada uno de ellos, previendo la tasa de respuesta que era imposible de determinar. Por ello, el objetivo era llenar esta cuota de 400 y 400 entrevistas. Es decir, el trabajo de campo continuó el tiempo necesario para concluir este tamaño de muestra. Al final, se recabaron datos para 394 migrantes y 401 nacionales.

Estrategia de selección de la muestra

Inicialmente, se buscaron los datos que brinda el Censo de Población del 2011 del INEC (2011) sobre la cantidad de personas que residen en los 472 distritos de Costa Rica, datos que podían ser desagregados por el país de nacimiento de las personas. Cabe destacar que, a nivel territorial, los distritos son el nivel territorial más desagregado para el cual hay información disponible para el público general.

CUADRO A4-2. Población total de Costa Rica según distritos y país de nacimiento de las personas

No.	Provincia	Distrito	País de nacimiento			Frecuencia acumulada de personas nicaragüenses
			Costa Rica	*Nicaragua*	*Otro*	
1	San José	Carmen	2039	287	376	287
2	San José	Merced	8854	2624	779	2911
3	San José	Hospital	15 368	3346	556	6257
.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.
470	Limón	Pocora	5852	545	35	286 366
471	Limón	Río Jim.	8016	658	68	287 024
472	Limón	Duacarí	5268	742	49	287 766

Fuente: Elaboración propia basada en datos del INEC (2011).

Como parte de la estrategia de selección de la muestra, cada distrito del país fue enumerado según la clasificación territorial del INEC en función de la provincia a la que pertenecen y, además, a cada uno de ellos se le adjuntó los datos del número de personas que residen en el mismo según el país de nacimiento. En consecuencia, se obtuvo la cantidad de la población nacida en Nicaragua que vive en Costa Rica, como se muestra en el Cuadro A4-2.

En la columna final de este listado, se incluyó la frecuencia acumulada de personas nicaragüenses según avanzaba la enumeración de distritos, lo cual fue necesaria para aplicar la técnica de muestreo que permitía identificar en qué lugar del país se debía realizar la encuesta: Probabilidad Proporcional al Tamaño (PPT). Dicha técnica consiste en que la probabilidad de seleccionar una unidad de muestreo (en este caso un distrito) es proporcional al tamaño de la población nicaragüense que lo habita.

Esta técnica brinda una probabilidad de selección para las personas inmigrantes nicaragüenses de cada distrito, la cual varía por unidad de muestreo, debido a que estas unidades varían considerablemente de tamaño, en términos de la concentración de personas nacidas en Nicaragua. En este caso, el muestreo de PPT asegura que los inmigrantes en distritos que concentren mayor cantidad de esta población tengan la misma probabilidad de ingresar a la muestra que aquellos en distritos más pequeños, y viceversa.

Una vez definido este listado, la población total nicaragüense (287 766) se dividió entre el número de distritos que debían visitarse para la encuesta con la finalidad de determinar el Intervalo de Muestreo (IM). Si bien se consideraron diversos escenarios, el número de distritos que se definieron para realizar la encuesta fue de 20, decisión que se determinó sobre la base de consideraciones financieras y operativas. En otras palabras, era la cantidad más alta posible de sitios que se podían visitar considerando el presupuesto limitado.

El IM en este caso fue igual a 14 388 y para iniciar la selección de la muestra utilizando PPT se seleccionó un número entre 1 y el IM aleatoriamente como Inicio Aleatorio (IA). Este número fue 8 954. Luego, se calcularon las siguientes series:

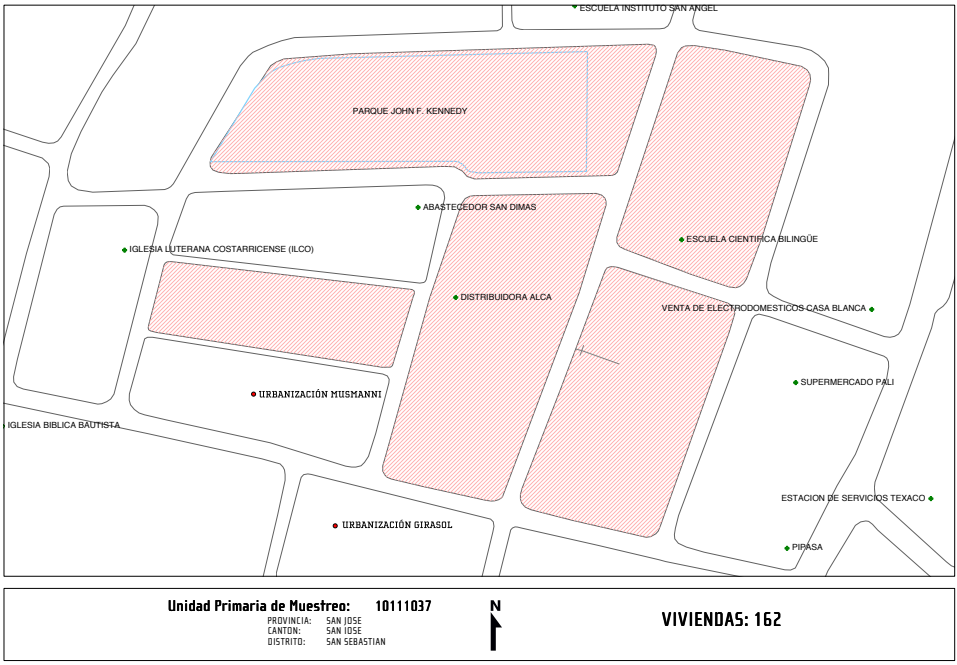
$$IA;\ IA + IM;\ IA + 2IM;\ IA + 3IM + ...;\ IA + 18IM;\ IA + 19IM.$$

Cada uno de estos 20 números corresponde a un puesto en la lista de distritos, de manera que los distritos seleccionados son aquellos para los cuales la columna "Frecuencia acumulada de personas nicaragüenses" contiene los números de la serie que se calculó.

Después de haber seleccionado los 20 distritos, el siguiente paso fue acercarse al INEC para obtener apoyo. Los distritos varían mucho en términos del tamaño de la población que reside en estos y en términos de su extensión (algunos albergan a más de 20 000 personas). El INEC administra un sistema de segmentos que desglosa aún más estos distritos, en lo que se denominan "Unidades Primarias de Muestreo" o UPM. Si bien el INEC no hace pública esta información debido a preocupaciones éticas, sí brinda asistencia para realizar el muestreo de UPM.

En ese sentido, se le solicitó al INEC que proporcionara dos muestras, una de 50 UPM y otra de 100 UPM, dentro de los distritos preseleccionados que abarcaban un total de 955 UPM. Como técnica de muestreo para la selección de los UPM, se utilizó la misma técnica de PPT, con la diferencia crucial de que la frecuencia acumulada no se basó en la población total nacida en Nicaragua, sino en el número total de hogares en la UPM. Esto debido a una diferencia técnica entre la UPM que el INEC utiliza para la clasificación de datos y el muestreo para el público en general, y las "Unidades Geoestadísticas Mínimas" (UGM), utilizadas para la recopilación de datos del censo.

FIGURA A4-1. Ejemplo de uno de los mapas de una UPM brindados por el INEC (2013)



Fuente: INEC (2013).

En diversas comunicaciones con el personal del INEC, los funcionarios explicaron que estos son muy similares, pero no exactamente iguales; y que en su sistema no se documenta la población por país de nacimiento en las UPM y UGM. Proporcionar esta información habría implicado mucho trabajo por parte del INEC por un costo más alto. Esto resultó ser un obstáculo metodológico

significativo. El problema era que, para algunas UPM, simplemente no había suficiente población nicaragüense para ser entrevistada (escenario plausible en el muestreo de PPT), en cuyo caso se tuvo que implementar una estrategia alternativa, la cual se presenta a continuación. Ahora bien, es de gran relevancia destacar que la modificación aplicada en el campo pretendía evitar alteraciones en la aleatoriedad del muestreo. Afortunadamente, dada la preselección de distritos con mayor probabilidad de tener más población nacida en Nicaragua, combinado con el hecho de que las UPM más densamente pobladas dentro de estos distritos tenían una mayor probabilidad de ser seleccionadas, resultó relativamente fácil encontrar la población objetivo dentro de la UPM, en la mayoría de los casos.

Finalmente, debido a los recursos limitados, se eligieron 50 UPM, dado que algunas de estas estaban bastante alejadas y que se pretendía cubrir todo el país, la recopilación de datos implicaría varios viajes fuera del Gran Área Metropolitana. En cada una de estas 50 UPM, se entrevistaron a un total de 8 personas nacidas en Nicaragua y 8 costarricenses, para realizar un total de 800 encuestas. Por tanto, el INEC también proporcionó la información necesaria sobre las UPM seleccionadas, como su ubicación y un mapa de cada una. Estos mapas muestran información geográfica, como calles y ríos, y puntos de ubicación fácilmente identificables, como iglesias, hoteles, campos de fútbol. Sin embargo, no presentan las casas.

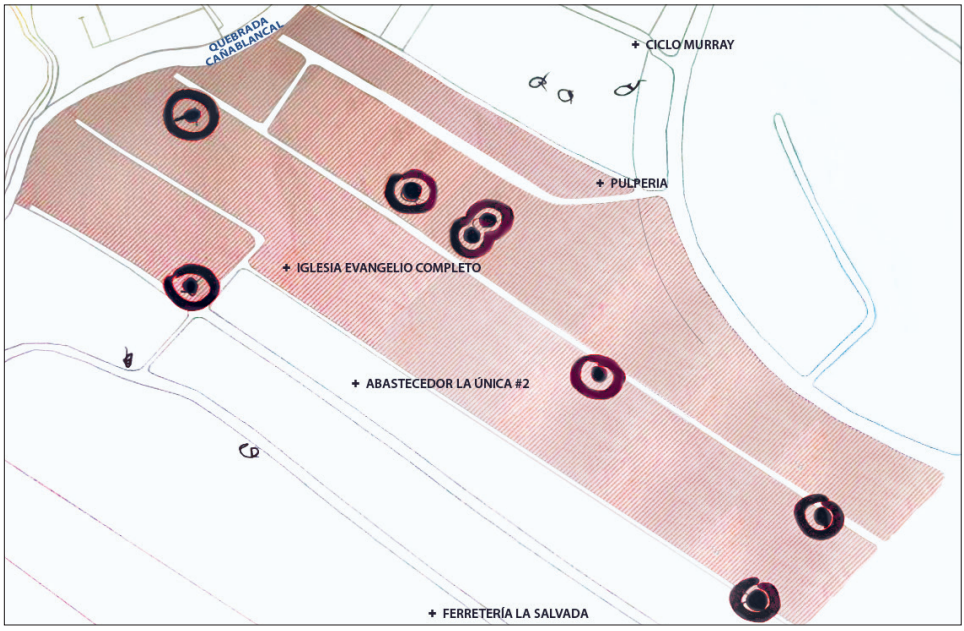


FIGURA A4-2. Selección de las ubicaciones para encuestar dentro de la UPM
Fuente: Fotografía propia de una UPM brindada por el INEC (2013).

Lo anterior implicó que para la selección real de hogares/casas se tenía que usar una técnica más rudimentaria para asegurar la aleatoriedad en la selección. Para cada mapa, uno de los entrevistadores tenía los ojos vendados y mientras otro entrevistador giraba continuamente el mapa de izquierda a derecha, este hacía puntos en la parte coloreada del mapa, hasta que aparecían exactamente 8 puntos en el área que representaba a la UPM. Finalmente, en el campo, se visitaron las casas más cercanas al punto hasta que al menos un inmigrante y un costarricense de los que residían

en dichas casas se encontraran dispuestos a participar en la encuesta. En la Figura A4-2 se muestra cómo lucía uno de los mapas una vez realizado este procedimiento.

Ejecución del trabajo de campo de la encuesta y problemas operativos

Como es típico en los trabajos de campo de las encuestas, hubo varias situaciones que necesitaron especial atención. La mayoría de estas situaciones fueron producto del uso de la selección por PPT utilizada como una estrategia de muestreo, que da una mayor probabilidad de ser seleccionados en la muestra a los distritos con una alta población inmigrante, pero no proporciona una garantía de que estos sean seleccionados. De hecho, es posible que se seleccionen distritos de baja densidad de inmigrantes. En segundo lugar, dentro de los distritos seleccionados mediante PPT, el INEC utilizó la misma estrategia de muestreo para seleccionar las UPM. Sin embargo, debido a la diferencia técnica entre las UPM y las UGM explicados previamente, dentro de las UPM seleccionados, se eligieron áreas de alta densidad de población, pero no necesariamente con población inmigrante.

CUADRO A4-3. UPM Y AJUSTES METODOLÓGICOS

Metodología	Número de UPMs
De acuerdo al plan de muestreo	32
Ajustes pequeños	12
Reemplazo	6

FUENTE: Elaboración propia.

Esto implica que la probabilidad de seleccionar una UPM con mucha población aumente pese a que no concentre población inmigrante, brindándole más posibilidades de que llegue a formar parte de la muestra final. De hecho, en la práctica esto proporcionó algunos desafíos, dado que en algunas de las UPM seleccionadas resultó difícil encontrar poblaciones inmigrantes. Para estas UPM, fue necesario realizar algunos ajustes metodológicos. En la mayoría de los casos, estos ajustes fueron menores e implicaron llenar las 8 cuotas de la encuesta por UPM, con una o dos casas fuera de la UPM. En la práctica, esto significaba cruzar la calle y encontrar un hogar de inmigrantes en una UPM vecina. En algunos casos, el ajuste implicaba más trabajo. Algunas muestras de UPM demostraron ser comunidades cerradas (2) o simplemente barrios sin población inmigrante (visible) (2). Por otra parte, en dos UPM, la seguridad de los entrevistadores se vio comprometida y se decidió suspender la encuesta allí. En estos casos, la UPM fue reemplazada por otra más cercana, donde había una población inmigrante presente. Esto implicaba preguntar y conversar con personas en los alrededores o, simplemente, tocar puertas.

En general, no se cree que la aleatoriedad de la muestra haya sido afectada de ninguna manera con los ajustes realizados. La selección inicial fue tan arbitraria como la adaptación realizada, que en todos los casos, excepto uno, implicaba la selección de la UPM adyacente donde, efectivamente, se encontraba la población inmigrante. De hecho, para fines prácticos, todas las personas nacidas en Nicaragua que residen en Costa Rica tendrían la misma probabilidad de ser muestreadas.

Anexo 4. Cuestionario de la encuesta MISOC

ENCUESTA MISOC-CR 2013/2014:
Migración y política social en Costa Rica
MSc. Koen Voorend · Estudiante doctoral ISS-EUR

PARA EL ENCUESTADOR, LLENAR LO SIGUIENTE:

A.	Encuestador		B.	Número de encuesta	
C.	UPM - Código		D.	Municipio	
E.	Lugar de entrevista		F.	Fecha entrevista	

ENCUESTA SOBRE EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA POLÍTICA SOCIAL COSTARRICENSE

Buen día. Soy investigador en un equipo de la Universidad Erasmus de Rotterdam en Holanda. Estamos realizando esta encuesta a fin de conocer el acceso que tienen las personas viviendo en Costa Rica a los servicios sociales del Estado - es decir, relacionados con educación, salud, vivienda etc. La entrevista dura alrededor de 30 minutos. Todos los datos que usted nos proporcione serán confidenciales, anónimos y no serán usados fuera de esta investigación. Puede responder libremente a esta encuesta. Si hay preguntas que no quiere responder, no hay problema, sólo hágamelo saber. No hay respuestas buenas, ni malas en esta encuesta, así que siéntase en libertad de responder de forma sincera. Le agradezco de antemano su buena voluntad y su participación.

Sección 1- Información personal (* Observación del encuestador)							
1*	***Sexo de la persona entrevistada*** *(1=M; 2=F)*			**5**	***Estado conyugal de la persona entrevistada***		
2	***Edad de la persona entrevistada en años***				1. Casado/a		
3	***¿En qué país nació?*** *(anotar código)*				2. Soltero/a		
	1 = CR; 2 = NIC; 3 = Otro. Anote				3. Unión libre		
4	***¿Qué nacionalidad tiene?*** *(anotar código)*				4. Divorciado/a		
	1 = CR; 2 = NIC; 3 = Ambos, 4= Otro, anotar				5. Viudo/viuda		
Sección 2- Información sobre las relaciones familiares							
6	***¿Es usted jefe/a del hogar en que vive?*** *(1=sí; 0=no)*			**11**	***¿Cuántas de estas personas viven de manera permanente con usted en Costa Rica (sin incluirse)?***		
7	***¿Tiene hijos/as?*** *(1=sí; 0=no)*						
8	***¿Cuántos hijos/as tiene?***	♀	♂	**12**	***¿Cuántas de estas personas viven en otro lugar en Costa Rica?***		
9	***¿Cuántos hijos menores de 6 años?***	♀	♂	**13**	***¿Cuántas de estas personas viven en Nicaragua?***		
				14	***¿Cuántas personas aportan al ingreso familiar?***		
10	***¿Cuántos miembros de su hogar/familia comparten el mismo presupuesto, incluyendo personas que viven en otros países?***			**15**	***¿Cuántas personas dependen mayoritariamente del ingreso del jefe del hogar/de la persona que más aporta al ingreso?***		

16. Sobre el/la jefe/a de hogar:

A	B	C	D	E	F		G	H	I	J
Estado civil jefe [Códigos abajo]	**Ocupación principal** (anotar)	**Nacido en…** CR= 1 NIC=2 OTRO= 3 (especificar)	**Sexo** M=1 F=2	**Edad en años cumplidos**	**Alfabetismo** Lee Sí=1 No=0	Escribe Sí=1 No=0	**Años de estudio***	**Nivel educativo más alto completado** [Códigos abajo]	**País en que hizo estudios** CR = 1 NIC = 2 Ambos = 3 Otro = 4	**Tipo de Educación** Pública = 1 Privada = 2

17. Sobre los miembros del hogar que viven en Costa Rica (MARCAR CON CÍRCULO LA PERSONA ENTREVISTADA):

No.	A	B	C	D	E		G	H	I	J	K
No. de miembros hogar +	**Relación con jefe de familia** [Códigos abajo]	**Nacido en…** CR= 1 NIC=2 OTRO=3 (especificar)	**Sexo** M = 1 F = 2	**Edad en años cumplidos**	**Alfabetismo** Lee Sí=1 No=0	Escribe Sí=1 No=0	**Años de estudio***	**Nivel educativo más alto completado** [Códigos abajo]	**País en que hizo estudios** CR =1 NIC =2 Ambos =3 Otro=4	**Tipo de Educación** Pública = 1 Privada = 2 Semi =3	**Ocupación principal** (anotar)
1											
2											
3											
4											
5											
6											

Códigos

1.A. Estado civil del Jefe de hogar	2.A. Relación con jefe de familia		**H. Nivel escolaridad (más alto)**		
1. Casado(a) / acompañado(a), con el (la) cónyuge siempre presente en el hogar 2. Casado(a) / acompañado(a), con el (la) cónyuge emigrante (es decir, el (la) cónyuge tiene todavía vínculos económicos con el jefe de familia) 3. Soltero(a) / viudo(a) / divorciado(a) / separado(a) . Vive solo. 4. Soltero(a) / viudo(a) / divorciado(a) / separado(a) . Vive juntado.	1. Cónyuge 2. Padre/Madre 3. Hijo/a 4. Hermano/a	5. Sobrino/a 6. Cuñado/a 7. Tio/a 8. Otro, especifique	0. Ninguno 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Universitario incompleto	6. Universitario completo 7. Diplomado incompleto 8. Diplomado completo 9. Técnico incompleto 10. Técnico completo	*Sumar años de primaria (6), secundaria (5), técnico básico, medio y superior y educación universitaria. Cursos no se incluyen. + Códigos para el spreadsheet en Excel: 17-1A, 17-1B… y 17-2A, 17-2B…etc.

Sección 3 - Sobre el acceso a la política social en Costa Rica

18. ¿Durante este año, algún miembro del hogar ha recibido ayuda del IMAS: en dinero, otro tipo de ayuda o participó en algún programa, capacitaciones u otro? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuáles?	Nombre programa	Monto en ₡/$ (especificar)	Periodicidad (1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro)	¿Cuántas veces recibió este monto?
	1. Avancemos			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			

18b. En algún momento antes de este año, algún miembro del hogar ha recibido ayuda del IMAS: en dinero, otro tipo de ayuda o participó en algún programa, capacitaciones u otro? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuáles?	Nombre programa	Monto en ₡/$ (especificar)	Periodicidad (1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro)	¿Cuántas veces recibió este monto?
	1. Avancemos			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			

19. Durante este año, ¿alguna persona de este hogar recibió el bono de vivienda? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuáles?	Nombre bono	Monto en ₡/$ (especificar)	Periodicidad (1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro)	¿Cuántas veces recibió este monto?
	1.			
	2.			
	3.			

19b. En algún momento antes de este año, ¿alguna persona de este hogar recibió el bono de vivienda? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuáles?	Nombre bono	Monto en ₡/$ (especificar)	Periodicidad (1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro)	¿Cuántas veces recibió este monto?
	1.			
	2.			
	3.			

20. ¿Durante este año algún miembro del hogar ha recibido servicios del CEN-CINAI? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuáles?	
	1. Atención en un centro infantil durante todo el día
	2. Comidas servidas
	3. Paquete alimentario
	4. Leche
	5. Otro
	88. No sabe

20b. ¿En algún momento antes de este año, algún miembro del hogar ha recibido servicios del CEN-CINAI? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuáles?	
	1. Atención en un centro infantil durante todo el día
	2. Comidas servidas
	3. Paquete alimentario
	4. Leche
	5. Otro
	88. No sabe

21. ¿Cuenta en Costa Rica con seguro social? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?	
	1. Asalariado
	2. Mediante convenio (asociaciones, sindicatos cooperativas, etc.)
	3. Cuenta propia o Voluntario
	4. Por el Estado (incluye al familiar de asegurado por el Estado)
	5. Familiar de asegurado directo *(asalariado, mediante convenio, voluntario)*
	6. Pensionado del régimen no contributivo monto básico
	7. Pensionado del régimen no contributivo de Gracia o Guerra
	8. Pensionado del régimen de IVM de la CCSS
	9. Pensionado del régimen: Magisterio, Poder Judicial, Hacienda, otro
	10. Familiar de pensionado
	11. Otras formas (seg. de estudiante, de refugiado, otros)
	12. Seguro privado o del extranjero
	88. No sabe

22. ¿Cotiza para algún Régimen de Pensiones? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?	
	1. Régimen de IVM de la CCSS
	2. Magisterio y régimen de IVM de la CCSS
	3. Sólo Magisterio
	4. Otro régimen (Poder Judicial, Hacienda, etc)
	5. Otro privado, _____
	88. No sabe

23. Sus hijos menores a 6 años, van donde algún centro de cuido/de educación o alguna persona que los cuida si usted está fuera/trabajando? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?	
	1. Los cuidan en la red de cuidos/programa del Estado
	2. Van a un kinder / prematernal que paga
	3. Contrata una muchacha que los cuida (pagado)
	4. Algún familiar los cuida, *especifique* _____
	5. Alguna persona no familiar los cuida (no pagado)
	6. Otro, *especifique* _____

23a. Cuando sus hijos tenían menos de 6 años, iban donde algún centro de cuido/de educación o alguna persona que los cuida si usted está fuera/trabajando? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?	
	1. Los cuidan en la red de cuidos/programa del Estado
	2. Van a un kinder / prematernal que paga
	3. Contrata una muchacha que los cuida (pagado)
	4. Algún familiar los cuida, *especifique* _____
	5. Alguna persona no familiar los cuida (no pagado)
	6. Otro, *especifique* _____

24. ¿Sus hijos, asisten a una escuela o un colegio público en Costa Rica? (1) sí (0) no

24a. Cuando sus hijos estaban en edad, ¿asistían a una escuela o un colegio público en Costa Rica? (1) sí (0) no

25. Alguno de sus hijos, ¿cuenta con una beca otra que Avancemos? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?	Nombre programa	Monto en ₡/$ (especificar)	Periodicidad (1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro	¿Cuántas veces recibió este monto?

25a. Alguno de sus hijos, ¿en algún momento contaba con una beca otra que Avancemos? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?	Nombre programa	Monto en ₡/$ (especificar)	Periodicidad (1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro	¿Cuántas veces recibió este monto?

26. Si usted se siente mal/enfermo(a), y necesita ver un doctor, ¿usted va a la CCSS/EBAIS? *(LEER RESPUESTAS)* (1) sí (0) no

Si no, ¿por qué no?	
	1. No tiene derecho a atención médica de la CCSS/EBAIS por su estado migratorio
	2. Le cobran por los servicios de la CCSS/EBAIS
	3. No le atienden en la CCSS/EBAIS
	Especifique por qué _____
	4. Prefiere una clínica/doctor privado
	Especifique por qué _____
	5. El horario no le conviene
	6. Solo si fuera una emergencia de vida
	7. Otra razón, *especifique* _____

27. Si sus hijos (menores de 18) están enfermos, y necesitan ver a un doctor, ¿usted los lleva a un EBAIS/Hospital? *(LEER RESP.)* (1) sí (0) no

Si no, ¿por qué?	
	1. No tienen derecho a atención médica de la CCSS/EBAIS por el estado migratorio de sus hijos
	2. No tienen derecho a atención médica de la CCSS/EBAIS por el estado migratorio suyo
	3. No los atienden en la CCSS/EBAIS, *Especifique por qué*
	4. Le cobran por los servicios de la CCSS/EBAIS
	5. Prefiere una clínica/doctor privado. *Especifique por qué*
	8. El horario no le conviene
	6. Solo si fuera una emergencia de vida
	7. Otra razón, especifique

28a. Si necesita alguna medicina para usted, ¿normalmente dónde la consigue? *(LEER RESP.)*

1.	La busca en la CCSS o un EBAIS, sin que me cobren
2.	La busca en la CCSS o en un EBAIS, pero me cobran
3.	La compra en una farmacia
4.	Conoce una persona que se la consigue. Usted le paga.
5.	La consigue en Nicaragua, se la mandan
6.	Otra forma, especifique
0.	No puede conseguir medicinas

28b. ***Si necesita alguna medicina para sus hijos (menores de 18 años), ¿normalmente dónde la consigue?*** *(LEER RESP.)*	
1. La busca en la CCSS o un EBAIS, sin que me cobren	
2. La busca en la CCSS o en un EBAIS, pero me cobran	
3. La compra en una farmacia	
4. Conoce una persona que se la consigue. Usted le paga.	
5. La consigue en Nicaragua, se la mandan	
6. Otra forma, especifique	
0. No puede conseguir medicinas	

29a. Si alguien en su familia en Costa Rica que no tiene seguro necesitara una operación, ¿qué haría? *(LEER RESP.)*	
1. Pide cita en un hospital en la CCSS o un EBAIS	
2. Pide cita con un doctor privado en Costa Rica	
3. Regresa a Nicaragua. Prefiere la atención médica en Nicaragua.	

29b. Si sus hijos o alguien en su familia en Costa Rica que sí seguro necesitara una operación, ¿qué haría? *(LEER RESP.)*	
1. Pide cita en un hospital en la CCSS o un EBAIS	
2. Pide cita con un doctor privado en Costa Rica	
3. Regresa a Nicaragua. Prefiere la atención médica en Nicaragua	

29c. Si alguien en su familia viviendo en otro país necesitara una operación, qué haría? *(LEER RESP.)*	
1. Busca atención médica del Estado en Nicaragua	
2. Busca atención médica privada en Nicaragua	
3. Busca atención médica en Costa Rica, en la CCSS	
4. Busca atención médica privada en Costa Rica	
5. Busca atención médica en otro país, especifique	

3a - Sobre el gasto en citas médicas, medicina y educación

	(CR ₡)	(US$)
30. El mes pasado, ¿cuánto dinero gastó en citas médicas para usted y su familia?		
30a. La última vez que usted tenía una cita médica, ¿cuánto dinero gastó en esta cita?		
30b. La última vez que sus hijos tenían una cita médica, ¿cuánto dinero gastó en esta cita?		
31. El mes pasado, ¿cuánto dinero gastó en medicinas para usted y su familia?		
31a. La última vez que tenía que conseguir medicinas para usted, ¿cuánto dinero gastó en estas medicinas?		
31b. La última vez que tenía que conseguir medicinas para sus hijos, ¿cuánto dinero gastó en estas medicinas?		
32. El mes pasado ¿cuánto dinero gastó en su educación y/o la de tu familia?		

3b. Sobre la cercanía de los servicios sociales

33. La escuela más cercana de usted se encuentra a una distancia de…		***34. El EBAIS más cercano de usted se encuentra a una distancia de…***		***35. El hospital (CCSS) más cercano de usted se encuentra a una distancia de…***		***36. El hospital o clínica privada más cercano de usted se encuentra a una distancia de…***	
1. Menos de 1 km		1. Menos de 1 km		1. Menos de 1 km		1. Menos de 1 km	
2. Entre 1 y 2 km		2. Entre 1 y 2 km		2. Entre 1 y 2 km		2. Entre 1 y 2 km	
3. Entre 2 y 5 km		3. Entre 2 y 5 km		3. Entre 2 y 5 km		3. Entre 2 y 5 km	
4. Entre 5 y 10 km		4. Entre 5 y 10 km		4. Entre 5 y 10 km		4. Entre 5 y 10 km	
5. Más de 10 km		5. Más de 10 km		5. Más de 10 km		5. Más de 10 km	

3b – Sobre la percepción de la calidad de los servicios sociales y de la dificultad del acceso

37. La calidad de la escuela en Costa Rica, usted la calificaría como:	
1. Muy buena	
2. Buena	
3. Regular	
4. Mala	
5. Muy mala	
88. NS/NR	

38. En comparación con su país, la calidad de la escuela en Costa Rica es:	
1. Mucho mejor	
2. Mejor	
3. Igual	
4. Peor	
5. Mucho peor	
88. NS/NR	

39. La calidad de los servicios médicos en Costa Rica, usted la calificaría como:	
1. Muy buena	
2. Buena	
3. Regular	
4. Mala	
5. Muy mala	
88. NS/NR	

40. En comparación con su país de origen, la calidad de los servicios médicos en Costa Rica es:	
1. Mucho mejor	
2. Mejor	
3. Igual	
4. Peor	
5. Mucho peor	
88. NS/NR	

41a. Cuando usted quería matricular a sus hijos/hijas en la escuela en Costa Rica, fue posible?	(1) sí	(0) no
41b. Si no, ¿Por qué cree usted que no se pudo?		
1. No había escuela cerca		
2. No sabía que en Costa Rica se ofrecía este servicio para sus hijos		
3. Le negaron la matrícula porque usted/sus hijos no tenían los papeles al día		
4. Le negaron la matrícula porque no es costarricense		
5. Otra razón, especifique		
88. NS/NR		

42a. Cuando usted necesitaba atención médica de la CCSS para usted en Costa Rica, fue posible?	(1) sí	(0) no
42b. Si no, ¿Por qué cree usted que no se pudo?		
1. No había clínica cerca		
2. No sabía que podía buscar la atención en la CCSS		
3. Le negaron la atención porque usted no tenía sus papeles al día		
4. Le negaron la atención porque no es costarricense		
5. Otra razón, especifique		

43a. En comparación con las personas costarricenses que usted conoce, acceder a los servicios de educación, salud y vivienda, para usted es…	
1. Más fácil	
2. Lo mismo	
3. Más difícil	
43b. ¿Por qué considera esto? (anotar razones)	

Sección 4 – Sobre el proceso migratorio

4a – Sobre el cuándo

44. ¿En qué año vino por primera vez a Costa Rica?		(anotar año)	
45a. ¿Ha vivido en Costa Rica todo este período?	(1) sí	(0) no	
45b. Si no: Desde que vino a Costa Rica, ¿Ha vuelto a vivir en Nicaragua un período?	(1) sí	(0) no	
45b. Si no: Desde que vino a Costa Rica la primera vez, ¿Ha vivido en otro país que no sea Nicaragua?	(1) sí	(0) no	
46. ¿Cuándo ingresó por última vez a Costa Rica?	mes	año	
47. ¿Cuántas veces al año regresa a Nicaragua?			
48. *En promedio, ¿cuántos días se queda en Nicaragua cada vez que va?*			

49. ¿Por qué motivo regresó la última vez a Nicaragua?	
1. Visitar a familia	
2. Vivir un tiempo	
3. Para conseguir documentos	
4. Otro	
50. ¿De cuánto tiempo ha sido el período más largo que vivió en Costa Rica sin interrupciones? (años) (meses)	
51. En este momento, usted se encuentra en el país…	
1. De forma temporal (menos de 6 meses)	
2. De forma permanente	
3. En períodos de trabajo (vuelve a Nic días/períodos no laborales)	
4. Sólo por esta cosecha / un trabajo específico	
5. Otra forma, especifique	

4b –Sobre la situación antes de migrar

52. Antes de venir a Costa Rica, ¿en qué departamento vivía? ***(Anotar)***

53. En Nicaragua:	***0=no***	***1= sí***	**53. cont…**	***0=no***	***1= sí***
1. ¿Tenía trabajo remunerado?			5. ¿Tenía casa propia?		
2. ¿Cotizaba para un seguro social?			6. ¿Vivía con sus padres?		
3. ¿Cotizaba para una pensión?			7. ¿Tiene pareja en Nicaragua?		
4. ¿Le pagaban sus derechos (aguinaldo etc.)?			8. ¿Tiene hijos en Nicaragua?		

54. En cuanto a los siguientes servicios, ¿a cuáles tenía/tiene usted o su familia acceso…(es decir, hace uso de…)		**A. …en Nicaragua, antes de venir a Costa Rica**		**B. …ahora, en costa Rica?**	
		(1) Sí	**(0) No**	**(1) Sí**	**(0) No**
En la vivienda…	1. Agua potable en la vivienda				
	2. Electricidad				
	3. Teléfono fijo				
	4. Teléfono celular				
	5. Servicio sanitario de inodoro/agua				
	6. Servicio sanitario letrina				
Servicios sociales…	7. Centro de salud				
	8. Hospital				
	9. Escuela para sus hijos				
	10. Colegio para sus hijos				
	11. Guardería				

4c - Sobre por qué vino a Costa Rica

55. ¿Por qué decidió emigrar a otro país, y dejar Nicaragua? *(PEDIR 3 RAZONES, PRIMERO ANOTAR A LA PAR, DESPUÉS LEER ACÁ ABAJO Y LLENAR LOS QUE APLICAN)* →

1. Necesitaba trabajo y no conseguía en Nicaragua	
2. En otros países pagan mejor por el mismo trabajo	
3. Quería ofrecerle a menores de mi familia mejores condiciones de educación que en Nicaragua	
4. Alguien en su familia necesitaba atención médica que no ofrecen en Nicaragua	
5. Quería tener sus hijos (empezar una familia) en un país con mejores condiciones (educación, salud, ingreso) que Nicaragua	
6. Para estudiar, en el otro país hay mejores centros que en Nicaragua	
7. Motivos familiares (reunir, matrimonio etc.)	
8. Por razones políticas, se tuvo que ir de Nicaragua	
9. Otro, especifique	

Anotar 3 razones que se mencionan….

1. .....

2. .....

3. .....

56. ¿Con quién tomó la decisión de emigrar?	
1. Solo	
2. Junto con su pareja decidieron que usted tenía que ir	
3. Junto con sus padres, hermanos u otros miembros de la familia	
4. Con otra persona	
*Especifique quién*_____	
5. Otro, especifique_____	

57. ¿Cuándo tomó la decisión de emigrar, consideró otros países además de Costa Rica?	(1) sí	(0) no
Sí, ¿cuáles? (marcar varios si aplican) 1. Estados Unidos		
2. El Salvador		
3. Guatemala		
4. Otro, _____		

58. ¿Por qué decidió venir a Costa Rica, y no otro país (ej. EEUU, El Salvador, Guatemala)? *(marcar los que aplican)*	
1. Tiene familiares/amigos en Costa Rica que le ayudaron	
2. En Costa Rica se consigue trabajo más fácil que en otros países	
3. En Costa Rica, se paga más que en Nicaragua	
4. Costa Rica le queda más cerca que los otros países	
5. Migrar a Costa Rica es menos caro que a los otros países	
6. Además de trabajo, en Costa Rica hay buenos hospitales	
7. Usted/Su pareja estaba embarazada, y sabía que en Costa Rica atienden el parto mejor que en Nicaragua y de manera gratuita	
8. Quería que sus hijos crecieran en Costa Rica, porque tienen acceso a mejores escuelas y colegios.	
9. Intentó emigrar a otro país, pero lo deportaron	
10. Otro, especifique_____	

59. ¿Mencione dos ventajas que tiene Costa Rica sobre otros países para usted? (anotar)

.....

.....

.....

4d - Sobre el cómo de la migración

60. ¿La primera vez que vino a Costa Rica, vino solo/a o acompañado/a? (0) solo (2) acompañado

61. Si 60 = 2: ¿Con quién vino a Costa Rica la primera vez?

1. Con mi pareja
2. Con mis hijos
3. Con mis padres
4. Con amigos/as
5. Con otro familiar, especifique
6. Solo

62. ¿Ya conocía a alguien en Costa Rica antes de migrar? (1) sí (0) no

63. ¿Recibió algún tipo de apoyo de alguna persona u organización/institución en Costa Rica? (1) sí (0) no

Sí, ¿de quién? 1. Familiar/amigo 2. ONG/organización 3. Intermediario

Especifique quién o cuál?

64. ¿Qué tipo de apoyo le dio/dieron esa(s) persona (s) / entidad(es)?

1. Le dio información
2. Le contactó con alguien que podía ofrecer trabajo
3. Le dio un apoyo financiero
4. Le ayudó con alojamiento
5. Otro, especifique

65. Generalmente, ¿cuál es el medio que más utiliza usted para viajar cuando viene desde Nicaragua a Costa Rica?

1. A pie
2. En automóvil
3. En camión/pick up
4. En autobús
5. En avión
6. En lancha
7. En caballo, carreta
8. Otro, especifique

66a. ¿Traía documentos cuando ingresó al país? (1) sí (0) no

66b. ¿Con cuáles de los siguientes documentos ingresó usted al país? ¿Cuál mantiene hoy día?

	Antes	Ahora
1. Acta/partida de nacimiento		
2. Acta de bautismo		
3. Cédula o documento de identidad		
4. Pasaporte		
5. Salvoconducto / Permiso especial		
6. Otro, especifique		
0. Ninguno		

4e – Sobre el estado migratorio

67. Cuando vino a Costa Rica por primera vez, ¿vino con visa o permiso de trabajo? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?
1. Visa turística
2. Permiso de trabajo
3. Otro, especifique

68. Cuando vino a Costa Rica la última vez, ¿vino con visa o permiso de trabajo? (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?
1. Visa turística
2. Permiso de trabajo
3. Otro, especifique

69. En este momento, ¿está en el país con su documentación migratoria al día? (¿está "legal"?) (1) sí (0) no

Sí, ¿cuál?
1. Visa turística
2. Permiso de trabajo
3. Residencia temporal
4. Residencia permanente
5. Nacionalidad costarricense
6. Papeles están en trámite
7. No está al día/Irregular
88. No sabe

4f – Sobre las expectativas y la realidad

70. En Costa Rica, ¿fue más fácil o difícil de lo que esperaba antes de migrar de….

	1. Más difícil	2. Como lo esperado	3. Más fácil
1. conseguir un trabajo?			
2. conseguir un permiso de trabajo			
3. conseguir un seguro social (CCSS)			
4. conseguir una cita médica?			
5. lograr que sus hijos matriculen en la escuela?			

71. En comparación con Nicaragua, ahora en Costa Rica (1) sí (0) no

1. tiene mayor ingreso?
2. usted o sus hijos tienen (mejor) acceso a la educación?
3. usted o su familia tiene (más) acceso a servicios de salud?
4. usted o su familia tiene (más) acceso a becas y programas especiales del Estado?
5. usted tiene (más) acceso a crédito?
6. usted tiene (más) acceso a bonos de vivienda?

72a. En general, ¿usted siente que para usted y su familia que viven en Costa Rica, ha mejorado la calidad de vida cuando migró? (1) sí (0) no

72b. Si rojo quiere decir que la calidad de vida empeoró mucho, y verde que la calidad de vida mejoró mucho, ¿en cuánto valoraría este cambio? (*5 EMPATA*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

73a. En general, ¿usted siente que para usted y su familia que vive en Nicaragua, ha mejorado la calidad de vida cuando migró? (1) sí (0) no

73b. Si rojo quiere decir que la calidad de vida empeoró mucho, y verde que la calidad de vida mejoró mucho, ¿en cuánto valoraría este cambio? (*5 EMPATA*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

74a. ¿Usted quisiera en algún momento regresar a Nicaragua permanentemente? (1) sí (0) no

74b. Si sí, ¿por qué? *Especifique*

74c. Y, ¿cuándo? *Especifique*

Sección 5 – Sobre las remesas

75. ¿Usted envía alguna ayuda económica en dinero a familiares en Nicaragua? *(NO – PASA A SECCIÓN 6)* (1) sí (0) no

76. ¿Cada cuánto tiempo realiza el envío de dinero?

1. Cada ocho días
2. Cada quince días
3. Una vez al mes
4. Cada dos meses
5. Cada cuatro meses
6. Más, especifique
7. Irregular, cuando pueda

77. Las últimas tres veces, en promedio, ¿de cuánto es el monto de esa ayuda económica? *En colones o dólares* ₡ $

78. Y, ¿por cuál medio envía esa ayuda con mayor frecuencia?

1. Familiar/amigo
2. Banco
3. Servicio transporte/buses
4. Encomenderas/personas especiales que llevan dinero
5. Compañía especializada/Remesera, especifique
6. Otro, especifique

79. ¿Cuántas personas se benefician directamente de la ayuda económica que usted envía? (Anotar)

Cualquier observación adicional

80. ¿Quiénes son las que se benefician directamente?

1. Entrevistado/a
2. Cónyuge/pareja
3. Padre/madre
4. Hijos/hijas
5. Abuelos/as
6. Amigos/as
7. Otro, especifique

81. ¿Mencione las tres cosas para que más se usa este dinero que usted envía? *(LEER RESPUESTAS – MARCAR PRIORIDAD con 1,2,3)*

1. Pagar gastos básicos del hogar (comestibles, renta)
2. Ahorro
3. Escuela de los y las hijos e hijas en Nicaragua
4. Pagos préstamos
5. Inversión en negocio
6. Recreación
7. Gastos médicos/medicina
8. Estudios de otra persona
9. Otro, especifique
88. No sabe

82. Y ¿envía usted a su familia artículos o productos que no sean dinero?

1. Ropa
2. Medicinas
3. Comestibles
4. Útiles escolares
5. Computadora o Electrodomésticos
6. Otros, especifique
0. No manda

Sección 6- Características socio-económicas

6a - Sobre el trabajo principal

83. En el mes pasado, ¿usted realizó al menos por una hora alguna de las siguientes actividades, recibiendo pago en dinero... *(PREGUNTAR UNO POR UNO)*

1.	participó en labores agropecuarias?	
2.	hizo algo para vender (costuras, manualidades, comida)?	
3.	vendió algún producto (alimentos, joyas, rifas, ventas por catálogo)?	
4.	cuidó niños, ancianos o personas enfermas de otro hogar?	
5.	realizó algún servicio doméstico para personas de otro hogar (limpiar, planchar, etc.)?	
6.	realizó algún servicio de seguridad privada (guachimán, cuidando carros etc.)	
7.	realizó algún trabajo en construcción o reparación de casas o edificios?	
8.	realizó algún otro servicio (como pintar uñas, corte de pelo etc.)?	
9.	realizó trabajos variados, "camarones", "chambas"?	
10.	hizo algún otro trabajo? _____ (especifique que)	
0.	No realizó ninguna	

84. ¿Cuál es su ocupación principal? *(anotar)* _____

85. ¿Ese trabajo que realiza es...	
1. Un negocio, empresa actividad propia, contratando personal permanente?	
2. Un negocio o actividad propia, sin contratar personal o contratando ocasionalmente?	
3. Como empleado para un patrón/empresa/institución privada?	
4. Como empleado para un patrón/empresa/institución del estado?	
5. Como empleado de casas particulares?	
6. Como ayuda a un familiar o conocido sin recibir pago ni en dinero ni en especie?	
7. Un negocio/act. propia, de carácter informal / "camaronea"?	

86. Actualmente, ¿recibe en este trabajo pago en especie? (1) sí	(0) no
Si sí, ¿de qué tipo?	
87. En ese trabajo, ¿cuántas horas por semana trabaja? *(anotar horas)*	
88. Este trabajo, lo tiene que combinar con cuidar a sus hijos/hijas (1) sí	(0) no
89. ¿Cuántas horas por semana tiene usted que dedicar exclusivamente al cuidar a sus hijos/hijas	

Trabajo secundario:

90. ¿Además de este, tiene otros trabajos recibiendo pago en dinero o en especie? (1) sí	(0) no	***91. En ese trabajo secundario, ¿cuántas horas por semana trabaja?*** *(anotar horas)*

92. ¿Qué hace en este trabajo? *(anotar profesión trabajo secundario)* _____

6b – Sobre las condiciones del trabajo

93. En su trabajo (principal) disfruta de…	(1) sí	(0) no
1. aguinaldo?		
2. días pagos por enfermedad?		
3. vacaciones pagas?		
4. seguro de riesgos de trabajo?		
5. reconocimiento de horas extras?		

95. En este trabajo (principal) tiene rebajas de su salario por…	(1) sí	(0) no
1. seguro social?		
2. impuestos de renta?		
3. rebajas personales que no son de ley/préstamos?		
4. Pensiones alimenticias		

94. ¿En este trabajo cuánto fue su salario el mes pasado, sin ningún tipo de rebaja? *(salario bruto)*

1. Menos de ₡ 50,000 (US$ 100)	
2. Entre ₡50,000 y ₡100,000 (US$100 y 200)	
3. Entre ₡100,000 y ₡150,000 (US$200 y 300)	
4. Entre ₡150,000 y ₡200,000 (US$300 y 400)	
5. Entre ₡200,000 y ₡300,000 (US$400 y 600)	
6. Entre ₡300,000 y ₡400,000 (US$600 y 800)	
7. Más de ₡400,000 (US$800)	

96. ¿Cuánto le rebajaron de su salario en total, el mes pasado, incluidas rebajas de ley y otras que no son de ley? *(CCSS, Bco Popular, impuesto de renta, préstamos, asociaciones, pólizas)*

Anotar monto (o aproximación) en US$/Colones	*US$*	*Colones*

97. ¿Cuánto ganó con su(s) trabajo(s) secundario(s) en el mes pasado?

1. Menos de ₡50,000 (US$100)	
2. Entre ₡50,000 y ₡100,000 (US$100 y 200)	
3. Entre ₡100.000 y ₡250,000 (US$300 y 500)	
4. Más de ₡250,000 (US$500)	

Otros ingresos:

98. Otros ingresos; ¿Usted o alguien en su familia recibe periódicamente ingresos en dinero por concepto de... *[usamos: 1:-año, 2:mes,3: irregular, 4:otro)]*	Sí	No	¿Cuánto recibe?	¿Cada cuánto?
1. alquileres de viviendas, tierras, vehículos, etc.?				
2. intereses de depósitos a plazos, préstamos a terceros y otros?				
3. pensiones del Régimen no Contributivo?				
4. ayudas del IMAS?				
5. otras ayudas estatales o subsidios?				
6. becas?				
7. pensión alimenticia?				
8. pensiones o jubilaciones nacionales (incluye incapacidad permanente)?				
9. pensiones o jubilaciones del extranjero?				
10. aguinaldo de pensión alimenticia, jubilación u otro?				
11. dinero del exterior (remesas)?				
12. dinero de familiares u otras personas en el país?				
13. otras transferencias?				

6c - Sobre las condiciones de la vivienda. * Observación del encuestador

99*. Tipo de vivienda….

1. Casa en condominio o res. cerrado
2. Casa independiente
3. En una fila (pared pega con pared de otra casa)
4. En edificio (condominio vertical o apartamento)
5. Cuartería
6. Tugurio
7. Otro _____

100*. ¿Cuál es el estado de...	Malo	Reg	Bueno
1. las paredes exteriores?			
2. el techo?			
3. el piso?			

101. ¿Tiene usted o algún miembro de la familia que vive en esta vivienda…

1. teléfono celular?
2. teléfono residencial?
3. refrigeradora?
4. sistema de agua caliente para toda la casa?
5. tanque para almacenar agua?
6. computadora portátil?
7. computadora de escritorio?
8. fax (no de computadora)?
9. radio o equipo de sonido?
10. carro (no de trabajo)?
11. moto (no de trabajo)?
12. tele de plasma, LCD o LED?
13. televisor convencional?
14. router inalámbrico?
15. televisión pagada (cable, satélite u otro)?

102. ¿El servicio sanitario es...

1. Sólo para esta vivienda?
2. Para esta y otras viviendas?
0. No tiene

103. ¿El agua que consumen proviene de ...

1. Un acueducto del A y A?
2. Un acueducto rural?
3. Un acueducto municipal?
4. Una empresa o cooperativa?
5. Un pozo?
6. Un río, quebrada o naciente?
7. Lluvia u otro? _____
0. La casa no tiene agua

104. ¿En esta vivienda hay luz eléctrica...

1. del ICE?
2. de la CNFL?
3. de la ESPH / JASEC?
4. de una Cooperativa?
5. de planta privada?
6. de otra fuente?
0. No hay luz eléctrica

105. ¿Esta vivienda, es…

0. Casa propia totalmente pagada
1. Casa propia pagando a plazos
2. Casa alquilada
3. Casa prestada
4. Casa en precario (sin derechos formales)
5. Otra, especifique _____

106. ¿Cuántos cuartos exclusivos para dormir tiene esta vivienda? (Anotar no.)

107. <u>Aproximadamente</u>, ¿cuántos metros cuadrados de construcción tiene esta vivienda?

1. Menos de 30 m^2
2. De 30 a 40 m^2
3. De 41 a 60 m^2
4. De 61 a 100 m^2
5. De 101 a 150 m^2
6. De 151 a 200 m^2
7. Más de 200 m^2

¡Muchísimas gracias por su colaboración!

Anexo 5. Características en el Censo Nacional, INEC (2011)

CUADRO A5-1. Variables seleccionadas según características migratorias de la población nicaragüense en el Censo Nacional, 2011

Variable	Nicaragua
Edad media (en años)	32.62
Edad media (mayores de 15 años) (en años)	35.88
Distribución de la edad en % (N= 287 766)	
Menores de 15	9.0
15-24	21.2
25-34	27.9
35-44	21.1
45-54	11.0
55-64	5.3
65-74	2.5
75 y más	2.0
Educación formal promedio en años:	6.34
Tamaño promedio del hogar	4.60
Promedio de hijos/as por mujer	2.63
Estado civil en % (N=285 409)	
Unión libre	5.7
Casado/a	36.9
Separado/a	22.8
Divorciado/a	3.8
Viudo/a	1.2
Soltero/a	2.0
% Trabajo remunerado (N=285 409)	53.85
Población económicamente activa (PEA) (n = 271 427)	51.40
Período de llegada % (N= 287 766)	
Antes de 1979	1.6
1970 a 1979	2.4
1980 a 1989	5.4
1990 a 1999	19.4
2000 a 2009	20.5
2010 a 2019	4.4

Fuente: Elaboración propia con base en INEC (2011).

Anexo 6. Acceso a servicios de salud y medicamentos públicos por país de nacimiento y zona de residencia, 2013

CUADRO A6-1. Acceso a los servicios de salud pública y la medicina pública para nacionales e inmigrantes nicaragüenses según zona de residencia, 2013 (porcentajes)

Variable	Costa Rica			Nicaragua		
	Total	*Urbano*	*Rural*	*Total*	*Urbano*	*Rural*
	401	281	120	394	272	122
Atención médica						
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	78.8	79.0	78.3	58.1	57.4	59.8
CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	21.2	21.0	21.7	41.9	42.6	40.2
CCSS Asistencia médica pagada	1.5	1.4	1.7	5.8	7.4	2.5
No son atendidos	2.0	1.1	4.2	18.5	16.5	23.0
Preferencia por atención médica privada	7.0	8.9	2.5	4.1	4.8	2.5
Otras razones	4.5	4.6	4.2	6.9	7.0	6.6
Razones desconocidas	6.2	5.0	9.2	6.6	7.0	5.7
Medicina						
CCSS Medicina gratuita	69.8	66.9	76.7	47.5	43.0	57.4
Combinación: CCSS y Privado	2.5	3.2	0.8	3.8	4.4	2.5
Medicina privada	25.7	28.1	20.0	45.4	51.1	32.8
Farmacia, pagada	24.9	27.0	20.0	43.7	49.3	31.1
CCSS, pagada	0.2	0.4	0.0	0.3	0.4	0.0
Contacto, pagado	0.5	0.7	0.0	0.8	0.4	1.6
Desde Nicaragua, pagado	0.0	0.0	0.0	0.8	1.1	0.0
Other	2.0	1.8	2.5	3.3	1.5	7.4
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración propia con base en INEC (2011).

CUADRO A6-2. Acceso a los servicios de salud pública y la medicina pública para niños (menores de 18 años) según país de nacimiento y zona de residencia de los padres, 2013 (porcentajes)

Variable	Costa Rica			Nicaragua		
	Total	*Urban*	*Rural*	*Total*	*Urban*	*Rural*
	227	150	77	296	197	99
Atención médica						
CCSS. Acceso gratuito de atención médica	79.3	80.0	77.9	80.1	79.7	80.8
CCSS. Sin acceso gratuito de atención médica	11.5	13.3	7.8	13.2	13.7	12.1
CCSS Asistencia médica pagada	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0
No son atendidos	0.0	0.0	0.0	4.1	4.1	4.0
Preferencia por atención médica privada	0.4	0.7	0.0	0.3	0.0	1.0
Otras razones	9.3	11.3	5.2	5.1	5.6	4.0
Razones desconocidas	1.8	1.3	2.6	2.7	3.0	2.0
Desconocido	9.3	6.7	14.3	6.8	6.6	7.1
Medicina						
CCSS Medicina gratuita	65.6	64.0	68.8	63.9	58.9	73.7
Combinación: CCSS y Privado	1.3	1.3	1.3	2.0	2.0	2.0
Medicina privada	19.8	24.7	13.0	24.7	29.9	15.2
Farmacia, pagada	18.5	22.0	11.7	22.6	26.9	14.1
CCSS, pagada	0.9	0.7	1.3	1.0	1.5	0.0
Contacto, pagado	0.4	0.7	0.0	0.3	0.0	1.0
Desde Nicaragua, pagado	0.0	0.0	0.0	0.7	1.0	0.0
Other	0.9	1.3	0.0	0.3	0.5	0.0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en INEC (2011).

Anexo 7. Prueba de medias para una selección de variables

CUADRO A7-1. Comprobación de medias para las variables seleccionadas según país de origen y estatus migratorio, 2013

Comprobación de medias		Costa Rica	Nicaragua	Denizen	"Ilegal"	Dif. CR-NIC	Dif. CR – Denizen	Dif. Denizen – "Ilegal"
Características demográficas	Edad de entrevistados	45.85	39.78	42.13	35.87			
	Años de escolaridad del entrevistado	6.11	5.33	5.26	5.45	0.772**	0.845**	-0.193
Características del hogar	Sexo del Jefe de hogar	0.43	0.40	0.43	0.34	0.0305	-0.00603	0.0971
	Edad del Jefe de hogar	50.39	41.76	43.51	38.84	8.663***	6.877***	4.674***
	Hijos menores de 6 años	0.27	0.40	0.39	0.43	-0.137***	-0.123***	-0.0354
	Hijos entre 7-18 años	0.30	0.35	0.37	0.31	-0.049	-0.0707	0.0591
	Hijos mayores de 18 años	0.57	0.75	0.76	0.74	-0.185***	-0.194***	0.0237
	Tipo de familia							
	Tradicional	0.35	0.45	0.42	0.49	-0.0951**	-0.0686	-0.0705
	Modificada	0.14	0.26	0.28	0.23	-0.119***	-0.137***	0.0467
	Unipersonal y monoparental	0.27	0.20	0.21	0.18	0.0763*	0.067	0.0249
	Otras	0.23	0.09	0.09	0.09	0.138***	0.138***	-0.0011
Servicios de salud	Seguro de salud	0.85	0.64	0.87	0.24	0.218***	-0.0171	0.627***
	Trabajadores asalariados	0.19	0.19	0.25	0.09	0.002	-0.0584	0.160***
	Trabajadores independientes y voluntarios	0.11	0.11	0.16	0.02	0.003	-0.0504	0.142***
	Seguro familiar	0.32	0.24	0.35	0.06	0.0806*	-0.0279	0.289***
	Seguro por el Estado	0.08	0.03	0.03	0.01	0.0494**	0.0423	0.019
	Pensionados del RNC e IVM	0.13	0.02	0.03	0.01	0.109***	0.104***	0.0149
	Otros	0.01	0.01	0.00	0.01	0.0049	0.00591	-0.00269

continúa...

continuación

	Comprobación de medias	Costa Rica	Nicaragua	Denizen	"Ilegal"	Dif. CR-NIC	Dif. CR – Denizen	Dif. Denizen – "Ilegal"
Servicios de salud	CCSS Salud pública gratuita	0.79	0.58	0.77	0.26	0.207***	0.0157	0.509***
	CCSS Salud pública gratuita para niños (menores de 18)	0.45	0.60	0.63	0.56	-0.153***	-0.177***	0.0652
	CCSS Medicina gratuita	0.70	0.48	0.65	0.18	0.224***	0.0478	0.468***
	Medicina privada	0.26	0.45	0.28	0.75	-0.197***	-0.0196	-0.474***
	CCSS medicina gratuita para niños (menores de 18)	0.37	0.48	0.49	0.47	-0.108**	-0.116**	0.0216
	Medicina privada para niños (menores de 18)	0.11	0.19	0.17	0.22	-0.0731**	-0.0544*	-0.0495
Mercado laboral	Categoría de ingresos del entrevistado	1.61	2.14	2.35	1.78	-0.531**	-0.748***	0.577*
	Ocupación principal							
	Prof., y Técn.	0.12	0.07	0.07	0.07	0.0512*	0.0547*	-0.00928
	Trabajo doméstico remunerado	0.02	0.12	0.13	0.11	-0.099***	-0.108***	0.022
	Jornaleros	0.03	0.14	0.14	0.14	-0.110***	-0.112***	0.00714
	Comerciantes	0.10	0.11	0.13	0.06	-0.0118	-0.0394	0.0733*
	Agricultores y pescadores	0.01	0.02	0.02	0.01	-0.00276	-0.00379	0.00275
	Oficiales de seguridad	0.01	0.02	0.02	0.02	-0.0053	-0.00379	-0.00401
	Otros servicios	0.21	0.11	0.12	0.10	0.0953***	0.0891**	0.0165
	Número de horas por semana	39.93	44.72	45.07	44.04	-4.789*	-5.135*	1.032
	Segundo empleo	0.16	0.20	0.19	0.21	-0.0352	-0.0279	-0.0185
	Derechos laborales							
	Aguinaldo	0.22	0.32	0.38	0.21	-0.0953**	-0.159***	0.169***
	Días por incapacidad de enfermedad	0.19	0.23	0.28	0.14	-0.0364	-0.0885**	0.139**
	Feriados pagados	0.20	0.28	0.34	0.18	-0.0722*	-0.133***	0.162***
	Seguro por riesgos laborales	0.19	0.19	0.25	0.10	-0.00835	-0.0634	0.147***
	Horas extras pagadas	0.14	0.22	0.26	0.16	-0.0837**	-0.119***	0.0939*

continuación

Comprobación de medias		Costa Rica	Nicaragua	Denizen	"Ilegal"	Dif. CR-NIC	Dif. CR – Denizen	Dif. Denizen – "Ilegal"
Migración	En Nicaragua, acceso a							
	Seguro Social			0.16	0.22			-0.0606
	Trabajo remunerado			0.41	0.51			-0.0947
	Hospital/Cuidado de la salud			0.89	0.91			-0.0181
	Proceso migratorio							
	Vino acompañado/a			0.61	0.53			0.076
	Apoyo en C.R.			0.78	0.77			0.0031
	Trajeron documentos legales C.R.			0.72	0.75			-0.0277
	C.R. contactos antes de migrar			0.68	0.77			-0.0882
	En Costa Rica							
	Tiempo en Costa Rica			21.90	14.79			7.112***
	Envío de remesas			0.47	0.53			-0.0669
	Cantidad de última remesa US$			118.89	125.16			-6.275
	No. de beneficiarios			1.91	2.32			-0.413
Obs.						795	647	394

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Fuente: Elaboración propia según la encuesta MISOC (2013).

Anexo 8. Resultados de las regresiones para el capítulo 8

CUADRO A8-1. Resultados de las regresiones probit para el seguro (S) (se reportan efectos marginales)

		Variable dependiente: acceso al seguro médico público (S)						
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(1a)	(1b)	(2)	(3)
	Población:	*Solo nicaragüenses*			*Población total*			
	Regresión #	**(1)**	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**
D	Edad 2	-0.000*	-0.000	0.000	-0.000	-0.000	-0.000	-0.000
		(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
HH	Niños/as entre 7-18	-0.106	-0.139	-0.136	0.028	0.007	0.004	0.013
		(0.089)	(0.095)	(0.096)	(0.038)	(0.041)	(0.040)	(0.039)
	Adultos costarricenses	-0.017	0.020	0.040				
		(0.100)	(0.110)	(0.107)				
	Familia Tradicional	0.002			0.044	0.039		
		(0.067)			(0.033)	(0.034)		
	Familia Modificada		0.005	0.011			-0.022	-0.022
			(0.092)	(0.093)			(0.053)	(0.056)
	Familia unipersonal y monoparental		-0.011	0.043			-0.083+	-0.057
			(0.093)	(0.092)			(0.049)	(0.050)
	Otras familias		0.056	0.084			-0.032	-0.004
			(0.109)	(0.106)			(0.061)	(0.059)
	Jefe de hogar	0.037	-0.009	0.049	-0.000	-0.007	-0.016	-0.013
		(0.070)	(0.071)	(0.085)	(0.037)	(0.038)	(0.037)	(0.039)

continúa...

continuación

		Variable dependiente: acceso al seguro médico público (S)						
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(1a)	(1b)	(2)	(3)
	Población:	*Solo nicaragüenses*			*Población total*			
	Regresión #	**(1)**	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**
ML	Prof. y Técn.		0.074	-0.153			-0.012	-0.116
			(0.144)	(0.230)			(0.091)	(0.125)
	Trabajo doméstico remunerado		-0.062	0.000			-0.046	-0.016
			(0.122)	(0.140)			(0.080)	(0.078)
	Jornaleros		-0.132	-0.239			-0.111	-0.198
			(0.147)	(0.166)			(0.114)	(0.128)
	Comerciantes		-0.102	-0.110			-0.062	-0.044
			(0.147)	(0.166)			(0.075)	(0.078)
	Agricultores y pescadores		0.021	0.106			-0.036	0.065
			(0.268)	(0.224)			(0.167)	(0.122)
	Oficiales de seguridad		-0.249	-0.42+			-0.070	-0.118
			(0.217)	(0.242)			(0.137)	(0.159)
	Otros		0.026	0.017				
			(0.112)	(0.120)				
	Otros servicios						-0.053	-0.029
							(0.070)	(0.070)
	Pensionados						0.128*	0.154***
							(0.055)	(0.045)
	Prof. y Técn. J.H.			0.198*				0.068
				(0.092)				(0.051)
	Trabajo doméstico remunerado J.H.			-0.139				-0.144
				(0.163)				(0.109)
	Regression #	**(1)**	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**

continuación

		Variable dependiente: acceso al seguro médico público (S)						
Modelo:		(1)	(2)	(3)	(1a)	(1b)	(2)	(3)
Población:		*Solo nicaragüenses*			*Población total*			
ML	Jornaleros J.H.			0.069				0.037
				(0.100)				(0.052)
	Comerciantes J.H.			-0.056				-0.098
				(0.151)				(0.089)
	Agricultores y pescadores J.H.			-0.167				-0.181
				(0.202)				(0.145)
	Oficiales de seguridad J.H.			0.109				-0.031
				(0.128)				(0.093)
	Otros J.H.			-0.116				
				(0.111)				
	Otros servicios J.H.							-0.169*
								(0.077)
	Pensionados J.H.							-0.126
								(0.118)
Observaciones		394	394	394	795	795	795	795
Pseudo R2		0.310	0.442	0.460	0.221	0.271	0.357	0.375

Los errores estándares aparecen en paréntesis. / *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO A8-2. Resultados de las regresiones probit para la salud pública (SP) (se reportan efectos marginales)

		Variable dependiente: acceso a la salud pública (SP)							
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	*(4)*
	Población:	*Solo nicaragüenses*				*Población total*			
	Regresión #	**(8)**	**(9)**	**(10)**	**(11)**	**(12)**	**(13)**	**(14)**	**(15)**
D	Edad 2	-0.000	0.000	0.000	0.000	-0.000	-0.000	-0.000	-0.000
		(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
HH	Niños/as entre 7-18	0.035	0.039	0.052	0.098	0.034	0.025	0.028	0.033
		(0.078)	(0.083)	(0.083)	(0.089)	(0.045)	(0.046)	(0.046)	(0.048)
	Adultos costarricenses		-0.086	-0.095	-0.137				
			(0.098)	(0.099)	(0.117)				
	Familia Tradicional	-0.004				0.016			
		(0.068)				(0.040)			
	Familia Modificada		-0.059	-0.096	-0.132		-0.059	-0.056	-0.054
			(0.090)	(0.093)	(0.104)		(0.057)	(0.059)	(0.062)
	Familia unipersonal y mono-parental		0.043	-0.003	-0.023		-0.069	-0.078	-0.055
			(0.087)	(0.095)	(0.103)		(0.053)	(0.056)	(0.057)
	Otras familias		0.135	0.093	0.091		0.092	0.096	0.120*
			(0.101)	(0.111)	(0.123)		(0.057)	(0.062)	(0.059)
	Jefe de hogar	0.030	-0.040	-0.111	-0.169+	-0.008	-0.028	-0.052	-0.058
		(0.070)	(0.076)	(0.085)	(0.089)	(0.044)	(0.045)	(0.049)	(0.054)
ML	Prof. y Técn.		0.111	0.133	0.200		-0.150	-0.128	-0.084
			(0.146)	(0.163)	(0.150)		(0.103)	(0.111)	(0.117)
	Trabajo doméstico remunerado		0.049	-0.001	-0.005		0.023	0.005	-0.005
			(0.117)	(0.153)	(0.163)		(0.084)	(0.101)	(0.106)

continúa...

continuación

		Variable dependiente: acceso a la salud pública (SP)							
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	*(4)*
	Población:		*Solo nicaragüenses*				*Población total*		
	Regresión #	**(8)**	**(9)**	**(10)**	**(11)**	**(12)**	**(13)**	**(14)**	**(15)**
ML	Jornaleros		-0.046	0.012	0.129		0.026	0.006	0.075
			(0.149)	(0.163)	(0.172)		(0.096)	(0.105)	(0.098)
	Comerciantes		-0.038	0.055	0.140		-0.043	-0.014	-0.003
			(0.132)	(0.143)	(0.136)		(0.078)	(0.084)	(0.086)
	Agricultores y pescadores		0.213	0.371***	0.379***		0.221*	0.284***	0.273***
			(0.231)	(0.083)	(0.077)		(0.098)	(0.031)	(0.027)
	Oficiales de seguridad		-0.376+	-0.256	-0.173		-0.308+	-0.268	-0.275
			(0.197)	(0.257)	(0.271)		(0.170)	(0.188)	(0.196)
	Otros		-0.108	-0.032	-0.049				
			(0.121)	(0.128)	(0.138)				
	Otros servicios						-0.104	-0.094	-0.117
							(0.084)	(0.084)	(0.095)
	Pensionados						-0.030	0.077	0.004
							(0.105)	(0.105)	(0.127)
	Prof. y Técn. J.H.			-0.136	-0.270*			-0.060	-0.114
				(0.123)	(0.129)			(0.070)	(0.076)
	Trabajo dom. remunerado J.H.			-0.009	0.064			-0.020	0.047
				(0.155)	(0.157)			(0.108)	(0.096)
	Jornaleros J.H.			-0.183	-0.255*			-0.000	-0.019
				(0.115)	(0.127)			(0.069)	(0.075)
	Comerciantes J.H.			-0.256+	-0.289+			-0.108	-0.080
				(0.152)	(0.172)			(0.095)	(0.104)
	Agricultores y pescadores J.H.			-0.435***	-0.471***			-0.354*	-0.341*
				(0.128)	(0.121)			(0.147)	(0.160)

continuación

		Variable dependiente: acceso a la salud pública (SP)							
Modelo:		(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	*(4)*
Población:		*Solo nicaragüenses*				*Población total*			
Regresión #		**(8)**	**(9)**	**(10)**	**(11)**	**(12)**	**(13)**	**(14)**	**(15)**
ML	Oficiales de seguridad J.H.			-0.333*	-0.435***			-0.152	-0.160
				(0.150)	(0.123)			(0.117)	(0.128)
	Otros J.H.			-0.222*	-0.228+				
				(0.108)	(0.123)				
	Otros servicios J.H.							-0.059	0.008
								(0.072)	(0.075)
	Pensionados J.H.							-0.159	-0.132
								(0.120)	(0.128)
Observaciones		394	394	394	394	795	795	795	795
Pseudo R2		0.150	0.254	0.273	0.381	0.135	0.200	0.209	0.325

Los errores estándares aparecen en paréntesis. / *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO A9-3. Resultados de las regresiones probit para la Medicina (Me) (se reportan efectos marginales)

		Variable dependiente: acceso a la medicina pública (Me)							
	Modelo:	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Población:	*Solo nicaragüenses*				*Población total*			
	Regresión #	**(16)**	**(17)**	**(18)**	**(19)**	**(20)**	**(21)**	**(22)**	**(23)**
D	Edad	0.008	-0.021	-0.024	-0.035*	0.003	-0.002	-0.002	-0.009
		(0.012)	(0.015)	(0.015)	(0.014)	(0.007)	(0.008)	(0.008)	(0.009)
	Sexo	0.087	0.109	0.095	0.148	0.001	-0.022	-0.026	0.043
		(0.080)	(0.100)	(0.101)	(0.108)	(0.049)	(0.058)	(0.059)	(0.063)
M	Años en C.R.	0.008*	0.001	0.002	0.002	0.006***	0.001	0.002	0.002
		(0.003)	(0.004)	(0.004)	(0.004)	(0.002)	(0.002)	(0.002)	(0.002)
	Contacto en C.R.	0.009	0.017	0.011	0.013	0.006	0.030	0.032	0.028
		(0.061)	(0.065)	(0.067)	(0.069)	(0.054)	(0.062)	(0.062)	(0.064)
	"Ilegales"	-0.340***	-0.506***	-0.506***	-0.335***	-0.349***	-0.426***	-0.419***	-0.202*
		(0.057)	(0.066)	(0.065)	(0.098)	(0.063)	(0.070)	(0.071)	(0.097)
	Naturalizados						0.045	0.054	-0.003
							(0.105)	(0.104)	(0.109)
	Residentes		-0.079	-0.079	-0.065		0.018	0.032	0.008
			(0.111)	(0.111)	(0.109)		(0.072)	(0.072)	(0.077)
	Turistas		-0.472***	-0.476***	-0.305**		-0.462***	-0.466***	-0.215
			(0.053)	(0.050)	(0.110)		(0.087)	(0.086)	(0.141)
	En proceso		-0.488***	-0.496***	-0.431***		-0.492***	-0.491***	-0.397***
			(0.047)	(0.044)	(0.063)		(0.073)	(0.073)	(0.109)
ML	Seguro				0.539***				0.576***
					(0.063)				(0.043)
	Aguinaldo	-0.259+	-0.317*	-0.327*	-0.371*	-0.149	-0.138	-0.143	-0.137
			(0.141)	(0.148)	(0.145)	(0.107)	(0.116)	(0.120)	(0.129)

continúa...

continuación

		Variable dependiente: acceso a la medicina pública (Me)							
Modelo:		(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
Población:		*Solo nicaragüenses*				*Población total*			
	Regresión #	**(16)**	**(17)**	**(18)**	**(19)**	**(20)**	**(21)**	**(22)**	**(23)**
ML	Días por incapacidad de enfermedad	-0.194+	-0.203+	-0.201+	-0.126	-0.101	-0.103	-0.099	-0.074
		(0.108)	(0.114)	(0.121)	(0.128)	(0.090)	(0.092)	(0.093)	(0.098)
	Feriados pagados	0.267+	0.238	0.218	0.210	0.223*	0.204+	0.221*	0.203+
		(0.140)	(0.157)	(0.169)	(0.176)	(0.095)	(0.105)	(0.105)	(0.113)
	Seguro por riesgos laborales	0.327**	0.287*	0.317*	0.082	0.170*	0.161+	0.152+	-0.009
		(0.100)	(0.127)	(0.131)	(0.147)	(0.073)	(0.083)	(0.085)	(0.096)
	Horas extras pagadas	-0.068	-0.069	-0.063	0.063	-0.051	-0.056	-0.071	-0.045
		(0.107)	(0.112)	(0.114)	(0.124)	(0.076)	(0.079)	(0.081)	(0.091)
	Educación	-0.001	-0.000	-0.001	-0.001	-0.001	-0.002	-0.001	-0.001
		(0.008)	(0.008)	(0.008)	(0.009)	(0.006)	(0.006)	(0.006)	(0.006)
	Categoría de ingresos	-0.011	-0.001	0.002	-0.007	-0.025*	-0.018	-0.017	-0.029+
		(0.023)	(0.024)	(0.025)	(0.011)	(0.014)	(0.014)	(0.015)	
HH	Niños/as menores de 6 años	0.022	0.012	0.020	0.113	0.100*	0.115*	0.108*	0.143*
		(0.078)	(0.091)	(0.090)	(0.094)	(0.051)	(0.052)	(0.053)	(0.056)
	Niños/as costarricenses		0.132	0.140	0.079				
			(0.107)	(0.108)	(0.113)				
C	Zona urbana	-0.143*	-0.089	-0.087	-0.123	-0.135***	-0.088*	-0.083+	-0.106*
		(0.062)	(0.071)	(0.073)	(0.076)	(0.040)	(0.043)	(0.045)	(0.047)
	Calidad de vivienda	0.025**	0.023*	0.028**	0.023*	0.009	0.007	0.007	0.004
		(0.010)	(0.010)	(0.011)	(0.012)	(0.006)	(0.007)	(0.007)	(0.007)
Observaciones		394	394	394	394	795	795	795	795
Pseudo R2		0.155	0.266	0.286	0.385	0.147	0.200	0.210	0.323
Log verosimilitud		-230.42	-200.12	-194.58	-167.67	-459.49	-430.85	-425.64	-364.80

Los errores estándares aparecen en paréntesis. / *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

Fuente: Elaboración propia.

Bibliografía

Acuña, G., Alfaro, M. y Voorend, K. (2011). *Flujos migratorios laborales intrarregionales: situación actual, retos y oportunidades en Centroamérica y República Dominicana. Informe de Costa Rica.* San José, Costa Rica: OIM, OIT, MTSS, CECC SICA, Red de Observatorio del Mercado Laboral.

Acuña, G. (20 y 21 de abril, 2010). *Del hermano lejano al vecino centroamericano: Viejas certezas, nuevas incertidumbres.* [PPT], Seminario: migración y políticas sociales en Centroamérica y México. Academia de Centroamérica Fundación Konrad Adenuer. San José.

Agustín, L. (2003). Forget Victimisation: Granting Agency to Migrants. *Development, 46*(3), 30-36.

Alvarenga, P. (2000). Trabajadores inmigrantes en la caficultura. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, (116). San José: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Anttonen, A., Häikiö, L. y Stefánsson, K. (2012). *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Asa, P. y Ceriani, C. (2005). Los acuerdos del Mercosur y la nueva ley de migraciones en Argentina. *Beyond Law*, (28), 39-65.

Asamblea Legislativa. (1949). Constitución Política de Costa Rica. San José: Asamblea Legislativa.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2009). Ley General de Migración y Extranjería No. 8764. San José: Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Baganha, M. (2000). Immigrants' social citizenship and labour market dynamics in Portugal. En M. Bommes y A. Geddes (Eds.), *Immigration and Welfare. Challenging the borders of the welfare state* (pp. 167-185). London y New York: Routledge.

Baldwin-Edwards, M. (2002). *Immigration and the Welfare State: A European Challenge to American Mythology*. Athens: University Research Institute of Urban Environment and Human Resources.

Baldwin-Edwards, M. y Schain, M. (1994). The Politics of Immigration: Introduction. En M. Baldwin-Edwards y M. Schain, (Eds.), *The Politics of Immigration in Western Europe* (pp. 1-16). Ilford, Essex: Frank Cass.

Banco Mundial. (2014). *World Development Report 2014*. Washington DC: Banco Mundial.

Banting, K. (2000). Looking in three directions: Migration and the European welfare state in comparative perspective. En M. Bommes y A. Geddes (Eds.), *Immigration and Welfare. Challenging the borders of the welfare state* (pp. 13-33). London y New York: Routledge.

Banting, K. y Kymlicka, W. (2006). Introduction: multiculturalism and the welfare state: setting the context. En K. Banting y W. Kyimlicka (Eds.), *Multiculturalism and the welfare state. Recognition and redistribution in contemporary democracies* (pp. 1-45). Oxford: Oxford University Press.

Barba, C. (2007). *¿Combatir la pobreza o construir ciudadanía para todos? América Latina. Regímenes de bienestar en transición al iniciar el siglo XXI*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Barrientos, A. (2004). Latin America: towards a liberal-informal welfare regime? En I. Gough y G. Wood (Eds.), *Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and Latin America* (pp. 121-188). Cambridge: Cambridge University Press.

Bauböck, R. (1995). *Transnational citizenship: Membership and rights in international migration*. Aldershot: Edward Elgar Publishing.

_____. (2007). *Migration and Citizenship: Legal Status, Rights and Political Participation*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Baumeister, E., Fernández, E. y Acuña, G. (2008). *Estudio sobre las migraciones regionales de los nicaragüenses.* Ciudad de Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales.

Begala, S. (2012). El reconocimiento diferenciado de derechos: primer obstáculo al acceso a la justicia de las personas migrantes. *Revista Derecho y Ciencias Sociales* (6), 3-24.

Bermúdez-Valverde, Q. (2012). Las leyes anti-inmigratorias y la inmigración china a Costa Rica. *Acta Académica*, (50), 69-92.

Boeri, T., Hanson, G. y McCormick, B. (Eds.). (2002). *Immigration policy and the welfare system*. Oxford: Oxford University Press.

Bolaños, F. (2009). *Dictamen jurídico y socio laboral. Convenio Binacional Costa Rica-Nicaragua*. San José: Friedrich Ebert Stiftung.

Bommes, M. y Geddes, A. (Eds.). (2000). *Immigration and Welfare. Challenging the Borders of the Welfare State*. London y New York: Routledge.

Bonilla-Carrión, R. (2007). Seguro social y usos de servicios de salud entre personas nicaragüenses en Costa Rica. En C. Sandoval (Ed.), *El mito roto. Inmigración y emigración en Costa Rica* (pp. 145-160). San José: EUCR.

Borge, D. (2004). *Migraciones de Nicaragüenses hacia Costa Rica: análisis de dos redes sociales* (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica.

Borjas, G. (1994). *Immigration and Welfare 1970-1990.* Working Paper 6813. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

_____. (1999). Immigration and Welfare Magnets. *Journal of Labor Economics*, *17*(4), 697-637.

Borjas, G. y Hilton, L. (1995). Immigration and the Welfare State: Immigrant Participation in Means-Tested Entitlement Programs. *NBER Working Paper*, (5372). Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Bosniak, L. (2000). Universal Citizenship and the Problem of Alienage. *Ethics*, (94), 963-982.

Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de Sociología*. Madrid: Istmo.

Brubaker, R. (1992). *Citizenship and Nationhood in France and Germany*. Cambridge: Harvard University Press.

Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. y Gideon, J. (2012). Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*, (11), 68. doi:10.1186/1475-9276-11-68.

Camaaño, C. (2011). *Entre "Arriba" y "Abajo". La experiencia transnacional de la migración de costarricenses hacia Estados Unidos*. San José: Editorial UCR.

Campos, A. y Tristan, L. (2009). *Nicaragüenses en las noticias: textos, contextos y audiencia*. San José: Editorial UCR.

Caponio, T. y Graziano, P. (2011). Towards a security-oriented migration policy model? Evidence from the Italian case. En E. Carmel, A. Cerami y T. Papadopoulos (Eds.), *Migration and Welfare in the New Europe. Social Protection and the Challenges of Integration* (pp. 105-120). Bristol: The Policy Press.

Carmel, E. (2011). European Union migration governance: utility, security and integration. En E. Carmel, A. Cerami y T. Papadopoulos. (Eds.), *Migration and Welfare in the New Europe. Social Protection and the Challenges of Integration* (pp. 49-66). Bristol: The Policy Press.

Carmel, E., Cerami, A. y Papadopoulos, T. (Eds.). (2011). *Migration and Welfare in the New Europe. Social Protection and the Challenges of Integration*. Bristol: The Policy Press.

Carmona S., Cristina, A., Chaves, J. y Gatica, G. (2007). Migración y Políticas Públicas: Aportes para la Discusión. *Economía y Sociedad*, (31-32), 35-56.

Carrasco, L. (2008). *Living on the Margins: illness and healthcare among Peruvian migrants in Chile* (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University.

Carrillo, R., Martínez Franzoni, J., Naranjo, F. y Sauma, P. (2011). *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS. Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud*. San José: CCSS.

Castañeda, I. (2012). A Necessary Effort: The Construction of a Binational Immigration Policy for Nicaraguan Immigrants in Costa Rica. *Independent Study Project* (ISP) Collection. Paper 1424. Recuperado de http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1424

Castillo, J. (2003). *Características de la Atención de los Extranjeros en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social 1997-2002.* Presidencia Ejecutiva, Dirección Actuarial y de Planificación Económica. San José: CCSS.

Castles, S. y Miller, M. (2009). *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World* (4a edición). New York: The Guilford Press.

CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social). (2005-2014). *Área de Estadística en Salud.* San José: CCSS.

_____. (2012a). Afiliación y prestación de servicios de salud a los asegurados extranjeros no habilitados legalmente para trabajar en el país. Comunicación interna, 10/04/2012. San José: CCSS.

_____. (2012b). Recordatorio sobre disposiciones vigentes para el trámite de verificación, validación y facturación de servicios médicos en los centros de salud de la Caja. Comunicación interna, 21/06/2012. San José: CCSS.

_____. (2012c). Afiliación y prestación de servicios de salud a los asegurados extranjeros no habilitados legalmente para trabajar en el país. Comunicación interna, 22/06/2012. San José: CCSS.

_____. (2012d). Lineamientos para el aseguramiento de migrantes como asegurados voluntarios y trabajadores independientes, conforme la Ley N.º 8764, Ley General de Migración y Extranjería 10 de octubre de 2012. Comunicación interna, 19/10/2012. San José: CCSS.

_____. (2012e). Comunicación interna: Respuesta a oficio SAFC-ASG2-095-12, 31/10/2012. San José: CCSS, Gerencia Financiera, Área de Cobertura del Estado.

_____. (2013a). Sobre la atención a mujeres extranjeras embarazadas indocumentadas, 02/04/2013. San José: CCSS, Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica.

_____. (2013b). Aclaración de Directriz Institucional sobre atención de mujeres embarazadas no aseguradas y/o indocumentadas, 10/05/2013. San José: CCSS, Gerencia Médica.

_____. (2013c). Anuario Estadístico 2013. San José: CCSS, Área Estadística.

_____. (2015). *Informe de Evaluación Presupuestaria, Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones. Al 30 de junio del 2015. Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto, Dirección de Planificación*. San José: CCSS.

Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). Inclusive social protection in Latin America: a comprehensive, rights-based approach. *Libros de la CEPAL*, (111). Santiago de Chile: ECLAC and German Agency for International Cooperation.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2013). *Migrantes*. Buenos Aires: CELS.

CEPAL (2009). *Panorama Social de América Latina 2009*. Santiago de Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

_____. (2011). *Panorama Social de América Latina 2011*. Santiago de Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

_____. (2013). *Panorama Social de América Latina 2013*. Santiago de Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

_____. (2015). CEPALSTAT 2015. Santiago de Chile: CEPAL.

_____. (2016). CEPALSTAT 2016. Santiago de Chile: CEPAL.

Ceriani, P. (2011). Luces y sombras en la legislación migratoria latinoamericana. *Nueva Sociedad*, (233), 68-86.

Cerrutti, M. (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina.* Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD; Centro de Estudios de Población-CENEP; UNFPA Argentina.

Clark, M. (18 y 19 de abril, 2002). Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System. *Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health reforms*. Washington DC. Recuperado de http://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/Clark_Paper.pdf.

Cortés, A. (2008). *Development and Migration Dynamics between Nicaragua and Costa Rica: A Long Term Perspective* (Tesis de doctorado). Loughborough University, Reino Unido.

Courtis, C., Liguori, G. y Cerrutti, M. (2010). Migración y Salud en Zonas Fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina. *Serie Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL.

Courtis, C. y Pacecca, M. (2007). Migración y derechos humanos: una aproximación crítica al "nuevo paradigma" para el tratamiento de la cuestión migratoria en la Argentina. *Revista Jurídica de Buenos Aires*, Edición especial sobre Derechos Humanos, 183-200.

Crepaz, M. (2016). Rumours That Diversity is the Death of the Welfare State are Greatly Exaggerated: On the Resilience of the European Social Model. En G. Freeman y N. Mirilovic. (Eds.), *Handbook on Migration and Social Policy* (pp. 315-329). Northampton: Edward Elgar Publishing.

Crhoy. (16 de junio, 2015). *Burocracia, trámites e inadecuada planificación de instituciones, violentan derecho de los ticos a la salud*. Recuperado de Crhoy.com. http://www.crhoy.com/burocracia-tramites-e-inadecuada-planificacion-de-instituciones-violentan-derecho-de-los-ticos-a-la-salu/.

Cruz-Martínez, G. (2011). Poverty and inequality in Latin America: Basic Universalism versus Conditional Cash Transfer Programs. *XXIII Annual Conference of the Society for the Advancement of Socio-Economics (SASE): Transformations of Contemporary Capitalism: Actors, Institutions, Processes.* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Danson, M., McAlpine, R., Spicker, P. y Sullivan, W. (2012). *The Case for Universalism. An assessment of the evidence on the effectiveness and efficiency of the universal welfare state.* Biggar: The Jimmy Read Foundation.

Danzer, A. y Ulku, H. (2008). Determinants of Integration and its Impact on the Economic Success of Immigrants: A Case Study of the Turkish Community in Berlin. *IZA DP* No. 3762. Bonn: Institute for the Study of Labor.

De Genova, N. (2002). 'Migrant "Illegality" and Deportability in Everyday Life', *Annual Review of Anthropology*, (31), 419-447.

De Giorgi, G. y Pellizzari, M. (2003). *Welfare magnets in Europe and the costs of a harmonised social assistance*. London: University College London.

_____. (2009). Welfare migration in Europe. *Labour Economics*, (16), 353-363.

Dirección General de Migración y Extranjería (DGME). (2011). Migración e Integración. Primer Informe Anual. San José: DGME.

_____. (2014). Website "Residencias". San José: DGME. Recuperado de http://www.migracion.go.cr/extranjeros/residencias.html#HERMES_TABS_1_0 (Accesado 28-07-2014).

Dobles, I., Vargas, G. y Amador, K. (2013). *Inmigración: Psicología, identidades y políticas públicas. La experiencia nicaragüense y colombiana en Costa Rica*. San José: Editorial UCR.

Domenech, E. (2007). La agenda política sobre migraciones en América del sur: el caso de la Argentina. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, *23*(1), 71-94.

_____. (2008). La ciudadanización de la política migratoria en la región sudamericana: vicisitudes de la agenda global. En S. Novick (Ed.), *Las migraciones en América Latina* (pp. 53-72). Buenos Aires: Catálogos.

_____. (2011). Crónica de una 'amenaza' anunciada. Inmigración e "ilegalidad": visiones de Estado en la Argentina contemporánea. En B. Feldman-Bianco, L. Rivera-Sánchez, C. Stefoni y M. Villa. (Eds.), *La Construcción del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías* (pp. 31-77). Quito: FLACSO–CLACSO–U. Alberto Hurtado.

Doña-Reveco, C. y Levinson, A. (2012). Chile: a growing destination country in search of a coherent approach to migration. Recuperado de http://www.migrationinformation.org/USfocus/display.cfm?ID=895. (Accesado 8-10-2013).

Douchez-Lortet, C. (16 de setiembre, 2013). UN: Chile is South America's most appealing country for immigrants. *The Santiago Times*. Recuperado de http://www.santiagotimes.cl/world/chile-abroad/26730-un-chile-issouth-americas-most-appealing-country-for-immigrants.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Facchini, G., Mayda, A. y Murard, E. (2016). Does Immigration Affect Preferences for Redistribution? Evidence Across Countries. En G. Freeman y N. Mirilovic (Eds.), *Handbook on Migration and Social Policy* (pp. 293-314). Northampton: Edward Elgar Publishing.

Faist, T. (1994). Immigration, integration and the ethnicization of politics. *European Journal of Political Research*, (25), 439-459.

_____. (1995). Ethnicization and Racialization of Welfare State Politics in Germany and the United States. *Ethnic and Racial Studies*, *18*(2), 219-250.

_____. (1996). Immigration, integration and the welfare state. En A. Heller, R. Bauböck y A. Zolberg. (Eds.), *The Challenge of Diversity Integration and Pluralism in Societies of Immigration* (pp. 227-258). Aldershot: Avebury.

Favell, A. (2006). The nation-centered perspective. En M. Giugni y F. Passy. (Eds.), *Dialogues on Migration Policy* (pp. 45-56). Oxford: Lexington Books.

Feldman-Bianco, B., Rivera-Sánchez, L., Stefoni, C. y Villa, M. (Eds.). (2011). *La construcción del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías*. Quito: FLACSO–CLACSO-U. Alberto Hurtado.

Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada. En B. Roberts (Ed.), *Ciudadanía y política social* (pp. 71-116). FLACSO/SSRC, San José, Costa Rica.

_____. (2004). *The structural y political keys of the reluctant Latin American social state and its interplay with democracy: the development, crisis y aftermath of universal, dual y exclusionary social states*. Brazil: UNRISD.

_____. (2014). *Towards a universal social protection model in Latin America. ECLAC Social Policy Series*. Santiago de Chile: ECLAC and the Norwegian Ministry of Foreign Affairs.

Fischer, A. (23 de junio, 2009). *Towards Genuine Universalism within Contemporary Development Policy*. [Artículo de Investigación preparado para el Foro High Level Policy] After 2015: Promoting Propoor Policy after the MDGs, Belgium, Brussels.

_____. (2011) Reconceiving social exclusion. BWPI Working Paper, (146). University of Manchester: Brooks World Poverty Institute.

_____. (noviembre, 2012). *Inequality and the Universalistic Principle in the Post-2015 Development Agenda*. Series: Global Thematic Consultation: Addressing Inequalities. Recuperado de http://www.networkideas.org/featart/nov2012/pdf/Andrew_Fischer.pdf

Fiva, J. (2009). Does welfare policy affect residential choices? An empirical investigation accounting for policy endogeneity. *Journal of Public Economics*, (93), 529-540.

Fix, M. y Passel, J. (2001). US. Immigration at the Beginning of the 21st Century. Testimony before the Subcommittee on Immigration and Claims Hearing on "The US. Population and Immigration" Committee on the Judiciary U.S. House of Representatives. Recuperado de http://www.urban.org/publications/900417.html. Washington, DC: Urban Institute.

Fouratt, C. (2014a). "Those who come to do harm": The Framings of Immigration Problems in Costa Rican Immigration Law. *International Migration Review*, *48*(1), 144-180.

_____. (2014b). *Presences and Absences: The Reconfigurations of Kinship and Care in Nicaraguan Transnational Families* (Tesis doctoral). University of California, Irvine.

Fouratt, C. y K. Voorend (2017). Sidestepping the state. Practices of social service commodification among Nicaraguans in Costa Rica and Nicaragua. *Journal of Latin American Studies*. doi: 10.1017/S0022216X17001195.

Freeman, G. (1986). Migration and the political economy of the welfare state. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, (485), 51-63.

Freeman, G. y Mirilovic, N. (Eds.). (2016). *Handbook on Migration and Social Policy*. Northampton: Edward Elgar Publishing.

García, L. (2010). "Migración y derechos humanos: Implicancias de la nueva política migratoria argentina." (Tesis de maestría). Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

_____ . (2014). "Policy and institutional frameworks-country report Argentina." INTERACT RR 2014/23, Robert Schuman Centre for Advanced Studies, San Domenico di Fiesole (FI): European University Institute.

Garnier, L. (2006). El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso. *Gaceta Médica de Costa Rica*, Suplemento 2.

Giulietti, C. y Wahba, J. (2012). Welfare Migration. *Discussion Paper* (No. 6450). Bonn: IZA.

Giustiniani, R. (Ed.). (2004). *Migración: un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo.

Goldade, K. (2009). 'Health Is Hard Here' or 'Health for All'? The Politics of Blame, Gender, and Health Care for Undocumented Nicaraguan Immigrants in Costa Rica. *Medical Anthropology Quarterly*, *23*(4), 483-503.

_____. (2011). Babies and Belonging: Reproduction, Citizenship, and Undocumented Nicaraguan Labor Migrant Women in Costa Rica. *Medical Anthropology*, *30*(5), 545-568.

González, H. y Horbaty, G. (3-5 de febrero, 2005). *Nicaragua y Costa Rica: migrantes enfrentan percepciones y políticas migratorias*. Artículo presentado en la conferencia "Migración Intrafronteriza en América Central, Perspectivas Regionales", San José. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/migraif/pdf/horbaty.pdf

González, H. y Varela, J. (2003). Entrevista telefónica. Heredia: Universidad Nacional, Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO).

Gough, I., y Wood, G. (Eds.). (2004). *Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grabel, I. (2009). Remittances, Political Economy and Economic Development. DevISSues Migration in a Globalizing World. *Development ISSues*, *11*(2), 16-19.

Guiraudon, V. y Lahav, G. (2000). A Reappraisal of the State Sovereignty Debate. The Case of Migration Control. *Comparative Political Studies*, *33*(2), 163-195.

Haggard, S. y Kaufman, R. (2008). *Development, Democracy, and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*. New Jersey: Princeton University Press.

Hammar, T. (1990). *Democracy and the Nation State. Aliens, Denizens and Citizens in a World of International Migration*. Aldershot: Avebury.

Harris, N. (2003). Globalisation and the Management of Indian Cities. *Economic and Political Weekly*, *38*(25), 2535-2543.

Heinelt, H. (1993). Die aktuelle Zuwanderung - eine Herausforderung fur den Wohlfahrtsstaat. En B. Blanke. (Ed.), *Zuwanderung und Asyl in der Konkurrenzgesellschaft* (pp. 275-300). Opladen: Leske +- Budrich.

Hernández, E. y Coutin, S. (2006). Remitting Subjects: Migrants, Money and States. *Economy and Society*, (35), 185-208.

Hjalmarson, K. (2016). *Race, labour, and the postmodern plantation: Jamaican migrant farmworkers in Canada's Seasonal Agricultural Worker Program (T)*. University of British Columbia. Recuperado de https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/24/items/1.0305647 (Trabajo original publicado en 2016).

Hjerm, M. (2005). Integration into the social democratic welfare state. *Social Indicators Research*, *70*(2), 117-138.

Hollifield, J. (2000). Immigration and the politics of rights. The French case in comparative perspective. En M. Bommes y A. Geddes. (Eds.), *Immigration and Welfare. Challenging the borders of the welfare state* (pp. 108-131). London y New York: Routledge.

Huber, E. (2002). *Models of Capitalism: Lessons for Latin America.* Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.

Huber, E. y Stephens, J. (2012). *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Hujo, K. y Piper, N. (2007). South-South Migration: Challenges for development and social policy. *Development*, *50*(4), 19-25.

_____. (2010). Linking Migration, Social Development and Policy the South. En K. Hujo y N. Piper. (Eds.), *South-South Migration. Implications for Social Policy and Development* (pp. 1-45). UNRISD. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Instituto de Investigaciones Sociales (IIS); Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo; Programa radiofónico Casa Abierta 870 UCR; Servicio Jesuita para Migrantes Costa Rica. (2012). *La Ley de Migración en Costa Rica: A dos años de su entrada en vigencia. Promesas, realidades y desafíos.* Recuperado de http://www.lanuevaprensacr.com/la-ley-de-migracion-en-costa-rica-a-dos-anos-de-su-entrada-en-vigencia-promesas-realidades-y-des. Accesado 16-04-2013.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (1984). IIX Censo Nacional de Población, Costa Rica 1984. San José: INEC.

_____. (2000). IX Censo Nacional de Población, Costa Rica 2000. San José: INEC.

_____. (2004). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2004. San José: INEC.

_____. (2006). Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), 2006. San José: INEC.

_____. (2011). X Censo Nacional de Población, Costa Rica 2011. San José: INEC.

_____. (2013). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2013. San José: INEC.

_____. (2015). Encuesta Continua de Empleo, Costa Rica 2015. San José: INEC.

_____. (2017). Área de Estadísticas Continuas. San José: INEC.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC). (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Buenos Aires: INDEC

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (2012). XVIII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda o Censo de Población y Vivienda 2012. Santiago de Chile: INE.

Instituto Nacional de Estadística de Uruguay (INE). (2011). Encuesta Continua de Hogares. Montevideo: INE.

Jacobson, D. (1996). *Rights Across Borders. Immigration and the Decline of Citizenship*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Jara, A. (22-26 de julio, 2002). Médicos y Seguridad Social en Costa Rica durante las décadas de 1950 y 1960. *Mesa de Historia Cultural, VI Congreso Centroamericano de Historia*. Universidad de Panamá.

Jaramillo, J. (2004). *Historia y evolución del Seguro Social en Costa Rica.* San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

_____. (2013). *La crisis en el seguro social de Costa Rica. El problema del régimen en salud*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Jelin, E. (2006). *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural.* Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

Jiménez, A. (2009). *La vida en otra parte. Migraciones y cambios culturales en Costa Rica.* San José: Editorial Arlekín.

Joppke, C. (1999). *Immigration and the Nation-State: The United States, Germany, and Great Britain*. New York: Oxford University Press.

_____. (2007). Transformation of Citizenship: Status, Rights, Identity. *Citizenship Studies*, (11), 37-48.

_____. (2010). *Citizenship and Immigratio*n. Cambridge: Polity Press.

Kalir, B. (2013). Moving Subjects, Stagnant Paradigms: Can the "Mobilities Paradigm" Transcend Methodological Nationalism? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *39*(2), 311-327.

Kivisto, P. y Faist, T. (2007). *Citizenship. Discourse, Theory, and Transnational Prospects*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Kofman, E., Phizacklea, A., Raghuram, P. y Sales, R. (2000). *Gender and International Migration in Europe.Employment, welfare and politics*. London y New York: Routledge.

Koopmans, R. (2010). Trade-offs between equality and difference: immigrant integration, multiculturalism and the welfare state in cross-national perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *36*(1), 1-26.

Korpi, W. y Palme, J. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review, 63*(5), 661-687.

Krogstad, J. y Passel, J. (2015). *5 facts about illegal immigration in the U.S. FactTank News in the Numbers*. Washington, DC.: Pew Research Centre. Recuperado de http://www.pewresearch.org/fact-tank/2015/11/19/5-facts-about-illegal-immigration-in-the-u-s/. Accesado 22-07-2016.

Kron, S. (2011). Gestión migratoria en Norte y Centroamérica: Manifestaciones y contestaciones. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, (37), 53-85.

Kyle, D. y Siracusa, C. (2005). Seeing the State Like a Migrant. Why so Many Non-Criminals Break Immigration Laws. En W. van Schendel y I. Abraham. (Eds.), *Illicit Flows and Criminal Things: States, Borders, and the Other Side of Globalization* (pp. 153-176). Bloomington, IN: Indiana University Press.

Lahav, G. y Perliger, A. (2016). Immigrant Integration, Political Radicalization and Terrorism in Europe: Some Preliminary Insights from the Early Millennium (2000-2010). En G. Freeman y N. Mirilovic (Eds.), *Handbook on Migration and Social Policy* (pp. 265-292). Northampton: Edward Elgar Publishing.

Lara, J. (6 de junio, 2016). Entrevista a Juliana Martínez: 'La situación en la CCSS no mejoró; más bien empeoró'. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Entrevista-Juliana-Martinez-situacion-CCSS_0_1567043292.html.

Leerkes, A. (2016). Back to the poorhouse? Social protection and social control of unauthorized immigrants in the shadow of the welfare state. *Journal of European Social Policy*, *26*(2), 140-154.

Lister, R. (1990). *The Exclusive Society: Citizenship and the Poor*. London: Child Poverty Action Group.

López, M. (2012). *The Incorporation of Nicaraguan Temporary Migrants into Costa Rica's Healthcare System: An Opportunity for Social Equity* (Tesis doctoral). University of Windsor, Windsor.

Lucassen, L. (2016). Migration, Membership Regimes and Social Policies: A View from Global History. En G. Freeman y N. Mirilovic. (Eds.), *Handbook on Migration and Social Policy* (pp. 64-85). Northampton: Edward Elgar Publishing.

Maguid, A. (1999). *Los esfuerzos de las poblaciones: Las migraciones en Centroamérica*. San José: Estado de la Región.

Martínez Franzoni, J. (2001). *La reforma del sector salud: diseño en el papel y principales problemas en su ejecución*. San José: ANEP. Recuperado de http://www.anep.or.cr/article/la-reforma-del-sector-salud-diseno-en-el-papel-y-p/#sthash.BzRxiHBy.dpuf. Accesado 10-2-2016.

_____ . (2006). La seguridad social en Costa Rica: Percepciones y experiencias de quienes menos tienen y más la necesitan. Washington, DC: Unidad para la Igualdad de Género en el Desarrollo and Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de https://publications.iadb.org/handle/11319/5116?locale-attribute=es&. Último acceso 21-3-2018.

_____. (2008). *Domesticar la incertidumbre en América Latina: mercados laborales, política social y familias*. San José: Editorial de la UCR.

Martínez Franzoni, J. y Mesa-Lago, C. (2003). *Reformas inconclusas: salud y pensiones en Costa Rica*. San José: Fundación Friedrich Ebert.

Martínez Franzoni, J., Mora, S. y Voorend, K. (2009). *El trabajo doméstico remunerado en Costa Rica: entre ocupación y pilar de los cuidados.* San José: PNUD/INAMU.

Martínez Franzoni, J. y Sánchez-Ancochea, D. (2012). *Good jobs and social services: How Costa Rica achieved the elusive double incorporation* (Borrador del manuscrito, versión impresa). Hampshire: Palgrave Macmillan.

_____. (2013). *Good jobs and social services: How Costa Rica achieved the elusive double incorporation*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

_____ . (2014). Should Policy Aim at Having All People on the Same Boat? The Definition, Relevance and Challenges of Universalism in Latin America. *desiguALdades.net Working Paper Series 70*. Berlin: desiguALdades.net International Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America.

Martínez Franzoni, J. y Voorend, K. (2009). The Role of Distributional Coalitions in Welfare Regimes: Chile, Costa Rica and El Salvador. *Social Policy and Administration*, *43*(4), 364-381.

Martínez Franzoni, J. y Voorend, K. (2011). 'Who Cares in Nicaragua? A Care Regime in an Exclusionary Social Policy Context'. *Development and Change*, *42*(4), 995-1022.

Martínez Franzoni, J. y Voorend, K. (2012a). 'The Limits of Family and Community Care: Challenges for Public Policy in Nicaragua'. En S. Razavi y S. Staab. (Eds.), *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart* (pp. 122-140). London: Routledge/UNRISD.

_____.(2012b). *Veinticinco años de cuidados en Nicaragua. Poco estado, poco mercado, mucho trabajo no remunerado*. San José: Guayacán.

Menz, G. (julio, 2004). *Migration and the European Social Model*. Luxembourg, Maxwell EU Center/ Luxembourg Income Study Working Conference.

Mesa-Lago, C. (1994). *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina. Serie reformas de política pública 28*. Santiago de Chile: CEPAL.

Middeldorp, N. y Voorend, K. (2015). *An overview of Migration in the Caribbean: facts, trends, and challenges*. Consultancy Report. San José: International Organization for Migration–Regional Office for Central and North America and the Caribbean.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010*. San José: MIDEPLAN.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). (2015). *MTSS*. San José, MTSS. Recuperado de http://www.mtss.go.cr/. Accesado12-03-2016.

Miranda, G. 1994 [1988]. *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica* (2ª edición). San José: CENDEISS / EDNASSS.

Miranda, G. y Asis, L. (1989). *Extensión del seguro social a la zona rural en Costa Rica*. San José: EDNASSS.

Mkandawire, T. (2005). *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*. Social Policy and Development Programme Paper No. 23. Geneva: UNRISD.

Mojica, F. (2003). *Acciones del Estado costarricense para enfrentar demanda de servicios de salud, educación y vivienda de población nicaragüense en Costa Rica.* Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), Universidad Nacional.

Molyneux, M. (30 de junio-1 de julio, 2008). Conditional Cash Transfers: Micro-Targeting Human Development. Artículo presentado en el seminario "Production and Distribution in Latin America", Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Money, J. (2010). Comparative Immigration Policy. En R. Denemark. (Ed.), *The International Studies Encyclopedia*. Chister, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell. Recuperado de http://www.isacompss.com/info/samples/comparativeimmigrationpolicy_sample.pdf.

Mora, C. (2004). Amnistía migratoria en Costa Rica 1999-2000. *Revista de Ciencias Sociales*, *3*(105), 81-98.

Mora, S. (2015). Las luchas por la defensa del derecho a la salud durante el año 2012. Entre concepciones y agendas políticas de las organizaciones laborales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (Tesis de maestría). Universidad Nacional (UNA), Costa Rica.

Morales, A. (2008). *Inmigración en Costa Rica: características sociales y laborales, integración y políticas públicas*. Serie Población y Desarrollo (No. 85). Santiago: CEPAL.

Morales, A. y Castro, C. (2006). *Migración, empleo y pobreza*. San José: FLACSO-Costa Rica.

Morris, L. (2002). *Managing Migration. Civic Stratification and Migrants' Rights*. London: Routledge.

Morissens, A. (2008). Migration, welfare states and the incorporation of migrants in different welfare regimes. UNRISD Flagship Report on Poverty. Geneva: UNRISD.

Morissens, A. y Sainsbury, D. (2005). Migrants' Social Rights, Ethnicity and Welfare Regimes. *Journal of Social Policy*, *34*(4), 637-60.

Muenz, R. y Fassmann, H. (2004). *Migrants in Europe and their economic position: Evidence from the European Labour Force Survey and from other sources.* Hamburg: Hamburg Institute of International Economics (HWWA).

Naciones Unidas. (2009). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *International Migration*. Wallchart. New York: Naciones Unidas.

_____. (2012). *Migrants by origin and destination: the role of South-South migration. Population Facts, Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. Recuperado de http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/popfacts_2012-3_South-outh_migration.pdf.

Novick, S. (2008). Migración y políticas en Argentina: Tres leyes para un país extenso (1876-2004). *Cuadernos del Pensamiento Crítico*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

_____. (2010). Políticas migratorias en la Argentina: experiencias del pasado, reformas actuales y expectativas futuras. En Zurbriggen, C. y Mondol, L. (Eds.), *Estado actual y perspectivas de las políticas migratorias en el MERCOSUR* (pp. 25-54). Montevideo: FLACSO Uruguay.

_____. (2012). Transformations and challenges of Argentinean migratory policy in relation to the international context. *Migraciones Internacionales*, *6*(3), 205-237.

Noy, S. (1-4 de agosto, 2012). World Bank Projects and Targeting in the Health Sector in Argentina, Costa Rica and Peru, 1980-2005. *The ISA 2012 Forum*. Argentina: Buenos Aires.

_____. (2013). *Globalization, international financial institutions and health policy reform in Latin America* (Tesis doctoral). Indiana University, Indiana.

Noy, S. y Voorend, K. (2015). Social Rights and Migrant Realities: Migration Policy Reform and Migrants' Access to Health Care in Costa Rica, Argentina, and Chile. *Journal of International Migration and Integration*, *17*(2), 605-629.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). *Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. Situación Reciente y Proyecciones*. Washington: OPS.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2011). *Perfil Migratorio de Uruguay*. Buenos Aires: IOM, Regional Office for South America.

Oteiza, E. y Novick, S. (2000). *Inmigración y derechos humanos. Política y discurso en el tramo final del menemismo*. Documento de Trabajo del IIGG, 14.

Papadopoulos, T. (2011). Immigration and the variety of migrant integration regimes in the European Union. En E. Carmel, A. Cerami y T. Papadopoulos. (Eds.), *Migration and Welfare in the New Europe. Social Protection and the Challenges of Integration* (pp. 23-48). Bristol: The Policy Press.

Picado, G., Acuña, E., y Santacruz, J. (2003). *Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos*. San José: Ministry of Health, Organización Panamericana de la Salud.

Pribble, J. (2008). *Protecting the Poor: Welfare Politics in Latin America's Free Market Era* (Tesis doctoral). University of North Carolina, Chapel Hill.

_____. (2014). *Welfare and Party Politics in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

_____. (2015). The Politics of Building Municipal Institutional Effectiveness in Chile. *Latin American Politics and Society*, *57*(3), 100-121.

Ratha, D. y Shaw, W. (2007). *South-South Migration and Remittances*. Working Paper No. 102. Washington, DC: World Bank.

Robinson, W. (2003). *Transnational Conflicts. Central America, Social Change and Globalization*. New York: Verso.

Rofman, R. y Oliveri, M. (2012). Pension Coverage in Latin America. Trends and Determinants. *Social Protection & Labor Discussion Paper*, (1217), 3-199.

Rosa, H. (2008). *Perfiles y trayectorias del cambio económico en Centroamérica. Una mirada desde las fuentes generadoras de divisas*. San Salvador: Programa Salvadoreño de Investigación Sobre Desarrollo y Medio Ambiente (PRISMA).

Ruiz, J. (2014). *Los servicios de empleo y los movimientos migratorios de trabajadores y trabajadoras*. Departamento de Migraciones Laborales, Dirección Nacional de Empleo, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. San José: Mimeo.

Ryner, M. (2000). European Welfare State Transformation and Migration. En M. Bommes y A. Geddes. (Eds.), *Immigration and Welfare. Challenging the borders of the welfare state* (pp. 51-70). London and New York: Routledge.

Sainsbury, D. (2006). Immigrants' social rights in comparative perspective: welfare regimes, forms of immigration and immigration policy regimes. *Journal of European Social Policy*, *16*(3), 229-244.

Sala Constitucional de Costa Rica. (25 de abril, 2012). Exp: 11-011315-0007-CO. Res. Nº 2012005251. San José: Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia.

Sandbrook, R., Edelman, M., Heller, P. y Teichman, J. (2007). *Social Democracy in the periphery: Origins, challenges, prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sandoval, C. (2004). Contested Discourses on National Identity: Representing Nicaraguan Immigration to Costa Rica. *Bulletin of Latin American Research*, (23), 434-445.

_____. (2007). *El mito roto: inmigración y emigración en Costa Rica*. San José: Editorial UCR.

_____. (2012). Contestar la hostilidad antiinmigrante en Costa Rica. Un proyecto de Ciencias Sociales públicas en curso. En M. Lona. (Ed.), *Entreverse. Teoría y metodología práctica de las fuentes orales* (pp. 217-240). Bilbao: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua.

_____. (2013). To whom and to what is research on migration a contribution. *Ethnic and Racial Studies*, (13), 1429-1445.

_____. (Ed.). (2016), *Migraciones en América Central: Políticas, territorios y actores*. San José: Editorial UCR.

Sassen, S. (1996). *Losing control? Sovereignty in the age of globalization*. New York, NY: Columbia University Press.

_____. (1998). *Globalization and its discontents: Essays on the new mobility of people and money*. New York, NY: The New Press.

Schierup, C., Hansen, P. y Castles, S. (2006). *Migration, Citizenship and the European Welfare State. A European Dilemma*. Oxford: Oxford University Press.

Segovia, A. (2004). Centroamérica después del café: el fin del modelo agroexportador tradicional y el surgimiento de un nuevo modelo. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, *2*(1), 5-38.

Sharma, A. (2006). Introduction: Rethinking theories of the state in an age of globalization. En A. Sharma y A. Gupta. (Eds.), *Anthropology of the state: A reader* (pp. 1-41). Oxford: Blackwell Publishing.

Sharma, N. (2003). Travel Agency: A Critique of Anti-Trafficking Campaigns. *Refuge*, *21*(3), 53-65.

Smith, J. (2006). Guatemala: Economic Migrants Replace Political Refugees. *Migration Information Source*, Online Journal. Recuperado de http://www.migrationpolicy.org/article/guatemala-economic-migrants-replace-political-refugees.

Sojo, C. y Pérez, J. (2002). Introducción. Reinventar lo social en América Latina. En C. Sojo. (Ed.), *Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos en América Latina* (pp. 13-62). San José: FLACSO.

Solís, P. (2009). El fenómeno de la xenofobia en Costa Rica desde una perspectiva histórica. *Revista de Filosofía*, *47*(120-121), 91-98.

Soroka, S., Harrel, A. y Iyengar, S. (2016). Heterogeneity in the Impact of Immigration on Social Welfare Spending. En G. Freeman y N. Mirilovic. (Eds.), *Handbook on Migration and Social Policy* (pp. 330-341). Northampton: Edward Elgar Publishing.

Soysal, Y. (1994). *Limits of Citizenship. Migrants and Postnational Membership in Europe*. London: The University of Chicago Press.

Spesny-Dos Santos, S. (2015). Undeserving mothers? Shifting rationalities in the maternal healthcare of undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. *Anthropology & Medicine*, *22*(2), 191-201.

Stefoni, C. (2011). Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. En B. Feldman-Bianco, L. Rivera-Sánchez, C. Stefoni y M. Villa. (Eds.), *La Construcción del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías* (pp. 79-109). Quito: FLACSO – CLACSO-U. Alberto Hurtado.

Torres, A. (2012). *Universal health care in Argentina: fact or fiction? An analysis of Bolivian immigrant women's access to health care in Buenos Aires*, Argentina (Tesis de pregrado). Wesleyan University, Connecticut.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2015). *Human Development Report 2015*. Washington: PNUD.

Unger, J., De Paepe, P. y Soors, W. (2008). Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy. *American Journal of Public Health*, *98*(4), 636-643.

Van Hooren, F. (2011). *Caring migrants in European welfare regimes: the policies and practice of migrant labor filling the gaps in social care* (Tesis doctoral). European University Institute.

Van Oorschot, W. (2008). Solidarity towards immigrants in European welfare states. *International Journal of Social Welfare*, (17), 3-14.

Varela, G. (2005). La Legislación argentina migratoria. En Cecym, Fundación Instituto de la Mujer. (Ed.), *Migraciones, Globalización y género en Argentina y Chile* (pp. 17-28). Buenos Aires, Argentina: Programa Mujeres y Movimientos Sociales.

Vargas, J. (1990). *Las políticas de inmigración internacional en Costa Rica: hacia una caracterización y periodización (1821-1950).* Documento conmemorativo. Cincuentenario (1940-1980). Dirección General de Migración y Extranjería. San José, Costa Rica.

Vega, M. (2000). La clase media en transición: situación y perspectivas al finalizar el siglo veinte. *Revista de Ciencias Sociales*, *86-87*(IV), 27-46.

Venturas, L. (2015). *International "Migration Management" in the Early Cold War. The Intergovernmental Committee for European Migration*. Corinth: University of Peloponnese.

Voorend, K. (2013). *¿Universal o Excluyente? Derechos sociales y control migratorio interno en Costa Rica. Colección Red de Posgrados en Ciencias Sociales* 32. Buenos Aires: CLACSO.

_____ . (2014). Shifting in" state sovereignty: social policy and migration control in Costa Rica. *Transnational Social Review*, *4*(2-3), 207-225.

_____. (2016). El sistema de salud como imán. La incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses. En C. Sandoval. (Ed.), *Migraciones en América Central: Políticas, territorios y actores* (pp. 211-232). San José: Editorial UCR.

Voorend, K. y Robles, F. (2011). *Migrando en la crisis: La fuerza de trabajo inmigrante en la economía costarricense*. San José: OIM, MTSS, Gobierno de Canadá.

Voorend, K., Robles, F. y Venegas, K. (2013). *Nicaragüenses en el Norte: Condiciones laborales y prácticas de contratación de hombres y mujeres migrantes en la Región Huetar Norte*. San José: ILO.

Voorend, K. y Venegas, K. (2014). Tras de cuernos, palos. Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del seguro social. *Revista de Ciencias Sociales*, *145*(III), 13-33.

Wilkinson, M. y Graig, G. (2011). Wilful negligence: migration policy, migrants' work and the absence of social protection in the UK. En E. Carmel, A. Cerami y T. Papadopoulos. (Eds.), *Migration and Welfare in the New Europe. Social Protection and the Challenges of Integration* (pp. 177-195). Bristol: The Policy Press.

Zamora, C. (2008). El primer seguro de Costa Rica. *Diálogos*, Special Issue. San José: UCR.

Zrinščak, S. (2011). Local immigrant communities, welfare and culture: an integration/segregation dilemma. En E. Carmel, A. Cerami y T. Papadopoulos. (Eds.), *Migration and Welfare in the New Europe. Social Protection and the Challenges of Integration* (pp. 197-212). Bristol: The Policy Press. Amsterdam:

Índice de cuadros, figuras y anexos

Cuadros

Cuadro 1. Tasas de migración y origen de las poblaciones inmigrantes regionales en los países seleccionados de América Latina, durante el año 2011 2
Cuadro 2. PIB y el gasto público social en los países latinoamericanos seleccionados, durante el 2012 19
Cuadro 3. Estructura del gasto social público per cápita en los países latinoamericanos seleccionados, 2009-2010 20
Cuadro 4. Indicadores de resultados y cobertura para países latinoamericanos seleccionados, alrededor del 2013 22
Cuadro 5. Tipo de seguro médico para los nicaragüenses y los costarricenses, durante el año 2011 43
Cuadro 6. Extranjeros con seguro médico por cobertura del Estado, diciembre del 2012 45
Cuadro 7. Número de atenciones de urgencia en la CCSS, por país de nacimiento y tipo de seguro, 2006 80
Cuadro 8. Atenciones de urgencias, según país de nacimiento y diagnóstico 84
Cuadro 9. Egresos hospitalarios según condición de aseguramiento para una selección de centros médicos, 2013 86
Cuadro 10. Servicios médicos de urgencia: Incidencia de inmigrantes nicaragüenses, por regiones, 2006 87
Cuadro 11. Partos intrahospitalarios según nacionalidad, 2011 88
Cuadro 12. Partos intrahospitalarios, por cada 1000 personas, según nacionalidad y población total y ocupada, 2011 89
Cuadro 13. Estadísticas descriptivas generales de los datos de la encuesta, 2013 111
Cuadro 14. Año de llegada de la población inmigrante nicaragüense, comparación de fuentes, 2011 115
Cuadro 15. Estadísticas descriptivas de la inmigración de los datos de la encuesta, 2013 117
Cuadro 16. Seguro médico según país de nacimiento, 2013 118
Cuadro 17. Acceso a los servicios de salud pública y la medicina pública para nacionales e inmigrantes nicaragüenses, según categorías de estado migratorio, 2013 121
Cuadro 18. Acceso a los servicios de salud pública y medicina pública para nacionales e inmigrantes nicaragüenses según el tipo de seguro, 2013 123
Cuadro 19. Acceso a la atención sanitaria y medicina pública para hijos de ciudadanos e hijos de inmigrantes (menores de 18 años) según estado migratorio de los padres, 2013 125
Cuadro 20. Acceso a la atención sanitaria y medicina pública para hijos de nacionales e hijos de inmigrantes (menores de 18 años) según el tipo de seguro de los padres, 2013 127

Cuadro 21: Comprobación de medias para las variables selecc ionadas según país de origen y estatus migratorio....130
Cuadro 22. Las variables dependientes que miden los SS 134
Cuadro 23. Variables independientes incluidas en cada modelo 140
Cuadro 24. Resultados de las regresiones probit para el seguro (*S*) 144
Cuadro 25. Resultados de las regresiones probit para la salud pública (SP).... 147

Figuras

Figura 1. Seguro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social 41
Figura 2. Beneficiarios de la cobertura del Estado, diciembre del 2012 44
Figura 3. Porcentaje de consultas y hospitalizaciones de la población inmigrante en el total, 2001-2011 82
Figura 4. Evolución del número de hospitalizaciones, por seguro y nacional frente a extranjero, 2005-2014 83

Anexos

Anexo 1. Lista de personas entrevistadas y guía de entrevista 163
Anexo 2. Grupos focales–Guía de preguntas 168
Anexo 3. Diseño de muestra e implementación de la encuesta 169
Anexo 4. Cuestionario de la encuesta MISOC 175
Anexo 5. Características en el Censo Nacional, INEC, 2011 183
Anexo 6. Acceso a servicios de salud y medicamentos públicos por país de nacimiento y zona de residencia, 2013 184
Anexo 7. Prueba de medias para una selección de variables 186
Anexo 8. Resultados de las regresiones para el capítulo 8 189

Acerca del autor

Koen Voorend tiene un MA. y un Ph.D. en estudios de desarrollo del International Institute of Social Studies en La Haya, de la Universidad Erasmus de Rotterdam, Países Bajos. Además, posee un MA. en estudios de economía internacional de la Universidad de Maastricht, Países Bajos. Es investigador en el Instituto de Investigaciones Sociales y profesor de la Escuela de Ciencias de la Comunicación Colectiva, de la Universidad de Costa Rica. Entre algunas de sus publicaciones más recientes destacan "El sistema de salud como imán. La incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses" en el libro Migraciones en América Central. Políticas, territorios y actores, editado por Carlos Sandoval García (San José: Editorial UCR, 2016); "Sidestepping the State. Practices of Social Service Commodification among Nicaraguans in Costa Rica and Nicaragua" en la revista Journal of Latin American Studies (con Caitlin Fouratt, 2018); "Social Rights and Migrant Realities: Migration Policy Reform and Migrants' Access to Health Care in Costa Rica, Argentina, and Chile" en la revista Journal of International Migration and Integration (con Shiri Noy, 2015); "'Shifting in' State Sovereignty. Social Policy and Migration Control in Costa Rica", en la revista Transnational Social Review (2014), y "Are coalitions equally important for redistribution in Latin America? The intervening role of welfare regimes" (con Juliana Martínez Franzoni), en The Great Gap. Inequality and the Politics of Redistribution in Latin America, editado por Merike Blofield (Pennsylvania: Penn State University Press, 2011).