



Anuario de Estudios Centroamericanos
ISSN: 0377-7316
carlos.sandoval@ucr.ac.cr
Universidad de Costa Rica
Costa Rica

¿Un imán de bienestar en el Sur? Migración y política social en Costa Rica. Koen Voorend. San José: EUCR, 2019

Niedzwiecki, Sara

¿Un imán de bienestar en el Sur? Migración y política social en Costa Rica. Koen Voorend. San José: EUCR, 2019

Anuario de Estudios Centroamericanos, vol. 45, 2019


Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15264294038>

DOI: <https://doi.org/10.15517/AECA.V45I0.40712>

¿Un imán de bienestar en el Sur? Migración y política social en Costa Rica. Koen Voorend. San José: EUCR, 2019

Sara Niedzwiecki saranied@ucsc.edu
University of California, Estados Unidos

 <http://orcid.org/0000-0001-7038-8301>

Voorend Koen. ¿Un imán de bienestar en el Sur? Migración y política social en Costa Rica. 2019. San José. EUCR

Introducción

Anuario de Estudios Centroamericanos,
vol. 45, 2019

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Recepción: 22 Agosto 2019
Aprobación: 28 Agosto 2019

DOI: <https://doi.org/10.15517/AECA.V45I0.40712>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15264294038>

¿*Un Imán de Bienestar en el Sur?* de Koen Voorend estudia dos preguntas fundamentales: ¿En qué medida el sistema de salud pública costarricense atrae a la inmigración nicaragüense?, ¿es esta migración la responsable por el deterioro de los servicios sociales? La respuesta a ambas preguntas, según Voorend, es negativa: personas nicaragüenses no migran a Costa Rica atraídas por el sistema de salud y la provisión de salud a migrantes no explica la crisis del sistema. Es decir, nicaragüenses en Costa Rica ni se “aprovechan” ni son una “carga” para el sistema. La evidencia para sostener esta respuesta contrasta con la creencia popular: tres de cada cuatro costarricenses creen que los inmigrantes son un riesgo para la seguridad social. Voorend analiza dos preguntas adicionales, y cruciales, para entender este tema: ¿en qué medida el sistema de salud costarricense incorpora efectivamente a las personas inmigrantes? ¿por qué algunas personas nicaragüenses acceden a mejores servicios que otras?

¿*Un Imán de Bienestar en el Sur?* será un libro obligado tanto para académicos como para políticos y expertas en políticas públicas. Este libro es una indudable contribución teórica, metodológica y empírica a la discusión sobre políticas sociales y migratorias. Teóricamente, a pesar de la gran cantidad y aumento de la migración (especialmente Sur-Sur), la relación entre migración y Estados de bienestar no ha sido explorada sistemáticamente en América Latina.[1] Contamos con estudios fundamentales provenientes de Europa y Estados Unidos, pero hay un vacío en nuestra región. ¿*Un Imán de Bienestar en el Sur?* viene a cubrir parte de ese vacío intelectual. Una contribución adicional de este libro es mirar la implementación de la política social (es decir, el acceso real a la salud), y no solo sus características o diseño (es decir, los derechos sociales en papel). El foco está puesto en el acceso real de los y las nicaragüenses al sistema de salud costarricense. Finalmente, el libro nota una contradicción entre los derechos humanos, que velan por los intereses de los individuos independientemente de su origen nacional y estatus migratorio, y los derechos sociales, vinculados con la ciudadanía.

En este sentido, nos hace repensar la idea de “universalismo” tan arraigada en la literatura de Estados de bienestar. En otras palabras: ¿pueden existir políticas sociales universales si excluyen a aquellas personas no ciudadanas?

La articulación exitosa de métodos mixtos es otro aspecto para resaltar. Voorend combina el análisis de legislación, comunicaciones internas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), estudio de incidencia de datos oficiales, análisis discursivo de 40 entrevistas a políticos y funcionarias públicas, grupos focales con personas de Nicaragua en Costa Rica y una encuesta realizada a casi 800 personas, costarricenses y nicaragüenses, sobre su acceso a los servicios de salud pública. Cada metodología de recolección de datos fue diseñada y ejecutada de manera sistemática. Las 40 entrevistas a informantes clave del Estado y ONG tuvieron el objetivo de incorporar distintos puntos de vista. Para tal fin, se evitó inicialmente la técnica de bola de nieve que conlleva el riesgo de quedar atascado en una misma red de opiniones. La encuesta (realizada en el 2013) busca medir el acceso efectivo a la salud de migrantes nicaragüenses en Costa Rica. El tamaño de la muestra es de 795 entrevistados, la mitad nacionales y la mitad nicaragüenses. Estos son una muestra representativa del total de los nicaragüenses en Costa Rica. Algunas de las personas participantes de la encuesta fueron seleccionados para ser parte de los grupos focales. Los grupos focales tuvieron el objetivo de conocer las estrategias de personas nicaragüenses para asegurarse el acceso a la salud. En total 41 migrantes nicaragüenses participaron de ocho grupos focales. Los resultados de las estrategias cualitativas y cuantitativas quedan confirmados, con una sola excepción: mientras el trabajo cualitativo encuentra discriminación a nicaragüenses en general, las regresiones múltiples encuentran que la diferencia en acceso a la salud pública solo se observa en relación con los migrantes no documentados. Lejos de debilitar el argumento, esta aparente contradicción es una oportunidad para discutir el rol de la metodología mixta en las ciencias sociales, sobre todo en casos de desacuerdo entre los métodos.

El caso de Costa Rica es esencial para entender estos temas, ya que el 9 por ciento de toda la población es de origen extranjero (y 75 por ciento de ellos nicaragüenses) y Costa Rica es el ejemplo más paradigmático de universalismo en el Sur global. El aumento de inmigración nicaragüense en este país las décadas de 1980 y de 1990 coincidieron con un período de reformas estructurales que disminuyeron el gasto social (Capítulo 1). Mientras que las personas inmigrantes menores de 18 años acceden a la salud sin restricciones, en los mayores el estado migratorio regular es casi siempre indispensable. En parte esto explica la brecha entre nacionales y extranjeros: el 13 por ciento de nacionales no tiene seguro de salud mientras que el 35 por ciento de inmigrantes nicaragüenses no tiene seguro (Capítulo 2). Voorend encuentra que, debido a la crisis del sistema, Costa Rica ha restringido el acceso a la salud a las personas inmigrantes. Es decir, antes de la reforma del 2009 era relativamente fácil para las personas migrantes acceder al seguro médico, ya que solo debían mostrar que estaban aseguradas por sus empleadores o pagar un seguro voluntario.

Las personas sin seguro eran atendidas solo en caso de emergencia y, aunque luego del servicio les llegaba una factura de cobro, generalmente el Estado cubría la factura. Con la reforma migratoria y de la CCSS, para poder acceder a la regularización migratoria es necesario tener cobertura de salud. El costo del seguro es la primera barrera de acceso tanto a la salud como a la regularización. La segunda barrera, o “trampa” como la llama Voorend, es que para acceder al seguro de salud es necesario tener un estado migratorio regular. Esto genera un callejón sin salida para migrantes. En tercer lugar, se han endurecido las políticas ya existentes de la CCSS, como el requisito de cobro de la tasa para las personas no aseguradas. Finalmente, Voorend explica que ha habido poca claridad en algunas de sus políticas, por ejemplo, si las mujeres embarazadas sin documento que acredite identidad pueden recibir controles de rutina y si las personas migrantes pueden acceder al seguro familiar (Capítulo 3).

El acceso restringido en parte tiene que ver con la percepción (errónea, según muestran los datos) de funcionarios públicos de Costa Rica como un imán de bienestar. Empleados del Estado costarricense, incluyendo las personas que están “en la ventanilla”, ven a la incorporación de inmigrantes como un desafío problemático en el contexto de crisis. La imagen que se crea de los migrantes nicaragüenses –que van a Costa Rica para usar los servicios sociales y que son culturalmente inferiores, por ejemplo– contribuye a la exclusión efectiva en el acceso a servicios y potencialmente al diseño de políticas excluyentes (Capítulo 4).

A pesar de estas percepciones, la idea de que la población nicaragüense utiliza desproporcionalmente los servicios de salud no se corresponde con los datos empíricos. De hecho, mientras hay casi 9 por ciento de migrantes en Costa Rica, el porcentaje de consultas médicas y hospitalizaciones nunca supera el 7 por ciento. Es decir, el uso del sistema de salud está por debajo del peso que tiene la población migrante en el total de la población. Además, solo el 3 por ciento del total de las atenciones médicas de urgencia se destina a nicaragüenses sin seguro (Capítulo 5). Hay, entonces, una brecha de implementación: no todas las personas de Nicaragua (tanto en Costa Rica como en su país de origen) que podrían acceder a la salud lo hacen efectivamente. En particular, el estado migratorio, el seguro social, el ser adulto, y la estigmatización aparecen como algunas de las barreras de acceso. Esta restricción en el acceso lleva a que las personas migrantes busquen estrategias alternativas de cobertura en el mercado, en ambos lados de la frontera.

Los grupos focales realizados por Voorend demuestran que personas nicaragüenses muchas veces esquivan al Estado y prefieren recibir atención médica y medicamentos a través del sector privado. Las remesas para el acceso a médicos y la compra de medicamentos en Nicaragua son un ejemplo de la estrategia de recurrir al mercado (Capítulo 6). A pesar de estas estrategias, nicaragüenses en Costa Rica acceden a menores servicios que nacionales y el acceso diferenciado entre inmigrantes depende del estado migratorio y el nivel socioeconómico. En otras palabras, el análisis cuantitativo muestra que los inmigrantes “legales” y los ciudadanos presentan índices similares de acceso a la salud pública

mientras que los inmigrantes no documentados buscan la medicina privada en mayor medida. La regresión múltiple Probit demuestra que tener un estado migratorio irregular (o de “turista”) o “en proceso” disminuye la posibilidad de poseer un seguro médico en un 60 por ciento aproximadamente. Estar inserto en el mercado formal de empleo es otro factor central para entender el acceso a la salud (capítulos 7 y 8).

Este estudio abre una serie de interrogantes que deberían ser analizados a futuro. Para empezar, ¿qué explica la percepción errada de que las personas migrantes nicaragüenses son la causa de la crisis de la CCSS?, ¿cómo influye el discurso estatal y los medios de comunicación en la construcción de estas percepciones?, ¿de qué manera influyen estas percepciones en la política pública? Además, sería beneficioso poner al sector de la salud, a las personas migrantes nicaragüenses, y a Costa Rica en perspectiva comparada. ¿Viajan los hallazgos sobre el sistema de salud a la asistencia social o las pensiones?, ¿en qué medida la exclusión de migrantes depende del país de origen de estos? Tal vez más importante: ¿cómo se compara la inclusión de migrantes en Costa Rica con otros países de la región? Un análisis comparado de Estados de bienestar y políticas migratorias sería un avance fundamental en esta nueva agenda de investigación.

Notas

- [1] El siguiente libro representa una notable excepción: Hujo, Katja; Piper, Nicola (Eds.) (2010): *South-south migration. Implications for social policy and development*, edited by Katja Hujo and Nicola Piper. Basingstoke: Palgrave Macmillan.