

REGULARIZACIÓN MASIVA EN COSTA RICA: EFECTO RECIENTE DE LA INMIGRACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL

MASSIVE REGULARIZATION IN COSTA RICA: RECENT EFFECTS OF IMMIGRATION ON THE SOCIAL SECURITY SYSTEM

FERNANDO LLORCA CASTRO *

Resumen: *En 1999 se realizó una regularización masiva de inmigrantes centroamericanos en Costa Rica y posteriormente se cuantificó toda la población del país, el nivel de aseguramiento público y la utilización de los servicios sanitarios entre otras cosas, mediante un censo de población y encuesta de hogar durante el año 2000. A partir de la evidencia encontrada en investigaciones que se realizaron durante esos años sobre el impacto que la inmigración ha tenido en la Seguridad Social de Costa Rica, se concluye que el inmigrante no contribuye desfavorablemente al sistema de pensiones de la Institución, que utiliza menos los servicios de atención en hospitales y urgencias que los nativos, que utiliza más la medicina preventiva y que ha adoptado las prácticas de los nacionales de evasión del pago de cuotas obligatorias a la Caja Costarricense de Seguro Social, que es la principal institución prestadora de servicios públicos de salud del país. Se revisó alguna experiencia internacional y conceptos sobre el tema y se explica brevemente la organización de la Seguridad Social de Costa Rica, para la mejor comprensión del lector no habituado em lidiar con ella.*

* Médico-Administrador y Economista de Salud que ha trabajado para la Caja Costarricense de Seguro Social.

Palabras clave: *Regularización Masiva; Seguridad Social; Servicios de Atención Sanitaria e Inmigración.*

Abstract: *In 1999 a massive regularization of Central American migrants was realized in Costa Rica and later the whole country population was quantified, the kind of public insurance and the way healthcare services are use among other things, by a population census and home survey during 2000. Based on evidence found in investigations that were realized during those years, about the impact that the immigration has had in the Costa Rican Social Security organization, the author concludes that the immigrant does not contribute unfavorably to the Institutional pension system, that they use the hospital and urgency services less than the natives, they use the preventive medicine more and they has adopted the Costa Rican usual practices of avoidance the obligatory pays to the Caja Costarricense de Seguro Social, which is the most important public institution of healthcare services in the country. Some international experience and concepts were checked about the topic and a brief explanation of how the Costa Rican Social Security organization works, for the best comprehension of readers who are not use to deal with it.*

Keywords: *Massive Regularization; Social Security System; Healthcare Services and Immigration.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Fenómeno Universal

Universales en tiempo y espacio, las migraciones son una característica inherente a la humanidad. En términos evolutivos, el hombre dejó de ser nómada y se convirtió en sedentario cuando pudo encontrar en algún sitio determinado, las condiciones necesarias para desarrollarse integralmente. Los estudios del genoma humano realizados por muchos investigadores dentro de los que sobresale Spencer Wells, parecen haber demostrado que hace cincuenta mil años el hombre abandonó África para poblar todo el mundo y ha señalado también que hace 2.000 generaciones todos los seres humanos teníamos el mismo ancestro común. Esta odisea genética y geográfica del ser humano se encuentra lejos de terminar.

A través de la historia, una vez superada la condición de nómada de la humanidad, los flujos migratorios han acompañado al ser humano en condiciones de normalidad. Cuando este fenómeno universal se ha llevado a cabo de forma voluntaria por parte del emigrante, siempre se produce para buscar mejores condiciones de vida en otro sitio, que por alguna razón en su tierra de origen no ha sabido o no ha podido disfrutar.

La historia está llena de ciclos de migraciones masivas. Muy recientemente a finales del siglo xx, sobresalen la reunificación de Alemania, las sucesivas ampliaciones de la Unión Europea o el regreso de las diferentes tribus de origen Hebreo al nuevo estado de Israel, sobre todo con el último grupo que provenía de Etiopía. En todos esos casos, la migración masiva se ha acompañado de un proceso de legalización o regularización aparentemente exitoso para los países que los acogen. En Costa Rica a raíz de la amnistía migratoria emprendida por el Gobierno en 1999, se ha cuestionado mucho si el efecto que se ha producido sobre la Seguridad Social ha sido positivo, independientemente del efecto neto del fenómeno sobre la economía de la nación. Efecto, que desconocemos con exactitud.

1.2. Migraciones Actuales

Los beneficios que se derivan de las migraciones en general, forman parte del debate interno de muchas naciones en la actualidad. Los países que suelen recibir inmigrantes o dicho en forma más apropiada; personas nacidas en el extranjero, ven incrementado su capital humano activo ya que el perfil más habitual de inmigrante es el de un trabajador en busca de oportunidades y en algunos casos, estas personas suelen realizar actividades que los nacionales han abandonado. En Costa Rica por ejemplo; labores agrícolas o de la construcción, servicio doméstico o de seguridad, son tareas que tradicionalmente eran realizadas por nativos y hoy en día son ejecutadas en su gran mayoría por mano de obra nacida en el vecino país de Nicaragua.

En los países que se recibe al inmigrante suelen generarse movimientos en contra del fenómeno e inclusive, algunos pregonan un bloqueo migratorio o el establecimiento de regulaciones que buscan supuestamente beneficiar a la sociedad de acogida. Para motivar esas intenciones se utilizan todo tipo de argumentos que van desde los pobremente justificados con observaciones puntuales de delin-

cuencia, inadaptabilidad cultural por parte del recién llegado o de limitación laboral para los nativos, hasta los argumentos totalmente injustificados de racismo, proteccionismo extremo o aislamiento, xenofobia o simple egoísmo social.

Conforme se van forjando las naciones, sus pueblos desarrollan una serie de bienes que al ser de financiación y uso común, son públicos. Estos beneficios se sufragan de los impuestos que pagan sus ciudadanos a lo largo de los años generación tras generación y a veces, es necesario pasar por muchas situaciones como conflictos sociales, grandes reformas o inclusive revoluciones o guerras civiles, para llegar a tener la estabilidad política que disfrutaban algunos países. Estos bienes públicos, se caracterizan porque la sociedad se beneficia de los mismos en su conjunto y dentro de ellos, se suelen mencionar a la seguridad ciudadana, la educación pública o la defensa.

Ejemplos más concretos, serían las ventajas que todos hemos obtenido de la iluminación de un faro, al evitar que los barcos encallasen en la costa, bancos de arena u arrecifes, en épocas donde no existían los sistemas de navegación tan avanzados que conocemos hoy en día. O por ejemplo, un bien público podría ser el disfrute de un bajo riesgo de contagio de enfermedad, gracias a que el sistema de salud pública del país de acogida, ha erradicado muchas enfermedades infectocontagiosas mediante vacunación y otras técnicas epidemiológicas a lo largo de muchos años.

Como ha señalado Dan Usher, cuando un hombre abandona su país para emigrar a otro, deja también los bienes públicos de su tierra natal para comenzar a utilizar los del país donde se radica. El uso de las carreteras, las escuelas, beneficios sobre los depósitos minerales nacionalizados, recursos hídricos, la estabilidad política, el sistema de salud pública, son ejemplos que entrarían dentro de esta clasificación. Como si se tratara de un *club* social al cual hay que pagar una cuota de mantenimiento con el aporte de sus impuestos y cotizaciones, un inmigrante trabajador la puede satisfacer si éstos impuestos se han calculado en ese sentido, pero quedaría una interrogante por atender siguiendo la misma analogía: ¿con el capital humano y financiero que el inmigrante trae consigo, salda la cuota de membresía a este supuesto *club* del que hablamos? En este trabajo, no se pretende responder a esa pregunta, pero cabe señalar que los servicios de atención sanitaria, según autores como Cullins, West o Stiglitz, no entran dentro de esos bienes públicos. Su derecho es de características distintas al generarse y consumirse en un

corto plazo y al afectar más directamente a los nativos. Cuando éste es un servicio estatal, el espacio que aprovecha un no nativo al hacer uso de los servicios de atención sanitaria puede ser perfectamente necesitado por un nacional y no ser suficiente para ambos, contribuyendo a generar lo que en administración sanitaria se conoce como *listas de espera*.

1.3. Inmigración en el Mundo

El flujo de personas que viajan de países en vías de desarrollo a países más desarrollados se mantiene tan activo como siempre. Se ha dicho que la razón principal por la cual los emigrantes salen de sus países de origen, es la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo. Para las empresas del país receptor, la ganancia radica supuestamente en dos sentidos apreciados desde un punto de vista muy simplista. El primero sentido es la disponibilidad de mano de obra para labores que los nativos han dejado de desempeñar y el segundo, la obtención de mano de obra en labores donde rivalizan con los nativos y por elementos de competencia al cobrar menores salarios, los recién llegados desplazan a los naturales al convertirse en opciones más atractivas para la entidad que contrata.

Uno de los casos internacionales más estudiados es el de Estados Unidos de América, por el volumen de inmigración que ha recibido, la gran cantidad de años que ha acumulado en experiencia y lo instintivo y natural que ha sido el proceso, a pesar de la gran cantidad de regulaciones que ha emprendido en este sentido. En la primera economía mundial, Alan Greenspan ha atribuido el notable crecimiento económico al aumento de la productividad y al aumento de la fuerza laboral. Para el 2002 la mano de obra extranjera era el 14% de la población activa de Estados Unidos de América, siendo el 11,3% de la población total (Orrenius, 2003). La inmigración al ser más joven que la nativa, ha contribuido positivamente a los programas sociales, según el mismo investigador. Por otro lado, los datos sugieren que el nivel educativo de los inmigrantes que llegan a este país, ha disminuido en comparación con el nivel de educación de los locales. Así mismo tenemos que en 1970, el índice comparativo era de 11,1 años del extranjero frente al similar 11,5 del nativo pero para 1990 el nivel de los recién llegados se elevó a 11,9 siguiendo muy por detrás del 13,2 de los locales en los Estados Unidos Ameri-

canos (Borjas, 1995). No queda clara la causa de este distanciamiento, pero se barajan dos posibilidades. La primera, es que el nivel educativo de los nativos ha progresado tanto, que ha dejado atrás al nivel de los países de origen del inmigrante o la segunda y que suele ser más aceptada, que dice que al aumentar las restricciones o limitaciones para la inmigración legal hacia los Estados Unidos, se produjo un aumento de la inmigración ilegal que suele llegar atravesando sus fronteras.

Para 1991 según un estudio de la OCDE, países como Luxemburgo, Australia, Suiza y Canadá superaban en inmigración al 15% de su población total (Rachel y cols, 1995). Por otro lado, países como España, han pasado en poco tiempo de ser una nación de emigrantes a ser una de inmigrantes (Melguizo y Sebastián, 2004) alcanzando para el 2003 un 6,3% de la población general y con proyecciones de llegar a tener inmigración para el 2015 de un 20% de la población. Según éste mismo artículo, la inmigración es el fenómeno de mayor impacto en la estructura social y económica de los países más desarrollados y en el caso de España, según esos mismos autores, permitirá mantener un crecimiento de la economía en el entorno del 2,5%-3% actual. Ello le dota de un mayor capital humano, lo que contribuye a impulsar la productividad. Para el año 2000, los nacidos en el extranjero acapararon en España, una cuarta parte del empleo generado (Balmaseada y Taguas, 2004).

Como ha señalado el Defensor del Pueblo de España en una entrevista que concedió a la revista *Estrategia Global*, «...los extranjeros que vienen a España quieren simplemente mejorar su vida por medio de un trabajo digno, algo para lo que también muchos españoles tuvieron que salir de su tierra hace no demasiados años. El saldo de la inmigración es netamente positivo para España»¹.

El investigador Melvin Reder ha manifestado, que en realidad la inmigración altera los gastos públicos y los ingresos por concepto de impuestos y que el hecho en sí, es una oportunidad para el país de los nativos de mejorar el ingreso per cápita real luego de impuestos. También Reder en los años sesentas ya había sugerido que se establecieran límites sobre la cantidad y la periodicidad de inmigrantes que una nación debe permitirse recibir y por ejemplo, él mismo sugirió para los Estados Unidos de América, que se incorporasen unos

¹ BARRACLOUGHT, E.: «Entrevista con el Defensor del Pueblo, Enrique Múgica Herzog», *Estrategia Global*, pp. 6-13, noviembre 2003.

250.000 personas por año para comenzar y que siempre habría que monitorizar el progreso e integración real de dichas personas a la vida laboral. Para España se ha propuesto la misma cifra de inmigrantes por año, como la necesaria para mantener el crecimiento económico actual según investigadores catalanes (Vall y Col., 2003).

A pesar de la planificación de poderosas naciones, la realidad es que la experiencia ha evidenciado que las barreras naturales como ríos, montañas, mares e inclusive océanos, no han podido detener a las personas que quieren cruzar de un país a otro. Con mayor razón, es menos probable que lo logren las murallas construidas por algunos gobiernos en sus fronteras.

2. OBJETIVO

El objetivo de este documento es revisar la evidencia que existe sobre el impacto que ha tenido la inmigración reciente a Costa Rica en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), principal prestador de servicios sanitarios del país, basado fundamentalmente en los últimos estudios que se apoyan en el Censo de la Población y la Encuesta de Hogar del año 2000 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), posterior al proceso de excepción migratoria (regularización masiva) de centroamericanos de 1999.

3. LA POBLACIÓN COSTARRICENSE

3.1. Los Habitantes

En enero del 2001 se publicaron las cifras definitivas del Censo 2000. De ellos se desprende que en Costa Rica habitaban para ese año, 3.810.179 personas con una tasa de crecimiento de 2,8. En Costa Rica, la población ha venido envejeciendo a través de los años, al igual que ha sucedido en otros países. Inclusive, la pirámide poblacional modificará su forma a cilíndrica en veinticinco años con un proceso que inició hace ya cincuenta. Para el 2000 los menores de edad representaban el 31,9%, los individuos en edad productiva (entre 15 y 65 años) un 62,5% y los mayores de 65 años el 5,6%, con una razón de dependencia de 60 (personas en edad dependiente por cada 100 individuos económicamente activos) y se estima que para el 2025

esa razón disminuirá a 49 ya que los menores de 15 serán un 22,9% de la población. Los que se hallen en edad reproductiva subirán hasta un 67,0% y los mayores hasta un 10,1% según cálculos del INEC.

3.2. Amnistía Migratoria

El 1 de enero de 1999 se aplicó el régimen de excepción migratoria para centroamericanos radicados en Costa Rica antes del 9 de noviembre de 1998, con 6 meses de vigencia y el único requisito, era demostrar que se encontraba en el país antes de esa fecha. El Gobierno de Costa Rica vendió la idea de realizar una legalización de los inmigrantes que se encontraban en el país por razones humanitarias ya que se suponía que el reciente Huracán Mitch que había afectado al vecino país de Nicaragua y a toda Centroamérica, había expulsado de esa nación gran cantidad de personas en busca de unas mejores condiciones de vida. Por otro lado, podemos asumir que las razones fundamentales fueron la necesidad de conocer el número exacto de inmigrantes, aspectos generales de seguridad, la clara intención de mejorar las contribuciones en materia de cargas sociales e impuestos que financian los servicios sociales que de hecho, los nacidos en el extranjero estaban utilizando y además, para combatir a los *coyotes* (mafias traficantes de seres humanos) fronterizos.

Los planificadores de la medida esperaban que unos 300.000 nicaragüenses se regularizaran, a pesar de que extraoficialmente se decía que había más de un millón de personas indocumentadas para ese entonces en suelo nacional. Finalmente, se presentaron 152.514 solicitudes; un 40% en el Valle Central o zona urbano marginal de la Capital San José, el 97% eran nicaragüenses, 1,55% panameños y 1,45% de otras naciones centroamericanas y con respecto al género, se documentó que un 53,7 % eran hombres y un 46,3% mujeres (Morales, 1999).

3.3. Histórica Inmigración en Costa Rica

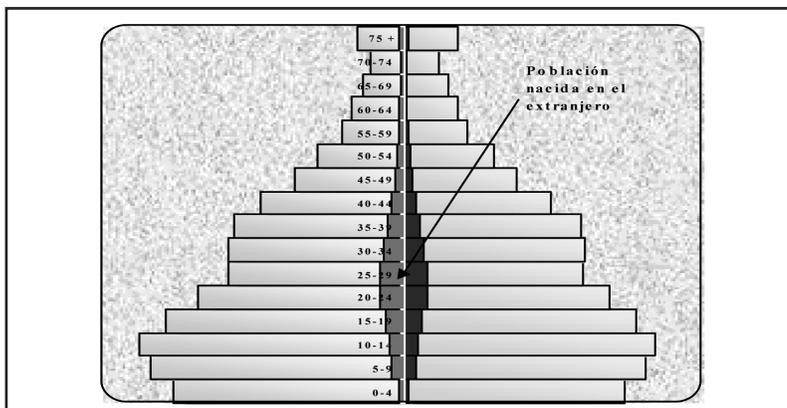
Los nacidos en el extranjero siempre han sido una parte fundamental del carácter étnico costarricense. Cíclicas oleadas de inmigración han llegado a Costa Rica procedentes de Europa, particularmente de Italia, España y Alemania, otras de Jamaica, Líbano, Taiwán o Hong Kong y resto de Latinoamérica, especialmente de Centroamérica. Más recientemente, de Estados Unidos de América,

Canadá y el resto de Europa. Sin embargo, la última se ha caracterizado por ser especialmente abundante en personas procedentes de Nicaragua. Encontramos que según datos de la Encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del año 2000, se documentó que de los 7,8% de los extranjeros que viven en Costa Rica, un 76,35% son de esa nacionalidad. Los nacidos en el extranjero que se registraron fueron 296.461 personas de los cuales, 226.374 eran nicaragüenses, 10.270 de Panamá, 9.511 de Estados Unidos, 8.714 de El Salvador, 5.898 colombianos, entre otros.

Los extranjeros podrían ser más ya que se ha cuestionado un poco la eficacia de la metodología empleada para realizar esta encuesta, a raíz de que gran cantidad de individuos se pueden haber quedado fuera del registro. Existe la posibilidad de que por simple temor a ser deportados, por razones de horarios laborales extensos o por inestabilidad domiciliar en su empadronamiento, intencionalmente no se hayan censado todos los ilegales. En todo caso, Víctor Gómez demógrafo de la Universidad de Costa Rica (UCR), indica que el número específico de nicaragüenses es el que podría ser superior e inclusive se atrevió a dar la cifra de 320.000 para ese mismo año 2000, lejos de la oficial de 226.000 que determinó la encuesta.

GRÁFICO 1

PIRÁMIDE POBLACIONAL EN COSTA RICA DE LOS NACIDOS EN EL EXTRANJERO SOBREPUESTA A LA PIRÁMIDE POBLACIONAL TOTAL DEL PAÍS PARA EL AÑO 2000



Fuente: Censo 2000 del INEC.

La pirámide poblacional de los nacidos en el extranjero de Costa Rica, se puede considerar en el Gráfico 1 sobrepuesta a la del país en general. En ella se aprecia que ambas siluetas son muy similares y solamente difieren en los menores de diez años, que en su mayoría ya han pasado a ser nacionales de primera generación. En Costa Rica se otorga la nacionalidad de origen a los nacidos dentro del territorio, indiferentemente de la nacionalidad de sus padres y de la condición legal que ostentan.

3.4. Crecimiento Demográfico y Naturalizaciones

Según información del Registro Civil de Costa Rica, el ritmo de naturalizaciones ha disminuido considerablemente en los últimos años. Se sabe que los nicaragüenses han tenido en Costa Rica unos 60.000 hijos y que claro está, hoy en día son censados como nacionales. En el año 2000 se nacionalizaron 1.984 individuos, para el 2001 un total de 1.746, 500 en el 2002 y 297 a noviembre del 2003. Por países, han obtenido la nacionalidad costarricense un total de 24.265 nicaragüenses, 1.720 colombianos, 499 estadounidenses, 3.153 salvadoreños y 1.384 cubanos, entre otros en los últimos años.

La tasa de crecimiento en Costa Rica para 1999 era de 2,4 en total, con un crecimiento vegetativo (natalidad-mortalidad) de 1,8. La contribución de las madres nicaragüenses a los alumbramientos en Costa Rica es muy importante. Según estudios realizados por el demógrafo y catedrático de la UCR, Luis Rosero Bixby y por el estadístico Gilberth Brenes Camacho, la natalidad de nicaragüenses en Costa Rica paso de 2.980 en 1992 a un total de 9.346 en 1999 y se asegura que actualmente un promedio de 9.000 niños nacen todos los años de madres de esa nacionalidad del total de 80.000 que nacen en el país. En otras palabras más de un 11% del total de partos.

Las madres inmigrantes tienen una tasa global de fecundidad (TGF) de 3,6 muy inferior a la de Nicaragua que fue de 3,8 para ese mismo año (1998). La TGF para las costarricenses fue en ese período 2,8. Si a ese número se le suman los 25.000 nicaragüenses que ingresan al país cada año, pues se puede asegurar que la frontera compite con la natalidad, en contribución al crecimiento demográfico nacional (Brenes y Rosero Bixby, 2000). Con las encuestas de salud reproductiva se confirmó que el 11% de los partos fueron de madres nicaragüenses ha sido sostenido desde 1998 hasta el 2000 y que pa-

ra el 2001, el 14% de los nacimientos totales de Costa Rica fueron de madres de esa nacionalidad.

3.5. Situación Laboral del Inmigrante

En 1995 Abelardo Morales y Carlos Castro, investigadores de La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) con el auspicio de la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) realizaron un estudio sobre la situación laboral de los inmigrantes en Costa Rica y se encontró, que el 40,4% de los residentes viven en zona rural y el 35,9% en el Valle Central. Que de todos ellos, el 56,2% tienen entre 20 y 40 años, el 9,6% son niños y adultos mayores el 1,1%. Que el nivel de personas ocupadas sin estudios aprobados es de 8,5% y es inferior al de Nicaragua de 24,5% y guarda mayor similitud con el de Costa Rica de 5,2% (Morales y cols., 1999). También reportaron que para 1995 en promedio los inmigrantes tenían dos años de haber llegado al país y más de la mitad al menos dos años de haberlo hecho.

El nivel educativo de los nicaragüenses se refleja al conocer que el 52% tienen educación primaria, contrastando con el 45% de los colombianos que tienen estudios universitarios. Por otro lado, la distribución laboral de los nicaragüenses es sobre todo, en el sector de la construcción el 9,1%, en el área de servicios el 8,0% y en agricultura solamente el 3,8% (Censo 2000, INEC).

Se han calculado que las remesas del 2001 sumaron los 90 millones de dólares y que inclusive llegó a ser para 1998 de 200 millones de dólares, basados en los registros de las compañías que transportan dinero de Costa Rica a Nicaragua. Existen dudas sobre si al irse integrando cada vez más en la sociedad costarricense, pierden el interés por enviar dinero a sus lugares de origen conforme pasan los años. Muchos de ellos son solteros o solteras (no necesariamente sin obligaciones en Nicaragua) y se encuentran en edad de producción o como se les suele denominar son población económicamente activa (PEA), por lo que se manejan dos teorías al respecto; o han traído a las personas que dependen de ellos para reagrupar a sus familias en Costa Rica o han reiniciado su vida en el país de acogida formando una nueva familia.

La falta de empleo afecta más a los inmigrantes nicaragüenses (desempleo abierto de 6,1%) que a los migrantes de otros países de origen que tienen un desempleo del 2,5% en total. El colectivo co-

lombiano presenta un desempleo abierto del 4,5% en Costa Rica y en este mismo período del 2000, el desempleo abierto de los costarricenses fue de 5,2% (Censo 2000, INEC). Para el mismo año, en Nicaragua el desempleo fue de 14,3% por lo que el estímulo para emigrar al vecino país buscando cualquier tipo de empleo, está servido. Las mujeres nicaragüenses concentran un 60% los trabajos de baja calificación en Costa Rica y en el caso de los hombres el 50% se concentra en grupos laborales como peones de agricultura o construcción, vigilantes, albañiles, etc. (Vargas, 2004).

La situación laboral de la población inmigrante la podemos apreciar en la Tabla 1, donde se ha diferenciado la situación de los nicaragüenses de la de nacidos en el extranjero pero provenientes de otros países según la condición de actividad de la PEA.

En la Tabla 1 destaca la gran cantidad de inmigrantes que están en la clasificación de no aplicar, un total de 52,0%. Muchos pensionados (jubilados) de naciones más desarrolladas, escogen a Costa Rica como destino final para retirarse, por su estabilidad política y social, por sus virtudes climáticas (buen tiempo) y por su bajo coste o paridad del poder adquisitivo que hace que las personas que tengan ingresos en monedas fuertes extranjeras se mantengan mejor en el país.

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DEL COLECTIVO MIGRANTE
SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD, PARA EL AÑO 2000

PEA* SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	TOTAL DE MIGRANTES		MIGRANTES NICARAGÜENSES		MIGRANTES OTROS PAÍSES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Total	296,461	100,0	226,374	100,0	70,087	100,0
Asalariados (Cuenta Ajena)	110,687	37,3	90,299	39,9	20,388	29,1
Cuenta Propia (Autónomos)	22,241	7,5	14,644	6,5	7,597	10,8
Patronos (Empresarios)	7,430	2,5	2,651	1,2	4,779	6,8
Trabajo Familiar (Asistentas)	1,954	0,7	1,245	0,5	709	1,0
No aplica†	154,149	52,0	117,535	51,9	36,614	52,2
* PEA: Población Económicamente Activa † Menores de edad, estudiantes, pensionados, amas de casa, otros. FUENTE: Adaptación realizada por el autor de tabla suministrada por Salazar Figueroa, V y Díaz Valverde, Z. Sección de Análisis Demográfico, Dirección Actuarial de Planificación Económica, CCSS con base Censo 2000 del INEC.						

4. LA SEGURIDAD SOCIAL DE COSTA RICA

Para comprender mejor la integración de los inmigrantes en Costa Rica, es importante comprender cómo se encuentra estructurada la Seguridad Social del país.

4.1. Estado Benefactor Costarricense

Costa Rica como democracia centenaria, ha sabido constituir un modelo de desarrollo caracterizado por un impulso a la educación, la salud, la protección ambiental, la libertad y los derechos humanos. Financiados con los recursos que normalmente otras naciones destinan a la defensa, sin ejército ni inversión militar desde 1948, se reservó esa partida del Producto Interno Bruto (PIB) a engrosar sobre todo, los rubros orientados a la salud y la educación. En los últimos años, en el país se ha comentado el descuido de muchos de esos logros por parte de la sociedad en general, especialmente en el ámbito de la educación a causa de los altos niveles de deserción escolar y en el campo de la salud, el regreso de enfermedades infecto-contagiosas que habían sido erradicadas del territorio nacional como la malaria, la tuberculosis, el dengue o fiebre amarilla. No sin dificultad, se mantienen el resto de indicadores básicos en cuantía aceptable para la región, como el porcentaje de alfabetización y el porcentaje de territorio bajo algún esquema de protección ambiental (ver Tabla 2).

TABLA 2
COSTA RICA EN BREVE PARA EL 2003

<i>INDICADORES CLAVE</i>	
PIB per cápita en dólares USA	4.280 ^
PPA per cápita en dólares USA	9.040 ^
PIB Salud	5,71% *
Esperanza de Vida al Nacer en Años	78,39 *
Tasa de Mortalidad Infantil por c/1000 nv	10,10 *
PIB Educación	5,86% *
Índice de Infoalfabetización	16%
Índice de Alfabetismo	96% *
Territorio protegido	25,4% *
PIB (Producto Interno Bruto). PPA (Paridad de Poder Adquisitivo). USA (United Status of America). FUENTES: ^ Banco Mundial, Indicadores Clave de Desarrollo 2004. * 10.º Informe del Estado de la Nación de Costa Rica del 2004.	

Uno de los pilares del estado de bienestar de Costa Rica es el Sistema de Salud que ha sabido desarrollar y dentro de éste, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha jugado un papel determinante. Basta con resaltar los niveles en que se encuentran los indicadores básicos de salud, para notar que son perfectamente comparables con los de cualquier nación desarrollada y si a eso le sumamos una enorme estabilidad política, con unas garantías sociales importantes, terminamos de enmarcar que en Costa Rica existe un estado de bienestar particular que no se encuentra con facilidad en el resto de Latinoamérica.

4.2. La Caja Costarricense de Seguro Social

Institución que fue creada en 1941 y en la actualidad administra tres grandes regímenes con más de 30.000 empleados. El primero se llama de Enfermedad y Maternidad y que con frecuencia se le co-

noce simplemente como Régimen de Salud, el segundo que se denomina de Invalidez, Vejez y Muerte y que se le conoce como Régimen de Pensiones. Estos dos, se financian de forma tripartita por parte de los trabajadores, el estado y los empresarios y un tercer régimen, denominado No Contributivo, financiado completamente por el Estado.

El primero se encarga en términos muy generales, de todos los aspectos asistenciales de salud y el segundo de las pensiones. En el tercer caso, se acogen las personas insolventes que requieren la ayuda del Estado en un 100% en atención y pensión. Hay que señalar, que el sistema de pensiones se sustenta en el número de cuotas que cada persona aporta para tener derecho a él o por la edad de 65 años, en cuyo caso si no aportó lo que debía, se le realiza algún tipo de ajuste y el régimen termina pagando pensiones insuficientes con frecuencia.

4.3. Acceso a los Seguros de la CCSS

Con respecto al seguro de salud estarán asegurados los que coticen directamente y recibirán cobertura también las personas que dependan de ellos (Asegurados Indirectos). El Asegurado Directo, puede ser el asalariado que cotiza de forma obligatoria, el asegurado voluntario que es el autónomo que cotiza por su propia cuenta, pensionados o facultativos y finalmente los asegurados por cuenta del Estado, que son personas que no pueden costear las cotización y el Gobierno les otorga la condición. Los aportes se detallan en la Tabla 3.

Según proyecciones de la CCSS basadas en este Censo 2000, la población en el 2003 fue de 4.129.100 habitantes. Y a pesar de que desde 1961 el principio de universalidad rige en la Institución, no significa que las personas puedan consultar en cualquier momento y lugar, deben estar inscritos como asegurados de la Caja y a partir de 1965 se estableció, que los familiares dependientes del asegurado estarían bajo su protección. En la actualidad, la cobertura alcanza un 81,8% de la población total (8,1% de extranjeros) y del 18,2% restante, el 20% son extranjeros no asegurados y provienen en su mayoría de Panamá y Nicaragua (Salazar y Picado, 2002).

TABLA 3
COTIZACIONES TOTALES Y POR RESPONSABLE
AL SEGURO DE SALUD DE LA CCSS
SEGÚN TIPO DE ASEGURAMIENTO

CATEGORÍA	% TOTAL	% TRABAJADORES	% PATRONOS	% ESTADO
Asalariados (Cuenta Ajena)	15	5,5	9,25	0,25
Independientes (Autónomos)	8	4,75 a 7,75		0,25 a 3,25
Pensionados o Facultativos (Jubilados)	9,50 a 14	5,75 a 13,75		0,25 a 3,75
Asegurados por el Estado	14			13,75 y 0,25
FUENTE: Adaptación realizada por el autor con información de los Acuerdos Junta Directiva de la CCSS. Artículo 19, sesión 7.397 del 9 de diciembre del 1999, artículo 6 sesión 7470 del 17 de agosto del 2000 y artículo 62 RSS.				

Como un problema clásico de cualquier sistema público de aseguramiento, los abusos por evasión por parte de algunos contribuyentes, lamentablemente suelen ser frecuentes en Costa Rica. Para desmembrar esa situación, Gustavo Picado y Virginia Salazar de la CCSS, han trabajado activamente para desarrollar un Índice de Calidad del Aseguramiento (ICA) y con él, han encontrado que dos de cada cinco trabajadores presentan algún tipo de evasión, independientemente de si son nacionales o extranjeros.

5. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL

5.1. La Inmigración y la Atención Sanitaria en Costa Rica

No se puede asegurar a ciencia cierta, si la población de nacidos en el extranjero es más sana que la nativa. Pero en un estudio de análisis de situación de salud publicado en el año 2000, se evidenció que las nicaragüenses fuman menos (6%) que las nativas (14%), se realizan la citología cervical casi igual que las nacionales (75% y 79% respectivamente), prácticamente no se hacen el autoexamen de mamas al igual que las nativas (respectivamente, casi nunca 64 y

45% y siempre 11 y 14%), se vacunan más contra el tétano cada 10 años en un 83% contra el de las de Costa Rica en un 73%, planifican con anticonceptivos en un 70% y las costarricenses en un 80% y se les realizan menos cesáreas que a las naturales (13% para ellas y 20% para las nacionales), sus hijos tienen bajo peso al nacer con más frecuencia que las oriundas (8% y 5% respectivamente), las propias dan más lactancia materna durante al menos un año en un 18% contra el 10% de ellas y finalmente, en general las nacionales reciben atención especializada un poco más que ellas, sus hijos se inmunizan más y se enferman en términos generales con menor frecuencia que los hijos de las nacidas en el extranjero (León y Rosero Bixby, 2000).

En un estudio reciente del Décimo Informe del Estado de la Nación realizado por el investigador Juan Carlos Vargas y que se basó en los estudios de Rosero del 2002 y 2003, Castillo del 2002, la Organización Para la Salud (OPS) del 2003 y Leal y colaboradores del 2004, llega a la importante conclusión de que el uso que realizan los nicaragüenses de los servicios de salud, no impacta de forma contraproducente en los mismos. Puntualizó que para 1997 la consulta externa de la CCSS fue utilizada en un 4,3% por los nicaragüenses y que las hospitalizaciones de personas de esa nacionalidad incluyendo a las de los servicios de maternidad fueron de un 6% para el 2001 y las consultas de urgencias realizadas por nicaragüenses durante el 2001 no superaron el 3,8% de total. Todos los datos acordes con el porcentaje de población nicaragüense documentada en el censo de población del INEC del 2000 o inclusive inferiores a él, que es de 5,9% de personas que provienen de ese vecino país. El consumo de servicios sanitarios por parte de nicaragüenses, es proporcionalmente menor que el consumo nacional general. Como se señaló en la I Jornada Anual de la Academia de Centroamérica sobre el tema: «la presencia de nicaragüenses no evidencia impactos de importancia en el desempeño de la reforma y más bien estos se han beneficiado en forma similar al resto de la población»², refiriéndose a la reciente Reforma del Sector Salud de Costa Rica.

² BARQUERO, J., y VARGAS, J. C.: *La migración internacional en Costa Rica: Estado Actual y Consecuencias en Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones*, I Jornada Anual de la Academia de Centroamérica. Editores: Grettel López y Reinaldo Herrera, San José, Costa Rica, p. 73, 2004.

No obstante el investigador excluye tomar en cuenta en su análisis, que a pesar de que exista ese porcentaje de nicaragüenses en el país, únicamente el 60% de ellos se encuentra asegurado y gran parte se hallan bajo el denominado régimen de seguro No Contributivo o por el Estado, donde los pacientes no tienen que aportar ningún pago por la utilización del mismo, algunas veces bajo conceptos muy justificados como programas específicos de atención al niño, atención a la mujer, atención del paciente crónico o adulto mayor, etc. Se incluyen en estos programas, gracias a que se pretende que sean amplios en su cobertura y poder promover sanas prácticas de medicina preventiva o de control de la enfermedad. La situación es sensible para la Institución ya que en Costa Rica con obtener el seguro a costa del Estado el acceso a los servicios es exactamente igual al de los asegurados directos.

Los problemas que tienen las autoridades de la CCSS para controlar la asignación del seguro por el Estado, se inician con el panorama de que el interesado o candidato declara o manifiesta su condición de insolvencia y posteriormente, por Ley le corresponde a la Institución demostrar que efectivamente él asegurado en cuestión podría costear las cuotas, con las imaginables limitaciones administrativas y de gestión del caso.

Los problemas de la Seguridad Social en estos momentos en Costa Rica son muchos. La gestión de cobro sobresale como uno de los más alarmantes y la población de nacionales, no han tardado en señalar a los inmigrantes extranjeros como parte del problema. Inclusive, dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se tiene la percepción de que los inmigrantes abusan de la atención sanitaria. Sucede como se anotó en 1999, según datos de la CCSS, que los nicaragüenses cotizan al Régimen de Salud poco más del 3% del total de aportaciones y consumen de un 3,5 a un 4% del Gasto en Salud de la CCSS. En 1999 se denunció que los nicaragüenses generaban un déficit a la CCSS de un 3,5% del presupuesto Institucional. Cotizan unos 30.000 al régimen y reportan salarios 50% más bajos (unos noventa euros al mes en promedio) que el promedio de la mesada mínima de los nacionales para 1998.

Los estudios más recientes (basados en el Censo 2000) son los realizados por la sección de Análisis Demográfico de la CCSS en la figura de Virginia Salazar y colaboradores para el año 2003. En ellos se documenta una cobertura global de aseguramiento para los extranjeros del 61,4% (59,5% para los nicaragüenses) y por lo tanto, su

diferencia corresponderá a los no asegurados que equivalen a un 38,6% (40,5% para los nicaragüenses) de la población migrante total y no hay diferencias cuando se comparan estos datos con los de la población económicamente activa migrante (PEAM) que son del 61,0% y 58,6% respectivamente y cuando se comparan con los datos de la población económicamente migrante ocupada (PEAMO) que son de 62,7% y 60,5% para cada cual, siendo similares también las diferencias de las poblaciones no aseguradas para cada grupo. En síntesis, podemos considerar que la evasión es amplia inclusive para la población ocupada de extranjeros que debe rondar el 37,3% y un 39,5% exclusivo para los nicaragüenses en este mismo rubro. Los extranjeros ocupados equivalen al 95,0% de la población migrante y al menos un 32,3% de ellos se encuentra sin cobertura de seguro básica.

Ante niveles de no aseguramiento tan altos como los descritos por estos mismos investigadores no han encontrado que la pobreza sea la causa de él ya que queda un alto porcentaje sin explicar y por lo tanto ellos concluyen que deben existir otras justificaciones. Del total de inmigrantes que se desempeñan como asalariados y que deberían de estar contribuyendo obligatoriamente como tales, solo el 52,3% lo está haciendo. Como concluyen textualmente en la investigación: «...es decir, solo un poco más de la mitad están asegurados en la modalidad que les corresponde, de donde se desprende la existencia de una evasión aportativa muy elevada»³.

Al ser un seguro obligatorio por ley en Costa Rica para toda la población ocupada, las autoras mencionadas no encuentran causa alguna que revele esa franca evasión por parte del nicaragüense muy similar a la general del país. Como mecanismo de acción se ha propuesto que uno de los principales sistemas en la evasión del pago correspondiente a las cuotas de la Seguridad Social, podría darse al reportar los patronos un inferior salario del real de sus empleados, en cuyo caso el patrono sería ampliamente responsable. El otro sistema podría ser, la no declaración de los ingresos por parte del inmigrante cuando trabaja como autónomo o en el sector informal. Esto querría decir que los inmigrantes estarían adoptando las

³ SALAZAR FIGUEROA, V., y DÍAZ VALVERDE, Z.: *Seguro de salud: exploración de la condición de aseguramiento de la población migrante en Costa Rica (a partir del censo 2000)*, Dirección Actuarial de Planificación Económica, CCSS, p. 6, agosto, 2003.

malas prácticas de los nativos a la hora de hacerle frente a las obligaciones con la Institución.

5.2. La Inmigración y las Pensiones de la CCSS

Como vimos anteriormente los nacidos en el extranjero contribuyen al crecimiento de la población económicamente activa y en el caso particular de Costa Rica, oficialmente la cantidad de adultos mayores (más de 65 años) inmigrantes en general es bajo, específicamente un 7,65% para todas las nacionalidades y tenemos que tomar en cuenta que muchos de ellos provienen de países desarrollados como USA, con el fin de retirarse en el trópico con medios suficientes para asegurarse por cuenta propia o tener seguros privados.

La pirámide poblacional se ha invertido en muchos países desarrollados y son los que suelen recibir inmigración. Se ha pensado que el envejecimiento en sí, supondrá un aumento en el Gasto de Salud de los países. En cálculos de la OCDE los Adultos Mayores gastan de 3,5 a 4 veces más que el promedio de la población en atención médica. Y la OMS ha llegado a estimar, que el 30% del Gasto en Salud se dedica a los mayores de 75 años y que hoy en día son el 5% de la población mundial.

Con todo, hay estudios realizados por David Casado en España, donde se plantea que hay un deslizamiento de la vida saludable hacia edades más avanzadas. Y más específicamente, estudios de Zweifel en 1999 donde se ha descubierto que la mayor parte del gasto sanitario que una persona consume, se concentra en el último año de su vida. Si esto es así, el envejecimiento natural que sufrirán los nacidos en el extranjero y los nativos no deberían de repercutir sustancialmente sobre los costos de financiación a la población pensionada.

Se ha señalado que la población inmigrante que llega a un país cuya población activa ha disminuido por envejecimiento o por tasa de natalidad baja son en su mayoría inmigrantes en edad productiva y que contribuyen a financiar parte de la sanidad y en general, el estado del bienestar de los individuos mayores. También se han propuesto planes de modificación de la edad o la forma de pensionar a los trabajadores. Inclusive se ha pensado en hacerlo de forma intercalada o por etapas, jubilando a los trabajadores que así se lo per-

mitan, primero por la mitad de su tiempo (media jornada) y a los pocos años, que se produzca la jubilación definitiva. La verdad, el financiamiento de los sistemas de pensiones sigue en el tapete de los problemas a resolver en muchos países y no se sabe en muchos de ellos en qué medida puede contribuir la inmigración activa a los mismos.

A largo plazo, se espera un problema con el desfase generacional que se aproxima en Costa Rica. Actualmente, por cada pensionado hay seis trabajadores que cotizan pero para dentro de quince o veinte años se reducirán a tres. El investigador Rodolfo Morera Herrera de la CCSS, ha determinado que el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, conocido simplemente como de pensiones, no es sostenible financieramente de forma indefinida. Llegó a esa conclusión, con un modelo económico donde analizó varios escenarios realistas y determinó que para el 2027 se produciría una bancarrota inminente del sistema y por más que se establecen ajustes a la prima actuarial en el modelo, no solucionan el problema financiero derivado en su mayoría por la maduración del Régimen y su consecuente elevación de los costes, por lo que habría que tomar medidas más profundas y reformarlo por completo.

Dentro de los datos para ese estudio, se tomaron en cuenta las poblaciones laborales de inmigración actuales y la tasa de natalidad modificada con los hijos de extranjeros nacidos en Costa Rica. Se puede deducir de todo esto, que los problemas que sufre el Sistema de Pensiones de la CCSS no son causados por los inmigrantes sin embargo, con su incorporación a la vida laboral del país y a este sistema, tampoco lo rescata.

Actualmente, Costa Rica ha diseñado e implementado un sistema complementario de pensiones que se encuentra en manos de operadoras privadas, pero que es igualmente obligatorio para toda la población ocupada, sobre esto no hay estudios concretos respecto a la población de extranjeros a causa de su reciente puesta en marcha.

5.3. Inmigración y Atención Sanitaria. Alguna Experiencia Internacional

Uno de los elementos más importantes que se desprende de la experiencia por la que han pasado otras naciones con alta tasa de

inmigración, es que surge la necesidad de planificar la acogida de esa población. Para ello hay que incorporar al abanico de políticas nacionales de salud pública y de atención sanitaria, elementos particulares necesarios para acoplar adecuadamente al país y a los recién llegados, en materia de salubridad.

Así mismo, en España como señalan los investigadores Josep María Jansà y Patricia García de Olalla, los servicios de ginecología, obstetricia y pediatría y programas como los de salud materno infantil, tuberculosis, prevención y promoción de la salud deberán ser reforzados en los próximos años debido al aumento de su demanda por parte de la población de inmigrantes que han llegado a España. También deben contemplar a este colectivo, formando al profesional de salud y facilitando los recursos necesarios para atender esas necesidades, como ya lo manifestó Oscar Valtueña para España.

Por otro lado, durante la última década en los Estados Unidos de América, se eliminaron algunas barreras legales que tenían los inmigrantes para acceder a programas sociales de ayuda sanitaria y luego de esas modificaciones, el investigador Borjas en el 2003 encontró que probablemente como consecuencia del aumento de empleados asegurados por sus patronos, se levantó la cobertura general de inmigrantes bajo protección de un 67,0% en 1994 a 68,8% en el 2000 y disminuyó su participación en el Medicaid de 11,8 a 9,9% entre 1994 y el 2000. Ello nos indica que en los Estados Unidos el establecimiento de objetivos y metas a la hora de planificar estrategias sanitarias es muy diferente a la española, en esa nación todavía se debate si los inmigrantes deben tener acceso a los programas sociales y en que medida. Inclusive, se ha documentado en el Estado de Nueva York (Muennig y Fahs, 2002), que los nacidos en el extranjero tenían una esperanza de vida mayor que la de los nativos y que visitaban con menor frecuencia el hospital. Con lo que se concluye, que al menos en la experiencia de esa ciudad, los argumentos de que la inmigración sobre utiliza los servicios sanitarios y de que desproporcionadamente consumen fondos públicos en mayor cuantía que los nativos, se encuentran sin fundamento para los servicios públicos de salud. Además, señalaron que el consumo de los servicios hospitalarios todavía podría ser menor, si mejorara su acceso a los servicios de atención primaria y medicina preventiva.

Atendamos también lo que se ha observado en países como Australia y Canadá que tienen programas de inmigración modelos en el mundo. En el caso del primer país, están desarrollando *Modelos de*

Intervención Etnoespecíficos donde por ejemplo, pretenden integrar a una mujer con diversidad lingüística y cultural contraria a la que presentan las mujeres nativas australianas con personal que hable su lengua o con traductores (Kelaher y Manderson, 2000). Los programas específicos para disminuir la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios entre nativos y nacidos en el extranjero también son dignos de anotar y se someten a un mejoramiento continuo en la sanidad australiana.

En Canadá, basados en un análisis de la población general durante 1995-96, se encontró que no existen diferencias importantes en el estado de salud de las personas analizando su condición de inmigrantes. Solamente los factores socioeconómicos fueron determinantes para la salud de la población. Condición que cambia sutilmente en el caso de los inmigrantes, dependiendo de su lugar de origen, como lo puede ser Europa, Latinoamérica, Asia, etc. sin ser una relación obvia o determinante (Dunn y Dyck, 2000). En otro estudio más específico (Meadows y cols., 2001), se detalla la necesidad de mejorar los programas orientados a ayudar a mujeres inmigrantes adultas a reiniciar su vida, luego de haber sufrido abusos, traumas emocionales, sociales, etc. en sus lugares de origen o recién llegadas al Canadá.

La salud del inmigrante puede ser distinta de la del nativo como consecuencia de su traslado, no solamente por ser portador o padecer enfermedades endémicas en su lugar de origen, sino por los problemas emocionales que adquiere al emigrar a otra nación. Problemas de abuso, las dificultades usuales de las personas que se adaptan a un nuevo hogar o las tensiones de encontrar o mantener un empleo, son las principales causas de esas sensaciones en el recién llegado a un nuevo país.

En Australia se realizó un estudio donde se evaluó la percepción de grupos de inmigrantes sobre su comportamiento intergrupar, su identificación con las etnias, su salud psicológica y su autoestima (Nasdale y Mak, 2003). Se comprobó que la distancia de donde se proviene no es tan importante como se pensaba en la influencia que tiene sobre la salud mental de los inmigrantes, depende en mayor grado de la afinidad cultural de las personas por el país de acogida o si se incorporan a grupos cerrados de inmigrantes que provengan del mismo país de origen o región. Su autoestima depende en gran medida de si pueden comunicarse adecuadamente en su nuevo idioma. Situación que no suele ser un problema entre Costa Rica y Ni-

caragua, gracias a su condición de vecindad inmediata, a que comparten el idioma, gran parte de su cultura y solamente se diferencian en pequeños elementos de idiosincrasia. Su integración a la sociedad costarricense suele ser muy favorable.

Bajo esta última observación tenemos que agregar, que la salud mental de las personas en general, es determinante para establecer el pronóstico clínico de un problema de salud adjunto o coadyuvante (Sabbioni y col., 2001). Si como se ha evidenciado en alguna medida, los inmigrantes pueden experimentar problemas emocionales de adaptación al llegar a su nuevo país de adopción, pues no nos debe sorprender que la utilización de servicios sanitarios se vea amplificada por ese efecto con el paso del tiempo.

6. CONCLUSIONES

Seguimos sin conocer el saldo neto del efecto de la inmigración sobre Costa Rica sin embargo, empezamos a clarificar sus resultados sobre la Seguridad Social ya que el trabajador extranjero ha adoptado las actitudes del nativo en lo que se refiere a cultura de cotización, aseguramiento, evasión, utilización de los servicios sanitarios en general, salvo un uso de las maternidades Institucionales superior al que registran las mujeres costarricenses, lo que contribuye con el crecimiento demográfico del país.

El sistema de pensiones de la CCSS no se ve favorecido ni perjudicado con la llegada extranjeros en general y en materia de atención sanitaria general, si bien es cierto que solamente un porcentaje de nicaragüenses se encuentra asegurado, la evidencia señala que ese porcentaje consulta con más frecuencia en el campo de la medicina preventiva que los nativos, lo que a la larga podría significar un beneficio para la sociedad en materia de prevención de riesgos por enfermedad. En términos generales, los nicaragüenses se hospitalizan menos que los nacionales, utilizan menos la consulta externa de clínicas y hospitales y utilizan menos los servicios de emergencia que los nacionales. A pesar de eso, debemos tomar en cuenta que al nacer una mayor cantidad de niños con bajo peso, nos traduce un claro nivel superior de riesgo de enfermedad y esa excesiva consulta en materia de salud preventiva, a lo mejor sólo compensa en parte el déficit que traen.

El proceso de regularización o legalización de los inmigrantes centroamericanos en 1999 en Costa Rica, ha demostrado haber sido un éxito cuantitativo al sacar de la economía sumergida al 51% (152.514) de los nacidos en el extranjero que se documentaron un año después con el censo de la población (296.461), aunque todavía algunos de ellos mantengan empleos en el sector informal a pesar haber obtenido sus papeles de residencia (que incluyen su permiso de trabajo).

Con niveles de educación levemente inferiores a los nacionales y con una pirámide poblacional equivalente pero con edad económicamente activa más frecuentemente encontrada que la costarricense, es triste que como país receptor no se haya podido hacer que toda esa fuerza laboral se incorpore en su totalidad al sector formal, contribuyendo de una mejor forma al crecimiento del país y al saneamiento de las finanzas de la Seguridad Social. Las autoridades de la CCSS, no solamente deben combatir el problema de evasión en el pago de las cuotas de aseguramiento obligatorio en la población costarricense sino que ahora deberán combatir la evasión que también ejercen los extranjeros.

Un dato a tomar en cuenta, es que se mantienen centroamericanos de forma irregular un año después de la legalización de extranjeros, como se evidenció con el mismo censo. Por lo que, si consideramos que el proceso de regularización en 1999 fue accesible a todos ellos prácticamente sin requisitos, se podría asumir que pocas personas no tendrían interés en no haberlo hecho. No se les solicitaba contrato de trabajo, ni siquiera quedaban obligados a darse de alta en la Seguridad Social o Tributación y el plazo del proceso fue ampliado a seis meses para que nadie se quedara sin la posibilidad de anotarse. Si bien es cierto no se puede asumir, que ese margen de personas irregulares documentados en el Censo 2000 se produjo a causa del denominado *efecto de llamada*, una de las líneas de investigación para explicar ese fenómeno debería de seguir esa hipótesis como una probable causa.

Es necesario investigar más sobre este tema, documentar la situación de los países con cortes transversales periódicos como encuestas de hogar y censos de población en países que no gocen de un sistema de empadronamiento seguro o fiable y poder así apreciar los cambios. Por otro lado, la Seguridad Social debe mantener al día sus registros con la información general de los pacientes ac-

tualizada y los datos clínicos con el número y frecuencia de visitas, su tratamiento, etc.

Los inmigrantes son grupos de población que por sus características, presentan necesidades de salud particulares y en algunos casos distintos en concepto o intensidad, de las que manifiestan los nativos. Por ello, es importante desarrollar políticas específicas de sanidad orientadas a solventar esas situaciones y encausar de mejor forma su proceso de integración en el país receptor. Tanto para ellos como para la sociedad que les acoge. La cantidad predominante de nicaragüenses dentro de la población extranjera general de Costa Rica hace que con frecuencia se generalice en torno a ellos, sin embargo otras poblaciones de extranjeros como la de colombianos cuyo número se ha incrementado casi cuatro veces desde 1984 (Censo INEC, 2000), nos recuerdan que hay que empezar a estudiar las características de salud de cada población inmigrante de forma independiente.

7. AGRADECIMIENTO

Al Dr. Luis Alberto Alonso González, Catedrático de Política Económica de la Universidad Complutense de Madrid y profesor de Política Económica: Un Enfoque Post Keynesiano, por su colaboración con este documento.

BIBLIOGRAFÍA

ACADEMIA DE CENTROAMÉRICA Y CENTRO CENTROAMERICANO DE POBLACIÓN: *Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones*, I Jornada Anual de la Academia de Centroamérica. Editores: Grettel López y Reinaldo Herrera, San José, Costa Rica, 2004.

ACUÑA GONZÁLEZ, G., y OLIVARES FERRETO, E.: *La población migrante en Costa Rica: realidades y respuestas*, Investigación I Fase, CERCA-Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, Costa Rica, octubre, 1999.

BALMASEDA, M., y TAGUAS, D.: «Inmigración oferta de trabajo y renta per cápita», *Revista Economía Exterior*, n.º 28, primavera, 2004.

BANCO MUNDIAL: *Indicadores Clave de Desarrollo*, 2004.

- BARRACLOUGHT, E.: «Entrevista con el Defensor del Pueblo, Enrique Múgica Herzog», *Estrategia Global*, pp. 6-13, noviembre, 2003.
- BORJAS, G. J.: «The Economic Benefits from Immigration», *Journal of Economic Perspectives*, vol. 9, n.º 2, pp. 3-22, spring 1995.
- BORJAS, G. J.: «Welfare reform, labor supply, and health insurance in the immigrant population», *Journal of Health Economics*, vol. 22, pp. 933-958, 2003.
- CASADO, D.: «Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades», *Gaceta Sanitaria*, n.º 15, vol. 2, pp. 154-163, 2001.
- CENSO (2000): *IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda*, Resultados Generales, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Costa Rica, 28 de junio al 1 julio del año 2000.
- CERCA y FUNDACIÓN ARIAS: *La población migrante en Costa Rica: realidades y respuestas*, CERCA-Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, Costa Rica, septiembre, 2000.
- CHEN MOK; ROSERO BIXBY; BRENES CAMACHO, y LEÓN SOLÍS: *Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva*, programa Centroamericano de Población, INISA-UCR, Costa Rica, octubre, 2000.
- CULLINS, J. G., and WEST, P.: *The Economics of Health-An Introduction*, 1979.
- DUMM, J., and ISABEL, D.: *Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from de the National Population Health Survey*. *Social Science & Medicine*, n.º 51, pp. 1.573-1.593, 2000.
- ESTADO DE LA NACIÓN: *Décimo Informe del Estado de la Nación de Costa Rica*, Costa Rica, 2004
- FRIEDBERG, R., and HUNT, J.: «The Impact of Immigrants on Host Country Wages, Employment and Growth», *Journal of Economic Perspectives*, vol. 9, n.º 2, pp. 23-44, Spring, 1995.
- JANSÀ, J. M., y GARCÍA DE OLALLA, P.: «Salud e Inmigración: nuevas realidades y nuevos retos», *Gaceta Sanitaria*, 18, 207-213, España, 2003.
- MARTÍNEZ, J. CASTRO; TREJOS M., J. D., y QUESADA, L.: *Acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica: situación actual y recomendaciones para mejorarla*, Instituto Nacional de las Mujeres, INAMU, Costa Rica, febrero-marzo, 2002.
- MEADOWS, L., and OTHERS: *Immigrant women's health*, *Social Science & Medicine*, n.º 52, pp. 1.451-1.458, 2001.
- MELGUIZO, Á., y SEBASTIÁN, M.: *Inmigración y economía: un enfoque global*, *Economía Exterior*, n.º 28, primavera, 2004.
- MORALES, A., y cols.: *Análisis de los alcances sociales y del impacto del régimen de excepción migratoria para los inmigrantes de origen centroamericano en Costa Rica*, FLACSO y OIM, septiembre, 1999.
- MORALES ORTEGA, N., y cols.: *Migraciones de nicaragüenses a Costa Rica: impacto territorial respuestas locales*, CERCA-Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, Nicaragua, julio, 2000.

- MORERA HERRERA, R.: «Sostenibilidad Financiera del Seguro de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social», *Ciencias Económicas*, vol. XXII, n.º 1 y 2, BCCR, enero-diciembre 2002.
- MUENNIG, P., and FAHS, M. C.: «Health Status and Hospital Utilization of Recent Immigrants to New York City», *Preventive Medicine*, n.º 35, pp. 225-231, 2002.
- NESDALE, D., and MAK, A.: «Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health», *International Journal of Intercultural Relations*, n.º 27, pp. 23-40, 2003.
- ORRENIUS, P.: *U.S. Immigration and Economic Growth: Putting Policy on Hold*, Southwest Economy, Federal Reserve Bank of Dallas, issue 6, nov./dic., 2003.
- REDER, M. W.: «The Economic Consequences of Increased Immigration», *The Review of Economics and Statistics*, vol. XLV, n.º 3, pp. 221-230, august 1963.
- SABBIONI, M., and EUGSTER, S.: «Interactions of a history of migration with the course of pain disorder», *Journal of Psychosomatic Reserch*, n.º 50, pp. 267-269, 2001.
- SALAZAR FIGUEROA, V., y DIAZ VALVERDE, Z.: *Seguro de salud: exploración de la condición de aseguramiento de la población migrante en Costa Rica (a partir del censo 2000)*, Dirección Actuarial de Planificación Económica, CCSS, agosto, 2003.
- SALAZAR FIGUEROA, V., y PICADO CHACÓN, G.: *Análisis de la Cobertura del seguro de Salud a Partir del Censo 2000*, dirección Actuarial de Planificación Económica, CCSS, agosto, 2002.
- Spencer Well: *The Journey of Man: A Genetic Odyssey*, London-UK: Editorial: Penguin Books, 2002.
- KELAHER, M., and MANDERSON, L.: «Migration and mainstreaming: matching health services to immigrants' needs in Australia», *Health Policy*, n.º 54, pp. 1-11, 2000.
- USHER, D.: «Public Property and the Effects of Migration upon Other Residents of the Migrants Countries of Origin and Destination», *Journal of Political Economy*, vol. 85, n.º 5, 1977.
- VALTUEÑA BORQUE, O.: «Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España», *Migraciones*, n.º 8, pp. 231-249, diciembre 2000.
- VALL COMBELLES, O., y GARCÍA-ALGAR, O.: *Inmigración y Salud*, Editorial An Pediátrica, vol. 60, n.º 1, pp. 1 y 2, 2004.
- VARGAS, J. C.: «Migraciones internacionales en Costa Rica: Características y tendencias en el período 1990-2003», *Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*, Costa Rica, 2004.
- ZWEIFEL, P.; ELDER, S., y MEIERS, M.: «Aging of population and health care expenditure: a red herring?», *Health Economics*, n.º 8, pp. 485-496, 1999.