

Nunca hemos sido universalistas: el reconocimiento al derecho a la salud de las poblaciones migrantes en Costa Rica

Resumen: *En este ensayo se examinan las reglas de membresía al Sistema Nacional de Salud costarricense que regulan la extensión de servicios médicos a poblaciones nacionales y no nacionales, con el fin de argumentar que la ciudadanía constituye uno de los principales criterios de cierre social de dicho sistema.*

Palabras clave: *Sistema Nacional de Salud. Salud pública. Costa Rica. Ciudadanía. Cierre social.*

Abstract: *This essay analyses the rules of membership governing the extension of medical services to national and non-national populations in the context of the Costa Rican healthcare system. It is argued that citizenship constitutes one of the main social closure criteria configuring this healthcare system.*

Key words: *Healthcare system. Public health. Costa Rica. Citizenship. Social closure.*

1. Introducción

La llegada temporal o permanente de poblaciones migrantes a Costa Rica durante las últimas dos décadas, especialmente aquellas provenientes de Nicaragua, plantea diversos retos para la arquitectura y desarrollo de su Estado de Bienestar. Si bien es cierto no es sino hasta hace muy poco tiempo que las leyes y políticas migratorias han empezado a tocar el tema de la integración de la persona migrante a la vida

cultural, económica y política del país, conviene de una vez ir planteando cuestiones relativas a las capacidades formales y operativas que tienen diferentes instituciones públicas de incorporar a estos grupos de recién llegados.

El presente ensayo trata sobre las reglas formales de membresía que regulan el acceso a servicios médicos extendidos por el Sistema Nacional de Salud costarricense, y de cómo dichas reglas se hallan mediadas por determinados principios de *cierre social* entre los cuales destaca el de ciudadanía.¹ En tanto formación institucional, la ciudadanía no sólo debe analizarse en términos inclusivos, es decir, en virtud de su capacidad de integrar individuos y comunidades gracias al reconocimiento de distintos tipos de derechos y beneficios garantizados por Estados-nacionales. También es necesario estudiar sus propiedades exclusivas, su capacidad de configurar desigualdades categoriales a partir de la adscripción y la pertenencia, y subsecuentemente, de sancionar distinciones sociales tales como nacional y no-nacional, o legal e ilegal. Desde este punto de vista, un Estado no sólo organiza territorial y geográficamente a la población de la se yergue como soberano, sino que también, como ha expuesto Brubaker (1992), ayuda a asignar y distribuir membresías entre sus distintos habitantes.²

Usualmente, a la hora de analizar los principales factores de estratificación que influyen el acceso a servicios de salud (clase, género, o etnia) se tiende a pasar por alto el tema de la membresía. Dada su naturaleza, los estudios sobre migraciones prestan mayor atención a este factor. En este sentido, puede decirse que una de las mayores contribuciones de estos estudios al

examen de los Estados de Bienestar ha sido el resaltar que los arreglos de ciudadanía generan dinámicas de desigualdad social. El trabajo que leerán a continuación, ha sido encausado por esta línea de trabajo.³

2. La extensión de seguros en salud y la centralidad de la membresía contributiva

En sus diversas modalidades, uno de los ideales básicos sobre los cuales ha sido justificada la configuración de los Estados de Bienestar contemporáneos ha sido que el desarrollo de mecanismos institucionales solidarios le permitiría al conjunto social mejorar su calidad de vida, o si se quiere, “enriquecer lo esencial de una vida civilizada” mediante la equiparación de las brechas dadas entre “el enfermo y el sano, el empleado y el desempleado, el retirado y el activo, el soltero y el padre de una extensa familia” (Marshall, 1992: 33). Obviamente, no todas las sociedades que han optado por desarrollar este tipo de Estado lo han hecho de igual manera, o han tenido los mismos niveles de éxito. Más importante para los efectos del presente ensayo, a lo largo de su evolución cada Estado de Bienestar ha establecido distintos criterios para discriminar cuáles sectores de la población podrán ser aceptados o no en su dominio de responsabilidad.

En el caso costarricense como se verá en detalle en la siguiente sección, el acceso público a servicios médicos requiere en primera instancia ser miembro del sistema de seguridad social, y por ende, haber obtenido alguno de los seguros en salud coordinados por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Al igual que en otros países (véase, Baldwin, 1997), pueden al menos identificarse dos tipos elementales de membresías: a) aquella que es obtenida bajo una lógica *no-contributiva*; y b) aquella que apela a una lógica *contributiva*. La membresía *no-contributiva* garantiza a las personas un acceso libre de costos a los beneficios del sistema, y usualmente su financiación depende de impuestos generales. Bajo esta modalidad, los beneficios son extendidos ya sea a grandes sectores poblacionales

(por ejemplo, en el caso del acceso a servicios de emergencia en hospitales públicas).⁴ o bien de manera selectiva, a través de pruebas de ingreso (*means-test*) como en el caso de ciertos seguros públicos o políticas antipobreza relativas al tema de salud. A nivel organizacional, la extensión de seguros de salud es justificada ya sea en torno a principios universalistas como humanitarios.

La membresía contributiva, la más importante de los dos tipos de membresías, descansa básicamente en las cotizaciones previas que hayan hecho las personas a esquemas públicos de seguridad social. En otras palabras, depende de la capacidad que se tenga de pagar cuotas regulares a determinados tipos de seguros sociales. De hecho, mucho de los recursos distribuidos a través de la mayoría de sistemas de seguridad social, así como su mismo financiamiento, están sujetos a seguros públicos pagados por poblaciones de trabajadoras y trabajadores asalariados. Estos arreglos institucionales predominan en pensiones, prestaciones de servicios médicos especializados, o aseguramientos en materia de salud ocupacional.

Asimismo, este tipo de afiliación es altamente dependiente del *estatus laboral* de las y los trabajadores. Dicho estatus se va configurando alrededor de aquellas regulaciones contractuales entre empleadoras-es y empleadas-os instauradas por el Estado, que hayan sido traducidas en protecciones específicas para la clase trabajadora (como por ejemplo salarios mínimos, o derechos como a licencias por maternidad). Cuando estas protecciones son efectivamente garantizadas, las ocupaciones desempeñadas por las y los trabajadores pasan de ser una mera práctica económica de supervivencia a un tipo de estatuto social ligado a derechos colectivos. A través del estatus laboral, la membresía al campo de la seguridad social es justificada en términos de un privilegio ganado por las personas en virtud de su trabajo, privilegio que usualmente se extiende a sus familiares próximos (Castel, 2004, 43).

Tanto la membresía *no-contributiva* como la *contributiva* varían en relación a los arreglos de ciudadanía establecidos en la comunidad política (y por ende a distinciones formales establecidas oficialmente entre nacionales y extranjeros). Usualmente, en los debates acerca de la afiliación

no-contributiva el criterio de nacionalidad tiene un peso preponderante, y por ello, el acceso a recursos para las poblaciones migrantes tiende a mimetizar los criterios de exclusión e inclusión de extranjeros fijados por medio de leyes y políticas migratorias. Tal y como Baldwin (1997: 111) argumenta, en este caso las autoridades de gobierno adoptan la función de “perro guardián” fiscalizador del acceso al Estado de Bienestar. En contraposición, las reglas de afiliación contributiva son generalmente más flexibles dado que lo que prima no es tanto la nacionalidad como el estatus laboral.⁵ En otras palabras, la incorporación de la persona migrante tiende a ser contingente en relación al valor económico (no sólo contribuyen al país huésped por medio de su trabajo, sino también por las cuotas que pagan a la seguridad social). Obviamente, la gran excepción en este punto se encuentra en quiénes son categorizados como migrantes indocumentados o ilegales (en buena teoría su estatus legal inhabilita su participación en los mercados laborales).

En diversos estudios comparativos ha sido documentado cómo la extensión de beneficios para poblaciones migrantes “se encuentra rezagada en relación a los beneficios no-contributivos,” y se facilita cuando dependen de arreglos tipo “quid pro quo” (Joppke, 2010: 89).⁶ Como será revisado en la sección, debido a la lógica de afiliación que predomina en la seguridad social costarricense, las discusiones más relevantes dados en relación a la extensión de derechos en salud para migrantes se han dado en relación a las membresías de tipo contributivo.

3. Los límites del universalismo: el reconocimiento al derecho a la salud en Costa Rica

Usualmente cuando una persona común y corriente, como usted o como yo, pensamos en las bondades del Sistema Nacional de Salud costarricense, afirmamos que el mismo tiene un carácter y un espíritu universalista (contrario a prácticas selectivas en donde sólo las necesidades de pocos sectores poblaciones son atendidas). Dicha presunción también se complementa en análisis y

ensayos de corte más bien académico, como por ejemplo cuando se establece que el costarricense “es uno de los Sistemas de Salud Latinoamericanos más efectivamente universalizados tanto a nivel financiero como geográfico,” situación que por ejemplo ha hecho que indicadores tales como “mortalidad infantil y expectativa de vida” sean hoy en día comparables a los “de países europeos desarrollados” (Sáenz, Bermúdez, y Acosta, 2010, 3).

El término universalismo se usa constantemente, algunas veces de manera acotada como en la cita anterior, y otras de manera más amplia.⁷ En este sentido, conviene siempre preguntarse, ¿de qué universalismos hablamos, cuando de universalismos hablamos? Veamos. Al menos hay dos usos comunes de este término que resultan acertados. Por una parte es posible afirmar que en el transcurso del tiempo este sistema sanitario ha logrado uno de los mejores porcentajes de cobertura en Centroamérica y el resto de la región latinoamericana. En el año 2009 tan sólo un 10% de la ciudadanía no gozaba de algún tipo de seguro en salud, un número impresionante si se le compara con el caso nicaragüense, en donde sólo el 8% de la población estaba cubierta (Mesa-Lago, 2009: 7). Asimismo, también puede decirse que en términos generales su modalidad de atención no dista de tener un aire universalista. Una vez que la persona es oficialmente afiliada (sin importar el origen no-contributivo o contributivo de su inclusión), tendrá un acceso casi indiferenciado al abanico de beneficios ofrecidos por el sistema desde la atención primaria hasta la oferta de servicios médicos especializados.

Sin embargo, cuando hablamos del *derecho a ser miembro* del sistema de seguridad social (y subsecuentemente, del derecho a recibir atención médica), el uso de la noción de universalismo requiere ser revisado. En realidad, como ha sido adelantado en la sección anterior, la membresía a dicho sistema sanitario pasa por el tamiz de la CCSS a través del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). Este seguro, junto con los seguros públicos en pensiones y los seguros en riesgos del trabajo que aún administre el Instituto Nacional de Seguros (INS), forman para del campo de la seguridad social en Costa Rica. Los seguros en salud se encuentran prácticamente

acaparados por el Estado, siendo la CCSS la principal entidad a cargo de su administración.

En términos históricos, en Costa Rica la incorporación que se ha dado de grupos poblacionales al Sistema Nacional de Salud por medio del SEM se ha dado de manera incremental, por medio de la recomposición sucesiva de distintos cierres sociales. Al momento de su creación formal, en 1941, las metas en cuanto a cobertura del SEM fueron modeladas de acuerdo a un acotado esquema 'bismarckiano' ideado para cubrir inicialmente a trabajadores asalariados urbanos. Este primer cierre social dejó sin cobertura a amplios sectores poblacionales, sin embargo, en sus cuarenta años de existencia el derecho de admisión a la seguridad social ha ido recomponiendo sus fronteras. Nuevos tipos de seguros han permitido incorporar a los familiares cercanos de estos trabajadores (hijas, hijos, y esposas), luego a trabajadores del sector agrícola y sus familias, además de grupos sociales pobres incapaces de pagar cuotas de seguridad social. Asimismo, fue creada una afiliación de tipo voluntaria, para quienes pudiesen pagar de su propio bolsillo su afiliación al sistema sin ser necesariamente una trabajadora o trabajador remunerado. Por último, en la última década, el aseguramiento también se volvió obligatorio para quienes trabajaran por cuenta propia.⁸

Actualmente, el componente contributivo resulta esencial para el funcionamiento de la seguridad social costarricense. El 90% de sus recursos financieros son financiados por medio de contribuciones (Sáenz, Bermúdez y Acosta, 2010: 3). Además, del año 2005 al 2009, alrededor del 60% de la población económicamente activa nacional estaba cotizando formalmente a la seguridad social. Para estos mismos años, de las 8 principales categorías de poblaciones incluidas en el Sistema de Salud costarricense, 5 se encuentran relacionadas directa o indirectamente con membresías contributivas. Ellas constituyen alrededor del 74% de la población nacional afiliada, y se distribuye de la siguiente manera: a) un 30% conformado por asalariados-as, 'cuenta-propistas,' y aseguradas-os de tipo voluntario; b) un 5% de población pensionada, otrora asalariada; y c) un 39% de familiares dependientes de los anteriores grupos. En términos administrativos, las dos

primeras clases de beneficiarias y beneficiarios son catalogados como *afiliados directos*, mientras que sus familiares serían *indirectos* (CCSS, 2010: 3).

Restan 3 tipos de poblaciones aseguradas cuya membresía es no-contributiva. Ellas constituyen un 16% de la población nacional afiliada: a) un 11% compuesta por personas indigentes u hogares pobres; y b) un 5% constituida de población pensionada bajo el régimen no-contributivo de pensiones. La selección de estas poblaciones es selectiva, y se realiza mediante pruebas de ingreso basadas en métodos como el de línea de pobreza. En términos administrativos, estas membresías pagadas por el Estado dan lugar a afiliaciones de tipo directo (CCSS, 2010: 3).

Existe un 10% de población catalogada como no-asegurada, las cuales podrían obtener atención médica siempre y cuando sean capaces de pagar de su propio bolsillo los bienes y servicios recibidos. Para aquellas personas sin ningún tipo de afiliación administrativa (sea esta directa o indirecta), o sin el poder adquisitivo para costear su entrada al sistema, lo único que queda es acceder al sistema por medio del reconocimiento universal de su derecho a la salud, y no gracias a su estatus laboral, sus niveles de ingreso económico, o su relación de dependencia familiar.

En estricto sentido, el Estado costarricense reconoce de manera universal el derecho a la salud para: a) niñas, niños y adolescentes; b) mujeres embarazadas; c) mujeres víctimas de violencia; y d) personas con enfermedades infecto-contagiosas. El primero de los grupos se encuentra protegido mediante instrumentos normativos como el Código de la Niñez y la Adolescencia, el cual también se aplica a la segunda población, en donde en materia de salud priva el bienestar del futuro bebé más que el de la madre en sí. Para ellos el acceso al sistema de salud ha devenido en un derecho humano. Otro tanto así ocurre con las víctimas de violencia, quienes están protegidas por instrumentos como la Ley para la Penalización de la Violencia contra las Mujeres. El caso de la última población, difiere de los anteriores. Acá, la atención en salud se garantiza como un tema de seguridad en materia de salud pública, que se encuentra contemplado en la Ley General de Salud costarricense.

4. La diferencia que introduce la condición de ciudadanía

El acceso a la atención médica pública en Costa Rica se encuentra mediado por los seguros de salud establecidos por la CCSS, los cuales dicho sea de paso, dan primacía a una membresía de tipo contributivo sobre la no-contributiva. Dicha estrategia de incorporación es consonante con una lógica normativa mayor, en donde el derecho a la salud en estricto sentido no se encuentra garantizado constitucionalmente (lo que expresamente se garantiza es el derecho a la seguridad social). Esta diferencia de matiz, que siempre es conveniente tener en cuenta, se hace evidente cuando el acceso al sistema de salud ha sido sometido a procesos de judicialización por parte de determinados grupos minoritarios (por ejemplo, población refugiada) o afiliadas y afiliados que se organizan para demandar una pronta atención (por ejemplo, obtención de fármacos contra el VIH).⁹ En estos casos, como señala Marlasca (2009: 13), las valoraciones efectuadas por la Sala Constitucional han sido basadas en artículos constitucionales tales como el número 21, versado en el derecho a la vida; el 46, sobre protección a la salud como derecho de los consumidores; el 50, que reconoce el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado; o el 73, en relación a la obligación que tiene la CCSS de brindar prestaciones en seguridad social.

De esta manera, el estatus laboral (o en su defecto la capacidad monetaria de pagar un seguro voluntario), la relación de dependencia familiar, y los criterios de selectividad establecidos por la CCSS en relación a indigencia y pobreza, funcionan como los principios de asignación de membresías más importante en este sistema de salud. Para las poblaciones migrantes, como fue adelantado en la sección 2, el estatus de ciudadanía constituye un principio adicional que suele

utilizarse como un parámetro válido para diferenciar el acceso de nacionales y no nacionales. Para los últimos, los términos de inclusión o exclusión al sistema de salud tienden a fundirse con los términos de ingreso y estadía legal para migrantes establecidos en las leyes migratorias nacionales.¹⁰

Para apreciar mejor la diferencia introducida por la ciudadanía, el primer paso es distinguir a la población migrante según tres tipos básicos de estatus legal: *extranjero*, *morador*, y *ciudadano* (Kivisto and Faist, 2010: 226).¹¹ Aplicando esta tipología a la última Ley Migratoria costarricense, las principales categorías administrativas identificadas podrían catalogarse de la siguiente manera: a) extranjero, constituidos por categorías como indocumentado, trabajador invitado, migrante transfronterizo, estudiante internacional, entre otras; b) morador, que incluye básicamente a trabajadores migrantes y refugiados con residencia permanente; y c) ciudadano, que serían aquellos migrantes naturalizados, con o sin doble ciudadanía (Asamblea Legislativa, 2009).

En términos formales, los estatus de morador y ciudadano comparten la característica de ser inclusivas a lo interno del Estado de Bienestar en general; mientras que las categorías administrativas que conforman el estatus de extranjero, tienden a ser exclusivas. Lo anterior indica, que una vez la persona es residente permanente, refugiada o naturalizada, puede tener acceso a los mismos seguros públicos y derechos en salud que se encuentren disponibles para las y los nacionales. Para las personas extranjeras los términos de su membresía resultan más variables, yendo de una exclusión formal para el caso del indocumentado, o afiliaciones que son negociadas con la ayuda de organismos internacionales, como en el caso de las personas que andan en búsqueda de asilo. La figura 1 resume los tipos de afiliación a los cuales tienen derecho las poblaciones migrantes según su estatus de ciudadanía:

Figura 1. Extensión de beneficios en salud para poblaciones migrantes

Tipo de afiliación	Estatus legal según categoría administrativa					
	Extranjero			Morador		Ciudadano
	Trabajador temporal	Solicitante de Asilo*	Indocumentado	Residente permanente	Refugiado	Naturalizado
Directa (estatus laboral)	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
Directa (pago de bolsillo)	n/a	No	No	Sí	Sí	Sí
Directa (prueba de ingresos)	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Indirecta (familiar dependiente)	No	No	No	Sí	Sí	Sí

* Asiladas y asilados tienen al Sistema Público de Salud gracias al acuerdo ACNUR-CCSS.

Fuente: ACNUR (2003); Asamblea Legislativa (1943a); CCSS (2002, 2006, 2008a, 2008b).

Siguiendo la figura 1, habrá dos tipos de escenarios para las personas migrantes. Primero, quienes sean categorizadas como indocumentadas no pueden afiliarse a la CCSS. Para ellas el origen de nacionalidad pesa, en tanto no residen ni trabajan legalmente en el país huésped. Esto les imposibilita convertirse en afiliados directos en virtud de su estatus laboral, de sus pagos de bolsillo, o de sus niveles de pobreza o indigencia, o beneficiar indirectamente a sus familiares dependientes (lo anterior no aplicaría desde luego para aquellas poblaciones cuyo acceso es universal: niñas, niños y adolescentes; mujeres embarazadas o víctimas de violencia; y personas con enfermedades infecciosas). Para las personas en búsqueda de asilo, el panorama de exclusión sería similar sino fuera por un convenio sostenido entre el ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) y la CCSS desde la pasada década de los años ochenta, el cual les ha permitido conseguir prestaciones básicas en salud (ACNUR, 2003).

Un segundo escenario estaría constituido por quienes pueden estar afiliados directa o indirectamente a la seguridad social. En este grupo, el mejor de los panoramas lo tienen las poblaciones residentes permanentes y refugiadas (y por supuesto la naturalizada). Su origen de nacionalidad no pesa tanto en su incorporación al sistema de salud, y como el resto de nacionales, el poder residir de manera legal en el país, y más aún, su capacidad de contribuir financieramente a la seguridad social, constituyen los elementos clave para tener derecho a la salud. Para otras categorías administrativas, especialmente las que integran las “Categorías Especiales” en la Ley Migratoria, se han ido desarrollando *membresías parciales* a la seguridad social que han impuesto, al cabo del tiempo, limitaciones formales o prácticas en relación a la extensión de beneficios médicos¹² En cuanto al reconocimiento de derechos sociales, dichas *membresías* indican que los estatus de ciudadanía no generan beneficios uniformes para todas las poblaciones que conviven en una comunidad política. Las mismas se encuentran asociadas a estructuras de estratificación, o “sistemas de estratificación cívica” (Morris, 2002: 6).

La categoría de trabajadores temporales incluye ejemplos claros de *membresía parcial*. Por ejemplo, a ella han sido adscritos desde el año 2007 trabajadores invitados para formar parte de la fuerza laboral utilizada en la corta de caña, en cosechas de café, o en la siembra de melón y piña¹³. Si bien esta población trabajadora se afilia al sistema de salud con el mismo seguro en salud que una persona asalariada nacional, en la práctica la extensión de beneficios no es equivalente. En primer lugar, su derecho a la salud depende de un estatus laboral en sí mismo vulnerable: a) es temporal, puesto que son trabajadoras y trabajadores invitados (al final de cada cosecha se les solicita el retorno a su país de origen); b) está expuesto al arbitrio de sus patronos, los cuales toman decisiones tales como la renovación de sus contratos laborales al final de cada cosecha; y c) dificulta el asociarse y tramitar denuncias en caso de irrespeto a sus derechos laborales y aseguramiento. Segundo, la extensión de derechos y beneficios en salud para sus familiares no es contemplada. La seguridad social en este sentido se hace responsable en primera instancia de un tipo de trabajador que en buena ingresa y se va del país individualmente. Por último, su derecho a la salud es totalmente contingente a su valor económico. Una vez que esta fuerza de trabajo deja de necesitarse o de ser productiva (por ejemplo al sufrir una lesión o contraer alguna enfermedad), su estadía en el país deja de tener sentido. De vuelta en Nicaragua, esta población pierde cualquier nexo con el Sistema Público de Salud costarricense.¹⁴

5. Discusión: implicaciones en materia de política sanitaria

El presente artículo ha enfatizado el tema de las reglas de *membresía* que regulan la incorporación formal al Sistema Público de Salud costarricense, y cómo las mismas se apoyan en relaciones de desigualdad basadas en la ciudadanía. Más allá de la cobertura literalmente universal que se ha llegado a tener en el caso de poblaciones nacionales, o de su importante alcance geográfico, las lógicas de cierre social que definen quién

puede o no afiliarse a los seguros en salud de la CCSS limitan el acceso a las poblaciones migrantes, sobre todo aquellas que son categorizadas como irregulares o que son garantes de algún tipo de membresía parcial a la seguridad social. De esta manera, el acceso a bienes y servicios médicos para la persona migrante constituye una de las deudas pendientes que el país tiene en materia de salud pública.

Es oportuno llamar la atención sobre este punto en particular, sobre todo en relación a la población nicaragüense (quiénes conforman la población migrante de mayor presencia en Costa Rica). Hasta la fecha, las discusiones públicas respecto a su integración al sistema de salud han sido reducidas esencialmente a un objetivo general: introducir mecanismos para hacer que las poblaciones migrantes contribuyan monetariamente a las finanzas de la CCSS. Un ejemplo claro de este tipo de racionalidad se tiene en la última ley migratoria aprobada en el país, en donde se ha impuesto como requisito fundamental a quienes quieran poner en regla su estatus migratorio dos condiciones: primero, demostrar que se tiene acceso a una fuente de ingresos segura mediante algún tipo de trabajo remunerado; segundo, y como se establece en el artículo 7, estar afiliada o afiliado a alguno de los seguros de la CCSS (en especial al seguro de tipo directo dirigido a asalariados o a quiénes trabajan por cuenta propia en su defecto).

Medidas como ésta eran esperables en al menos dos sentidos. Primero, es necesario que nuevos grupos sociales ayuden a sostener financieramente a la CCSS, sobre todo cuando hablamos de poblaciones jóvenes y en edad productiva como la nicaragüense. Segundo, en un país altamente xenofóbico como el costarricense, el que se establezcan relaciones *quid pro quo* al migrante como condición para obtener bienes y servicios médicos coadyuva a que se justifique su inclusión al sistema de salud (en tanto paguen, pueden ser beneficiarse). Sin embargo lo anterior no puede ser erigido como la única estrategia a seguir para garantizarles su derecho a la salud. Gran parte de las poblaciones migrantes, especialmente las provenientes de Nicaragua, experimentan situaciones de vulnerabilidad y exclusión en el mercado laboral nacional que les imposibilita acceder a

trabajos remunerados estables o adecuadamente remunerados.

Asimismo, y como ha sido documentado en épocas recientes, lograr escalar hacia categorías administrativas mejor posicionadas, como por ejemplo la de residente permanente, no es algo necesariamente sencillo para estos hombres y mujeres. Algunas veces, algo tan básico para cualquier trámite migratorio como el poseer un documento oficial de identificación o pasaporte extendido en el país de origen, o tener la capacidad de incurrir en los costos económicos que tienen este tipo de servicios legales, es algo que no se está al alcance de sus manos (FLACSO, 2004; Gatica, 2008). Otras veces, la misma burocracia en la cual se encuentra sumida las instituciones estatales no contribuye a la causa. Por ejemplo, la extensión de permisos temporales de trabajo certificados por el gobierno consume mucho más tiempo del debido, o se encuentra sujeta al ritmo de trabajo implantando en instituciones con poco personal humano y recursos materiales para llevar a cabo este tipo de tareas.

A sabiendas de lo anterior conviene entonces cuestionarse seriamente si un sistema de salud como el costarricense, basado en afiliaciones directas e indirectas de corte contributivo, será capaz de garantizarle a la persona migrante su derecho a la salud. Quizá es hora de darle un nuevo sentido al supuesto espíritu universalista que, en buena teoría, ha gobernado históricamente su desarrollo institucional. Si ya en el pasado se asegurado formalmente una atención médica universal a la niñez, y además se ha podido establecer un seguro de salud especial para personas en búsqueda de asilo, ¿por qué no reconocer también que ciertos estatus de ciudadanía generan dinámicas de exclusión particulares que merecen ser objeto de acciones reparadoras en materia de salud pública?

Notas

1. Siguiendo a Max Weber, el cierre social se refiere a aquellas prácticas que un grupo social establece para restringir el acceso que otros grupos pueden tener a ciertos recursos y recompensas. En los

estudios sobre ciudadanía el término fue introducido por Rogers Brubaker (1992).

2. En *Esferas de la Justicia*, Michael Walzer (2001) ya había afirmado cómo la membresía constituye uno de los principales recursos que se distribuye en una comunidad humana.
3. Agradezco al INIF el haberme invitado a participar en las XVI Jornadas en filosofía, y particularmente al profesor Mario Solís, quien ha organizado la mesa sobre el tema de salud en el marco su investigación sobre *justicia y ciudadanía global* (investigación inscrita en dicho Instituto de investigaciones filosóficas).
4. Este tipo de extensión de beneficios elevada al estatus de derecho colectivo, correspondería al núcleo duro de la idea de ciudadanía social sugerida por T.H. Marshall (1992).
5. Un ejemplo de lo anterior se tiene en el desarrollo de Programas Temporales de Migrantes Laborales. Véase: Abella (2002); Ruhs (2005); y Castles y Miller (2009: 186).
6. Véase también Ruhs (2009).
7. Véase Sagot, 1991; Zamora, 1997; Miranda y Zamora, 2004.
8. Para un recuento de la evolución de los seguros sociales en salud véase, Mesa-Lago y Martínez (2003); y Rodríguez (2006).
9. Estudios comparativos sobre este punto se encuentran en Gauri y Brinks (2008).
10. El estatus legal como principio de cierre social, ayuda en parte a explicar las diferencias en cuanto a niveles de cobertura que muestran las poblaciones migrantes en comparación a las nacionales en el Sistema Público de Salud Costarricense. A inicios del año 2000, como explica Gatica (2008: 127), el porcentaje de población migrante no afiliada directa o indirectamente a la CCSS doblaba al de la población nacional.
11. En el texto original en inglés las categorías serían: alien, denizen, y citizen.
12. Entre las categorías administrativas establecidas en el artículo 94 de la Ley Migratoria, se encuentran trabajadores fronterizos, visitantes de negocios, estudiantes e investigadores académicos, víctimas de trata de personas, o trabajadores ligados a proyectos específicos y proyectos de interés público.
13. Esta población migrante temporal, ha sido reclutada en el marco del llamado Convenio Binacional Costa Rica-Nicaragua, patrocinada por autoridades de gobierno costarricenses y nicaragüenses, además de organismos internacionales como la Organización Internacional de

Migraciones (OIM) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) y su programa CODESARROLLO. Véase: OIM (2009).

14. Las anteriores consideraciones sobre el tratamiento dado a esta fuerza de trabajo forman parte de un trabajo de tesis doctoral en el cual me encuentro trabajando en la actualidad.

Referencias bibliográficas

- Abella, M. (2006) Policies and Best Practices for Management of Temporary Migration. En *International Symposium on International Migration and Development*, U.N. Population Division, Turin, 28-30 June.
- ACNUR. (2003) *Diagnóstico sobre el grado de integración local de los refugiados en Costa Rica*. San José: ACNUR.
- Asamblea Legislativa. (1943) *Ley Constitutiva CCSS*, no. 17, 22 de Octubre. San José.
- Asamblea Legislativa. (2009) *Ley General de Migración y Extranjera*, no. 8764, 1 de Setiembre. San José.
- Baldwin, P. (1997) State and citizenship in the age of globalization. En P. Kollwoski y A. Follesdal (Eds.), *Restructuring the Welfare State. Theory and Reform of Social Policy* (pp. 95-118). Berlin: Springer.
- Brubaker, R. (1992) *Citizenship and Nationhood in France and Germany*. Cambridge: Harvard University Press.
- Castel, R. (2004) *La Inseguridad Social ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial.
- Castles, S., y Miller, M. (2009). *The Age of Migrations. Fourth Edition*. New York, N.Y.: Guilford Press.
- CCSS. (2002) *Reglamento para la Afiliación de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios*.
- CCSS. (2006) *Reglamento del Seguro de Salud*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- CCSS. (2008a) *Manual de Procedimientos del Seguro por el Estado*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- CCSS. (2008b) *Reglamento del Programa Régimen no Contributivo de Pensiones*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- CCSS. (2010) *Costa Rica. Indicadores de Seguridad Social 2005-2009*. San José: Dirección Actuarial Caja Costarricense de Seguro Social.
- FLACSO. (2004) *Migración y Salud en Costa Rica: Elementos para su análisis*. San José: FLACSO.

- Gatica, G. (2008). Migración nicaragüense a Costa Rica y políticas públicas. En C. Sandoval (Ed.), *El mito roto, inmigración y emigración en Costa Rica* (pp. 113-144). San José: IIS-UCR.
- Gauri, V. y Brinks, D. (Eds.). (2008) *Courting Social Justice. Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Joppke, C. (2010) *Citizenship and Immigration*. Cambridge: Polity Press.
- Kivisto, P., y Faist, T. 2010. *Beyond a Border. The Causes and Consequences of Contemporary Immigration*. California, L.A.: Pine Forge.
- Marlasca, A. (2009) El derecho a la salud y el racismo en los servicios de salud. *Revista de Filosofía Universidad de Costa Rica*, XLVII (122), 9-18.
- Marshall, T.H. (1992) *Citizenship and Social Class*. London: Pluto Press.
- Mesa-Lago, C., Martínez, J. (2003) *Las Reformas Inconclusas: Pensiones y Salud en Costa Rica*. San José: Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- Mesa-Lago, C. (2009) *Impacto de la Crisis Económica Mundial en la Seguridad Social de Costa Rica. Informe Final XV Informe Estado de la Nación*. San José: Estado de la Nación.
- Miranda, G., y Zamora, C. (2004) El camino hacia la seguridad social. En G. Miranda y C. Zamora (Eds.), *La Construcción de la Seguridad Social* (pp. 34-62). San José: UNED.
- Morris, L. (2002) *Managing Migration. Civic Stratification and Migrants' Rights*. London: Routledge.
- OIM. (2009) *Contratando Trabajadores Migrantes Temporales Nicaragüenses*. San José: Organización Internacional para las Migraciones.
- Rodríguez, A. (2006) *La cobertura de los seguros de salud y de invalidez, vejez y muerte. Informe Final XII. Informe Estado de la Nación*. San José: Estado de la Nación.
- Ruhs, M. (2006) The potential of temporary migration programmes in future international migration policy. En *International Labour Review*, 145 (1-2), 7-36.
- Ruhs, M. (2009) Migrant Rights, Immigration Policy and Human Development. En *UNDP Human Development Research Paper*, 23, 1-31.
- Sáenz, R., Bermúdez, J., y Acosta, M. (2010). Universal Coverage in a Middle Income Country. En *World Health Report Background Paper*, 11, 1-22.
- Sagot, C. (1991) La crisis de la seguridad social y la vigencia de sus principios filosóficos. En E. Jiménez (Ed.) *La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas* (pp. 21-42). San José: EDNASSS.
- Walzer, M. (2001) *Las esferas de la justicia*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Zamora, C. (1997) El seguro de salud de la CCSS ¿Un seguro social universal y solidario? En L. Guendell (Ed.) *Las políticas de salud en el umbral de la reforma* (pp. 171-192). San José: UNICEF.