

Capítulo 7

Ampliar la cobertura de protección social y los servicios de salud para mejorar los resultados en materia de migración y de desarrollo

La cobertura de protección social y salud desempeña un papel cada vez más importante en las políticas de desarrollo, que también comprenden los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este capítulo se analiza la repercusión de la migración en este tipo de servicios, ya sea aumentando la demanda como contribuyendo a su oferta. En primer lugar, se aborda en detalle la forma en que las personas de reciente ingreso en el país, como los inmigrantes y los migrantes de retorno, hacen uso del sistema y contribuyen a su sostenimiento. A continuación, se analiza si las remesas se utilizan para gastos sociales y de salud, destacando las diferencias entre las localidades urbanas y las rurales. El capítulo también investiga cómo las políticas de protección social y salud pueden afectar las decisiones de migrar y de enviar remesas, sobre la base de la cobertura individual y familiar de este tipo de políticas.

La protección social se ocupa de la prevención, la gestión y la superación de las situaciones que afectan negativamente el bienestar de las personas (UNRISD, 2010). Desde una perspectiva de políticas, se ejecutan mediante intervenciones sobre las condiciones laborales, la seguridad social y la asistencia social (es decir, transferencias).¹ Una buena cobertura de protección social y salud es esencial para la sociedad ya que promueve la cohesión social, garantiza una vida más feliz y mejora la productividad; sin embargo, más del 70 % de la población mundial carece de una protección social adecuada (OIT, 2014) y por lo menos 400 millones de personas en todo el mundo no tienen acceso a los servicios de salud esenciales (OMS y Banco Mundial, 2015).

La comunidad internacional se ha comprometido a mejorar en este frente. La Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) de la Organización Internacional del Trabajo tiene como objetivo conseguir que los países garanticen el acceso a la asistencia de salud esencial y a una seguridad de ingresos básicos, nutrición y educación para los niños, las personas mayores y las personas en edad activa pero que no pueden obtener ingresos suficientes (OIT, 2012). Además, dirigentes de gobiernos y organizaciones de las Naciones Unidas, alcaldes y expertos en salud de todo el mundo, reunidos en la 9.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en noviembre de 2016, sellaron dos compromisos históricos para promover decisiones políticas en materia de promoción de la salud: La Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud y el Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables de Shanghái (OMS, 2016). Las cuestiones de protección social y salud están llamadas a desempeñar un papel cada vez más relevante en las políticas de desarrollo con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), muy especialmente:

- El ODS 1, que tiene como objetivo acabar con la pobreza y reclama de forma explícita la aplicación de **sistemas de protección social adecuados** en el ámbito nacional, en particular donde se concentran los pobres: las micro y pequeñas empresas y el sector informal.
- El ODS 3, que se propone garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades y la **cobertura de salud universal**.
- El ODS 8, que tiene por objeto unas condiciones de trabajo dignas: oportunidades para encontrar un empleo que proporcione **protección social para las familias**.
- El ODS 10, que tiene la finalidad de adoptar unas **políticas de protección social** y alcanzar progresivamente una mayor igualdad.

A medida que la protección social gana importancia en muchos países, también lo hace su potencial para interactuar con los resultados en materia de migración de muchas maneras. La Declaración de Nueva York sobre Migrantes y Refugiados, por ejemplo, adoptada en septiembre de 2016 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, compromete a los Estados miembros a tomar medidas para mejorar la integración de los inmigrantes mediante el acceso a la educación y la atención de la salud, entre otras cosas (ONU, 2016). Los migrantes pueden ser usuarios de los servicios, pero también pueden contribuir a ellos. Los hogares

pueden utilizar las remesas para financiar el gasto social, ampliando de esta manera el sector privado e incluso ofreciendo un incentivo para que los gobiernos gasten menos en protección social. Por otro lado, las políticas de protección social pueden determinar si las personas permanecen o salen del país, si se envían remesas y si la integración es un éxito. En este capítulo se analiza la manera en que la migración afecta el sector de la protección social y si las políticas de este sector afectan la migración.

Este capítulo se divide en cuatro secciones. La primera sección ofrece un panorama general del contexto de los sectores de la protección social y salud en seis de los países del proyecto IPPMD y los datos recolectados entre 2014-15. La segunda sección analiza la repercusión de las cuatro dimensiones migratorias –emigración, remesas, migración de retorno e inmigración– en el ámbito de la protección social y salud. La tercera sección estudia el impacto que las políticas de protección social y salud pueden tener en las decisiones de migrar, acerca de si enviar remesas o de regresar, y las probabilidades de éxito de la integración en el país de acogida. El capítulo concluye con una serie de recomendaciones de políticas.

Cuadro 7.1. La migración y la protección social y salud: Hallazgos fundamentales

¿Qué efectos tiene la migración en la protección social y salud?	¿Qué efectos tienen las políticas en materia de protección social y salud en la migración?
<ul style="list-style-type: none"> ● Los migrantes de retorno y los inmigrantes tienen una menor probabilidad de beneficiarse de transferencias del gobierno que los no migrantes. ● Los inmigrantes tienen una menor probabilidad de pagar impuestos debido a su concentración en el sector informal. ● Las remesas no se emplean a menudo en gastos sociales, por lo general, pero sí para gastos específicos y para la utilización de servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La inversión pública en protección social tiende a frenar la emigración. ● El aumento de la cobertura de protección social reduce la probabilidad de recibir remesas. ● Tener un mejor acceso a la protección social reduce la probabilidad de que los inmigrantes regresen a sus países de origen. ● El acceso a los servicios de protección social y salud fomenta la integración de los inmigrantes.

Nota: Estos hallazgos no se aplican a todos los países. Los resultados específicos de cada país se pueden consultar en los informes por países de IPPMD.

Descripción general del sector de la protección social y salud en seis países socios

El proyecto IPPMD recolectó datos sobre el uso, cobertura y gasto en servicios sociales; los tipos de contratos de trabajo; y las prestaciones laborales de seis países: Armenia, Costa Rica, Costa de Marfil, Georgia, Marruecos y República Dominicana.² Sin embargo, los datos sobre los inmigrantes no se recabaron en Georgia, y el número de inmigrantes de la muestra era demasiado pequeño en Armenia (127 inmigrantes en 75 hogares) y Marruecos (52 inmigrantes en 39 hogares). Por tanto, los análisis de los inmigrantes se centran exclusivamente en Costa Rica, Costa de Marfil y República Dominicana. Todos los hogares de la muestra fueron encuestados, incluidos los de los entornos rurales y urbanos y aquellos con y sin todos los tipos de migrantes (emigrantes actuales, migrantes de retorno e inmigrantes; Capítulo 2). Algunas preguntas se formularon en el ámbito de los hogares, e incluían cuestiones sobre el gasto social, las transferencias del gobierno y la distancia al centro de salud más cercano. Otras, como las relativas al uso de los servicios, el tipo de contratos de trabajo y las prestaciones que estos incluyen, se formularon a las personas mayores de 14 años de edad.

En este capítulo se comparan diversos grupos de hogares o de individuos en función de sus antecedentes migratorios: los hogares receptores de remesas (de cualquier procedencia, no solo de antiguos miembros) son comparados con los hogares que no reciben remesas.

Los migrantes de retorno se comparan con las personas que no tienen ningún tipo de antecedentes migratorios. Los inmigrantes se comparan con los individuos nacidos en el país, incluidos los migrantes de retorno (Capítulo 2).

La presencia y la importancia de la protección social varían de forma muy amplia entre los distintos países y las estrategias también difieren en sus objetivos. Un sistema de protección social universal es costoso y a menudo parece quedar fuera del alcance de los países en desarrollo. Sin embargo, hay una tendencia global hacia la ampliación tanto de la protección social como de la salud (Honorati et al., 2015; OMS y Banco Mundial, 2015). Todos los países de IPPMD comparten el objetivo de ampliar su cobertura de la protección social (Recuadro 7.1).

Recuadro 7.1. **La protección social en las estrategias nacionales de desarrollo de los países de IPPMD**

Además de tener una posición destacada en los ODS, la protección social es también un elemento principal en las estrategias nacionales de desarrollo.

- En el Programa Estratégico de Desarrollo para 2014-2025 de Armenia la mejora del sistema de protección social es una de sus cuatro prioridades clave.
- En el Plan Nacional de Desarrollo de Costa Rica para 2015-2018 los tres primeros sectores estratégicos clave discutidos son: 1) empleo y seguridad social; 2) desarrollo humano y cohesión social; y 3) salud, nutrición y deporte.
- El Plan de Desarrollo Nacional de Costa de Marfil para 2016-2020 esboza el fortalecimiento de los sistemas de protección social como una dimensión clave de la lucha contra la vulnerabilidad y como un importante reto para el país.
- La Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 de República Dominicana describe la brecha en la prestación de servicios de salud y el insuficiente crecimiento del empleo digno como deficiencias fundamentales. Uno de los cuatro ejes de la estrategia es garantizar la cobertura sanitaria y la seguridad social integral para todo el mundo en un marco de cohesión territorial.
- En la estrategia de desarrollo nacional para 2014-2020 de Georgia (Georgia 2020) la mejora del sistema de asistencia social es un subpilar de la estrategia principal de desarrollo de los recursos humanos.
- Si bien no existe una estrategia nacional general que ofrezca directrices para el sector social en Marruecos, la estrategia sectorial de salud de 2012-2016 comprende siete ejes, en particular la mejora en el acceso a los servicios de salud, los resultados de salud para las poblaciones vulnerables y los recursos para la salud. La estrategia nacional de empleo para 2015-2025 de Marruecos también incluye un pilar dedicado a la mejora del capital humano, con el objetivo de ampliar la cobertura de la protección social.

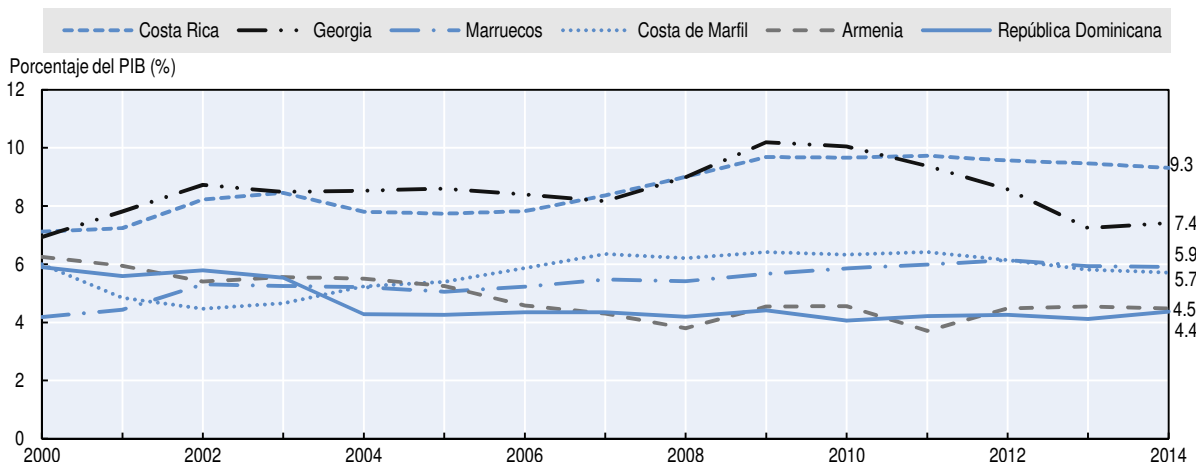
Los países de IPPMD proporcionan una amplia gama de cobertura de la protección social. La Figura 7.1 refleja el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en los países de IPPMD, de 2000 a 2014.

Costa Rica y Georgia gastan en atención a la salud un porcentaje relativamente grande de su PIB. El gasto en salud ha fluctuado en algunos países, pero no tanto en otros. Georgia gastó aproximadamente el mismo porcentaje del PIB en 2014 (7.4 %) que en 2000 (6.9 %), pero el gasto había alcanzado el 10 % en 2009-10. En Costa Rica, el gasto en salud en 2000 ascendió al 7.1 %, y aumentó hasta el 9.3 % en 2014, un incremento de 2.2 puntos

porcentuales y un aumento de alrededor del 31 % durante el periodo. Ningún país tuvo un incremento mayor del porcentaje relativo que Marruecos, donde la proporción del gasto en salud creció en 1.7 puntos porcentuales, desde el 4.2 % en 2000 al 5.9 % en 2014 (un aumento del 41 %). Por otro lado, en Armenia y en República Dominicana el porcentaje del PIB destinado a salud se redujo sustancialmente entre 2000 y 2014, en un 28 % y 26 %, respectivamente.

Figura 7.1. El gasto en salud como porcentaje del PIB presenta grandes variaciones entre los países de IPPMD

El gasto en salud como porcentaje del PIB (% , 2000-2014)



Nota: El gasto en salud incluye tanto el gasto público como el privado. Solo se muestran los países socios de IPPMD tratados en este capítulo.

Fuente: World Bank, *World Development Indicators*, <http://data.worldbank.org/products/wdi>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418124>

Los porcentajes que se muestran en la Figura 7.1 se refieren a gastos totales (incluido el gasto privado), pero el papel del gobierno difiere ampliamente en los distintos países. En Costa Rica, el 73 % del gasto en salud procedía de fuentes públicas en 2014. El gasto público también fue relativamente elevado en República Dominicana (el 67 % del gasto total), mientras que, por el contrario, se situaba por debajo del 50 % del gasto en salud total en Georgia (21 %), Costa de Marfil (29 %), Marruecos (34 %) y Armenia (42 %) (Banco Mundial, 2016a).

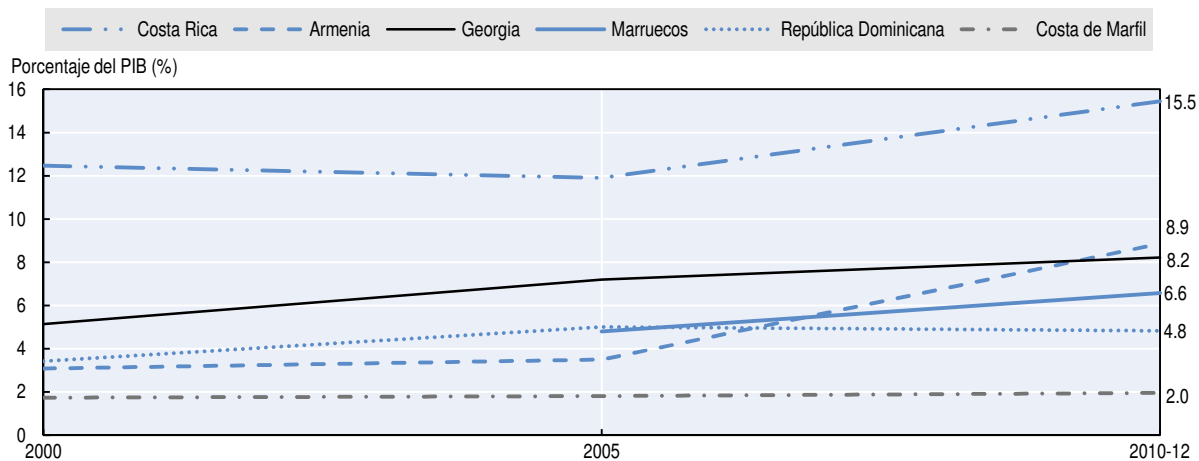
En cuanto al gasto social, Costa Rica es el país que más gasta con diferencia, con el 15.5 % del PIB en 2010, mientras que Costa de Marfil es el que menos gasta, en torno al 2 % en 2011 (Figura 7.2). Las tasas de crecimiento también varían entre los países. El gasto correspondiente al periodo posterior a 2000-12 creció más rápido en Armenia, con un 161 %, mientras que apenas cambió en Costa de Marfil entre 2000 y 2011.

Existe cierta diversidad en la manera como los países invierten en protección social. De acuerdo con la base de datos ASPIRE del Banco Mundial, que se centra específicamente en el gasto en transferencias de asistencia social, en Georgia el gasto se destina en su mayor parte a las pensiones sociales, en Armenia a las transferencias monetarias, en República Dominicana a una combinación de transferencias en especie, comedores escolares y exenciones de tasas, mientras que en Costa Rica es atribuible principalmente a las transferencias monetarias

condicionadas. Para las cotizaciones sociales en Costa Rica, los pagos obligatorios al gobierno constituyen una proporción relativamente grande de los ingresos totales del país (Banco Mundial, 2016b).

Figura 7.2. El gasto social como porcentaje del PIB presenta grandes variaciones entre los países de IPPMD

El gasto social como porcentaje del PIB (% , 2000-10/12)



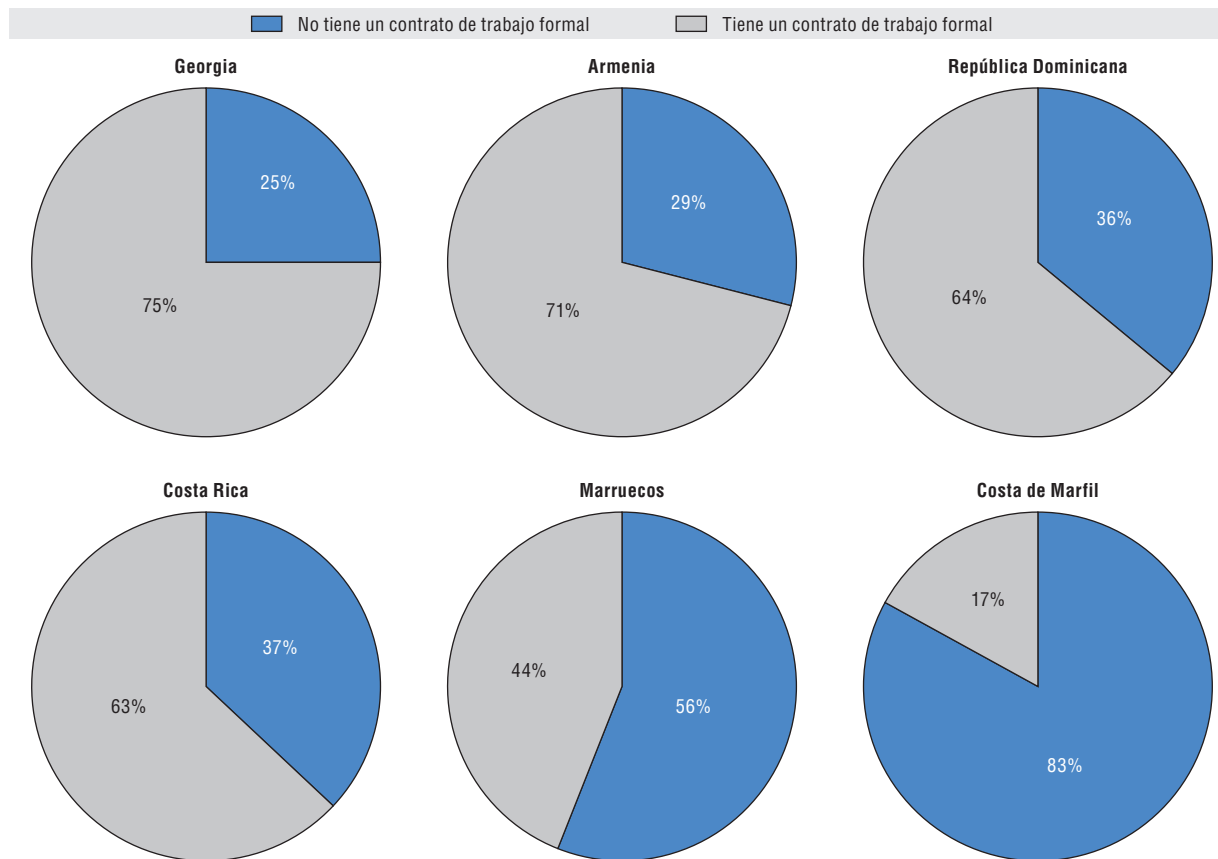
Nota: La disponibilidad de datos varía según los países. Para Marruecos, el punto de partida es 2005, mientras que para el resto de los países es el año 2000. Para Costa Rica, Marruecos y República Dominicana, el punto final es el año 2010, mientras que para Costa de Marfil es 2011 y para Armenia y Georgia es 2012.

Fuente: OIT, base de datos ILOSTAT, www.ilo.org/ilostat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418130>

El hecho de tener un contrato de trabajo formal es un determinante importante de la protección social, no solo para los trabajadores, sino también para sus familias. Este reduce al mínimo la probabilidad de trabajar en condiciones precarias y aumenta la probabilidad de recibir prestaciones y seguros relacionados con el empleo. Muchas de las prestaciones incluidas en los contratos de trabajo formales también cubren a los miembros del núcleo familiar. Los contratos de trabajo formales a menudo garantizan que los trabajadores recurran a los sistemas de justicia si surgen problemas entre el empleado y el empleador (OCDE, 2009). Es un reflejo general del nivel de cobertura de las protecciones sociales en un país. La Figura 7.3 presenta un cuadro general de los hallazgos de IPPMD acerca de los contratos de trabajo.³ El porcentaje de trabajadores sin contratos formales varía mucho entre los distintos países, desde el 25 % en Georgia hasta el 83 % en Costa de Marfil. Cabe destacar que el porcentaje de los datos de IPPMD es inferior a las cifras oficiales en Costa Rica (44 %) y República Dominicana (49 %) y mayor que las cifras oficiales en Armenia (20 %) y Costa de Marfil (70 %) (OIT, 2013).⁴ Esto tal vez refleje la dificultad de realizar un muestreo con precisión de los trabajadores urbanos informales en Costa Rica y República Dominicana. También puede reflejar el nivel de empleo informal en las regiones que se muestrearon en esos dos países, ya que no se realizó una cobertura nacional. Las cifras oficiales de Costa de Marfil ciertamente informan sobre las personas empleadas en el sector informal, pero omiten las que están empleadas de manera informal fuera del sector informal,⁵ lo que aumentaría la cifra oficial y la acercaría a la de los datos de IPPMD.

Figura 7.3. Las tasas de empleo informal varían enormemente entre los países de IPPMD
 Proporción de trabajadores no agrícolas sin contrato de trabajo formal (%)



Nota: Las personas que trabajan en el sector agrícola no están incluidas. Las ocupaciones agrícolas se definen como los trabajadores del sector agropecuario, forestal y pesquero (grupo 6 de la CIUO), así como los que trabajan en ocupaciones no calificadas en estos ámbitos (grupo 92 de la CIUO), a excepción de Marruecos, donde las ocupaciones no calificadas no están incluidas como ocupaciones agrícolas, ya que no pueden identificarse a partir de los datos.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933418143>

¿Qué efectos tiene la migración en la protección social y salud?

Uno de los principales efectos que tiene la migración sobre la protección social y salud se reduce a si la migración permite que las personas puedan aportar al sistema más de lo que están tomando de él, y a si las remesas están siendo utilizadas para pagar los servicios en el sector. Esta cuestión puede explorarse descomponiéndola de la siguiente manera:

1. Las personas que ingresan en el país pueden ser usuarios de los servicios. Estas consisten en:
 - a. inmigrantes, que pueden tener un acceso limitado *de jure* y *de facto* a los servicios por una serie de razones
 - b. migrantes de retorno, que a menudo tienen un conocimiento previo del sistema y un acceso a este generalmente más fácil.
2. Las personas que ingresan también pueden contribuir al reaprovisionamiento del sistema:
 - a. los trabajadores emigrantes⁶ tal vez abandonen el sector, mientras que los inmigrantes y los migrantes de retorno pueden cubrir las vacantes

- b. los inmigrantes y los migrantes de retorno pueden ayudar a financiar los servicios mediante los impuestos y por medio de las retenciones de las rentas del trabajo.
- 3. Las remesas pueden emplearse para hacer frente a los choques, lo que podría estimular una mayor oferta por parte del sector privado, y en casos extremos proporcionar un incentivo para que los gobiernos gasten menos en programas sociales.

Esta sección explora algunas de estas cuestiones, basándose en el análisis empírico del conjunto de datos de IPPMD.

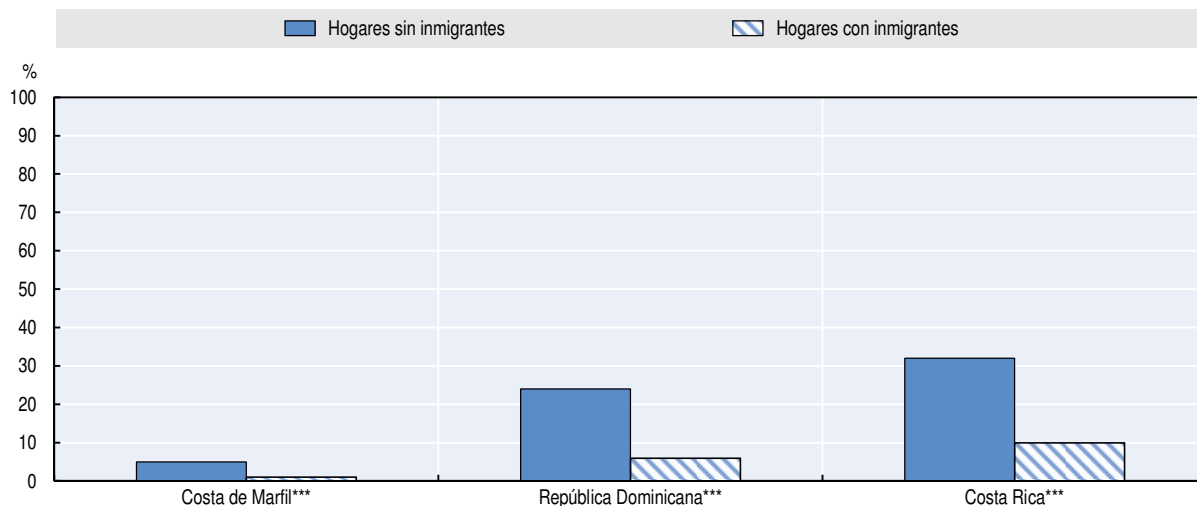
Los inmigrantes y los migrantes de retorno utilizan los servicios sociales menos que las demás personas

Existe una creencia común en muchos países de que los inmigrantes son beneficiarios netos de los servicios sociales, y por tanto tienen un impacto fiscal negativo. Si muchas personas que ingresan en el país, ya sean inmigrantes o migrantes de retorno, hacen uso de las instalaciones sociales, el incremento de cualquiera de los dos grupos podría aumentar la presión en el sistema. La evidencia sobre el impacto fiscal neto de la inmigración centrada en los países miembros de la OCDE concluye que el impacto medio es o muy pequeño en relación con el PIB o igual a cero. La variación entre los países puede explicarse en gran medida en función de si los inmigrantes están trabajando y de si han ingresado por motivos laborales, familiares o humanitarios; los trabajadores migrantes son los que tienden a contribuir más (OCDE, 2013).

El equipo de IPPMD recolectó datos acerca de si los hogares recibían transferencias del gobierno para los servicios sociales; de si los individuos habían visitado una instalación de salud y, en caso afirmativo, con qué frecuencia en los últimos 12 meses.⁷ En los tres países de IPPMD donde se estudia la inmigración –Costa Rica, Costa de Marfil y República Dominicana– los hogares de inmigrantes tienden a ser menos propensos que los hogares sin inmigrantes a recibir transferencias sociales por parte del gobierno (Figura 7.4).

Figura 7.4. Los hogares con inmigrantes tienen una menor probabilidad de recibir transferencias del gobierno que los hogares sin inmigrantes

Proporción de hogares que reciben transferencias del gobierno (%), en función de si tienen un miembro inmigrante



Nota: Las transferencias del gobierno incluyen el pago de pensiones y cualquier otro pago de ayudas sociales percibido de parte del gobierno (incluidas las ayudas de salud). La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados de acuerdo con la proporción de los hogares sin inmigrantes en relación con los hogares de inmigrantes.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418154>

Por otra parte, el análisis de regresión que verifica el tamaño del hogar, su patrimonio, y una variable ficticia rural y regional geográfica confirma el vínculo negativo entre ser un hogar de inmigrantes y recibir protección social en Costa Rica, Costa de Marfil y República Dominicana (Cuadro 7.2). Los datos también muestran, además, que el hecho de que el hogar esté ubicado en una región rural o urbana no determina este resultado.

Cuadro 7.2. Los vínculos entre la condición de migrante y las transferencias del gobierno

Variable dependiente: El hogar recibió transferencias del gobierno		
Variables de interés: El hogar tiene un inmigrante y el hogar tiene un migrante de retorno		
Tipo de modelo: Probit		
Muestra: Todos los hogares		
Variable de interés:	El hogar tiene un inmigrante	El hogar tiene un migrante de retorno
Armenia	n/a	↓
Costa de Marfil	↓	
Costa Rica	↓	
Georgia	n/a	↓
Marruecos	n/a	n/a
República Dominicana	↓	

Nota: Flechas reflejan el signo de la relación entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés y se presentan solo cuando el nivel de significación es del 90 % o más. El análisis de los migrantes de retorno no incluye a los hogares con algún otro vínculo con la migración (emigración, remesas o inmigración). Los resultados indicados como «n/a» se refieren a los países para los que no se han recolectado datos.⁸

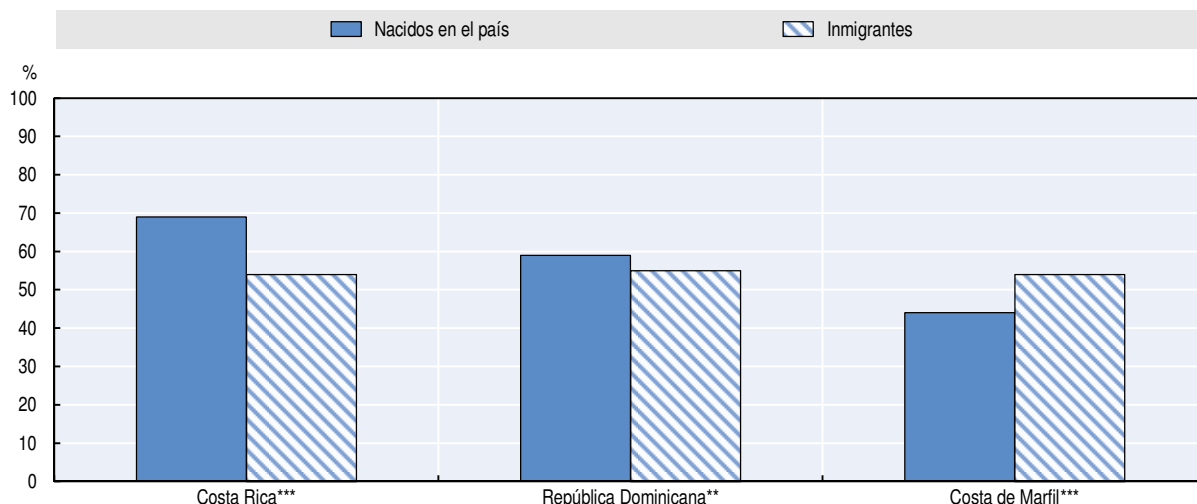
Los migrantes de retorno tienen un mejor conocimiento del país y, por tanto, pueden recurrir al sistema de manera diferente a los inmigrantes, y de forma más similar a las demás personas que viven en el país. Tal vez hayan regresado para jubilarse, y soliciten una pensión por su empleo anterior en el país. Sin embargo, también en este caso los resultados para Armenia y Georgia sugieren que los migrantes de retorno tienen una menor probabilidad de recibir transferencias del gobierno que otros individuos nacidos en el país (Cuadro 7.2). Ambos países han hecho llamamientos para que los emigrantes regresaran al país, después de los años de crecimiento inestable. Con unas mejores perspectivas de empleo y de nivel de vida, podría ser que estuvieran regresando al país los emigrantes con la mejor edad y capacitación, que son las características de las personas que por lo general requieren menos transferencias sociales. En Armenia, los migrantes circulares que trabajan parte del año en Rusia podrían no permanecer el tiempo suficiente en Armenia para reunir los requisitos para dichas transferencias. Mientras que los resultados eran válidos tanto para las regiones rurales como para las urbanas en Armenia, en Georgia los migrantes de retorno tienen una menor probabilidad de tener acceso a las transferencias del gobierno que otros individuos nacidos en el país exclusivamente en las zonas rurales.

En cuanto a los servicios de salud, los datos sugieren que las personas inmigrantes no necesariamente tenderán a utilizar un servicio de salud más que los individuos nacidos en el país (Figura 7.5). De hecho, en Costa Rica y República Dominicana tienen una menor probabilidad de hacerlo, aunque el análisis de regresión muestra que los resultados para República Dominicana no son sólidos cuando se tienen en cuenta otros factores determinantes como el género, la edad, el tamaño del hogar y el entorno rural (Cuadro 7.3). En Costa de Marfil los inmigrantes son más propensos a usar los servicios de salud respecto de los individuos nacidos en el país. En general, y en todos los países, las mujeres, las personas mayores y las personas que viven en hogares más pequeños y hogares rurales tienen una mayor probabilidad de haber acudido a un centro de salud en los últimos

12 meses. De hecho, las regresiones realizadas por separado para cada género y en función de si el individuo vive en una región rural o urbana muestran que la diferencia de uso entre los inmigrantes y los individuos nacidos en Costa de Marfil se confirma para las mujeres, pero no para los hombres. El hecho de que el individuo viva en una zona urbana o rural no explica esta diferencia.

Figura 7.5. El uso de los servicios de salud por parte de los individuos inmigrantes frente a los nacidos en el país varía según los distintos países

Proporción de personas que visitaron un centro de salud al menos una vez en los últimos 12 meses (%)



Nota: La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados según la relación entre los individuos nacidos en el país y los inmigrantes.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418162>

Cuadro 7.3. Los vínculos entre la situación migratoria y el uso de los servicios de salud

Variable dependiente: El individuo ha visitado un centro de salud en los últimos 12 meses

Principales variables de interés: El individuo es un inmigrante/ el individuo es un migrante de retorno

Tipo de modelo: Probit

Muestra: Personas mayores de 15 años de edad

Variable de interés:	Inmigrante	Migrante de retorno
Armenia	n/a	
Costa de Marfil	↑	
Costa Rica	↓	
Georgia	n/a	↑
Marruecos	n/a	
República Dominicana		

Nota: Las flechas indican una relación estadísticamente positiva (hacia arriba) o negativa (hacia abajo) entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés. Los países con «n/a» señalan el hecho de que no se recopilaron datos en ese país o de que el tamaño de las muestras es demasiado pequeño para el análisis. El análisis de los migrantes de retorno no incluye los inmigrantes o las personas que viven en hogares receptores de remesas.⁹

Los migrantes de retorno utilizan los servicios de salud como el resto de personas. La única excepción se produce en Georgia, donde es más probable que los utilicen. Georgia es también el único país donde el uso de los servicios de salud es más común en las zonas urbanas. Los migrantes de retorno que se establecen en zonas urbanas pueden, por tanto,

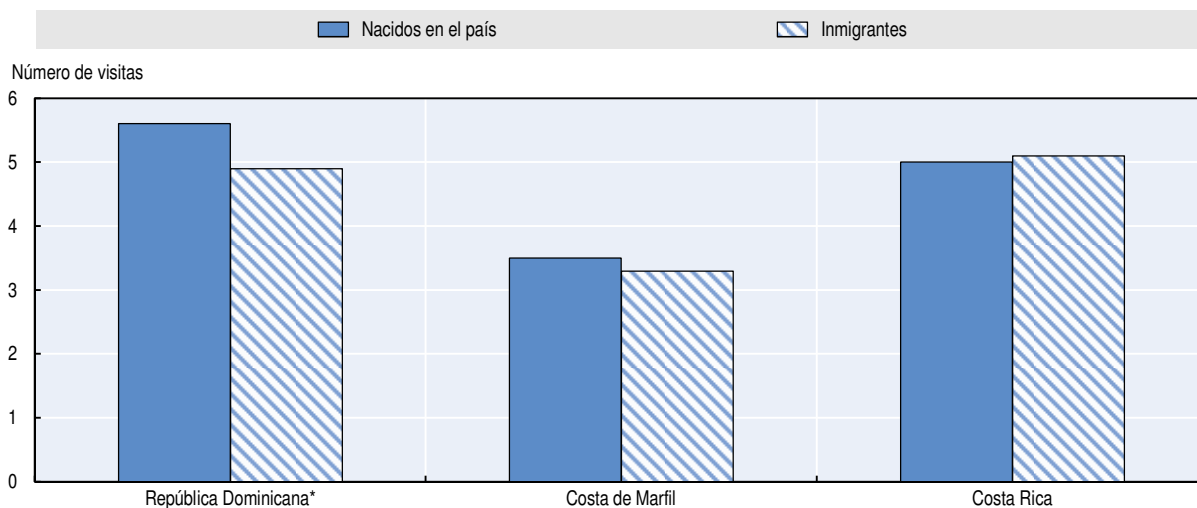
optar por hacerlo en las ciudades porque los servicios de salud son mejores y han mejorado en comparación con los de las zonas rurales.

La frecuencia con la que los grupos utilizan los servicios de salud es otro aspecto del tema. En promedio, entre las personas que visitaron un centro de salud en los últimos 12 meses, el número medio de visitas individuales varió entre los distintos países: 4.4 en Armenia, 5 en Costa Rica, 3.4 en Costa de Marfil, 4.9 en Georgia, 1.1 en Marruecos y 5.5 en República Dominicana.

La situación migratoria no determinó ninguna diferencia estadísticamente significativa en el número de veces que los individuos habían acudido a los centros de salud en los últimos 12 meses (Figura 7.6). Entre los que habían utilizado los servicios de salud al menos una vez, los inmigrantes hicieron en promedio la misma cantidad de visitas que los individuos nacidos en el país, e incluso algunas menos en República Dominicana. La situación es similar para los migrantes de retorno en Armenia, Costa de Marfil, Costa Rica, Georgia, Marruecos (no se muestra) y República Dominicana. Un análisis de regresión de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), con controles por edad, sexo, nivel educativo, si el individuo vive en una zona rural o urbana y una variable de control regional confirma (resultados no mostrados) que las diferencias entre los inmigrantes o los migrantes de retorno y las demás personas que viven en el país no son estadísticamente significativas.

Figura 7.6. Hay poca diferencia entre la frecuencia en que los inmigrantes y los individuos nacidos en el país utilizan los servicios de salud

Promedio del número de visitas a los servicios de salud en los últimos 12 meses



Nota: La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba t tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados según la relación entre el promedio de visitas por parte de individuos nacidos en el país y por parte de inmigrantes.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933418174>

Por tanto, no existen pruebas de que los inmigrantes o los migrantes de retorno ejerzan presión sobre el sistema, al menos en cuanto a las transferencias del gobierno y el uso de los servicios de salud. Sin embargo, gran parte de la diferencia entre los inmigrantes y los individuos nacidos en el país tiene que ver con las necesidades de la población inmigrante. Los inmigrantes llegan a menudo en su mejor edad, para trabajar. Sus necesidades de transferencias sociales son, pues, a menudo mínimas. Por otra parte, los datos de IPPMD

sugieren que las prestaciones sociales no son una razón para emigrar o para elegir un país de acogida concreto. Por último, los inmigrantes quizá queden sin registrar ante las autoridades gubernamentales, lo que limita su posibilidad de acceder a estos servicios.

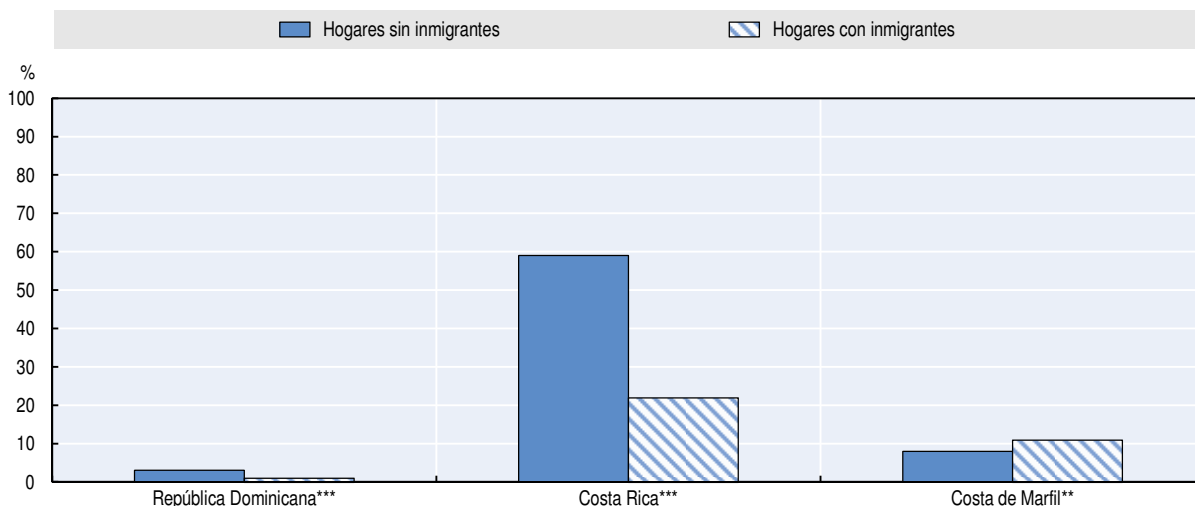
Los inmigrantes tienen una menor probabilidad de pagar impuestos directos, en parte debido a que no tienen contratos de trabajo formales

Los inmigrantes y migrantes de retorno pueden contribuir al sector de la protección social financiándolo mediante impuestos o deducciones en sus salarios, lo que por lo general requiere de un contrato de trabajo formal. El proyecto de IPPMD recolectó datos sobre si los hogares pagaban impuestos directos,¹⁰ cuánto habían pagado en los últimos 12 meses y si los trabajadores individuales tenían un contrato de trabajo formal.¹¹

En comparación con los hogares sin inmigrantes, los hogares de inmigrantes tienden a ser menos probables de pagar impuestos directos en Costa Rica y en República Dominicana, aunque la tasa de respuesta en este último es muy baja. Por el contrario, los hogares de inmigrantes en Costa de Marfil tienen una mayor probabilidad de pagar impuestos (Figura 7.7). Un modelo de regresión Probit confirma estos resultados, tanto en Costa Rica como en Costa de Marfil (Cuadro 7.4). Una razón probable para los resultados positivos en Costa de Marfil es que su población inmigrante lleva establecida allí largo tiempo y está relativamente bien integrada en el sistema del país. Muchos de ellos trabajan con empresas establecidas en las plantaciones de cacao.

Figura 7.7. Los hogares con inmigrantes en Costa Rica y República Dominicana son generalmente menos probables de pagar impuestos que los hogares sin inmigrantes

Proporción de hogares que pagan impuestos (%), en función de si tienen un miembro inmigrante



Nota: El tamaño de la muestra de hogares que afirman haber pagado impuestos es pequeño en República Dominicana (53). La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados según la relación del porcentaje de hogares sin inmigrantes respecto de los hogares con inmigrantes.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418186>

Los hogares con migrantes de retorno tienden a ser más probables de pagar impuestos en Armenia, pero menos probable en Marruecos, aunque ninguna de estas diferencias se confirman mediante un modelo Probit (Cuadro 7.4). En cambio, el análisis de regresión donde se controlan las variables de patrimonio y de tamaño de los hogares muestra que los hogares con migrantes de retorno son menos probables de pagar impuestos en Costa Rica.

Pero no se trata solo de pagar impuestos, sino también de cuánto se paga. El equipo de IPPMD también recopiló datos sobre la cantidad de impuestos pagados en los 12 meses anteriores. No existe prácticamente ninguna diferencia entre el monto de los impuestos pagados por los hogares con y sin inmigrantes en la mayoría de los países y, de hecho, los hogares con inmigrantes pagan aún más en Costa Rica, según el análisis de regresión (Cuadro 7.4).

Cuadro 7.4. Los vínculos entre la situación migratoria y el pago de impuestos de los hogares

Variables dependientes: El hogar paga impuestos/ y el importe de los impuestos pagados por el hogar
Principales variables de interés: El individuo es un inmigrante y el individuo es un migrante de retorno
Tipo de modelo: Probit y OLS
Muestra: Todos los hogares

Variable dependiente:	Pagaron impuestos		Importe de los impuestos pagados	
Variable de interés:	Inmigrante	Migrante de retorno	Inmigrante	Migrante de retorno
Armenia	n/a		n/a	
Costa de Marfil	↑			↑
Costa Rica	↓	↓	↑	↑
Georgia	n/a		n/a	
Marruecos	n/a		n/a	↑
República Dominicana				

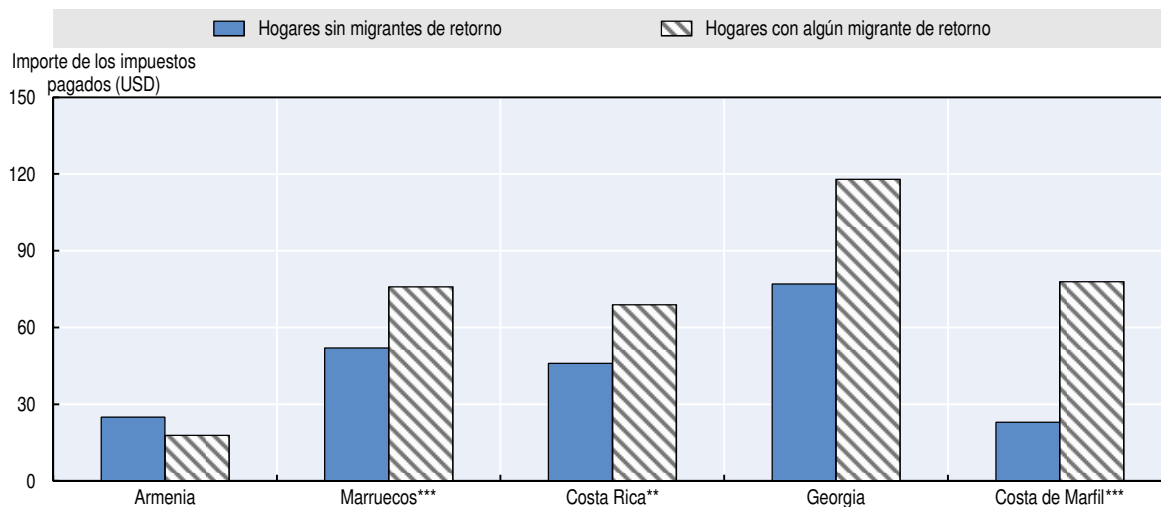
Nota: Las flechas indican una relación positiva o negativa estadísticamente significativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés. Los países con «n/a» señalan el hecho de que no se recogieron datos en ese país o de que el tamaño de las muestras es demasiado pequeño para el análisis. El análisis de los migrantes de retorno no incluye a los hogares con algún otro vínculo con la migración (emigración, remesas o inmigración).¹²

Los hogares con migrantes de retorno pagan más impuestos que los hogares sin migrantes de retorno en cuatro de los cinco países examinados, y la tendencia se confirma mediante análisis de regresión en Costa Rica, Costa de Marfil y Marruecos (Figura 7.8 y Cuadro 7.4). Esto sugiere que los migrantes de retorno en estos países han regresado a empleos productivos, después de haber trabajado y adquirido experiencia en el extranjero. En cualquier caso, ayudan a financiar el sistema de protección social.

Hay una serie de razones por las cuales los inmigrantes podrían ser menos probables de pagar impuestos. En primer lugar, los hogares con inmigrantes tal vez no permanezcan en el país el tiempo suficiente para estar obligado a pagar impuestos, ya que a menudo trabajan de forma estacional. En segundo lugar, y posiblemente se trata de la razón principal, los inmigrantes tienen una mayor probabilidad de trabajar fuera del sector formal y, por tanto, de estar fuera del sistema de recaudación de impuestos. La Figura 7.9 compara la situación migratoria con el hecho de tener un contrato de trabajo formal para las personas que trabajan. Los inmigrantes en Costa Rica, Costa de Marfil y República Dominicana destacan por tener muchísimas una mayor probabilidad de estar empleados de manera informal que los individuos nacidos en el país. Las diferencias entre los inmigrantes y los individuos nacidos en el país se confirmaron mediante un análisis de regresión en los tres países (Cuadro 7.5). De hecho, esto parece estar relacionado con el hecho de que el hogar haya pagado o no los impuestos directos. Aunque los tres países muestran que el hecho de tener un miembro con un contrato de trabajo formal está correlacionado con el hecho de que el hogar pague impuestos, la diferencia en la proporción de hogares que pagan impuestos y que además tienen un miembro con un contrato de trabajo formal fue mucho mayor en Costa Rica (del 55 % frente al 32 %) que en Costa de Marfil (del 12 % frente al 9 %), lo que puede explicar en parte por qué los hogares con inmigrantes tienden a pagar menos impuestos que los hogares sin inmigrantes en Costa Rica y no en Costa de Marfil.

Figura 7.8. Los hogares con migrantes de retorno pagan más impuestos directos que los demás hogares

Monto medio de los impuestos pagados en los últimos 12 meses por cada miembro del hogar (USD), en función de si el hogar tiene un migrante de retorno



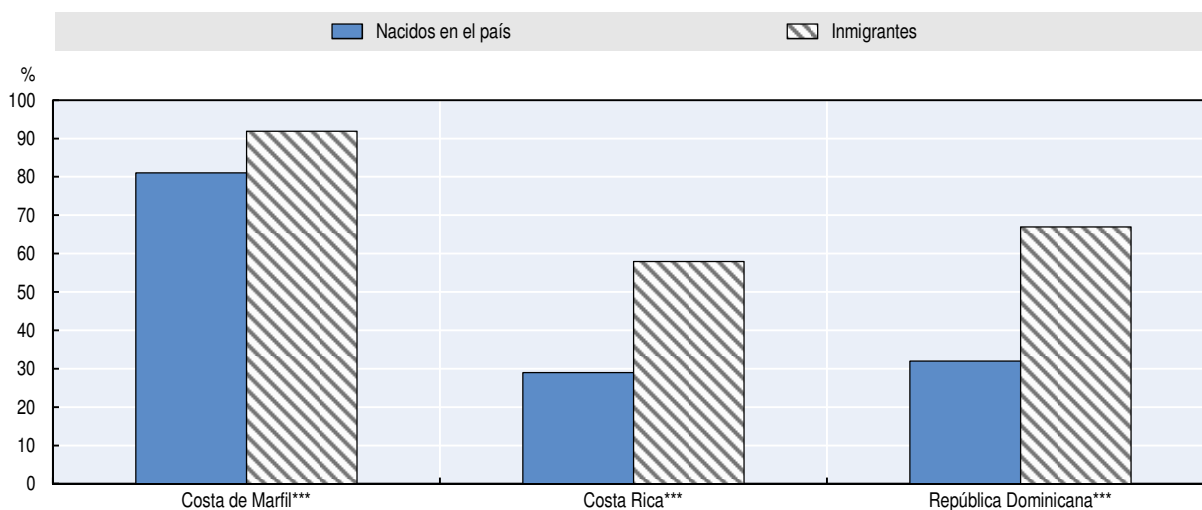
Nota: Tasa de cambio calculada a fecha de 1 de julio de 2014. La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba t tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. La figura solo incluye los hogares que pagan impuestos. Los países están ordenados según la relación del porcentaje de hogares sin ningún migrante de retorno respecto de los hogares con un migrante de retorno. República Dominicana no está incluido debido al tamaño insuficiente de su muestra. Los hogares sin migrantes de retorno no incluyen a los hogares con algún vínculo con la migración, incluidas la emigración, las remesas y la inmigración.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418190>

Figura 7.9. Los inmigrantes tienen mayor probabilidad de carecer de un contrato de trabajo formal

Proporción de trabajadores no agrícolas sin un contrato de trabajo formal (%)



Nota: Los sectores agrícola, forestal y pesquero no están incluidos (grupos 6 y 92 de la CIUO). La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados según la relación de individuos nacidos en el país respecto de los inmigrantes.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418201>

Los resultados de la regresión sugieren que esto tiene mucho que ver con las características individuales de los trabajadores y, por tanto, probablemente también con sus ocupaciones. Por ejemplo, los trabajadores más altamente educados y de mayor edad eran más probables de tener contratos de trabajo formales. En Costa Rica, los contratos de trabajo formales eran más habituales entre los hombres y en las regiones urbanas, lo que sugiere que el empleo informal es más frecuente entre las mujeres y en las zonas rurales, por ejemplo, el trabajo doméstico y las actividades de venta al por menor y de fabricación artesanal.

Los trabajadores migrantes de retorno no agrícolas también eran más probables de carecer de un contrato formal en Armenia y Marruecos. En Armenia esto tiene que ver probablemente con estancias breves en el país de origen debido a los movimientos migratorios estacionales (no mostrados), que pueden quedar fuera del sector agrícola (por ejemplo, el sector de la construcción en Rusia). En Marruecos, se correlaciona con los individuos más jóvenes y de nivel educativo inferior, lo que posiblemente refleja el hecho de que muchos jóvenes han comenzado a regresar a Marruecos debido a que han aumentado las oportunidades de empleo y existe una tendencia a salir de Europa como consecuencia de una ofensiva general contra los migrantes irregulares. Muchos podrían estar encontrando empleos informales en el país y teniendo dificultades para conseguir un empleo formal después de haber estado ausentes durante muchos años.

Cuadro 7.5. Los vínculos entre la situación migratoria y el empleo formal

Variable de interés:	Inmigrante	Migrante de retorno
Armenia	n/a	↑
Costa de Marfil	↑	
Costa Rica	↑	
Georgia	n/a	
Marruecos	n/a	↑
República Dominicana	↑	

Nota: Las flechas indican una relación positiva o negativa estadísticamente significativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés. Los países con “n/a” reflejan el hecho de que no se recolectaron datos en ese país. El análisis de los migrantes de retorno no incluye a los hogares con algún otro vínculo con la migración (emigración, remesas o inmigración).¹³

En resumen, mientras que los inmigrantes y los migrantes de retorno parecen utilizar los servicios sociales en menor medida que los individuos nacidos en el país (y los hogares), también parecen contribuir menos a su sostenimiento debido a su concentración en el sector informal. Esto puede deberse a la falta de reconocimiento de sus calificaciones académicas o a la falta de oportunidades en el sector formal. La superación de estas barreras podría impulsar el capital humano en los sectores con escasez de mano de obra y ampliar la base de recaudación fiscal para el Estado.

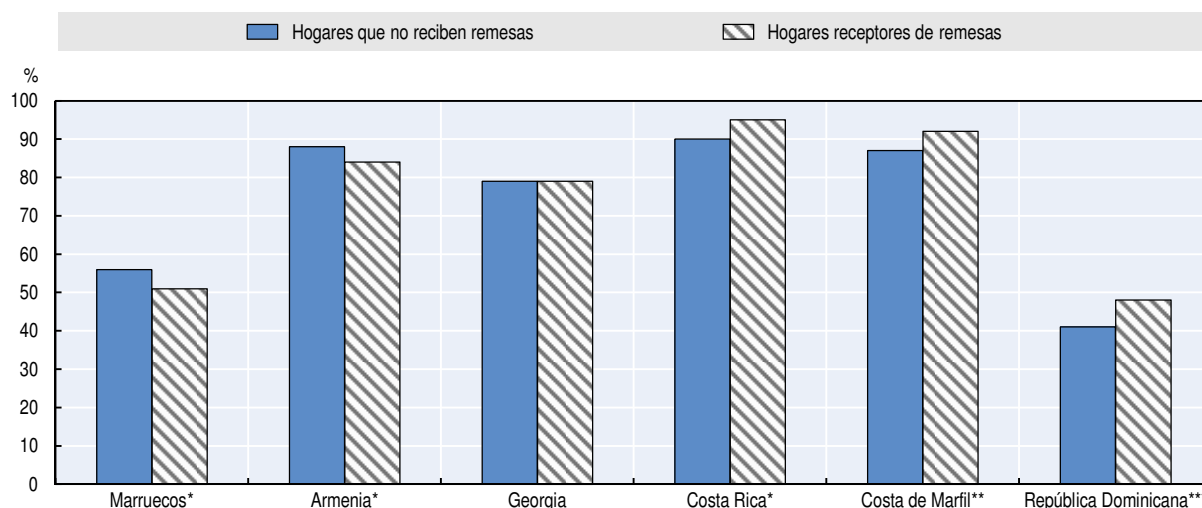
Las remesas se utilizan para financiar los gastos de salud

Las remesas ayudan a superar las restricciones de crédito y los hogares pueden invertirlos en protección social y salud (Amuedo-Dorantes y Pozo, 2009; Bebczuk y Battistón, 2010; Kalaj, 2010; Kan, 2016). Esto podría compensar la precariedad de los servicios en el país (véase la sección siguiente). Sin embargo, las remesas también pueden convertirse

en una trampa para los países en desarrollo si terminan confiando en ellas en lugar de desarrollar sus propios servicios sociales. Se ha detectado que los gobiernos de los países en desarrollo con altos niveles de remesas invierten menos en protección social pública (Kapur y Singer, 2006). Las estadísticas descriptivas que se presentan en el Capítulo 6 sugieren que los tratamientos de salud son una de las tres principales actividades realizadas por los hogares desde la marcha a la emigración de uno de sus miembros en seis de los países de IPPMD.

El equipo de IPPMD recolectó datos sobre tres tipos de gasto social: pensiones, salud y seguros.¹⁴ Combinados, los hogares receptores de remesas son más propensos a gastar en (o ahorrar para) al menos uno de estos tipos de gastos sociales en Costa Rica, Costa de Marfil y República Dominicana, mientras que en Armenia y Marruecos los hogares receptores de remesas eran menos probables de forma estadísticamente significativa a invertir en este tipo de gastos (Figura 7.10).

Figura 7.10. Las remesas no suelen aumentar el gasto social de los hogares
Porcentaje de hogares con gasto social en los últimos 12 meses (%), en función de si reciben remesas



Nota: Los gastos sociales incluyen los gastos en contribuciones a pensiones, seguros o por motivos de salud en el ámbito de los hogares. La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados por la relación de los hogares que no reciben remesas respecto de los que sí las reciben.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933418212>

Sin embargo, el análisis de regresión sugiere que cuando se hacen controles en función del tamaño del hogar, del patrimonio, de su situación en un entorno rural o urbano, así como de la región geográfica, las diferencias entre los hogares receptores de remesas y los que no lo son fueron significativas en Armenia (inferior) y República Dominicana (superior) (Cuadro 7.6). Lo que impulsa el gasto social en la mayoría de los países, más que las remesas, es el mayor tamaño del hogar y su patrimonio, así como su situación en un entorno rural o urbano, dependiendo del país en el caso de este último factor. Los hogares mayores tal vez tengan mayores necesidades de gasto social, sencillamente porque hay más personas que lo requieran, incluidos niños y personas mayores. Los hogares más ricos también pueden estar predispuestos a gastar más en gasto social, en primer lugar, porque pueden ser más propensos a participar en la migración (autoselección positiva), pero también porque los hogares más pobres pueden tener otras prioridades más fundamentales, tales como la

alimentación. En cuanto al entorno rural y urbano, el gasto social se correlacionó con los hogares rurales en Costa Rica, Costa de Marfil y República Dominicana, pero con los urbanos en Armenia y Marruecos. De hecho, una regresión separada aplicada únicamente a los hogares rurales de República Dominicana sugiere que las remesas se utilizan allí sobre todo para los gastos sociales; este no es el caso en las regiones urbanas.¹⁵ Esto es probablemente debido al hecho de que las remesas compensan la falta de servicios sociales en el medio rural en relación con el urbano.

Cuadro 7.6. Los vínculos entre las remesas y el gasto social

Variables dependientes: Gasto social en general y uso de los servicios de salud		
Principal variable de interés: Hogar recibe remesas		
Tipo de modelo: Probit		
Muestra: Todos los hogares y todos los individuos		
Variable dependiente:	El gasto social en general	El uso de los servicios de salud
Muestra:	Todos los hogares	Todos los individuos
Armenia	↓	↑
Costa de Marfil		
Costa Rica		
Georgia		↑
Marruecos		↑ ¹
República Dominicana	↑	

Nota: Las flechas indican una relación positiva o negativa estadísticamente significativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés.¹⁶

1. Solo en las regiones urbanas.

El desglose de los gastos en gasto de salud, seguros y pensiones revela algunas diferencias entre los distintos países. De acuerdo con las regresiones Probit a nivel de hogares, la diferencia positiva para los hogares receptores de remesas en Costa Rica y Costa de Marfil (Figura 7.10) está determinada por los gastos en salud: el 95 % de los hogares receptores de remesas en Costa Rica tuvo gastos de salud frente a solo el 88 % de los hogares que no reciben remesas, mientras que las cifras fueron del 91 % y del 85 % en Costa de Marfil. El vínculo negativo que se ha hallado en Armenia en la Figura 7.10 se puede explicar por el hecho de que solo el 7 % de los hogares que reciben remesas en Armenia invierte dinero en pensiones, mientras que el 11 % de los hogares que no reciben remesas hicieron dicho gasto.

Las remesas podrían no desempeñar un papel más importante en los gastos del hogar en materia de protección social en los países donde existe una cobertura universal de la protección social y el acceso a estos servicios no es especialmente difícil para las personas. En el caso de Marruecos, el sistema médico puede ser adecuado para la demanda, y las remesas no son necesarias por este motivo.

Esto refuerza la idea de que los hogares podrían canalizar las remesas a gastos específicos según el contexto de políticas del país. Tal vez tenga sentido gastar en salud en algunos países pero no en otros, debido a la calidad de los servicios ofrecidos o el acceso a dichos servicios. En otros países puede tener más sentido gastar en las contribuciones a planes de pensiones, dado lo limitado o inexistente del sistema de pensiones en el país. Este es precisamente el objeto del análisis de políticas en la siguiente sección.

Además de ser canalizadas directamente hacia los gastos de salud (esto es, en Costa de Marfil y Costa Rica), las remesas también podrían permitir a las personas utilizar los servicios de salud por medio del gasto que no está directamente vinculado a la salud. Por ejemplo, podrían cubrir el costo del transporte hasta un centro de salud o la pérdida de ingresos

que supone el tiempo que se transcurre en ellos. De hecho, cuando se aplican regresiones Probit en la variable de si los individuos visitaron un centro de salud al menos una vez en los últimos 12 meses, esta se vinculaba de manera positiva a las remesas en Armenia y Georgia (Cuadro 7.6). La aplicación de regresiones separadas tanto en las regiones rurales como en las urbanas sugiere que en ambos países las remesas se utilizan para acceder a los servicios de salud en las zonas rurales, pero no es así cuando se analizan específicamente las regiones urbanas. Ambos países tienen regiones aisladas, sobre todo en invierno, lo que puede ser el motivo, ya que las remesas pueden utilizarse tanto para financiar unos servicios más caros en dicha región como para viajar a otra. De hecho, el 41 % de las comunidades encuestadas en Georgia no dispone de un centro de salud, de acuerdo con la encuesta a la comunidad. Por el contrario, las remesas parecen utilizarse para acceder a los servicios de salud en las regiones urbanas de Marruecos.

¿Qué efectos tienen las políticas en materia de protección social y salud en la migración?

La sección anterior analiza la manera en que la migración afecta los sectores de la protección social y salud, pero estos efectos también pueden producirse en la otra dirección, es decir, las políticas que regulan estos sectores pueden afectar los resultados en materia de migración.

El efecto de las políticas de salud y de protección social dependerá del contexto del país

El acceso a la atención de salud y a otros servicios sociales es universal, por lo general, en los países de IPPMD. Sin embargo, en la práctica, el acceso a estos puede variar. En las zonas remotas, puede estar limitado por la geografía y por el costo de la prestación de servicios seguros en ciertas zonas. En Armenia, las entrevistas con las partes interesadas apuntaban a una falta de acceso para los hogares pobres. Por otra parte, los procesos burocráticos pueden limitar el acceso de los migrantes de retorno.

Los inmigrantes generalmente tienen acceso a los servicios en los países de IPPMD, siempre y cuando tengan un permiso de trabajo o una situación de residencia regularizada. Por ejemplo, en Costa Rica la asistencia de salud universal se proporciona a todos los residentes permanentes. En República Dominicana, la ley dominicana y la Constitución de la República garantizan el acceso universal a la atención de salud a cualquier persona, sin importar su ascendencia, raza, nacionalidad o situación migratoria. Por ejemplo, los hospitales públicos dominicanos no pueden negar la atención médica sobre la base de la nacionalidad o la situación legal de la persona. En Costa de Marfil el acceso a la salud es un servicio ofrecido por igual a todos los miembros de la sociedad, inmigrantes o no, con documentos formales o no. Estas tendencias en las políticas están cubiertas por las estrategias de desarrollo nacionales de los países (Recuadro 7.1).

La falta de acceso a estos servicios puede empujar a las personas a abandonar el país o a enviar remesas para ayudar a compensar estas deficiencias. También puede afectar a la migración de retorno. Los emigrantes pueden optar por no regresar a su país de origen si corren el riesgo de perder el acceso al plan de pensiones devengado en el país anfitrión. Por otra parte, el acceso a estos servicios es un bloque fundamental de la cohesión social y, por extensión, forma parte de la modalidad de integración de los inmigrantes. En resumen, los posibles vínculos entre las políticas en materia de protección social y salud y la migración son complejos.

La investigación de IPPMD ha tratado de desentrañar algunos patrones mediante el análisis empírico. Los resultados se presentan a continuación.

Con el fin de medir los vínculos entre las políticas de salud y de protección social y los resultados en materia de migración, el proyecto IPPMD formuló a los hogares y a los líderes de la comunidad una serie de preguntas sobre su acceso a los servicios sociales y la cobertura de la protección social (Recuadro 7.2).

Recuadro 7.2. Políticas de protección social incluidos en la encuesta de IPPMD

El proyecto IPPMD recolectó datos sobre el acceso general a los servicios de salud, así como sobre las políticas relacionadas con la protección social, en particular las previstas en los contratos de trabajo. Si bien estas intervenciones no siempre están impulsadas por el gobierno, este desempeña un papel importante a la hora de garantizar a todos los individuos residentes el acceso a la salud y la protección ante situaciones que afectan negativamente el bienestar de las personas. El cuestionario de hogares de IPPMD incluye una serie de preguntas sobre las políticas en materia de servicios de salud y contratos de trabajo (Figura 7.11). Si bien la perspectiva del capítulo está determinada por la definición de UNRISD que se ha descrito anteriormente, la definición de trabajo de los sectores de este capítulo es mucho más específica, y se centra principalmente en los contratos de trabajo formales y en las condiciones de acceso *de facto* a la atención de la salud.

Las políticas en materia de servicios de salud se evalúan mediante preguntas sobre el acceso a los servicios de salud, en el sentido tanto del acceso físico como del derecho a acceder a dichos servicios, la distancia al centro de salud más cercano y la cobertura del seguro médico del hogar. El cuestionario también contenía preguntas acerca de si los trabajadores tenían contratos de trabajo formales, si estos eran de duración indefinida y si incluían beneficios tales como seguro médico y vacaciones pagadas. El cuestionario a la comunidad también comprendía preguntas sobre las políticas y programas en materia de servicios de protección social disponibles en las comunidades encuestadas, tales como el número de centros de salud y la calidad del agua potable en la comunidad.

Figura 7.11. Políticas de protección social y salud exploradas en las encuestas de IPPMD

Políticas relacionadas con la salud u otro tipo de protección social	Políticas relacionadas con los contratos de trabajo	Programas incluidos en la encuesta a la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de salud • Distancia al centro de salud más cercano • Cobertura del seguro médico • Acceso a un plan de pensiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un contrato de trabajo formal • Prestaciones de salud • Otras ayudas y prestaciones • Vacaciones pagadas • Acceso a un sindicato 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de centros de salud • Calidad del agua

El uso de los servicios de salud, que constituye la base del análisis del acceso, varía de un país a otro, desde el 37 % en Armenia hasta el 65 % en Costa Rica (Cuadro 7.6).¹⁷ El número de centros de salud en las comunidades donde se recolectaron los datos presentó considerables variaciones de un país a otro. En Costa de Marfil y Georgia el 40 % y el 41 % de las comunidades no disponen de un centro de salud, respectivamente, mientras que todos los demás países tienen al menos uno en todas las comunidades encuestadas. En Armenia el 50 % de las comunidades solo tenía uno, mientras que en Costa Rica y República Dominicana el 86 % y el 76 % tienen al menos un centro de salud por cada comunidad encuestada.¹⁸

En cuanto a la cobertura de la protección social, casi todas las personas afirmaron tener acceso tanto a los sindicatos como a los beneficios laborales o las pensiones. En Georgia, por ejemplo, esto se debe a que las pensiones son universales y todo el mundo tiene acceso a un

plan de pensiones, tanto legalmente como en la práctica. Esto no era necesariamente así en otros países, donde la cobertura social individual variaba según los tipos, pero la cobertura era casi universal se consideraban todos los tipos de coberturas en su conjunto.

Cuadro 7.7. El acceso a algún tipo de protección social es casi universal
Número (y porcentaje) de individuos encuestados entre 16 y 64 años de edad

País	El uso de los servicios de salud	Tiene algún tipo de cobertura de protección social
Armenia	2 368 (37 %)	972 (98 %)
Costa de Marfil	3 816 (46 %)	405 (68 %)
Costa Rica	3 920 (65 %)	1 597 (98 %)
Georgia	2 603 (41 %)	368 (100 %)
Marruecos	2 545 (34 %)	725 (100 %)
República Dominicana	3 120 (58 %)	731 (99 %)
Media no ponderada	47 %	94 %

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

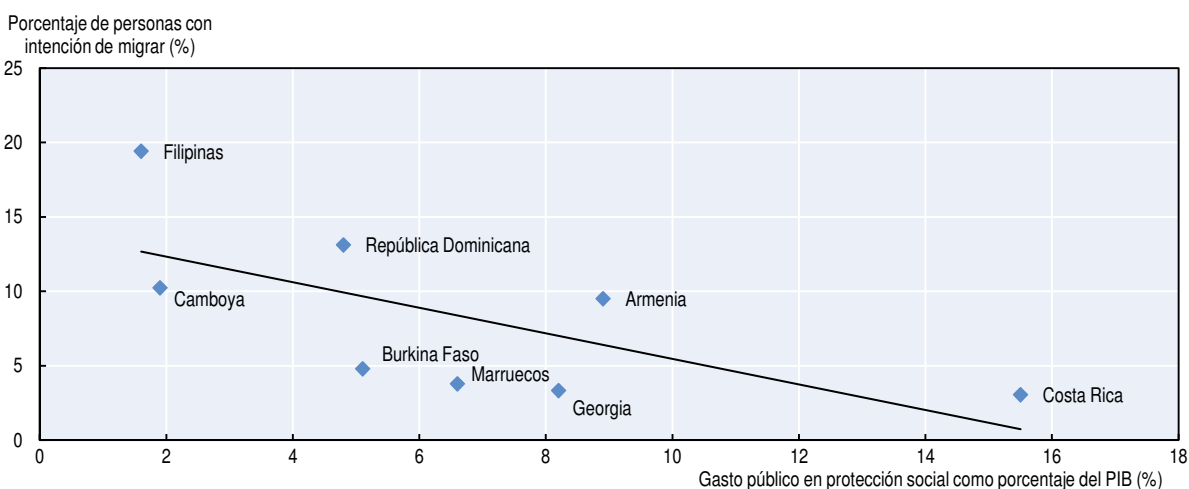
Un mejor acceso a la protección social puede reducir las tasas migratorias

El proyecto investigó si el acceso a los programas de protección social afecta las intenciones de emigrar de los individuos nacidos en el país, las intenciones de regresar de los inmigrantes y las intenciones de emigrar de nuevo de los migrantes de retorno. Los resultados se verificaron mediante análisis de regresión.

La emigración es a menudo una respuesta a las crisis, la incertidumbre y la vulnerabilidad en el país de origen (Hagen-Zanker y Himmelstine, 2013; Sabates-Wheeler y Waite, 2003). Al reducir la vulnerabilidad, los programas de protección social pueden impedir que las personas se vean obligadas a emigrar, en lugar de decidir hacerlo libremente. De hecho, dentro del grupo de los ocho países de IPPMD donde hay datos disponibles, el gasto público social (como porcentaje del PIB) se correlaciona negativamente con la proporción de personas que planean emigrar de ese país, lo que sugiere que dicho gasto tiene la capacidad de reducir la emigración (Figura 7.12).

Figura 7.12. El gasto social público reduce la tasa de migración

Porcentaje de personas con intención de emigrar y gasto social público como porcentaje del PIB (%)



Nota: Los datos sobre el gasto social público se refieren al último año disponible, entre 2010 y 2012. Costa de Marfil y Haití no se incluyen debido a las limitaciones de datos.

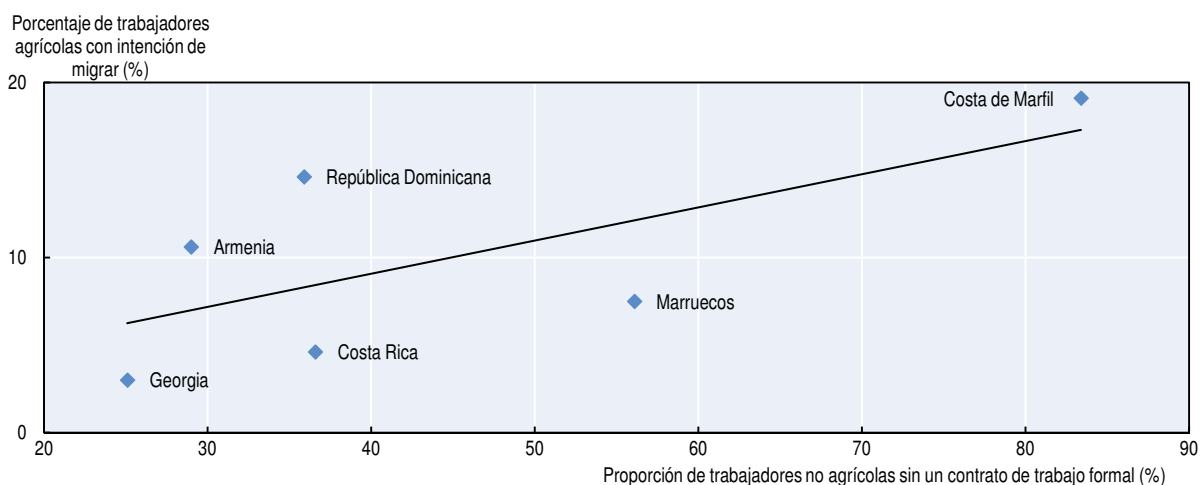
Fuente: El gasto público en protección social está extraído de la OIT, ILOSTAT <http://www.ilo.org/ilostat/>. El porcentaje de personas con intención de emigrar está extraído del trabajo de los autores basado en datos de IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418223>

Más concretamente, la falta de un contrato de trabajo formal se correlaciona positivamente con la proporción de los individuos que planean migrar en cada país (Figura 7.13). De hecho, según el análisis de regresión, el tener un contrato formal en Marruecos se correlaciona con no tener intención de emigrar (Cuadro 7.9), de igual modo el hecho de tener un contrato indefinido en Georgia (no se muestra).

Figura 7.13. La falta de contratos laborales formales aumenta la tasa de emigración

Porcentaje de personas con intención de emigrar (%) y porcentaje de trabajadores sin un contrato laboral formal (%)



Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418230>

Sin embargo, hay muchos casos en que la intención de emigrar entre los individuos nacidos en el país aumenta con la cobertura de la protección social. Este parece ser el caso de las personas que tengan acceso a opciones externas, debido a sus aptitudes y posición social. Por ejemplo, tener acceso a un sindicato en Armenia, o estar sindicado en Costa Rica aumenta la probabilidad de tener intención de emigrar, al igual que tener prestaciones de salud por un contrato de trabajo en Costa Rica. Ello está probablemente vinculado con personas que tienen condiciones de trabajo dignas en su país de origen y tienen también buenas perspectivas de trabajo en el extranjero. Los grupos marginados, como aquellos a los que se negó la atención médica durante su última visita a un centro de salud, son menos probables de planear emigrar en Armenia, Costa Rica, Marruecos y República Dominicana (Cuadro 7.8).

La protección social también afecta las probabilidades de que los inmigrantes planeen regresar. Por ejemplo, el tiempo que un trabajador precisa para llegar al centro de salud más cercano en Costa Rica se correlaciona con los inmigrantes que planean regresar a su país de origen. En República Dominicana el acceso a las prestaciones laborales –tales como un seguro médico, una pensión, la pertenencia a un sindicato y otros beneficios, como el transporte y la electricidad– está correlacionado con una menor probabilidad de que los inmigrantes regresen a su país de origen. En Costa Rica, los trabajadores inmigrantes sin contrato formal de trabajo son también más propensos a volver (Cuadro 7.9). Sin embargo, en algunos casos, la protección social tiene un efecto inesperado. En Costa Rica, por ejemplo, el hecho de acceder a prestaciones distintas de los seguros médicos se correlaciona con un aumento de los inmigrantes con intención de regresar. Esto es posiblemente debido a que los inmigrantes pueden tener acceso a tales beneficios por medio de contratos de migración estacional.

Cuadro 7.8. Los vínculos entre la falta de acceso a los servicios de salud y la migración

Variables dependientes: Intenciones individuales de emigrar e intenciones individuales para regresar
Principal variable de interés: El individuo ha intentado acceder a un centro de salud pero no lo logró
Tipo de modelo: OLS (modelo de probabilidad lineal)
Muestra: Personas mayores de 15 años de edad

Variable dependiente (muestra):	Con intención de emigrar (no migrantes)	Con intención de regresar (inmigrantes)	Con intención de volver a emigrar (migrantes de retorno)
Armenia	↓	n/a	n/a
Costa de Marfil			↓
Costa Rica	↓		n/a
Georgia		n/a	
Marruecos	↓	n/a	↓
República Dominicana	↓		n/a

Nota: Las flechas indican una relación positiva o negativa estadísticamente significativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés. El grupo de individuos analizados en función de si planean emigrar no incluye a los migrantes de retorno y los inmigrantes. Los resultados indicados como n/a señalan que los datos no se recogieron para el país en cuestión.¹⁹

Cuadro 7.9. Los vínculos entre los contratos de trabajo y la migración

Variables dependientes: Intenciones individuales de emigrar e intenciones individuales para regresar
Principal variable de interés: El individuo carece de un contrato de trabajo formal
Tipo de modelo: Probit
Muestra: Personas empleadas mayores de 15 años de edad

Variable dependiente (muestra):	Con intención de emigrar (no migrantes)	Con intención de regresar (inmigrantes)	Con intención de volver a emigrar (migrantes de retorno)
Armenia		n/a	↑
Costa de Marfil			
Costa Rica		↑	↓
Georgia		n/a	
Marruecos	↑	n/a	
República Dominicana			

Nota: Las flechas indican una relación positiva o negativa estadísticamente significativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés. El grupo de individuos analizados en función de si planean emigrar no incluye a los migrantes de retorno y los inmigrantes. Los resultados indicados como "n/a" señalan que los datos no se recolectaron para el país en cuestión.²⁰

Resultados similares se encontraron al preguntar a los migrantes de retorno acerca de sus intenciones de emigrar al extranjero. Pertenecer a un sindicato en Costa Rica, tener un contrato de trabajo formal en Armenia o tener un contrato indefinido en Marruecos reduce la probabilidad de que los migrantes de retorno planeen emigrar de nuevo, al igual que tener un plan de pensiones en Armenia, tal vez por el riesgo de perder el derecho a reclamarlo al jubilarse. Esto es coherente con las entrevistas con las partes interesadas, que ofrecen una imagen positiva de los servicios de reinserción de que disponen los migrantes de retorno en Armenia.

Sin embargo, los resultados no son todos como se esperaba. Tener acceso a un sindicato en República Dominicana y tener un seguro médico en Costa Rica son ambas cosas indicativas de la intención de emigrar de nuevo de los migrantes de retorno, aunque se esperaría que este tipo de servicios mitigaran la necesidad de hacerlo. Esto sugeriría que las personas migrantes de retorno con acceso a estos servicios tienen buenos puestos de trabajo que les proporcionan una ventaja al considerar la posibilidad de emigrar de nuevo o no.

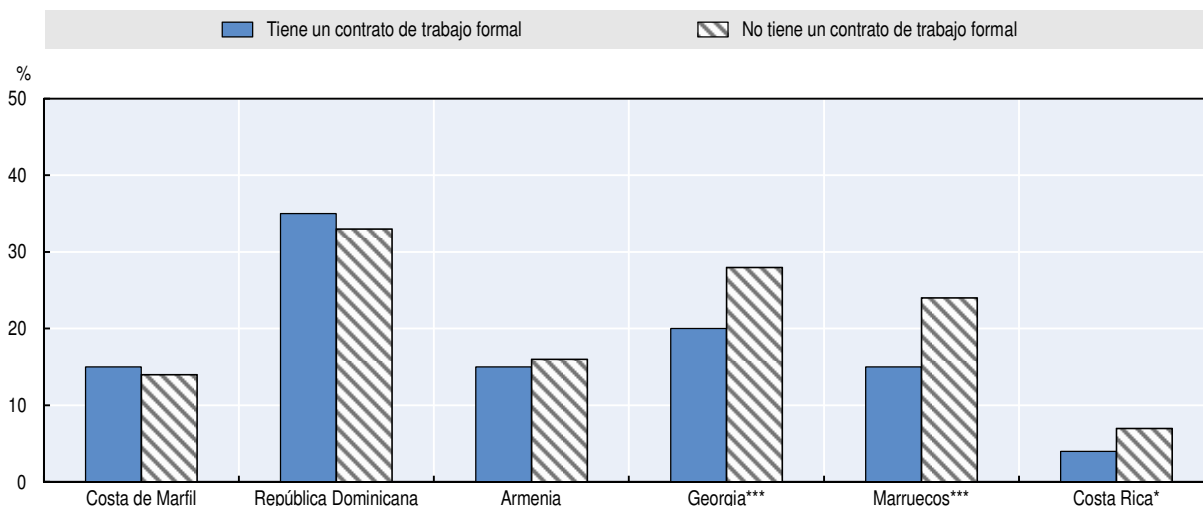
El hecho de disfrutar de cobertura de protección social reduce el flujo de remesas

La cobertura de protección social también puede afectar a las remesas. Las remesas pueden compensar la falta de cobertura, y existe amplia evidencia de que las remesas funcionan como una especie de mecanismo de aseguración. En esencia, la bibliografía especializada concluye que las remesas pueden actuar como una especie de estrategia de protección social privada, proporcionando transferencias de ingresos a los hogares desfavorecidos. Se sugieren dos razones o estrategias principales para dichas transferencias. La primera es una estrategia de supervivencia, según la cual los hogares utilizan las remesas para el aseguramiento y la diversificación de riesgos. La segunda, más centrada en los propios migrantes, es una estrategia de inversión y de herencia, en función de la cual los migrantes invierten en la familia con la esperanza de una herencia (ver Sabates-Wheeler y Waite, 2003 para una revisión). Empíricamente, se ha hallado que las remesas aumentan en ausencia de sistemas o programas de protección social (Valero-Gil, 2008; Amuedo-Dorantes y Pozo, 2009; Bebczuk y Battistón, 2010; Brown et al., 2013). El análisis se centra aquí en la primera hipótesis.

Un hallazgo principal tiene que ver con los contratos de trabajo formales, que a menudo implican una protección social mínima garantizada por el Estado. Como hemos visto anteriormente, la tasa de trabajadores con un contrato de trabajo formal varía mucho de un país a otro. En Costa Rica, Georgia y Marruecos los trabajadores no agrícolas sin un contrato de trabajo formal son más probables de vivir en hogares receptores de remesas (Figura 7.14). Esto está en consonancia con la idea de que las remesas compensan la falta de cobertura social en el hogar. En Georgia y Marruecos los resultados también resisten un modelo Probit, que tiene en cuenta la edad, el nivel educativo y el género, así como el tamaño y el patrimonio del hogar, y si este se encuentra en una zona rural o urbana y su región geográfica. Además, una regresión de mínimos cuadrados ordinarios aplicada por separado muestra que las personas sin contratos de trabajo formales en Costa de Marfil y Georgia pertenecen a los hogares que reciben cantidades más pequeñas de remesas.²¹

Figura 7.14. Las personas sin contratos formales de trabajo tienen una mayor probabilidad de estar recibiendo remesas

Porcentaje de trabajadores no agrícolas que viven en hogares receptores de remesas (%), según tipo de contrato



Nota: La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados por la relación de individuos con contratos de trabajo formales respecto de los que carecen de un contrato de trabajo formal. Los inmigrantes y los migrantes de retorno no se incluyen en las cifras. Burkina Faso, Camboya, Filipinas y Haití no se incluyen debido a las limitaciones de datos.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

Además, tener acceso a un sindicato ofrece la oportunidad para que los trabajadores negocien mejores condiciones de trabajo y otras prestaciones laborales. Las remesas pueden llenar el vacío en los casos en que los trabajadores no tengan ese acceso. De hecho, las personas con acceso a un sindicato en Costa Rica y Marruecos viven en hogares que tienen una menor probabilidad de recibir remesas. El Cuadro 7.10 resume los resultados relativos a los contratos de trabajo y al acceso a los sindicatos (otros resultados no mostrados).

Cuadro 7.10. Los vínculos entre los programas de protección social y las remesas

VARIABLES DEPENDIENTES: El hogar recibe remesas y el monto de las remesas recibidas
PRINCIPALES VARIABLES DE INTERÉS: El individuo carece de un contrato de trabajo formal y el individuo tiene acceso a los sindicatos
TIPO DE MODELO: Probit y OLS
MUESTRA: Personas empleadas mayores de 15 años de edad

Variable dependiente:	Hogar recibe remesas		Importe de las remesas recibidas	
	El individuo carece de un contrato de trabajo formal	El individuo tiene acceso a los sindicatos	El individuo carece de un contrato de trabajo formal	El individuo tiene acceso a los sindicatos
Armenia				
Costa de Marfil			↓	↑
Costa Rica		↓		
Georgia	↑		↓	
Marruecos	↑	↓		
República Dominicana				

Nota: Las flechas indican una relación positiva o negativa estadísticamente significativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés. Los resultados indicados como n/a señalan que los datos no se recolectaron para el país en cuestión.²²

El hecho de que los hogares cubiertos por los mecanismos de protección social tienden a recibir menos remesas sugiere que las remesas actúan como una red de seguridad social en los países donde el estado de bienestar es débil. Ello también podría implicar que los que reciben remesas podrían destinarlas a usos más productivos cuando ya se benefician de la protección social. Sin embargo, los datos de IPPMD no muestran ninguna evidencia de que ser titular de un negocio esté directamente relacionado con la cobertura de la protección social. Esto puede estar relacionado con el hecho de que aunque los individuos que no están cubiertos por la protección social están en hogares que reciben remesas, en algunos casos, los hogares también reciben cantidades más pequeñas de las remesas (Cuadro 7.10). Es probable que estos hogares se sitúen en los márgenes entre recibir y no recibir remesas, y por tanto en el extremo inferior de la escala en términos de montos de remesas.

Los inmigrantes se benefician menos de la protección social, lo que posiblemente obstaculiza su integración

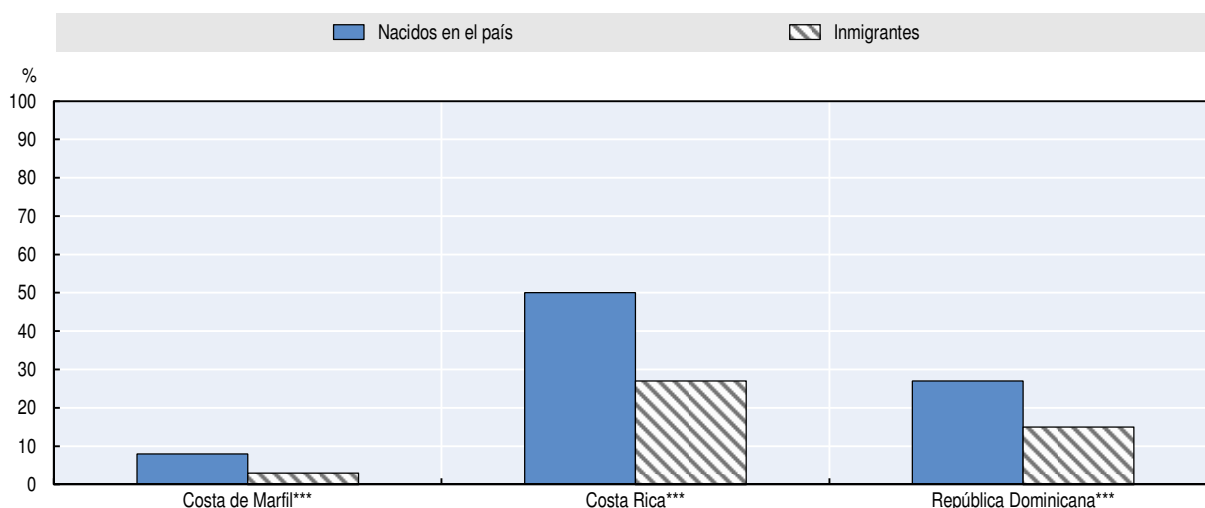
Un último aspecto de la manera como las políticas de protección social afectan el proceso de migración es la experiencia de integración de los inmigrantes. Es difícil medir la integración en una sola variable. El Capítulo 3 analizó la inclusión en el mercado laboral y el Capítulo 5 la inclusión educativa. En este capítulo se estudia si la cobertura de la protección social conduce a una sensación de inclusión en la sociedad.

El panorama es bastante desolador para los inmigrantes, ya que suelen encontrarse más lejos del centro de salud más cercano y son menos propensos a quedar cubiertos por el seguro médico garantizado por un contrato de trabajo (Figura 7.15), a tener un plan de pensiones y a acceder a la sindicación. Ello se debe tal vez al hecho de que también tienen una menor probabilidad de tener un contrato de trabajo no agrícola o un contrato de duración indefinida. La Figura 7.9 y el Cuadro 7.4 ya han señalado el hecho de que los inmigrantes

carecen de un contrato de trabajo formal más a menudo que los individuos nacidos en el país. El Cuadro 7.11 traza un gráfico con los resultados de regresión en el que un modelo Probit²³ compara a los inmigrantes con los individuos nacidos en el país en referencia con su acceso a una serie de resultados de la protección social, con controles relativos a la edad del individuo, su nivel educativo y su género, el tamaño del hogar y su patrimonio, así como su situación en un entorno rural o urbano y la región geográfica. Además de tener una menor probabilidad de tener un contrato de trabajo formal, también suelen carecer en mayor medida de contratos indefinidos respecto de los individuos nacidos en el país.

Figura 7.15. Los inmigrantes tienen una menor probabilidad de gozar de prestaciones de salud derivadas del trabajo

Porcentaje de trabajadores con prestaciones de salud derivadas del trabajo (%)



Nota: La significación estadística se ha calculado utilizando una prueba de chi-cuadrado tal como se indica a continuación: ***: 99 %, **: 95 %, *: 90 %. Los países están ordenados por la relación de individuos nacidos en el país respecto de los inmigrantes.

Fuente: Obra de los autores basada en datos del estudio IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933418255>

Según las entrevistas con las partes interesadas, parte del problema en Costa Rica es la dificultad de obtener documentos oficiales, como el permiso de residencia. Aunque estos no siempre son necesarios para tener acceso a los servicios según la ley, sí lo dificultan en la práctica. De acuerdo con las entrevistas, los documentos oficiales pueden ser difíciles de obtener y requieren disponer de recursos económicos y habilidades mínimas de lectura y escritura.

El Cuadro 7.11 ya apunta a una escasa integración de los inmigrantes, pero la discriminación y la titularidad de la vivienda aclaran aún más la situación. Se recolectaron datos que podrían ser utilizados como *proxies*, aunque imperfectos, de la medida en que se ha integrado un inmigrante. El primero es si un inmigrante se siente discriminado o no en el país de acogida. Este capítulo no profundiza en las causas por las que las personas se sienten discriminadas, sino solamente en si tienen o no dicha sensación. El segundo es si el hogar ha adquirido una vivienda. La compra de una vivienda suele ser un buen indicador de la intención de un individuo de permanecer en el país y de si se encuentra satisfecho en el país anfitrión (OCDE/UE, 2015). Debido a la pequeña muestra de inmigrantes con trabajo, los datos son insuficientes para un análisis de regresión. Pero estos datos sugieren, sin embargo, que por lo general el hecho de que un inmigrante tenga o no cobertura parece

tener un gran impacto sobre la incidencia de la discriminación, ni tampoco el poseer una vivienda en el país anfitrión. En Costa Rica (el 36 % frente al 44 %) y República Dominicana (el 13 % frente al 23 %), los inmigrantes que carecen de un contrato de trabajo formal tienen menos probabilidad de poseer una vivienda, mientras que es más probable en Costa de Marfil (el 57 % frente al 43 %). Sin embargo, la falta de un contrato de trabajo formal tiene poca incidencia en las afirmaciones de discriminación en los tres países.

Cuadro 7.11. Los vínculos entre la situación de los inmigrantes y la cobertura de la protección social

Variable dependiente: El individuo es un inmigrante				
Principal variable de interés: Acceso a la protección social				
Tipo de modelo: Probit y OLS				
Muestra: Individuos empleados mayores de 15 años y todos los individuos mayores de 15 años de edad				
Variable de interés:	Tiene acceso a los sindicatos	Tiene un plan de pensiones	Disfruta de prestaciones de salud en virtud de su contrato de trabajo	Tiempo necesario para llegar al centro de salud más cercano
Muestra:	Personas empleadas mayores de 15 años de edad			Todas las personas mayores de 15 años de edad
Costa de Marfil	↓	↓	↓	↑
Costa Rica	↓	↓	↓	↑
República Dominicana		↓	↓	

Nota: Las flechas indican una relación estadística positiva o negativa entre la variable dependiente y la principal variable independiente de interés.²⁴

Recomendaciones de políticas

La protección social ha atraído mucha atención recientemente, y muchos países han incrementado sus presupuestos en este sentido, con el objetivo de garantizar una mayor cobertura y una mayor cohesión social. En última instancia, esto se ha reflejado por medio de los ODS. Este capítulo se ha centrado en la relación entre la protección social y salud y la migración.

Se concluye que los inmigrantes, contrariamente a la creencia común, no recurren a los servicios sociales más que los individuos nacidos en el país, así como tampoco los migrantes de retorno en comparación con los no migrantes. Y si bien que son menos probables de pagar impuestos, también son menos probables de tener un contrato de trabajo formal, lo que limita las posibilidades de que el Estado los convierta en contribuyentes. Las remesas, en algunos casos, parecen utilizarse también para los gastos sociales y de salud.

Por otro lado, la cobertura de protección social y salud puede afectar los resultados en materia de migración. En general, la protección social tiende a reducir los flujos migratorios de salida y la tasa de retorno de los inmigrantes a sus países de origen, pero también aumenta la tasa de permanencia de los migrantes de retorno en sus países de origen una vez que han regresado. Muchos de los mecanismos de protección social eficaces son los que se obtienen en virtud de los contratos de trabajo. Por tanto, proporcionar incentivos a los empleadores y a los empleados para estar cubiertos por contratos de trabajo formales puede reducir la necesidad de emigrar, así como también las prestaciones laborales y otros tipos de protección, tales como el acceso a la sindicación, las prestaciones de salud y los planes de pensiones. Además, al proporcionar nuevos servicios a las regiones, tales como centros de salud, los diseñadores de políticas deberían garantizar que existen los mecanismos del mercado de trabajo y las infraestructuras adecuadas para que se les ofrezca a las personas la oportunidad de quedarse. Los acuerdos bilaterales sobre transferibilidad de las pensiones entre países de origen y de destino también puede ser una forma útil de facilitar el retorno de los migrantes (Holzmann, 2016).

El aumento de la cobertura de la protección social también contribuye a la disminución de los flujos de remesas. Por tanto, al instituir nuevas políticas de protección social, es aconsejable que vayan aparejadas de incentivos alternativos para invertir y redireccionar las remesas a otros usos productivos.

Los inmigrantes quedan descubiertos, por un amplio margen, por la mayoría de los servicios de protección social, en comparación con los individuos nacidos en el país. Mientras que las muestras son muy pequeñas y por tanto no son representativas, esta falta de cobertura parece afectar la integración en términos de propiedad de la vivienda, especialmente en Costa Rica y República Dominicana.

Cuadro 7.12. Ampliar la cobertura de protección social y salud para mejorar los resultados en materia de migración y de desarrollo

Recomendaciones de políticas	
Emigración	<ul style="list-style-type: none"> ● Fortalecer el cumplimiento de la legislación laboral, como los requisitos para ofrecer a los empleados prestaciones sociales y garantizar la libertad de asociación, y facilitar los procedimientos para registrar los contratos de trabajo legales para los empleadores y empleados, con el fin de garantizar unas condiciones de trabajo dignas, reduciendo así la necesidad de buscar de empleo en otros lugares (mediante la emigración). ● Garantizar que las nuevas disposiciones en materia de centros de salud y de protección social en las regiones marginadas o aisladas van acompañadas de infraestructuras y de mecanismos de mercado de trabajo adecuados, con el fin de capitalizar el desarrollo humano y aliviar la presión para emigrar.
Remesas	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar y proporcionar servicios relacionados con la salud para satisfacer la demanda de los receptores de remesas. Para hacerlos más accesibles, estos servicios podrían coordinarse con las instituciones de microfinanciación u otras instituciones financieras.
Migración de retorno	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantizar que los migrantes de retorno no tienen dificultad para solicitar las prestaciones de protección social y salud cuando regresan, para reducir la necesidad de emigrar de nuevo. ● Invertir en acuerdos bilaterales con los principales países de destino para asegurar la transferibilidad de los fondos de pensiones y otros beneficios sociales.
Inmigración	<ul style="list-style-type: none"> ● Incrementar el acceso <i>de jure</i> y <i>de facto</i> a las prestaciones sociales, tales como los planes de pensiones, los beneficios de salud, el acceso a los sindicatos y las disposiciones estipuladas en los contratos de trabajo formales. ● Ajustar las inversiones en centros de salud en los barrios donde hay altos niveles de inmigración.

Notas

1. Algunas de las políticas que se han tratado en los capítulos anteriores podrían formar parte del sector de la protección social, pero no se abordan en este capítulo. Las intervenciones sobre las condiciones laborales que se analizan en este capítulo, por ejemplo, son las que están directamente relacionadas con ofrecer unas condiciones de trabajo dignas, tales como las prestaciones laborales, el acceso a los sindicatos y los contratos de trabajo formales. Las transferencias monetarias condicionadas (TMC) vinculadas a la educación, así como todas las políticas y los programas dedicados específicamente al sector educativo, también se estudiaron en el contexto del sector de la educación, en el Capítulo 5.
2. Aunque otros capítulos incluyen Burkina Faso en el análisis sobre la inmigración, no se recolectaron datos suficientes sobre la protección social en este país y, por tanto, Burkina Faso queda excluido del análisis de este capítulo.
3. Siguiendo la convención estadística, los trabajadores agrícolas están excluidos de tales mediciones.
4. No están disponibles los datos para Georgia y Marruecos.
5. El empleo informal fuera del sector informal es la terminología empleada por la OIT para denominar a los trabajadores con empleos informales dentro de las empresas formales, como por ejemplo los trabajadores domésticos remunerados empleados por los hogares o los trabajadores familiares que colaboran en las empresas formales.
6. Si bien este capítulo no se centrará en esta cuestión, cabe destacar que en el Capítulo 3 se puso en evidencia que el sector de la salud está afectado de forma significativa por la emigración en Filipinas y se argumentó que las partes interesadas en Manila señalaron que el sector de la salud sufre una escasez considerable, especialmente en las zonas rurales.

7. Los datos sobre las transferencias del gobierno se recogieron en el ámbito de los hogares y las preguntas sobre el uso de los servicios de salud fueron formuladas a todas las personas mayores de 15 años de edad con trabajo.
8. Las variables de control en las regresiones incluyen el tamaño del hogar, si se encuentra en una región rural y un indicador del patrimonio de los hogares. En el modelo de regresión específico para los inmigrantes, se incluyó una comprobación adicional acerca de si el hogar mantenía cualquier otro vínculo con la migración además de con la inmigración. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
9. El modelo incluye variables de control en el nivel de los hogares (tamaño, patrimonio), así como controles para las regiones rurales y administrativas. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
10. Los datos sobre impuestos recolectados para el proyecto de IPPMD no distinguían entre los diferentes tipos de impuestos. Sin embargo, puesto que la información procede del módulo de gastos, es razonable pensar que reflejan los impuestos sobre la renta y el patrimonio pagados por el hogar, y por tanto, los impuestos directos. Los inmigrantes pueden pagar, asimismo, impuestos indirectos, tales como los que se aplican sobre la venta de bienes y servicios.
11. Al comparar los hogares en función de si pagaron los impuestos o no, es importante tener en cuenta el potencial de autoselección en su disposición para responder a la pregunta. Es posible que los hogares con mayor patrimonio o que evaden el pago de impuestos sean menos propensos a responder. La proporción de hogares que respondieron a la pregunta sobre los impuestos fue muy baja en Georgia y República Dominicana, y por tanto esta sección se concentra más en Armenia, Costa Rica, Costa de Marfil y Marruecos, donde la tasa de respuesta fue mayor.
12. El modelo incluye variables de control en el nivel de los hogares (tamaño, patrimonio), así como controles para las regiones rurales y un efecto fijo para las regiones geográficas. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
13. El modelo incluye variables de control individuales (edad, sexo y nivel educativo) y en el nivel de los hogares (tamaño, patrimonio), así como controles para las regiones rurales y un efecto fijo para las regiones geográficas. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
14. Estos datos se derivan de una lista de tipos de gastos que se les preguntaban a los hogares y extraídos de un módulo específico del cuestionario. Como tales, mientras que los gastos de salud son gastos relativamente más fáciles de interpretar, los gastos en pensiones y seguros presentan relativamente mayor dificultad. Como tales, a los efectos de este análisis son interpretados como gastos privados en que el hogar incurre.
15. No se halló un vínculo estadísticamente significativo para los demás países.
16. En la columna 1 el modelo incluye variables de control a nivel de hogares (tamaño, patrimonio), así como la ubicación del hogar en una región rural y un efecto fijo para las regiones geográficas. En la columna 2 el modelo incluye variables de control a nivel de hogares (tamaño, patrimonio), la ubicación del hogar en una región rural y un efecto fijo para la ubicación geográfica del hogar, así como variables de control a nivel individual (sexo, edad, nivel educativo). Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
17. En muchos países del proyecto, el acceso *de jure* a los servicios de salud es universal. Sin embargo, el acceso *de facto* varía, y por esta razón el análisis se centra en este aspecto.
18. Los datos relativos a esta pregunta no estaban disponibles para Marruecos.
19. El modelo incluye variables de control a nivel individual (edad, sexo, nivel educativo) y a niveles de hogares (tamaño, patrimonio), así como por regiones rurales. No se incluyó un efecto fijo por región geográfica debido al pequeño tamaño de las muestras. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
20. El modelo incluye variables de control a nivel individual (edad, sexo, nivel educativo) y a niveles de hogares (tamaño, patrimonio), así como por regiones rurales. No se incluyó un efecto fijo por región geográfica debido al pequeño tamaño de las muestras. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad.
21. El monto de las remesas se basa en los hogares con antiguos miembros que son actualmente emigrantes, frente a las remesas procedentes de cualquier fuente.
22. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad. El modelo incluye variables de control individuales (edad, sexo y nivel educativo) y en el nivel de los hogares (tamaño, patrimonio), así como controles para las regiones rurales y un efecto fijo para las regiones geográficas.

23. Para la regresión que mide la distancia a la clínica más cercana, se aplicó un modelo OLS.
24. El modelo incluye variables de control individuales (edad, sexo y nivel educativo) y en el nivel de los hogares (tamaño, patrimonio), así como controles para las regiones rurales y un efecto fijo para las regiones geográficas. Los errores estándar resisten a la heterocedasticidad y están agrupados en el ámbito de los hogares en las regresiones que muestran las políticas o las coberturas medidas a nivel de los hogares.

Referencias

- Amuedo-Dorantes, C. y S. Pozo (2009), "New evidence the role of remittances on health care expenditures by Mexican households", *IZA Discussion Paper*, núm. 4617, Institute for the Study of Labor, Bonn, <http://ftp.iza.org/dp4617.pdf>.
- Banco Mundial (2016a), "Health expenditure (% of GDP)", *World Development Indicators* (base de datos), <http://data.worldbank.org/products/wdi>
- Banco Mundial (2016b), *ASPIRE Database*, <http://datatopics.worldbank.org/aspire/>.
- Bebczuk, R. y D. Battistón (2010), "Remittances and life cycle deficits in Latin America", *CEDLAS Working Document*, núm. 94, Center for Distributive, Labor and Social Studies, La Plata, Argentina.
- Brown, R., J. Connell y E. Jimenez-Soto (2013), "Migrants' remittances, poverty and social protection in the South Pacific: Fiji and Tonga", *Population, Space and Place*, vol. 20/5, Wiley, Hoboken, NJ, pp. 434-454.
- Hagen-Zanker, J. y C. Leon Himmelstine (2013), "What do we Know About the Impact of Social Protection Programmes on the Decision to Migrate?", *Migration and Development*, vol. 2/1, Routledge, Abingdon-on-Thames, Oxfordshire, pp.117-131.
- Holzmann, R. (2016), "Do Bilateral Social Security Agreements Deliver on the Portability of Pension and Health Care Benefits? A Summary Policy Paper on Four Migration Corridors between EU and Non-EU Member States", *Discussion Paper* núm. 1605, World Bank Group Social Protection & Labor.
- Honorati, M., U. Gentilini y R. Yemtsov (2015), *The State of Social Safety Nets 2015*, World Bank Group, Washington, D. C., <http://documents.worldbank.org/curated/en/415491467994645020/The-state-of-social-safety-nets-2015>.
- Kalaj, E.H. (2010), "Are remittances spent in a healthy way? Evidence from Albania", *MPRA Paper*, núm. 49172, Munich Personal RePEc Archive, Múnich, https://mpra.ub.uni-muenchen.de/49172/1/MPRA_paper_49172.pdf.
- Kan, S. (2016), "Improving health in Tajikistan: Remittances trump other income", *Discussion Papers*, núm. 206, University of Göttingen, Göttingen, http://www2.vwl.wiso.uni-goettingen.de/courant-papers/CRC-PEG_DP_206.pdf.
- Kapur, D. y D.A. Singer (2006), "Remittances, government spending, and the global economy", presentación en el encuentro anual de la International Studies Association, San Diego, CA, 22-25 de marzo de 2006.
- OCDE (2009), *Is Informal Normal? Towards More and Better Jobs in Developing Countries*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264059245-en>.
- OCDE (2013), *International Migration Outlook 2013*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en.
- OCDE/UE (2015), *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264234024-en>.
- OIT (2012), Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), aprobada en la 101.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 14 de junio, Ginebra, http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es:NO.
- OIT (2013), *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, www.ilo.org/stat/Publications/WCMS_234413/lang--en/index.htm.
- OIT (2014), *World Informe Mundial sobre la Protección Social 2014-15*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/WCMS_245201/lang--en/index.htm.
- OMS (2016), 9.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Organización Mundial de la Salud, Shangai, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/es/>

- OMS y Banco Mundial (2015), *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*, Organización Mundial de la Salud y Grupo Banco Mundial, Ginebra y Washington, D. C., www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/.
- ONU (2016), “Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes”, Organización de las Naciones Unidas, <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/71/L.1>. UNRISD (2010), *Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics*, United Nations Research Institute for Social Development, Nueva York.
- Sabates-Wheeler, R. y M. Waite (2003), “Migration and social protection: A concept paper”, *Working Paper*, T2, Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, University of Sussex, Brighton, http://www.migrationdrc.org/publications/working_papers/WP-T2.pdf
- Valero-Gil, J. (2008), “Remittances and the household’s expenditures on health”, *MPRA Working Paper*, núm. 9572, Munich Personal RePEc Archive, Múnich, <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/9572>.



From:

Interrelations between Public Policies, Migration and Development

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/9789264265615-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2017), “Ampliar la cobertura de protección social y los servicios de salud para mejorar los resultados en materia de migración y de desarrollo”, in *Interrelations between Public Policies, Migration and Development*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264276710-9-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.