

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COSTA RICA
Facultad de Filosofía y Letras
INSTITUTO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS – IDELA
Maestría en Derechos Humanos y Educación para la Paz

Informe del Trabajo Final de Graduación

Modalidad: Escritura académica de un artículo

Título:

¿A quiénes no cobija la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)?

Una mirada desde mujeres minorizadas respecto al acceso real a la seguridad social costarricense con una perspectiva crítica y sociohistórica de derechos humanos

Estudiante:

Natalia Castro Freer

Fecha:

Febrero 2023

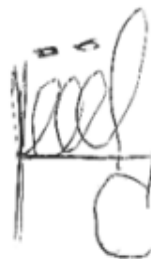
MIEMBROS DEL COMITÉ ASESOR



M.Sc Andrés Mora Ramírez
Coordinador del posgrado



M.Sc. Abner Barrera Rivera
Tutor de TFG



M.Sc. Karol Carmona Alvarado
Miembro del Comité Asesor



Licda. Natalia Castro Freer
Sustentante

Contenido

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	3
Objetivos	6
CAPÍTULO II: ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN Y ESCRITURA ACADÉMICA	11
Algunas técnicas de recolección de información y datos:	12
CAPÍTULO III: ARTÍCULO CIENTÍFICO	14
1. Estado, seguridad social, salud como derecho humano: recapitulación histórica en relación con la brecha de género.	16
2. Cambios en la institucionalidad pública y en los mecanismos administrativos de acceso a la posibilidad de seguro por cuenta del Estado: ¿eficiencia y simplificación de trámites, u obstáculo para poblaciones minorizadas?	30
<i>2.1 Reflexión relacionada con una perspectiva sociohistórica de derechos humanos.</i>	40
3. Las piedras en el camino para acceder a los servicios de la CCSS y al derecho humano a la salud para mujeres que ya sortean un escenario de baches y montañas para erigir una vida digna de ser vivida.	42
4. Conclusiones:	51
CAPÍTULO IV: REFLEXIONES FINALES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ESCRITURA Y RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	56
ANEXOS	63

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La inquietud inicial que cimienta el camino de este proceso de estudio, educación, formación y construcción de conocimiento en el nivel de posgrado, así como del proceso investigativo final que se presenta sintetizado en las siguientes páginas, surge y se justifica desde desasosiegos personales que como costarricense, usuaria y trabajadora de la CCSS, he tenido la posibilidad de sentir y pensar respecto al servicio que brinda la institución, así como de su función social para el país, también de forma analítica en el ejercicio profesional como trabajadora social, pero además como manifestante en diversas actividades de movilización social relacionadas con su defensa, me han permitido efectuar acercamientos sucesivos al tema que ahora identifico como un objeto de indagación.

La investigación parte de la preocupación intelectual, mi lugar de enunciación y saber situado producto del ejercicio profesional como trabajadora social de la CCSS desde el año 2008 -que además se traduce en una praxis política-, pero también se nutre por las relaciones humanas e interpersonales con la población usuaria a la cual le brindo el servicio y me honran muchas veces con narraciones de experiencias de vida y confianza.

La conjunción entre la temática de la seguridad social, las mujeres como sujeto colectivo plural, diverso e histórico -sin caer en una categoría monolítica homogenizante- y derechos humanos deviene de la reflexión e imperativo de apropiación de esta categoría más allá del formalismo legal y normativo del discurso desde una perspectiva crítica y sociohistórica para mostrar y reconocer las praxis de liberación de grupos minorizados en las transferencias de poder, así como las flagrantes violencias contra sectores invisibilizados.

Ante esto, surge la interrogante de investigación:

¿Existe alguna relación entre las transformaciones con ensañamiento neoliberal de las últimas tres décadas desde 1990 en las políticas sociales de salud y de asistencia social con la desprotección y exclusión de mujeres minorizadas del sistema de salud pública y de la seguridad social costarricense que muestren violaciones de derechos humanos?

Tema:

La incidencia en las posibilidades concretas de acceso a la salud pública y a la seguridad social por parte de mujeres adultas no asalariadas en el marco de las transformaciones de la institucionalidad en materia de salud y asistencia social a partir de la década de 1990 y hasta la administración Alvarado Quesada (primer trimestre 2022), desde una perspectiva de género, crítica y sociohistórica de derechos humanos; una mirada desde las vivencias y sentipensares de mujeres minorizadas (solteras, jefas de familia, trabajadoras informales) que pernoctan en zonas urbanas capitalinas del sur geográfico y epistemológico del cantón central de San José.

A partir de la revisión acuciosa de antecedentes de investigación (estado del arte) se marcan caminos para contribuir a la ampliación del desarrollo del tema, ya que la especificidad de la relación entre la seguridad social y su expresión en las mujeres en Costa Rica ha sido abordado primordialmente por INAMU (2002) el cual afirma "... que se trata de la primera investigación enfocada al acceso de las mujeres a la seguridad social ..." (p. 7), y Martínez (2006 y 2008), que analizan varios componentes de la seguridad social costarricense como el primer pilar de pensiones de la CCSS que incluye el régimen no contributivo, el segundo pilar de pensiones que abarca a operadoras públicas y privadas, el seguro de riesgos profesionales del INS, y finalmente el seguro de salud o llamado de enfermedad y maternidad de la CCSS que atañe al presente estudio; es necesario destacar que,

...en relación a las mujeres, el acceso a los beneficios de los seguros sociales presenta dos tipos de barreras:

- las propias de la división sexual del trabajo que se expresan en los distintos papeles que mujeres y hombres tienen en el desempeño de trabajo no remunerado familiar y doméstico, y en la distinta inserción laboral entre hombres y mujeres (reflejadas, por ejemplo, en la proporción de mujeres que forman parte de la PEA, en su inserción laboral (independiente o asalariada y según sectores de la economía) y en las remuneraciones que reciben las

mujeres) y que se traducen en acceso diferentes e inequitativos a los beneficios de la seguridad social entre hombres y mujeres;

- las propias de los sistemas de seguridad social que reproducen o compensan las desigualdades provenientes de la división sexual del trabajo y el mercado de trabajo (INAMU, 2002, p. 6 - 7).

En ésta línea, se rescata otra pesquisa de Avendaño (2015) que presenta una investigación documental y analiza, desde la perspectiva del derecho como profesión, las doctrinas, jurisprudencia y el ordenamiento jurídico nacional e internacional (instrumental) en materia de acceso a la salud y la seguridad social en Costa Rica específicamente respecto a mujeres migrantes nicaragüenses, lo cual deriva en situaciones de vulnerabilidad social, esto desde el planteamiento de la necesidad de titularidad de los derechos fundamentales y humanos considerados como inherentes.

Aunque la base de dicha investigación se fundamenta en concepciones positivadas de Derechos Humanos, el análisis legal y sistematización del tema, aporta luces significativas para la reconstrucción sociohistórica e institucional de las transformaciones en el sistema de seguridad social en el país y sus efectos en poblaciones vulnerables que afrontan limitaciones y obstáculos para la reproducción de sus vidas debido a los problemas para incorporarse al mercado laboral formal¹, y rescata la importancia de que:

Regular los mercados de trabajo es instrumentalizar la normativa existente y llenar vacíos normativos e interpretar a la luz de los Derechos Humanos que le asisten a los y a las trabajadoras para proteger sus derechos individuales y colectivos, específicamente de aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad social (Avendaño, 2015, p.160).

Finalmente, en vista de que el tema planteado se refiere a acceso a la seguridad social, se considera necesario mostrar algunos datos que permitan contar

¹ En este sentido, cabe recuperar algunos fundamentos teóricos de la crítica a la economía política marxista, en tanto que, ante la carencia de medios de producción, la mercancía para intercambio con el capital es la fuerza de trabajo.

con una fotografía cuantitativa, por lo que Carro, M. y Espinoza, G. (2016, p. 234-235) colocan lo siguiente:

...el 85,5% de la población total actual está cubierta por alguna de las diversas formas de aseguramiento de la Caja Costarricense de Seguro Social. El 38.3% son asegurados directos, el 39.4% son familiares de asegurados directos, incluye a las personas familiares de los asegurados directos contribuyente [sic] y, finalmente, el 7.8 pertenecen al régimen contributivo, solamente hay un 14.5% sin cobertura del seguro, pero que sí tienen acceso a los servicios médicos pagando su costo.

En relación con lo indicado, se coloca el componente de novedad en el estudio que se expone al considerar y visibilizar como columna vertebral las vivencias y perspectivas de mujeres minorizadas excluidas del acceso efectivo a la seguridad social, así como la intención de brindar aportes que contribuyan a la sistematización de conocimientos y saberes en materia de género, salud pública, políticas sociales y derechos humanos que superen la instrumentalización de normativas institucionales o del ordenamiento jurídico nacional asociado, este aspecto es central en la estrategia metodológica empleada para iluminar el análisis teórico-conceptual.

A continuación, se enuncian los objetivos que han trazado el camino de toda la investigación y que se desarrollan en el producto del capítulo III:

Objetivos:

General: Analizar las implicaciones de las transformaciones de las políticas gubernamentales en materia de asistencia y seguridad social desde la década de 1990 y hasta la finalización de la administración Alvarado Quesada en el primer cuatrimestre del año 2022, en relación con la desprotección y exclusión de la posibilidad de acceso al sistema de salud pública para mujeres minorizadas como una afectación directa a derechos humanos desde una perspectiva crítica, de género y sociohistórica.

Específicos:

- 1) Identificar las principales transformaciones históricas de las políticas gubernamentales en materia de asistencia y seguridad social desde la década de 1990 hasta la finalización de la administración Alvarado Quesada (2018-2022) respecto a los tipos de aseguramiento en la CCSS, con énfasis en los de tipo no contributivo.
- 2) Indagar las implicaciones en la posibilidad de acceso al sistema de salud específicamente para mujeres adultas no contempladas en las categorías de aseguramiento de la CCSS desde una perspectiva crítica de género y sociohistórica de derechos humanos.
- 3) Recopilar las realidades de tres mujeres minorizadas y excluidas del sistema de salud pública vislumbradas como una transgresión al derecho humano de la salud e incidencia en su calidad de vida.
- 4) Ofrecer un trabajo académico escrito en modalidad de artículo que constituya una síntesis de análisis respecto al tema y como contribución a la promoción de prácticas liberadoras y de transformación de las condiciones de desigualdad y afectación de derechos humanos de poblaciones minorizadas.

El lapso que se subraya es a partir de la década de 1990, ya que corresponde un periodo particular para el país y la región, debido a las secuelas dejadas por la recesión económica de la década anterior, la inestabilidad sociopolítica y el impacto social en los niveles de vida de varios sectores asociado al desempleo, rebajos salariales, constricción de servicios sociales y la “necesidad de estrategias de sobrevivencia desarrolladas por varios grupos” (Fernández, 1995, p. 44), sumado al inicio del proceso de descentralización de los servicios de salud aparejado por la implementación de planes de ajuste estructural que profundizaron las políticas neoliberales en el país; el análisis abarca temporalmente hasta la conclusión de la administración Carlos Alvarado Quesada en el primer cuatrimestre del año 2022.

Particularmente en materia del sistema de seguridad social, este periodo es pertinente porque:

...desde inicios de los años 90 ha estado atravesado [el sistema de seguridad social] por importantes reformas institucionales y programáticas, tanto en materia de salud como de pensiones. Estas reformas han sido graduales y enfocadas a los instrumentos de la seguridad social, antes que radicales y enfocadas a cambios en los principios de la seguridad social (INAMU, 2002, p. 6).

En el mismo orden de ideas, y como principal brújula del marco teórico-conceptual que ilumina la investigación crítica respecto al seguro de salud, las mujeres, los cambios en políticas de asistencia social e implicancias en derechos humanos de las mismas, se rescatan los aportes de Gándara (2019) al considerar que la inversión de derechos humanos es una tarea permanente, esto al constatar la ambigüedad problemática del discurso por parte de sujetos individuales y colectivos que abogan a favor de “los intereses del sistema de relaciones sociales organizado en función de la lógica de acumulación capitalista” (Gándara, 2019, p. 167) y adiciona la necesidad de denunciar dicho “secuestro de la narrativa” de derechos humanos para una “reapropiación creativa” de la misma “que permita recuperar su potencial emancipador” contra la desigualdad y perspectivas coloniales, racistas, patriarcales y antiambientalistas.

En asociación con lo señalado, Rosillo (2016, p. 732) subraya que “la comprensión de derechos humanos efectuada sólo desde el individuo está marcada por un reduccionismo monocultural e historicista”. Se comparte este entendimiento en el marco de visibilizar las contradicciones del discurso de la salud como derecho humano versus la exclusión de sectores informales que carecen de la posibilidad primaria de acceder a la seguridad social para atender su salud como personas aseguradas, enfatizando en las mujeres minorizadas.

Por su parte, hablar de mujeres debe partir de una concepción plural, crítica y sociohistórica de las realidades de las mujeres en las particularidades de los contextos, por tanto:

La relación entre “Mujer”, un compuesto cultural e ideológico del Otro construido a través de diversos discursos de representación (científicos, literarios, jurídicos, lingüísticos, cinemáticos, etc.) y “mujeres”, sujetos reales,

materiales, de sus propias historias colectivas, es una de las cuestiones centrales que la práctica de la academia feminista busca abordar. La conexión entre las mujeres como sujetos históricos y la representación de Mujer producida por los discursos hegemónicos no es una relación de identidad directa, ni una relación de correspondencia o simple implicación. Se trata de una relación arbitraria construida por culturas particulares (Mohanty, 2008, p. 115).

Es necesario reconocer que Costa Rica se encuentra inserta en la arena geopolítica regional de pugnas de poder, y la pretendida soberanía nacional debe pasar por los filtros de la economía de mercados para alcanzar metas de desarrollo y de abastecimiento de mercancías básicas y de consumo para la población, pero las bases de la convivencia en sociedad son construcciones sociohistóricas e ideológicas que reflejan las formas de establecer relaciones humanas, y es aquí donde la prioridad, o no, de protección para los grupos más vulnerables evidencia la ruta ontológica que seguimos como colectivo.

Por lo tanto, reflexionar y traer a la luz las formas en las que inciden estos cambios en los sectores más discriminados es menester de una praxis transformadora para denunciar y contribuir a otras formas de inclusión.

Se entiende que un producto de investigación debe implicar una rigurosidad académica y ética que sean congruentes con el compromiso de hacer rupturas con las formas de reproducción de argumentos y metodologías afines a los grupos que detentan el poder, en detrimento, y sobre las espaldas, de las otras poblaciones excluidas, discriminadas o relegadas de los discursos oficialistas.

Vinculado con lo señalado, se retoma a De Souza (2017, p. 292) que concluye en una de sus obras lo siguiente:

Desde la perspectiva de las epistemologías del Sur, las investigaciones sobre las formas de saber no se pueden separar de las investigaciones sobre las formas de intervenir en el mundo con el propósito de atenuar o eliminar la opresión, la dominación y la discriminación provocadas por el capitalismo global, el colonialismo y el patriarcado.

Por lo tanto, el producto académico que implica hilar y sistematizar ideas, conceptos, perspectivas, etc. no está divorciado de propuestas para incidir en la necesidad de cambios y transformaciones que lleven a remarcar la mirada a las condiciones de la naturaleza y de las formas de vida que habitan el planeta como imperativo. Reconocer la diversidad y heterogeneidad de los grupos humanos y visiones de mundos nos obliga a establecer mediaciones particulares en este momento del capitalismo financiero; en palabras de Hinkelammert (2006, p. 27):

Los movimientos de disidencia y resistencia, que hoy aparecen en todas partes, responden a esta crisis de las condiciones de la vida humana y desde allí enfrentan el capitalismo. Una crisis del capitalismo hay en el grado en el cual estos movimientos interfieren en la sociedad capitalista de hoy y hacen presente la necesidad de un cambio. No hay de por sí una crisis de la estructura, sino la humanidad amenazada por los efectos indirectos de la estructura vigente reclama su posibilidad de vivir y la seguridad de poder vivir en el futuro... El capitalismo no choca simplemente con una clase social, sino choca con la humanidad en cuanto despierta con el reclamo de querer vivir.

Este modesto estudio llama a desatar los nudos de la inequidad y de desprotección estatal y social para personas que, como usted y como yo, buscan formas para agenciar su vida con el propósito básico de vivirla, pero cuyas condiciones y recursos en general, muestran las enormes brechas que han sido caladas en el destramado social costarricense.

Ante esto, es desde una teoría crítica de derechos humanos que se rescata la vía para hacerlo, ya que “contiene por tanto la utopía de realizar el principio de agencia con alcance universal sin discriminación ninguna. Si tendencialmente ninguna institución social discrimina, entonces los seres humanos, sus instituciones y culturas serán, a la vez, legítimamente diversos e iguales” (Gallardo, 2010, p. 74).

CAPÍTULO II: ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN Y ESCRITURA ACADÉMICA

El presente estudio de posgrado coloca el desarrollo de una investigación cualitativa, documental y análisis referencial que abarca aspectos de las transformaciones en las políticas estatales respecto a la asistencia y seguridad sociales en Costa Rica, esto desde una perspectiva crítica y sociohistórica de derechos humanos como se ha apuntado previamente, y en relación con realidades concretas de mujeres minorizadas.

El artículo académico propone un enfoque cualitativo que constituye un proceso de exploración y de acercamientos sucesivos al objeto de estudio planteados en la pregunta problema de investigación; al resaltar el aspecto cualitativo se realiza una juiciosa y rigurosa revisión de documentos, artículos, sistematizaciones y estudios amplios en la materia que permiten la identificación e indagación de las categorías o ejes en estudio en función de los dos primeros objetivos plantados:

- Salud pública
- Seguridad social costarricense
- Políticas estatales de asistencia y de seguridad sociales
- Estado y su función social
- Derechos humanos
- Teoría sociocrítica
- Capitalismo y neoliberalismo en Costa Rica
- Género y patriarcado
- Mujeres y salud

Para el tercer objetivo de recopilación de realidades, la mencionada investigación cualitativa resalta el interés en torno al “significado de las experiencias y los valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en el que ocurre el fenómeno estudiado... una perspectiva cercana...” (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018, p. 400).

Durante el proceso se ha identificado la importancia de contar con fuentes primarias respecto al marco de las transformaciones en las políticas estatales de asistencia social, ya que este cambio desde el año 2013 con la creación del Sistema

Nacional de Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), es uno de los principales puntos de partida del planteamiento del problema y la revisión de su operatividad en años recientes es clave para establecer el vínculo con el tema, por ejemplo, un boletín de la Contraloría General de la República de junio 2021 aporta hallazgos de dos informes de auditoría respecto a debilidades del sistema; de ahí que se incluyen entrevistas a personal del Instituto Mixto de Ayuda Social y del sistema señalado.

Por su parte, el objetivo de recopilación de realidades, relatos y vivencias de mujeres se propone como una muestra común de estudios de casos (Hernández-Sampieri, 2013, p. 428), por lo que claramente no corresponde una muestra probabilística o dirigida, pero se asume como central a esta investigación para mostrar las implicaciones en personas concretas de las transformaciones de las políticas para el acceso al seguro social de la CCSS; como trabajadora de la institución he podido identificar a mujeres que afrontan dichas circunstancias, no obstante, el acercamiento a las mismas se realiza fuera del ámbito laboral de ahí que los acercamientos a las mismas se han dado a criterio personal y con su consentimiento de mostrar sus realidades de forma confidencial en resguardo de su privacidad.

Si bien la investigación implica un componente descriptivo en la reconstrucción temporal y de eventos significativos en las transformaciones de las políticas señaladas, el proceso de concatenación de esta información a la luz del análisis de las categorías planteadas en el marco teórico-conceptual arroja elementos de análisis en aras de denunciar la necesidad de transformarlas.

Algunas técnicas de recolección de información y datos:

- Revisión y análisis documental: se toma como guía una herramienta digital de la UNAM (2017) y se refiere a la investigación bibliográfica (libros físicos o digitales), experimental (artículos, ensayos, revistas, periódicos) y documental en general que se encuentran en oficios, circulares, etc.

Los principales documentos revisados y analizados son: legislación, estudios académicos o institucionales afines, artículos académicos, periodísticos e informes de instancias estatales.

- Análisis de datos cuantitativos: esto se realiza respecto a la información disponible respecto a la cantidad de personas con seguro a cargo del Estado, a efectos de mostrar tendencias que contribuyen al análisis del tema.

- Entrevistas: se comparte el planteamiento de Fernández (2001, p. 15) en torno a la entrevista en la investigación cualitativa que “debe buscar profundidad y las diversas interrelaciones del acontecimiento, el relato y los sentimientos”; también Ramírez (2011, p. 105) se refiere a la entrevista exploratoria para “conocer más sobre el objeto... fuentes, posibilidades de enfoques”. En la ejecución de la investigación, dichas entrevistas en realidad se constituyen en espacios semiestructurados con preguntas generadoras respecto al accionar de las personas trabajadoras públicas de IMAS, SINIRUBE y CCSS en sus respectivos ámbitos; pero en el caso de las mujeres identificadas, el espacio es libre de formalismos y se recupera el relato espontáneo con el tema central de la salud y el seguro social (anexo 1).

- Análisis y sistematización de la información para formular los hallazgos y conclusiones.

Sin duda, la guía y retroalimentación del profesor a cargo del curso y las diversas actividades de reforzamiento educativo y de investigación (como el taller de APA y de escritura) han sido claves para orientar la forma y contenidos del estudio según las premisas de acción formativa que son la razón de ser del IDELA y que deben estar comprometidas con las circunstancias y anhelos de los pueblos de nuestro continente americano.

**¿A quiénes no cobija la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)?
Una mirada desde mujeres minorizadas respecto al acceso real a la
seguridad social costarricense con una perspectiva crítica y sociohistórica
de derechos humanos**

Natalia Castro Freer

Resumen:

La premisa del artículo pretende mostrar la incidencia en las posibilidades concretas de acceso a la salud pública y a la seguridad social costarricenses por parte de mujeres adultas que afrontan situaciones de exclusión y vulnerabilidad social en el marco de las transformaciones neoliberales de la institucionalidad en materia de salud y asistencia social a partir de la década de 1990 y hasta el periodo de la administración Alvarado Quesada (2018-2022), lo anterior desde una perspectiva de género, crítica y sociohistórica de derechos humanos que busca visibilizar su relación con y desde los acercamientos a algunas vivencias y sentipensares de *mujeres minorizadas* (solteras, jefas de familia, trabajadoras informales, no asalariadas) que habitan y pernoctan en zonas urbanas capitalinas del sur geográfico y epistemológico del cantón central de San José.

En tanto que se observa una situación de desprotección agudizada hacia esta población a partir de la implementación de políticas públicas que anuncian medidas de mejora en la llamada inversión social desde la simplificación de trámites, sin embargo, se identifica que se han traducido en obstáculos operativos al no contemplar la necesidad de facilitar normativas claras ni del personal requerido para concretarlas de forma efectiva con énfasis en la atención de las personas que requieren y demandan estos servicios contemplados en la seguridad social, entendidos como derechos humanos.

Palabras clave: seguridad social, mujeres, género, CCSS, derechos humanos, desprotección.

Abstract:

The premise of the article aims to show the impact on the concrete possibilities of access to Costa Rican public health and social security by adult women who face situations of exclusion and social vulnerability in the framework of the neoliberal transformations of the institutional matter in health and social assistance from the 1990s and until the Alvarado Quesada administration (2018-2022), from a gender, critical and socio-historical perspective of human rights that seeks to make visible its relation with and from the approaches to some experiences and feelings of minority women (single, heads of families, informal workers, non-salaried) who live and spend the night in urban areas of the capital in the geographic and epistemological south of the central canton of San José.

While a situation of exacerbated lack of protection towards this population is observed from the implementation of public policies that announce improvement measures in the so-called social investment from the simplification of procedures, however, it is identified that they have translated into operational obstacles by not contemplating the need to facilitate clear regulations or the personnel required to carry them out effectively, with an emphasis on the care of people who require and demand these services included in social security, understood as human rights.

Key words: social security, women, gender, CCSS, human rights, lack of protection.

1. Estado, seguridad social, salud como derecho humano: recapitulación histórica en relación con la brecha de género.

La seguridad social costarricense constituye uno de los pilares del modelo de sociedad democrática, ya que la protección de la población como una de las principales tareas del Estado, va de la mano de los ideales de progreso, desarrollo y modernización como instrumentos de paz social; no obstante, es necesario identificar los cambios -progresivos o regresivos- de las políticas públicas respecto a sectores no contemplados como una afectación de derechos humanos desde una perspectiva crítica y sociohistórica a efectos de visibilizar las repercusiones y promover praxis de transformación.

En este sentido es importante recalcar que a nivel mundial la seguridad social surge aparejada con la incorporación de las personas al mercado laboral, por lo tanto, esto se configura en un indicador tajante de las calidades y condiciones de dicho trabajo (Martínez, 2006) y de la organización estatal, lo cual se remonta al proceso de proletarización dictado por el desarrollo industrial a finales del siglo XIX (Jiménez, 1994), esto para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo para el desarrollo socioeconómico.

A partir de una breve recapitulación histórica, en Costa Rica se observan sus orígenes desde la conjugación de la CCSS en 1941 para “aplicar los seguros sociales obligatorios” (Ley 17, 1941) y luego se plasma en la principal norma sobre la cual se basa la forma de gobierno y organización del país en la constitución política de 1949².

En relación con esto, se observa que la seguridad social se constituye en un engranaje de políticas, instituciones y servicios para proveer protección a la población, a su vez corresponde un amplio espectro de componentes que incluyen: seguro de enfermedad y maternidad (SEM), regímenes de pensiones de invalidez,

² Dato histórico curioso de esa época lo reseña De la Cruz (2020, párr. 31): “En 1946, durante los meses de mayo y junio, se produjo, en el contexto político difícil que vivía la sociedad costarricense, altamente polarizada en progobiernistas y antigobiernistas, una huelga médica contra la intervención que hacía el Estado, por medio de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el ejercicio de la medicina, hasta entonces en el sector privado”. Lo anterior muestra un ejemplo del contexto de pugnas y tensiones sociales entre sectores que son inherentes a las transformaciones y cambios sociales.

vejez y muerte, regímenes de capitalización individual, y seguros de riesgos del trabajo.

En términos más reflexivos, los sistemas de seguridad social de un país o Estado-nación en la modernidad existen con la intención de que a nivel público, por lo menos, se brinde un colchón a las personas ciudadanas que afrontan contingencias personales o familiares que se pueden traducir en la disminución o pérdida de ingresos económicos para la satisfacción de sus necesidades básicas de reproducción de la vida; dichas contingencias se refieren primordialmente a: enfermedad, accidente, desempleo, maternidad, jubilación, vejez, muerte.

Dicho de otra forma, la seguridad social, más allá que una abstracción, constituye e implica la organización de una sociedad, aborda la función social del Estado, el modelo o la apuesta que se persigue respecto a la conformación del tejido social para ofrecer condiciones de vida básicas a la población, considerando todas las etapas de la vida, ojalá, con una perspectiva amplia de la heterogeneidad de un pueblo y de la diversidad de formas y modos de vida que lo conforman.

Al respecto, es importante apuntar la estricta relación entre salud y seguridad social en las complejidades de las relaciones del modo de producción actual, Martínez (2008, p.11) refiere:

La seguridad social se ubica en la intersección entre el régimen laboral, la política social, y, en tanto depende de fondos invertidos en mercados financieros, también de la política macroeconómica. Dado que constituye una protección directamente relacionada con el trabajo remunerado, es de esperar que las desigualdades generadas por el mercado laboral, en general, y de género, en particular, se trasladen a la seguridad social ... Los nuevos retos han traído nueva legislación, instituciones y programas, aunque, rara vez, nuevo financiamiento.

Entonces, la seguridad social viene a significar una base de mínimos de bienestar para vivir en sociedad, ya que, como seres humanos de carne, hueso, mente y pensamiento, afrontamos la posibilidad perenne de que nuestro cuerpo y espíritu sufran alguna vicisitud o emergencia ante la finitud de la vida.

Los principios y el funcionamiento concretos de un sistema de seguridad social de un país muestran los pactos societales que ha gestado una nación y hasta los principios filosóficos que sustentan la noción de ser humano y vida digna; por lo tanto, la sinergia de dicho sistema está en movimiento recurrente, y al ser una empresa humana, se encuentra en constante tensión como resultado de las pugnas para priorizar qué modelo o forma de vida hegemónica se debe reproducir o aspirar, ya que en nuestras sociedades occidentales modernizadas coexisten diversos grupos con diferencias económicas, culturales, políticas, de clase, género, cosmovisión y un largo etcétera.

Dado lo anterior, se subraya la importancia de poder acceder a dichas “prestaciones” cuando son requeridas, y es aquí donde las particularidades de los grupos y personas toman matices que se deben desmenuzar para identificar la forma en que dichas transformaciones del sistema de seguridad social permean las condiciones del servicio para poblaciones excluidas del modelo neoliberal que impera desde hace varias décadas en el llamado modelo de desarrollo impulsado por el Estado costarricense.

Como se ha expuesto, la seguridad social y las coberturas son indicadores que comúnmente se colocan como categorías de análisis y discusión mediática vinculadas con los índices de desarrollo humano; no obstante, la profundización en las posibles razones o factores estructurales de exclusión en cualquier momento histórico o para cualquier sector minorizado es requerida para fomentar praxis liberadoras de derechos humanos.

El acceso a la seguridad social es un eje primordial, pero no el único, para la construcción de la salud como componente central de la vida y del buen vivir; no obstante, se aclara que existen otros determinantes de la salud, cuyo significado y contenido se han ido conformando al tiempo que se amplían los debates en torno al llamado desarrollo humano en las sociedades modernas³.

³ Entendida la *modernidad* en términos de Echeverría (2005, párr. 2 y 4) como “una tendencia civilizatoria dotada de un nuevo principio unitario de coherencia o estructuración de la vida social civilizada y del mundo correspondiente a esa vida, de una nueva ‘lógica que se encontraría en proceso de sustituir al principio organizador ancestral, al que ella designa como ‘tradicional’... [también implica] la convicción empírica de que el ser humano, que estaría sobre la tierra para dominar sobre ella, ejerce su capacidad conquistadora de manera creciente, aumentando y

En este sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que dichos determinantes son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, s.f., párr. 1).

Un concepto tan amplio, complejo y heterogéneo como la salud sin lugar a dudas pasa por una reflexión epistemológica en torno a la comprensión de qué significa bienestar para las personas como seres humanos; por lo tanto, la conformación de los sistemas de salud y de seguridad social conllevan principios filosóficos y ontológicos, pero también vinculados con nociones y construcciones colectivas de su significado, ya que las actividades humanas se interrelacionan en sociedad, ya que preservar y reproducir la vida es un principio básico, aunque no siempre se ha buscado para todos los grupos humanos según las pugnas por el poder.

Aquí las discusiones son extensas, y el abanico de concepciones categoriales puede pasar desde la exaltación de la salud como responsabilidad individual, la presupuesta necesidad de injerencia del mercado para “regular este servicio”, hasta el imperativo de que el Estado garantice condiciones que provean salud a toda la población (fetichización).

Si se parte de la visión oficial-hegemónica que impera en nuestra sociedad moderna, la salud como derecho humano y las pautas a seguir por las autoridades gubernamentales en los estados-nación del globo, se deben compaginar con los preceptos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad internacional con sede en Ginebra que se afianza con la declaración universal de los derechos humanos en 1948 y define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s.f., párr. 1).

En Costa Rica, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) reconoce a la Seguridad Social:

extendiendo su dominio con el tiempo, siguiendo una línea temporal recta y ascendente que es la línea del progreso”.

como un Derecho Humano; es también llamada protección social, y como derecho humano se define como un conjunto de políticas y programas para reducir y prevenir la pobreza y las situaciones de vulnerabilidad durante todo el ciclo de vida, y respaldar el desarrollo inclusivo y sostenible” (MTSS, s.f. párr. 1).

En este sentido, se plantea la importancia de reflexionar en torno a la exaltación de la *salud como derecho humano* a la luz de las particularidades que engloban las instituciones estatales en esta materia, específicamente a la CCSS como una de las principales entidades públicas que, además de la provisión de servicios de atención en salud⁴ para la población que cumpla con los requisitos, se encarga de la administración del principal régimen de pensiones del país; ambas labores, actividades primordiales que conforman parte de la columna vertebral del orden social, no obstante la CCSS está sujeta, desde su creación y positivación en la legislación nacional, a las pugnas político-sociales-económicas e influencias el modelo capitalista (financiero y globalizado) imperantes, y cuyas estrategias recurrentes de debilitamiento del aparato estatal, han propiciado diversas expresiones nacionales de reformas en las últimas décadas, principalmente para gestar las condiciones de cuestionamiento generalizado de su función social dentro de la lógica del “progreso y desarrollo”, ya que la opción de que el mercado también participe de la regulación de los servicios de salud, entendidos como mercancías dentro de la lógica capitalista, se promueve como alternativa a la ineficiencia, la burocracia y la corrupción en el ámbito público en general⁵.

⁴ Servicios que se estratifican en 3 niveles que pretenden abarcar la atención primaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad (medicina general y de especialistas), servicios de consulta externa en áreas de salud, hospitales regionales, nacionales y especializados, así como los internamientos y procesos de curación y rehabilitación. Para profundizar respecto a la estructura del sistema nacional de salud ver García (2004). Aquí es importante analizar que el estado costarricense, al menos en el discurso formal, parte de una concepción de salud que involucra una diversidad de sujetos sociales en la llamada construcción social de la salud, a partir del reconocimiento de diversos determinantes sociales que impactan directamente la salud de las personas individuales y de un colectivo.

⁵ Cabe resaltar el énfasis investigativo primordialmente en la posibilidad de acceso a los servicios de salud de la seguridad social costarricense desde la condición de ser asegurados(as), ya que el tema de la calidad, tipologías de los servicios, sostenibilidad financiera institucional, listas de espera y demás aristas serían temas de investigación cada uno como tal.

Resulta pertinente resaltar el planteamiento de Hinkelammert y Mora (2016) al referirse a la *globalización neoliberal* como la nueva estrategia de acumulación de capital, ellos subrayan que desde la década de 1980 se observó que los capitales en circulación eran más abundantes de los que era posible invertir en el ámbito del capital productivo, lo cual se tradujo en el capital especulativo, y el mismo exige, al menos, la misma rentabilidad que el primero, y esto implicó una exploración de otras posibilidades de inversión directa o mediante fondos, en este sentido los autores indicados afirman que:

Tales posibilidades de inversión se buscaron especialmente en sectores de la sociedad que hasta entonces se habían desarrollado fuera del ámbito de los criterios de rentabilidad mercantil: las escuelas, los jardines infantiles, las universidades, **los sistemas de salud**, las carreteras, la infraestructura energética, los ferrocarriles, el correo, las telecomunicaciones, etc. (Hinkelammert y Mora, 2016, p. 227) (*el resaltado no es del original*).

Aunado a lo anterior, es necesario analizar el *papel del Estado* en relación con los discursos y concepciones respecto a derechos humanos, esto para particularizar el aspecto de la salud de las personas como elemento básico de la reproducción de la vida humana desde una concepción crítica de derechos humanos. En este sentido se recupera el planteamiento de Rosillo (2013, p. 114), ya que afirma que éste “no es fundamento de derechos humanos; es a lo más un instrumento, un conjunto de instituciones para hacerlos efectivos. La praxis de liberación de los pueblos es un hecho más radical que la existencia y el funcionamiento del Estado”.

Ubicar al Estado como una estructura moderna, permite visualizar que las praxis de liberación ejercidas por sujetos son el fundamento de los derechos humanos, entendidos éstos más allá del discurso hegemónico, o como menciona Gallardo (2016) desde un punto epistémico-político-cultural para sentir, pensar y actuar derechos humanos, para lo cual se requiere reconocer los sectores de la sociedad que han sido vulnerabilizados y actuar consecuentemente a partir de la participación concreta en acciones orgánicas de autotransferencias y transferencias

de poder, ya que para ser efectivas estas acciones deben ser culturalmente legitimadas, y la expresión jurídica es insuficiente, pero necesaria.

Y es que la conformación y el funcionamiento del Estado como aparato llamado a velar por la protección de la ciudadanía, al menos, se entrelaza con imaginarios colectivos de derechos humanos, pero es necesario problematizar qué tipo de Estado y cuál concepto de derechos humanos se reproduce; al respecto (Gallardo, 2010, p. 61) afirma categóricamente:

Derechos humanos universales e integrales, como todos pretenden que son o sean, no pueden ser constituidos por un Estado que no está íntimamente penetrado por la conflictividad ciudadana y social ni posee tampoco este Estado la capacidad, imaginaria o efectiva, para reconocer estos derechos puesto que su mirada institucional (de clase, de sexo-género, adultocentrada, 'nacional', étnica, liberal, etc.) o no le permite del todo verlos o los sesga.

Por lo tanto, reconocer las implicaciones de las transformaciones de las políticas gubernamentales en materia de salud y seguridad social arroja luces para identificar su relación con la desprotección y exclusión de la posibilidad de acceso al sistema de salud pública específicamente para **mujeres minorizadas**, entendidas como mujeres cuyas condiciones particulares de vulnerabilidad no están contempladas en las modalidades de aseguramiento de dicho sistema, ya que no se encuentran insertas en el mercado laboral formal, carecen de filiación familiar con otra persona asegurada directa, las actividades que realizan para percibir ingresos no son declarables como de trabajadoras independientes o voluntarias para cotizar y caen en la categoría de contar con “problemas socioeconómicos o de bajos recursos”, por lo cual, requieren el amparo estatal.

Es imperativo remarcar que de igual manera como todos los sistemas de salud formulados durante el siglo XX, el de nuestro país fue diseñado a partir de un ideario de trabajador proveedor de su grupo familiar primario, es decir, de un hombre “cabeza de hogar” que cubre con su aporte como asalariado a la esposa e hijos(as); por lo tanto, las mujeres son relegadas al lugar de dependencia económica, y otras que no cuentan con ingresos propios ni estables y habitan en grupos familiares con muy limitados recursos para satisfacción de necesidades básicas, no cuentan con

la posibilidad de cotizar de forma directa para las modalidades de seguro de salud ni de pensiones, o incluso optan por evadir la contribución porque no hay claridad del detrimento de derechos que esto les implica (Martínez, 2006).

El sesgo patriarcal de discriminación por razón de la naturalización de los roles tradicionales de género se observa en la estructura central del Estado que promulga cobertura “universal”, pero deja abierta la puerta de la afectación directa a mujeres que no encajan en dicho perfil y son excluidas.

En este punto se coloca otro elemento del análisis que tiene que ver con la *asistencia social*, ya que para los sectores poblacionales que no cuenten con los requisitos formales para contar con una condición de aseguramiento directo o indirecto en Costa Rica, se estipulan opciones en el marco del llamado bienestar social, como por ejemplo “leyes especiales” que cubren a la niñez y adolescencia, población joven hasta antes de cumplir 25 años, personas en condición de refugio, personas privadas de libertad, y otras; no obstante, es atinente centrarse en los llamados **seguros a cargo del Estado**, ya que pretenden cubrir a la población calificada a nivel público por su condición socioeconómica en la categoría de pobreza.

Esto está normado en el Reglamento del Seguro Social de la CCSS publicado en 1996 (aunque cuenta con reformas que datan incluso del año 2021); y más recientemente con la promulgación de la ley 9137 de creación del SINIRUBE en el año 2013, se formaliza la centralización de la labor de valoración y calificación de las condiciones socioeconómicas de la población para el acceso a los conocidos beneficios públicos, que incluyen la posibilidad de obtener un seguro social a cargo del Estado para las personas estratificadas en rangos de pobreza, dicha normativa tipifica como uno de sus fines en el art. 3:

- g) Garantizar que los beneficios lleguen efectivamente a los sectores más pobres de la sociedad, que estos sean concordantes con las necesidades reales de los destinatarios y que las acciones estén orientadas a brindar soluciones integrales y permanentes para los problemas que afectan los sectores de la población más vulnerable (Ley 9137, 2013).

Con base en lo anterior, se retoma la recapitulación histórica de los cambios de las políticas públicas para el acceso a los servicios de la seguridad social, se sitúa que es a partir de 1984 que “se crea una modalidad de aseguramiento para la protección de los pobres, financiada por el Estado, conocida como asegurados por cuenta del Estado” (Picado y Salazar, 2004, p. 316); esto es fundamental ya que es aquí donde las mujeres minorizadas pueden contar con una ventana de acceso a los servicios.

En relación con la línea de tiempo que se propone, Fernández (1995) se refiere a la década de 1980 como un periodo con el signo de la pobreza extendido por la región centroamericana asociado a la crisis socioeconómica que reduce los recursos financieros estatales, pero también hace alusión a “una política económica de escasa tradición distributiva que, no han sabido, querido o podido paliar” (p. 52-53), a lo señalado se le suma la implementación de los programas de ajuste estructural promovidos por entidades financieras internacionales cuyas líneas de acción confinan el llamado “gasto social” en aras de priorizar el equilibrio macroeconómico desde el ensañamiento de la doctrina neoliberal.

Por su parte, el principal ente público costarricense que atiende la labor de “ataque a la pobreza” es el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) entidad creada por ley 4760 en 1971 para:

Resolver el problema de la pobreza extrema en el país, para lo cual deberá planear, dirigir, ejecutar y controlar un plan nacional destinado a dicho fin. Para ese objetivo utilizará todos los recursos humanos y económicos que sean puestos a su servicio por los empresarios y trabajadores del país, instituciones del sector público nacionales o extranjeras, organizaciones privadas de toda naturaleza, instituciones religiosas y demás grupos interesados en participar en el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza (art. 2).

Esto atañe al presente estudio porque esta institución irá tomando más protagonismo a lo largo de los años como el principal brazo estatal para diseñar, promover y ejecutar las políticas de las llamadas “ayudas del Estado”, subsidios o transferencias monetarias que se constituyen como las principales respuestas

gubernamentales de asistencia social para atender la pobreza básica y extrema en el país: tarea que no es menor ante las inequidades palpables y agudizadas en el periodo en investigación; dicha entidad además es clave para valorar y calificar la situación socioeconómica de las personas que demandan dichos servicios, lo cual hoy se relaciona específicamente con la posibilidad de contar con un seguro a cargo del Estado.

En continuidad con el recuento temporal, para la década de 1990 las secuelas dejadas por la recesión económica, la inestabilidad sociopolítica y el impacto social en los niveles de vida de varios sectores asociado al desempleo, rebajos salariales, constricción de servicios sociales y la “necesidad de estrategias de sobrevivencia desarrolladas por varios grupos” (Fernández, 1995, p. 44), impulsa nuevos cambios en la operacionalización de la seguridad social.

En 1992 se inicia la reforma del sector salud⁶ ante los cambios demográficos y el rebaso de la capacidad de respuesta por parte del sistema, en este punto se declara al Ministerio de Salud como ente rector y se le traslada plenamente a la CCSS la labor de brindar los servicios de atención en salud; por ejemplo, es en 1994 que se crean los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que vienen a potenciar una readecuación del modelo en el primer nivel de atención en salud para brindar una oferta básica de medicina general⁷.

Particularmente en lo que respecta a **coberturas del señalado seguro a cargo del Estado**, y según datos cuantificados por el Programa Estado de la Nación (2000, p. 386), se observa que desde 1989 hasta 1999 persiste una fluctuación numérica aunque ascendente de cobertura, en tanto que se registra una cantidad de 278 298 personas cubiertas a finales de los años 80 y para finales de los años 90 se indican 457 653 personas, lo cual se traduce en un aumento de 97% en 20 años; además, el mismo estudio se refiere a la perspectiva de la equidad, ya que “evidencia las bondades de la decisión de iniciar la reforma del sector salud en áreas

⁶ Elizondo (1993, p. 4) detalla: “Los principios básicos de la reforma del sector salud se construyen sobre la política de aumentar la eficiencia y la productividad de los servicios de salud, eliminando duplicaciones, descentralizando la administración, aumentando la participación del sector privado y mejorando la capacidad gerencial y financiera de este sector”.

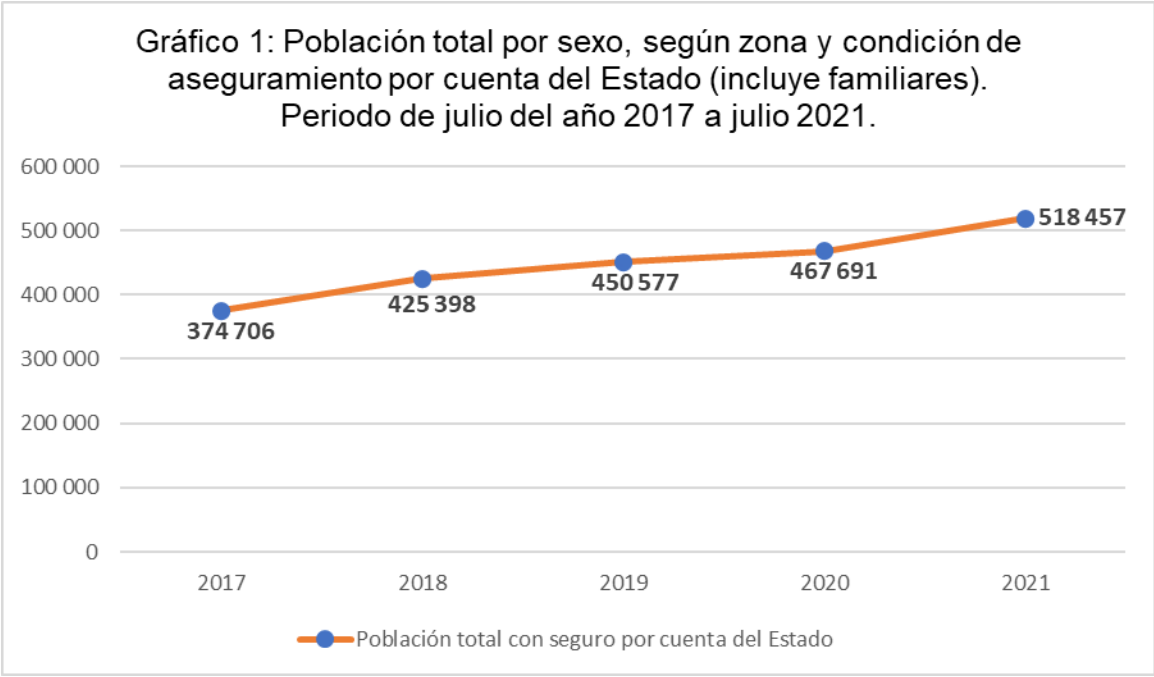
⁷ La base normativa de este cambio se positiviza en 1998 con la promulgación de la Ley 7852 Desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social.

periféricas de menor nivel socioeconómico, con una población más dispersa y con menor acceso a servicios” (p. 94).

La fuente de información más oficial que se ubicó para conocer datos concretos de la cobertura actual de los seguros a cargo del Estado⁸ proviene de Arce (2021, p. 16) que expone datos de la estructura de aseguramiento para el año 2016 según la Encuesta de Hogares:

un 12,7 % [620 582 *personas*] de la población (las personas en edad activa que se encuentran en situación de pobreza y que no se encuentran cubiertas por el seguro como cotizantes directos o como sus familiares dependientes de un cotizante directo) está asegurada por cuenta del Estado.

Con la intención de mostrar el comportamiento de la cobertura en relación con los cambios en las políticas públicas en materia de seguridad social, a continuación, se muestra un gráfico ilustrativo de datos cuantitativos para aportar al análisis:



Fuente: elaboración propia con base en datos anuales de ENAHO 2017-2021.

⁸ No fue posible contar con datos numéricos actuales de las coberturas de seguros a cargo del Estado por parte de la Dirección de Coberturas Especiales de la CCSS.

Es obligatorio aclarar que la fuente citada de ENAHO antes del año 2017 muestra los datos de aseguramiento a cargo del Estado dentro de la categoría de “asegurado no contribuyente” que incluye a personas pensionadas RNC y otras formas, de ahí que el gráfico expone cantidades a partir del año indicado; ante esto se deduce el motivo por el cual el dato de 620 582 personas de Arce (2021) para el año 2016 es tan elevado en comparación con el año 2017.

Sí corresponde reconocer que específicamente los datos anteriores distribuidos por sexo entre 2020 y 2021 muestran un aumento relativo de 19% para los seguros a cargo del Estado otorgados a mujeres⁹; sin embargo, el presente estudio enfatiza en las particularidades de mujeres con significativas desventajas y limitaciones de acceso a la institucionalidad en materia de seguridad y asistencia social, de ahí se ha recalcado que la categoría “mujeres” debe analizarse en las tramas sociohistóricas y particularidades descritas desde la minorización de sus condiciones de vida; al respecto Mohanty (2008, p. 142) remarca que:

la existencia de una división sexual del trabajo en la mayor parte de los contextos no es suficiente para explicar la subyugación universal de las mujeres en el mundo laboral. El hecho de que la división sexual del trabajo indique una devaluación del trabajo de las mujeres debe demostrarse a través de un análisis de contextos locales particulares.

En otro orden de ideas para hilar, se expone que en la primera década del siglo XXI se observan a nivel general avances en la inserción laboral femenina, no obstante “el cierre de la brecha de género es lento, y la ventaja de ingresos a favor de los hombres aumenta... las mujeres resultan más perjudicadas” (Programa Estado de la Nación, 2010, p. 102).

Incluso el informe del año 2009 recalca dichas inequidades de género de forma más detallada e indica que dicha debilidad del sistema de seguridad social se evidencia en:

⁹ La fuente ENAHO (2020 y 2021, cuadros n° 5) detalla que para el periodo de 2020 eran 263 474 y para el 2021 el número total asciende a 313 213 mujeres aseguradas a cargo del Estado.

la proporción de mujeres en el total de trabajadores activos asegurados en el SEM (seguro de enfermedad y maternidad) era de 32,3% en 2000 y solo creció a 33,4% en 2007. Esta baja proporción se debe en parte a que muchas mujeres son aseguradas indirectas, por lo que reciben atención de salud y están protegidas ante el riesgo de muerte del titular como sobrevivientes, pero no cuentan en las estadísticas de cobertura directa. Muchas mujeres se incorporan al mercado de trabajo en jornadas parciales, pero para asegurarse deben pagar a la CCSS la cuota sobre el salario completo, y al no poder hacerlo quedan excluidas de la seguridad social (E: Trejos, 2009). Adicionalmente, las aseguradas indirectas no tienen derecho a las prestaciones monetarias por enfermedad y maternidad. (Programa Estado de la Nación, 2009, p. 131).

Para el siguiente decenio, hay que remarcar que “en el 2018 el país experimentó la insolvencia fiscal más crítica de la última década” (Programa Estado de la Nación, 2019, p. 40), esto se traduce en el “deterioro sistemático que ha sufrido la sostenibilidad de las finanzas públicas en la última década”, en tanto que la hacienda pública recurrió al endeudamiento como alternativa para afrontar el apremio en el gasto, en este sentido, el estudio citado sentencia que “el nivel de deuda actual, así como el proyectado para 2019, es insostenible y riesgoso en términos de solvencia de corto plazo” (p.40).

Lo anterior denota el contexto de pauperización de las condiciones de vida para las y los costarricenses, en tanto que “la desigualdad de los ingresos creció considerablemente en los últimos 25 años. Hoy Costa Rica no sólo es un país más desigual, sino que perdió la ventaja que tenía como una de las naciones más equitativas de Latinoamérica” (Programa Estado de la Nación, 2019, p. 54); específicamente en el caso de las mujeres, una vez más se remarca que, en conjunto con residentes de zonas rurales, “tienen el menor cumplimiento en materia de protección social básica” (p. 111).

En este sentido, es fundamental mencionar el estudio editado por Díaz, D. y Molina, I. (2021) y en especial el capítulo con autoría de Guillén, S. (2021, p. 89),

ya que coloca aspectos de la política fiscal regresiva y afirma que: “La política económica implementada por la administración de CAQ¹⁰ entre 2018 y 2021 fue determinada por las élites económicas locales ...tales como el proyecto de empleo público y la reducción de las contribuciones a la seguridad social...”.

Lo cual es relevante para la profundización del análisis del impacto hoy en derechos humanos en salud a la población sujeto de estudio, además de considerar que la emergencia sanitaria mundial por la pandemia por COVID-19 que se desató al inicio del año 2020 tiene implicaciones severas en las condiciones socioeconómicas del país ante la crisis, y por supuesto en el funcionamiento del sistema de salud nacional.

Al respecto, el más reciente informe del Programa Estado de la Nación (2021) destina un apartado a lo que califica como una ampliación de las desventajas de las mujeres en el mundo del trabajo y en el hogar, en tanto que:

En 2020 463.985 mujeres (45.5%) se encontraban fuera de la fuerza laboral (FFL) por atender compromisos familiares. La situación difiere sustancialmente de la de los hombres (con solo 14.301)” (p. 259) ... las mujeres FFL con obligaciones familiares tienen mayor incidencia de pobreza, con un 36,8% en 2020. Entre las jefas de hogar la cifra aumenta a un 44,6% (p. 291).

En conclusión, si bien es cierto que los vaivenes de los acontecimientos históricos en el orden mundial neoliberal que se gesta de forma rampante desde la década de 1980 tienen repercusiones no necesariamente previstas para el Estado costarricense, las decisiones políticas del camino a seguir son un reflejo del tipo de sociedad que se busca construir.

En materia de seguridad social, acceso a servicios de salud, inequidades y brechas, se remarca que las transformaciones en las posibilidades de ingresar al mercado laboral son un elemento clave que afecta de forma particular a muchas mujeres de nuestro país; por lo tanto, aunque el sistema de seguridad social en Costa Rica muestra importantes fortalezas en comparación con parámetros

¹⁰ Carlos Alvarado Quesada, presidente de la República.

regionales, la exclusión de una franja importante de dichas mujeres abiertamente minorizadas, que por razones estructurales del sistema patriarcal mimetizado en la organización estatal, enfrentan serios obstáculos para contar con los elementos de protección social estatal que sí gozan las personas que presentan una condición de aseguramiento directo, lo cual las relega a una dependencia económica respecto a otros; y en el caso de mujeres no casadas, sin hijos(as) asegurados directos y con limitaciones socioeconómicas, este acceso existe en la figura de seguro cargo del Estado, pero la disponibilidad de dicha modalidad también ha presentado cambios desde su emergencia en 1984, tema que será motivo de desarrollo en el siguiente apartado.

2. Cambios en la institucionalidad pública y en los mecanismos administrativos de acceso a la posibilidad de seguro por cuenta del Estado: ¿eficiencia y simplificación de trámites, u obstáculo para poblaciones minorizadas?

El tema de la seguridad social, la cobertura, la calidad de servicios, la sostenibilidad financiera, las crisis económicas nacionales, regionales e internacionales, los cambios demográficos, la burocracia, la corrupción, y también la exaltación sensiblera de la CCSS como la “madre” y pilar de la democracia costarricense, constituyen construcciones categoriales colectivas, pero también realidades concretas que requieren un análisis crítico respecto a las condiciones y alternativas reales para obtener los servicios de la seguridad social pública como derecho humano; lo anterior comprendido en tiempos de transformaciones en el modelo económico capitalista, las implicaciones en la operacionalización de los servicios mencionados y su incidencia particular en las mujeres.

Previamente se indicó el marco normativo e institucional que conforma la base de regulación pública plasmada en políticas sociales reconocidas por el Estado costarricense para brindar servicios de salud a poblaciones que se encuentran fuera del mundo del trabajo formal y que enfrentan limitaciones a nivel socioeconómico, esto evidenciado en la función social de instancias como la CCSS y la pretendida universalización de la cobertura del seguro; el IMAS como ente rector en materia de

asistencia social o de atención de la pobreza, para lo cual ejecuta un sistema de calificación de las condiciones socioeconómicas de la población, y recientemente con la creación del SINIRUBE se concreta la intención de contar con un sistema único de información que integre los datos de los llamados “beneficiarios” de los programas sociales selectivos del Estado en aras de promover eficiencia y simplificación de trámites.

Se considera importante ahondar en algunos aspectos generales de la relación entre CCSS -específicamente lo que atañe a los trámites para la obtención de seguros a cargo del Estado-, el IMAS como principal instancia operativa de atención directa de personas y su labor de “atender las necesidades de los grupos sociales o de las personas que deban ser provistas de medios de subsistencia cuando carezcan de ellos”¹¹, y la labor específica del SINIRUBE -el cual constituye un órgano adscrito al IMAS pero de desconcentración máxima- como sistema integrado de información que define estándares para la medición de la pobreza.

Hay otra instancia que se suma a las señaladas en tanto que es la que brinda el contenido presupuestario para cubrir los gastos en los que incurre la CCSS al brindar los servicios a personas no cotizantes ni cobijadas por otro tipo de aseguramiento familiar, esta es la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF)¹² que corresponde una dependencia técnica permanente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Se menciona porque la fuente de financiamiento de los seguros por cuenta del Estado proviene de dicho fondo, el cual presenta “características particulares, que lo hacen pionero en los fondos sociales de América Latina y lo diferencian de la mayoría de ellos, en la medida en que es permanente, financiado por recursos nacionales y cuenta con aportes del sector público y privado” (FODESAF, 2022).

En general el fondo se nutre por asignación específica en el presupuesto ordinario anual de la República, porcentajes de impuestos de ventas y aportes de patronos públicos y privados sobre el total de sueldos pagados; específicamente “se

¹¹ Según inciso e), art. 4 de la ley 4670 de creación del IMAS (1973).

¹² Ley 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley acerca de los beneficiarios, funciones, los programas y el presupuesto del FODESAF), publicada el 16/12/1974.

alimenta del recargo de planillas (5% de sueldos y salarios que pagan los patronos públicos y privados), y de las transferencias de Hacienda fijadas por ley (595.000 salarios base, unos ₡250.000 millones, del impuesto de ventas)” (Araya, 2018).

Respecto a las personas beneficiarias se detalla en la reforma a la ley citada (n°8783 publicada el 13/10/2009) lo siguiente:

Artículo 2.- Son beneficiarios de este Fondo los costarricenses y extranjeros residentes legales del país, así como las personas menores de edad, quienes, a pesar de carecer de una condición migratoria regular en el territorio nacional, se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema, de acuerdo con los requisitos que se establezcan en esta y las demás leyes vigentes y sus reglamentos.

Por lo tanto, es claro que existe una articulación de normativas oficiales que brindan sustento y viabilidad a esto, además de los mandatos para dotar de recursos financieros su operación y que deben ser acatados por el Estado y patronos; sin embargo, se debe subrayar que para hacer efectiva la pretendida universalización de la cobertura del seguro de salud, y por ende, de la posibilidad de ejercer el derecho humano a la salud, estos mecanismos deben estar en constante monitoreo para que la labor sea eficiente y efectiva, además de que están supeditados a los vaivenes de la situación geopolítica, social y económica de la región y del país, ya que las crisis del modelo neoliberal no sólo impactan las economías de un Estado y la condiciones de vida de la población; si no que también inciden en la preponderancia política, o no, de atender a los sectores más afectados dentro de las brechas de inequidad, y en este escenario, los gobiernos de turno dictan las pautas que pueden flexibilizar las responsabilidades sociales del Estado y del sector privado.

Un ejemplo de esto se observa en la capacidad real que tiene el gobierno central (representado en DESAF) y la CCSS para cobrar a patronos morosos las transferencias que por ley deben girar a FODESAF, en noticias recientes se remarca:

Para el economista y exviceministro de Hacienda, Fernando Rodríguez, Fodesaf carece del músculo para que sean efectivos los cobros judiciales. La Caja y Fodesaf contratan juntas el cobro de las planillas patronales con morosidad desde el 2015. En el 2018, la Caja fue quien habilitó negociar acuerdos de pago con las personas morosas de Fodesaf (Díaz, N. 2022, párr. 18).

Ante esto, se deriva que, frente a menores recursos económicos, la posibilidad real de brindar el servicio de forma efectiva, con una perspectiva amplia y sociohistórica de las inequidades y vulnerabilidades que perviven las poblaciones empobrecidas, y la opción del aseguramiento que cubre el Estado para acceder a la salud, se nubla y limita.

Esto se observa en datos oficiales actuales, ya que dicha partida del presupuesto nacional también se ve afectada por las tensiones y pugnas del clima socioeconómico y político para hacer efectivo su uso y destino para los sectores minorizados, en este sentido, el Programa Estado de la Nación (2021) remarca como uno de los hallazgos más relevantes en el balance de equidad e integración social lo siguiente:

Por primera vez después de la reforma legal de 2009, los ingresos del Fodesaf decrecen en 2020 con respecto al año anterior (-8%). Este Fondo sufre de rigideces presupuestarias e ingresos procíclicos, es decir, que se contraen en épocas de crisis (p. 259).

Esta disminución es explicada por reducciones en las dos principales fuentes de financiamiento: el recargo sobre las planillas (-1%) y la transferencia del gobierno (-11%). Ambas fuentes están ligadas a la actividad económica (p. 286).

Para el periodo que se expone, no sobra hacer mención, desde una perspectiva amplia para reflexionar respecto a la orientación de las políticas públicas, el impacto que aún se vive a nivel global por la pandemia COVID-19, en tanto que la atención de la misma ha significado una labor titánica de todo el sector

salud, y las secuelas socioeconómicas en su vasta magnitud para la seguridad social como pilar están por verse.

Respecto al tema presupuestario y económico nacional, el gobierno de la administración Alvarado Quesada se enfrentó desde su inicio en mayo 2018 a un “escenario de bajo crecimiento (económico) y alto desempleo... (Alvarado) indicó que su agenda económica estaba explícitamente enfocada en el impulso a la reforma tributaria” (Acuña, 2021, p. 72)¹³; incluso en ese mismo mes, la nueva Asamblea Legislativa solicitó la comparecencia de la ministra de Hacienda “para referirse al plan de contención del gasto público que implementaría el nuevo Gobierno” (Acuña, 2021, p. 73). Aunado a esto, el autor citado concluye que:

la política económica ha quedado subordinada a lo fiscal: las medidas para activarla no han pasado de propuestas, puesto que se han recortado los recursos necesarios para ejecutarlas; y, por el otro lado, eso conduce a que la política económica quede reducida a “simplificación de trámites” (p. 88).

Justamente en este periodo es que se implementa el uso del SINIRUBE como herramienta para *simplificar*, entre otros, el trámite de seguros que cubre el Estado, específicamente en marzo 2021, ya que las unidades de validación de derechos de los establecimientos de salud de la CCSS pueden consultar dicho sistema y verificar la situación socioeconómica registrada según una interacción de diversas bases de datos (IMAS, 2021).

En este punto de la exposición, se plasma información recabada a partir de comunicaciones personales a fuentes primarias que laboran directamente en las entidades que se han mencionado.

J.L. Gómez (comunicación personal, 2022, setiembre 12)¹⁴ señala que la revisión de datos digitales en el SINIRUBE de personas usuarias arroja primordialmente la calificación de la condición socioeconómica en las siguientes categorías: pobreza extrema, pobreza básica, vulnerabilidad, no pobre, por

¹³ En Díaz, D. y Molina, I. Editores (2021).

¹⁴ Trabajador de la oficina de validación de derechos, que pertenece al área financiero-contable, del Área de Salud de Hatillo, CCSS.

investigar o no aplica; las dos primeras categorías son las que se emplean para el otorgamiento de la condición de persona asegurada por cuenta del Estado, cuyo plazo se extiende por 5 años, pero dentro del procedimiento también se debe verificar si la puede cubrir otra modalidad de seguro social por beneficio familiar, de ahí que se revisa la condición de aseguramiento del grupo familiar y, por otro lado, se consulta en Hacienda la situación tributaria.

Antes de la implementación del SINIRUBE, dicho proceso, según el señalado, requería la presentación de más requisitos como constancias de nacimiento de menores de 12 años y del registro nacional, entre otros, el plazo del seguro otorgado era de 2 años, además de que el lapso de estudio y respuesta se podía extender a más de una semana hábil desde que se recibía la solicitud completa, ahora es inmediato, siempre y cuando el SINIRUBE arroje que la condición de la persona es de pobreza básica o extrema, caso contrario, la persona debe ser redirigida a la unidad de desarrollo social del IMAS más cercana para que sean ellos(as) los que califiquen su situación económica.

Cabe aclarar que este trámite para validación de derechos de la CCSS es únicamente administrativo, es decir, no converge un criterio técnico para considerar de forma ampliada o integral la condición socioeconómica de una persona solicitante, y el personal de la administración, específicamente financiero-contable, ha sido el encargado desde que se concibió este tipo de seguro de realizar los estudios.

En la CCSS, solamente tienen acceso para revisión del SINIRUBE el personal administrativo señalado que labora en los establecimientos de prestación de servicios de salud, y funcionarios(as) del ámbito de pensiones del Régimen No Contributivo; por su parte, únicamente el personal técnico de Atención Primaria (ATAP) que pertenece a enfermería y realiza trabajo de campo en comunidades y visita viviendas, tiene la posibilidad de alimentar dicho sistema con información puntual que ingresan al sistema particular de la CCSS que se refiere a la Ficha Familiar. Este elemento es reconocido por el Programa Estado de la Nación (2020):

El dinamismo de la pobreza impone la necesidad de actualizar constantemente los datos de los hogares y sus condiciones de vida. Los

asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), que trabajan en los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) de la CCSS, son claves en esa actualización, a través del Expediente Digital Único en Salud (EDUS). La colaboración conjunta también está formalizada mediante un convenio institucional CCSS-Sinirube para la transferencia de información entre ambas instituciones (p. 207).

Esta arista requiere especial atención, ya que precisamente los lineamientos sanitarios al inicio de la pandemia recalcaban el distanciamiento físico, y durante varios meses las funciones de las y los asistentes técnicos en atención primaria (ATAP) fueron modificadas, luego para el 2021 el trabajo se ha centrado en la masiva campaña de vacunación contra COVID19; este escenario ha incidido en las posibilidades reales del personal de mantener actualizada la información de la población en los sistemas digitales, ya que el trabajo de campo se vio mermado.

Si a lo anterior se le suma el hecho innegable de que las situaciones sociales de las personas son dinámicas y cambiantes, el mismo marco de la pandemia se ha traducido incluso hoy en día en un “shock” socioeconómico que aún se está procesando y afrontando a nivel país, regional y mundial, en tanto que se observa un retroceso en materia de integración social, en Costa Rica:

La mayor inequidad social está asociada a las dificultades para garantizar la integración de amplios sectores de la población al desarrollo humano. El balance en este ámbito también es negativo: la creciente desigualdad en la repartición de los beneficios del desarrollo levanta barreras cada vez más difíciles de superar entre ciertos grupos y territorios (Programa Estado de la Nación, 2021, p. 261).

Entonces, los sistemas digitales de datos que contemplan información central para acceder a servicios del Estado deberían estar disponibles con la celeridad que la realidad social arroja para que dichos sistemas se traduzcan realmente en “una herramienta de política pública aplicada”, como lo llama el Programa Estado de la Nación (2020, p. 211).

Particularmente, M.F. Retana (comunicación personal, 2022, setiembre 06)¹⁵ se refiere a la función estratégica que realiza el SINIRUBE para atender la necesidad de contar con un único repositorio de información para visualizar los datos de personas que han recibido beneficios o acceso a programas sociales; en este sentido la señalada indica que esta instancia cuenta solamente con 10 personas trabajadoras en total, pero a su vez recalca que la metodología del sistema se elaboró con diferentes entidades internacionales y cuenta con aprobación científica respecto a modelos predictivos, lo cual respalda la veracidad.

Al respecto, IMAS (2018) ha mencionado que se han establecido alianzas con expertos internacionales del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT) en materia de nuevos modelos para mejorar la focalización de programas sociales con el objetivo de contribuir a una mayor fiscalización y atención especializada de la pobreza.

Dentro de los aspectos por mejorar, la persona consultada se refiere a los “errores de exclusión” de uso del sistema que se han identificado y se trabaja para tratar de subsanar, como la actualización de la información que se hace por el IMAS en las Fichas de Información Social (FIS) y ahora en los Registros de Información Socioeconómica (RIS), ya que reconoce que el IMAS está saturado y se han presentado algunas resistencias del personal en cambiar procesos, pero subraya que la institución que se acogió al convenio debe también responsabilizarse de actualizar los datos, lo cual le atañe a la CCSS en este caso, y califica como “preocupante” que sólo las y los ATAP lo hagan. Además, se examina que el mencionado sistema no sustituye valoración profesional y “no hay en el mundo una metodología 100% infalible”.

Adicional a lo mencionado, el mismo estudio citado del Programa Estado de la Nación (2020) advierte que: “Los cambios inherentes a la digitalización de procesos y a las circunstancias de la pandemia han creado barreras adicionales a ciertas poblaciones con brechas digitales... (en el IMAS) Hay un problema de exceso de demanda y poco personal” (p. 209).

¹⁵ Trabajadora social de SINIRUBE desde 2021.

Por su parte, J.L. Gómez considera que la CCSS brinda servicios de salud y el IMAS de “ayudas sociales”, por lo que dicha entidad cuenta con más capacidades técnicas para calificar la línea de la pobreza.

Precisamente, A. Hutchinson (comunicación personal, 2022, octubre 11)¹⁶ se refiere a los motivos que llevaron a la conformación del SINIRUBE y lo asocia a razones técnicas y políticas, ya que había noticias de filtraciones, duplicidades en el otorgamiento de subsidios y la necesidad de ser más eficiente; se pretendía ir a buscar a las familias en condición de pobreza y no que las personas usuarias acudan a la entidad. Se pensó el uso de mapas sociales para esto y la intención se ha centrado en el aspecto de simplificación de trámites y evitar burocracia institucional.

No obstante, la indicada reconoce que “pudo haber sido mejor” la transición hacia el uso de SINIRUBE como sistema digital único (previamente se empleaba el SIPO: sistema de información de población objetivo, pero las variables son diferentes), en tanto que hubo un marco de incertidumbre, falta de claridad y desarticulación del proceso: se centralizó mucho y al divulgarlo no hubo mayor participación de la parte más operativa de la institución, por lo que la línea fue vertical. En aspectos más operativos, el uso de dos herramientas (FIS y RIS) de recolección de la información de las familias fue atropellado y enredado; sin embargo, subraya que sí se ha cumplido una simplificación de trámites porque obliga a las instituciones a coordinar entre sí por la información, y que no sean las personas usuarias las que deben acudir a cada institución por constancias y certificaciones.

Específicamente en lo que atañe a los seguros a cargo del Estado, la funcionaria identifica que sí hay recargo para las oficinas locales del IMAS, ya que esta población específica es adicional a la población usuaria regular, de ahí que los mecanismos institucionales como el centro de llamadas para concertar citas de aplicación del instrumento para calificar la condición socioeconómica, no dan abasto.

¹⁶ Trabajadora social del Área de bienestar familiar de la subgerencia de desarrollo social del IMAS, con más de 9 años de laborar para la institución.

Por su lado, la Contraloría General de la República (2021) emitió dos informes de evaluación de la funcionalidad y seguridad de la información del SINIRUBE, en ellos se indica que existen cerca de 78 instituciones públicas que son usuarias del sistema y se identifican por lo menos 42 programas de índole social que se han integrado; no obstante, es relevante señalar los principales hallazgos:

- El 95% de instituciones usuarias no están cumpliendo la obligación de remitir información que alimente el sistema.
- El 32,1% de las y los usuarios del sistema perciben que la información no está actualizada.
- El 50% de encuestados indicaron desconocer herramientas de reporte de fallas del sistema.
- En 74,5% desconoce acerca de la existencia del mecanismo de ayuda al usuario
- El 85,2% señaló no contar con manuales de funcionalidades del sistema.
- La Administración no implementa procesos de gestión de capacidad de su plataforma tecnológica.

Cabe señalar que ninguna de las fuentes primarias consultadas reconoció tener conocimiento respecto a estudios de impacto o evaluativos de la operatividad del SINIRUBE como medida de simplificación de trámites (o no) para las personas usuarias de los servicios de asistencia social; aunque la funcionaria de SINIRUBE sí compartió una imagen con datos cuantitativos recientes (a mayo 2022) que se considera importante compartir:

- 262 beneficios registrados
- 83 programas integrados
- 44 instituciones integradas
- 88 convenios de cooperación firmados
- 866 380 personas beneficiarias en 2021
- 5 056 496 personas registradas en el sistema
- 1 549 921 hogares con registros socioeconómicos
- ₡595 819 millones en transferencias monetarias registradas en 2021.

2.1 Reflexión relacionada con una perspectiva sociohistórica de derechos humanos.

Aquí se identifica un nudo central: las transformaciones del sistema de seguridad social, más los recientes cambios en las políticas sociales y de asistencia social desde la creación del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado en el año 2013 y la centralización de la labor de valoración y calificación de las condiciones socioeconómicas de la población para el acceso a los llamados beneficios públicos del IMAS, dan indicios de una flagrante *inversión de derechos humanos*: en nombre del interés de la administración pública del buen desarrollo y focalización de las políticas de salud y programas sociales para las llamadas poblaciones vulnerables, en realidad se han burocratizado los trámites centralizándolos operativamente en una institución a la cual no se le dota el personal ni los insumos suficientes para atender la tarea en tiempos de crisis sanitaria y del modelo neoliberal, que sean eficientes y asequibles a la población que más ha vivido los embates de la inequidad.

Al respecto, se exalta lo planteado por Hinkelammert, 1999 (p. 13):

En efecto, los derechos humanos no son fines. La *inversión de los derechos humanos* se hace siempre transformándolos en el resultado de una acción medio-fin, en la cual se buscan los medios calculables para realizar el fin. Para que ellos sean un fin hay que objetivarlos. Sin embargo, como fines objetivados se transforman en instituciones. La institución se puede imponer y, en consecuencia, se puede realizar por medios calculables adecuados. La institución se identifica ahora con los derechos humanos y llega a ser democracia, mercado, competencia, eficiencia institucionalizada. Tomadas estas instituciones como fines, se buscan los medios para imponerlas. Solo que, al imponerlas, hay que violar los derechos humanos en nombre de los cuales precisamente se actúa. De modo que los derechos humanos como fines, devoran a los derechos humanos del ser humano concreto que están en el origen. Ocurre así la inversión de los derechos humanos, los cuales actúan ahora como un imperativo categórico para violar a los propios derechos humanos (*resaltado no es del original*).

Vinculado con lo señalado, el acceso al sistema de salud como una de las principales puertas de la seguridad social constituye una base para contar con herramientas concretas en esta sociedad que permitan agenciar una vida digna de ser vivida, interpretado este concepto de dignidad, desde un posicionamiento crítico, no metafísico; en el entendido que se retoma la valoración de “las posibilidades y obstáculos que se tiene a la hora del acceso (igualitario o desigual) a bienes materiales e inmateriales” (Herrera, 2002, p. 111).

El mismo autor se refiere al vínculo razonado necesario de derechos humanos como “resultado de luchas sociales y colectivas que tienden a la construcción de espacios sociales, económicos, políticos y jurídicos que permitan el empoderamiento de todas y todos para poder luchar plural y diferenciadamente por una vida digna de ser vivida” (Herrera, 2002, p. 104), y más adelante amplía respecto a la idea de dignidad “la cual se concreta en la conquista de un acceso igualitario a los bienes materiales e inmateriales que nos permiten llevar adelante nuestras vidas desde nuestras particulares y diferenciadas formas de vida” (Herrera, 2002, p. 110).

Sin embargo, se considera que el aparato estatal volcado en el funcionamiento de sus instituciones no ha estimado precisamente la diversidad y heterogeneidad de diversos sujetos que reclaman el acceso a servicios de salud como derecho, ya que la sistematización digital de procesos en nombre de la simplificación de trámites deja por fuera a muchas personas sin acceso a tecnologías de información, por ejemplo, o con un nivel bajo de instrucción formal, en condición de callejización, e incluso a personas que ya presentan problemas de salud de diversa índole: física, mental, psicosocial, etc. y sus redes de apoyo son deficientes o nulas, por lo que acuden a los establecimientos de salud buscando atención, a lo cual se le suma la deficiente información disponible para la población y las entidades involucradas cuando se hizo el cambio de la mencionada gestión.

Algunos apuntes que se exaltan:

- La palabra clave en el proceso de obtener un seguro social es simplificación, pero cabe hacerse la pregunta ¿para quién(es)?

- Las tres fuentes primarias consultadas reconocen desventajas o aspectos por mejorar específicamente en el trámite de aseguramiento a cargo del Estado para las personas usuarias, ya que no estar visible en el sistema de registro único del Estado o contar con datos no actualizados, se traduce en un obstáculo para una persona que ya cuenta con factores de vulnerabilidad por la condición socioeconómica precarizada, y que además busca servicios de salud pública para atender precisamente su estado de salud integral: porque lo ve necesario, porque lo valora dentro de su concepción de bienestar, porque es su derecho humano.

3. Las piedras en el camino para acceder a los servicios de la CCSS y al derecho humano a la salud para mujeres que ya sortean un escenario de baches y montañas para erigir una vida digna de ser vivida.

El planteamiento del problema que se ha desarrollado hasta este punto se refiere a los cambios en políticas, manuales, reglamentos y procesos administrativos que involucran a importantes instituciones del país que brindan servicios de salud y de asistencia social, lo cual se conjuga en la figura de aseguramiento a cargo del Estado que existe en Costa Rica desde hace casi 40 años con la intención de brindar protección a las “personas pobres”, es decir, a las poblaciones más subalternizadas si se recuerda el contexto de la década de 1980 de crisis socioeconómica y profundización del modelo neoliberal.

No obstante, es imperativo subrayar que a lo interno de los sectores con mayores factores de riesgo y de exclusión en este país se ubican de forma reincidente las mujeres, ya que hasta las más someras estadísticas y reportajes periodísticos de cualquier línea editorial en torno a los índices de desarrollo humano y cifras de vulnerabilidad social, señalan desde hace años que la pobreza “tiene rostro de mujer”, y al hilar un poco más delgado, se colocan en la discusión las inequidades reproducidas por un sistema patriarcal con alcances estructurales; de ahí que las mujeres en general contamos tendencialmente con mayores obstáculos para ejercer y sostener una actividad económica y/o laboral que devenga en una autonomía económica, y por ende, en condiciones de vida digna.

Ante esto, la recopilación de las realidades de mujeres excluidas del sistema de salud pública se torna necesario para indagar la transgresión institucional al derecho humano de la salud e incidencia en su calidad de vida, de ahí que se opta por realizar un acercamiento a los sentipensares de algunas mujeres que compartieron sus narrativas de vida, y cuyas circunstancias y particularidades se constituyeron en la semilla que gestó esta investigación, ya que fue posible observar que los cambios administrativos señalados para contar con un seguro a cargo del Estado resultaron en trabas para su efectivo alcance.

En primer lugar, se considera necesario especificar las características del sujeto de estudio, en este contexto se alude a la categoría socialmente producida de **minorías**, o específicamente de:

minorías subordinadas emergentes o grupos minorizados... entendiéndolo por ello a un grupo que ha sido vulnerado, producido socialmente como desaventajado y dejado en el margen, constituido por relaciones de poder y que es minoría respecto de la mayoría de la sociedad, que se organiza en torno a una identidad diferente de ésta y que hace visible esta diferencia pidiendo reconocimiento como tal e instalando en muchos casos una propuesta autonómica” (Boitano, 2014, p. 2).

Este estudio coloca a las mujeres minorizadas, en particular: mujeres no casadas, no asalariadas, que presentan condiciones de pobreza, que realizan actividades informales de subsistencia y que presentan otras complejidades psicosociales como carencia de redes de apoyo familiar y comunal, baja instrucción formal educativa, consumo de sustancias psicoactivas o mujeres sobrevivientes de violencias en todas sus magnitudes, tales como: abandono, agresión emocional, física, patrimonial, sexual, y un largo etc., las cuales definitivamente afrontan factores de exclusión que se suman producto de los obstáculos que impone y reproduce la sociedad patriarcal occidental moderna; al respecto Ayllón (2014, p. 105) acota:

La perspectiva de género es una metodología que consiste en mirar desde fuera, alejarse de la endoculturación en los géneros que nos han inculcado para, desde la distancia poder desmontar los prejuicios y valores que

enfrentan a las personas como polos opuestos, deconstruir diría Derrida, en la línea de destrucción de estructuras opresoras que diría antes Heidegger.

Por otro lado, se ha colocado en apartados anteriores que el sistema de seguridad social costarricense ha apuntado a la llamada universalización de la cobertura del seguro de salud (llamado de enfermedad y maternidad – SEM); sin embargo, es claro que esta pretensión normativa enfrenta retos desde sus inicios y hasta hoy, no sólo por las constantes transformaciones socioeconómicas, culturales, geopolíticas, etc. que implica de por sí el presente, sino porque la cobertura de sectores informales o irregulares que están fuera de la economía productiva en términos neoliberales, se convierte en un “peso” para el sistema.

Sobre esta línea, y a modo de breve recapitulación histórica para contextualizar, se rescata uno de los libros clásicos respecto a la seguridad social en Costa Rica: Jiménez (1994), el cual coloca lo siguiente:

Mediante el trabajo como actividad práctica consciente, es que hombres y mujeres transforman a la naturaleza y se transforman a sí mismos. Con su capacidad creadora imprimen un valor ético y moral al trabajo: trabajar para ser verdaderamente hombres y mujeres libres y responsables, esto es, con una identidad propia, con dignidad y nobleza, y con sólidos principios éticos y morales que hagan del trabajo un servicio a la sociedad (p. 207 y 208).

No obstante, dicho trabajo compilatorio en esa época no aborda todavía aspectos de brechas o inequidades entre sectores de la sociedad, ya que impresiona que el objetivo es proponer perspectivas en materia de la administración y operatividad del sistema de salud que, para ese entonces, se encontraba en el germen de la descentralización.

Por su parte, el INAMU (2002) desarrolla un estudio respecto al acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica y afirma “... que se trata de la primera investigación enfocada al acceso de las mujeres a la seguridad social ...” (p. 7). Es prioritario remarcar uno de los hallazgos de ese estudio pionero respecto a la identificación de mujeres minorizadas que se ha colocado, ya que:

El aseguramiento familiar es la principal forma de acceso de las mujeres al seguro de salud. En efecto, cerca de la mitad de las mujeres (49%) de 12 años o más aparece como asegurada familiar, cuando este porcentaje es del 18% entre los hombres. Se puede argumentar que la fuerte concentración de las mujeres como personas no remuneradas, donde se ubican el 70% de las mujeres de 12 o más años, explica el protagonismo del seguro familiar (INAMU, 2002, p. 25; remarcado no es del original).

Dicha investigación también expone doce recomendaciones principales para mejorar el acceso de las mujeres a los llamados beneficios de los seguros sociales en Costa Rica, en este sentido se remarca el número ocho respecto al criterio para definir dichas condiciones de acceso en forma indirecta o familiar, ya que:

La noción principal que orienta la elegibilidad en materia de seguros sociales indirectos o familiares, es el de la dependencia económica. Cabe llamar la atención sobre dos aspectos relacionados con la dependencia económica como criterio para el acceso a las prestaciones que tienen directa relevancia en materia del seguro de salud...

a. El primero es un aspecto de filosofía o enfoque del sistema, por el cual la dependencia económica es el único criterio alternativo al de trabajador remunerado asegurado directo, para posibilitar acceso a la seguridad social y el cual se aplica en el caso de imposibilidad de contribución de las personas (tanto familiar como por cuenta del Estado). Esto tiene directas implicaciones para el trabajo no remunerado de las mujeres, que no se considera como trabajo.

b. El segundo aspecto es de operacionalización de la noción de dependencia económica, entendida exclusivamente como la ausencia de ingresos propios. En realidad, las condiciones de vida actuales vuelven este criterio excesivamente restrictivo, dado que puede haber dependencia económica, aun cuando se cuente con ingresos propios. Este es el caso, por ejemplo, de muchas mujeres que cuentan con trabajo marginal, pero fundamental para el sostén del hogar. Actualmente, el sistema está penalizando este tipo de estrategias de sobrevivencia (INAMU, 2002, p. 118-119).

Lo anterior es clave para enmarcar la situación actual, ya que las modalidades de aseguramiento no han cambiado, e incluso Martínez (2006) remarca esto al aseverar que “el aseguramiento familiar se basa en la dependencia económica” (p. 8) y señala que esto se constituye en un desincentivo para que mujeres con ingresos propios se aseguren, y específicamente en los casos que se exponen, al carecer de ingresos económicos propios o son insuficientes para acceder a la modalidad contributiva de salud y pensiones “muchas mujeres eligen no contribuir porque no tienen en claro la pérdida de derechos que conlleva”.

Esto se mantiene en años siguientes, ya que Martínez (2008) luego de un amplio análisis de políticas, aspectos administrativos y propuestas para acortamiento de brechas en materia de seguridad social, afirma que “desde el punto de vista de equidad de género el período 2000-2006 es básicamente de leve retroceso en el acceso autónomo a la seguridad social por parte de las mujeres ocupadas y un estancamiento entre las no ocupadas...” (p. 72).

Más de una década después, y según los datos del Programa Estado de la Nación (2021, p. 259) se repite el escenario de inequidad:

Las mujeres destacan entre los grupos que han sufrido un mayor impacto laboral. Desde años atrás, ellas padecían desventajas que las colocaban en una posición más vulnerable que los hombres en una crisis. Para el segundo trimestre de 2021 la tasa de desempleo femenina se ubicó en 24,6% versus 13,7% de la masculina.

Todo lo expuesto hasta aquí se vuelca y materializa en las realidades de tres mujeres adultas que viven o pernoctan en zonas urbanas capitalinas del sur geográfico y epistemológico del cantón central de San José, cuyas historias he conocido de primera mano desde años atrás en el ámbito de la prestación de servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención, así como acercamientos personales.

Por respeto a su privacidad y confidencialidad, no se revelan las identidades, pero sus experiencias de vida a la luz del análisis de las categorías planteadas

pretenden arrojar elementos de reflexión y mostrar inequidades y violencias, en aras de denunciar la necesidad de transformarlas.

	“Ana”	“María”	“Carmen”
Edad	36	39	40 aprox.
Grado de escolaridad	Primaria incompleta	Primaria incompleta en modalidad prevocacional	Desconocido
Ocupación	“Ama de casa” o trabajo doméstico no remunerado: principal encargada de hijos(as) y madre adulta mayor que presenta problemas de movilidad.	Condición de callejización hace 1 año aprox.	Condición de callejización de larga data.
Estado civil	Soltera	Soltera	Desconocido
Hijos(as)	3 menores de 10 años	3 adolescentes	Desconocido
¿De qué manera satisface necesidades básicas?	Apoyo de madre pensionada IVM.	Mendicidad o caridad.	Mendicidad o caridad.
Condición de salud general	Cursa cuarto embarazo no planificado. Bajo peso y anemia.	Conocida portadora de enfermedades crónicas no transmisibles que requieren control de salud periódico y medicación: hipertensión, diabetes, obesidad, depresión. Problema de adicción a sustancias psicoactivas agravado hace 1 año aprox. Condición de discapacidad intelectual.	Conocida portadora de enfermedades crónicas no transmisibles que requieren control de salud periódico y medicación: diabetes, desnutrición severa, enfermedad psiquiátrica. Problema de adicción a sustancias psicoactivas de larga data.
Servicios de salud que emplea	Por motivo del embarazo ahora tiene derecho a atención en salud de control prenatal, parto y tres meses de postparto, luego regresa a la condición de no asegurada.	Ninguno	Emergencias

¿Qué tipo de seguro social tenía antes de la situación actual?	Convenio CCSS- Ministerio de Justicia y Paz (por relación de pareja con padre de sus hijos/as).	A cargo del Estado (por condición de pobreza).	A cargo del Estado (por condición de indigencia).
¿Cuál fue el principal problema para renovar el seguro?	Desconocía el trámite o que debía renovarlo. Horarios de atención para acudir al IMAS no se ajustan a sus responsabilidades de cuidado de la madre y de 3 menores de edad.	Dificultades cognitivas y probablemente neurológicas que afectan la posibilidad de trasladarse hasta la oficina del IMAS que corresponde y cumplir requisitos.	Dificultades cognitivas y de índole psiquiátrico que afectan la posibilidad de para trasladarse hasta la oficina del IMAS que corresponde y cumplir requisitos.

- “Ana” de 36 años reside con su madre adulta mayor que presenta una condición de salud crónica progresiva y sus tres hijos(as) menores de 10 años de edad, hasta hace menos de 2 años contaba con una medida de pena judicial alterna y tenía un dispositivo electrónico en el tobillo que estaba configurado para restringir el libre tránsito, por lo que básicamente sólo podía movilizarse en las cercanías del lugar de residencia para acudir a los centros educativos de sus hijos(as) y al centro de salud; el padre de sus hijos(as) se encuentra privado de libertad y durante un tiempo ella contó con un derecho de atención en salud por un convenio institucional CCSS - Ministerio de Justicia y Paz; sin embargo, se dio el alejamiento de la relación de pareja y este tipo de seguro cesó. Cabe señalar que “Ana” es soltera, el nivel de escolaridad es de primaria incompleta, carece de ingresos propios, ella y su grupo familiar satisfacen las necesidades básicas a partir de las transferencias monetarias estatales por concepto de becas escolares de dos de sus hijos y la pensión por vejez de la progenitora, cuyo monto corresponde al mínimo que recibe una persona que cotizó para el régimen de IVM. Al fungir como principal encargada de la guardacrianza de sus hijos(as) y del cuidado y atención de su madre, “Ana” ve prácticamente imposible la opción de acceder a un trabajo formal que le genere ingresos para la manutención personal y de sus familiares.

- “María” es una mujer que desde la infancia temprana vivió el abandono de sus progenitores, por lo que la crianza fue asumida por una persona que la acogió “por humanidad”; desde pequeña ha presentado dificultades de aprendizaje y ha mantenido dependencia económica respecto a su grupo familiar de acogida; ahora tiene 39 años de edad y el padre de sus 3 hijos(as) adolescentes es un hombre de casi 80 años con el cual no mantiene relación desde que nació la tercera hace 15 años. “María” ha tratado de establecer otras relaciones de pareja para “no depender de la familia”, pero dichas relaciones son cuestionadas por familiares y personas de la comunidad por sospechas de maltrato que ella ha negado (se conoce que el Patronato Nacional de la Infancia ha intervenido en varias ocasiones en protección de las personas menores de edad). Contaba con apoyo familiar o de pareja para realizar gestiones de seguro a cargo del Estado asociado a las dificultades a nivel cognitivo, pero desconocía que el trámite cambió en el año 2021 y ya había iniciado el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, en combinación con las enfermedades crónicas sin control adecuado, han significado una desmejora notable en el estado de salud integral e incluso neurológico.
- “Carmen” acudía de forma regular a los servicios de emergencias para atención de traumas, heridas y descompensaciones recurrentes de los niveles de glucosa y de la enfermedad de diabetes desde el año 2018, por este motivo ya ha sido sometida a amputaciones de orfejos (dedos de manos y pies), también acude a emergencias para contar con insumos para aseo personal; sin embargo, la cronicidad de sus problemas de salud de fondo y la enfermedad psiquiátrica constituyen elementos centrales que impiden condiciones para gestionar un seguro a cargo del Estado para una atención en consulta externa de la salud integral. “Carmen” conoce la comunidad donde vivía con familiares previo a la agudización de sus problemas graves con el estilo de vida, y las inmediaciones del centro de salud de larga data, incluso del servicio de emergencias la referían a la oficina de validación de derechos para “arreglar lo del seguro”, lo cual hacía, pero acudir a otra

instancia como el IMAS en otra localidad es improbable. Desde hace varios meses “Carmen” no acude a servicios de emergencias de la CCSS, se desconoce el paradero.

El común denominador de las tres mujeres mencionadas ha sido la sobrevivencia de múltiples violencias estrictamente relacionadas con su condición de género, así como la dependencia económica que han tenido respecto a terceros a lo largo de la vida y la informalidad de las actividades que han realizado para obtener ingresos propios para la subsistencia personal y de sus familias o personas allegadas; el cambio de la ruta de gestión del seguro a cargo del Estado en el año 2021 implicaba acudir a dicha instancia fuera de la comunidad en la cual se manejan, el contexto de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 también contribuyó a la saturación y ralentización de la respuesta estatal para las poblaciones más vulnerables.

No se trata aquí de hacer una apología de la seguridad social como panacea para atender y brindar alternativas de transformación de las condiciones de vida de estas mujeres, ya que es claro que la complejidad de sus circunstancias y experiencias de vida abarcan otros escenarios más allá del ámbito de la salud pública; tampoco se le pretende imputar a la ausencia de seguro social el principal motivo de las enormes inequidades estructurales, violencias y carencias que afrontan, pero sí es pertinente afirmar que contar con una condición de seguro social vigente constituye un factor protector para tener, al menos, la opción de atención médica y de profesionales de salud en materia de planificación familiar, educación social en salud, salud sexual y reproductiva, prevención de la enfermedad, control de enfermedades crónicas (físicas y mentales), atención de adicciones, tratamiento farmacológico, servicios de apoyo como trabajo social y psicología, entre otras alternativas.

En este punto, se rescata a Gallardo (2010) al remarcar la injerencia del Estado en derechos humanos y los relacionamientos sociales que se condensan en instituciones para potenciarlos, o no, ya que puede incurrir en violaciones de éstos “si no apodera las instituciones y lógicas sociales que favorecen como proceso la eliminación de las diversas formas de discriminación social o si no promueve una

sensibilidad colectiva hacia el rechazo en la existencia diaria de todo tipo de discriminación” (p. 76).

La posibilidad de agencia humana para vivir una vida digna de ser vivida también pasa por poseer facultades y oportunidades para transformar las condiciones inhóspitas del sujeto y del entorno, el acceso a la salud pública debería ser una de esas alternativas que se encuentre disponible de forma asequible para todos los sectores en general, y minorizados en particular.

4. Conclusiones:

La reflexión teórico-conceptual de la inversión y necesidad de reinversión de derechos humanos en relación con el acceso al seguro de salud, la vida digna de ser vivida y la estructuración de la asistencia social en Costa Rica se articula con esta investigación ya que se considera que en nombre del interés de la administración pública, del eficiente desarrollo de las políticas de salud y programas sociales para poblaciones minorizadas, en realidad se burocratizan las gestiones centralizándolos en una institución a la cual no se le dota del personal ni de los insumos suficientes para ejecutar la tarea con énfasis en la atención de las personas para brindar servicios que tengan el norte de disminuir y eliminar las condiciones de exclusión y discriminación, no de dotar al gobierno de más tela de dónde cortar los recursos pensados como “gasto social” para favorecer la constricción del Estado de bienestar y abrir puertas y ventanas a las recetas neoliberales.

Derechos humanos vaciados de las pugnas históricas de clase y de género en el patriarcado imperante, y de las realidades sociales complejas que se tensan en el entramado de las sociedades de América Latina, son meramente cáscaras discursivas que se traducen, muchas veces, en palabrería político-electoral y no en acciones concretas de atención directa de las inequidades y sesgos del sistema.

La seguridad social costarricense y las políticas sociales de asistencia para los grupos indicados constituyen elementos en constante revisión y cambio por parte de las administraciones gubernamentales de turno que dentro de sus campañas políticas para ser electos y planes de gobierno, colocan sus planteamientos para “combatir la pobreza y la desigualdad” u otros aforismos; sin

embargo, dichas políticas no deben estar desprovistas de un resorte económico que permita financiarlas y ejecutarlas de forma eficiente y eficaz, así como de criterios técnicos, y por supuesto, de un acercamiento sincero y transparente a las personas y sus realidades para brindar alternativas acordes, así como procesar sus propias demandas.

La situación vivida por mujeres minorizadas que ven obstaculizado el acceso básico a la seguridad social para contar con mínimos servicios de salud para prevención de enfermedades, promoción de la salud, opciones de atención en salud sexual y reproductiva, control de padecimientos crónicos físicos y mentales, y un largo etcétera, exalta por todo lo alto las enormes inequidades y exclusiones de un sistema que descarta a priori a personas catalogadas como improproductivas o incluso relegadas al abismo de “problemas sociales” desde una perspectiva naturalizada e incluso culpabilizadora de dichas condiciones.

Pero dichas mujeres existen y son un sujeto que requiere ser visibilizado desde sus propios sentipensares para contribuir a gestar alternativas de agencia para vivir, no sólo medio sobrevivir, lo cual pasa por hacer posibles las condiciones materiales para esto, y esto nos atañe a todos y todas como sociedad para recuperar y reconstruir un sistema de seguridad social que las cobije, porque si bien se ha centrado la exposición en el Estado y sus instituciones, dicho ente no constituye una abstracción, está formado por todas las personas habitantes de este país que contribuimos a la seguridad social.

Se comparte lo mencionado por Rosillo (2013, p. 112) ya que:

El ser sujeto es una potencialidad humana y no una presencia positiva. Es decir, el “sujeto” no contiene un valor o una sustancia a priori, sino que depende del sentido negativo del sistema que lo hace víctima; lo que podría decirse es que ese sujeto buscará revertir su situación de víctima a través de la generación de un nuevo sistema.

Ese nuevo sistema es nuestra tarea.

CAPÍTULO IV: REFLEXIONES FINALES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ESCRITURA Y RECOMENDACIONES

En el proceso de aprendizaje, reflexión, análisis y acercamientos sucesivos al objeto, la persona que investiga, a su vez, se embarca en una travesía introspectiva de revisión de sus posturas, criterios, y supuestos conocimientos o líneas de pensamiento construidas y asumidas como parte del ser.

Indudablemente, este proceso plasmado en un producto que deviene del ejercicio intelectual de escritura académica se ha visto enormemente enriquecido por toda la malla curricular de los cursos del posgrado, la guía e incitación de construcción de pensamientos críticos por parte de docentes, y la interacción y trabajo colaborativo con las y los compañeros estudiantes, cuya diversidad en formaciones profesionales de base, posturas, grupos étnicos, nacionalidades, peculiaridades, etc. otorgan el matiz latinoamericanista que fue mi enganche principal al optar por esta maestría, ya que es necesario ahondar en las estructuras que nos unen y tenemos en común en la región como pueblos, más que en las diferencias por etnias, acentos, idiomas, tradiciones, etc.

Mirar más allá del ombligo de mi país y reflejarnos en las historias y realidades de otras naciones latinoamericanas nos permite resaltar las memorias de nuestros saberes arrebatadas por el aparato colonizador, esto no está de más.

Las limitaciones del proceso son a su vez, oportunidades para experimentar los usos de las tecnologías de información, me refiero a la virtualidad total de la maestría que implica una interacción siempre humana con docentes y compañeros(as), pero mediada por el vehículo digital de sólo dos dimensiones en la pantalla, pero este aspecto también beneficia otros elementos como ahorro de costos de traslado hasta el campus y el tiempo que se debe contemplar por el muy cargado tráfico de automóviles en las vías de la GAM.

A nivel personal, esto me ha significado un esfuerzo físico y mental durante estos casi 2 años de cumplir con mi jornada laboral de lunes a viernes de 7am a 4pm, cosa que estoy segura que comparto con otras personas, y estar disponible a las 5pm para las clases sincrónicas y el trabajo asincrónico; sin embargo, es notable que el IDELA opte por ese horario que corresponde a muchas de las jornadas

ordinarias administrativas, de ahí que se empatiza con las personas que laboramos a tiempo completo, lo cual es compatible con la aventura de efectuar una maestría profesional que por supuesto que implica dedicar tiempo al estudio y restarlo de otras actividades.

Desde el impulso inicial de cursar un posgrado, hasta este punto que espero que esté por concluirlo, sí se ha mantenido una postura muy personal en torno a regresar al lugar de estudiante luego de 10 años de concluida la licenciatura en Trabajo Social, y es que estudiar, aprender, leer, debatir, cambiar posturas, agudizar criterios, disentir, frustrarse, cansarse, embotarse y maravillarse con los nuevos descubrimientos de conocimientos, debe ser un proceso elegido y para el disfrute individual y compartido. No creo que una persona que vive de un salario y opte por destinar un monto considerable de ese ingreso al pago de una maestría deba hacerlo por otro motivo que no sea enriquecer el espíritu y la mente en el ir y venir personal y colectivo de regresar voluntariamente a un aula (aunque sea virtual) primordialmente para crecer y construir.

Algunas recomendaciones ya han sido incorporadas para la siguiente promoción, tales como implementar la bimodalidad entre clases virtuales y espacios presenciales cara a cara; pero sí debo hacer énfasis en la necesidad de fortalecer el encuadre, la preparación y algún tipo de acompañamiento durante los cursos a profesores(as) nuevos o invitados para el IDELA, ya que una experiencia fue suficiente para dejar un mal sabor de boca ante lo que percibí como una improvisación en el desarrollo de un curso.

También considero importante que al menos todos y todas conozcan los otros cursos que se llevan por ciclo y los programas de estos, a efectos de que tengan una idea del momento del proceso de educación-aprendizaje y evitar repeticiones o que asuman que algún contenido ya se ha abordado en otros cursos y no ha sido así.

Tengo clara la libertad de cátedra y la autonomía profesional, pero cada curso forma parte de un programa de estudios con una ruta educativa para alcanzar objetivos básicos.

Se resalta la herramienta sumamente útil que es el aula virtual, pero se observó que algunos docentes tuvieron serios problemas logísticos para hacer uso de esta, lo cual sí se subsanó por otros medios como el correo electrónico.

Las reflexiones anteriores se entrelazan con la elaboración del trabajo final de graduación, ya que no podría estar divorciada la experiencia de la maestría con la investigación que corresponde al corolario del proceso.

Finalmente, sólo me queda expresar un enorme agradecimiento al IDELA, que como institución está conformada por personas que con su trabajo y compromiso ético-político que va más allá de la remuneración que perciben, constituyen un referente para la región en la incansable y urgente labor de pensar, sentir, actuar desde las inquietudes y diversas realidades de esta región latinoamericana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Araya, J. (2018, noviembre 13). No es cierto que los dineros de la pobreza se están trasladando a otros lados. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/no-es-cierto-que-los-dineros-para-pobreza-se-estén-trasladando-para-otros-lados/>
- Arce, C. (2021). *Financiamiento y cobertura del Seguro de Salud en Costa Rica: desafíos de un modelo exitoso*. Gestión en Salud y Seguridad Social. Vol. 1 – N°1, enero-junio 2021. <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/gestion/article/download/177/318/>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1941). *Ley 17 Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social*.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1971). *Ley 4760 Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)*. <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/docs/Ley%20N%C2%B04760%20Ley%20de%20Creaci%C3%B3n%20del%20Instituto%20Mixto%20de%20Ayuda%20Social.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1971). *Ley 4760 Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)*. <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/docs/Ley%20N%C2%B04760%20Ley%20de%20Creaci%C3%B3n%20del%20Instituto%20Mixto%20de%20Ayuda%20Social.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1974). *Ley 5662 Desarrollo Social y Asignaciones Familiares*. <https://www.mtss.go.cr/elministerio/marco-legal/documentos/Ley%20Desarrollo%20Social%20y%20Asignaciones%20Familiares.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1998). *Ley 7852 Desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social*. <https://www.ccss.sa.cr/assets/docs/juntas-salud/L-7852.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (2013). *Ley 9137 Creación del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado*.

<https://www.imas.go.cr/sites/default/files/docs/Ley%20N%C2%B09137%20Creaci%C3%B3n%20del%20SINIRUBE.pdf>

Avendaño, T. (2015). *El acceso a la salud y a la seguridad social como derecho fundamental y humano de las mujeres migrantes nicaragüenses en Costa Rica*. [Tesis de Licenciatura, Facultad de Derecho. Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/3205>

Ayllón, M. (2014). *Teoría feminista, equidad de género y diversidad sexual*. En *Feminismos y derecho: diversas perspectivas del derecho, del género y la igualdad*. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Boitano, A. (2014). *Grupos minorizados: identidades políticas, tipos de reconocimiento y formas de ciudadanía. Un análisis filosófico de la demanda mapuche en Chile*. Tesis para optar por el grado académico de doctor en filosofía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Carro, M. y Espinoza, G. (2016). *La historia de la seguridad social en Costa Rica*. Revista Judicial N° 119, junio 2016. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r35176.pdf>

CCSS (1996). *Reglamento del Seguro Social de la CCSS*. Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 19 de la sesión número 7082. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&strTipM=TC

Contraloría General de la República (2021, junio 03). CGR señala debilidades en el SINIRUBE. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/sala-prensa/boletines/2021/boletin-sinirube-03-06-2021.pdf>

De la Cruz, V. (2020, abril 29). La Caja Costarricense del Seguro Social, los orígenes de una Institución estratégica en el país. *La República*. <https://www.larepublica.net/noticia/la-caja-costarricense-del-seguro-social-los-origenes-de-una-institucion-estrategica-en-el-pais>

- De Souza, B. (2017). *Justicia entre saberes: Epistemologías del Sur contra el epistemicidio*. Ediciones Morata, S.L. Madrid.
- Díaz, D. y Molina, I. Editores (2021). *El gobierno de Carlos Alvarado y la contrarrevolución neoliberal en Costa Rica*. [Acuña, J. Capítulo 4. Política económica: fiscalismo, recortismo y recesión]. CIHAC. <https://repositorios.cihac.fcs.ucr.ac.cr/repositorio/bitstream/123456789/639/1/MolinaJimenez-DiazArias-978-9930-9748-41%20Gob%20Carlos%20Alvarado.pdf>
- Díaz, N. (2022, mayo 25). Condonación con Fodesf esfumaría 148 mil millones que patronos deben a personas más necesitadas. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/condonacion-en-fodesaf-esfumaria-%E2%82%A1148-mil-millones-que-patronos-deben-a-personas-mas-necesitadas/>
- Echeverría, B. (2005). *Un concepto de modernidad*. http://bolivare.unam.mx/ensayos/un_concepto_de_modernidad
- Elizondo, J. (1993). *Reforma del Sector Salud de Costa Rica*. Acta Médica Costarricense. Vol. 36, N° 1. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v36n1/art2.pdf>
- ENAH0 (2021). Costa Rica. Población total por sexo según zona y condición de aseguramiento, julio 2017 a julio 2021. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-hogares?filtertext=seguro%2520de%2520salud>
- Fernández, A. (1995). *Crisis, ajuste y pobreza en Centroamérica (1980-1992)*. Boletín americanista. N° 45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2937530>
- Fernández, R. (2001). *La entrevista en la investigación cualitativa*. Revista Pensamiento Actual. Universidad de Costa Rica. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/download/8017/11775/>
- FODESAF (2022). *Quiénes somos*. https://fodesaf.go.cr/acerca_del_fodesaf/quienes_somos/historia.html

- Gallardo, H. (2010). *Teoría Crítica y Derechos Humanos. Una Lectura Latinoamericana*. Revista redhes. No. 4, julio – diciembre, p. 57 - 89.
- Gallardo, H. (2016). *Teoría crítica y derechos humanos*. Revista Colectivo sobre Teoría Crítica y derechos humanos, Brasil, Septiembre 2016. En: https://heliogallardo-americalatina.info/index.php?option=com_content&view=article&id=479:teoria-critica-y-derechos-humanos&catid=9&Itemid=104
- Gándara, M. (2019). *Los derechos humanos en el siglo XXI: una mirada desde el pensamiento crítico*. Instituto Joaquín Herrera Flores. CLACSO. https://joaquinherreraflores.org/sites/default/files/derechos_humanos_siglox_xi.pdf
- García, R. (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: generalidades*. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. <https://www.binasss.sa.cr/opacms/media/digitales/EI%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hern%c3%a1ndez-%20Metodolog%c3%ada%20de%20la%20investigaci%c3%b3n.pdf>
- Herrera, J. (2002). *La reinención de los derechos humanos. Presupuestos de una teoría crítica*. Colección ensayando. <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-reinencion-de-los-derechos-humanos.pdf>
- Hinkelammert, F. (1999). La inversión de los derechos humanos: el caso de John Locke. Revista Pasos 85; sept-oct, pp. 20-35. Departamento Ecueménico de

- Investigaciones (DEI). <https://educacion.uncuyo.edu.ar/upload/la-inversion-de-los-derechos-humanos-f-hinkelammert.pdf>
- Hinkelammert, F. (2006). *El Sujeto y la ley: el retorno del sujeto reprimido*. Editorial Caminos. La Habana. <http://repositorio.uca.edu.sv/jspui/bitstream/11674/2091/1/EI%20sujeto%20y%20la%20ley.%20EI%20retorno%20del%20sujeto%20reprimido.pdf>
- Hinkelammert, F. y Mora, H. (2016). *Hacia una economía para la vida. Preludio a una segunda crítica de la economía política*. Quinta edición. <https://www.lahaine.org/bolivia2019/fortalecimiento-ciudadano/libros/hinkelammert.pdf>
- IMAS (2018, noviembre 27). *Presentan nuevos modelos para mejorar la focalización de programas sociales*. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/presentan-nuevos-modelos-para-mejorar-focalizacion-de-programas-sociales>
- IMAS (2021, marzo 19). *CCSS ya puede verificar los derechos de los asegurados por el Estado en las áreas de salud y hospitales*. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/ccss-ya-puede-verificar-los-derechos-de-los-asegurados-por-el-estado-en-las-areas-de#:~:text=El%20personal%20de%20las%20unidades,el%20aseguramiento%20por%20el%20Estado.>
- INAMU (2002). *Acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica: situación actual y recomendaciones para mejorarla*. Área de gestión de políticas públicas para la equidad. Instituto Nacional de las Mujeres. Feb.-Mar. 2002. <http://genero.bvsalud.org/dol/docsonline/7/6/067-INAMUMujeresSeguridadSocial.pdf>
- Jiménez, E. (1994). *La seguridad social en Costa Rica: problemas y perspectivas*. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social – EDNASSS. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/segsoc.pdf>
- Martínez, J. (2006). *La seguridad social en Costa Rica. Percepciones y experiencias de quienes menos tiene y más la necesitan*. Unidad para la Igualdad de Género en el Desarrollo (SDS/GED) Departamento de Desarrollo Sostenible Banco Interamericano de Desarrollo.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/15049/la-seguridad-social-en-costa-rica-percepciones-y-experiencias-de-quienes-menos>

Martínez, J. (2008). *Seguridad social y equidad de género en Costa Rica. Continuidades, cambios y retos*. Cuaderno de Ciencias Social 151. FLACSO, sede académica, Costa Rica, ISSN: 1409-3677.

<https://repositorio.iis.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/740/Seguridad%20Social%20y%20equidad%20de%20g%C3%A9nero%20en%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MTSS (s.f.). Seguridad Social Consultado el 19 de mayo 2022. <https://www.mtss.go.cr/seguridad-social/>

Mohanty, C. (2008). *Bajo los Ojos de Occidente Feminismo Académico y discursos coloniales*. En: Suárez L y Navaz A. eds. Descolonizando el feminismo. Teorías y Prácticas desde los Márgenes. Valencia, Universidad de Valencia.

OMS (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?* Consultado el 19 de mayo 2022. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

OPS (s.f.). *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas*. Consultado el 19 de mayo 2022. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

Picado, G. y Salazar, V. (2004). *Análisis de la cobertura del seguro de salud a partir del censo de población 2000*. <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/ansimcenso2000-15.pdf>

Programa Estado de la Nación (2000). *Estado de la nación en desarrollo humano sostenible n°6*. <https://estadonacion.or.cr/informes/>

Programa Estado de la Nación (2009). *Estado de la nación en desarrollo humano sostenible n°15*. <https://estadonacion.or.cr/informes/>

Programa Estado de la Nación (2010). *Estado de la nación en desarrollo humano sostenible n°16*. <https://estadonacion.or.cr/informes/>

Programa Estado de la Nación (2019). *Estado de la Nación n°25*. <https://estadonacion.or.cr/informes/>

- Programa Estado de la Nación (2020). *Estado de la Nación n°26*.
<https://estadonacion.or.cr/informes/>
- Programa Estado de la Nación (2021). *Estado de la Nación n°27*.
<https://estadonacion.or.cr/informes/>
- Ramírez, J. (2011) *Cómo diseñar una investigación académica*. 1° ed. Montes de María Editores. Heredia, Costa Rica.
- Rosillo, A. (2013). *Fundamentación de los derechos humanos desde América Latina*. Editorial Ítaca. México, D.F.
- Rosillo, A. (2016) *Repensar derechos humanos desde la liberalización y la descolonialidad*. Revista Direito e Práxis, vol. 7, núm. 13, pp. 721-749
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=350944882023>
- UNAM (2017). *La investigación documental: características y algunas herramientas*.
Unidad de apoyo para el aprendizaje. disponible en:
http://132.248.48.64/repositorio/moodle/pluginfile.php/1516/mod_resource/content/3/contenido/index.html

ANEXOS

N° 1 **Instrumentos de recolección de información para fuentes primarias**

Entrevista exploratoria a funcionario(a) vinculado con SINIRUBE-IMAS

Datos generales: nombre, puesto de trabajo, fecha.

1. ¿Conoce los motivos político-estatales que llevaron a la conformación del SINIRUBE? Explique.
2. ¿En qué consiste el SINIRUBE?
3. ¿Cuáles son las principales fortalezas que identifica en el SINIRUBE?
4. ¿Cuáles son las principales debilidades que identifica en el SINIRUBE?
5. ¿Existen estudios de impacto o evaluativos de la operatividad del SINIRUBE como medida de simplificación de trámites (o no) para las personas usuarias de los servicios de asistencia social? Explique.
6. ¿Tiene usted alguna recomendación para una mejoría del sistema en términos de facilitar el acceso a las personas usuarias?
7. ¿Considera que los servicios de asistencia social para personas con limitaciones socioeconómicas constituyen derechos humanos? Explique.
8. ¿Considera que los servicios de salud pública constituyen derechos humanos? Explique.
9. Comentarios y observaciones.

Entrevista exploratoria a funcionario(a) CCSS en materia de validación de derechos (trámite de seguros con coberturas a cargo del Estado)

Datos generales: nombre, puesto de trabajo, fecha.

1. ¿Conoce los motivos político-estatales que llevaron a la conformación del SINIRUBE? Explique.
2. ¿Considera que los servicios de asistencia social para personas con limitaciones socioeconómicas constituyen derechos humanos? Explique.
3. ¿Considera que los servicios de salud pública constituyen derechos humanos? Explique.
4. ¿Cuáles son los cambios que usted identifica para el trámite de seguros a cargo del Estado para las personas que presentan limitaciones socioeconómicas con la implementación del SINIRUBE en años recientes?
5. ¿Cuál es la valoración que usted hace respecto a dichos cambios en relación con la prestación del servicio a las personas usuarias?
6. ¿Tiene usted alguna recomendación para una mejoría del sistema en términos de facilitar el acceso a las personas usuarias?
7. Comentarios y observaciones.

Entrevista exploratoria, semiestructura o a profundidad (según disposición de la persona) a mujeres que han experimentado dificultades para el acceso al seguro a cargo del Estado.

Datos generales: nombre, edad, ocupación, sector de domicilio, fecha.

1. ¿A qué se debe que no tiene seguro social?
2. ¿Usted considera que es importante contar con seguro social? Explique.
3. ¿Conoce usted que existe la posibilidad de contar con un seguro a cargo del Estado para personas con limitaciones económicas? Explique.
4. ¿Qué opinión le merece el trámite o gestiones para poder contar con un seguro a cargo del Estado?
5. ¿Usted considera que tener seguro social es un derecho humano? Explique.
6. ¿Ha necesitado los servicios de salud pública? Explique.
7. ¿Identifica usted implicaciones o impacto en su vida por no contar con seguro social? Explique.
8. ¿Cuáles recomendaciones daría para facilitar el acceso al seguro social?
9. Observaciones y comentarios.