

LAS VOCES DE LAS MUJERES:

El impacto de la COVID-19 en su salud sexual y reproductiva y en la prevención y atención de la violencia basada en género.



CRÉDITOS

Coordinación y edición final

Evelyn Durán, UNFPA

Revisión

Cindy Valverde Manzanares, Ministerio de Salud

Equipo consultor

Silvia Elena Guzmán Sierra

Alina Cedeño Montoya

Diseño y Diagramación

Mónica Pereira Vásquez

Fotografía de Portada

Allison Quintanilla Hernández

Fotografías Internas

Allison Hernández, páginas: 6, 12, 19, 33 y 36.

Gabriela Rodríguez, páginas: 7, 23, 25, 29 y 30.

Carlos Charpentier, página: 8.

Priscilla Mora Flores, páginas: 9 y 13.

María José Cabezas, página: 20.

¿Cómo citar este documento?

UNFPA Costa Rica (2023) *Las voces de las mujeres: El impacto de la COVID-19 en su salud sexual y reproductiva y en la prevención y atención de la violencia basada en género*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud. San José, Costa Rica

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA Costa Rica

<https://costarica.unfpa.org/>

    UNFPA Costa Rica

Tel. (+506) 2296-1265



CONTENIDOS

Índice de cuadros	4
Índice de gráficos	4
Siglas y acrónimos	5
Introducción	6
Metodología	8
Caracterización de las mujeres consultadas	10
Resultados	12
a. El ejercicio de las mujeres en los cuidados domésticos y los cuidados comunitarios durante la pandemia.	12
b. Condiciones materiales y económicas de las mujeres y el acceso y cobertura de los sistemas de protección social antes y durante la pandemia.	16
c. Acceso a servicios de atención en salud sexual y salud reproductiva	20
Barreras de acceso a información para conocer los servicios disponibles en materia de salud sexual y salud reproductiva	21
Barreras actitudinales del personal de salud, evidenciadas a partir de malos tratos.	22
Barreras de acceso por las largas distancias para acceder a los servicios de salud que brinda el Estado.	24
Barreras económicas que ante la crisis han dificultado el acceso servicios.	25
Barreras por los cambios en la entrega de los servicios de salud, que se modificaron a partir de la pandemia	29
Otras barreras de acceso	30
d. Acceso a servicios integrales de atención y protección ante la VBG.	31
Bibliografía	38

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Cantidad de mujeres participantes en el estudio por situación de empleo	18
Cuadro 2. Costa Rica: Porcentaje de personas en situación de pobreza y estimación de cambio en adquisición de métodos anticonceptivos en establecimientos privados. 2015-2021	26
Cuadro 3. Costa Rica: Tasa de desempleo abierto y estimación de cambio en adquisición de anticonceptivos en establecimientos privados. 2015-2021	26
Cuadro 4. Estimación de mujeres que adquieren sus métodos anticonceptivos en establecimientos privados considerando los cambios en los porcentajes de las personas en situación de pobreza. 2015-2021	27
Cuadro 5. Estimación de mujeres que adquieren sus métodos anticonceptivos en establecimientos privados, considerando los cambios en las tasas de desempleo abierto. 2015-2021	27
Cuadro 6. Costa Rica: Consumo de métodos anticonceptivos dispensados por la CCSS. 2016-2021	29
Cuadro 7. Costa Rica: Incidentes de consulta de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, consultas generales sobre trámites de familia y violencia intrafamiliar en proceso en el Sistema 9-1-1. 2018-2021	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tendencias de nacimientos en niñas de 14 años o menos según tipo de relación por año.	34
Gráfico 2. Tendencias de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años según tipo de relación por año.	35

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACOMUITA:	Asociación de Mujeres Indígenas de Talamanca
CCPP:	Centro Cívico por la Paz
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
CNE:	Comisión Nacional de Emergencias
COVID-19:	Coronavirus
IMAS:	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA:	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU:	Instituto Nacional de las Mujeres
INDER:	Instituto de Desarrollo Rural
INEC:	Instituto Nacional de Estadística Y censos
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
MAG:	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MINSA:	Ministerio de Salud
MUSADE:	Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo
RMMSRYR:	Red de Mujeres Migrantes, Solicitantes de Refugio y Refugiadas de Los Chiles
SS/SR:	Salud Sexual y Salud Reproductiva
UNCOSANTOS:	Unión Nacional de Cooperativas de la región de Los Santos y zonas aledañas
UNFPA:	Fondo de Población de Naciones Unidas
VBG:	Violencia Basada en Género
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

La emergencia derivada de la pandemia de la COVID-19 está provocando impactos específicos sobre las vidas de las mujeres en todas sus diversidades, y profundizando las desigualdades de género existentes, tanto en el espacio familiar como en las dinámicas laborales, familiares, económicas y la forma como se gestiona la política pública.

En el año 2021, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), desarrollaron un estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los logros alcanzados en temas relacionados con la salud sexual y salud reproductiva (SS/SR) y la prevención de la violencia basada en género en Costa Rica. Entre sus principales conclusiones, destaca que el consumo de métodos anticonceptivos en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), disminuyó, alcanzando alrededor 1000 mujeres menos en comparación con el año 2019. El consumo de pastillas, inyecciones y condones masculinos se mantuvo o incluso disminuyó a número similares a los de hace 5 años, lo que evidencia que la mayor afectación es para las personas que usan métodos anticonceptivos de corta duración. En el caso del sector público, se estima que alrededor de 20.000 mujeres han dejado de usar pastillas anticonceptivas, si se compara el dato del 2020 con el del 2015.

La disminución en el consumo de las pastillas, condones e inyecciones, podría explicarse porque las personas deben ir de forma más regular al centro médico para el acceso a los mismos y esta visita pudo verse afectada por el miedo a enfermarse del virus, por las labores



de cuidado de los niños y las niñas limitando el acceso al servicio de salud, o bien por la situación económica de las mujeres que les limitaba trasladarse al centro de salud.

Los métodos de larga duración eliminan la necesidad de adherencia de las usuarias, y las protege de un embarazo por más tiempo, de modo que las mujeres que usaban anticonceptivos de larga duración y que no han alcanzado el momento de reemplazo, han continuado protegidas a pesar de las limitaciones que han tenido para acceder a servicios de salud o los temores que se han reportado para visitar centros de salud y el temor al contagio de la COVID-19. Los métodos de larga duración parecen, por tanto, ser más efectivos en la prevención del embarazo en situaciones de crisis sanitarias, como la producida por la COVID-19, e incluso, pueden seguirse usando uno o dos años después de la fecha de expiración indicada, sin riesgo de quedar embarazada, lo que permite que las mujeres que deben cambiar el DIU o el implante, puedan esperar hasta que los servicios se reestablezcan.

Por su parte, el análisis del consumo de métodos en el sector privado, evidenció que el aumento de la pobreza y el desempleo, acrecentadas a causa de la pandemia, podrían estar repercutiendo

también en el gasto de bolsillo de las mujeres para la compra de anticonceptivos, incluso alcanzando una situación más desfavorable que hace cinco años.

En relación con la situación de violencia contra las mujeres, según la información del sistema 9-1-1, se estima que para el 2020 se dio un aumento en algunas consultas relacionadas a esta temática. Las consultas por violencia intrafamiliar y delitos sexuales aumentaron de 9.180 en el año 2019 a una estimación para el 2020 de 10.487, las consultas por trámites generales de familia tuvieron un aumento de 1.107 para el 2020 con respecto a 1.029 en el año anterior; el único dato que presenta una disminución es la violencia intrafamiliar en proceso, que en el año 2019 fue de 109.008 y la estimación del 2020 resulta en una cifra de 106.445.

Los datos de la Fuerza Pública también muestran un aumento en las estimaciones del 2020, al subir la cantidad de personas imputadas por violencia intrafamiliar (son los casos en que la Fuerza Pública ha tenido que hacer alguna diligencia, como sacar a la presunta persona agresora de la casa).

Estos resultados de índole cuantitativo muestran, de modo general, la afectación que las mujeres han enfrentado a partir de la pandemia. Pero estos datos tienen cuerpos, rostros e historias que necesitan ser escuchadas. Por esta razón, el UNFPA, en coordinación con el Ministerio de Salud de Costa Rica, decidieron desarrollar en el año 2021, un estudio cualitativo para conocer desde las voces de las mujeres, el impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido en su acceso a la SS/SR y a una vida libre de violencia.

Para esto, se realizaron diferentes actividades de consulta con mujeres de las nueve regiones establecidas por el Ministerio de Salud: Huetar Caribe, Huetar Norte, Pacífico Central, Brunca, Chorotega, Central Occidente, Central Este, Central Norte y Central Sur. Para recopilar la información se utilizaron técnicas cualitativas como el grupo focal y la entrevista semiestructurada, así como la herramienta participativa de la sociometría como dispositivo técnico-metodológico que propició la reflexión de las mujeres participantes en el estudio. Dichos instrumentos, además, se acompañaron de la aplicación de técnicas participativas para el trabajo comunitario, a fin de profundizar en aspectos culturales, sociales y estructurales y su relación con el acceso al disfrute de la SS/SR y una vida libre de violencia. Adicionalmente, cada participante completó un cuestionario de variables previo a la entrevista o grupo focal, con el objetivo de conocer sus características socioeconómicas.

Este documento pretende brindar un análisis de la información obtenida en el proceso de consulta, en cuanto a las consecuencias que ha tenido la COVID-19 en su acceso a servicios de SS/SR y a una vida libre de violencia. Se presenta inicialmente la descripción de la metodología utilizada, para presentar luego los resultados del proceso de consulta, y las recomendaciones generales a instituciones y organizaciones con miras a restituir el ejercicio de los derechos de las mujeres en los ámbitos mencionados.



METODOLOGÍA

El estudio “Las voces de las mujeres: El impacto de la COVID-19 en su salud sexual y reproductiva y en la prevención y atención de la violencia basada en género”, tal y como su nombre lo indica, tenía como objetivo principal el conocer desde las voces de las mujeres, los efectos que la pandemia por COVID-19, ha tenido en su acceso a la salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos y de barrera, así como su acceso a servicios de atención y protección ante la violencia basada en género.


La recopilación de la información se basó en un enfoque crítico de interseccionalidad y de derechos humanos, que parte de que la realidad de la pandemia por COVID-19 ha sido vivida de distintas formas por las mujeres según su propia diversidad sociocultural, y que, por lo tanto, el tratamiento de la información recopilada debe ser acompañado de una profundización en el análisis contextual.

En esa línea, las técnicas de recolección de datos (grupo focal y entrevista semiestructurada), se acompañaron de técnicas participativas y de acción comunitarias, que facilitaron la profundización en aspectos culturales, económicos, sociales y estructurales, desde el conocimiento situado de las mujeres, a fin de establecer relaciones entre estos aspectos, la pandemia por COVID-19 y su acceso al disfrute de su SS/SR y de una vida libre de violencia. Además, se desarrolló un cuestionario de variables para ser completado por cada una de las consultadas, de modo que fuera posible el registro estandarizado de las principales características contextuales para su posterior análisis.

Para una recolección, sistematización y presentación ordenada de la información, se configuraron una serie de categorías:

- **Tiempo destinado a labores de cuidado e involucramiento parental educativo pedagógico.**
- **Acceso y cobertura de los sistemas de protección social.**
- **Participación en procesos de organización comunitaria.**
- **Condiciones materiales y económicas.**
- **Participación en planes de respuesta ante la COVID-19.**
- **Acceso a control prenatal.**
- **Acceso a servicios específicos de ginecología y oncología.**
- **Atención durante el parto y postparto.**



- 
- Acceso a información sobre servicios en SS/SR.
 - Involucramiento en acciones preventivas del VIH e ITS.
 - Acceso a información sobre VIH e ITS.
 - Acceso a artículos para la salud menstrual.
 - Acceso a información sobre salud menstrual.
 - Consumo de métodos anticonceptivos.
 - Acceso a métodos de barrera.
 - Acceso a información sobre métodos de anticoncepción y de barrera.
 - Acceso a servicios integrales de atención y protección ante la VBG.
 - Acceso a mecanismos de denuncia en situaciones de VbG.
 - Acceso a información sobre servicios integrales de atención y protección en situaciones de VbG.
 - Acceso a espacios de formación o educación u otras acciones con enfoque de prevención en VbG.

Para cada una de estas categorías se analizaron variables específicas que permiten profundizar en el análisis aquí presentado:

- Nivel educativo
- Conectividad
- Población altamente vulnerabilizada
- Situación económica
- Cobertura de seguro social
- Ruralidad vs. Zona urbana
- Relación de pareja

CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES CONSULTADAS

Para la recopilación de la información, se realizaron en total seis grupos focales y cuatro entrevistas semiestructuradas a diferentes mujeres de las nueve regiones del país. Para contactar a las mujeres se realizaron contactos con organizaciones sociales e instituciones, en las diferentes regiones. En el siguiente cuadro se presenta la información de dichas organizaciones, sus características, la cantidad de mujeres participantes y el grupo de edad al que pertenecen.

Región	Cantón	Grupo o enlace	Descripción general del grupo	Cantidad de personas	Rango de edades
Huetar Caribe	Talamanca	ACOMUITA	Mujeres adultas indígenas, productoras agrícolas o comerciantes.	16	23-64
Huetar Norte	Los Chiles	RMMSRYR	Mujeres migrantes, solicitantes de refugio o refugiadas.	6	25-47
Pacífico	Garabito	Centro Cívico por la Paz - Grupo Girasoles	Mujeres jóvenes, estudiantes (educación formal o no formal).	11	19-25
Central Este	Los Santos	UNCOSANTOS	Mujeres adultas en edades no reproductivas principalmente.	12	32-58
Central Occidente	San Ramón	MUSADE	Mujeres adultas organizadas en contra de la VbG.	13	23-65
Central Sur	La Carpio	Clínica Cristiana La Carpio	Mujeres adultas que acuden a los servicios de la Clínica Comunitaria Cristiana La Carpio	8	24-72
Central Norte	Heredia	Oficina de la Mujer, Municipalidad de Heredia	Lideresa comunitaria.	1	62
Brunca	Pérez Zeledón	Contacto directo	Mujer adulta en edad reproductiva.	1	41
Chorotega	Cañas y Liberia	Contacto directo	Lideresas comunitarias.	2	57 y 30
Total de mujeres consultadas:				70	19-72

En total, se logró contar con información de 70 mujeres, de las cuales 28 tenían entre 18 y 35 años (mujeres jóvenes), 18 tenían entre 36 y 49 años (mujeres adultas en edad reproductiva), y 23 tenían 50 años o más.

Para conocer en detalle las características de las mujeres participantes en el estudio, se les solicitó que completaran un cuestionario que recogió algunas de sus características sociodemográficas, así como su percepción sobre su situación económica. A continuación, se resumen los resultados de este cuestionario:

- En cuanto al nivel educativo, 4 mujeres mencionaron no haber recibido educación formal, 25 mujeres mencionaron tener primaria completa, 24 tener secundaria, 14 tener algún grado de educación universitaria y 3 de ellas tener un posgrado.
- 13 mujeres mencionaron no contar con seguro social, 8 estar aseguradas por su patrono, 11 tener seguro como trabajadoras independientes, 13 tener seguro voluntario y 24 estar aseguradas por el Estado¹.
- Dos de las mujeres participantes se identifican como parte de la comunidad LGBTIQ+. 16 como mujeres indígenas, 22 como mujeres rurales, 2 como mujeres afrodescendientes, 7 como mujeres migrantes, refugiadas o solicitantes de refugio
- Solo dos de las mujeres perciben que tienen lo necesario para vivir y que puede disponer de dinero adicional, ahorrar e invertir. Siete perciben que tienen lo necesario para vivir y que pueden disponer de dinero adicional y ahorrar. Nueve mujeres perciben que tienen lo necesario para vivir y que puede disponer de dinero adicional. 28 perciben que tiene lo necesario para vivir dignamente. 18 consideran que no tienen lo necesario para vivir dignamente y cinco de ellas consideran que viven en una situación de pobreza extrema.²
- Nueve de ellas indican tener un empleo formal, 31 mencionan tener un empleo informal. 15 indican estar desempleadas, 15 señalan ser dependientes económicamente de otra persona.
- 16 de ellas dicen no tener acceso a celular o computadora. 30 de ellas menciona que tiene acceso a celular prepago con datos móviles. 22 menciona tener acceso a celular pospago con datos móviles y 24 mencionan tener acceso a una computadora con internet fijo. 40 de ellas dicen tener acceso a internet, mientras que 30 señalan que no tienen acceso.

1 Una mujer no contestó esta pregunta.

2 Una mujer no contestó esta pregunta.

RESULTADOS

A. El ejercicio de las mujeres en los cuidados domésticos y los cuidados comunitarios durante la pandemia.



"La pandemia ha sido cosa de mujeres"
Mujer de la Zona de los Santos, 50 años.

Las labores de cuidado doméstico se han diversificado durante la pandemia, a la vez que han aumentado los tiempos que las mujeres invierten en estas labores. El Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) de la Universidad de Costa Rica, realizó un estudio con un total de 867 personas, de las cuales un 87,7% eran mujeres.

Al indagar sobre las nuevas interacciones entre madres, padres (o personas cuidadoras) y las niñas y los niños en el contexto educativo de la pandemia, encontraron que las labores de cuidado y el involucramiento parental educativo pedagógico son asumidas mayoritariamente por mujeres, quienes, ante el incremento de las demandas, en el contexto de la pandemia asumieron "una especie de triple jornada" (Méndez, 2020).

Según se detalla en la nota del estudio, durante las clases virtuales las mujeres tuvieron que desarrollar una escuela en casa, lo que implicó desempeñar una labor pedagógica sumada a las labores de cuidado y a la actividad laboral, en el ámbito formal o en el informal, en muchos casos.

"Antes yo iba a dejar a mi hijo al kínder y mientras él estaba en el kínder, yo hacía las cosas de la casa, en el kínder le daban la merienda y yo no me preocupaba por eso, y ya en la tarde me quedaba tiempo para mí, ahora no me da tiempo porque en la mañana tengo que cuidarlo y hacer oficio y apenas uno va saliendo."

MUJER DE JACÓ, 20 AÑOS



Esta realidad fue relatada por las mujeres participantes en el presente estudio, quienes aseguran que a partir de las medidas sanitarias incorporadas con la pandemia, y que tuvieron un impacto en las clases presenciales, las mujeres –incluidas ellas- tuvieron que asumir tareas de acompañamiento pedagógico de las personas menores de edad durante sus clases virtuales; tareas para las cuales dicen no sentirse adecuadamente capacitadas, lo que ha generado en ellas sentimientos de frustración y cansancio. Para las mujeres con baja escolaridad o que nunca estuvieron en el sistema educativo formal, esta tarea se volvió aún más ardua pues se trata de acompañar a sus hijos e hijas en un proceso que resulta ajeno para ellas en sus propias experiencias de vida.

“A veces no hacían caso (haciendo referencia a hijo, hijas y esposo) y se iban para la calle y volvían a la casa y entonces una tenía que estar lavando hasta tres veces al día.”

Mujer de la zona de los Santos, 50 años.

También mencionaron que la pandemia generó un aumento en la cantidad de horas que las personas permanecen en sus casas. En algunos casos sus hijos e hijas que estudiaban en la universidad y vivían fuera de la casa, regresaron a realizar sus estudios en modalidad virtual; también mencionan que hubo casos en que las parejas u otros miembros de la familia que trabajaban fuera de la casa perdieron sus empleos, vieron reducidas sus jornadas laborales o empezaron a desarrollar teletrabajo. Esto representó la necesidad de preparar más comida e invertir más tiempo en esta tarea. Aunado a esto, las medidas sanitarias de higienización representaron un aumento en el tiempo que dedicaban a labores domésticas y de cuidado, ya que velar por la limpieza y la salud

de las personas miembros de la familia es una tarea que, tradicionalmente, ha sido asumida por ellas, desde antes de la pandemia, y que, con la pandemia se intensificó.

Con respecto a sus roles como cuidadoras de personas adultas mayores, con discapacidad o con enfermedades avanzadas, que requieren de cuidados específicos o asistencia en algunas actividades, mencionaron que al verse reducida la frecuencia con que operan los servicios de transporte público en algunas de sus comunidades, la inversión de tiempo y recursos para brindar estos cuidados fue mucho mayor. Muchas han tenido que utilizar taxi en lugar de buses o han tenido que permanecer más horas de las habituales en los hogares de las personas a las que ofrecen sus cuidados.

“Antes una aprovechaba cuando iba a hacer mandados para darse una vuelta con las amigas y hablar un rato, ahora ni eso se puede hacer y hay que quedarse en la casa haciendo oficio.”

Mujer de Jacó, 22 años.

A la par del aumento en la carga del tiempo invertido en las labores o tareas domésticas, surge una afectación particular para las mujeres durante el tiempo de confinamiento –principalmente durante los primeros meses de la pandemia–: la reducción o cierre de espacios para el esparcimiento y la recreación y, por lo tanto, para el encuentro con otras mujeres. Este tipo de espacios se asocian a la construcción de tejido comunitario, es decir, a la generación de vínculos que se generan con otras mujeres y otras personas de su comunidad y que producen bienestar. Si bien, algunos de estos espacios se fueron recuperando con la familiarización de

encuentros virtuales, durante el año 2020, e inicios del 2021, las formas más espontáneas de gestionar la convivencia afectiva con otras, se vio limitada. Mencionaron, por ejemplo, conversar en un pasillo, en el bus, mientras esperan el inicio de un curso o un taller, o bien ir a tomar café donde una hermana o hablar con la vecina en la pulpería. Esta situación, señalaron, ha contribuido a que el peso de las labores de los cuidados y labores domésticas se perciba aún más.

También hablaron de la carga que cae sobre ellas en relación con los cuidados necesarios para reproducir la vida, refiriéndose con esto -además de las tareas domésticas y de cuidados-, a las tareas de organización familiar y comunitaria que no corresponden al ámbito privado, las cuales no son percibidas por ellas como una carga negativa de trabajo adicional. Algunas de estas tareas son el mantenimiento de la tierra y los animales, el cuidado del territorio y la defensa y protección de la naturaleza; en específico señalaron la propuesta de alternativas artísticas contrahegemónicas, antipatriarcales y antirracistas de las mujeres jóvenes en Liberia de Guanacaste; las huertas comunitarias y el trabajo asociativo de las mujeres en Guanacaste y Talamanca; las prácticas de medicina ancestral en Talamanca; así como las tradiciones y fiestas comunitarias producidas por lideresas en los diferentes cantones del país (bingos, turnos, ferias, ventas, rifas entre otros). Además, este tipo de actividades tienen un valor económico no reconocido monetariamente, pero sin el cual no son posibles las actividades productivas, por eso se habla de reproducción de la vida entendiendo que estas acciones son facultativas de la vida humana en el planeta.

En ese tejido, las mujeres asumen un rol político clave en la creación y recreación de formas posibles de existir, re-existir³ y resistir frente a las diferentes estructuras de desigualdades. No obstante, de acuerdo con la experiencia de las mujeres participantes, este rol político no es siempre visto como tal por la totalidad de la comunidad, ni se le asocia un poder o conocimiento simbólico en las comunidades. La mayoría de las mujeres consultadas dicen haberse sentido imposibilitadas a desarrollar estas actividades, compartir alimentos, plantas medicinales y remedios.

Las restricciones sentidas fueron mayores al inicio de la pandemia, debido a las medidas sanitarias impuestas de confinamiento, que consideran una forma de violencia simbólica, pues de acuerdo a su percepción, han surgido desde las realidades de la población clase media-alta que habita en el valle central, y que no han tenido en cuenta las formas de organización de la vida en las comunidades indígenas, rurales, empobrecidas y/o mayormente vulnerabilizadas históricamente. Las mujeres indígenas en Talamanca mencionan que las medidas sanitarias atentan contra su cosmovisión y prácticas ancestrales. En lugar de ver en las medidas sanitarias formas de cuidado, ven en ellas barreras para sus prácticas de cuidados comunitarios. Además, ninguna de las mujeres participantes de este estudio, dice haber sido parte de espacios de diseño, planificación o ejecución de planes comunitarios o cantonales frente a la emergencia por COVID-19. Y aunque reconocen el trabajo de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgo y Atención de Emergencias (CNE), consideran que no se han sentido parte de la toma de decisiones para enfrentar la emergencia sanitaria en sus comunidades o territorios.

3 Concepto tomado de Catherine Walsh (2017), intelectual-militante pedagógicamente comprometida e involucrada durante muchos años en los procesos y luchas de justicia y transformación social y decolonial, primeramente en Estados Unidos y, desde 1995, en Ecuador y América Latina; que junto con otras personas pensadoras que avanzan en la línea de la decolonialidad, proponen una lectura de relatos de vida moldeados por la colonialidad, pero que resisten y generan rupturas epistémicas y prácticas con ella. Este concepto se refiere a las posibilidades de estar, ser, sentir, existir, hacer, pensar, mirar, escuchar y saber de otro modo, que cuestiona y desafía la razón única de la modernidad occidental y el poder colonial -capitalista, racista y heteropatriarcal- aún presente.

Ahora bien, dadas las condiciones de desempleo, hambre y duelos producto de los cambios y desafíos que se han generado a raíz de la emergencia por COVID-19, y tras el sostenimiento en el tiempo de la pandemia, las mujeres dicen haberse reorganizado para generar alternativas contextualizadas a las necesidades en sus comunidades. En este sentido, las huertas comunitarias, la economía de trueque, y el impulsarse las unas a las otras en sus emprendimientos a través de redes sociales y de boca en boca, son prácticas habituales según comentan. Esta reorganización de las dinámicas sociales y económicas también ha aumentado la carga y el tiempo dedicado a las labores de cuidados comunitarios de estas mujeres, sin embargo, como se mencionó anteriormente, dichas prácticas no son percibidas como una carga o un sacrificio, sino como parte de una forma de sentir, ver y existir en el mundo en la que mantener vivo el tejido comunitario es garantizar la vida en dignidad.

A partir del segundo semestre del año 2021, las mujeres reconocen la reactivación virtual de los procesos de organización comunitaria más formales (asociaciones de desarrollo, comités cantonales, grupos de vecinos y vecinas entre otros) y espacios de capacitación administrados por instituciones estatales, organismos internacionales, empresas privadas y/u ONG's.

"Ahora es más cansado porque una pasa sentada, duele la espalda, los pies, la vista... pero más que cansado es aburrido, no es la misma experiencia que usted tiene presencial a virtual, a veces se le va el internet y también genera estrés."

Mujer de Jacó, 23 años.

No obstante, la virtualidad también ha traído consigo una serie de nuevos desafíos para las necesidades organizativas y/o formativas de las mujeres, ya que:

- No todas las mujeres tienen acceso a internet o este es limitado.
- El manejo de las tecnologías es reducido o limitado en general.
- El uso de las tecnologías en los espacios de capacitación genera estrés, cansancio y síntomas físicos como el dolor de espalda.
- Los espacios virtuales no se perciben como espacios con el mismo valor simbólico y político que los espacios físicos. Para las mujeres lo más significativo de los espacios de organización y capacitación es el encuentro entre compañeras. En la modalidad virtual se ve limitada la interacción en su forma más espontánea que sí se da con frecuencia en los espacios presenciales, y con ello, se reduce la posibilidad de construir o fortalecer vínculos afectivos y/o sociales entre las mujeres y otras personas participantes de dichos procesos.

B. Condiciones materiales y económicas de las mujeres y el acceso y cobertura de los sistemas de protección social antes y durante la pandemia.

En Costa Rica existen, de manera permanente, programas de protección social dirigidos a las mujeres. Entre estos destacan el Programa Puente al Desarrollo o la asistencia a familias en situación de violencia del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS); los diferentes programas y plataformas del Instituto Nacional de las



Mujeres(INAMU); el apoyo a la producción de las mujeres rurales por parte del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y el Instituto de Desarrollo Rural (INDER); el Programa Nacional de Mujeres Empresarias del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), BN Mujer del Banco Nacional; entre otros.

Asimismo, como respuesta a las necesidades de las poblaciones durante la pandemia, el país creó otros tipos de asistencia socioeconómica a las familias como el Bono Proteger, y las asistencias en especies (paquetes de canastas básicas y paquetes de higiene) dadas por diferentes instituciones como el Ministerio de Educación Pública (MEP), las universidades públicas, el Ministerio de Salud (MINSU), las municipalidades, entre otras. También organismos internacionales han generado asistencia a grupos de población específicos, como las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de refugio, que no solo se han visto afectadas por la crisis socioeconómica por la COVID-19, sino que su situación se ha complejizado por la crisis migratoria en Centroamérica, y en el caso de las personas nicaragüenses, por el conflicto sociopolítico en su país de origen (AFP, 2018).

Estos servicios de protección social durante la pandemia, han tenido como objetivo generar una solución concreta y temporal ante la crisis económica para la satisfacción de las necesidades básicas de las familias. Sin embargo, estas medidas no son suficientes para evitar la depresión económica en medio de la pandemia ni la subsecuente crisis. En ese sentido, las ayudas han sido paliativos para no empeorar la ya deprimida economía costarricense y la crisis de empleo que sufren principalmente las personas jóvenes y las mujeres.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Hogares durante el primer semestre 2021, del total de hogares pobres en el país un 46,9 % está encabezados por mujeres frente a 41% que está encabezado por hombres (INEC, 2021:67). Además, según datos de la Encuesta Continua de Empleo al tercer trimestre 2021 (INEC, 2021), durante todos los meses de la pandemia y hasta diciembre 2021, han sido las mujeres las más afectadas por el desempleo y aún más las mujeres con al menos un hijo o hija, o las mujeres jóvenes. Sin embargo, esto no significa abundancia o estabilidad económica de las mujeres en edades mayores, sino que, por el contrario, habla de unos altos índices de trabajo informal, precarización laboral y dependencia económica que han sido confirmadas por las mujeres consultadas.

Cabe resaltar que, a pesar de esta situación, el único grupo de mujeres consultadas que ha recibido apoyos del Estado durante la pandemia son las mujeres jóvenes del grupo Girasoles en Garabito; quienes, durante este tiempo, contrario a las demás, han visto mejoradas sus condiciones económicas a través de dichos apoyos. Sin embargo, los apoyos recibidos, como se ha dicho anteriormente, no son garantía de la superación de las barreras económicas.

Cuadro 1. Cantidad de mujeres participantes en el estudio por situación de empleo

Pregunta	Cantidad de mujeres
Tiene un empleo formal.	9
Tiene un empleo informal.	31
Está desempleada.	15
Es dependiente económicamente de otra persona.	15

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario completado por las participantes.

Como se puede observar el cuadro anterior, tan solo nueve de las 70 mujeres participantes en este estudio, manifestaron contar con un empleo formal. 31 de ellas mencionan tener un empleo informal, 15 manifestaron estar desempleadas y 15 respondieron que están en situación de dependencia económica. Estos datos coinciden con los nacionales, la encuesta continua de empleo indica que en 2019 el 45% de las mujeres trabajadoras estaba empleada de manera informal (Mora, 2020). Las mujeres perciben un deterioro de la economía en sus familias y en sus comunidades, las que se encontraban en condición de dependencia económica previo a la pandemia continúan en esa situación, lo que permite afirmar que la situación económica de las mujeres se ha visto empeorada e intensificada durante la pandemia, pero no es producto directo de ella.

“Ya con las edades nuestras, ya nosotras no somos clasificadas para el IMAS, por varias razones, uno porque ya no tengo hijos que cuidar, dos porque según para ellos yo no trabajo, aunque yo tengo mi finca y de eso vivo y tres porque ahora tienen una modalidad en que las asociaciones de desarrollo tienen que certificar a nosotras como mujeres si clasificamos o no clasificamos”

MUJER INDÍGENA, 57 AÑOS.

Según la percepción de las mujeres consultadas, los servicios de atención social están dirigidos principalmente a mujeres en edad reproductiva o que tienen a su cargo el cuidado de personas menores de edad. Cuando las mujeres ya no tienen un rol activo en la reproducción, dejan de ser receptoras de los diferentes tipos de apoyos del estado. En palabras de ellas, una mujer que ya no tiene un rol de madre cuidadora está “caducada”, “vencida” o es “inservible” para las sociedades. Esta reflexión habla de cómo los cuerpos feminizados son vistos desde la estructura estatal con una mirada sexista, que asigna como única tarea de las mujeres, la reproducción y el cuidado de las y los hijos, y una vez cumplida esta tarea el Estado no es responsable de garantizar su bienestar.

"Antes él (hablando de su esposo) no tenía trabajo fijo, pero le salían chambitas por aquí y por allá y con la ayuda del IMAS nos la íbamos jugando, al principio de la pandemia no salía nada y fue muy duro, ahora hay un poquito más por dicha"

Mujer de Jacó, 23 años.



En los casos en que sus parejas han visto reducidas sus jornadas laborales, visto interrumpidas sus ventas o han perdido sus empleos, se genera una escasez mayor de recursos familiares esenciales. Por su parte, las mujeres con una condición socioeconómica más privilegiada comentan que las familias han tenido que endeudarse mediante el uso de tarjetas de crédito y micro préstamos, pues de no ser así no podrían satisfacer el estilo de vida al que estaban acostumbradas previo a la pandemia.

"Antes de la pandemia yo salía a vender empanadas o tamales a la comunidad, pero ahora ya nadie quiera comprar, porque les da miedo el Covid, o porque ya no tienen plata"

**Mujer indígena,
46 años.**

Las mujeres participantes en Tlamanca llamaron la atención sobre el deterioro de su producción en el periodo de pandemia, indicando que se ha reducido la calidad de los cultivos. Para ellas, la pandemia ha acrecentado una crisis mayor en términos del cambio climático, perjudicando la salud de la tierra. Ellas, ven en la pandemia y en el cambio climático una misma enfermedad que lastima la vida en general y oprime las capacidades económicas de sus pueblos.

Aquellas mujeres que se dedican principalmente a la venta de sus productos agrícolas en pequeña escala o que venden productos alimenticios de manera informal, han visto disminuida la demanda de sus productos, pues quienes eran sus compradores ya no tienen la misma capacidad de compra o los intermediarios que les compran sus productos agrícolas han reducido el precio de compra.

"El estado tiene un panorama muy sicua⁴, las mujeres indígenas no se pueden dar a escuchar, las maneras en que nosotras trabajamos y la manera en que nosotras vivimos...o sea ellos quieren llevarse lo nuestro, pero no quieren dar nada a cambio."

Mujer indígena, 26 años

A razón de lo anterior, las mujeres productoras señalan que los apoyos estatales a la producción agrícola y emprendimientos de las mujeres tienen altos componentes técnicos, que no toman en cuenta la diversidad cultural ni visiones territoriales, excluyendo a las mujeres indígenas y campesinas del acceso al crédito o a los apoyos para su producción. De acuerdo con las mujeres consultadas, no existen procesos de consulta en los cuales se pregunte cuáles son las formas en las que se deberían de brindar los apoyos, pues generalmente los proyectos que llegan a sus comunidades no responden a sus tiempos, capacidades y necesidades.



Además, los requisitos para formalizar las producciones son muchísimos y muy complejos, por lo que no les queda otra salida que trabajar en la informalidad y a expensas de la demanda de los intermediarios agrícolas.

En el caso de las mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de refugio, mencionan haber recibido apoyos institucionales a través del ejercicio de incidencia que realizan los organismos internacionales como el ACNUR y/u ONGs que destinan fondos específicos para esta población y que a través de convenios han conseguido obtener algunos apoyos puntuales como el acceso al seguro social a través de la CCSS. No obstante, estas iniciativas no han venido de las instituciones estatales directamente.

C. Acceso a servicios de atención en salud sexual y salud reproductiva

El acceso a servicios de atención en salud sexual y salud reproductiva, incluye el acceso a información, acceso a métodos anticonceptivos, formas de gestión de la menstruación, a servicios de atención integral y acompañamiento durante el proceso del embarazo o control prenatal, parto y posparto, y el acceso a servicios específicos de ginecología y oncología que incluye la atención especializada y el acompañamiento, tanto en el sector público como privado, antes y durante la pandemia.

⁴ Concepto Bribri utilizado para referirse a una persona no indígena.

Los resultados de las entrevistas y grupos focales realizados con las mujeres, se resumen en la existencia de barreras para el acceso a estos servicios de salud sexual y salud reproductiva, las cuales no llegaron con la pandemia, sino que se agudizaron. Estas barreras se pueden resumir en:

- Barreras de acceso a información para conocer los servicios disponibles en materia de salud sexual y salud reproductiva.
- Barreras actitudinales del personal de salud, evidenciadas a partir de malos tratos.
- Barreras de acceso por las largas distancias para acceder a los servicios de salud que brinda el Estado.
- Barreras económicas que ante la crisis han dificultado el acceso servicios.
- Barreras por los cambios en la entrega de los servicios de salud, que se modificaron a partir de la pandemia.
- Otras barreras de acceso.

Barreras de acceso a información para conocer los servicios disponibles en materia de salud sexual y salud reproductiva

Las mujeres participantes en el estudio indicaron que antes de la pandemia la mayoría había tenido información sobre los servicios en salud sexual y salud reproductiva (SS/SR) que ofrece el Estado, a través de personas cercanas o referentes en sus comunidades, mas no directamente de información o comunicación generada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) u otras instituciones gubernamentales. Durante la pandemia, esta situación no solo se ha mantenido, sino que se ha visto limitada por motivo de las medidas de distanciamiento físico; de manera que una gran mayoría desconoce si se han visto modificadas las rutas de atención, y quienes se han enterado de estas modificaciones, ha sido principalmente porque han requerido acercarse a un centro de salud, por diferentes motivos de consulta o a retirar sus medicamentos y es entonces hasta allí que reciben información sobre las actualizaciones vigentes.

“Antes nos veíamos con las vecinas para agarrar los buses y ahí una se enteraba de que estaban haciendo Papanicolaou en el EBAIS o que había campañas, mientras que en la pandemia como una no veía a nadie no se enteraba de nada.”

Mujer de Jacó, 22 años.

Las mujeres que han estado vinculadas a organizaciones comunitarias o sociales, organismos de cooperación internacional como las agencias de las Naciones Unidas, y el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) son las que reportan haber tenido acceso a espacios de información o educación en temas relacionados con la SS/SR. Por ejemplo, en el tema de la salud menstrual, el grupo de mujeres migrantes, refugiadas y/o solicitantes de refugio ubicadas en Los Chiles, mencionaron que han tenido mayor acceso a información durante la pandemia, lo que se vincula a estrategias de apoyo y protección impulsadas principalmente por el ACNUR y sus agencias socias, como parte de la respuesta al incremento en el número de personas solicitando refugio en los últimos tres años en Costa Rica.

Para las otras mujeres el principal medio de información es el “de boca en boca”. No obstante, algunas de las instituciones que identifican que han promovido este tipo de espacios antes y durante la pandemia en sus comunidades son: el Ministerio de Salud, Oficinas Municipales de Gestión Social u Oficinas de la Mujer (específicamente en Cañas y Heredia), Universidad de Costa Rica (sede Liberia), Universidad Nacional (sede Heredia) y la médica del puesto de salud de la CCSS en Cañas. Además, se señalan esfuerzos de parte de colectivos de mujeres que, de manera autogestionada, realizan talleres virtuales y/o webinars sobre temas relacionados con la SS/SR de las mujeres, dirigidos a otras mujeres. No obstante, para estos últimos, hay que mencionar que las personas expositoras no necesariamente cuentan con una formación especializada en estos temas.

Resaltan la importancia de contar con información en temas relacionados con la SS/SR, ya consideran que estos espacios contribuyen a que se sientan seguras a la hora de acceder a sus derechos sexuales y derechos reproductivos; por ejemplo, para exigir una atención de calidad y respetuosa en el control de embarazo, atención del parto y posparto, Papanicolaou y otros servicios especializados en SS/SR. Esta situación quedó constatada con las preguntas que muchas mujeres desarrollaron en las actividades realizadas, cuando realizaron preguntas como ¿Cada cuánto hay que hacerse un Papanicolaou o una mamografía y a partir de qué momento?, así como dudas relacionadas a los tabúes respecto a los métodos anticonceptivos, por ejemplo, si los métodos hormonales generan que se suba de peso, o si el dispositivo intrauterino de cobre se puede incrustar en el cuerpo.

De igual manera, la desinformación se manifiesta en tabúes y mitos alrededor de la salud sexual y salud reproductiva por parte de las mujeres, las cuales mencionaron miedos y ansiedades con respecto al control ginecológico; por ejemplo, sentir vergüenza cuando es un médico hombre quien les atiende, o creencias como que el Papanicolaou es un procedimiento altamente doloroso. Esto evidencia lo necesario y urgente de movilizar esfuerzos institucionales para la divulgación de información al respecto y derribar las barreras de acceso a información que existen.

En cuanto al acceso a información, la tendencia encontrada de acuerdo con la vivencia de estas mujeres, es que no han recibido información sobre salud menstrual antes ni durante la pandemia,

Barreras actitudinales del personal de salud, evidenciadas a partir de malos tratos.

“A mí como en septiembre del año pasado (2020) me llamaron porque tenía cita de control y Papanicolaou y me preguntaron si quería que la cita fuera por teléfono, ni ellos mismos saben lo que dicen.”

Mujer de la Zona de los Santos, 51 años.

Las mujeres mencionan que los malos tratos por parte del personal de salud son una constante. Según sus percepciones, la información brindada por las personas funcionarias no es clara ni coherente con el tipo de servicios al que intentan tener acceso y muchas veces termina en situaciones de violencia institucional o discriminación por motivos de nacionalidad, etnia, o género.

"Yo no me hago papanicolaou porque me incomoda la idea de que a la hora de hacérmelo sea un doctor hombre porque una no sabe si le va a hacer algo si la van a tocar o algo... es aterrador"

Mujer migrante, 32 años.

"Yo el Papanicolau prefiero ir a hacérmelo a Hone Creek (comunidad a más de 2 horas de distancia) porque ahí hay enfermeras obstetras y no es un doctor."

Mujer indígena, 46 años.

Algunas mujeres mencionaron experiencias negativas en los centros de salud que se remiten a periodos previos a la pandemia, donde señalan que existe falta de sensibilidad del personal de salud, y desconocimiento de los procedimientos institucionales y de los derechos de las mujeres. Tal es el caso de una mujer migrante de 47 años, quien comenta que previo a la pandemia vivió la siguiente situación:



"Cuando yo salí embarazada, a mí me mandaron al EBAIS para que me pusiera en control, pero en ese tiempo yo no tenía seguro y una funcionaria me dijo -No tiene seguro, no la puedo atender. Cuando yo me monté al bus yo no me dí cuenta de nada porque yo me descompuse y cuando me desperté una señora me soplab y me soplab y yo le decía - ¿dónde estoy? [...] Cuando llegó donde mi hermano me dice: - ¡¿qué te pasó?, ¡¿qué te pasó?!, - ¡ay no sé!, le digo. Me acosté en una banca y comencé a vomitar y a vomitar. Claro, cuando llegué a la casa yo llegué solo a abortar. Cada vez que me acuerdo, a mí me entra como chicha mental, como cólera."

Mujer migrante, 47 años

Otra mujer migrante menciona que en la actualidad tiene un bebé de dos meses, y que durante los primeros meses del embarazo asistió a los servicios de salud y le indicaron que no la podían atender debido a su condición migratoria y la falta de seguro:

“Yo soy posparto y durante el embarazo no me quisieron atender porque no tenía seguro. Hasta que cumplí cinco meses de embarazo, cambiaron a la señora del EBAIS y la que llegó me dijo que sí tenía derecho y hasta ese momento me atendieron. Ahora me dicen que no pueden atender a mi bebé después de que cumpla 3 meses”

MUJER MIGRANTE, 22 AÑOS

Estas situaciones que las mujeres han vivido antes y durante la pandemia, denotan formas conductuales del personal de salud o percepciones de inseguridad por parte de las usuarias sobre lo que puede suceder en un espacio de atención de salud. Estas percepciones se presentan como una barrera para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. En general, al preguntarles a las mujeres sobre cómo es el trato en los centros de salud, ellas manifiestan un descontento generalizado, que se incrementa en los grupos de mujeres migrantes e indígenas.

Barreras de acceso por las largas distancias para acceder a los servicios de salud que brinda el Estado.

Acudir a los servicios de salud implica para muchas de las mujeres participantes en el estudio, una inversión de todo un día. En el caso de un grupo de mujeres indígenas en Talamanca, para llegar al centro de salud más cercano, deben desplazarse largas distancias, comprometiendo todo un día de trabajo y realizando una inversión económica de por lo menos veinticinco mil colones en transporte y alimentación. A esta situación se suman las malas condiciones en los caminos, principalmente cuando se trata de zonas rurales, así como la poca frecuencia con la que pasa el transporte público.

“Yo no quería saber si tenía enfermedades o no. Pero me dijeron que era muy bueno y me mandaron a hacer exámenes a Los Chiles. Fui y me hice los exámenes, pero después ya no volví porque vieras lo que cuesta ir allá a ese EBAIS, y es ¡todo el santo día y no hay donde ir a comer, no hay nada ahí!”

Mujer migrante, 47 años.

Esto genera una barrera en tanto las mujeres deben dejar sus labores diarias, de las cuales muchas de ellas subsisten, por no tener servicios de salud cercanos a su comunidad. Esto podría constituirse en la desmotivación de las mujeres por consultar en los servicios temas de salud sexual y salud reproductiva. Por ejemplo, en relación con el acceso a condones (tanto internos como externos), las mujeres indican desconocer las posibilidades que existen para acceder a éstos sin receta médica, por lo que consideran que deben ir al EBAIS, sacar cita y retirarlos en la farmacia. Esta desinformación es una barrera de acceso que podría aliviar la necesidad de viajar largas distancias para solicitar métodos de barrera.

Barreras económicas que ante la crisis han dificultado el acceso servicios.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (MINSA, 2015) consultó a las mujeres en edad reproductiva, en qué sector adquirirían sus métodos anticonceptivos. Más del 60% respondió que los adquiriría en el sector privado, ya sea en centros de salud privados, farmacias o supermercados. La posibilidad de las personas de utilizar sus propios recursos para la adquisición de anticonceptivos u otros insumos en salud varía de acuerdo a su capacidad de adquisición, la cual, su vez, está influenciada por el aumento o disminución de la pobreza y del desempleo.

"Hacen más exámenes y los estudios son más profundos. La atención es más integral (refiriéndose al sector privado)"

Mujer de Pérez Zeledón, 41 años.



Algunas mujeres participantes en el estudio con un perfil profesional y quienes disponen de dinero adicional, optan por llevar su control ginecológico en el ámbito privado. La decisión de utilizar servicios privados está motivada por varios aspectos como: a. el acceso a servicios privados es más ágil y rápido; b. la atención es más integral en comparación con la atención brindada en el ámbito público; y c. consideran que en el sector privado se ven menos expuestas a múltiples formas de violencia o discriminación.

"Siento que es más rápido y que la atención es más sensible. Por los testimonios constantes de mis amigas que habían recibido una atención violenta, decidí de una vez ahorrarme toda esa violencia y pagar por el servicio privado."

Mujer de Liberia, 30 años.

No obstante, la mayoría de las mujeres participantes indican que han experimentado barreras para acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva. Una de las determinantes para contar con este acceso, es tener seguro social. Quienes no cuentan con seguro social, han visto interrumpido su acceso. La carencia de acceso a la seguridad social se podría explicar de dos formas. En primer lugar, a partir del desempleo, que disminuye la cantidad de personas cotizantes, y en segundo, la pobreza, que incide en las dificultades de las personas desempleadas a acceder a algún tipo de aseguramiento voluntario. Al analizar los datos del INEC de los últimos años, tanto la Encuesta Nacional de Hogares, como la Encuesta Continua de Empleo del periodo comprendido entre el 2015 y el 2021, evidencian un claro aumento de la pobreza y el desempleo en Costa Rica relacionada con el impacto de la pandemia por COVID-19 (cuadros 2 y 3)

Cuadro 2 Costa Rica: Porcentaje de personas en situación de pobreza y estimación de cambio en adquisición de métodos anticonceptivos en establecimientos privados. 2015-2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (respecto a 2020)	2021 (respecto a 2019) ^{1/}
Porcentaje de personas de situación de pobreza ^{2/}	23,59%	22,86%	22,14%	22,88%	23,91%	29,96%	26,22%	26,22%
Diferencia anual en pobreza		-0,73%	-0,73%	0,75%	1,02%	6,05%	-3,74%	2,32%
Estimación de la diferencia anual en adquisición		1,45%	1,45%	-1,49%	-2,04%	-12,11	7,47%	-4,63%

^{1/} Debido a que el año 2020 fue un momento atípico e inestable económicamente, se decidió analizar el cambio para el 2021 considerando como referencia el 2019.

^{2/} Basado en el método de Línea de Pobreza.

Fuente: INEC, Encuestas Nacionales de Hogares para el periodo 2015-2021.

Cuadro 3. Costa Rica: Tasa de desempleo abierto y estimación de cambio en adquisición de anticonceptivos en establecimientos privados. 2015-2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (respecto a 2020)	2021 (respecto a 2019) ^{1/}
Tasa de desempleo abierto	9,61%	9,54%	9,07%	10,28%	11,76%	19,46%	17,34%	17,34%
Diferencia anual en desempleo		-0,07%	-0,47%	1,21%	1,48%	7,70%	-2,12%	5,58%
Estimación de la diferencia anual en adquisición		0,15%	0,94%	-2,42%	-2,96%	-15,41	4,24%	-11,16%

^{1/} Debido a que el año 2020 fue un momento atípico e inestable económicamente, se decidió analizar el cambio para el 2021 considerando como referencia el 2019.

Fuente: INEC, Encuestas Nacionales de Hogares para el periodo 2015-2021.

Un estudio realizado por UNFPA LACRO, denominado "Gasto de bolsillo en anticonceptivos en América Latina" (Godoy, Tobar, & Rodríguez, 2020), señala que las ventas minoristas de anticonceptivos son sensibles a los cambios macroeconómicos, en particular a los cambios en los niveles de pobreza. Concluye que, por cada punto porcentual de aumento en la pobreza o en el desempleo, disminuyó en un 2% la adquisición de métodos anticonceptivos en establecimientos privados. De modo que, tomando en cuenta el aumento de la pobreza y desempleo mencionados en los cuadros 2 y 3, se concluye que, por ejemplo, para el año 2016, 154.041 mujeres hubieran adquirido las pastillas en el sector privado si se hubieran mantenido los mismos niveles de pobreza. No obstante, para ese año la pobreza disminuyó en un 0,73%, de modo que la capacidad de adquisición aumentó en un 1,45% (cuadro 2) con respecto al año anterior. Este 1,45% de aumento, se aplica al año anterior, es decir a las 152.736 mujeres que usaban pastillas adquiridas en el sector privado en 2015. Por tanto, la cantidad estimada de mujeres que adquirió sus pastillas anticonceptivas en el sector privado para el año 2016, sería de 156.262. Si este

mismo análisis se realiza para todos los métodos anticonceptivos y para todos los años, se podría estimar que el aumento de la pobreza afectó la adquisición de métodos en el sector privado, retrocediendo a incluso más allá de la situación existente en el año 2015 (cuadro 4)

Cuadro 4. Estimación de mujeres que adquieren sus métodos anticonceptivos en establecimientos privados considerando los cambios en los porcentajes de las personas en situación de pobreza. 2015-2021

Método	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pastillas	152 736	156 262	157 314	153 488	153 758	139 260	151 63
DIU	11 602	11 870	11 950	11 659	11 680	10 579	11 518
Anticoncepción de emergencia⁵	1 554	1 590	1 600	1 561	1 564	1 417	1 542
Inyecciones	57 511	58 839	59 235	57 794	57 896	52 437	57 095
Condón masculino	84 633	86 587	87 170	85 050	85 199	77 166	84 021
Total	308 035	315 147	317 270	317 270	310 097	280 858	305 807

Nota: Dado que ninguna mujer afirmó adquirir los métodos de condón femenino e implante en centros privados, no es posible contar con una estimación para el periodo de estudio.

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los datos de desempleo, nuevamente, se encuentra una disminución en la adquisición de métodos anticonceptivos en el sector privado, presentando un cambio más fuerte para el año 2020 pasando en total de 307.354 mujeres cubiertas en el 2019 con estas condiciones a solamente 271.052 para el 2020 y para el 2021 hay un aumento a 285.865 mujeres. En este caso también la situación de adquisición de métodos en el sector privado, debido al desempleo, resulta ser menos favorable que la situación existente en el año 2015, lo que significa que, a causa de la pandemia, el uso de anticonceptivos en el sector privado retrocedió más de cinco años.

Cuadro 5. Estimación de mujeres que adquieren sus métodos anticonceptivos en establecimientos privados, considerando los cambios en las tasas de desempleo abierto. 2015-2021

Método	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pastillas	152 736	154 270	156 491	152 049	152 398	134 398	141 743
DIU	11 602	11 719	11 887	11 550	11 576	10 209	10 767
Anticoncepción de emergencia⁶	1 554	1 569	1 592	1 547	1 550	1 367	1 442
Inyecciones	57 511	58 089	58 925	57 252	57 384	50 606	53 372
Condón masculino	84 633	85 483	86 714	84 252	84 446	74 472	78 541
Total	308 035	311 129	315 610	306 650	307 354	271 052	285 865

Nota: Dado que ninguna mujer afirmó adquirir los métodos de condón femenino, vaginales e implante en centros privados, no es posible contar con una estimación para el periodo de estudio.

Fuente: Elaboración propia.

5 Para el año 2015, la anticoncepción de emergencia no se encontraba disponible en los servicios públicos de salud. Además, en los servicios privados solo era posible acceder a la anticoncepción de emergencia a través del método yuzpe.

6 Para el año 2015, la anticoncepción de emergencia no se encontraba disponible en los servicios públicos de salud. Además, en los servicios privados solo era posible acceder a la anticoncepción de emergencia a través del método yuzpe.

Esta situación es confirmada por las mujeres participantes en el estudio, que reportan una disminución en el gasto de bolsillo para compra de anticonceptivos en el sector privado. Este es el caso de tres mujeres universitarias originarias de una comunidad indígena en Talamanca, quienes señalaron que, al dejar de percibir el ingreso de la beca, durante la pandemia, han visto reducido su acceso a métodos anticonceptivos.

"Cuando se puede usar condón se usa, pero no siempre se puede porque no alcanza la plata"
Mujer de 23 años, Talamanca

"Yo no tenía todavía el seguro y no tenía plata para comprar la inyección o la pastilla."
Mujer migrante, 25 años

Las mujeres coinciden en que los condones son de fácil acceso en el sector privado. Sin embargo, no son considerados prioritarios en términos de la economía de las mujeres, por lo tanto, la reducción en el gasto de bolsillo tiene un impacto en su acceso a ellos, como lo ha sido también con los otros métodos de anticoncepción. Señalaron también que hay mucho desconocimiento acerca del modo de acceder a condones (tanto internos como externos) a través de la CCSS, así como la ya mencionada carencia de información acerca de las posibilidades que existen para acceder a éstos sin receta médica. Además, cabe resaltar que la información conocida sobre los métodos de barrera es información popular cargada de prejuicios y mitos sobre su uso.

"Yo tenía el implante pero me lo quité porque tuve una hemorragia durante dos meses y no uso condones porque no me gustan, porque son incómodos (risas de las otras compañeras), es una decisión personal."
Mujer de Jacó, 26 años.

Otra de las necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, para la cual encontraron barreras de acceso por situación económica, fue la compra de artículos para la gestión de la menstruación. Algunas mujeres señalan que se colocan las toallas o tampones por más tiempo de lo recomendado o bien, utilizan con frecuencia trapos de tela. Este tipo de prácticas puede poner en riesgo la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres pues el mal uso de las toallas y los tampones puede provocar infecciones. Cabe destacar, sin embargo, que, desde antes de la pandemia, muchas de estas mujeres no tenían acceso a toallas y tampones y acudían a las alternativas antes mencionadas. Es decir, que, con la pandemia, y la crisis económica subsecuente esta situación solamente se agudizó.

"Si uno tiene tal vez dos mil colones, da con costo para comprar el kilo de azúcar, ya no se ajusta para comprar las toallas y entonces tiene que ponerse tela. Incluso en mi juventud, cuando era adolescente, yo fue trapito que usé. Hasta que ya trabajé y me junté me puse toallas."
Mujer migrante, 25 años.

Cabe resaltar que algunas mujeres participantes en el estudio tenían una condición socioeconómica más estable (perfil profesional y que disponen de dinero adicional).

Ellas señalaron que no vieron interrumpido su acceso a artículos para la gestión de su menstruación. Por tanto, se puede concluir que existe una relación directa entre la situación socioeconómica de las mujeres y su capacidad para acceder a este tipo de artículos.

Barreras por los cambios en la entrega de los servicios de salud, que se modificaron a partir de la pandemia.

Los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social, evidencian una disminución en el consumo de métodos anticonceptivos a partir de la pandemia.

Cuadro 6. Costa Rica: Consumo de métodos anticonceptivos dispensados por la CCSS. 2016-2021

Método	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Pastillas	1 240 833	1 162 861	1 082 119	1 003 523	1 028 577	1 000 022	1 047 371	
DIU	4 118	3 994	4 486	4 879	5 308	4 474	5 731	
Inyecciones	137 796	142 999	145 848	150 000	150 739	143 703	143 015	
Condón masculino	2 562 849	2 561 415	2 498 941	2 690 339	2 932 051	2 575 844	2 227 761	
Condón femenino	0	0	0	0	168 982	109 425	75 538	
Implante	0	0	2 783	8 432	14 699	10 764	12 939	

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, los datos reflejan que entre el 2015 y el 2019 el consumo de pastillas ha ido disminuyendo, acompañado del aumento de los nuevos métodos (condón femenino e implantes) y del uso del condón masculino y las inyecciones. Para el año 2020, se presenta una disminución en el consumo de todos los métodos, situación que podría representar una consecuencia de la pandemia. Sin embargo, para el año 2021, se estima que habrá un aumento con respecto a 2020.

Esta disminución en el consumo de anticonceptivos en la CCSS, es explicado por las mujeres participantes en el estudio, a partir de la adaptación que los servicios de salud tuvieron que realizar a la pandemia por COVID-19.

“Lo que cuesta es que, entre la llamada, porque la línea pasa saturada.”
Mujer de Cañas, 57 años.



Desde su percepción, con el inicio de la pandemia, la posibilidad de agendar citas de este tipo fue más limitada por motivo de atención a la emergencia sanitaria y saturación de los centros de salud. Más recientemente, durante los últimos tres meses (setiembre-noviembre, 2021), sí han podido acceder a atención presencial en ginecología y esto les hace sentir mejor atendidas.

"Yo le dije a la doctora que quería operarme ya de esto, o sea yo no quiero tener más hijos, solamente con tres me quiero quedar y me dijeron que no porque por esto del COVID, por esto de enfermedades no están operando y que si quiero la cita me la dejan en 2023."

Mujer migrante en estado de embarazo, 25 años.

Además, durante los primeros meses de la pandemia, aquellas mujeres que requirieron citas de control en ginecología las tuvieron vía telefónica, y las reprogramaciones fueron una constante. La medicación o tratamientos sí estaban disponible, pero no tuvieron acceso a exámenes de laboratorio. La postergación de otros servicios, por ejemplo, salpingectomías u otro tipo de exámenes, también se vieron alterados con la pandemia y en muchas ocasiones las mujeres han tenido que buscar otras alternativas privadas para realizarse sus exámenes.

Otras barreras de acceso

Las mujeres migrantes, refugiadas y/o solicitantes de refugio, mencionan que el no contar con documentación emitida por el gobierno costarricense por algunos periodos,

o bien que la documentación con la que cuentan, principalmente cuando se trata del carnet de refugio, no sea validada por algunas instituciones, ha representado uno de los mayores obstáculos para su acceso a servicios de atención en SS/SR. Esto les ha limitado el acceso a métodos anticonceptivos y a otros exámenes y procedimientos para el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, otro grupo más pequeño de mujeres menciona que decidió no utilizar métodos hormonales como parte de un posicionamiento político que cuestiona la responsabilidad sobre el cuidado en la vivencia de la sexualidad, que recae sobre las mujeres, siendo quienes reciben en sus cuerpos los efectos secundarios que producen estos métodos.



"Nos hemos dado cuenta de que la responsabilidad sexual, de cuidado, ha recaído sobre las mujeres en el uso de anticoncepción. Este despertar ha generado que algunas mujeres dejen de utilizarlo, pero no se trata de motivos relacionados con la pandemia."

Mujer de Liberia, 30 años.

D. Acceso a servicios integrales de atención y protección ante la VBG.

La pandemia por COVID-19 ha tenido repercusiones también en la situación de violencia basada en género. Según la información del sistema 9-1-1, se estima que para el 2020 se dio un aumento en algunas consultas de violencia intrafamiliar en proceso.

Cuadro 7. Costa Rica: Incidentes de consulta de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, consultas generales sobre trámites de familia y violencia intrafamiliar en proceso en el Sistema 9-1-1. 2018-2021

Año	Consulta violencia intrafamiliar y delitos sexuales	Consultas generales sobre trámites de familia	Violencia intrafamiliar en proceso	Total
2018	9.375	922	105.754	116.051
2019	9.180	1.029	109.008	119.217
2020	10.459	1.121	107.775	120.403
2021 ^{a/}	8.431	842	91.510	121.759
Estimación 2021 ^{b/}	10.117	1.010	109.812	122.173
Variación porcentual 20-21	-3,3%	-9,9%	1,9%	1,5%

a/ Datos al 31 de octubre.

b/ Estimación del 2021 = ((2021 enero - octubre) / 10) * 12.

Fuente: Sistema de Emergencias 9-1-1.

Por su parte, los datos sobre consultas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, así como las consultas generales sobre trámites de familia, han continuado a la baja. En términos generales, antes y durante la pandemia, las mujeres consultadas que han experimentado situaciones de violencia basada en género (VbG) ellas mismas, o que conocen a otras mujeres en sus comunidades que se encuentran en una situación de VbG, dicen haber logrado acceder a los servicios de atención y protección cuando lo han requerido.

Algunas mujeres con mayor información tienen contacto directo con la Fuerza Pública y/o las Oficina de Gestión Social u Oficinas de la Mujer de las municipalidades, que facilitan la atención oportuna, pues en ocasiones las mujeres en situaciones de violencia no pueden llamar de emergencia desde su propia casa por convivir con el agresor. Señalan que las redes de apoyo comunitarias que se generan en los procesos de sensibilización y capacitación contra la violencia en particular; pero también los espacios formativos y de comunicación comunitaria en general, han constituido un factor protector para las mujeres que se encuentran en situaciones de riesgo frente a las múltiples expresiones de la VbG, antes y durante la pandemia.

Estas redes de comunicación entre pares se han constituido históricamente en el principal medio para acceder a información acerca de las rutas de acceso a los distintos servicios de atención integral y protección que brindan las instituciones, así como de apoyo entre las mujeres sobrevivientes de VbG, pues se fortalecen los vínculos afectivos y emocionales entre mujeres que comparten experiencias similares.

No obstante, agregan, que muchas veces se ven limitadas a denunciar estas situaciones cuando no es su propia situación, por temor a que se tomen represalias contra ellas y porque no necesariamente existen las condiciones institucionales ni comunitarias que garanticen protección.

Hay una percepción generalizada acerca de un aumento en las manifestaciones de VbG, relacionado con que los hombres se encuentren más tiempo en la casa a razón del aumento de desempleo, la reducción de jornadas y el teletrabajo, lo que les expone aún más a situaciones de VbG. También mencionan un aumento percibido en el consumo de drogas y alcohol dentro de las casas de habitación, exponiéndoles a ellas a otros tipos de riesgos y violencias. Para las mujeres participantes en el estudio, previo al confinamiento por la pandemia los hombres "salían a tomar" fuera de sus casas, y en ocasiones "se agarraban con otros hombres" y así "descargan la violencia". Al principio de la pandemia por el confinamiento, los hombres consumían alcohol dentro de las casas, entonces "se desquitaban contra la mujer" (reflexión hecha por las mujeres consultadas en la Zona de Los Santos)

"La pandemia ha sido cosa de las mujeres" dicen algunas de ellas, apuntando a que los hombres con frecuencia no acatan las recomendaciones sanitarias básicas orientadas por las autoridades, como por ejemplo el lavado de manos, la desinfección de los alimentos, el lavado extra de ropa, entre otras. Por lo tanto, velar por el cumplimiento de las medidas sanitarias durante la pandemia ha sido una actividad de las mujeres, que pudo haber tenido consecuencias violentas en la vida de las mujeres pues los hombres "se molestan" por estar recibiendo recordatorios e instrucciones sobre estos cuidados.

Además, desde la mirada de las mujeres, si antes de la pandemia ya existía una estructura que silenció sus voces, ahora esta estructura se ve fortalecida con las medidas que se han tomado en torno a la seguridad sanitaria (distanciamiento físico y confinamiento).

En este sentido, las mujeres en la Zona de los Santos hicieron un ejercicio comparativo que ayuda a comprender cómo las medidas de distanciamiento y confinamiento son un factor de riesgo para las mujeres ante la VbG. Para ellas, la mascarilla que representa todo lo vinculado a las medidas sanitarias representa, de manera simbólica, ese silenciamiento adicional del que sufren las mujeres durante la pandemia.

"En un momento de crisis que una necesita una guía paso a paso, no está clara. Es revictimizante, por ejemplo, tener que denunciar ante figuras masculinas, por un tema de empatía, sensibilidad y realidades diferentes. Y las instituciones no brindan un acompañamiento integral, no existe. Desde la manera en que te brindan la información, es difícil de comprender, no sabes qué te va a esperar".

**MUJER DE LIBERIA,
30 AÑOS.**

A pesar de su percepción sobre la accesibilidad de los servicios de protección ante la VbG, consideran que existe una estructura institucional que violenta, con sus mecanismos burocráticos y de difícil comprensión. La estructura de la violencia institucionalizada somete a las mujeres a procesos de revictimización principalmente durante los procesos de denuncia. Resaltan como positivo el acompañamiento de parte de una persona profesional en salud mental u otra persona especializada en el tema de VbG, en cuyos casos mencionan que el acceso a los mecanismos de justicia tradicional es más sencillo; además de que constituye una manera de contención emocional y psicológica en un momento en el que las cargas emocionales pueden ser muy elevadas. Sin embargo, esta posibilidad se ha visto interrumpida durante la pandemia, debido a las medidas sanitarias, como fue el caso de la experiencia de una de las consultadas, que al llegar a interponer su denuncia le indicaron que no podría entrar al edificio acompañada.

“En el trabajo es donde más lo veo (refiriéndose a su experiencia como profesional en educación que ha brindado acompañamiento en un proceso de denuncia por VbG), hay que ir a que pidan medidas de protección, hay que ir al INAMU y otro montón de cosas, pero como hubo un desligue tan grande de las instituciones y las comunidades en la pandemia, es muy complicado conocer el acceso paso a paso (refiriéndose a las denuncias)”

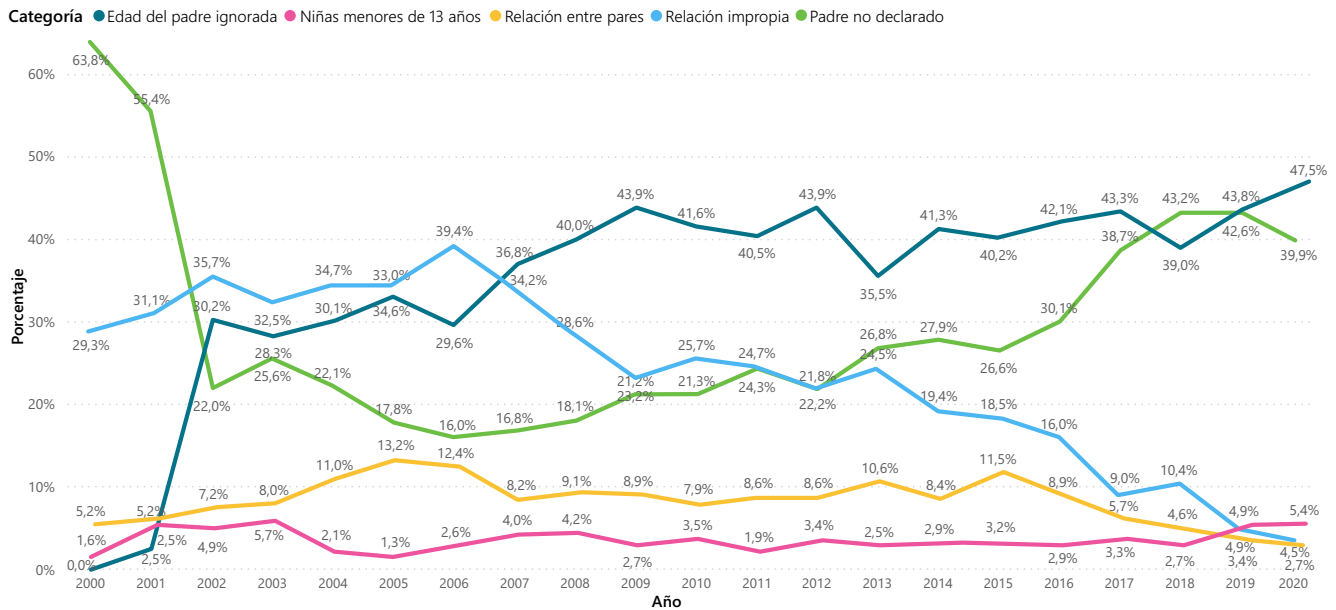
Mujer de Pérez Zeledón, 41 años.

A esto hay que sumarle que, en varias de las comunidades consultadas, como es el caso de la comunidad La Carpio y en Talamanca, los tiempos de respuesta institucionales en situaciones de riesgo de femicidio son muy lentos o bien no hay respuesta: “Mientras que la policía llega ya la ha matado”, comentan. En parte, esto se debe, de acuerdo con ellas, a que hay lugares de difícil acceso geográfico por las condiciones de los caminos en el caso de Talamanca, o por las situaciones de violencia social en La Carpio.

Finalmente, la mayoría de las mujeres participantes de la consulta, comentan no haber tenido acceso a espacios de prevención sobre relaciones impropias o embarazo en la adolescencia, ni antes ni durante la pandemia. Esto es particularmente preocupante según la información que se presenta en los gráficos 1 y 2.

Gráfico 1. Tendencias de nacimientos en niñas de 14 años o menos según tipo de relación por año.

Gráfico 1. Tendencias de nacimientos en niñas de 14 años o menos según tipo de relación por año.



Fuente: UNFPA e INEC (2021) Sistema de Información Estadística sobre nacimientos en niñas y adolescentes 2000-2020.

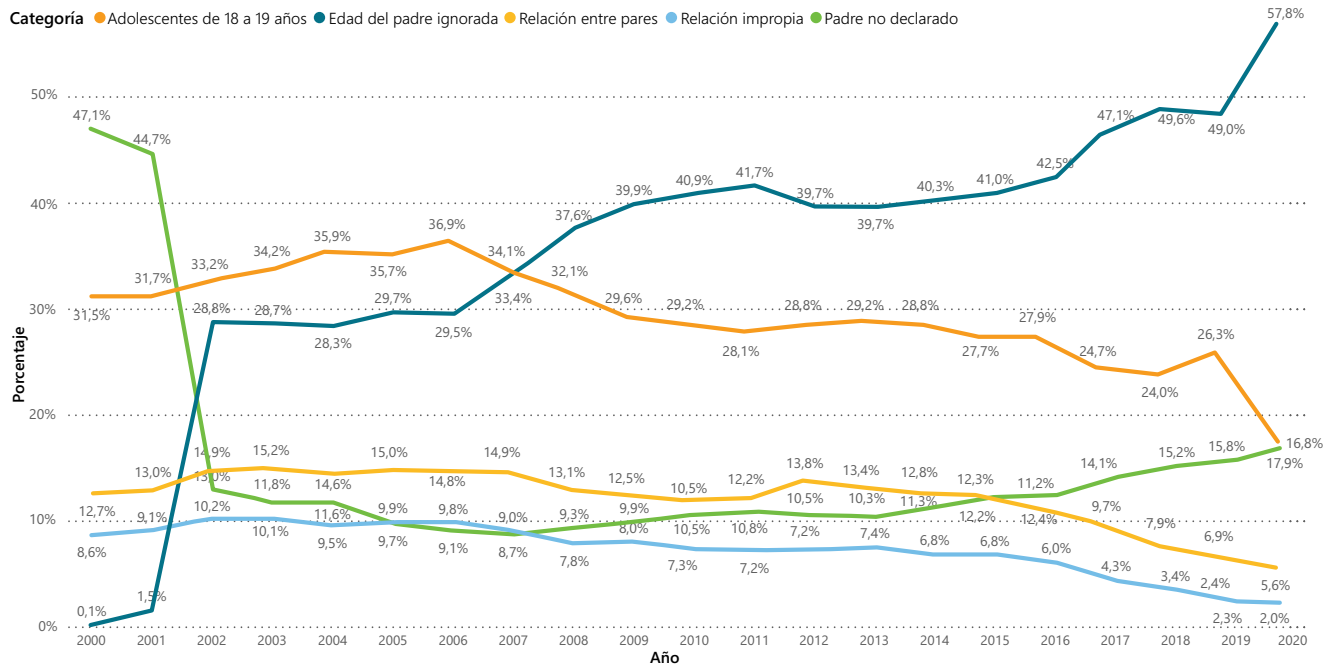
En el gráfico 01 se presentan los datos anuales sobre situaciones de violencia que podrían enfrentar las niñas de 14 años o menos, que declararon un nacimiento entre el año 2000 y el año 2020. Posterior al 2017, que coincide con la aprobación de la Ley 9406, conocida como la Ley de Relaciones Impropias, los datos de padre no declarado o de edad del padre ignorada han aumentado, mientras que el reporte de nacimientos en el marco de relaciones impropias ha disminuido. Esto podría implicar que los datos de la edad del padre (fundamentales para identificar si el nacimiento se da en el marco del delito de relaciones sexuales con personas menores de edad), no están siendo declarado para proteger a los progenitores de la aplicación de dicha Ley. Esto podría llevar a la conclusión de que para el año 2020, el 97,7%⁷ de los nacimientos en niñas de 14 años o menos se dieron en el marco de una relación de violencia. Este dato ha venido aumentando en los últimos años, encontrando su punto más alto en el 2020, aunque desde el año 2000 se ha mantenido por encima del 90%.

Por su parte, el gráfico 02 muestra la situación de las adolescentes entre 15 y 19 años que declararon un nacimiento entre el año 2000 y el año 2020. Siguiendo el mismo supuesto (que la no declaración del padre y la edad ignorada de padre ocultan relaciones impropias), se podría estimar que el año 2020, el 76,6% de los nacimientos en adolescentes se dieron en el marco de una situación de violencia, es decir, 10 puntos porcentuales por encima de la situación experimentada en el año 2019 y anteriores.

7 Se suman en este análisis los datos de Padre no declarado, Edad del padre ignorada, relación impropia y violación. Este último dato incluye a las niñas menores de 13 años que reportaron un nacimiento, ya que según el Código Penal, las relaciones sexuales con personas menores de 13 años, se constituyen en el delito de violación.

Gráfico 2. Tendencias de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años según tipo de relación por año.

Gráfico 2. Tendencias de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años según tipo de relación por año.



Fuente: UNFPA e INEC (2021) Sistema de Información Estadística sobre nacimientos en niñas y adolescentes 2000-2020.

Estos datos reflejan la urgencia de que los esfuerzos de sensibilización, información y acceso a la justicia sobre las relaciones impropias, que las mujeres participantes en el estudio mencionan no recibir, son urgente para garantizar la protección de las niñas y adolescentes del país.

Prácticas dignificadoras de las mujeres frente a las múltiples formas de violencia

Las mujeres liberianas trabajan por la transformación de las normas sociales de género que imperan en su provincia. De acuerdo con su análisis, la cultura del folclor guanacasteco, específicamente los topes o las corridas de toros son expresiones de la masculinidad hegemónica, en donde a la vez que aumentan los niveles de consumo de alcohol y otras sustancias, aumentan con ello las riñas callejeras, las agresiones sexuales, físicas, patrimoniales y psicológicas hacia las mujeres, sin que esto sea reconocido explícitamente.

Frente a esta realidad, un grupo de mujeres liberianas se ha dado a la tarea, desde antes de la pandemia, de generar espacios de disfrute a través del arte y el movimiento, que a su vez constituyan espacios de sanación; posicionando que la cultura se construye, y por lo tanto puede y debe transformarse de modo que no sean las mujeres quienes tengan que pagar el costo tan alto de vivir en una cultura que promueve las relaciones violentas entre los hombres y hacia las mujeres.



Conclusiones y recomendaciones finales

La gran mayoría de las mujeres consultadas en el marco de esta consultoría, desconoce la existencia de espacios de diseño, planificación o ejecución de planes de respuesta frente a la COVID-19, por lo que resulta urgente generar mecanismos institucionales que garanticen sistemáticamente la participación de todas las mujeres, en sus diversidades, dentro de los espacios de reactivación económica y toma de decisiones para enfrentar las consecuencias de la pandemia de la COVID-19. El análisis desde la interseccionalidad que reconozca las mujeres en sus diversidades, debe ser incluido en estos acercamientos, tomando en consideración la división campo-ciudad.

Las mujeres reivindican su rol comunitario y encuentran su valor en la generación de redes y alianzas entre ellas. La importancia de revalorizar simbólicamente, desde el discurso oficial, los trabajos sobre los cuidados que realizan las mujeres deben acompañarse de espacios para que ellas visibilicen, sistematicen y compartan sus conocimientos sobre los cuidados con otras mujeres y sus comunidades. Particularmente, en el contexto de la pandemia por COVID-19, la reapertura de los espacios comunitarios de encuentro en lo presencial debe incorporar una visión que valore todo el trabajo que las mujeres han hecho para enfrentarse a la emergencia sanitaria y los múltiples desafíos que han venido

con esta. Es necesaria la reflexión sobre lo que pasó y no solo empezar a pensar en superar la pandemia y “volver a la normalidad”.

Será necesario así mismo invertir en el trabajo con hombres y con la población en general para profundizar en el análisis de la deconstrucción de masculinidades hegemónicas y la construcción de masculinidades contrahegemónicas o que cuestionen y desafíen el modelo tradicional de masculinidad que perpetúa prácticas violentas contra las mujeres y las niñas y el fortalecimiento del rol que tienen las instituciones en la reproducción o problematización de estas masculinidades.

Resulta urgente generar mecanismos de información sobre SS/SR accesible, certera, adecuada, comprensible, científica, laica y libre de prejuicios que apunte a los canales informales de comunicación comunitaria, además de generar espacios educativos sobre SS/SR que contemple los tiempos comunitarios así como las dinámicas sociales y de trabajos de las mujeres; estos espacios deben de contemplar la importancia de los vínculos entre mujeres como factor protector ante la violencia y acompañarse de mecanismos para garantizar el acceso a anticoncepción, métodos de prevención de ITS y de gestión de la menstruación. Estas intervenciones tendrán éxito siempre y cuando se reconozca como prioritaria la independencia económica sostenida en el tiempo para las

mujeres. En este sentido los programas sociales que busquen la activación económica de las mujeres, tienen que contemplar la educación en SSR/SR y en empoderamiento de las mujeres como un tema central.

Finalmente, se deben generar estrategias de comunicación y articulación de parte de las instituciones con las formas de organización comunitaria -lideradas principalmente por mujeres-, que logren visibilizar y reivindicar las formas de resistencia y (re)existencia en sus comunidades. Para ello, los aportes prácticos y teóricos de las mujeres racializadas (y las luchas antirracistas en general), lesbianas, afrodescendientes, rurales y migrantes, ofrecen una serie de recursos y herramientas para encaminarse en esta tarea como lo es el mismo enfoque interseccional.

BIBLIOGRAFÍA

AFP (31 de julio 2018). *ONU estima que 23.000 personas huyeron de Nicaragua a Costa Rica a causa de la crisis política*. La Nación disponible en <https://www.nacion.com/el-mundo/conflictos/onu-estima-que-23000-personas-huyeron-de/7WS7E4MLFBDHZF3AXK7PPFRZJY/story/>

Guzmán, S y López, S. (Inédito). *La ética del cuidado como forma de organización política feminista en Costa Rica*. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Encuesta Nacional de Hogares*. San José, Costa Rica: INEC. Disponible en <https://inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reenaho2021.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Encuesta Continua de Empleo al tercer trimestre 2021*. Disponible en <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/recejas2021.pdf>

Mora Gerrero, J. (2020). *La informalidad del empleo en Costa Rica. Caracterización y recomendaciones*. San José, Costa Rica: Frederich Ebert Stiftung.

UNFPA (2021) El impacto del COVID-19 en los logros alcanzados en anticoncepción y en la prevención y atención de la violencia basada en género en Costa Rica. Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José, Costa Rica.

UNFPA (2022) Sistema e información estadística sobre nacimientos en niñas y adolescentes en Costa Rica 200-2020, con base en las estadísticas vitales del INEC. En: <https://costarica.unfpa.org/nacimientos>. Consultado el 23 de marzo de 2022.

Walsh, C. (2017). *Entretejiendo lo pedagógico y lo decolonial: luchas, caminos y siembras de reflexión-acción para resistir, (re)existir y (re)vivir*. Bucalagrande, Valle del Cauca, Colombia: Editorial Abril Trigo.



LAS VOCES DE LAS MUJERES:

El impacto de la COVID-19 en su salud sexual y reproductiva y en la prevención y atención de la violencia basada en género.

Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNFPA Costa Rica
<https://costarica.unfpa.org>