

TRABAJADORAS SOCIALES, CCSS: CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA Y CONDICIONES LABORALES

Grace Emilia Hernández*
Karla Vanessa Castro

Resumen

Este artículo forma parte de un proceso de investigación docente de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica -sede Rodrigo Facio-, que tiene como finalidad la identificación de características, necesidades y desafíos profesionales del Trabajo Social en la Caja Costarricense de Seguro Social. Para realizar este acercamiento se desarrolló un estudio descriptivo de la condición socioeconómica, situación de salud y situación laboral de las trabajadoras sociales que laboran en el segundo y tercer nivel de atención, en el Gran Área Metropolitana de Costa Rica. El trabajo pretende contribuir a la producción de conocimiento y a la reflexión colectiva de este gremio acerca de sus quehaceres con el propósito de que se favorezca el análisis crítico y la toma de decisiones.

Descriptor: trabajadoras sociales, Caja Costarricense de Seguro Social, segundo y tercer nivel de atención en salud, características socioeconómicas y condiciones laborales.

Recibido: 19-7-2018

Aceptado: 14-12-2018

• Licenciada en Trabajo Social de la UCR y magister en Planificación Social con énfasis en Planificación Estratégica de la UNA. Docente a tiempo completo desde el año 2013 e investigadora principal desde el año 2016, en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.

Correos electrónicos: grace.bernandezrojas@ucr.ac.cr y graceb43@gmail.com

• Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica y egresada de la Maestría Académica en Gerontología de la UCR. Docente de la Escuela de Trabajo Social de la UCR y trabajadora social de la Caja Costarricense de Seguro Social. kcastros@ccss.sa.cr

SOCIAL WORKERS, THE COSTA RICAN SOCIAL SECURITY INSTITUTE, SOCIOECONOMIC CHARACTERIZATION AND WORK CONDITIONS

Grace Emilia Hernández*
Karla Vanessa Castro

Summary

This article is part of a teacher research process at the School of Social Work at the University of Costa Rica (the Rodrigo Facio campus) meant to identify the characteristics, needs and professional challenges of Social Work at the Costa Rican Social Security Institute. To take this approach, a descriptive study was undertaken of the socioeconomic status and health and labor situations of the social workers who were polled who work at the second and third tier of care in the Greater Metropolitan Area of Costa Rica. The work is meant to contribute to producing knowledge and collective reflection by that group about their duties with the purpose of promoting critical analysis and decision-making.

Descriptors: social workers, the Costa Rican Social Security Institute, second and third tier of health care, socioeconomic characteristics and work conditions.

Introducción

Ante los cambios ocurridos en el contexto nacional e internacional como resultado de la mundialización del capital o del proceso histórico, desigual, aún inacabado, de extensión territorial en el mundo y profundización social de las relaciones capitalistas de producción e intercambio mercantil y monetario, dominado por el capital financiero transnacional (Márquez y Pradilla, 2016) la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, desarrolló una investigación con el objetivo de identificar las características, necesidades y desafíos de los profesionales que laboran en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (Hernández, G. 2015, p.1) por ser uno de los principales empleadores de trabajadores(as) sociales del país.

La Caja Costarricense del Seguro Social es una institución autónoma que, desde los años 1940, ha contratado a este gremio laboral por tratarse de una de las profesiones esenciales en la atención integral de la salud. Al respecto, las y los profesionales en Trabajo Social han sido responsables del abordaje social de la población usuaria de los servicios que ofrece el seguro de salud de la CCSS, en dos ámbitos de acción: el instrumental mediante su accionar en las dimensiones socioterapéutica y socioeducativa, y el de la gestión de los servicios sociales en salud. Además, ha incursionado en campos innovadores, relacionados con la gestión del talento humano al formar parte de los equipos interdisciplinarios de selección (EIS) y de los grupos de apoyo técnico (GAT) (CC SS, 2014).

A partir de esa situación, la investigación pretende contribuir a la producción de conocimiento en esta área y motivar la reflexión colectiva del gremio, de tal modo que el análisis crítico de algunos aspectos relacionados con su realidad laboral, contribuya a la toma de decisiones participativas y constructivas de quienes lideran el Trabajo Social en la CCSS.

El trabajo expone los resultados obtenidos en el primer eje investigativo, es decir, la caracterización socioeconómica y laboral de la población participante, trabajadores (as) sociales que durante el 2017 y el 2018 laboran en el segundo nivel de atención del Gran Área Metropolitana: centros de atención en salud que según la Organización Panamericana de la Salud (2004) apoyan el segundo nivel de atención al ofrecer servicios de consulta externa especializada y atención médico quirúrgica de especialidades básicas (p. 30); así como a quienes trabajan en el tercer nivel de atención, que comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la mayor complejidad y especialización (p. 31).

Antes de enunciar los resultados obtenidos en ese primer eje de investigación, se realiza una síntesis explicativa de la metodología utilizada.

El tipo de estudio seleccionado fue el descriptivo porque permite explicar, en un período determinado, las características socioeconómicas y laborales de las y los trabajadores sociales que completaron el instrumento de recolección de datos en el tercer trimestre del 2017 y en el primer trimestre del 2018, según nivel de atención:

a) Segundo nivel: diez áreas de salud, centros de atención integral en salud u hospitales regionales ubicados en el Gran Área Metropolitana : Hospital San Rafael de Alajuela; Hospital San Vicente de Paúl de Heredia; Centro de Atención Integral en Salud Desamparados; Área de Salud Zapote – Catedral; Área de Salud Alajuela Norte; Área de Salud Hatillo; Área de Salud Coronado; Área de Salud Tibás-Uruca-Merced; Área de Salud Gochoechea 1 y Área de Salud Mata Redonda Hospital.

b) Tercer nivel: diez hospitales nacionales y especializados: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes; Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera; Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; Hospital México; Hospital San Juan de Dios; Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva; Hospital Nacional Psiquiátrico; Centro Nacional de Rehabilitación; Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut y Hospital Maximiliano Peralta Jiménez.

En segundo lugar, se definen las categorías de análisis que posibilitaron la caracterización general de quienes aceptaron la invitación a participar en este estudio. Las categorías e indicadores definidos se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1
Indicadores según categorías de análisis, 2018

Categoría	Indicadores
Datos de sociodemográficos	Género Edad Grado académico y nivel de satisfacción
Situación socioeconómica	Salario neto y nivel de satisfacción Ingresos adicionales Gastos económicos Situación habitacional y nivel de satisfacción
Situación de salud (mental, física y emocional)	Enfermedades físicas y mentales Discapacidades Actividad física Horas que duerme Hábitos de alimentación Actividades en tiempo libre
Condiciones laborales	Años de laborar en la Caja, puesto actual y nivel de satisfacción Nivel de congruencia, puesto y funciones Jornada laboral y nivel de satisfacción Condiciones fisicoambientales y nivel de satisfacción

Fuente: Elaboración de las autoras, 2018.

En tercer lugar, se escoge como técnica de recolección de datos la encuesta de opinión, que fue completada de manera virtual por la población seleccionada.

En cuarto lugar, se definen los criterios de selección de la población: contar al menos con una o un trabajador social por centro de atención en salud del segundo y del tercer nivel, profesionales con al menos dos años de laborar en el centro de atención en salud y profesionales con grado académico de licenciatura o mayor. En términos nominales, se logró la participación de 25 trabajadoras sociales, siete de ellas laboran en siete de los diez centros de atención en salud del segundo nivel escogidos y las dieciocho restantes laboran en los hospitales adscritos al tercer nivel de atención de la CCSS.

En quinto lugar, se tabulan y procesan las encuestas según las categorías e indicadores definidos. Finalmente, se efectúa la descripción y el análisis de los resultados obtenidos. Todo lo anterior se plasma en el presente artículo.

Es importante señalar que se alude a las trabajadoras sociales del segundo y tercer nivel al considerar la perspectiva de género, debido a que el 96% de quienes llenaron la encuesta fueron mujeres (24 de 25), 100% mujeres en el caso del segundo nivel y 94% en el tercer nivel de atención en salud de la CCSS. Este resultado permite definir cómo se va a identificar semánticamente a la población encuestada, y reflexionar acerca de la feminización del Trabajo Social como profesión.

Caracterización socioeconómica, situación de salud y condiciones laborales de las trabajadoras sociales encuestadas, según nivel de atención

Las condiciones actuales de la globalización económica o mundialización del capital determinan las características y las condiciones de vida de la población en general. En este contexto se encuentran insertas las trabajadoras sociales en su condición de asalariadas y de responsables de gestionar y tratar socialmente a las poblaciones que han sido vulneradas históricamente con el fin de promover la reivindicación y exigibilidad de sus derechos humanos. Por este motivo la exposición de las principales características trasciende la mera descripción cuantitativa de datos estadísticos, particularmente en lo concerniente al desarrollo de las conclusiones del artículo.

En primer término, se hará referencia a las características de las trabajadoras sociales del segundo nivel y, posteriormente, a los resultados obtenidos en el tercer nivel de atención (Castro y Hernández, 2018, pp.1-24).

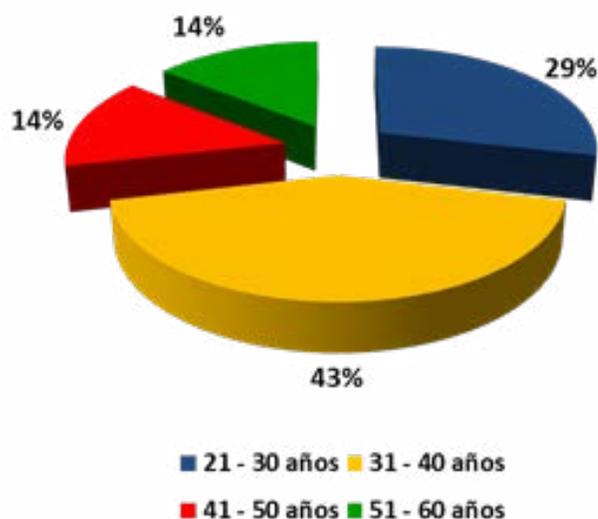
1. Caracterización socioeconómica, situación de salud y condiciones laborales de las trabajadoras sociales encuestadas que laboran en el segundo nivel de atención en salud de la CCSS

Las encuestas fueron respondidas por un 70% del personal, objeto de estudio. Participó, al menos, una trabajadora social de cada uno de los siete centros de atención en salud del segundo nivel.

1.1. Datos sociodemográficos

Rango de edad: como se muestra en el Figura 1, el 72% de la población encuestada es adulta joven, sus edades oscilan entre 21 y 40 años. Se revela un incremento poblacional que demanda de la reflexión, conciliación y construcción colectiva de las trabajadoras sociales de diferentes grupos generacionales para comprender y acercarse a las poblaciones usuarias de los servicios de salud.

Figura 1
Rango de edad de trabajadoras sociales encuestadas, segundo nivel de atención CCSS, 2018



Fuente: elaboración de las autoras con base en la información recabada en las encuestas, 2018.

En relación con el nivel educativo, el 72% poseía un posgrado universitario, lo que evidencia el interés de las profesionales en especializarse en áreas afines a su ejercicio profesional, sobre todo si se considera que el requisito de ingreso para laborar como trabajadora social de este nivel es contar con grado de licenciatura. Además, la mayoría de las entrevistadas manifestaron sentirse satisfechas con su grado académico.

1.2. Situación socioeconómica

El ingreso neto mensual del 72% de las trabajadoras sociales encuestadas, del segundo nivel, oscila entre ₡750.000,00 y ₡1.250.000,00 que se considera adecuado si se toma en cuenta que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) de Costa Rica establece como salario base mínimo ₡644. 689,30 para profesionales con licenciatura (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2018). Del salario neto mensual, el 57% invierte su dinero en cubrir las necesidades de su grupo familiar: alimentación, salud, vestido, recreación y ahorro y, en segundo lugar, en el pago de la deuda o alquiler de su vivienda, transporte y educación.

Un dato significativo es que el 72% posee vivienda propia pero la mayoría la tiene hipotecada. Indicador relevante en cuanto a la prioridad que le da este grupo poblacional al hecho de poseer una vivienda.

Tales hallazgos podrían explicar por qué la totalidad de las encuestadas indicó sentirse satisfecha con su situación económica.

1.3. Situación de salud

Para estudiar este tema se incluyeron indicadores relacionados con la atención y la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud para ser congruentes con el enfoque integral de la salud que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948, que define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018, párrafo 1).

Enfoque que ha asumido el Estado costarricense en su Política nacional de salud y en su concreción, trabajo liderado especialmente por el Ministerio de Salud y la CCSS como instituciones del sector salud (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2017):

Las prioridades actuales incluyen la promoción de la salud, la prevención, la salud ambiental y el impacto de la migración (...) La estrategia nacional contra las enfermedades no transmisibles y la obesidad define varias metas, incluyendo una reducción de 12% de la prevalencia del fumado, una reducción de 15% del consumo de la sal. (...) La colaboración público-privada (...) en particular para incentivar la actividad física. La CCSS recientemente acordó financiar promotores de salud y nutrición para que trabajaran con las personas en las regiones prioritarias (pp. 29-30).

Sin embargo, es importante señalar que la salud integral de las personas está condicionada por factores económicos, sociales, políticos y estructurales, producto de la mundialización del capital. Desafortunadamente, entre esos factores que inciden directamente en la salud de los y las trabajadores (as) sobresale la precariedad laboral, asociada a las condiciones generales y cotidianas del trabajo de las y los funcionarios públicos.

La cual se traduce en el deterioro de las condiciones de trabajo que implican una mayor degradación y vulnerabilidad (...) el deterioro del reconocimiento práctico y simbólico de la realidad del trabajo (...) la inestabilidad vinculada al incremento de la heterogeneidad laboral y en consecuencia la mayor fragmentación y el subsiguiente deterioro de los lazos y vínculos al interior del colectivo de trabajo (y el proceso de individualización) (Menéndez, 2010, pp.125-126).

Aspecto de gran relevancia antes de exponer la situación de salud de las encuestadas, porque los hallazgos deben propiciar, en el gremio de trabajadoras sociales de la CCSS, reflexiones colectivas y críticas, articuladas a las condiciones del contexto global.

La primera consulta realizada a las trabajadoras sociales participantes en el estudio se refirió a la presencia de enfermedades; el 72% señaló que padecía alguna enfermedad. En primer lugar, se mencionaron las patologías metabólicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o las dislipidemias. En segundo lugar, las neoplásicas (cáncer) y, finalmente, enfermedades mentales.

Llama la atención que el 100% de las encuestadas refiere que se ha incapacitado al menos un día durante el último año laboral, situación que podría estar relacionada con lo indicado en el párrafo anterior, así como con la presencia de enfermedades estacionales, sobre todo por el contacto diario que tienen con la población que frecuenta los servicios de salud.

Otro dato relevante relacionado con la salud integral, orientado a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud es el tipo de actividades que desarrollan las trabajadoras sociales encuestadas en su tiempo libre; este resultado fue muy satisfactorio debido a que la mayoría de ellas coloca, entre sus principales actividades, las recreativas, personales y físicas.

Las encuestadas que reportaron haber realizado actividades físicas en su tiempo libre, indicaron que se dedican, especialmente, a la caminata y la danza aeróbica (conocida popularmente como aeróbicos). El 57% de ellas, lo efectúa con una frecuencia de, al menos, tres veces por semana. Datos que, al correlacionarse con la ingesta de ansiolíticos, antidepresivos y relajantes, coinciden con el porcentaje de las personas que no ingiere estos medicamentos.

Información relevante si se considera que según la OMS (2018), la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, la Organización señala que esa es la principal causa de incidencia (entre el 21% y el 25%) de cáncer de mama y colon, el 27% de los casos de diabetes mellitus y el 30% de cardiopatías isquémicas.

Otro aspecto investigado en relación con estilos de vida saludables fueron los hábitos de alimentación. En relación con este indicador la totalidad de las encuestadas indicó que desayuna y almuerza diariamente (tiempos de comida que están establecidos durante la jornada laboral). El 72% manifestó que consumía al menos ocho vasos de agua al día y el 100% refirió que no habían adquirido el hábito de ingesta de sustancias psicoactivas:

Sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente “droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema nervioso central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas. Incluye «drogas ilegales», sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas, determinados psicofármacos y sustancias de uso doméstico o laboral como los disolventes volátiles (Bruguera, Casas, Duro & Pinet, 2011, p. 18).

Al correlacionar estos resultados con el impacto que tiene el tipo de alimentación y la actividad física en la calidad del sueño, la información obtenida es positiva, ya que el 86% reportó que dormía

alrededor de seis horas o más al día, tal como lo indica la OMS “dormir no es un placer sino una necesidad” para evitar los trastornos del sueño y sus nefastas consecuencias en la salud integral de las personas y en su calidad de vida (Última hora, 15 abril, 2014).

1.4. Condiciones laborales

Es importante detenerse en el análisis de la influencia que ejercen los factores contextuales en las condiciones laborales de las y los funcionarios públicos, como lo establece la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2014):

Desde 2008, si bien la desaceleración de la economía ha afectado las condiciones de trabajo de los servicios públicos de diferentes maneras en cada país, las administraciones públicas han tenido que hacer frente a presiones cada vez mayores para reducir la remuneración de los funcionarios al mismo nivel que la de los trabajadores del sector privado, cuyos ingresos se han estancado en los últimos decenios (p.16).

Las administraciones públicas emplean proporcionalmente más mujeres que otros sectores, y es probable que los recortes de las remuneraciones y la degradación de las condiciones aumenten la brecha salarial de género y estancuen los progresos hacia la igualdad de género (p.20).

Situaciones que deben ser consideradas al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación, específicamente cuando se habla de las condiciones laborales de las trabajadoras sociales que laboran en la CCSS.

Al respecto, el primer indicador investigado fue el referente al número de años que las profesionales habían laborado en la CCSS en relación con los años que habían desempeñado el puesto que tenían a su cargo en el momento de la investigación. Además, el 43% de las trabajadoras sociales posee menos de 10 años de laborar en la CCSS, el 14% de 10 a 15 años y el resto más de 15 años, cifras significativas que evidencian la transición y la presencia intergeneracional de este grupo profesional.

Llama la atención el hecho de que el 58% había cambiado de puesto en los últimos cinco años, sin embargo, expresan un alto nivel de satisfacción con el puesto en el que se ubican actualmente, en cuyo caso un 57% expresa sentirse muy satisfecha, un 43% medianamente satisfecha, y ninguna insatisfecha. De quienes indican la posibilidad de cambio, manifiestan que lo harían si les ofrece un mejor salario y si el puesto les permite superarse profesionalmente.

En cuanto a la jornada laboral, el 43% considera que labora entre 45 y 50 horas semanales, pese a que la jornada de la CCSS es de 39 horas semanales efectivas (descontando tiempo de alimentación). No obstante, el 71% de las trabajadoras sociales encuestadas señala que se sienten satisfechas con su jornada semanal.

Finalmente, las encuestadas del segundo nivel, manifiestan un alto grado de satisfacción en cuanto a las condiciones físicoambientales de su espacio laboral. El aspecto que califican con menor nivel de satisfacción es el ruido, situación que se relaciona con la necesidad de contar con espacios privados y con paredes aislantes de sonido para atender a la población y redactar informes técnicos. Hallazgo relevante cuando se toma en cuenta el impacto negativo que tiene el ruido en la salud ocupacional de las personas, pues puede afectar el rendimiento laboral y la calidad del servicio que se brinda.

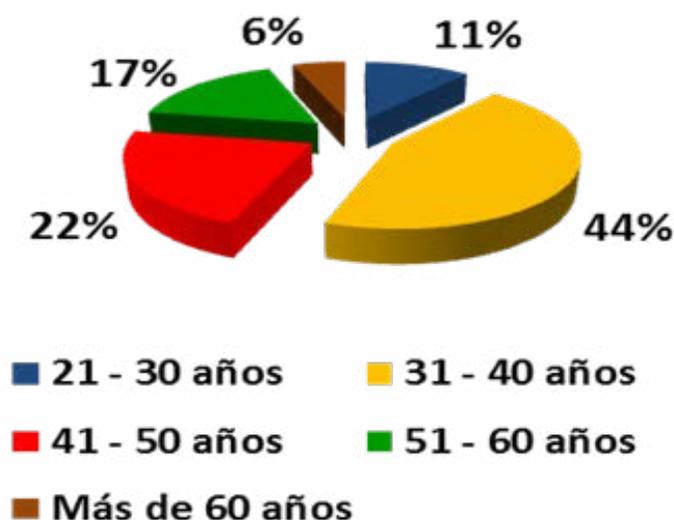
2. Caracterización socioeconómica, situación de salud y condiciones laborales de las trabajadoras sociales encuestadas del tercer nivel de atención en salud de la CCSS

En relación con los resultados obtenidos en este nivel de atención, las trabajadoras sociales encuestadas refieren (Castro y Hernández, 2018, p.p.1-16):

2.1. Datos sociodemográficos

Según se ilustra en la Figura 2, el 55% de las trabajadoras sociales encuestadas son adultas jóvenes, con edades que oscilan entre 21 y 40 años de edad, cifra elevada si se compara con el 6% que tiene más de 60 años de edad, lo que implica un cambio generacional que podría requerir de múltiples habilidades para establecer puntos de encuentro en el abordaje social que realiza este colectivo, como se señaló cuando se analizó esta variable en el segundo nivel.

Figura 2
Rango de edad de trabajadoras sociales encuestadas
Tercer nivel de atención
CCSS, 2018



Fuente: Elaboración de las autoras, 2018.

Un dato interesante es que, en este nivel de atención, el 72% de las encuestadas cuenta con un posgrado universitario; situación que evidencia el compromiso e interés de este gremio en la mejora continua, sobre todo si se considera que, a diferencia de los y las profesionales en medicina, en este caso los estudios de posgrado deben ser financiados con recursos propios.

Aunado a lo anterior, el 67% de las trabajadoras sociales encuestadas refieren sentirse satisfechas con el nivel académico alcanzado. Solo un 33% indica insatisfacción, respuesta que no necesariamente coincide con el nivel académico que poseen, es decir, quienes poseen posgrado, manifiestan sentirse insatisfechas porque no se desempeñan en la especialidad de su interés y, en el caso de las licenciadas, consideran que sus gastos o deudas económicas no les permite asumir los costos de una maestría.

2.2. Situación socioeconómica

En cuanto al ingreso neto mensual, el 55 % de las trabajadoras sociales encuestadas del tercer nivel de atención percibe un ingreso que oscila entre un millón y un millón quinientos mil colones, mientras que el 45 % restante percibe un ingreso que se ubica entre quinientos mil colones y un millón de colones; salario que es congruente con lo establecido por el MTSS, tal como se detalló en el análisis del segundo nivel.

Un 78 % de estas profesionales destina más de la mitad de su salario a la satisfacción de las necesidades básicas de su grupo familiar. Si se toma en cuenta que el 94% de ellas son mujeres, este dato podría ser un reflejo de la realidad nacional, donde no solo se ha incrementado la cantidad de mujeres en el mercado laboral sino que un 35,2 % corresponde a hogares con jefatura femenina (382 917 hogares), donde el ingreso per cápita es de 82 487 colones, 16 332 colones menos que cuando el jefe de hogar es un hombre (INEC, 2018).

Cuando se les consulta a las participantes en qué invierten ellas sus ingresos económicos, la totalidad coloca en primer lugar la recreación, en segundo lugar, el ahorro (94 % de encuestadas) y, en tercer lugar, la contribución con los gastos de alimentación, salud y vestido (94 %) del grupo familiar. Al respecto, un porcentaje mayor al 50 % de las encuestadas destina sus ingresos al pago o alquiler de vivienda, educación de personas dependientes, apoyo a familiares o personas conocidas; y, finalmente, el 33 % destina sus ingresos al pago de carro, tarjetas de crédito y prestamistas, y solo un 22 % a la educación propia.

Un dato significativo es que el 89% posee vivienda propia y un 33 % se encuentra libre de hipoteca. Además, las viviendas fueron adquiridas por ellas o en colaboración con otros (as) integrantes del grupo familiar. Este hecho muestra la prioridad que le otorgan al hecho de tener estabilidad domiciliaria en un momento de crisis económica nacional, de crisis fiscal y de una desigualdad persistente (Banco Mundial, 2018), cuando el problema de falta de vivienda sigue afectando a un porcentaje muy significativo de las familias y hogares costarricenses (Fundación Promotora de Vivienda, 2017).

Finalmente, es meritorio reconocer el bajo nivel de endeudamiento por consumo de las personas encuestadas, especialmente si se toma en cuenta que la mayor parte de la población presenta un alto nivel de endeudamiento que afecta severamente la economía nacional: el uso de tarjetas de crédito, los préstamos de consumo y los créditos a plazo para adquirir electrodomésticos (Núñez, 2017). Esta situación desestabiliza la economía de los hogares, y los expone a dinámicas no sostenibles que amenazan el bienestar de la salud financiera en el país (Vera, s.f.).

2.3. Condiciones de salud

Cuando se pregunta sobre la prevalencia de enfermedades, la mayoría de las trabajadoras sociales del tercer nivel de atención manifiesta que posee un estado de salud muy satisfactorio, solo un 28 % mencionó que tenía un diagnóstico de enfermedad metabólica, asociada principalmente a la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias; patologías asociadas, probablemente, a los estilos de vida, la genética o el uso de algunos medicamentos, entre otros.

Del 61 % de la población encuestada que se incapacitó en el último año, el 28 % corresponde a un periodo de uno a seis días y solo un 22 % a más de dos semanas. Esta información se podría profundizar en otra investigación, máxime que:

- a) Un 22 % ingiere algún tipo de ansiolítico, antidepresivo o relajante.
- b) Solo el 50 % duerme al menos las seis horas recomendadas por la OMS, y el porcentaje restante duerme cinco horas en promedio.
- c) El 83 % comenta que en su tiempo libre realiza oficios domésticos (el 83%), cuida a personas dependientes (61%), datos que coinciden con la *Encuesta Nacional del Uso del Tiempo Libre 2017* (INEC, 2018), la cual indica que el 21,3 % de las mujeres dedica su tiempo libre a trabajo doméstico no remunerado (labores de limpieza y mantenimiento del hogar, preparación de alimentos, gerencia y administración del hogar, cuidado de otras personas, entre otras), en comparación con los hombres que lo hace en un porcentaje muy bajo: 8,2 %.

Esta situación coincide con los estilos de vida de la población costarricense como reflejo de las condiciones estructurales de la sociedad. Se hizo referencia a este tema al analizar la situación de las trabajadoras sociales del segundo nivel y compartir el criterio de Álvarez (2012) cuando señala que las conductas individuales son determinadas por el contexto; por lo tanto, los estilos de vida trascienden el comportamiento de la persona y la decisión individual.

Debe resaltarse el hecho de que todas las trabajadoras sociales del tercer nivel participan en actividades recreativas, físicas y personales, hecho que podría significar que tratan de prevenir situaciones que ellas mismas atienden diariamente en su quehacer profesional.

De esta manera, replican, en su espacio personal y familiar, lo que muchas veces recomiendan a los y las usuarias de los servicios que prestan.

En cuanto a la actividad física que realizan las trabajadoras sociales, el 78% citó, entre otros, danza aeróbica, ciclismo y caminata, con una frecuencia de dos a tres veces por semana. Sin embargo, solo un 17% de la población podía alcanzar el tiempo establecido por la OMS para la realización de la actividad física (30 minutos diarios).

La mayoría de las encuestadas refleja hábitos saludables de alimentación y de autocuidado: desayuno y almuerzo diarios; solo el 11 % evita la cena y el 39 % no merienda. El 83 % consume lácteos o sustitutos, frutas y vegetales. El 72 % señala que ingiere al menos ocho vasos de agua al día y, el 100 % indica que no consume sustancias psicoactivas.

Pese a lo anterior, hay un porcentaje importante de trabajadoras sociales encuestadas que comen lo que popularmente se denomina “comida chatarra” (alimentos que contienen altos niveles de grasas, sal o azúcares), al menos tres veces a la semana (28%). Sería interesante investigar si existe alguna relación con la carga de trabajo y la necesidad de ingerir alimentos de manera rápida para continuar con las funciones laborales, además de tener un fácil acceso a los lugares de venta de esos productos. Esto permitiría implementar acciones para disminuir la ingesta de este tipo de alimentos debido a que están asociados a problemas de salud:

...una mayor ingesta energética, grasas, azúcar y sodio y mayor riesgo de obesidad, hipertensión arterial e hipercolesterolemia (...) el bajo consumo de frutas, verduras y lácteos se asocia con menor consumo de antioxidantes, fibra y calcio, lo que también tiene efectos negativos en la salud, en relación al riesgo al cáncer y enfermedades cardiovasculares, entre varias otras (Atalah, Hernández, Martel y Ratner, 2012, p. 1577).

2.4. Condiciones laborales

En este apartado es importante señalar que el 33 % de las trabajadoras sociales encuestadas ocupa el cargo de jefe de gestión de Trabajo Social 4 y el 17% el de jefe de gestión de Trabajo Social 3, puestos que corresponden únicamente al segundo y tercer nivel de atención del seguro de salud y que, según su perfil, realizan funciones dirigidas principalmente a la gestión del servicio. Además, un 44% se desempeña como Trabajadoras Sociales 4 y un 6% como Trabajadoras Sociales 3, que según el Manual Descriptivo de Puestos de la CCSS (2016) realizan labores relacionadas con programas y proyectos y atención social especializada de alta complejidad.

Al respecto, el 100% expresa que se siente satisfechas con el puesto que ocupa; sin embargo, no se puede omitir que menos de la mitad considera que renunciaría a su puesto si le ofrecen un mejor salario, algunas posibilidades de superación personal (44%), proyecto personal (39 %), mejor ambiente laboral (22%) o dedicación a personas que requieran de sus cuidados (17%).

Otro indicador interesante de analizar es la jornada laboral; al respecto el 56% de las trabajadoras sociales encuestadas reporta que labora por períodos de 45 a 50 horas por semana, dato similar al del grupo de encuestadas en el segundo nivel. A pesar de tratarse de una amplia jornada solo el 11 % se siente insatisfecha, situación que resulta ventajosa para la institución y la población usuaria en el corto plazo; sin embargo, jornadas superiores a 39 horas laborales efectivas, podrían generar problemas de salud, en el mediano y largo plazo.

Cuando se consulta sobre el tiempo de laborar en la institución, se evidencia una diversidad generacional, que se podría distribuir en dos grandes grupos: un 50 % que tiene menos de 15 años de laborar en la institución y un 50 % que lo ha hecho por más de 15 años; esto refleja, nuevamente, la necesidad de habilitar espacios de intercambio de conocimientos y experiencias con el objetivo de conciliar diferentes formas de abordaje social.

El 50 % reportó que tenía menos de cinco años de laborar en el puesto actual, lo que evidencia una gran movilidad vertical y horizontal durante los últimos tres años, y que se asocia al otorgamiento de plazas vacantes o en propiedad.

Finalmente, en cuanto al nivel de satisfacción con las condiciones físicoambientales de su espacio laboral, las trabajadoras sociales encuestadas manifiestan una gran satisfacción en relación con la higiene y la luminosidad. En este nivel también le asignan el valor más bajo a la presencia de ruido en el lugar de trabajo.

Conclusiones y algunos desafíos

Los hallazgos hechos en relación con las características y condiciones laborales de las trabajadoras sociales del segundo y tercer nivel de atención del seguro de salud de la CCSS, propician la reflexión crítica del gremio, ya sea porque lo recuperado en este artículo representa la realidad de las trabajadoras sociales de esos niveles de atención, o bien, porque identifica condiciones relevantes en el desempeño profesional.

Por tal motivo, se sugiere que el análisis de lo expuesto no solo tome en cuenta los factores personales y familiares de las trabajadoras sociales encuestadas y de su lugar de trabajo, de manera aislada y fragmentada, sino que considere, de manera integral, las condiciones sociales, políticas, económicas, culturales e ideológicas en las que se inserta esta población; condiciones que inciden en la gestión y operacionalización de los servicios sociales del sector salud, y que ha provocado cambios significativos en las características y condiciones del trabajo de los funcionarios (as) de la CCSS, entre ellos las trabajadoras sociales encuestadas.

Al respecto, se enuncian las principales características y condiciones laborales de las trabajadoras sociales encuestadas, que laboran en el segundo y tercer nivel de atención de la CCSS, con el fin de facilitar la reflexión del gremio:

- Se ha incrementado significativamente la población adulta joven, con menos de 15 años de laborar en la CCSS, y se ha reducido la de trabajadoras sociales con más de 20 años de hacerlo. Además, hay un número representativo próximo a jubilarse, lo cual se puede correlacionar con la movilidad vertical y horizontal que se ha dado en los últimos tres años, realidad que coincide con la tendencia latinoamericana de la transición generacional y, especialmente, la intergeneracionalidad que se constituye en un medio y en un objetivo en sí misma, porque su mera existencia no garantiza la interacción, el intercambio y la colaboración entre generaciones (Centro del Conocimiento de Fundación, EDE, 2015).
- Persiste un predominio de las mujeres, 96 % de las trabajadoras sociales consultadas, lo que permite reflexionar acerca de la feminización del Trabajo Social, vinculada a la socialización de género en donde las tareas como el cuidado y la ayuda se atribuían tradicionalmente a la mujer, estereotipos que aún se reproducen no solo en cuanto a quienes la ejercen, sino que se mantiene la concepción errónea de que la naturaleza y objeto de abordaje social es la caridad o la filantropía, en palabras coloquiales ayudar a las personas más pobres y necesitadas.
- El ingreso neto mensual de la mayoría es superior al salario base mínimo para una profesional con grado de licenciatura en Costa Rica, ingreso que posibilita la satisfacción de las necesidades básicas, así como financiar posgrados y capacitaciones.
- En relación con lo anterior, más de la mitad de las encuestadas posee un posgrado, lo que se traduce en profesionales con un elevado perfil académico y de especialización, ventaja competitiva del gremio de la CCSS, siempre y cuando dichas condiciones salariales sean sostenibles en el tiempo. Situación riesgosa si se consideran la situación fiscal, la desigualdad social persistente (Banco Mundial, 2018, párrafo 8) y las medidas que pretende implementar el Poder Ejecutivo en el sector público, entre ellas, modificar las condiciones laborales, como porcentajes de dedicación exclusiva, renegociación de convenciones colectivas.
- Prevalece una mayor incidencia de enfermedades y un mayor consumo de ansiolíticos, anti-depresivos y relajantes en trabajadoras sociales del segundo nivel, en comparación con las del tercer nivel. De igual modo se presenta mayor cantidad de incapacidades en las trabajadoras sociales del segundo nivel. Condiciones importantes de analizar con el fin de identificar si las enfermedades, el consumo de medicamentos y las incapacidades están asociadas únicamente a un factor biológico o ambiental, o si se relacionan directamente con la cantidad y complejidad de las situaciones sociales que deben abordarse (Cepal, 2016).
- Entre las actividades realizadas durante el tiempo libre destacan las recreativas, personales, físicas y los oficios domésticos. Sería importante promocionar a lo interno de la profesión, no solo los beneficios de la actividad física, sino validar espacios dentro de la jornada laboral que permitan cumplir esa jornada; por ejemplo, las pausas activas, sobre todo si se toma en consideración que muchas de las personas encuestadas cumplen doble o triple jornada laboral.

- Pese a que las trabajadoras sociales expresan satisfacción con su trabajo y jornada laboral, aproximadamente la mitad de ellas sobrepasa la jornada laboral de 39 horas semanales efectivas establecidas en la C.C.S.S., pues reportan 45 y 50 horas. Esta situación deber ser valorada con el fin de determinar posibles consecuencias negativas en el rendimiento y desempeño laboral de las trabajadoras sociales, así como en su calidad de vida, en el mediano y largo plazo. Además, respetar la jornada laboral contribuirá a evidenciar la necesidad de mayor cantidad de profesionales en algunos centros de salud.
- Finalmente, en cuanto a las condiciones fisicoambientales existe un adecuado nivel de satisfacción con excepción del ruido que afecta las tareas que realizan las profesionales que laboran en el segundo nivel. Es necesario enfatizar los efectos nocivos que generar el ruido, y la necesidad de garantizar la confidencialidad en la atención de las personas usuarias.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, L. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1): 95-101. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf
- Atalah, E.; Hernández, P.; Martel, J. y Ratner, R. (2012). Calidad de la alimentación y el estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Revista Médica de Chile*, 140 (12), 1571-1579. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001200008>
- Banco Mundial (2018). [Sitio web] (16, abril 2018). Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/country/costarica/overview>
- Bruguera, E.; Casas, M.; Duro, P. y Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en los trastornos adictivos. En J. Bobes, M. Casas, y M. Gutiérrez (Ed.), *Manual de trastornos adictivos*. 2 edc. (pp. 17-26). España: Enfoque Editorial, S.C. Recuperado de <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Adictivos.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2014). *Subproceso: Prestación de Servicios de Trabajo Social*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2016). *Manual Descriptivo de Puestos*. Recuperado de <https://rrhh.ccss.sa.cr/portalrh/documentos/manual-puestos.pdf>
- Castro, K. y Hernández, G. (2018). *Caracterización socioeconómica y condiciones laborales de las trabajadoras sociales encuestadas del II nivel de atención de la C.C.S.S. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica*.

- _____ (2018). Caracterización socioeconómica y condiciones laborales de las trabajadoras sociales encuestadas del III nivel de atención de la C.C.S.S. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.
- Centro del Conocimiento de Fundación, EDE (2015). Hacia una sociedad intergeneracional: ¿Cómo impulsar programas para todas las edades? Guía práctica. Recuperado de: http://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/ProgramasIntergeneracionales/GuiaPractica_cas.pdf?hash=c96c61a3417768e9d9ccc267254ee8af&idioma=CA
- CEPAL (2016). Panorama Social de América Latina. Recuperado de <http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2017/16764.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018). Encuesta Nacional de Hogares 2017. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/ingresos-y-gastos-de-hogares/ingresos-de-los-hogares>
- _____ (2018). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo Libre 2017. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/genero/uso-del-tiempo>
- Fundación Promotora de Vivienda (2017). Informe de la Situación de la Vivienda y Desarrollo Urbano en Costa Rica 2016. Recuperado de <http://www.fuprovi.org/files/pdf/situacion-del-sector-vivienda-y-desarrollo-urbano-costa-rica-2016.pdf>
- Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Revista Educere* 48 (14), 13-19. Mérida Venezuela: Universidad de los Andes. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
- Hernández, G. (2015). Proyecto de investigación No. 215-B6-312 Desafíos profesionales de los y las trabajadores (as) sociales del segundo y tercer nivel de atención de la CCSS ante la situación actual del sector salud en Costa Rica. Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social.
- Márquez, L. y Pradilla, Emilio (2016). Los territorios latinoamericanos en la mundialización del capital. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/terri/n34/n34a02.pdf>
- Menéndez, D. (2010). La múltiple dimensión de la precariedad laboral: el caso de la administración pública en Argentina. *Revista de Ciencias Sociales*, 128-129, 119-136. Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/153/15319334009.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2018). Lista de salarios mínimos por ocupación año 2018. Recuperado de <http://www.mtss.go.cr/temas-laborales/salarios/lista-salarios.html>

Núñez, M. (2017). Alto endeudamiento de costarricenses frena el crecimiento económico. En: Semanario Universidad. Recuperado de <https://semanariouniversidad.com/pais/alto-endeudamiento-costarricenses-frena-crecimiento-economico/>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. Costa Rica. Evaluación y recomendaciones. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/tramites/registros-de-gestores-de-la-salud/ocde-residuos/3564-estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-costa-rica/file>

Organización Internacional del Trabajo (2014). La negociación colectiva en la administración pública: Superar los desafíos para un futuro mejor. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_237281.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). ¿Cómo define la OMS la salud? Página oficial. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

_____ (2018). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Página oficial. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. OPS, Ministerio de Salud, San José Costa Rica. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>

Última hora. [Sitio web] (15, abril, 2014). Recuperado de: <https://www.ultimahora.com/oms-recomienda-dormir-al-menos-6-horas-diarias-n786516.html>
Vera, W (s.a.). Ni prósperos ni pobres. Condiciones de bienestar precario en hogares estratos medios: Chile y Costa Rica. Recuperado de http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT8/GT8_VeraRojas.pdf