

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA ADMINISTRATIVA



Programa Institucional para la Equidad de Género

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO **GA-PPEG-PO001**

Versión 01

Marzo 2024



Firmas de Aprobación

Elaborado / modificado	Unidad	Firma
MSc. Lorna Gámez Cruz, Coordinadora	Programa Institucional para la Equidad de Género	
MSc. Melissa Bermúdez Otárola	Programa Institucional para la Equidad de Género	
Licda. Daniela Vega Carvajal	Programa Institucional para la Equidad de Género	

Revisado	Unidad	Firma
MBA. Vilma Campos Gómez, Gerente	Gerencia Administrativa	
Revisado por la Dirección de Planificación Institucional según criterio PE-DPI-0626-2023 Revisado por la Dirección Jurídica según oficio GA- DJ- 2889- 2023 Revisado por el Área de Publicaciones e Impresos según oficio DSI-API-0096-2023		

Aprobado	Sesión y artículo	Fecha de aprobación
Junta Directiva	Artículo 4° de la sesión N° 9414, celebrada el 05 de marzo del año 2024 y adquiere la firmeza en la sesión N° 9418 del 14 de marzo de 2024	05-marzo-2024

Contenido

1. Presentación.....	4
2. Marco Normativo	5
2.1. Normativa Internacional.....	5
2.2. Normativa Nacional	6
3. Visión Institucional	8
4. Misión Institucional	8
5. Justificación de la Política.....	9
6. Definiciones	10
7. Abreviaturas	13
8. Propuesta valor.....	13
9. Objetivo de la política.....	14
10. Enunciados	14
10.1. Enunciado General	14
10.2. Enunciados Específicos	14
11. Coordinación y seguimiento de la Política	17
Anexo 1: Justificación con componentes estadísticos.....	19
a) Acceso desigual a la seguridad social.....	19
b) Uso y control de los recursos institucionales mediados por la condición de género ..	32
c) Desigualdades en las oportunidades de desarrollo del recurso humano institucional .	37
d) Transversalización de la perspectiva de género a nivel institucional	44

1. Presentación

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) busca impactar positivamente en los resultados de salud, calidad y esperanza de vida de la población por medio de su misión, brindando servicios de salud en forma integral a las personas, las familias y las comunidades, así como pensiones que contribuyan a su protección económica y social¹.

Dentro de los principios filosóficos de la seguridad social se incluye la igualdad y equidad, de ahí la relevancia y el carácter transversal que tiene la política que se presenta en este documento. La institución define como principio de igualdad propiciar un trato equitativo e igualitario para todas las personas ciudadanas sin excepción y a través del principio de equidad se compromete a garantizar oportunidades para que todas las personas que habitan el territorio nacional puedan ser atendidas en los servicios de salud de una manera oportuna, eficiente y de buena calidad².

Para efectos de la transversalización de la perspectiva de género en los servicios que brinda la institución, se debe partir de la comprensión de que el acceso a los recursos y su control está condicionado socialmente por el género, y que por tanto esto permea la forma en que se accede y permanece en los servicios por parte de hombres y mujeres.

La presente política busca procurar que los procesos, actividades y productos de la CCSS logren su propósito promoviendo y resguardando la igualdad y la equidad de género. En ese sentido, esta política pretende orientar el curso de acción institucional hacia el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco normativo nacional e internacional en esta materia, en todos los niveles de actuación institucional.

Como marco de referencia del accionar de la organización, esta política deberá traducirse en la elaboración de una agenda, la cual se incorporará a los instrumentos institucionales de planificación y los planes presupuesto para su cumplimiento. Para ello pretende integrar la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (PIEG), como política orientadora del tema según la competencia de la CCSS.

¹ Caja Costarricense de Seguro Social. *Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud*. (PFPSS-E2-01). San José, Costa Rica. Marzo, 2019.

² Caja Costarricense de Seguro Social. *Plan Estratégico Institucional 2019-2022*. San José, Costa Rica. Dirección de Comunicación Organizacional. 2018.

Los avances logrados en la década anterior, a través de la implementación de la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020, (la Junta Directiva mantuvo la vigencia hasta el año 2022 según el artículo 14° de la sesión N° 9183, del 03 de junio del año 2021) permiten garantizar el posicionamiento de las desigualdades e inequidades basadas en género como preocupación en la agenda política de la Institución. Son muchas las lecciones aprendidas y a partir de los retos que se perciben en la actualidad, corresponde obtener resultados sustantivos que conduzcan ya no solo a formalizar los mandatos sobre igualdad y equidad de género sino convertirlos en una realidad en toda la institución.

Con ello se logrará ofrecer servicios fundamentados en un profundo respeto a los derechos humanos, y centrados en las necesidades de las personas desde una institucionalidad pública garante de justicia social.

2. Marco Normativo

La Política Institucional de Igualdad de Género se fundamenta en el marco normativo internacional y nacional que se menciona a continuación.

2.1. Normativa Internacional

Nombre de la normativa	Año
Carta de las Naciones Unidas art. 8, 55 y 56	1945
Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 1,2,7,10,16,21 y 22	1948
Convenio sobre igualdad de remuneración (Organización Internacional del Trabajo (OIT, N° 100)	1951
Convenio sobre la seguridad social (OIT N°102)	1955
Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación) (OIT, N° 111)	1958
Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (OIT, N° 156)	1981
Declaración de Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo	1998
Convención sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (OIT, N°189)	2013
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art 3 y 26	1968
Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José), art 1, 24	1970
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1979) y su Protocolo Facultativo (2001)	1984

Convención sobre los Derechos del Niño	1990
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Belem do Pará, Organización de Estados Americanos OEA).	1995
Declaración y Plataforma de Acción de Beijing	1995
Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños o Protocolo de Palermo	2000
Declaración del Milenio de las Naciones Unidas	2001
Política de Género de la Organización Mundial de la Salud	2002
Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud	2005
Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	2008
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	2013
Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030 y la Estrategia de Montevideo para su implementación	2015
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)	2016
Convención Interamericana contra el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia (Ley N° 9358)	2016
Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (Ley N°9394)	2016

Fuente: Elaboración Propia

2.2. Normativa Nacional

Nombre de la normativa	Año
Constitución Política de la República de Costa Rica	1949
Ley N° 2 Código de Trabajo	1943
Ley N° 7142 de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer	1990
Ley N° 7476 contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia y sus reformas	1995
Ley N° 7654 de Pensiones Alimentarias	1996
Ley N°7586 Contra la Violencia Doméstica y su reforma	1996
Código de la Niñez y la Adolescencia (N°7739)	1997
Ley N°7735 General de Protección a la Madre Adolescente	1997
Reglamento sobre salud sexual y reproductiva (Decreto Ejecutivo N°27913-S)	1999

Ley N°7899 Contra la Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad	1999
Ley N°8101 de Paternidad Responsable	2001
Ley N° 8589 Penalización de la Violencia contra las Mujeres	2007
Ley N°8688 Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar	2008
Ley N°8726 del Trabajo Doméstico Remunerado	2009
Ley N°9095 Contra la Trata de Personas y Creación de la Coalición Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y la Trata de Personas	2012
Política Nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres de todas las edades en Costa Rica	2017
Política Nacional para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres	2018
Política Nacional de Cuidados	2021
Ley N° 10159 Marco de Empleo Público	2022

Fuente: Elaboración Propia

Esta normativa es base referencial, su revisión y actualización permanente da la posibilidad de considerar otras disposiciones presentes o futuras que por omisión se hayan excluido sin buscar daño material.

A su vez, tal como se establece desde el Plan Estratégico Institucional (PEI), la igualdad y equidad de género son temas transversales que operan como mandatos generales vinculados a todo el accionar de la institución, por lo tanto, debe ser considerados en la gestión organizacional y de los diversos planes institucionales.

En ese sentido, esta política responde al marco estratégico de la CCSS³ que busca cumplir con la misión institucional mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad y equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el desempeño del personal de la institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de las personas usuarias.

En coherencia con los resultados estratégicos institucionales, se busca generar valor público al lograr identificar e intervenir situaciones de discriminación basadas en género que limiten

³ IDEM

las oportunidades de desarrollo y protección social para el disfrute de mejores condiciones de vida en la población, lo que está directamente vinculado con garantizar la eficiencia y eficacia de los servicios institucionales brindados. A la vez, se responde a la imperiosa necesidad de establecer alianzas con otras instituciones y actores sociales reconociendo que los objetivos y resultados son compartidos para el logro de la igualdad entre mujeres y hombres.

Por otra parte, el logro institucional de incrementar la esperanza de vida saludable de la población, por medio de la reducción de la carga de la enfermedad y el mejoramiento de los estilos de vida de las personas, permeados por condiciones de género que definen formas particulares de riesgos y resultados en salud. Por ello, el fortalecimiento de la atención integral en salud, que sea oportuna, con calidad y calidez se debe nutrir entre otros enfoques, de la perspectiva de género, que permee el mejoramiento de las capacidades, la mejora continua, la innovación, la investigación y la minimización de brechas.

3. Visión Institucional

Seremos una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad y en armonía con el ambiente humano⁴.

4. Misión Institucional

Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad y equidad.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

⁴ Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, 2019.

- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el desempeño del personal de la institución.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de las personas usuarias.
- La promoción de la investigación y de la innovación en el desarrollo de la salud, seguridad social, las pensiones y de la gestión.
- La capacitación continua y la motivación de las personas funcionarias.

5. Justificación de la Política

Esta política se fundamenta en el análisis de brechas de género que se identificaron a partir de un estudio de estadísticas nacionales, así como datos institucionales ⁵. Para ello, la definición de brechas de género de la cual se parte es la siguiente:

“(...) son las diferencias existentes entre mujeres y hombres, en relación con las oportunidades; con el acceso, uso y control de los recursos, así como, con el disfrute de los beneficios de la organización y de la sociedad en general. Las brechas se manifiestan en discriminaciones, desigualdades que limitan el ejercicio de los derechos humanos, el bienestar y desarrollo integral de las personas”. (Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica- INTECO, 2015, pp. 7)⁶

Producto del análisis se identificaron brechas de género en tres áreas que requieren ser priorizadas y atendidas por la política institucional, de manera que permita avanzar hacia la igualdad de género. Ellas son:

- a) el acceso desigual a la seguridad social.
- b) el uso y control de los recursos institucionales mediados por la condición de género.

⁵ Mac Donald, Jessica. *Análisis de Situación y Línea Base para la formulación de la nueva Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género de la CCSS*. Producto de Consultoría. UNFPA, San José, Costa Rica. Octubre, 2021.

⁶ Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica- INTECO, (2015) Norma INTE G38:2015: *Sistema de Gestión para la Igualdad de Género en el ámbito laboral*.

c) las desigualdades en las oportunidades de desarrollo del recurso humano institucional.

A su vez, se agrega un punto en el análisis que no corresponde a la identificación de brechas de género, y tiene por objeto referirse al avance de la institución en cuanto a la transversalización de la perspectiva de género. La desagregación de estos aspectos, así como el análisis de sus componentes estadísticos se puede consultar en el anexo 1 de este documento.

6. Definiciones

Análisis interseccional: Es una herramienta que permite identificar, entender y responder a las diferentes formas en que el género se cruza con otras identidades, generando diferentes tipos de discriminación y desventaja en el acceso al disfrute de derechos y oportunidades. Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las personas, en particular las mujeres.

Brechas de género: Son las diferencias existentes entre mujeres y hombres, en relación con las oportunidades; con el acceso, uso y control de los recursos, así como, con el disfrute de los beneficios de la organización y de la sociedad en general. Las brechas se manifiestan en discriminaciones, desigualdades que limitan el ejercicio de los derechos humanos, el bienestar y desarrollo integral de las personas.

Corresponsabilidad social de los cuidados: Este enfoque toma como punto de partida la necesidad de visibilizar el tema de los cuidados y apoyos, movilizándolo de la esfera privada y familiar a la social, a partir de la identificación de los determinantes socioculturales que lo configuran y de las desigualdades que se encuentran en la base de la reproducción social del poder. (Política Nacional de Cuidados, 2021-2031). Desde la perspectiva de género, este tema se aborda en función de la necesidad de que los hombres se incorporen a las labores de cuidado, mismas que históricamente han sido atribuidas a las mujeres, generando una distribución más equitativa del tiempo. Así mismo este enfoque brinda un papel activo al Estado, incorporando los cuidados como parte de protección social y las políticas públicas.

Discriminación de género: Toda distinción implícita o explícita, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de la mujer o del hombre, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otro ámbito.

Equidad: Es el principio ético de justicia, que busca equiparar el acceso de todas las personas a recursos y oportunidades para lograr la igualdad. Reconoce la existencia de restricciones, diferencias y desigualdades que experimentan ciertos grupos o personas (a partir de su origen, sexo, clase, orientación sexual, edad, etnia, religión, entre otras), en el acceso efectivo a recursos y oportunidades y que les impide gozar plenamente de sus derechos como seres humanos; estas desigualdades terminan vulnerando los derechos de unas personas con respecto a otras.

Equidad de género: Es el principio ético de justicia, que tiene como propósito eliminar las desigualdades existentes en el acceso y control de los recursos y oportunidades entre mujeres y hombres, derivadas de las diferencias sexuales. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.

Género: Es el conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad determinada que son adquiridos en el proceso de socialización y que se manifiestan en responsabilidades, pautas de comportamiento, valores, gustos, actividades y expectativas, que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres.

Grupos vulnerables: Son aquellos grupos que, por sus características, condiciones sociales, económicas, culturales o físicas se ven colocados en desventaja social, afectando el disfrute de sus derechos humanos; por lo que requieren de acciones diferenciadas para gozar de oportunidades para su desarrollo.

Igualdad: Es el principio que reconoce en todas las personas el derecho para desarrollar sus habilidades personales y hacer elecciones sin estar limitadas por estereotipos o prejuicios, de manera que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de su origen étnico, o nacional, sexo, género, edad, discapacidad, condición social o

económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencia u orientación sexual, estado conyugal o cualquier otra análoga; es decir, implica la eliminación de toda forma de discriminación.

Igualdad de género: Es el principio que reconoce que las necesidades y características de mujeres y hombres son valoradas y tomadas en cuenta de la misma manera, de modo que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependen de su sexo, eliminando así toda forma de discriminación por dicho motivo. No se trata de igualar a las mujeres con los hombres sino de establecer una igualdad en el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos de ambos.

La igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género (OPS, Política de Igualdad de Género 2005).

Inequidad de género: En el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario (OPS, Política de Igualdad de Género 2005).

Perspectiva de género: Perspectiva desde la cual es posible distinguir formas diferenciadas de vivir, enfermar y morir asociadas al género, y por tanto responder a las necesidades particulares de las personas para disminuir las inequidades de género (OPS, Política de Igualdad de Género 2005).

Sesgos de género: Son aquellas creencias basadas en estereotipos socioculturales sobre lo femenino y lo masculino. Se expresan como ideas, expectativas, preferencias o prejuicios que estructuran la forma de percibir, interpretar y actuar sobre el lugar y la posición que ocupan las mujeres y los hombres.

Sexismo: Actitudes y comportamientos que establecen discriminación entre las personas basándose en su sexo. Se organiza en forma de prejuicio y creencia, se pone de manifiesto a través del lenguaje, símbolos y costumbres históricamente arraigadas.

7. Abreviaturas

ALAMUD: Alianza Latinoamericana de Mujeres con Discapacidad

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CONAPDIS: Consejo Nacional para Personas con Discapacidad

DIU: Dispositivo intrauterino

ECE: Encuesta Continua de Empleo

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

INTECO: Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

OEA: Organización de Estados Americanos

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEI: Plan Estratégico Institucional

PIEG: Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

8. Propuesta valor

“La CCSS se compromete a garantizar acciones estratégicas y sustantivas para la eliminación de toda forma de discriminación basada en género de manera transversal y progresiva en los diferentes niveles organizacionales y de actuación institucional; brindando servicios de calidad con perspectiva de género que promuevan la igualdad en el disfrute de la salud y el bienestar de la población, en alianza y coordinación con otras instituciones; y a lo interno de la organización, generando espacios laborales libres de sexismo y violencia

basados en género, que favorezca el desarrollo integral del recurso humano en igualdad de condiciones.”

9. Objetivo de la política

Fortalecer la aplicación de los principios de igualdad de género de manera transversal y progresiva en todos los niveles de actuación institucional, tanto a lo interno como hacia los servicios, para la eliminación de toda forma de discriminación basada en género.

10. Enunciados

10.1. Enunciado General

La Caja Costarricense de Seguro Social incorpora la igualdad y la equidad de género como principios de aplicación transversal y progresiva en todos los niveles de actuación institucional.

10.2. Enunciados Específicos

1. Las autoridades institucionales velarán por que los servicios brindados tengan perspectiva de género, respondan a las necesidades de las personas y a sus condiciones sociales, prestando especial atención a la eliminación de las múltiples formas de discriminación; adoptando medidas que incluyan, entre otras, acciones afirmativas hacia grupos poblacionales socialmente vulnerables para el acceso y disfrute de los recursos institucionales de forma igualitaria.
2. La CCSS brindará la atención y prevención de la enfermedad, así como la promoción de la salud, orientada a la identificación, prevención y atención de las inequidades de género, mejorando las oportunidades para que las mujeres y los hombres puedan disfrutar en igualdad de condiciones de un óptimo estado de salud.
3. La institución diseñará e implementará en sus unidades, procesos permanentes y sistemáticos de investigación interdisciplinaria, que generen evidencia científica

sobre las necesidades diferenciadas por sexo desde un análisis basado en género, que incida en la toma de decisiones institucionales a favor de la igualdad y equidad.

4. La CCSS velará por la transversalización del enfoque de género en la normativa y en los procesos de planificación Institucional, para garantizar servicios de calidad, con trato digno y eficaz para la reducción de brechas de género.
5. La institución brindará una atención integral en salud sexual y reproductiva, acorde con el curso de vida, respeto a las condiciones particulares de las personas usuarias y pertinencia cultural; garantizando el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y de calidad y a una maternidad segura con trato oportuno y digno.
6. La institución garantizará el desarrollo de acciones de carácter preventivo en materia de violencia contra las mujeres y/o de género, así como de medidas para la atención integral y de calidad a las personas víctimas, que permitan promover su salud, bienestar y la preservación de sus vidas.
7. La institución creará y fortalecerá las condiciones favorables que garanticen la inclusión de las personas que por su condición y posición de género han sido excluidas de la seguridad social, o han visto limitadas las oportunidades para acceder a los diferentes recursos de protección y aseguramiento que brinda la institución.
8. La CCSS diseñará nueva infraestructura y adecuará los espacios físicos de trabajo y aquellos necesarios para la prestación de servicios, partiendo de las necesidades particulares de hombres y mujeres, así como contemplando las tareas que deben ser compartidas entre hombres y mujeres en el cuidado de otras personas, favoreciendo la corresponsabilidad de los cuidados.
9. La institución contará con personal sensibilizado, capacitado y comprometido con el respeto a los derechos fundamentales de las personas, que faciliten la prestación de servicios institucionales de calidad, libres de estereotipos y prejuicios basados en género, así como espacios laborales libres de sexismo, discriminación, violencia basada en género, hostigamiento sexual y laboral; procurando establecer un cambio cultural a nivel institucional que contemple también el trabajo con hombres a través de masculinidades respetuosas e igualitarias y que garantice el cumplimiento de la normativa nacional y los acuerdos internacionales en materia de igualdad de género.

10. La institución establecerá y mantendrá en operación los mecanismos para medir el comportamiento de las brechas de género y así contar con información relevante para la administración, seguimiento y evaluación de la “Política Institucional de Igualdad de Género”, que permita la mejora continua, la toma de decisiones y la rendición de cuentas.
11. La CCSS fortalecerá la gestión del recurso humano, caracterizándose por la promoción de la igualdad y equidad de género, eliminando cualquier práctica discriminatoria. Se buscará la igualdad en los procesos de selección y contratación, la reducción de la segregación de trabajo en razón de género, el trato igualitario en la formación, el ascenso laboral y en la elección en puestos de jefatura para hombres y mujeres.
12. La institución promoverá buenas prácticas laborales, que entre otras cosas busquen la conciliación entre la vida laboral y familiar en cumplimiento de la Ley N° 9862 y Convenios Internacionales (156 OIT), la corresponsabilidad social de los cuidados y el apoyo a las personas con responsabilidades familiares, especialmente de las mujeres en período de embarazo y lactancia.
13. La Institución implementará estrategias para la prevención, detección y sanción de prácticas de hostigamiento sexual, acoso laboral, discriminación basada en género y violencia; promoviendo ambientes de trabajo en los que las relaciones entre hombres y mujeres se fundamenten en el respeto y la dignidad de las personas.
14. La institución desarrollará acciones de coordinación interinstitucional que permitan unir esfuerzos con otras organizaciones e instituciones públicas para alcanzar la igualdad y equidad de género en el país.
15. La institución implementará acciones que tomen en cuenta la perspectiva de género e interseccionalidad, así como el enfoque de derechos humanos y desarrollo humano sostenible.

Esta política tendrá revisiones periódicas de parte del Programa Institucional para la Equidad de Género con la finalidad de garantizar la vigencia de la misma.

11. Coordinación y seguimiento de la Política

La Junta Directiva será el órgano máximo responsable de la aprobación de la Política de Igualdad de Género en la CCSS. Para la coordinación y seguimiento de las acciones de la Política a lo interno de la institución, el Programa Institucional para la Equidad de Género fungirá como Secretaría Técnica de la Política, con funciones de coordinación, asesoría y criterio técnico, recopilación de información y sistematización para la elaboración de los informes anuales. Por lo que es necesario reforzar dicho trabajo con un mecanismo institucional denominado Comisión Institucional para la Igualdad de Género, que será el ente de apoyo a la implementación y cumplimiento de la Política.

Esta Comisión será nombrada por la Presidencia Ejecutiva, será de carácter permanente y debe apoyar en el proceso de rendición de cuentas ante el Consejo de Presidencia y Gerentes, a través de la elaboración de un informe anual. Estará integrada por funcionarias y funcionarios de todas la Gerencias y Direcciones estratégicas de la Institución como: Dirección de Planificación Institucional, Dirección de Comunicación Organizacional, Dirección Administración y Gestión de Personal, Dirección de Bienestar Laboral, entre otras.

Asimismo, se desarrollarán estrategias de comunicación para la divulgación y promoción de la Política de Igualdad de Género y de los temas vinculantes en la materia.

El documento entrará en vigor a partir de su aprobación por parte de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Control de documentos

Código	Nombre del documento	Responsable	Soporte de Archivo	Acceso autorizado
GA-PPEG-PO001	Política Institucional de Igualdad de Género	PPEG	Digital	A todo el personal de la CCSS

Control de cambios en el documento

Referencia	Fecha	Descripción del cambio

Anexo 1: Justificación con componentes estadísticos

A partir del análisis de brechas se identificaron los siguientes aspectos prioritarios:

a) Acceso desigual a la seguridad social

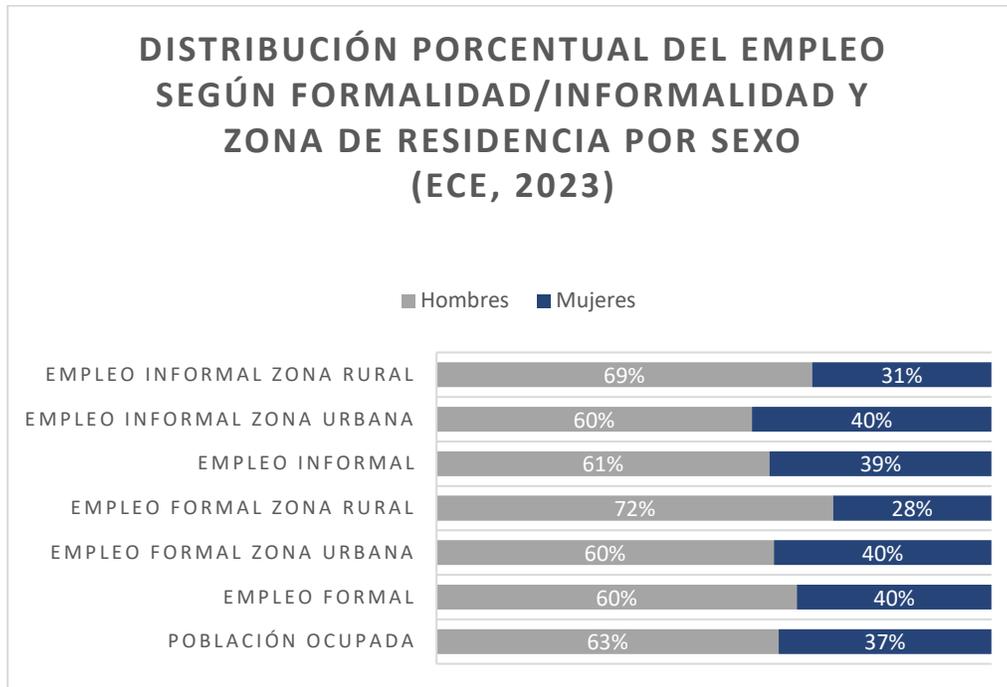
La forma como se accede a la seguridad social está estrechamente vinculada con la división sexual del trabajo, la cual estructura la manera como mujeres y hombres se insertan en el mercado laboral. De acuerdo con los datos del INEC⁷, en Costa Rica en la distribución porcentual de la población ocupada mayor de 15 años los hombres representan el 63% de la fuerza laboral, mientras que de las mujeres solo el 37% ha logrado ingresar al mercado laboral. (Instituto Nacional de Estadística y Censo- INEC, 2023, Encuesta Continua de Empleo).

De la citada encuesta se extrae también que del total de población con empleo formal que corresponde a 1.328.113, el 60% son Hombres (802.922) y 40% mujeres (525.191). Mientras que, en lo relacionado con personas en empleo informal, de un total de 793.496 personas el 61% son Hombres y 39% mujeres.

Como se muestra en el gráfico N°1, las brechas de género no solo se vinculan con la ocupación laboral, sino que también se expresan en el acceso a empleos en el sector formal o informal, así como las desigualdades se hacen más pronunciadas en zona rural que en zona urbana. Sin embargo, cabe destacar que el empleo informal constituye una de las barreras más importantes de acceso a los sistemas de protección social, pues por definición tiene como característica no contar con seguro social, contrato de trabajo, póliza de riesgo de trabajo, remuneración de acuerdo con los salarios mínimos estipulados, disfrute de vacaciones, entre otros. A su vez, se caracteriza por el predominio de trabajos poco calificados, lo cual repercute en la cotización al seguro social, afectando el aporte a los sistemas de salud y de pensiones.

⁷ INEC. II Trimestre 2023. Encuesta Continua de Empleo: principales indicadores del mercado laboral. San José, Costa Rica.

Gráfico N°1



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Continua de Empleo. II trimestre 2023)⁸

De acuerdo con el Área de Estadísticas en Salud de la Gerencia Médica de la CCSS al 26 de marzo del 2023 se contaba con 2.477.146 personas aseguradas directas, de las cuales 1.451.777 son hombres (58,60%), y 1.025.331 son mujeres (41,39%); así mismo dentro de los reportes se tiene un dato “no indica sexo” en el que están clasificadas 58 personas, lo que equivale a 0,0023%.

En lo relacionado con datos estadísticos desagregados en materia de aseguramiento por protección familiar y por cuenta del Estado, se cuenta con la siguiente información:

⁸ INEC. II Trimestre 2023. Encuesta Continua de Empleo: principales indicadores. San José, Costa Rica.

Cuadro N°1 CCSS: Adscritos en los servicios de la institución, por tipo de modalidad de aseguramiento, según sexo y grupo de edad. Datos al 26 de marzo 2023

Sexo Grupo de edad	Aseguramiento por protección familiar	Aseguramiento por el Estado
Total	1 706 178	157 793
Mujer	1 089 148	83 332
Menos de 1	13 912	1 119
01 - 04	72 656	9 571
05 - 09	119 689	18 761
10 - 14	125 496	18 768
15 - 19	107 972	12 391
20 - 44	260 284	14 196
45 - 64	268 870	7 712
65 y más	120 263	814
Sin definir	6	0
Hombre	616 988	74 458
Menos de 1	14 479	1 148
01 - 04	74 734	9 928
05 - 09	124 940	19 492
10 - 14	130 514	20 196
15 - 19	116 723	14 509
20 - 44	86 313	7 140
45 - 64	45 228	1 862
65 y más	24 053	182
Sin definir	4	1
No reporta sexo	1	-
15 - 19	1	-
Indefinido	36	2
Menos de 1	2	-
01 - 04	27	1
05 - 09	3	1
10 - 14	1	-
15 - 19	1	-
20 - 44	2	-
Intersexo	5	1
10 - 14	2	-
20 - 44	3	1
<i>a/ Datos consultados el 27 de marzo 2023</i>		
<i>Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS).</i>		

Fuente: CCSS (2023). Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

Si se presta atención a los porcentajes, dan una clara indicación de brechas de género, porque se tiene mayor representación de hombres como asegurados directos (58,60%

hombres, 41,39% mujeres) o titulares del seguro; mientras que, en el caso de las mujeres, el tipo de aseguramiento que predomina está vinculado en gran medida a su condición de dependencia, ya sea por ser familiar de asegurado directo o asegurada familiar (63,83% mujeres y 36,16% hombres) y por cuenta del estado (52,81% mujeres, 47,18% hombres). Por otro lado, a partir de los datos se puede evidenciar que en lo que respecta a seguro familiar y por cuenta del Estado, la mayor cantidad de mujeres que acceden a dicho seguro se concentran en grupos etarios que se encuentran en edad productiva, mientras que en el caso de los hombres corresponde a personas menores de edad.

Las desigualdades antes indicadas se asocian con los roles de género que aún persisten en la sociedad y marcan diferenciadamente el disfrute de oportunidades. En ese sentido, si bien la inserción masiva de las mujeres al mercado laboral ha sido un hito histórico fundamental que se presenta desde la década de 1970, transformando la situación económica de los hogares y permitiendo el avance hacia la autonomía económica de las mujeres; esto no se ha traducido en una reorganización de las tareas domésticas y de cuidado en los hogares, las cuales siguen recayendo en las mujeres.

Según datos del año 2017 del Observatorio de Igualdad de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)⁹, en Costa Rica, las mujeres destinan un promedio de 39,5 horas semanales a trabajo no remunerado, mientras que los hombres destinan 17,1 horas por semana a trabajo no remunerado¹⁰. Por lo que las mujeres generalmente se ven obligadas a conciliar ambas tareas, condicionando el acceso, mantenimiento y ascenso en sus carreras laborales, con ello se perpetúa la brecha de género en el empleo. Esto no es ajeno a los servicios que brinda la institución, pues los mismos roles de género se pueden reforzar si por ejemplo desde los servicios de salud se normaliza el rol cuidador de las mujeres en la familia y se obvia la corresponsabilidad de los hombres en estas tareas.

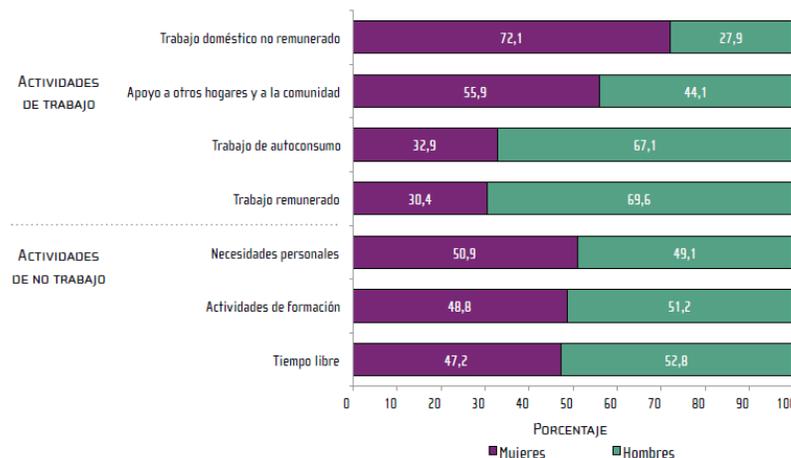
⁹ <https://oig.cepal.org/es>

¹⁰ *El tiempo de trabajo total es la suma del tiempo de trabajo remunerado y el tiempo de trabajo no remunerado. El trabajo remunerado se refiere al trabajo que se realiza para la producción de bienes o prestación de servicios para el mercado y se calcula como la suma del tiempo dedicado al empleo, a la búsqueda de empleo y al traslado al trabajo. El trabajo no remunerado se refiere al trabajo que se realiza sin pago alguno y se desarrolla mayoritariamente en la esfera privada. Se mide cuantificando el tiempo que una persona dedica a trabajo para autoconsumo de bienes, labores domésticas y de cuidados no remuneradas para el propio hogar o para apoyo a otros hogares.* <https://oig.cepal.org/es/indicadores/tiempo-total-trabajo>.

En Costa Rica se realizó la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo en el año 2017 por parte del Instituto Nacional de estadística y Censo y refleja que son las mujeres quienes dedican una mayor cantidad de tiempo social promedio semanal al trabajo doméstico no remunerado con 35:49 horas (treintaicinco horas y cuarentainueve minutos), entretanto los hombres destinan 13:42 horas. Al analizar el tiempo efectivo, las mujeres dedican 22 horas más en promedio respecto a los hombres a la semana. Lo anterior se puede evidenciar en la siguiente imagen:

Imagen N°1: Distribución porcentual del tiempo social promedio

Costa Rica: Distribución porcentual del tiempo social promedio^{1/} de la población de 12 años y más por sexo, según actividades de trabajo y no trabajo, octubre y noviembre 2017



^{1/} Promedio de horas semanales dedicadas a determinada actividad por parte de toda la población.
Fuente: INEC, Costa Rica. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, 2017.

Fuente: INEC (2017) Encuesta Nacional de Uso del Tiempo

De la mano con lo anterior, en nuestro país se tiene la Ley 9325: Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica, que contempla que el Banco Central de Costa Rica a partir de la información provista por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) calculará una cuenta satélite de trabajo doméstico no remunerado¹¹. El cálculo lo que busca es visibilizar la valoración económica del trabajo no remunerado que realizan los miembros del hogar en actividades productivas para autoconsumo.

¹¹ Sistema Estadístico que gira alrededor de los lineamientos del marco central del sistema de cuentas nacionales.

Según el Banco Central de Costa Rica (2019)¹² en la cuenta satélite el valor del trabajo doméstico no remunerado durante el año 2017 fue el equivalente al 25,8% del Producto Interno Bruto (PIB) o 8,3 billones, del cual el 18% es aportado por mujeres y el restante 7,3% por Hombres.

Imagen N°2: Valor económico del TDNR por tipo de actividad y sexo



Fuente: Banco Central de Costa Rica (2019) Cuenta satélite Trabajo doméstico no remunerado

Para el año 2022 se realizó nuevamente la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo y los resultados evidencian un leve incremento de la cantidad de horas invertidas en trabajo doméstico no remunerado por los hombres. Las mujeres en el año 2017 invertían 36:01 horas semanales mientras que para el año 2022 disminuyó a 32:04, en el caso de los hombres se pasó de 13:55 horas en el año 2017 a 15:44 horas en el año 2022. En ambos casos como se evidencia en la imagen también aumento la cantidad de horas destinadas a trabajo remunerado.

¹² Banco Central de Costa Rica (2019) Cuenta satélite Trabajo doméstico no remunerado

Imagen N°3: Tiempo efectivo Promedio de trabajo remunerado y no remunerado



Fuente: INEC (2022). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo.

Al igual que en la encuesta anterior, se determinó que, del total de horas semanales invertidas en actividades de trabajo doméstico no remunerado, se mantienen como principales actividades la preparación y servicio de alimentos, el cuidado de personas menores de edad y dependientes y la limpieza de la vivienda, como se evidencia en la imagen N°4.

Imagen N°4: Actividades de trabajo doméstico no remunerado a las que se les dedica más tiempo



Fuente: INEC (2022). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo.

Adicionalmente en la citada encuesta (2022) se presentan datos relacionadas con las actividades realizadas en el tiempo libre, identificando que los hombres participan más de actividades recreativas, de entretenimiento, deporte y ejercicio, según se detalla en la siguiente imagen:

Imagen N°5 Tiempo Efectivo Promedio en actividades de tiempo libre



Fuente: INEC (2022). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo.

A partir de la información expuesta, queda en evidencia que las mujeres dedican casi el doble de horas que los hombres a actividades domésticas no remuneradas, lo que no solo implican tener menos tiempo para dedicar a otras actividades, sino que generan pobreza y menos posibilidad de ascenso social a las mujeres. Los estereotipos y roles de género tienen influencia objetiva en la forma en la que nos comportamos y tienen implicaciones sociales, políticas y económicas. Se pueden señalar como implicaciones o consecuencias para las mujeres de esta forma en la que se estructura la sociedad y organiza el trabajo doméstico no remunerado las siguientes: existencia de dobles o triples jornadas de trabajo, afectación física y mental por exceso de trabajo, limitación de las posibilidades de descanso y recreación, limitación de posibilidades de desarrollo personal y profesional y limitación de las posibilidades reales de obtener un empleo, o mantenerlo.

En este contexto adquiere importancia hablar de los cuidados como trabajo. Según la Organización Internacional del Trabajo (2018)¹³ los cuidados comprenden dos tipos de actividades superpuestas: las *actividades de cuidado directo, personal y relacional*, como dar de comer a un bebé o cuidar de un cónyuge enfermo, y las *actividades de cuidado indirecto*, como cocinar y limpiar. El *trabajo de cuidados no remunerado* consiste en la prestación de cuidados por parte de *cuidadoras y cuidadores no remunerados* sin recibir una retribución económica a cambio. Se cuida a personas menores de edad, con discapacidad, adultas mayores y personas enfermas.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2022)¹⁴ establece que el “trabajo de cuidado comprende actividades destinadas al bienestar cotidiano de las personas, en diversos planos: material, económico, moral y emocional. De esta forma, incluye desde la provisión de bienes esenciales para la vida, como la alimentación, el abrigo, la limpieza, la salud y el acompañamiento, hasta el apoyo y la transmisión de conocimientos, valores sociales y prácticas mediante procesos relacionados con la crianza”.

Para hacer frente a los desafíos y necesidades en materia de cuidados los Estados deben desarrollar Políticas públicas en la materia, mismas que deben apuntar al aumento de la accesibilidad y la calidad de medidas de conciliación de la vida laboral y familiar y que favorezcan una división más igualitaria del trabajo remunerado y del trabajo de cuidados no remunerado entre las mujeres y los hombres.

Así mismo, se incorpora el enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados referenciado en la Política Nacional de Cuidados (2021) que “(...) toma como punto de partida la necesidad de visibilizar el tema de los cuidados y apoyos, movilizándolo de la esfera privada y familiar a la social (...) Es así como esta política propone la reorganización de los cuidados y apoyos, de manera que las acciones y responsabilidades de las instituciones públicas, el mercado, las familias y las comunidades, sean paulatinamente compartidas”. Lo anterior coloca al Estado y sus instituciones como responsables de los cuidados y actores clave, que deben aportar con alternativas tanto para las personas usuarias de los servicios como para sus funcionarias y funcionarios.

¹³ Organización Internacional del Trabajo (2018) *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*

¹⁴ CEPAL (2022) *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. En: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>

Mientras se logra alcanzar la igualdad en las oportunidades laborales, los avances en materia de aseguramiento se encaminan hacia la identificación de grupos ocupacionales cuya vulnerabilidad está asociada a roles y condiciones de género. Cabe resaltar como ejemplo el avance alcanzado con la aprobación de la Ley N° 8726 que modificó el Código de Trabajo (Capítulo VIII) y establece como obligatorio el aseguramiento de personas en trabajo doméstico, que, si bien es un paso hacia adelante, aún la afiliación sigue siendo baja. Según un estudio de Chamorro y Arteta (2016)¹⁵, se estimaba que la cobertura contributiva del trabajo doméstico es de un 15,5%, y existe un 60% adicional de trabajadoras domésticas aseguradas a través del seguro familiar (en su condición de cónyuges de un asegurado titular directo) y el régimen de seguro voluntario.

En la CCSS en los últimos años uno de los principales avances en materia de aseguramiento fue la aprobación del *“Reglamento para la inscripción de patronos y el aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas”*, que permitió a partir de agosto de 2017 el uso de la Escala de Bases Mínimas Contributivas Reducidas e incentivos para los patronos. Según estudio realizado por la Dirección Actuarial y Económica y Área de Estadística de la CCSS en el año 2021, a partir de julio 2017 la cantidad de personas trabajadoras de Servicio Doméstico empieza a aumentar debido a la entrada en vigencia del nuevo reglamento de aseguramiento, y concluyen que *“Es de los principales avances en materia de protección social, cuyos objetivos se dirigen a elevar la cobertura de aseguramiento para que las personas que trabajan en los hogares de forma remunerada tengan un mejor acceso a servicios de salud, adquieren la posibilidad de ser sujetas a crédito, cuenten con una pensión (...) puedan tener acceso a prestaciones económicas, como incapacidades por enfermedad y maternidad, y tengan la posibilidad de ofrecer aseguramiento a sus familiares”* (p.11).

Según el estudio mencionado para el año 2020 se contaba con un total de 18.619 personas que laboran en servicio doméstico, 16.671 mujeres y 1.948 hombres. El aumento en la cantidad de población asegurada en dicho grupo ocupacional entre el año 2015 y el 2020 puede observarse en el siguiente gráfico:

¹⁵ Chamorro y Arteta, 2016, citado en Huertas, et al., 2016, *La equidad de género en las Legislaciones de Seguridad Sociales Iberoamericanas*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, pág. 133.

Gráfico N°2



Fuente: Dirección Actuarial y Económica y Área de Estadística de la CCSS en el año 2021

Según información de la Dirección Actuarial y Económica y el Área de Estadísticas Actuariales (2023) en abril 2022 tenían 18.577 personas trabajadoras cubiertas con dicha modalidad, y para mayo 2023 la suma de 18.398 personas, distribución que se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro N°2: Cotizantes según sexo en servicio doméstico

Servicio Doméstico			
Cotizantes según sexo 1018-2023			
Período	Mujer	Hombre	Total
2018	15 955	1 801	17 756
2019	16 671	1 948	18 619
2020	16 384	1 922	18 306
2021	16 682	2 139	18 821
2022	16 487	2 090	18 577
2023 *	16 509	1 889	18 398
* Datos al mes de mayo 2023.			
FUENTE: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística			

Por otra parte, en materia de pensiones, según datos de la Subárea de Investigación y Estudios Especiales de la Gerencia de Pensiones para diciembre del año 2022 se encontraban en curso de pago **340.129** pensiones, con el siguiente detalle:

Cuadro N°3: beneficiarios del régimen de Invalidez, vejez y muerte por riesgo y sexo a diciembre de 2022

Riesgo	Hombres	Mujeres	Total
Invalidez	37014	16153	53198
Vejez	136284	55298	191699
Muerte	14291	80659	95232
Total	187589	152110	340129

Fuente: Subárea de Investigación y Estudios Especiales (2022). Gerencia de Pensiones CCSS

En el gráfico N°3 se puede observar cómo las pensiones otorgadas según riesgo son otorgadas mayoritariamente a los hombres en caso de vejez e invalidez, y a las mujeres en el caso de muerte, en su condición de viudas o dependientes.

Gráfico N°3



Fuente: Elaboración propia con datos de la Subárea de Investigación y estudios especiales, CCSS, diciembre 2022.

Es importante señalar que, según datos de la Gerencia de Pensiones para diciembre del año 2022, el promedio de pensión inicial recibida por los hombres en caso de vejez fue de

¢411.669 mientras que para las mujeres fue de ¢394.104; la pensión por viudez fue de ¢202.460 para los hombres y ¢188.067 para las mujeres. Mientras que en lo relacionado con la pensión de invalidez el monto promedio fue de ¢249.698 para los hombres y ¢268.636 para las mujeres.

En materia de Pensiones del Régimen no Contributivo (RNC) el Área Gestión Pensiones Régimen No Contributivo tiene reportado a diciembre 2022 un total de 141.351 personas pensionadas, de las cuales 58.698 son hombres y 82.653 mujeres, la relación porcentual se evidencia en el siguiente gráfico:

Gráfico N°4



Fuente: Elaboración propia según datos de Área Gestión Pensiones Régimen No Contributivo (2023)

Estos datos retratan las condiciones de desigualdad que genera la relación de dependencia y ausencia de autonomía económica en las mujeres. Ser económicamente dependiente en gran medida coloca principalmente a las mujeres en condición de pobreza, ya que no solo son dependientes para garantizar su subsistencia presente sino para proyectar a futuro el acceso a la atención en salud y la acumulación de derechos previsionales para la vejez¹⁶, a lo que se agrega el riesgo y la vulnerabilidad frente a la pérdida del vínculo del cual se depende.

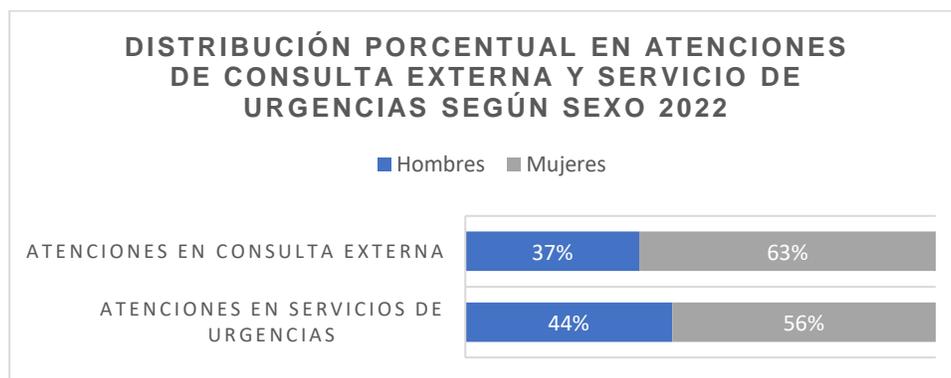
¹⁶ Bravo, Rosa. Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres. Ponencia presentada en el Panel "Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres" del Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Organizado por el Observatorio de Género y Equidad, 28 y 29 de mayo de 2009.

b) Uso y control de los recursos institucionales mediados por la condición de género

Los servicios de salud de la CCSS son proporcionalmente más utilizados por las mujeres que por los hombres. Según información del Área de Estadísticas en Salud de la CCSS en el año 2022 se brindaron 13.406.763 de atenciones en consulta externa, de las cuales 8.457.803 fueron brindadas a mujeres, lo que equivale a un 63% de los casos, mientras que los hombres recibieron 4.948.536 de las consultas, lo que representa un 37%. Por otro lado, en los servicios de urgencias de un total de 6.160.591 atenciones, las asistentes fueron mujeres en 3.382.751 de casos, lo que equivale al 56%, y los hombres acudieron a 2.752.401 consultas, lo que representa un 44%.

Los estereotipos y roles de género influyen en los comportamientos de búsqueda y asistencia a los servicios de salud, así como en el autocuidado y en los resultados en salud. De ahí la importancia de conocer las necesidades, los riesgos y los perfiles de salud determinados y asociados con la condición de género. En ese sentido, la institución cuenta con una investigación en cuanto a la atención de morbilidad a nivel hospitalario, que permite identificar algunos comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres, en cuanto a los motivos de egreso hospitalario¹⁷, que requiere profundizarse a través de un análisis basado en género y su respectivo seguimiento.

Gráfico N°5



Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud

¹⁷ Principales enfermedades trazadora de diferencias por sexo (2014-2018). Área de Estadísticas en Salud, CCSS.

Por otra parte, un área crítica que determina las oportunidades de desarrollo y autonomía de las mujeres, dados los roles de género aún existentes, es la salud sexual y reproductiva. En cuanto al control de la natalidad, la institución está llamada a promover y suplir la provisión de métodos anticonceptivos en edad reproductiva. En la última Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2015¹⁸, se reporta que el 50% de las mujeres encuestadas manifestó no haber deseado el último embarazo, mientras que el 30% de los hombres no quería que su pareja quedara embarazada en ese momento. (p.9).

A su vez, en un estudio de UNFPA/OPS¹⁹ se identifica una demanda insatisfecha en la adquisición de métodos anticonceptivos, la cual se calcula en 17,5% para mujeres entre 15 y 49 años, y en el caso de adolescentes el porcentaje es de 18,5% (p.7). Los servicios institucionales no constituyen el lugar donde las mujeres adquieren sus métodos anticonceptivos con mayor frecuencia, con excepción del dispositivo intrauterino (DIU) que se aplicó en un 55,3% de los casos en los servicios de salud de la CCSS. Los otros métodos anticonceptivos modernos se adquieren con mayor frecuencia en servicios privados, ya sea en farmacias, consultorios privados o supermercados, esto en la siguiente proporción: la anticoncepción de emergencia (100%), los condones masculinos (73,1%), las pastillas anticonceptivas (58,3%) y los métodos inyectables (56,7%) (p.10).

Cabe señalar, que en ese mismo estudio se identifica una disminución en el consumo de todos los métodos anticonceptivos en el año 2020, lo que se piensa está asociado a la situación de pandemia. Según estimaciones, el consumo de pastillas, inyecciones y condones masculinos fueron los más sensibles, disminuyendo su consumo hasta lo reportado 5 años atrás, lo que puede asociarse a que estos métodos requieren para ser adquiridos, que la persona usuaria asista de forma más regular a los centros donde se les provee (p.16).

En cuanto a las esterilizaciones quirúrgicas, según información institucional todavía se traslada a las mujeres socialmente la responsabilidad de anticoncepción y natalidad, representando para el año 2022 el 85% de procedimientos de esterilización realizados

¹⁸ La II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva-2015 (II ENSSSR-2015) fue llevada a cabo entre los meses de noviembre y diciembre del 2015. La muestra con representatividad a nivel nacional, se entrevistó a un total de 3216 personas entre los 15 y los 64 años edad.

¹⁹ UNFPA/OPS. (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.

(Salpingectomías), respecto al 15% de los procedimientos realizados a hombres (vasectomías) Así mismo a partir de los datos se evidencia la afectación durante la pandemia, y como aún no se ha equiparado la cantidad de procedimientos al comportamiento de los años previos a la pandemia.

Cuadro N°4: Procedimientos de esterilización CCSS 2018-2022

Procedimiento		
Año	vasectomías	Salpingectomías
2018	2396	11131
2019	3718	11724
2020	1064	6794
2021	1015	6870
2022	1844	10811
Total	10037	47330

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de estadística en Salud.

Se observan avances en los servicios de atención institucional, en cuanto a la oferta de Consejería en salud sexual y reproductiva, así como la provisión de nuevos métodos anticonceptivos como el condón femenino, y la prescripción y dispensación de la anticoncepción de emergencia en personas víctimas de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

Si bien la mortalidad materna es baja en el país, y no es proporcionalmente significativa en relación con las otras causas de muerte, es un indicador que refleja inequidades en la atención de salud de las mujeres. Según el INEC (2022)²⁰ en Costa Rica el comportamiento de dicho indicador ha sido considerablemente irregular, aunque con una tendencia al descenso sostenida en el periodo 2016 - 2018, pero a partir de 2019 experimenta un incremento de 25,9% en este año con respecto a 2018 y para 2020, esta tendencia se exagera al experimentar un incremento de 70,0% con respecto a 2019, el mayor del periodo en análisis, en 2021 el aumento es de 17,8% con respecto a 2020. En este último trienio estos incrementos se traducen en una muerte materna más por diez mil nacimientos, de año a año.

²⁰ INEC. (2022) *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021*. San José, Costa Rica.

Cuadro N°5: Nacimientos, defunciones y razón de mortalidad materna 2011-2021**Costa Rica. Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2011 - 2021**

Año	Nacimientos	Defunciones maternas	Razón de mortalidad materna ^{1/}
2011	73 459	18	2,45
2012	73 326	22	3,00
2013	70 550	14	1,98
2014	71 793	21	2,93
2015	71 819	20	2,78
2016	70 004	20	2,86
2017	68 811	16	2,33
2018	68 449	11	1,61
2019	64 274	13	2,02
2020	58 156	20	3,44
2021	54 288	22	4,05

1/ Por diez mil nacimientos.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2011 - 2021.

Según este estudio se identifica que la causa de las defunciones está asociada en su mayoría a complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto, así como a intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos. Así mismo existen otros factores de riesgo como el estado nutricional, edad materna avanzada, no tener un trabajo remunerado y acceso a la seguridad social, ser soltera o sin unión conyugal y migrante.

Un estudio de Fuentes (UNFPA, 2021)²¹, indica que la responsabilidad en la atención de los partos recae en la CCSS a nivel nacional, ya que, según datos de 2019, en sus establecimientos de salud se atendió el 94,1% de los partos del país (p.9). Al respecto es importante señalar que, a pesar de los esfuerzos Institucionales en la materia, se continúa detectando como área crítica la vulneración del trato digno en los servicios de maternidad. Se identifica que el 57,7% de mujeres en edad reproductiva encuestadas, cuya atención del parto se dio entre los años 2016 y 2018, manifiestan haber experimentado al menos un tipo de vulneración al trato humanizado y respetuoso en el centro de salud (p.4).

Los hallazgos de este estudio apuntan hacia la oportunidad de mejora en la atención del buen trato, en cuanto a respetar la autonomía, integridad física y emocional de las mujeres atendidas. Las manifestaciones que se reconocen son: el no permitirle estar acompañada y/o tener privacidad, elegir la posición para el parto, no consultarle sobre la aplicación de

²¹ Eugenio Fuentes Rodríguez. (2021) *Violencia Obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos*. UNFPA.

medicamentos o de un procedimiento en particular, no brindar información comprensible, no apoyarle de manera adecuada, recibir sobrenombres, críticas o comentarios peyorativos, obligarle a pujar sin ser necesario, y agresión física directa. Por lo que las mejoras realizadas por la institución en los servicios de maternidad en cuanto a ampliación de infraestructura y equipamiento obstétrico es insuficiente para la mejora en la calidad y satisfacción de las usuarias con la atención recibida.

Por otra parte, según un estudio (UNFPA-CONAPDIS²²-ALAMUD, 2021)²³ realizado sobre la experiencia de mujeres en condición de discapacidad, con respecto a los servicios en salud sexual y reproductiva, se registra la persistencia de barreras físicas de acceso a las instalaciones de salud, así como a la información cuando ésta se presenta en formato escrito o auditivo, lo que excluye a personas ciegas o sordas. También se indica la falta de ajuste del equipo médico a las necesidades y características de esta población.

En especial se reporta la presencia de prejuicios y estereotipos sobre la sexualidad entre el personal de la salud hacia esta población. Al respecto se identifica desinformación en el personal que dificulta atender adecuadamente las necesidades que las mujeres con discapacidad tienen. También se identificó la doble discriminación por género y por discapacidad que tiene por resultado la exclusión de los servicios de salud y refuerza tanto el aislamiento social como la dependencia hacia las familias, lo que afecta seriamente su autonomía. En esta misma línea, se detectó desconocimiento por parte de las mujeres con discapacidad y sus familias sobre los mecanismos de protección y denuncia a lo interno de los establecimientos de salud.

La institución ha avanzado en la elaboración de instrumentos normativos con perspectiva de género. En ese sentido destacan los esfuerzos institucionales por mejorar la calidad y la calidez de los servicios, así como la definición de nuevas orientaciones en la prestación de servicios en salud que se gestan a nivel de alta gerencia²⁴.

En el caso de normas técnicas para la atención de las personas, se introduce una visión de atención integral, se promueve la participación de los hombres en su rol paterno y

²² Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad y Alianza Latinoamericana de Mujeres con Discapacidad

²³ UNFPA, CONAPDIS y ALAMUD (2021) *Salud sexual y reproductiva y violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a la luz de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS 2018)*

²⁴ *Política Integral de buen trato y el Protocolo de atención a la persona usuaria 2013. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (2019).*

acompañamiento en la atención al embarazo, parto y posparto. También se reconocen los roles y las condiciones de género como determinante social de la salud, así como las necesidades prácticas de las mujeres y sus vivencias desde un enfoque de derechos humanos e Inter seccional.

Si bien la igualdad y la equidad de género se colocan dentro de los principios y enfoques rectores en la normativa institucional, y se cuenta con estrategias de capacitación y sensibilización en esta materia, aún existen vacíos en torno a cómo llevarlo a la práctica cotidiana de la atención en los servicios de salud. Es un desafío la incorporación de estrategias de monitoreo y vigilancia de su cumplimiento, y la existencia de estrategias de información hacia las personas usuarias que permita hacer efectiva una atención que se ajuste a dichas normativas.

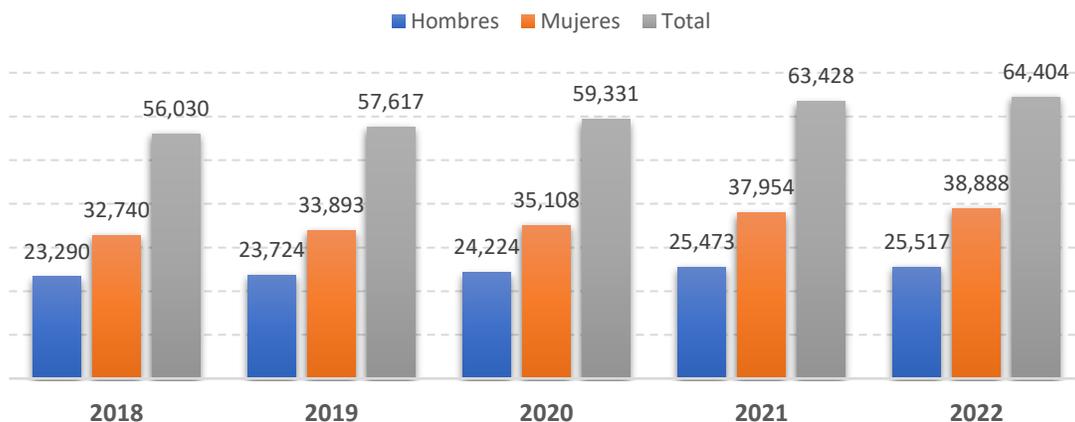
c) Desigualdades en las oportunidades de desarrollo del recurso humano institucional

Con relación al análisis de la proporcionalidad de género²⁵ en el recurso humano institucional, según información de la Dirección Administración y Gestión de Personal (DAGP) a diciembre 2022 resalta el empleo mayor de mujeres (60%) con relación a los hombres (40%). En el gráfico N°6 se puede observar la cantidad de personal en el período 2018-2022 y la desagregación por sexo:

²⁵ Según lo define la Norma Técnica INTE 38-01-01:2015 en su punto 3.20 la proporcionalidad de género es la relación de correspondencia entre la cantidad de mujeres y hombres que participan en un determinado espacio de la organización, tales como, toma de decisiones, conformación de equipos de trabajo, acceso a cursos, becas, programas de promoción y otros.

Gráfico N°6

Promedio de personas funcionarias por año, según sexo. Años 2018 a 2022.



Fuente: Planillas Salariales mensuales, Enero 2018 a Diciembre 2022.

En el gráfico N°7 se muestra la distribución porcentual de los grupos ocupacionales según sexo para el año 2022. Respecto a la información consignada en la Política Institucional anterior en el año 2010 se evidencia que en los últimos años las funcionarias mujeres aumentaron el porcentaje de presencia en todos los grupos ocupacionales²⁶, y en mayor medida en puestos profesionales en ciencias de la salud. Sin embargo, sigue existiendo la segregación ocupacional basada en los roles de género en el caso de servicios generales donde predomina la presencia de los hombres y en el caso de enfermería y servicios de apoyo, donde las mujeres constituyen la mayoría de las personas contratadas. En el gráfico siguiente se detalla la distribución de los puestos dentro de los grupos ocupacionales según sexo.

²⁶ En el año 2010 según lo consignado en la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género, se tenía en administrativos 40% de hombres y 60% de mujeres, enfermería y servicios de apoyo 35% hombres y 65% mujeres, ciencias de la salud 42% hombres y 58% mujeres, por otro lado, en servicios generales 70% hombres y 30% mujeres.

Gráfico N°7



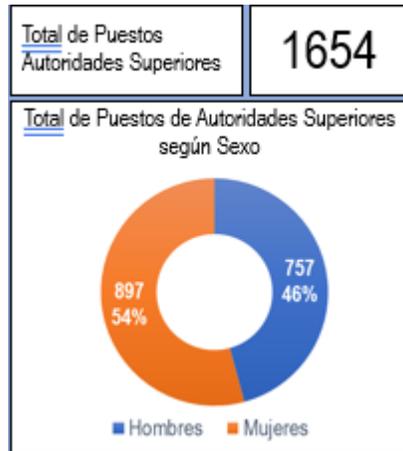
Fuente: DAGP, Planilla Salarial diciembre 2022.

Haciendo un análisis comparativo de la última década a partir de la información disponible en la Dirección Administración y Gestión de personal, se identifica que los puestos de servicios generales siguen siendo ocupados mayoritariamente por hombres, aun cuando se logró la incorporación de más mujeres en puestos de vigilancia y limpieza, mantenimiento y en servicios varios, mientras que en transportes no se detecta cambio alguno. En el caso de profesionales en ciencias de la salud, los cambios se registran en el incremento de la incorporación de hombres a puestos profesionales como psicología clínica, farmacia y enfermería, y en el caso de las mujeres en puestos médicos en funciones administrativas, así como profesionales en medicina en funciones sanitarias.

En cuanto al grupo ocupacional de enfermería y servicios de apoyo, persiste el predominio de mujeres, con la excepción de los puestos de tareas de apoyo en los que se ha avanzado hacia la paridad entre hombres y mujeres. Los puestos de apoyo como tecnologías médicas y auxiliares de enfermería han aumentado el empleo de mujeres, lo que indica la persistencia en la feminización de estas tareas de cuidado de pacientes.

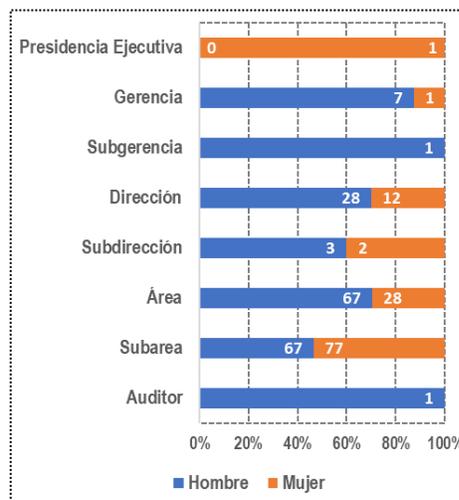
En lo relacionado con los puestos de Jefaturas, según información de la Dirección Administración y Gestión de personal se tiene la siguiente información:

Gráfico N°8
Jefaturas Institucionales según sexo noviembre 2022



Fuente: DAGP (2022), Planilla Salarial noviembre 2022

Gráfico N°9
Distribución de Puestos de Autoridades Superiores en el Nivel Central



Fuente: DAGP Sistema Integrado de Personas-SIPE, noviembre 2022

A partir de la información brindada por la DAGP el Programa Institucional para la Equidad de Género, realizó un análisis de brechas a partir de los datos disponibles, mismo que se presenta a continuación:

Cuadro N°6: Brecha existente en puestos de autoridad a nivel institucional según sexo

Nivel Institucional	Cantidad	Mujeres	Hombres	Brecha
Central	295	121	174	-3%
Sucursales	97	46	51	0%
DRIPSS	966	590	376	13%
Hospitales Nac. y Esp.	296	138	158	-1%
Total	1654	895	759	

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Sistema Integrado de Personas-SIPE, noviembre 2022

Al analizar la distribución de tipo de puesto de jefatura según sexo, se concluye que las mujeres se encuentran mayoritariamente en puestos de jefatura operativa, mientras que los hombres continúan dominando los puestos de jefatura estratégica, limitando así el acceso de las mujeres en la toma de decisiones institucionales.

Es necesario apuntar que las brechas de género en esta materia se analizan en términos de desigualdades en las oportunidades para ocupar un puesto laboral debido a los roles de género asignados socialmente. Cuando se eliminan estas barreras que limitan el acceso a determinados puestos, y se garantiza la igualdad de condiciones en los procesos de selección, las diferencias que se pueden expresar en el empleo de hombres y mujeres en la institución podrían estar vinculadas a otros factores como mayor formación, mejores competencias y desempeño laboral y ya no al género.

Cabe indicar que la institución establece en el artículo 9 de la Normativa de Relaciones Laborales lo siguiente: *“La Caja, conforme a la doctrina de los derechos humanos no efectuará discriminación alguna por razones de edad, condiciones especiales, género, raza, salud y otras semejantes, en cuanto al derecho al trabajo y condiciones de empleo de las personas contratadas”*.

En la Institución de correspondencia con la Ley contra Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, se han establecido directrices y sistemas de reporte y denuncia de situaciones que requieran la aplicación del procedimiento administrativo disciplinario contra el hostigamiento sexual en el empleo y la docencia. Según información suministrada por el Centro para la Instrucción del Procedimiento Administrativo (CIPA) se cuenta con el registro de 700 casos o denuncias por hostigamiento sexual en la institución desde el año 2008 al

2022, antes del año 2020 se contaba con un promedio de 44,6 casos por año. A partir del año 2020, en el que se implanta entre las medidas sanitarias por la Pandemia el teletrabajo, se reporta un incremento a 61 casos y dicha tendencia se ha mantenido con 55 casos en el año 2021 y 65 en el año 2022.

Según información disponible en el CIPA al año 2022 aproximadamente el 57% de las denuncias se dan por hostigamiento entre personas funcionarias y el 43% restante de personas funcionarias hacia personas usuarias. En el período 2008-2022 en promedio el 88% de las personas denunciadas por este motivo fueron hombres.

Al respecto, a partir de la experiencia del Programa Institucional para la Equidad de Género se identifica que existe un subregistro de situaciones de acoso sexual en la institución, ya que no todas llegan a ser denunciadas. Es importante mencionar la implementación de campañas de comunicación que promueven la visibilización del problema y su denuncia.

En cuanto a las denuncias por acoso laboral, los reportes del CIPA período 2013 al 2022, registran un total de 178 casos, de los cuales el 28% se dio de hombres contra mujeres, 25% entre mujeres, 18% entre hombres, 11% de mujeres contra hombres, y el 18% restante en diferentes configuraciones con más de dos personas involucradas.

La direccionalidad del acoso predominante es la descendente, dado que en el 60% de los casos denunciados se da de la Jefatura hacia las personas subalternas, mientras que el acoso horizontal o entre compañeros/as de trabajo equivale a un 40% del total.

Lo más significativo de la información que arroja el CIPA, es que el 91,7% de los casos denunciados por acoso laboral se desestima, por lo que solo un 8,3% termina acreditándose. Esto se debe a que las personas no presentan pruebas, o las presentadas no arrojan que las conductas descritas constituyan acoso según las manifestaciones descritas en el artículo 208 de la Normativa de relaciones Laborales. Así mismo, en muchos casos no cuentan con testigos o constituyen acciones aisladas que no cumplen con el criterio de que sean conductas sistemáticas y reiteradas.

Finalmente, y en vista de la necesidad de divulgar y de sensibilizar a toda la población de la CCSS en el tema de hostigamiento sexual y acoso laboral, desde el Programa Institucional para la Equidad de Género con el respaldo de la Gerencia Administrativa se adquirió la

Herramienta de Sensibilización en esta materia, misma que se está implementando desde el año 2022 en las distintas Gerencias de la Institución.

Con relación al cumplimiento de medidas que apoyan al personal con responsabilidades familiares, según se establece en el Convenio 156 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ratificado por Costa Rica en el 2019 mediante la Ley N°9608, se cuenta con un marco normativo institucional en materia de recursos humanos que incluyen tanto en el Reglamento Interior de Trabajo (1986), Normativa de Relaciones Laborales (1994 y 2010) como directrices, circulares y disposiciones que se ajustan a los artículos del 3 al 8 del Convenio.

El Programa Institucional para la Equidad de Género en seguimiento al cumplimiento de lo consignado en el Código de trabajo en lo relativo a la implementación de salas de lactancia ha realizado un seguimiento en todas las Gerencias sobre la cantidad de salas habilitadas en los edificios que administran. Al respecto en el año 2021 se tenía que la Gerencia Administrativa tenía 1, la Gerencia de Pensiones 1, Gerencia General 1, Gerencia de Infraestructura y Tecnología 4, en el caso de la Gerencia Financiera y Gerencia de Logística se reportó que no contaban con dichos recintos. Específicamente en el caso de la Gerencia Médica se cuenta con el informe GM-6743-2021 de mayo de 2021 en el cual se indica que, de los 21 establecimientos hospitalarios institucionales, 17 cuentan con sala de lactancia. En el caso de las Áreas de Salud, de las 105 áreas, solo 19 cumplen con la disposición. Las dificultades con las que se ha encontrado esta iniciativa son la falta de condiciones físicas e infraestructura que se ajusten a la normativa. También en algunos casos se ha reportado que por situaciones especiales se han utilizado dichos espacios temporalmente para almacenar equipos, lo cual denota el desconocimiento legal del tema. Y algunos establecimientos de salud reportan que tiene contemplado en su planificación la construcción o remodelación de un espacio para este fin.

En seguimiento de este tema se tiene documentada la existencia de 1 sala de lactancia en el caso de la Gerencia Administrativa (Centro de Desarrollo Social-CEDESO), 1 Gerencia de la Gerencia de Pensiones, 4 de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología y 1 en la Gerencia General (CENDEISSS). En el caso de la Gerencia Financiera y de Logística no reportan tener alguna sala habilitada.

d) Transversalización de la perspectiva de género a nivel institucional

La institución cuenta con avances importantes en materia de igualdad y equidad de género. Uno de los aspectos identificados como vitales para alcanzar la transversalización de la perspectiva de género y el cambio cultural en la Institución, es la existencia de un mecanismo para la igualdad género, llamado en este caso “Programa Institucional para la Equidad de Género”, mismo que existe desde el año 2008, adscrito a la Gerencia Administrativa. Tiene a cargo temas sustantivos en esta materia y coordina aspectos estratégicos tanto con la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias Institucionales, como a nivel interinstitucional. El Programa es el responsable no solo de orientar el accionar en este ámbito, sino también de brindar seguimiento y asesoría en el cumplimiento de mandatos nacionales e internacionales.

Otro avance fundamental de la organización es la aprobación de la Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género 2010-2020, la cual buscó abordar procesos estratégicos institucionales e involucrar instancias claves de la CCSS²⁷, a través de una estrategia de transversalización de la perspectiva de género en todos los niveles de actuación de la Institución. Pese a ello, aún siguen persistiendo desafíos importantes.

Se debe reconocer como logro también, la inserción de la perspectiva de género dentro de la planificación institucional en los respectivos instrumentos de corto, mediano y largo plazo, con la conducción y coordinación de este proceso del Programa Institucional para la Equidad de Género (quien funge como Secretaría Técnica de la Política de Género) y la Dirección de Planificación Institucional. A pesar de lo anterior, falta avanzar un poco más para que estos criterios impacten verdaderamente en el presupuesto institucional.

No obstante, seguimos teniendo una gran cantidad de desafíos que no podemos perder de vista; por ejemplo, para facilitar la toma de decisiones relacionadas con el tema de igualdad de género, se requiere contar con un sistema de monitoreo y evaluación en el que se pueda obtener de manera ágil, datos relevantes para dar seguimiento a la implementación de la

²⁷ A través de los dos Planes de Acción de la Política, se involucra a todas las Gerencias, la Dirección de Planificación Institucional, Dirección de Presupuesto, Dirección de Desarrollo Organizacional, Dirección de Sistemas Administrativos, Dirección de Comunicación Organizacional, Dirección Jurídica, Dirección Actuarial, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Redes, Direcciones Regionales de Salud, Dirección de Contralorías de Servicios, Dirección de Producción Industrial, Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Bienestar Laboral, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS)

política en esta materia. Sin embargo, si bien la institución cuenta con una variedad de sistemas de información y bases de datos, que ofrecen insumos clave para tomar el pulso al comportamiento de las brechas de género en diferentes áreas estratégicas, la revisión de los múltiples sistemas existentes dificulta la extracción de la información.

En el caso de Estadísticas en Salud, que es fundamental en esta materia, los anuarios escasamente desagregan la información por sexo, tampoco se cuenta con indicadores de salud que permitan hacer una lectura desde la perspectiva de género, a pesar de que las bases de datos si cuentan con la variable sexo. La ausencia de indicadores trazadores que permitan identificar el comportamiento de las brechas de género y darles seguimiento, así como la definición de instancias que realicen el ejercicio continuo de análisis de la información basada en género, obstaculizan la posibilidad de evaluar de manera periódica los resultados alcanzados y que la institución pueda tomar decisiones pertinentes para avanzar en materia de igualdad de género.

Dado que en la institución se requiere una estrategia de sensibilización y capacitación del personal en el ámbito de igualdad y equidad de género, se cuenta con el curso “Equidad de Género: un camino hacia el desarrollo social” con la Plataforma Virtual del CENDEISSS. Según datos del Programa Institucional para la Equidad de Género en los años comprendidos entre 2015 y 2020, recibieron esta capacitación un total de 2,173 personas funcionarias, el 77,8% fueron mujeres y el 22,2% restante hombres.

Para dimensionar el alcance de esta actividad cabe señalar que, si se considera el número de personas funcionarias con las que cuenta la institución en la actualidad, que es de 64.404 personas, en esos seis años se cubrió lo que representa 3,37% de la planilla institucional actual, a pesar de los esfuerzos efectuados por parte del Programa Institucional para la Equidad de Género en la divulgación de la matrícula del curso. Esto se da principalmente porque esta capacitación es voluntaria y debe ser solicitada por la persona funcionaria, donde media un interés de su parte y motivación propia para llevarla.

Los datos reflejan que las mujeres participan en este curso en mayor proporción que los hombres, y la participación masculina ha ido disminuyendo casi en una mitad de los años 2015 (104 funcionarios) a 2019 (58 funcionarios), el año 2020 es una excepción (70

funcionarios). Por otra parte, el tema de rotación del personal en los servicios de salud es muy alta, lo que también incide en la matrícula del curso.

La formación y capacitación del personal desde una perspectiva de género, involucra aún más que una sensibilización y capacitación en esta materia. También incluye el acceso a oportunidades de formación y capacitación entre mujeres y hombres, que permitan identificar brechas al respecto.

Adicionalmente, en la misma Plataforma Virtual del CENDEISS, se está desarrollando el curso “Masculinidades respetuosas de los Derechos Humanos”, que se dirigiría principalmente a funcionarios de la institución para reflexionar la construcción de la masculinidad en el ámbito familiar, laboral y social.

En esta misma línea, desde el año 2021 se constituyó la Red de Hombres por la Igualdad de Género de la CCSS, con el objetivo de promover y trabajar por un cambio cultural que tenga implicaciones tanto en la dimensión personal, como institucional a nivel de la prestación de servicios e incida en el clima organizacional. Esta iniciativa podría favorecer también el tema de corresponsabilidad social de los cuidados, que, en este caso, debería involucrar a las familias y a la Institución, lo cual es un nudo crítico para la igualdad de género.

En la elaboración de esta nueva política, se utilizó la experiencia acumulada en estos años, las lecciones aprendidas y los nuevos desafíos que se presentan a partir de los avances normativos a nivel internacional, nacional e institucional. Por ello en la formulación de esta propuesta se hizo una revisión documental sobre los instrumentos creados tanto de la primera política como de sus dos planes de acción, los diferentes informes y documentos generados durante esta década, entrevistas a personas clave que son referente y autoridades en la materia de igualdad de género, así como personas encargadas de procesos estratégicos de la Institución.