



Caja Costarricense de Seguro Social

Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género

(2010-2020)

**Gerencia Administrativa
Programa para la Equidad de Género**

Diciembre 2010



Caja Costarricense de Seguro Social

**Política Institucional
de Igualdad y Equidad
de Género
(2010-2020)**

**Gerencia Administrativa
Programa para la Equidad de Género**

Diciembre 2010

Índice

I.	Introducción	7
II.	Marco de referencia	8
	2.1 Marco Jurídico internacional y nacional	8
	2.2 Principios y enfoques orientadores	10
III.	Un acercamiento a la situación de igualdad y equidad de género desde la Caja Costarricense de Seguro Social	13
IV.	Estrategia metodológica para la formulación de la política	24
V.	Lineamientos de la política	25
VI.	Lineamientos específicos del plan de acción de la política	27
VII.	Coordinación y seguimiento de la política	30
VIII.	Documentos consultados	31
IX.	Anexo	33

I. Introducción

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) cumple una función fundamental como institución pública encargada de la seguridad social en el país, y con una gran capacidad para fortalecer los avances en materia de igualdad y equidad de género a escala nacional. Por un lado, porque presta servicios de salud y pensiones, que son ejes fundamentales del desarrollo social y humano, y por otro lado, porque es una de las instituciones del Estado con mayor número de funcionarios y funcionarias, lo que le plantea ineludibles retos para garantizar la igualdad y equidad entre las personas.

Los servicios brindados por la CCSS a la población la involucran en la identificación y atención de diversas expresiones de desigualdad e inequidad de género que la obligan a considerar las condiciones adversas a la salud o el deterioro en la calidad de vida de mujeres y hombres. En ese sentido, es claro que las diversas formas de discriminación asociadas a género obstaculizan constantemente el desarrollo humano y social de las personas, por tanto deben ser combatidas permanentemente. Así que contar con una política de igualdad y equidad de género permite fortalecer los más altos valores y las mejores prácticas de la CCSS, que consideran las singularidades de la persona humana como punto de partida y de llegada de todo el esfuerzo institucional.

Esta política se alinea con documentos estratégicos como “Una CCSS Renovada hacia el 2025” y con las “Políticas Institucionales 2007 - 2012”, ya aprobadas por la Junta Directiva¹. Tal como se indica en las Políticas Institucionales, la igualdad y la equidad constituyen dos de los principios fundamentales y ejes transversales de la gestión, puesto que dan dirección a la cultura organizacional y al accionar de las personas que laboran en la institución. En ese sentido, esta política de igualdad y equidad de género en particular, puede verse como una consecuencia lógica de esos principios filosóficos de la seguridad social.

En las últimas décadas, la CCSS ha realizado numerosos esfuerzos por incorporar la perspectiva de género en su accionar, pero éstos se han dado en forma fragmentada y sin evaluación de impacto. Los logros alcanzados permiten ahora, sin embargo, avanzar hacia una política interna integradora que guíe tanto el quehacer institucional como monitorear y evaluar los avances en esta materia.

La política que aquí se presenta, constituye la formalización del compromiso que asume la CCSS con las más altas aspiraciones éticas y normativas en relación con la igualdad y equidad de género. Esta política fija un norte y establece lineamientos que la institución requiere para asumir sus responsabilidades en esta materia, de conformidad con los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales.

Con esta política se busca orientar el quehacer institucional hacia el avance sustantivo en la reducción de todas las formas de discriminación basadas en género y contribuye, desde la seguridad social, a la construcción de una sociedad más justa y equitativa para hombres y mujeres en el país. Con ello, la CCSS pasa a ser una institución aliada de todas las demás iniciativas colaborativas a favor de la igualdad y la equidad de género, tanto desde la sociedad civil, como desde otras instituciones públicas, y suma su propia y específica perspectiva a la acción sinérgica de una diversidad de actores y agentes, económicos, sociales y políticos, que trabajan por un desarrollo humano basado en el respeto de los derechos humanos de hombres y mujeres.

¹ Artículo 1° de la sesión N° 8150, celebrada el 10 de mayo de 2007.

“El tratar de ayudar a paliar los riesgos que el vivir trae aparejado es el objeto primario de la Seguridad Social (...)”

La seguridad social es la expresión normativa del concepto de solidaridad que tiene una sociedad”

*Massa y Fernández
2007*

II. Marco de referencia

2.1 Marco Jurídico internacional y nacional

Existe para esta política un marco jurídico internacional que incluye instrumentos como convenciones, tratados y declaraciones en torno al respeto de los derechos humanos fundamentales, la dignidad humana y la igualdad entre hombres y mujeres. En orden cronológico la **Carta de Naciones Unidas** (1945) es el primer instrumento internacional que establece el principio de igualdad; la Declaración Universal de **Derechos Humanos** (1948) reafirma el principio de la no discriminación y proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción alguna, por tanto sin diferenciación por razón de sexo.

A nivel hemisférico, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (Pacto de San José, 1969) establece la obligación de los Estados de respetar los derechos y libertades, al igual que garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

A pesar de que estas declaraciones constituyen por sí mismas un claro marco para la igualdad entre hombres y mujeres, en la realidad no han resultado suficientes para reducir diversas expresiones de discriminación que afectan particularmente a las mujeres. Debido a lo anterior surgen otros instrumentos internacionales referentes al avance de los derechos humanos de las mujeres como la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW, ONU, 1979, ratificada por Costa Rica en 1984) y su Protocolo Facultativo (2001). La CEDAW establece una serie de principios y medidas para lograr que las mujeres dispongan de igualdad de derechos y oportunidades, reconociendo la exclusión y las restricciones que históricamente han sufrido por razón de sexo. A su vez, solicita a los Estados la promulgación de leyes que prohíban la discriminación, recomienda medidas especiales temporales para acelerar la igualdad de hecho entre mujeres y hombres y contiene disposiciones para modificar los patrones socioculturales que perpetúan la discriminación.

Cada una de sus normas expresa la forma como se debe traducir la igualdad entre los sexos en las diferentes áreas de la vida social, de modo que sea desarrollada por las políticas públicas y el ordenamiento jurídico. Introduce el principio de igualdad real, así como las llamadas acciones positivas para promoverla y establece los parámetros para medir la existencia de discriminación a la mujer. El Protocolo Facultativo establece la posibilidad de recurrir a mecanismos internacionales cuando se han agotado los mecanismos nacionales y no se logra una respuesta adecuada.

Otro instrumento jurídico a nivel hemisférico es la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**, conocida como Convención de Belem do Pará (OEA, 1994, ratificada por Costa Rica en 1995). En esta convención, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos reconoce que la violencia contra las mujeres constituye una violación a los derechos humanos. Se exige el respeto irrestricto de todos los derechos de las mujeres como condición indispensable para su desarrollo individual y social, y la plena participación en todas las esferas de la vida social. La Convención de Belem do Pará señala que *“la violencia contra las mujeres es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que trasciende todos los sectores de la sociedad, independientemente de su clase, edad o religión; y que su eliminación es condición indispensable para el desarrollo integral de las mujeres en todas las esferas de la vida”*.

Por otra parte, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se formula la **Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing** (1995), aprobada sin reservas por el Estado costarricense, que establece el compromiso

de promover la igualdad, el desarrollo y la paz, así como introducir la perspectiva de género en todas las políticas y programas nacionales e internacionales. La Plataforma tiene como objetivo eliminar los obstáculos que dificultan la plena participación de las mujeres en todas las esferas de la vida pública y privada. Plantea que la igualdad entre mujeres y hombres constituye una condición indispensable para el logro de la justicia social, el desarrollo y la paz.

También la **Declaración del Milenio de las Naciones Unidas** (2001) contempla entre sus ocho objetivos de desarrollo, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. Este objetivo propone la equidad en la educación, en el empleo remunerado y la participación política.

Por su parte, a través de los años, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha ido modificando el énfasis puesto en la protección de las mujeres trabajadoras en términos de seguridad y salud, condiciones de trabajo y requisitos especiales relacionados con su función reproductora, hacia la promulgación de convenios destinados a ofrecer a mujeres y hombres los mismos derechos y oportunidades. El **Convenio sobre igualdad de remuneración** (Nº 100) adoptada en 1951, el **Convenio sobre la discriminación** (empleo y ocupación) de 1958 (Nº 111)², y el **Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares**, de 1981 (Nº 156), reconocen que las responsabilidades familiares incumben no sólo a las mujeres trabajadoras sino también a la familia y a la sociedad. A partir de la 60ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en 1975, se reconoce mundialmente que debe protegerse a las mujeres de los riesgos inherentes a su empleo y profesión en las mismas condiciones que los hombres y de acuerdo con las mismas normas que se aplican a ellos; las medidas de protección especiales que siguen vigentes son las que buscan proteger la función reproductora de la mujer. En la actualidad, la OIT reconoce la discriminación en el empleo y la promoción de la igualdad de género como elementos fundamentales para lograr el trabajo decente para todas las personas. En ese sentido en la **Declaración de Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo** (1998) se incluye la promoción de igual salario por trabajo de igual valor al igual que la no discriminación en el empleo y en la ocupación por razón de sexo.

Desde el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece su **Política de Género** en el año 2002 y la Organización Panamericana de la Salud formula en el 2005 la Política de igualdad de género en la que se hace un llamado a los Estados Miembros a que integren la perspectiva de género en la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas, los programas, los proyectos y la investigación para lograr un estado de salud óptimo en las mujeres y los hombres.

En cuanto al ámbito nacional, la **Constitución Política de Costa Rica** (1949) consagra, en su artículo 33, el principio de Igualdad. A partir de la reforma de 1999, el actual texto indica que: “Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana”.

Uno de los principales logros jurídicos nacionales en materia de equidad e igualdad de género fue la aprobación de la **Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer** (1990), conocida como Ley de Igualdad Real, que establece un conjunto de derechos políticos, sociales, económicos y educativos, entre otros, para que las mujeres no sufran discriminación por razón del sexo.

Así que la igualdad y equidad de género son aspiraciones y compromisos fundamentales que debe asumir cualquier estado democrático en defensa y garantía de los derechos humanos que disfrutan en sociedad tanto hombres como mujeres. En ese sentido el Estado costarricense ha avanzado hacia la formulación de instrumentos de política pública que permitan posicionar esos dos principios como valores que orienten el quehacer público. Uno de los esfuerzos más recientes es la promulgación de la **Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género** (PIEG) 2007-2017, la cual sigue los lineamientos de los compromisos internacionales suscritos por

² Tanto el Convenio 100 como el 111 han sido ratificados por Costa Rica.

el país en esta materia, y constituye una política pública de Estado que sirve de marco para realizar acciones concertadas entre los cuatro poderes de la República, la sociedad civil y sus organizaciones.

A su vez, algunas instituciones del gobierno central, instituciones autónomas y otros poderes de la República han avanzado en la formulación de políticas específicas a sus competencias y a lo interno de sus instituciones en esta materia³.

2.2 Principios y enfoques orientadores

La política de igualdad y equidad de género de la CCSS se orienta por el **enfoque de derechos humanos**, entendido como el reconocimiento de que las personas son titulares de toda la gama de derechos inherentes a los seres humanos, los cuales son universales, intransferibles, imprescriptibles, irrenunciables, interdependientes e integrales.

Es propio de este enfoque el reconocimiento del **derecho a la no discriminación**, que prohíbe la distinción, exclusión o restricción a una persona o a una colectividad con determinadas características, privándola activa o pasivamente de gozar de los mismos derechos que disfrutaban otras. La discriminación remite al trato de inferioridad o estigmatización dado a una persona o grupo de personas por cualquier motivo: étnico, sexual, socioeconómico, religioso, político, étnico, geográfico, por filiación, por discapacidad o por estatus migratorio, entre otros. El acto discriminatorio es aquel que tiene “por objeto” o “por resultado” la violación de un derecho humano, independientemente de que ese acto sea intencional o no. A la vez que existen distintos grados de discriminación que van desde “menoscabar” hasta “anular” un derecho humano determinado⁴.

Es importante tomar en cuenta que la discriminación puede producirse ya sea en la ausencia del reconocimiento de un derecho, en el goce de éste o en su ejercicio. Estos tres aspectos remiten a la existencia de leyes y normativa que visibilizan el derecho, las necesidades que se satisfacen a través de éste, y, en el último caso, a la existencia de mecanismos para denunciar la violación del derecho y lograr el resarcimiento correspondiente⁵. Este enfoque plantea al Estado y a la sociedad en general la responsabilidad de garantizar los espacios, las oportunidades y las condiciones necesarias para que todas las personas desarrollen sus potencialidades y hagan un uso pleno de sus respectivos derechos. La no discriminación, por tanto, está estrechamente ligada al **principio de igualdad**.

Al mismo tiempo es necesario reconocer que no todas las personas están en igualdad de condiciones ni gozan de las mismas oportunidades para disfrutar los derechos y libertades. Existen diferencias entre las personas que requieren distinciones o preferencias sin que ello sea discriminatorio, porque se trata de acciones compensatorias y correctivas de determinadas injusticias, específicamente cuando el fin es promover la integración social o el desarrollo humano de aquellas personas que históricamente han sido discriminadas. En esos casos la no distinción puede ser en sí misma discriminatoria. De ahí el valor que tiene el **principio de equidad**, el cual parte de reconocer las desigualdades entre las personas y de la necesidad de brindar más beneficios a quienes están en condición de mayor vulnerabilidad para poder colocar a todas las personas en igualdad de condiciones para aprovechar las mismas oportunidades; es así como se puede alcanzar la igualdad real y colaborar con la construcción de una sociedad más justa.

³ Es el caso del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), el Ministerio de Seguridad Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), al igual que el Poder Judicial y el Tribunal Supremo de Elecciones.

⁴ Facio, Alda, 2008.

⁵ Idem.

Esta política se orienta asimismo por el **enfoque de género**. Esta propuesta de política se elabora de acuerdo con la siguiente definición de género:

“El género se refiere a las desigualdades estructurales marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales. Esto, a su vez, forma la base para definir y distinguir los comportamientos masculinos y los femeninos, las expectativas y los roles, así como las relaciones entre hombres y mujeres. Como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales y simbólicos. Además, el género impregna las instituciones sociales porque no solo se refiere a las relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas. Por lo tanto, se trata de un principio organizador de la vida social”⁶.

El enfoque de género permite identificar los significados, las relaciones y las identidades construidas socialmente como resultado de las diferencias biológicas entre los sexos e identificar los obstáculos particulares que mujeres y hombres enfrentan por esa razón. El enfoque de género es de suma utilidad para entender el estatus social diferenciado de mujeres y hombres (jerarquías de género) y su impacto en las necesidades, opciones, estrategias, oportunidades y limitaciones de cada uno de los géneros.

“...el género, como construcción social, es un factor de peso que exacerba la vulnerabilidad biológica y acompaña a la biología en la determinación de las desigualdades en materia de salud”

Mirta Roses, Directora de la OPS (2005)⁷.

En el campo particular de la salud, que es de competencia para la CCSS, la igualdad y equidad de género cobran especial importancia. Tal como lo reconoce la OMS y la OPS, el género constituye uno de los determinantes sociales de la salud más poderoso y transversal con relación a otros determinantes. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada por la

OMS, señala que las condiciones sociales en que viven las personas influyen fuertemente en su estado de salud. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales, culturales y psicológicas, socialmente determinadas, contribuyen con esos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte, así como a todos los grupos sociales. De hecho, la condición de género atraviesa todas las formas de estratificación social.

Son muchos los estudios que reflejan diferencias en los perfiles de salud de hombres y mujeres, y aunque la clase social puede ser el factor determinante principal de las desigualdades en salud, siguen existiendo diferencias significativas asociadas con el sexo en todos los estratos sociales.

Tal como establece la Política de Igualdad de Género de la OPS⁷, las concepciones de igualdad, equidad y empoderamiento se articulan explícitamente con la visión de la salud como derecho humano. **La igualdad de género** en la salud apunta a que mujeres y hombres disfruten de similares condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo.

Por su parte, la **equidad de género** se refiere a la justicia en la distribución de las responsabilidades, los recursos y el poder entre mujeres y hombres. La justicia de esta distribución se basa en el reconocimiento de

⁶ Gita Sen y colaboradores, OPS, 2005 p. 7.

⁷ OPS, 2005.

las diferencias existentes entre los sexos en dichos ámbitos, y en el imperativo de asignar diferencialmente los recursos para rectificar disparidades injustas. No basta con enunciar iguales derechos para hombres y mujeres cuando no se disfruta de iguales condiciones para disfrutarlos. De ahí la necesidad de distinguir las desigualdades injustas y arbitrarias, que están ligadas a la discriminación por género, para removerlas; a la vez reconocer las diferencias intrínsecas a hombres y mujeres (**principio de diferencia**) que requieren un trato diferenciado para compensar y equiparar los derechos de mujeres y hombres. En consecuencia, la equidad es vista como el medio, y la igualdad, como el fin. La igualdad es el ideal social por excelencia porque de su efectividad depende la posibilidad del ejercicio pleno de la ciudadanía, pero sin considerar las diferentes condiciones que generan resultados diversos no se puede avanzar en esa dirección. En este sentido, reivindicar la equidad como necesaria para alcanzar la igualdad implica reconocer la rica diversidad humana tanto como la necesidad de que sea la fuente inagotable de ajustes constantes en las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres.

El reconocimiento de la **diversidad** es entonces lo que permite corregir la generalización de que todas las mujeres son iguales y que se encuentran en iguales condiciones de vulnerabilidad, lo mismo hay que afirmar en el caso de los hombres. Este enfoque identifica las condiciones socioeconómicas, la pertenencia a determinada etnia, la ubicación geográfica, la condición de discapacidad, el grupo étnico al cual se pertenece, así como otros determinantes sociales, los cuales definen condiciones y necesidades diferenciadas que también deben reconocerse además de la condición de pertenencia a un determinado género. El género, como otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente. Constituye una forma particular y poderosa de estratificación que interactúa con otras dimensiones sociales como sector socioeconómico, etnia y orientación sexual. Estas interacciones entre los factores sociales determinantes pueden ser aditivas o multiplicadoras. Al poner de relieve la influencia particular, aunque interactiva, del género, se destaca el hecho de que otros factores sociales pueden profundizar o contrarrestar el efecto del género en los resultados de salud. Por ello las acciones que se impulsan con esta política requieren contextualización y reconocimiento de las múltiples expresiones de diversidad.

III. Un acercamiento a la situación de igualdad y equidad de género desde la Caja Costarricense de Seguro Social

La CCSS se encuentra inmersa en un contexto cultural y socioeconómico que tiene repercusiones directas sobre la prestación de los servicios que otorga a la población. De ahí que se pueda afirmar que las desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres tienen un origen exógeno a la institución, cuyas raíces se gestan en procesos socioculturales complejos. El mercado de trabajo, por ejemplo, constituye la principal fuente para el sistema contributivo de la institución, además de ser un ámbito en el que se estructuran diferencias injustas entre hombres y mujeres. A su vez, los servicios de salud no son responsables directos en la gestación de perfiles diferenciados de morbi- mortalidad entre ambos sexos. Sin embargo la institución puede ayudar a profundizar (por hecho u omisión) o a transformar las inequidades de género a partir de las decisiones y acciones que se promueven desde la institución. Por ejemplo, una CCSS sin política de igualdad y equidad corre el riesgo de contribuir a la injusticia en la medida en que no hay decisiones ni acciones institucionales género neutrales. En ese sentido, una tarea permanente de la institución debiera ser identificar oportunamente dónde están aumentando las brechas entre los géneros, para orientar las acciones compensatorias del caso. Veamos algunos de los ejemplos que se han ido identificando en el proceso de consulta de esta política, a través de los cuales es posible advertir, pese a su marcada tendencia a la invisibilidad, la necesidad de mantener una actitud vigilante en este tema.

En el contexto laboral, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo se ha incrementado, sin embargo, su inserción representa menos de la mitad de ese grupo poblacional; mientras que la participación masculina en el mercado laboral, es de tres cuartas partes de la población masculina en edad productiva. Así se registra una relación de 1,76 hombres por cada mujer participando en el mercado laboral. Y si bien en los años comprendidos entre 1990 y 2008, el 46% de los empleos generados fueron ocupados por mujeres, en ese mismo período las tasas de desempleo y subutilización total femenina mostraron una tendencia creciente⁸. La cuestión es que un importante número de mujeres se inserta en el mercado laboral en jornadas parciales no reconocidas formalmente, o su precaria inserción se ubica en la categoría de “trabajadores por cuenta propia a pequeña escala e informal”, lo que incrementa la vulnerabilidad al aumentar su pobreza⁹.

Resulta notorio y preocupante que estudios realizados por el Programa estado de la Nación señala como en todas las categorías ocupacionales las mujeres perciben ingresos más bajos que los hombres. Estas diferencias aumentan con la edad y la calificación, siendo mayores en los niveles superiores de instrucción. Según el Informe del Estado de la Nación 2007, la brecha de género en cuanto ingresos se calcula en un 30%. Las mujeres tienen niveles de ingreso menores, tanto en el sector público como en el privado, aunque las brechas son mayores en el sector privado que en el público. Estas brechas reflejan factores externos pero también factores endógenos del mercado laboral, como la concentración de las mujeres en ocupaciones peor pagadas, o el menor acceso a puestos superiores, a las interrupciones en la carrera laboral (debido, por ejemplo, a maternidad o crianza de hijos e hijas) o la discriminación directa en lo que respecta a la remuneración de hombres y mujeres.

⁸ Informe del Estado de la Nación, 2009.

⁹ PIEG, 2008.

Dado que la seguridad social constituye una protección directamente relacionada con el trabajo remunerado, es de esperar que las desigualdades generadas por el mercado laboral, en general y de género en particular, se trasladen a la seguridad social.

La CCSS cuenta con dos tipos de aseguramiento: el seguro de salud y el seguro de pensiones frente a invalidez, vejez y muerte (IVM). El seguro de salud permite el acceso a los servicios de salud y la transferencia en dinero en caso de incapacidad laboral por enfermedad o licencia por maternidad. El seguro de pensiones comprende la

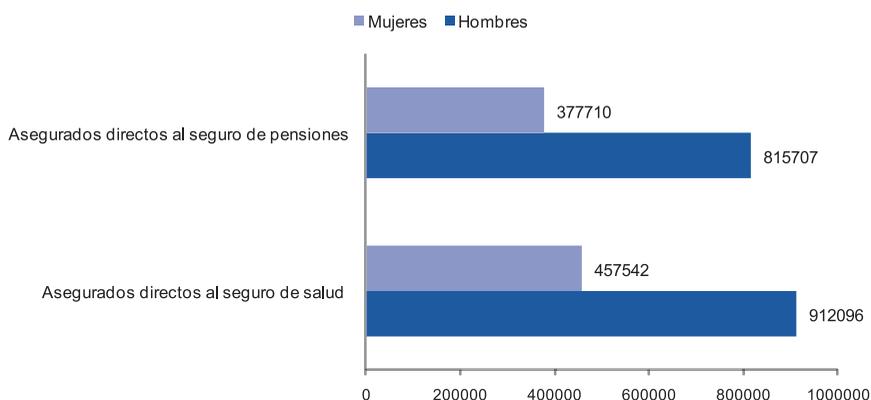
transferencia en dinero cuando se cumple la condición de invalidez, vejez o muerte. El acceso a la seguridad social está estrechamente ligado a la condición laboral desde la cual se capitalizan los beneficios.

Para el año 2009, de la población ocupada, el 71,3% de los hombres eran asegurados directos, mientras que en las mujeres este porcentaje resulta menor casi en un diez por ciento (61,6%). En el caso del ingreso mensual promedio, para los hombres era de 348,108 colones, para las mujeres fue de 278,622 colones; además, mientras que el promedio de horas trabajadas semanalmente por hombres es de 48,50 horas, en las mujeres es de 39,39 horas¹⁰. Es importante indicar que según la Encuesta de Hogares del 2004¹¹, las mujeres continúan siendo las responsables de casi la totalidad de las horas destinadas al trabajo doméstico no remunerado en los hogares; aún las ocupadas dedican en promedio cuatro horas diarias más que los hombres al trabajo no remunerado¹². Todo esto tiene, desde luego, efecto directo en el monto de prestaciones que reciben hombres y mujeres de la CCSS.

El nivel de ocupación femenina en el mercado laboral refleja la división sexual del trabajo en la cual históricamente los hombres se introducen a la esfera económicamente productiva, mientras las mujeres asumen roles reproductivos sin remuneración, en este último caso, como antes se indicó, más de la mitad de las mujeres están fuera del mercado de trabajo.

Esto coloca a la mayoría de las mujeres en situación de dependencia no solo económica sino también en relación con la seguridad social. Al no formar parte de la población económicamente activa y por tanto no cotizar directamente al seguro social, su aseguramiento se ha sostenido en gran parte en su condición de cónyuge, accediendo indirectamente a los servicios de salud a través del seguro familiar y, en caso de muerte de su esposo o compañero, a la pensión, lo anterior siempre que la unión persista en el momento de su muerte. Sin embargo, quedan excluidas de transferencias monetarias por enfermedad, maternidad y pensión por invalidez o vejez, las cuales solo son accesibles a las mujeres asalariadas o trabajadoras independientes afiliadas al seguro voluntario.

Número de asegurados directos activos al seguro de salud y al seguro de pensiones según sexo

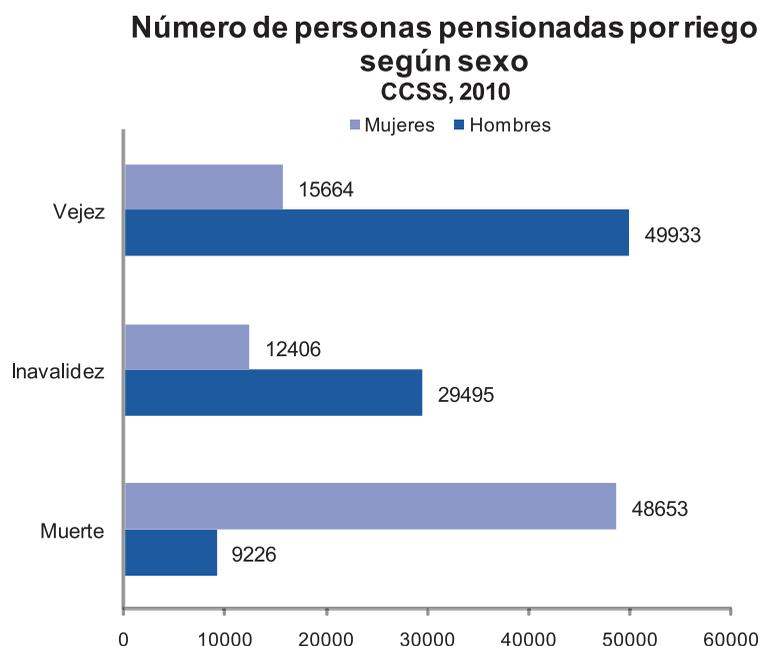


Fuente: OPS, Indicadores de Género 2008.

¹⁰ INEC, 2009.

¹¹ INEC, 2005.

¹² Informe Estado de la Nación, 2007.



Fuente: Planilla de Pensionados IVM Junio 2010.

batir esa situación será necesaria una acción coordinada de estado, mercado y familias en lo que se ha dado en llamar una nueva ecuación.

“Las políticas de cuidado, entendidas como la interacción de los sistemas de protección social, el sistema educativo y de salud, entre otros, deben formularse como parte de la inversión de la infraestructura social indispensable para el desarrollo económico y productivo. Desde ese punto de vista, además de valorizar el aporte no monetario de las mujeres al trabajo y a la protección social, es necesario eliminar los estereotipos culturales que sirven para justificar la dedicación de las mujeres al trabajo de cuidado.”¹⁴

Ahora bien, si muchas de las desigualdades entre géneros en materia de seguridad social se explican por el mercado laboral, otras tienen origen en la propia seguridad social; asimismo las desigualdades del mercado laboral pueden ser amortiguadas o ampliadas por la misma seguridad social.

Desde una perspectiva de equidad de género, el acceso a la seguridad social debe vincularse estrechamente con la autonomía de las mujeres y la solidaridad social. Tal como lo señala Martínez (2008) cuanto más autónomas son las mujeres en su acceso a la seguridad social, mayor es la equidad de género, y esto es posible lograrlo si las mujeres cotizan y obtienen una pensión propia, aún cuando no trabajen de manera remunerada. Tal como señala Martínez, cuanto menos directa sea la correspondencia entre, ingresos, transferencia y servicio recibido, mayor será la equidad de género, dadas las persistentes brechas de ingreso entre hombres y mujeres; lo cual es posible a través de fondos colectivos, no individuales. A su vez, cuanto mayor sea la presencia y financiamiento colectivo de medidas “conciliatorias” entre trabajo remunerado y no remunerado, más cerca se estará de alcanzar la equidad de género.

¹³ “Cabe considerar que la disponibilidad de una persona para atender un enfermo o dependiente conlleva la falta de disponibilidad de tiempo para sí mismo, pero en función de la capacidad de superponer actividades, el cuidador puede hacer un uso más intensivo del tiempo, multiplicando en consecuencia su cansancio y estrés, lo cual depende tanto de los condicionamientos espaciales como de los estilos de trabajo y cuidado”. En: OPS, 2008, pág. 129.

¹⁴ CEPAL, 2010, p.68.

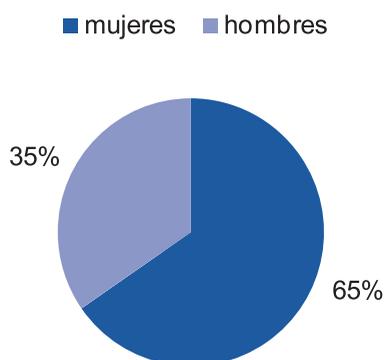
La institución ya ha ido avanzando en la formulación de alternativas. Habría que revisar en el marco de esta política los grupos meta que identificara la estrategia de extensión de cobertura del año 2006.

En un estudio realizado en el año 2006¹⁵ para valorar la extensión de cobertura de la seguridad social, se identificaron como grupos desprotegidos prioritarios los siguientes: asalariados no asegurados, trabajadores independientes, trabajadoras domésticas, amas de casa, personas en pobreza. Algunos de los cuales sufren discriminaciones fundadas en género. Por ejemplo, entonces se propuso para amas de casa lo siguiente:

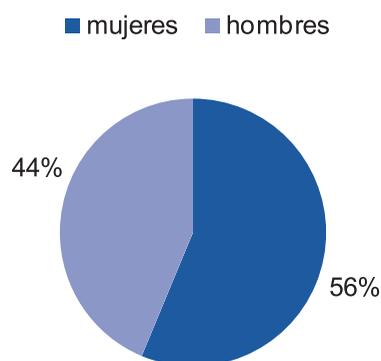
“... existen 620,577 personas dedicadas a los oficios domésticos no remunerados, en un 98,8% mujeres. La mayor parte de estas personas (555,286) cuentan con la cobertura familiar del seguro de salud de su cónyuge, pero no cuentan con ninguna protección propia de invalidez, vejez y muerte. No obstante, muchas de ellas estarían interesadas en contar con dicha protección y cuentan con alguna capacidad de pago para hacer frente a sus cotizaciones para la pensión. La propuesta concreta es que las personas dependientes que figuran como aseguradas indirectas del seguro de salud y no cuenten con ingresos propios provenientes del trabajo (como asalariadas o trabajadoras independientes), puedan afiliarse y cotizar exclusivamente para el seguro de invalidez, vejez y muerte como aseguradas voluntarias sin verse obligadas a cotizar para el seguro de salud ni perder la cobertura familiar de ese seguro. La consigna “cada persona un carné” debería verse extendida al seguro de invalidez, vejez y muerte, para lo cual la promoción del aseguramiento voluntario de las amas de casa al seguro de IVM sería fundamental. En ese marco, jugaría un gran papel la promoción de organizaciones comunales de amas de casa que firmen convenios de aseguramiento con la Caja y que al mismo tiempo puedan asumir funciones de promoción de la salud en sus respectivas vecindades”¹⁶.

Por otra parte, en el caso del seguro de salud, se ha logrado una mayor universalización en el acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud. En este caso, una política de igualdad y equidad de género apunta a reconocer las diferencias entre hombres y mujeres en relación con sus necesidades y problemas de salud, pero también apuesta a la igualdad en los resultados de salud de ambos. En este caso se distinguen comportamientos de salud y utilización de servicios diferenciados. Sin embargo, no todas las diferencias se pueden considerar brechas de género, puesto que no todas tienen origen por ese determinante.

Porcentaje de consultas externas según sexo CCSS, 2009



Porcentaje de atenciones de emergencias según sexo CCSS, 2009



Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.

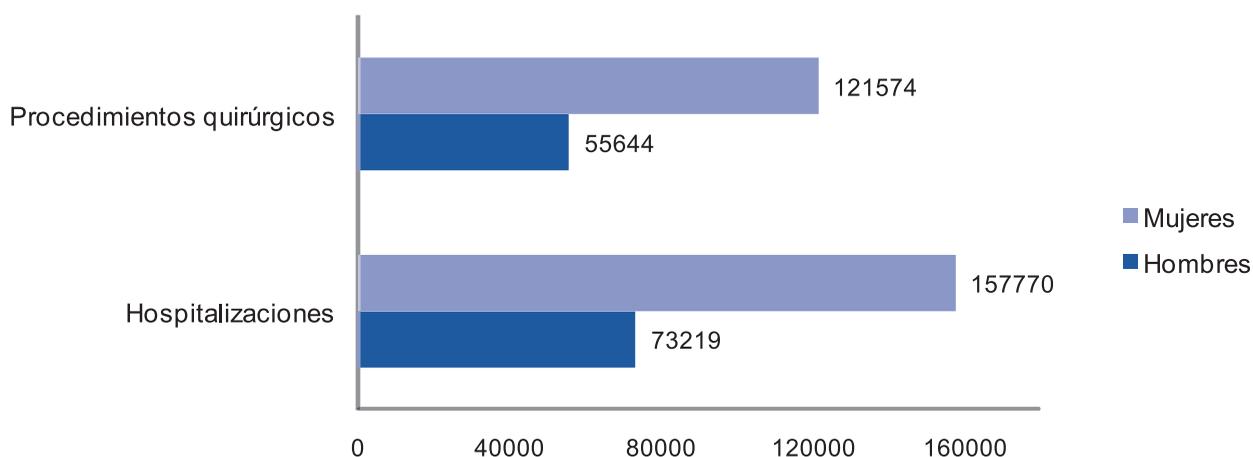
¹⁶ DEM, p. 51.

Tanto el perfil de mortalidad como de morbilidad en hombres y mujeres muestra diferencias importantes, algunas atribuibles a factores biológicos pero gran cantidad ligadas a procesos socioculturales que definen roles y prácticas diferenciados según género. Por ejemplo, en el caso de los hombres, la muerte ocurre en promedio más temprano, o sea, la esperanza de vida es menor que en las mujeres. Un porcentaje importante de esas muertes responden a comportamientos de riesgo como muertes violentas por homicidio, suicidio o accidentes de tránsito, al igual que el consumo de alcohol y tabaco que deriva en enfermedades mortales; lo anterior acompañado de una ausencia de auto cuidado de la salud. Gran parte de estas manifestaciones están ligadas a comportamientos socialmente aceptados y promovidos como “masculinos”. Por otra parte se registra mayor morbilidad en mujeres que en hombres, mucho de esto ligado a las funciones reproductivas diferenciadas.

Si se analizan los egresos hospitalarios institucionales según sexo, se observa como las mujeres presentan proporcionalmente más del doble de internamientos (68.3%) que los hombres (31.7%). Esta proporción es similar en cuanto a la aplicación de procedimientos quirúrgicos (68.6% mujeres y 31.4% hombres). Los tres diagnósticos más frecuentes que justifican las intervenciones quirúrgicas en las mujeres son: 1) procedimientos obstétricos, 2) procedimientos en los órganos genitales, 3) procedimientos digestivos. Mientras en el caso de los hombres los principales diagnósticos en los procedimientos quirúrgicos son: 1) enfermedades del sistema digestivo, 2) causas externas como luxaciones, envenenamientos, traumas y quemaduras; 3) Enfermedades del sistema nervioso. Cabe preguntarse si parte de estas diferencias responde a inequidades de género. Un ejemplo de ello son las esterilizaciones quirúrgicas. Siendo la salpingectomía un procedimiento más complejo, de mayor riesgo y más costoso que la vasectomía, los datos institucionales indican que la esterilización tiende a aplicarse casi diez veces más a las mujeres que a los hombres. Esto indica una carga en salud mayor para las mujeres y una clara inequidad para los hombres.

A su vez el uso de los servicios de salud indica diferencias importantes en la forma en que hombres y mujeres experimentan sus vidas, sus cuerpos y cuidan de su salud. Los estudios internacionales indican que las mujeres padecen más años de vida con discapacidades que los hombres y utilizan con

Procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones según sexo CCSS, 2009



Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.

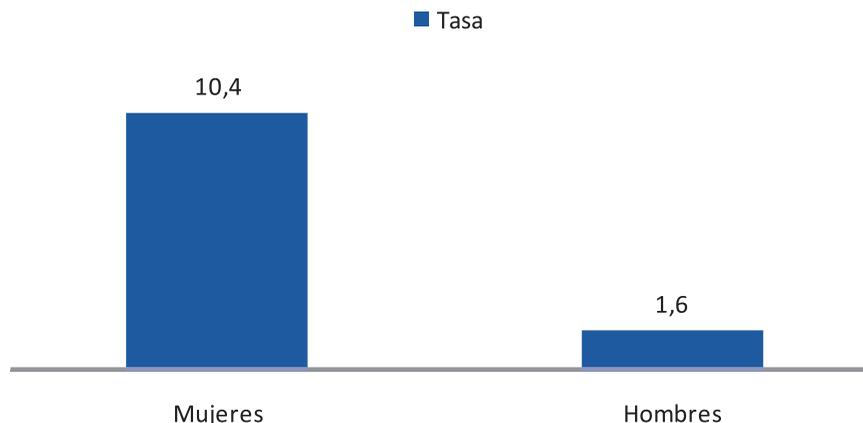
mayor frecuencia los servicios de salud; los hombres tienden a no utilizarlos debido a barreras de acceso como horarios, reconocimiento de síntomas y servicios que no son género sensibles. En ese sentido, los sistemas de salud son importantes y contribuyen a la equidad e igualdad de género al identificar las inequidades o brechas y abordarlas de manera efectiva, con lo cual mejora el sistema de salud en su conjunto.

Por otra parte, el tiempo dedicado al trabajo del cuidado de la salud no remunerado es sumamente alto y suele ser asumido por mujeres, en especial en los sectores de menores ingresos económicos, que no pueden acceder a servicios remunerados de cuidado. En el caso de enfermedades crónicas o discapacidades permanentes puede implicar dedicar tiempo completo al cuidado. Por ejemplo, en enfermedades degenerativas como el Alzheimer llega a ser del 99%¹⁷. Se trata de actividades tales como curación, vigilia (diurna y nocturna), suministro de medicamentos, alimentación, aseo y limpieza, lavado de ropa, compra de medicinas, trámites administrativos, entre otros. Las repercusiones de la no remuneración y del no reconocimiento de este tipo de trabajo son múltiples: personales, familiares, institucionales, locales y nacionales; afectan de modo diferenciado a hombres y mujeres, a personas de distintas edades y regiones territoriales.

En lo que respecta a la oferta y demanda de cuidados no remunerados de salud, se observan modificaciones en las tendencias actuales. La oferta de cuidadores está cambiando con el perfil demográfico y la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Si persisten las desigualdades en el reparto de responsabilidades entre géneros, muy probablemente las mujeres se verán más afectadas en el recargo de tareas. Por su lado, la demanda de cuidados en salud está variando con el perfil epidemiológico y el modelo de atención integral en salud promovido desde la CCSS. El proceso de envejecimiento de la población implica mayores necesidades de cuidado en salud, mientras que el modelo de atención integral involucra no solo la atención de la enfermedad y el cuidado de dependientes, sino también las tareas que implica la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades tanto a lo interno de los hogares como a nivel comunitario.

Las políticas de atención ambulatoria de la CCSS, por ejemplo, enfocadas en ahorrar costos de hospitalización se basan en este tipo de aporte, el cual se está comenzando a reconocer¹⁸. La estrategia de prestaciones sociales y económicas de la CCSS puede contribuir en ese sentido, reconociendo el

Esterilización quirúrgica en CCSS (tasa por 100 mil habitantes)



Fuente: OPS, Indicadores de Género 2008.

¹⁷ OPS, 2008, p. 148.

¹⁸ “Por razones presupuestarias y de organización de los servicios que dificultan el acceso de la población a la atención médica del sector público, se observa una tendencia a sustituirla por el cuidado que pueden brindar los miembros de la propia familia, particularmente en los hogares de bajos ingresos que no puede optar por la medicina privada. Este traslado de servicios desde el sector público a la actividad doméstica, no solo pasa inadvertido socialmente sino que además es ignorado económicamente por tratarse de actividades que se generan y consumen dentro del propio hogar, fuera del mercado”. OPS, 2008, pág. 88-89.

ahorro institucional que genera la participación voluntaria de las personas en este tipo de actividad. A su vez, estas personas reclaman soporte psicológico, además de un acompañamiento más oportuno del personal de salud en las tareas de cuidado de sus familiares. Esto implica la capacitación de las personas que cuidan y su reconocimiento como trabajadoras voluntarias de la salud, al igual que considerar las posibilidades de compensación de este trabajo por los costos asumidos individualmente.

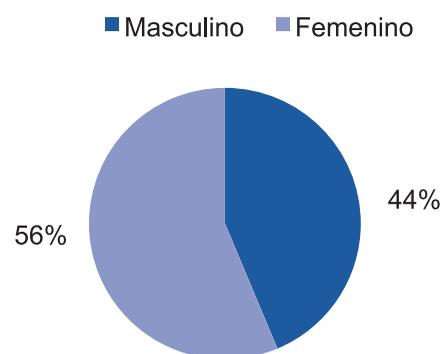
Para avanzar en este tema la institución tendrá que elaborar, junto con otras instituciones, mediciones y cálculos monetarios del trabajo no remunerado dedicado a la salud, que es de esperar que siga en aumento conforme evolucione el modelo de atención integral. Esto no solo implica las mediciones de uso de tiempo, que ya se han iniciado en el país, sino también el tema metodológico de su estimación monetaria¹⁹.

Por otra parte, las relaciones de género están presentes en la organización misma, reproduciendo desequilibrios de género. Toda institución social se encuentra atravesada por la cultura predominante a la cual pertenece, y en ello las desigualdades e inequidades que caracterizan las relaciones sociales, se construyen, reproducen y encarnan de diferentes maneras en el accionar cotidiano institucional.

Esto no escapa a la realidad que se vive en la institución en la distribución del personal según los puestos asignados. En ese sentido, hay indicadores que señalan una segregación del recurso humano por razón de sexo a lo interno de la institución.

Según el Mapeo Institucional realizado en el 2009, la CCSS cuenta con una fuerza laboral de 46.510 personas de las cuales el 56% son mujeres y el 44% hombres. Las mujeres son mayoría en un amplio porcentaje de los grupos ocupacionales presentes en la institución: ocupan el 60% de los puestos administrativos, el 65% de los puestos de enfermería y servicios de apoyo y el 58% de los profesionales en ciencias de la salud. En el grupo de servicios generales, la mayoría son hombres (70%), como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Distribución del recurso humano según sexo

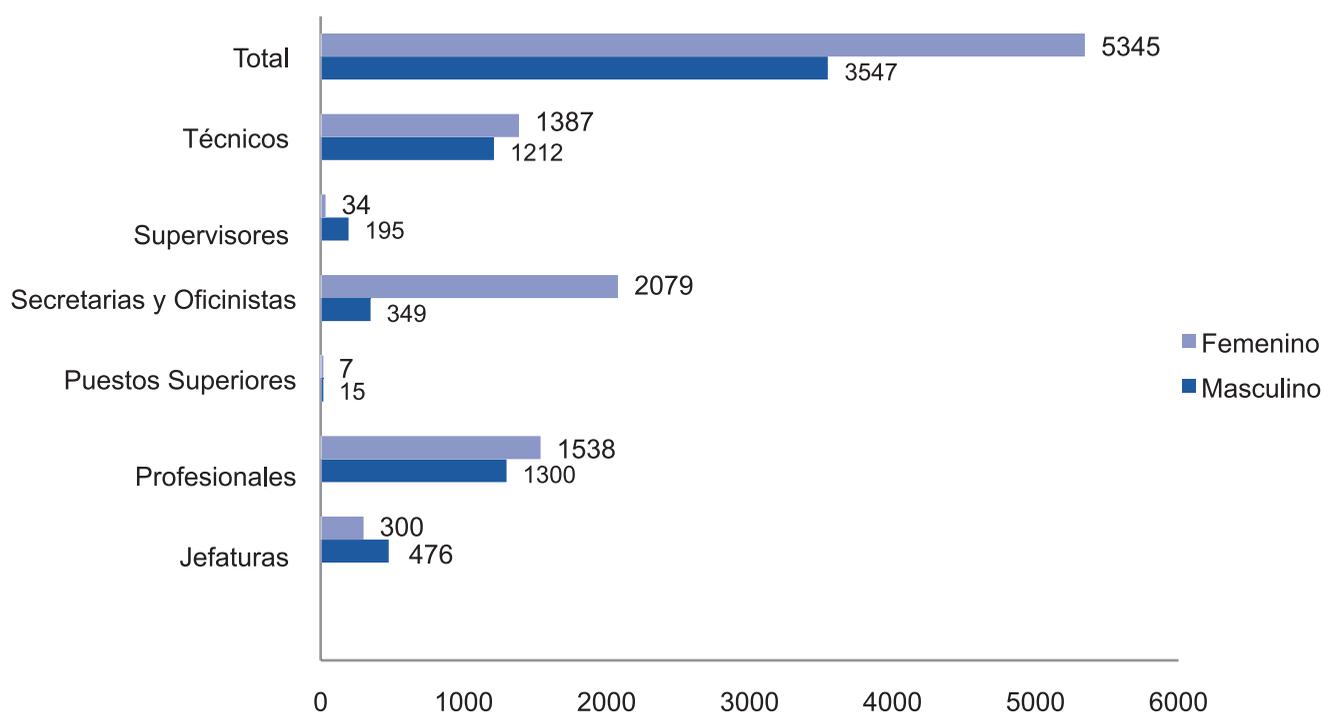


Grupo Ocupacional	Distribución porcentual en la CCSS	Hombres	Mujeres
Administrativos	19%	40%	60%
Enfermería y servicios de apoyo	41%	35%	65%
Ciencias de la salud	22%	42%	58%
Servicios generales	18%	70%	30%

Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Planilla Salarial Noviembre 2009.

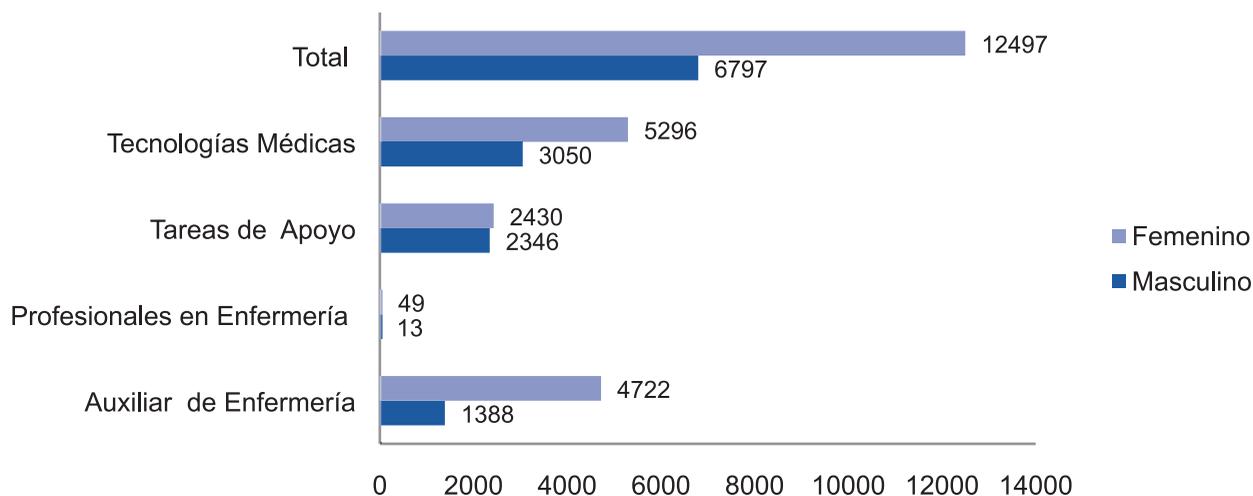
¹⁹ En el caso de Costa Rica, por iniciativa del INAMU, se constituyó en el año 2002 una “Comisión inter institucional para la contabilización del trabajo no remunerado femenino” (INAMU-INEC-IDESPO-CIEM, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el de Planificación nacional y política económica) que hizo su primer ensayo cuando incluyó un “Módulo de Uso del Tiempo” en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2004.

Distribución del personal administrativo según sexo



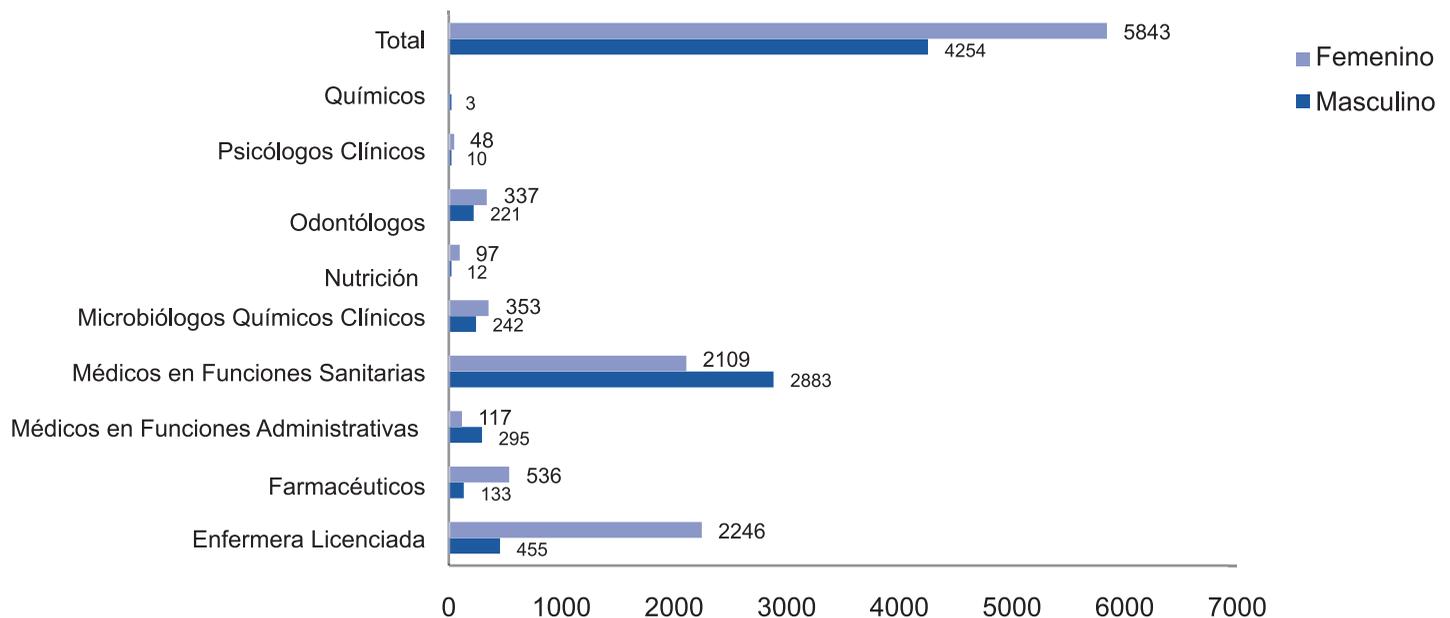
Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Planilla Salarial Noviembre 2009.

Distribución del personal de enfermería y servicios de apoyo según sexo



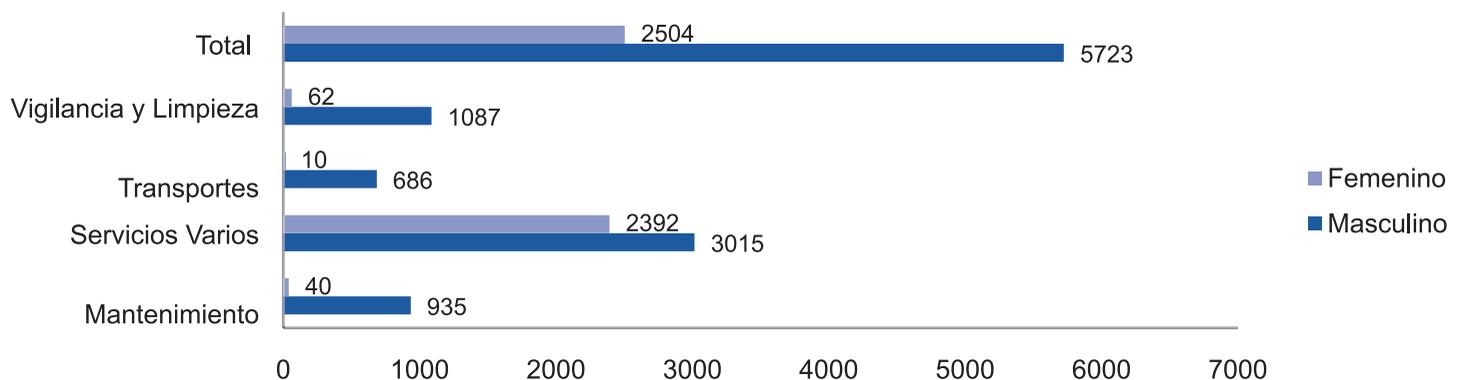
Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Planilla Salarial Noviembre 2009.

Distribución del personal de ciencias de la salud según sexo



Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Planilla Salarial Noviembre 2009.

Distribución del personal de servicios generales según sexo



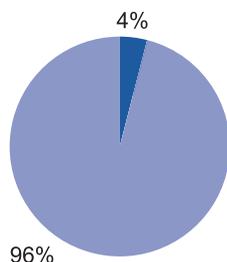
Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Planilla Salarial Noviembre 2009.

Dentro de los grupos ocupacionales tanto mujeres como hombres realizan actividades tradicionalmente reconocidas como femeninas o masculinas; en el caso de las mujeres, más de la mitad de ellas (54%) se desempeña en ocupaciones como secretarías, oficinistas, enfermeras, auxiliares y técnicas, entre otras; mientras los hombres en los puestos de servicios generales como mantenimiento, transporte, vigilancia y limpieza son proporcionalmente más ocupados por ellos.

A su vez, dos terceras partes de los puestos de jefaturas en la institución son ocupados por hombres; y si se observan estos puestos según sean jefaturas médicas o administrativas, el 66% de los puestos de Médico Director 1 son ocupados por hombres y 89% en el caso de Médico Director 3, en el área administrativa las Jefaturas de Unidad 1 su gran mayoría son ocupadas por hombres (94%) y un 67% en Jefaturas de Unidad 2. La toma de decisiones del más alto nivel recae mayoritariamente en los hombres.

Proporción de jefaturas en la CCSS

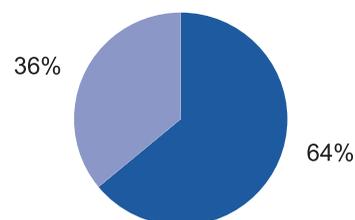
■ Puestos de jefatura ■ Otros puestos



Jefaturas institucionales según sexo

sexo

■ Hombres ■ Mujeres



Fuente: CCSS, Archivo Maestro y Padrón Nacional, Marzo 2009.

Si bien en la institución ha aumentado el número de mujeres en planilla, su ascenso hacia puestos de decisión se dificulta, una de las razones responde, por ejemplo, a que la experiencia y la antigüedad son criterios que favorecen especialmente a los hombres en los puestos de jefatura, por lo que existen pocas oportunidades de ascenso para las mujeres, una de ellas suele ser en calidad de sustitución por permisos laborales de las jefaturas masculinas en propiedad.

Todo esto a pesar de que, desde la década de los años noventa, el concepto de género se fue introduciendo progresivamente en la CCSS, especialmente en materia de salud. En ello influyeron tanto procesos internacionales como nacionales.

A partir de los mandatos emanados de las diferentes conferencias mundiales en materia de mujer, desarrollo, población y derechos humanos, las diferentes agencias de Naciones Unidas fueron brindando apoyo técnico y financiero en procura de implementar las recomendaciones de las conferencias en sus estados miembros; Costa Rica no fue la excepción. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por su parte, impulsó desde su Programa Mujer, Salud y Desarrollo diversas acciones que favorecieron a la CCSS, entre ellas la conformación de una comisión intergerencial con un nombre homólogo, y desde esta instancia se desarrollaron procesos de capacitación a funcionarias y funcionarios, al igual que se realizaron investigaciones estadísticas sobre la mujer y el Seguro Social.

Más tarde los esfuerzos se dirigieron a reconocer la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, lo cual condujo a la participación de representantes institucionales en la formulación de política pública en materia de violencia intrafamiliar y al desarrollo de una respuesta institucional a nivel programático. Esto llevó a procesos de sensibilización y capacitación del personal de salud en materia de género, así como en la elaboración de protocolos de atención y material educativo. A su

vez, el Fondo de Población de Naciones Unidas apoyó técnica y financieramente al Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) en el desarrollo de investigaciones y procesos de capacitación a funcionarias y funcionarios en materia de la construcción de género en la adolescencia y su impacto en salud.

Otro hito institucional en materia de género, fue la transformación de la Maternidad Carit en Hospital de las Mujeres. Esta fue formulada como una experiencia piloto que buscó implementar el modelo de atención integral para las mujeres incluyendo un trabajo en red que abarcara tanto el hospital como sus áreas de salud de atracción, y la transversalización del enfoque de género en todos los procesos de gestión. Al igual que esta surgieron diversas iniciativas en los niveles locales. La institución cuenta con un cúmulo de experiencias y lecciones aprendidas que indican retos institucionales importantes para avanzar en la dirección correcta.

Por otra parte, en los años 80's el movimiento de mujeres, a través de las organizaciones no gubernamentales, luchó por posicionar el tema de la desigualdad de género en la agenda pública, y promovió la aprobación de legislación nacional que permitiera garantizar una igualdad real. A su vez, desde el Instituto Nacional de las Mujeres se impulsó la creación de oficinas o unidades de género a lo interno de las instituciones públicas. En la CCSS se creó una Unidad de Género en la Gerencia Administrativa, que más tarde desapareció. En años más recientes se instituyó el Programa para la Equidad de Género que está actualmente adscrita a la Gerencia Administrativa.

En la actualidad, si bien la igualdad y la equidad constituye principios fundamentales de la CCSS, y la institución cuenta con algunas propuestas sobre equidad de género a nivel de políticas internas, muchas de ellas se han quedado en un nivel propositivo sin explicitar propuestas estratégicas que permitan traducir las aspiraciones en acciones concretas. También se observan iniciativas fragmentadas y desarticuladas a lo interno de la organización, por lo que la presente política provee de un marco normativo formal que permitirá lograr mayor sinergia y coherencia en los esfuerzos que se emprendan en procura de la igualdad y equidad de género.

IV. Estrategia metodológica para la formulación de la política

Como parte de sus funciones y con el aval de la Presidencia Ejecutiva de la institución, el Programa para la Equidad de Género de la CCSS, impulsó la elaboración de la política de igualdad y equidad de género a través de un amplio proceso participativo. Para ello contó con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en dos etapas: la elaboración de un mapeo institucional preliminar asumido por las consultoras externas Teresita Ramellini y Silvia Mesa a finales del año 2009; y la formulación de la política conducida por la consultora Jessica Mac Donald y facilitada por Hernán Alvarado en el primer semestre de 2010.

Para el mapeo se realizaron consultas a instancias estratégicas de la institución con la finalidad de explorar intereses y percepciones sobre la formulación de una política de esta naturaleza, al igual que valorar la situación institucional en esta materia.

En una segunda etapa se revisaron documentos institucionales que se consideraron estratégicos para la formulación de la política. También se revisaron las políticas de igualdad y equidad de género elaboradas en otras instituciones públicas, y se analizaron documentos internacionales en materia de igualdad y equidad de género. Se contó como insumo con algunos diagnósticos elaborados por unidades institucionales, como por organizaciones no gubernamentales en cuanto a los servicios otorgados por la institución.

Se desarrollaron diferentes actividades de consulta a lo interno de la institución y a lo externo²⁰. Entre ellas:

- Reuniones de coordinación y trabajo con la Presidencia Ejecutiva, la saliente y la entrante, la Gerencia Administrativa y el Programa de Equidad de Género de la institución.
- Entrevistas a informantes claves institucionales y externos con experiencia en la materia.
- Grupos focales con representantes de unidades técnicas de la institución y con personas expertas externas.
- Consultas en Consejos Regionales de la Gerencia Médica.
- Consulta a Direcciones Regionales de la Gerencia Financiera.
- Talleres de validación con funcionarios y funcionarias de diversas unidades de la institución del nivel central y del nivel local.
- Consulta a sindicatos y a Juntas de Salud de todo el país.
- Consultas a las Gerencias institucionales.

En las consultas se aplicaron guías de entrevista semi estructurada, además de dinámicas especialmente diseñadas con enfoque de género en las actividades colectivas que se realizaron.

A lo largo del proceso de consulta, se conformaron dos grupos consultivos internos integrados por representantes de unidades estratégicas institucionales, quienes acompañaron el proceso de formulación del documento borrador de la política en sesiones semanales. El documento que recoge los insumos de las consultas fue presentado en dos talleres de validación, a un grupo amplio de funcionarios y funcionarias de la CCSS del nivel central y aun grupo de personas con amplia experiencia en esta materia de las unidades de salud a nivel local. Los resultados de estos talleres se integraron a la propuesta final se presenta a continuación como resultado de las diversas consultas realizadas.

²⁰ Ver lista de personas consultadas en Anexo.

V. Lineamientos de la política

1. VIGENCIA Y ALCANCE DE LA POLÍTICA

Esta política plantea la necesidad de que a los cinco años de su ejecución y al final del periodo fijado, se realizará una revisión de la política a la luz de los resultados alcanzados con el objetivo de efectuar los ajustes necesarios conforme a las nuevas condiciones del entorno y marco regulatorio que exijan su actualización.

Tendrá un alcance a todos los servicios institucionales.

Esta política parte del siguiente 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.

Esta política establece lineamientos en dos ámbitos específicos:

- a. Lineamientos políticos para la provisión de servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales que promuevan y garanticen la igualdad y equidad de género, en asociación con actores sociales externos cuyos aportes también contribuyan con ese mismo fin.
- b. Lineamientos políticos para el desarrollo integral de la organización que promuevan y garanticen la igualdad y equidad de género a lo interno de la institución e incorporen la perspectiva de género como un eje transversal en el quehacer institucional.

2. LINEAMIENTOS GENERALES

2.1. Servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales:

- a) Desde la seguridad social se requiere reconocer las condiciones de vida diferenciadas que afectan a hombres y mujeres, en el acceso, control y uso de los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales; por lo que se deben crear y fortalecer 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 que brinda la institución.
- b) Los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales deben responder al enfoque de derechos humanos, de acuerdo con la normativa internacional y nacional vigente, en la cual el ejercicio del derecho por parte de las personas usuarias a la información, el consentimiento informado, la autonomía en la toma de decisiones y el control de su salud y sus vidas, sea fomentado y garantizado, sin ninguna discriminación basada en género.
- c) El acceso real a recursos institucionales apropiados, la tecnología y los tratamientos género sensitivos deben promoverse en forma progresiva como parte del derecho a disfrutar de una vida sana y de calidad para hombres y mujeres.
- d) Los servicios institucionales deben adecuarse a las diferentes condiciones y necesidades de hombres y mujeres a lo largo del ciclo de vida y en los diversos escenarios donde se desenvuelven, tomando en cuenta la interacción de procesos biológicos, sociales y de construcción de género que incrementan su vulnerabilidad para garantizar una atención con mayor accesibilidad, oportunidad, calidad, efectividad y libre de sesgos de género.

e) La atención y la prevención de la enfermedad, al igual que la promoción de la salud, deben orientarse a la identificación, prevención y atención de las inequidades de género en salud en los niveles de la institución, mejorando las oportunidades para que los hombres y las mujeres puedan disfrutar en igualdad de condiciones de un óptimo estado de salud.

f) La institución debe diseñar e implementar en, sus diferentes áreas, procesos permanentes y sistemáticos de investigación interdisciplinaria, en las diferentes áreas de la institución, 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.

g) Es necesario que el diseño de nueva infraestructura y la adecuación de los espacios físicos, se ajusten a los procesos de atención según las necesidades particulares de hombres y mujeres, al igual que a las tareas que deben ser compartidas entre hombres y mujeres en el cuidado de hijos/as y familiares enfermos a lo interno de los establecimientos de salud, favoreciendo la corresponsabilidad.

h) La institución debe desarrollar mecanismos de coordinación y concertación interinstitucionales e intersectoriales que permitan unir esfuerzos con otros actores sociales e instituciones públicas para alcanzar la igualdad y equidad de género en el país.

2.2. Desarrollo integral de la organización:

a) La institución incorporará la perspectiva de género como un eje transversal en los procesos institucionales estratégicos e instrumentos gerenciales garantizando su incidencia en todos los niveles del quehacer institucional.

b) Se crearán condiciones para promover el desarrollo de una cultura organizacional, donde la igualdad y la equidad de género se reconozcan como principios esenciales compartidos en todos los niveles institucionales.

c) Se promoverán ambientes laborales libres de prácticas discriminatorias por razón de género, en los cuales las relaciones entre hombres y mujeres se fundamenten en el respeto y la corresponsabilidad.

d) Las estrategias de salud ocupacional deberán observar los riesgos específicos que afectan diferenciadamente la salud física y salud mental de hombres y mujeres que laboran en la institución, garantizando su atención integral y el desarrollo de procesos de auto cuidado.

e) Es necesario que la institución desarrolle integralmente sus recursos humanos fortaleciendo su sensibilidad, conocimientos, capacidades y competencias para promover la equidad e igualdad de género en los servicios otorgados a las personas usuarias y a lo interno de la institución.

f) La institución debe desarrollar condiciones de trabajo equitativas que favorezcan el balance entre vida laboral y vida familiar en funcionarias y funcionarios con responsabilidades familiares, asimismo garantizar el respeto a la legislación laboral en cuanto a la protección de la maternidad y paternidad a lo interno de la institución.

g) La gestión del recurso humano debe caracterizarse por la promoción de la igualdad y equidad de género eliminando cualquier práctica discriminatoria.

h) En los procesos de elección de representantes de las usuarias y los usuarios, se debe propiciar la paridad entre hombres y mujeres.

VI. Lineamientos específicos del plan de acción de la política

1. Acceso a servicios institucionales en igualdad de condiciones

a) *Diseñar estrategias de ampliación de cobertura que garanticen el aseguramiento, al seguro de salud y de invalidez, vejez y muerte (IVM), con plenitud de derechos a aquellos grupos más vulnerabilizados por su condición y posición de género, ajustando las modalidades contributivas y no contributivas a sus características particulares.*

b) *Fortalecer el acceso a la atención integral en salud por medio de estrategias de información, educación y comunicación a nivel local y nacional, flexibilización de horarios, intervenciones en diversos escenarios y oferta de servicios que correspondan a las condiciones y necesidades particulares de hombres y mujeres.*

2. Servicios institucionales genero sensitivos

a) *Desarrollar protocolos de investigación de los problemas y necesidades en salud, pensiones y prestaciones sociales que afectan diferenciadamente a hombres y mujeres, como insumo fundamental para el diseño e implementación de estrategias en la prestación de servicios institucionales.*

b) *Diseñar y adecuar las normas institucionales, los protocolos de atención y las guías clínicas desde la perspectiva de género con base en la evidencia científica.*

c) *Implementar estrategias comunitarias de información, educativas y comunicación social que promuevan la eliminación de estereotipos y prejuicios sexistas que afectan la salud y la calidad de vida, al igual que promover relaciones de respeto mutuo, corresponsabilidad, auto cuidado y cuidado mutuo entre hombres y mujeres, a lo largo del ciclo de vida.*

d) *Desarrollar modalidades de atención en salud adaptadas a las necesidades e intereses de las personas menores de edad, como grupo poblacional estratégico, en las que se promuevan espacios de reflexión sobre los patrones culturales de género que incrementan la exposición y vulnerabilidad frente a riesgos para la salud.*

e) *Desarrollar estrategias de atención integral en salud específicas para grupos poblacionales vulnerables por condiciones socioculturales y socioeconómicas (grupos étnicos, migrantes, entre otros) según condición y posición de género en los niveles locales que más lo requieran.*

f) *Fortalecer las estrategias y la oferta de servicios de atención integral en salud de personas afectadas por la violencia de género, con énfasis en la violencia sexual y la violencia intrafamiliar, en espacios seguros y en coordinación con otras instituciones especialistas en esta materia.*

g) *Adecuar las plantas físicas institucionales para el establecimiento de servicios sanitarios familiares que permitan el ejercicio de las responsabilidades parentales sin discriminación; la adopción de medidas que faciliten el respeto a la intimidad y la participación de hombres y mujeres en el cuidado de familiares en las instalaciones de salud.*

h) Fortalecer las capacidades de las Contralorías de Servicios para identificar acciones y procesos de discriminación basada en género expresadas en las inconformidades de las personas usuarias, al igual que liderar gestiones en los servicios que permitan garantizar la igualdad y equidad de género como elementos fundamentales del respeto a los derechos de las personas usuarias.

3. Procesos estratégicos institucionales

a) Incorporar en los sistemas de información institucionales la variable sexo, junto con otras variables socioeconómicas, y construir indicadores para la identificación de brechas de género y su monitoreo, a partir de los datos estadísticos que se recogen en las diferentes instancias y sistemas de información.

b) Introducir la perspectiva de género en los procesos de planificación institucionales, asignación de presupuesto y recursos en todos los niveles gerenciales, regionales y locales.

c) Incorporar en los compromisos de gestión indicadores que permitan monitorear las brechas de género en salud, en los tres niveles de atención, y desarrollar estrategias que favorezcan la igualdad y equidad de género.

d) Crear y fortalecer instancias y mecanismos de coordinación que permitan conducir, articular, dar seguimiento y evaluar la implementación de la política en las diferentes gerencias y niveles instituciones para lograr la igualdad y equidad de género.

e) Desarrollar estrategias de mercadeo social para la divulgación y promoción de la política de igualdad y equidad de género a lo interno de la institución.

f) Implementar evaluaciones participativas de género con usuarios y usuarias que permita verificar la incorporación de la perspectiva de género en el quehacer institucional, identificando sus avances, su efectividad, los problemas detectados, con nuevas estrategias para superarlos y el registro de buenas prácticas orientadas al logro de la igualdad y equidad de género.

4. Gestión del Recurso Humano

a) Lograr la igualdad y equidad de género en los procesos de selección y contratación de personal, procurando reducir la segregación del trabajo por razón de género.

b) Promover condiciones y oportunidades que garanticen el trato igualitario en la formación, el ascenso laboral y en la elección en puestos de jefatura para hombres y mujeres, que permitan eliminar sesgos y prácticas discriminatorias por sexo.

c) Incorporar la perspectiva de género en los instrumentos utilizados para realizar diagnósticos locales de necesidades en capacitación y formación del recurso humano.

d) Desarrollar procesos permanentes de sensibilización y capacitación sobre igualdad y equidad de género al personal institucional, con énfasis en las jefaturas como agentes promotores.

e) Incorporar en los procesos de inducción la sensibilización y capacitación en perspectiva de género y su aplicación en las funciones que desempeñará en la institución el nuevo personal.

- f) Diseñar e implementar estrategias de flexibilización de tiempo, teletrabajo y permisos laborales que apoyen al personal con responsabilidades familiares y garanticen sus derechos laborales.*
- g) Desarrollar experiencias piloto de servicios de guardería con financiamiento mixto como una forma de apoyo institucional a las funcionarias y los funcionarios que tienen hijos e hijas menores de 6 años que laboran en unidades priorizadas.*
- h) Fortalecer mecanismos para la aplicación del reglamento de hostigamiento sexual, así como garantizar el apoyo psicosocial a las personas afectadas y evitar su revictimización.*
- i) Implementar estrategias para la prevención, detección y sanción de prácticas de acoso laboral basadas en género*

VII. Coordinación y seguimiento de la política

La Junta Directiva será el órgano máximo responsable de la aprobación de la Política de Igualdad y Equidad de Género en la CCSS. Para la coordinación y seguimiento de las acciones de la Política a lo interno de la institución, se conformará un mecanismo institucional denominado la Comisión para la Equidad de Género, que será el ente director de dicha Política. Esta Comisión será nombrada por la Presidencia Ejecutiva y tendrá la responsabilidad de darle seguimiento a la implementación de la Política en la institución; será de carácter permanente, y deberá rendir cuentas ante el Consejo de Presidencia y Gerentes, a través de la elaboración de un informe anual sobre los avances alcanzados en materia de igualdad y equidad de género en la institución.

Esta Comisión será integrada por funcionarias y funcionarios de unidades estratégicas de la institución que cuenten con sensibilización y capacitación en género y tengan la capacidad de impulsar y conducir la implementación de la Política y su Plan de Acción. Se identifican como instancias asesoras de la Comisión, la Dirección de Planificación Institucional, la Dirección de Actuarial y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

El Programa para la Equidad de Género fungirá como Secretaría Técnica de esta Comisión con funciones de coordinación, convocatoria, registro, sistematización, representación, asesoría técnica y recopilación de información para la elaboración de los informes anuales. Para lo cual se necesitará reforzar dicho Programa con los recursos humanos y materiales requeridos para realizar estas funciones.

Este Programa desarrollará un mecanismo de coordinación a través de enlaces regionales y locales, que permitirá facilitar la puesta en marcha de la Política y su Plan de Acción.

VIII. Documentos consultados

1. Caja Costarricense de Seguro Social. Una CCSS renovada hacia el 2025. Documento institucional.
2. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2007-2012. Documento institucional.
3. Caja Costarricense de Seguro Social. Política Integral de Recursos Humanos: gestión, empleo y salarios 2010. Gerencia Administrativa.
4. CEPAL (2010) ¿Qué Estado para qué igualdad? Documento presentado en la XI Conferencia sobre la mujer de América Latina y el Caribe. Brasilia, 13 al 16 de julio del 2010. Santiago.
5. Chacón, Rosa y María Fernanda Retana (2004) Diagnóstico sobre el estado de salud de las mujeres beneficiarias y la calidad de los programas en salud sexual y reproductiva disponibles en los centros de salud de la CCSS. Alianza de Mujeres Costarricenses. San José, Costa Rica.
6. Gomez, Elsa Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health 11(5/6), 2002, pág 454- 461.
7. Facio, Alda. (2008) El derecho a la no discriminación. En Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano. Instituto de Derechos Humanos. San José, Costa Rica.
8. Instituto Nacional de las Mujeres. (2003) Estudio exploratorio sobre el acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica. Colección Documentos No. 19. INAMU. San José Costa Rica.
9. Instituto Nacional de las Mujeres (2008) Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017. INAMU, Colección Documental nº 44. San José, Costa Rica.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2009) Cifras Básicas sobre Fuerza de Trabajo. INEC, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Año 14. San José, Costa Rica.
11. Mac Donald (2008) Aplicación del marco conceptual BIAS FREE para la eliminación de sesgos de género en el proceso de transformación del Hospital de las Mujeres en San José, Costa Rica: sistematización de la experiencia. Foro Mundial para la Investigación en Salud y OPS. Ginebra.
12. Martínez Franzoni, Juliana. (2007) Regímenes del bienestar en América Latina. Fundación Carolina, Documento de Trabajo nº 11. Madrid.
13. Martínez Franzoni, Juliana. (2008) Seguridad social y equidad de género en Costa Rica: continuidades, cambios y retos. Cuadernos de Ciencias Sociales Nº 151. FLACSO, San José, Costa Rica.
14. Martínez Franzoni, Juliana y Koen Voorend. (2009) Sistemas de patriarcado y regímenes de bienestar en América Latina: ¿una cosa lleva a la otra? Fundación Carolina, Documento de Trabajo nº 37. Madrid.
15. Massa, Sergio T. y Miguel A. Fernández. (2007) De la exclusión a la inclusión social: reformas de la reforma de la seguridad social en la República Argentina. Prometeo Libros, Buenos Aires.
16. Ministerio de Salud/ INAMU/ CCSS. (2001) Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción. MS/INAMU/CENDEISSS/OPS/OMS. San José, Costa Rica.
17. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2009) Política para la Igualdad y Equidad de Género. MTSS. Diciembre 2009.

18. OIT-PNUD (2009) Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. Oficina Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Santiago, Chile.
19. Organización Internacional del Trabajo (2002) Seguridad social: un nuevo consenso. OIT, Ginebra.
20. Organización Internacional del Trabajo (2005) Género y los Convenios de la OIT: 100, 111, 156 y 183. OIT, San José, Costa Rica.
21. Organización Panamericana de la Salud (2005). Política de Igualdad de Género. OPS.
22. Organización Panamericana de la Salud (2008) La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. OPS, Washington.
23. Organización Panamericana de la Salud (2010) La salud de las mujeres y los hombres en las Américas: perfil 2009. Oficina de Género, Etnicidad y Salud. Washington.
24. Organización Panamericana de la Salud (2010) Género, salud y Desarrollo en las Américas: indicadores básicos 2009. Oficina de Género, Etnicidad y Salud. Washington.
25. Organización Panamericana de la Salud (sf) Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington.
26. Parra Vera, Oscar. El derecho a la salud. En Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano. Instituto de Derechos Humanos. San José, 2008.
27. Payne, Sarah. (2009) How can gender equity be addressed through health systems? Health Systems and Policy Analysis, Policy Brief 12. World Health Organization (WHO), Copenhagen.
28. PNUD (2008) Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿de qué estamos hablando?: Marco Conceptual. PNUD, San Salvador.
29. Poder Judicial. Política de Equidad de Género del Poder Judicial de Costa Rica. Secretaría Técnica de Género.
30. Programa estado de la Nación. (2007) Decimotercer Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible. San José, Costa Rica.
31. Programa estado de la Nación. (2009) Decimoquinto Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible. San José, Costa Rica.
32. Rodríguez Herrera, Adolfo. (2006) Estrategia Integral de Extensión de la Cobertura Contributiva. Informe de consultoría. CCSS.
33. Sen, Gita, Asha George y Piroška Ostlin. (2005) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional No. 14 Género, equidad y salud. OPS y Harvard Center for Population and Development Studies.
34. Sen, Gita y Piroška Östlin (2007) Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Informe final dirigida a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud de la OMS. Women and Gender Equity Knowledge Network.
35. Urquilla , Carlos Rafael. El derecho a la Seguridad Social. En: Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano. Instituto de Derechos Humanos. San José, 2008.

IX. Anexo

Personas consultadas en el mapeo institucional y en la formulación de la política:

1. Ileana Balmaceda, Presidenta Ejecutiva actual.
2. Eduardo Dorian, Presidente Ejecutivo (2006-2009).
3. José Alberto Acuña, Gerente Administrativo.
4. Rosa Climent Martín, Gerencia Médica.
5. Gabriela Murillo Jenkins, Gerencia Infraestructura y Tecnologías.
6. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero.
7. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerencia de Logística.
8. Miguel Pacheco Ramírez, Gerencia de Pensiones.
9. Liliana Arrieta, Asesora de la Presidencia y Junta Directiva.
10. Ana Guzmán, Dirección de Compras de Servicios de Salud.
11. Amada Aparicio, Dirección de Compras de Servicios de Salud.
12. José Miguel Rojas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
13. Eduardo Aguilar, Dirección de Desarrollo Organizacional.
14. Marielos Piedra, Dirección de Planificación Institucional.
15. Aristides Guerrero Rodríguez, Dirección de Servicios Generales.
16. Marianita Dormond Sáenz, Dirección de Prestaciones Sociales.
17. Doris Valerio, Dirección de Inspección, Gerencia Financiera.
18. Joaquín Quesada Gutiérrez, Inspección.
19. Libia Aguilar Morales, Inspección.
20. Edgar Fernández Campos, Inspección.
21. Jhonny Mora Quesada, Inspección.
22. Carolina Artola Chavarría, Inspección.
23. Lenis Mata Mata, Inspección.
24. Guillermo Abarca Agüero, Dirección de Bienestar Laboral.
25. Ana Patricia Salas Chacón, Dirección de Contraloría de Servicios.
26. Kattia Rodríguez, Dirección de Sistemas Administrativos.
27. Xinia Fernández, Dirección de Comunicación Organizacional.
28. Martín Gutiérrez, León, Dirección de Desarrollo Organizacional.

29. Armando Castellanos, Dirección de Planificación Institucional.
30. Jaqueline Castillo, Dirección Actuarial.
31. Alexandra Eduarte, Dirección ADM, Gerencia de Pensiones.
32. Luis Rivera, Recursos Humanos.
33. Gerson Ruíz, Dirección de Presupuesto.
34. Susana Chavarría, Dirección de Proyección de Servicios de Salud.
35. Luis Mario Carvajal, Dirección de Bienestar Laboral.
36. Alejandro Esquivel, Dirección de Farmacoepidemiología.
37. Henry Solano, Dirección Red de Servicios de Salud.
38. Karina Fernández, CIPA.
39. Karen Vargas López, Dirección Jurídica.
40. Arturo Jiménez, Dirección de Comunicación Organizacional.
41. Ailyn Carmona Corrales, Gestión de Recursos Humanos.
42. Virgilio Mora, Recursos Humanos.
43. Patricia Redondo, Salud Ocupacional.
44. Oscar Zamora, Gestión del Control Interno.
45. Hugo Chacón, Área de Atención Integral a las Personas.
46. Ileana Quirós, Área de Atención Integral a las Personas.
47. Karen Bonilla, Área de Atención Integral a las Personas.
48. Giselle Brenes, Área de Atención Integral a las Personas.
49. Nereida Arjona, Área de Atención Integral a las Personas.
50. José Angulo, Área de Atención Integral a las Personas.
51. Vilma García, Área de Atención Integral a las Personas.
52. Inés Clarke, Área de Atención Integral a las Personas.
53. Nineth Alarcón, Área de Atención Integral a las Personas.
54. Paula Muñoz, Área de Atención Integral a las Personas.
55. Noelia Santamaría, Área de Atención Integral a las Personas.
56. Rita Vilanova Acuña, Área de Atención Integral a las Personas.
57. Erika Solano, Área de Atención Integral a las Personas.
58. Tatiana Mata, Área de Atención Integral a las Personas.
59. Anggie Ramírez, Área de Atención Integral a las Personas.

60. José Alberto Segueira, Área de Salud Colectiva.
61. Ignacio Salom Rodríguez, CENDEISSS.
62. Nuria Murillo, CENDEISSS.
63. Jorge Villalobos Alpizar, CENDEISSS.
64. Ana Lorena Solís, Estadísticas de Salud.
65. Leslie Vargas, Área Estadísticas de Salud.
66. Martha Bolaños, Dirección de Contraloría de Servicios.
67. Fidelina Briceño, Asesoría y Gestión Legal, Desc.y Juntas de Salud.
68. Hellen Hernández Alvarez, Juntas de Salud Oficinas Centrales.
69. Milka Vargas Masís, Juntas de Salud Oficinas Centrales.
70. Luis Mario Carvajal, Coordinador de las Regiones, Gerencia Financiera.
71. Alfredo Vindas Evans, Director Regional de Suc. Central.
72. Oscar Vindas Masis, Director a.i. Regional Suc. Huetar Atlántica.
73. Sergio Rodríguez Venegas, Director Reg. Suc. Chorotega.
74. Xiomara Poyser Watson, Director Reg. Suc. Huetar Norte.
75. Luis Aguero Cordero, Director Reg. Suc. Brunca.
76. Ana Isabel Mora, Área de Planificación Recursos Humanos.
77. Zaida Montiel López, Validación de Derechos.
78. Pilar Méndez Vargas, Oficinas Centrales.
79. María Cecilia Astúa Vega, Sub Área de Enfermería.
80. Rosibel Pitty Vargas, Gerencia Médica.
81. Marcela Chavarría Barrantes, Asesora Gerencia Médica.
82. Arturo Herrera Barquero, Asesor Gerencia Médica.
83. Rodolfo Morera Herrera, Asesor Gerencia Médica.
84. Vera Sileny Obando Vargas, Asesor Gerencia Médica.
85. Rita Flores, Hospital México.
86. Vilma Campos, Hospital México.
87. Dinora Garro, Hospital San Juan de Dios.
88. Luis Ledesma, Hospital de las Mujeres.
89. Zully Moreno, Hospital de las Mujeres.
90. Darlyn Castañeda, Hospital de las Mujeres.

91. Iveth Villafuerte Chacón, Hospital de Heredia.
92. Adriana Mata Arrieta, Hospital de Cartago.
93. Katya Mora Fonseca, Hospital de Cartago.
94. Candy Gabelman Cortés, Hospital Nacional de Niños.
95. María Elena Salazar Garro, Hospital Nac. Psiquiátrico.
96. Karol Obando Barboza, Hospital Calderón Guardia.
97. Rosalía Flores Sibaja, Hospital Calderón Guardia.
98. Vanessa Vargas Vega, Oficinas Centrales.
99. Evelyn Cordero Marín, Clínica Solón Núñez.
100. Esteban Arguedas Ruiz, Clínica Carlos Durán.
101. Nazareth Smith Ramírez, D.R.S.M. Región Central Sur.
102. Alvin Castro, Dirección Regional Brunca.
103. Sra Patricia Miranda Durán, Dirección Regional Brunca.
104. Lidia Campos, Dirección Regional Brunca.
105. Sandra González, Dirección Regional Brunca .
106. José E. Leiva, Dirección Regional Brunca.
107. Franklin Guadamuz, Dirección Regional Brunca.
108. Giancarlo Ulcigiai, Dirección Regional Brunca.
109. Salomé Soto, Dirección Regional Brunca.
110. Jean Pierre Garbanzo, Dirección Regional Brunca.
111. Fernando Picado, Dirección Regional Brunca.
112. Avelino Sánchez, Dirección Regional Brunca.
113. Patricia Redondo, Dirección Regional Brunca.
114. Erick A Vargas Pérez, Dirección Regional Brunca.
115. Alexis Rodríguez, Hospital Escalante Pradilla.
116. Ramón Segura, Hospital Escalante Pradilla.
117. Manuel Rodríguez, Hospital de Golfito.
118. Mayela Aráuz, Hospital de Golfito.
119. Allen Monge, Hospital de Ciudad Neilly.
120. Mayela Ureña, Hospital de Ciudad Neilly.
121. Ricardo Vega, Hospital Tomás Casas.

122. Ana Yadyra Chaves, Hospital Tomás Casas.
123. Mario Arias, Hospital de San Vito.
124. Elías Villalobos, Hospital de San Vito.
125. Amed Guevara, Área de Salud Pérez Zeledón.
126. Sonia Fernandez, Área de Salud Pérez Zeledón.
127. Fernando Salazar, Área de Salud de Buenos Aires.
128. Alexander Sanchez, Área de Salud de Buenos Aires.
129. Mario Lara, Área de Salud de Osa.
130. Luis Alberto González, Área de Salud de Osa.
131. Fabio Robleto, Área de Salud de Golfito.
132. Minor Vásquez, Área de Salud de Golfito.
133. Carlos Ramírez, Área de Salud de Corredores.
134. María Enue Sánchez, Dirección Regional Chorotega.
135. Tatiana Guzmán, Dirección Regional Chorotega.
136. Anner Angulo Leiva, Hospital La Anexión, Nicoya.
137. Graciela Briones, Hospital La Anexión, Nicoya.
138. María Davelia Ane, Hospital La Anexión, Nicoya.
139. Marlene Guevara, Hospital La Anexión, Nicoya.
140. Mirna Gutiérrez, Hospital de Nicoya.
141. Yamileth Obando, Clínica Marcial Fallas.
142. Pedro González, Área de Salud Goicoechea 2.
143. Zeirith Rojas, Clínica de Coronado.
144. Pablo Gamboa, Clínica Central.
145. Andrés Sandoval, Área de Escazú.
146. Zeidy Arce, Área de Salud de Moravia.
147. Carmen Peralta, Área de Salud de Desamparados.
148. Rodrigo Ramírez, Clínica Carlos Durán.
149. Luis Obando, Área de Salud San Juan Sur.
150. Rolando Chiari, Área de Salud de Aserri.
151. Alejandro Ramírez, Área de Salud El Guarco.
152. Guillermo Azofeifa, Área de Salud de Cartago.

153. Sonia Chavarría, Área de Salud de Oreamuno.
154. Roberto Cervantes. Área de Salud de Puriscal.
155. Zianne López, Área de Salud de Acosta.
156. María José Solano, Área de Salud de Turrialba Jiménez.
157. Gonzalo Zúñiga, Área de Salud de Goicoechea 1.
158. Olga Ugarte, Clínica Moreno Cañas.
159. María Eugenia Villalta, Hospital de Turrialba.
160. Iván Alberto Brenes, Área de Salud Los Santos.
161. Luis Garcia, Área de Salud de Paraíso- Cervantes.
162. Rebeca García, Área de Salud Desamparados 2 COOPESALUD.
163. Laura Castro, Clínica de Pavas- COOPESALUD.
164. María Adilia Vega , Área de Salud San Sebastián – Paso Ancho.
165. Alvaro Tejera, Área de Salud Alajuelita.
166. Olga Alvarez, Área de Salud La Unión.
167. Neima Alemán, Hospital Chacón Paut.
168. Luis Hernández, Área de Salud de Mora- Palmichal.
169. Jimmy Ortiz Duarte, Dirección Regional Huetar Norte.
170. Edwin Sanabria Garita, Dirección Regional Huetar Norte.
171. Giorgianella Zarate Valerio, Dirección Regional Huetar Norte.
172. Yessenia Arce Araya, Dirección Regional Huetar Norte.
173. Bolivar Hidalgo Navarro, Dirección Regional Huetar Norte.
174. Heraldó Monge Duarte, Dirección Regional Huetar Norte.
175. Ma del Rosario Salas Cordero, Dirección Regional Huetar Norte.
176. Edual Alfaro Barrantes, Dirección Regional Huetar Norte.
177. Marita Masis Sandi, Dirección Regional Huetar Norte.
178. Olga Marta Gonzalez calvo, Dirección Regional Huetar Norte.
179. Hector Chacon Leon, Dirección Regional Huetar Norte.
180. Javier Montenegro Pacheco, Dirección Regional Huetar Norte.
181. Maritza Zumbado Zumbado, Dirección Regional Huetar Norte.
182. Marita Masis Sandi, Dirección Regional Huetar Norte.
183. Olga Marta Gonzalez Calvo, Dirección Regional Huetar Norte.

184. Hector Chacon Leon, Dirección Regional Huetar Norte.
185. Javier Montenegro Pacheco, Dirección Regional Huetar Norte.
186. Maritza Zumbado Zumbado, Dirección Regional Huetar Norte.
187. Cristina Zeledon Dengo, Dirección Regional Huetar Norte.
188. Luis Guillermo Panini, Hospital de Los Chiles.
189. Cecilia Arroyo Bolaños, Hospital San Carlos.
190. Alejandro Álvarez Mora, Hospital San Carlos.
191. Engelber Molina Alfaro, Hospital San Carlos.
192. Rebecca Solis Murillo, Área de Salud Aguas Zarcas.
193. Eduardo Ribera Garita, Área de Salud Aguas Zarcas.
194. Miguel Mora Mora, Hospital de Los Chiles.
195. Damaris Robles Araya, Área de Salud Ciudad Quesada.
196. Mary Murillo Fernandez, Área de Salud Ciudad Quesada.
197. Tahis Ching Zamora, Área de Salud Ciudad Quesada.
198. Kattia Corrales Barboza, Área de Salud de Pital.
199. Ronny Monge Sandi, Área de Salud de Pital.
200. Esteban Valerin Peña, Área de Salud de Pital.
201. Nelly Orellana Orellana, Área de Salud de Pital.
202. Indira Zecca Escalante, Área de Salud de Guatuso.
203. Evelyn Perez Loria, Área de Salud de Guatuso.
204. José Adrián Guzmán Zeledón, Área de Salud de Guatuso.
205. Adín Largo Cruz, Área de Salud Los Chiles.
206. Jose Manuel Ruiz Salazar, Área de Salud Santa Rosa.
207. GeorGINella Baldi Solis, Área de Salud Santa Rosa.
208. María Jose Centeno Córdoba, Área de Salud Florencia.
209. Ana Campos Bolaños, Área de Salud Florencia.
210. Lidai Paniagua Jimenez, Área de Salud Florencia.
211. Mariela Taraneon Reyes, Área de Salud Florencia.
212. Marcela Corella Alvarado, Área de Salud Florencia.
213. Ruben Villarreal Villarreal, Área de Salud Florencia.
214. Patricia Hidalgo, Área de Salud Florencia.

215. Olger Fabio Vega Blanco, Hospital San Carlos.
216. Jesus Villalobos Arrieta, Área de Salud Los Chiles.
217. Juan Carlos Rodriguez, Área de Salud Ciudad Quesada.
218. Viviana Binns Rojas, Hospital Calderón Guardia.
219. Esteban Varela Castro, Área de Salud de Aguirre.
220. Vanessa Mora Guerrero, Área de Salud de Aguirre.
221. Víctor Hernandez Mora, Área de Salud de Aguirre.
222. Arianna Rodriguez Hidalgo, COOPESALUD.
223. Ana Dalmy Solorzano Urbina, COOPESALUD.
224. Marco Prado Carvalho, Área de Salud de Curridabat.
225. Christian Monge Solis, Hospital Nacional Psiquiátrico.
226. Mayra Córdoba Cortes, Hospital Max Peralta.
227. Lidia Salas Chavarría, Clínica Marcial Fallas.
228. María del Carmen Fernandez, Hospital de las Mujeres.
229. Lilliana Mejias Vargas, Área de Salud de Aserrí.
230. Nidia Lobo Garcia, Área de Salud de Golfito.
231. Evelyn Castro Carmiol, Área de Salud Goicoechea 2.
232. Mauri Mora Mora, Área de Salud de Acosta.
233. Berny Rodriguez Ríos, Área de Salud de Acosta.
234. Andrés Zamora Leiva, Hospital San Juan de Dios.

Juntas de Salud

235. Carlos Alvarado, Area de Salud Cartago.
236. Nury Solís Rojas, Area de Salud Cartago.
237. Lorena Murillo Madrigal, CENARE.
238. Angelita Jiménez Ramírez, CENARE.
239. Marcos Víquez, Área de Salud de Santa Bárbara.
240. Patricia Monge, Área de Salud de Santa Bárbara.
241. Zaray Vargas Fernández, Hospital de las Mujeres.
242. Lilliam Mora Artavia, Hospital de las Mujeres.
243. Xinia Quesada, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.

244. Jorge Ramírez Zamora, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
245. Carlos Ruben Rojas Arce, Hospital Blanco Cervantes.
246. Rodrigo Villegas Quirós, Región Huetar Norte.
247. Daniel Rojas Salas Hospital de San Carlos.
248. Mary Gómez Obando, Hospital La Anexión.
249. Flor Maria Soto Elizondo, Área de Salud Pocosol.
250. Cinthia Guerra Oporta, Hospital los Chiles.
251. Carmen Margoth Arrieta González, área de Salud Los Chiles.
252. María Emilia Ramírez Arce, Área de Salud de Limón.
253. María Isabel Rivera Taylor, Área de Salud de Limón.
254. Ezequías Chaves Mata, Área de Salud de Limón.
255. Tania Fernandez Solís, Área de Salud Alta Talamanca.
256. Sebastián Juarez Nelson, Área de Salud Alta Talamanca.
257. Ovidio Rodríguez Latán, área de Salud Baja Talamanca.
258. Flora García Zamora, Área de Salud Baja Talamanca.
259. Martín Matarrita Matarrita, Área de Salud de Matina.
260. Francisco Herrera Rodríguez, Área de Salud de Matina.
261. Dunia Fuentes Pennycot, Área de Salud de Matina.
262. Ester Barquero Villarreal, Área de Salud de Matina.
263. Mariela Víquez Ramírez, Hospital Escalante Pradilla.
264. Roger Víquez Barrantes, Área de Salud de Hojancha.
265. Miguel Rocha Cruz, Área de Salud de Colorado- Abangares.
266. Tomás Sancho Juárez, Área de Salud Mora-Palmichal.
267. Virginia Nuñez Hernández, Área de Salud Mora-Palmichal.
268. Guiselle Roldán Aguilar, Área de Salud Mora-Palmichal.
269. Roberth Tacsan Acebedo, Clínica Oftalmológica.
270. Carlos Flores, Clínica Oftalmológica.
271. Zaray Tapia Molina, Clínica Oftalmológica.
272. Guillermo Rojas, Clínica Oftalmológica.
273. Ana Cecilia Barrios Acebedo, Área de Salud de Cañas.
274. Gustavo Tapia Urbina, Área de salud de Liberia.

275. María de los Angeles Gamboa, Hospital Calderón Guardia.

276. Olga Isabel Damasco Solano, Hospital Calderón Guardia.

Otras instituciones públicas y organizaciones sociales

277. Alejandra Mora, Defensoría de los Habitantes.

278. Edda Quirós, Ministerio de Salud.

279. Ana Rojas, INAMU.

280. Antonieta Fernández, INAMU.

281. Janet Arias, Unidad de Género Poder Judicial.

282. Eugenia Zamora, Comisión de Género Tribunal Supremo de Elecciones.

283. Cindy Mora, Ministerio de Seguridad Pública.

284. Sheily Sequeira, Ministerio de Seguridad Pública.

285. Yamileth Jiménez, Ministerio de Trabajo.

286. Amaral Sequeira, SIPROCIMECA.

287. Luis Chavarría, UNDECA.

288. Alexander Azofeifa, Gerente Unión Medica.

289. Marta Rodríguez, UNDECA.

290. Isabel Román, Programa Estado de la Nación, CONARE.

291. Ana Rodríguez Allen, Directora Maestría de Bioética UNA/UCR.

292. Juliana Martínez, Investigadora, Instituto de Investigaciones Sociales, UCR.

293. Ana Hernández, Alianza de Mujeres Costarricenses.

294. Rosa Elena Prieto, Alianza de Mujeres Costarricenses.

295. Patricia Salgado, UNFPA.

296. Marianne Lizana, UNFPA.

297. Oscar Valverde, UNFPA.

298. Ana Elena Badilla, UNFPA.

299. Gabriela Rodríguez Hernández, UNFPA.

300. María José Chamorro, OIT.

301. Xinia Bustamante, OPS.

www.ccss.sa.cr

Dirección de Comunicación Organizacional
2011