Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Postgrado

Escuela de Estadística

Maestría Profesional en Población y Salud

Demanda insatisfecha y la accesibilidad a la atención en Planificación familiar en los servicios de la CCSS. Costa Rica, 2000.

Estudio en 82 áreas

Trabajo final de graduación presentado a la Escuela de Estadística, para optar por el grado de Magíster Profesional en Población y Salud

Erika Masís Cordero

Tutora: Ph.D. Doris Sosa

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio", Costa Rica

Julio, 2004

Tabla de Contenidos

Índice de gráficos iii

Resumen iv

1. INTRODUCIÓN 1

2. ANTECENDENTES 2

2.1.Accesibilidad y Calidad de los servicios de Planificación familiar 2
2.2.Desarrollo de la seguridad social y de las políticas y Programas de Planificación familiar en Costa Rica. 5
2.3.Integración de la atención en Planificación familiar en los servicios de CCSS 6
2.4.Los derechos Sexuales y Reproductivos y el derecho a la Seguridad Social en Costa Rica 7
2.5.Estudio de la demanda insatisfecha y la accesibilidad a la atención de Planificación en los servicios de la CCSS 9

3. OBJETIVOS 10

3.1. Objetivo general 10
3.2. Objetivos específicos: 10

4. METODOLOGIA 11

4.1. Conceptos Básicos 11
4.1.1. Demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación familiar 11
4.1.2. Accesibilidad a la atención en Planificación Familiar 12
4.4. Operacionalización del marco conceptual 12
4.2. Fuente de datos 14
4.3. Selección de la población de interés 15
4.6. Técnicas para el análisis de datos 17
4.7. Limitaciones del estudio 18

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 18

5.1. Características de las mujeres encuestadas 18
5.2. Caracterización de la demanda insatisfecha 19
5.2.1.Caracterización de la demanda insatisfecha en usuarias de servicios de la CCSS 23
5.2.2.Caracterización de la demanda insatisfecha en no usuaria de servicios de la CCSS 25
5.3. Comparación de la demanda insatisfecha: usuaria y no usuaria 28

5.4. Resultados del análisis del chi2 30
5.5. Resultados del análisis multivariado 30

6. CONCLUSIONES 32

7. BIBLIOGRAFÍA 35

Índice de cuadros

1. CCSS. Barreras de acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, desde la perspectiva externa, 2000……...41
2. CCSS. Barreras de acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, desde la perspectiva interna (usuarias),2000 ..…….41
3. CCSS. Variables del Índice de Barreras Organizacionales de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS ..……...42
4. CCSS. Variables que conforman el Índice de Barreras Socioculturales ..……...43
5. CCSS. Distribución de la población encuestada y de la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS según características sociodemográficas y económicas, 2000…….. 43
6. CCSS. Distribución de la población encuestada y de la demanda insatisfecha que ha sido recibido atención de PF en los servicios de la CCSS, 2000.……...44
7. CCSS. Distribución de la Demanda Insatisfecha que han usado MPF en el último año según razones del no uso de Método de Planificación Familiar, 2000…….....45
8. CCSS. Distribución de la demanda insatisfecha usuaria o no usuaria de los servicios de la CCSS, según características sociodemográficas y económicas, 2000……46
9. CCSS. Proporción de la población encuestada y de la demanda insatisfecha que han sido atendida de PF en la CCSS según barreras de accesibilidad, 2000……..47
10. CCSS. Distribución de la demanda insatisfecha que no han sido usuarias de los servicios de la CCSS según barreras de accesibilidad, 2000.....48
11. CCSS. Distribución del Índice de Barreras Organizacionales, 2000. 49
12. CCSS. Distribución del Índice de Barreras Socioculturales, 2000. 49
13. CCSS. Distribución del Índice de Accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, 2000. 49
14. CCSS. Asociación de la demanda insatisfecha que es atendida en los servicios de la CCSS con las características sociodemográficas y económicas, 2000.....49
15. CCSS. Asociación de la población según la existencia de demanda insatisfecha con las características sociodemográficas y económicas, 2000. 50
16. Costa Rica. Resultado del modelo de regresión logística de la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar, 2000.....51 51

Índice de gráficos

1. Selección de la población de interés para la medición de la demanda insatisfecha de los servicios de Planificación Familiar de la CCSS……...…….38
2. CCSS. Distribución de frecuencia simple del índice organizacional, 2000…….....39
3. CCSS. Distribución de frecuencia simple del índice sociocultural, 2000…….39
4. CCSS. Distribución de frecuencia simple del índice accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, 2000. .....…40
5. CCSS. Distribución Porcentual de las mujeres entrevistadas y aquellas con demanda insatisfecha según grupos de edad, 2000.....40

Demanda insatisfecha y el acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS. Costa Rica, 2000.

Resumen

Los cambios sufridos en el contexto programático del país después de 1992, como lo fueron: la finalización de la ayuda externa para las actividades de planificación familiar (con el cierre de la representación de USAID en 1995), y el inicio del proceso de Reforma del Sector Salud en 1995, (con el cambio de funciones del Ministerio de Salud que genera el traspaso de todos los servicios asistenciales que prestaba el Ministerio de Salud a la CCSS); hacen que dicha institución, se planteé la mejora en la calidad de sus servicios buscando hacerlos más eficientes y efectivos para lograr cubrir la mayor demanda en planificación familiar que ahora corresponde a sus usuarias y las provenientes del Ministerio de Salud, utilizando los mismos recursos y sin desmejorar la calidad de la atención que ya suministraba.

Además, el proceso de Reforma del Sector Salud, buscando mejorar la cobertura en planificación familiar fomenta un Modelo de Atención Integral en Salud. El cual pretende que las todas mujeres sean atendidas desde una perspectiva integral de salud.

Ante esta situación, la Sección de Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, realizó una encuesta a 12.760 mujeres en edad de 20-49 años en 82 Áreas de Salud de Costa Rica con el propósito de identificar las actuales barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS, basando principalmente en barreras organizacionales y socioculturales. De esta encuesta deriva el presente estudio, el cual pretende caracterizar la demanda insatisfecha y determinar cuales son las barreras de accesibilidad que presenta dicha población, con la finalidad de tomar las medidas necesarias para mejorar el acceso y la calidad los servicios, alcanzando una organización más eficiente.

Los resultados mostraron que la demanda insatisfecha, fue del 8% de las mujeres encuestadas. En el presente estudio se utiliza el término de demanda insatisfecha para referirse a las mujeres que no han podido acceder a la atención de Planificación familiar en los servicios de la CCSS.

Un hallazgo importante, consistió en la inexistencia de una atención integral en salud por parte de los proveedores de la atención en Planificación familiar en los diferentes servicios de la CCSS, generando gran cantidad de oportunidades perdidas e incrementando la demanda insatisfecha. Y además incumpliendo el Modelo de Atención Integral en Salud propuesto por la Reforma del Sector Salud como mecanismo para mejorar la cobertura y la accesibilidad a los servicios de salud.

La demanda insatisfecha usuaria de los diversos servicios de la CCSS, identificó como principales barreras de acceso a una atención de calidad (barreras de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en dichos servicios): a la falta de cupo, a los largos tiempos de espera, a la inexistencia de una atención integral en salud y a la falta de suministro de información sobre los diferentes métodos anticonceptivos por parte de los proveedores en las diversas consultas que suministran, acentuándose en métodos como: los naturales, el condón, la salpingectomía y la vasectomía.

Mientras que la demanda insatisfecha no usuaria de dichos servicios, identificó como principales barreras de acceso al servicio (barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS): el aseguramiento y la falta de conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Esta situación no debería de presentarse, ya que por Ley Constitucional y por la Ley de Universalización del Seguro Social, las mujeres tienen el derecho de asistir a consultar sobre Planificación familiar en los servicios de la CCSS, siempre y cuando realicen las gestiones respectivas de aseguramiento, y en caso de no poseer dinero, deberán solicitar el seguro por el Estado.

Las barreras de accesibilidad anteriormente citadas por las mujeres con demanda insatisfecha, son las mismas que presenta la población total encuestada (sin demdanda insatisfecha y con demanda insatisfecha), debido a esta situación, estas barreras no fueron predictoras para la demanda insatisfecha y no indica que las mismas no deban ser corregidas por los establecimientos de salud de las 82 áreas.

De la regresión logística se concluye que un tiempo de espera mayores a una hora genera un aumento de la demanda insatisfecha en comparación con tiempos de espera inferiores a una hora. Esto por cuanto los largos tiempos de espera hacen que aumente el número de mujeres que no han podido acceder a la atención en planificación en los servicios de la CCSS.

De lo anterior deriva que los gerentes de los establecimientos de salud de la CCSS que deseen mejorar la accesibilidad a la atención de Planificación Familiar y disminuir la demanda insatisfecha, deberán procurar tiempos de espera inferiores a una hora.

Finalmente, el presente estudio mostró que pese al Proceso de Reforma del Sector Salud, aún faltan por alcanzar logros en términos de cobertura, accesibilidad y equidad de la atención en Planificación familiar, y por ende, de la calidad de los servicios de la CCSS.

Demanda insatisfecha y el acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS. Costa Rica, 2000.

1. INTRODUCIÓN

La Encuesta de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000, muestra la existencia de un elevado porcentaje de embarazo no deseado (29%) y de embarazo no planeado (41%) en Costa Rica.[1] Todo esto, a pesar de una amplia cobertura de los servicios de salud (88.5%)[2].

También se observa, una alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (80% en las mujeres en unión). A su vez, es conocido que la mortalidad infantil y materna, y mucho de la morbilidad en mujeres atendidas en planificación familiar de los servicios de la CCSS, podrían ser prevenibles mediante acciones específicas como lo es el mejoramiento de la calidad de los servicios otorgados en Planificación familiar. El cual incluye la accesibilidad a dicha atención, y por ende a dichos servicios.

Además con la finalidad de analizar los logros obtenidos a raíz de la Reforma del Sector Salud con la Readecuación de un Modelo de Atención Integral (donde se rompe con la especialización de la atención: no existen servicios ni consultas específicas sino que se atienden a las mujeres de una manera integral), y de mejorar la cobertura y accesibilidad a la atención en Planificación familiar en los servicios de la CCSS, la Sección de Salud de la Mujer de la CCSS realiza una encuesta sobre la accesibilidad a la anticoncepción en sus servicios, con la intención de hacerlos más eficientes y de calidad. Y también procurando que dichos servicios respondan a las necesidades de la población costarricense, especialmente en cuanto a salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, dado que Costa Rica no cuenta con un estudio que describa cuál es la realidad actual en cuanto a la demanda insatisfecha en planificación familiar en los servicios de la CCSS y las barreas que dificultan la accesibilidad a dicha atención, y por ende a la

[1] Chen, M. et al. Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000. Universidad de Costa Rica. Cuadro No.1. Pág. 74.
[2] Gutiérrez, E. Indicadores del Desarrollo Sostenible de Costa Rica, 2002. Universidad de Costa Rica. Pág. 39.

anticoncepción, se decide realizar el presente estudio. El cual tiene como finalidad detectar las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS que enfrentan las mujeres con demanda insatisfecha, a fin de valorar la necesidad de realizar una redistribución de los esfuerzos y recursos para mejorar el acceso y la calidad de dichos servicios, alcanzando una organización más eficiente.

2. ANTECENDENTES

Es importante hacer una breve mención sobre la accesibilidad y calidad de los servicios de Planificación familiar, y del desarrollo de la seguridad social y de las Políticas y Programas de Planificación familiar en Costa Rica.

2.1. **Accesibilidad y Calidad de los servicios de Planificación familiar**

La accesibilidad a la atención en planificación familiar en un servicio de salud, estará dada en la medida en que las personas en edad reproductiva, interesadas en reducir las probabilidades de un embarazo, puedan acceder a un servicio oportuno y a una atención de calidad, incluyendo acceder a una amplia gama de métodos anticonceptivos acorde a sus necesidades específicas. Al respecto, Bertrand y otros plantean la siguiente definición de acceso:

"Es el grado en que los servicios de planificación familiar y suministros pueden ser obtenidos a un nivel de esfuerzo y costo aceptables para una gran mayoría de la población. Acceso en el sentido operativo se define en términos de presencia o ausencia de servicios de planificación familiar, de métodos anticonceptivos específicos o un paquete de servicios y métodos que satisfagan las necesidades y preferencias de la mayoría de la población objetivo".[3]

También, un programa de planificación familiar de calidad es aquel que responde a las necesidades de las usuarias y posee disponibilidad de recursos, una organización efectiva, una gerencia apropiada y una excelente prestación de los servicios. Por ende, la mejora de estos servicios se logra actuando en los diferentes niveles organizativos mencionados anteriormente.

[3] Bertrhand, J. et al. "Acces, Quality of Care and Medical Barries in Familiy Planning Programs". Internacional Family Planning Perspectives. Vol. 21. Número 2. June, 1995.

Los servicios de planificación familiar son de calidad cuando permiten su accesibilidad, y esto es importante debido a que representa el eje fundamental alrededor del cual gira la salud de toda la familia y de las futuras generaciones, permitiendo combatir muchos problemas de salud como lo son: los embarazos no deseados, el embarazo en adolescentes, la prematuridad y la mortalidad materna e infantil, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud refiere que los servicios de salud sexual y reproductiva (incluyendo planificación familiar) de buena calidad: "son aquellos servicios que son accesibles y donde existe una buena interacción entre el prestador de servicios y las usuarias"[4]

Por esta razón, esta organización en conjunto con otras, han puesto en marcha varias estrategias destinadas a mejorar la accesibilidad a la planificación familiar, mediante el análisis del funcionamiento de los servicios y de las usuarias, como aspectos claves para elevar la calidad de la atención en planificación familiar en los diversos servicios.

Es evidente que, cuanta mayor cantidad de esfuerzos se dediquen a mejorar la actitud de los prestadores del servicio hacia las usuarias; la demanda insatisfecha disminuirá y el resultado será una mejor atención en salud sexual y reproductiva.

También la Organización Mundial de la Salud ha llegado a la conclusión que numerosos aspectos relacionados con la calidad y accesibilidad de los servicios de planificación familiar se pueden mejorar ajustando sus objetivos, enfatizando la posibilidad de las usuarias de elegir los métodos más adecuados, y poniendo énfasis en el respeto hacia las usuarias y sus necesidades. En la actualidad se acepta que, más importante que la falta de recursos es la falta de compromiso y de valores,y las actitudes inadecuadas de los proveedores hacia las usuarias.[5]

Las barreras que determinan la accesibilidad a los servicios de planificación familiar representan obstáculos al uso adecuado de anticonceptivos y acrecientan la demanda insatisfecha. Es por esto que, una organización de calidad debe identificar las barreras

existentes al respecto y reducirlas, permitiendo la fácil y rápida accesibilidad a la atención en planificación familiar y disminuyendo la población con demanda insatisfecha.

Para evaluar la accesibilidad a los servicios de planificación familiar, se parte de cuatro tipos de barreras que determinan el acceso de las mujeres a dicha atención (OPS, 1995)[6]. Ellos son:

1.- Geográficos: se refiere a todos los aspectos relativos a la distribución territorial y física de los servicios con relación a la población y las vías de acceso a los mismos. En este factor se explora la densidad geográfica del servicio, las distancias geográficas, el tiempo requerido para llegar al servicio, la existencia de medios de transporte público y redes de transporte comunitario que facilitan el acceso a los servicios de salud.

2.- Económico: se refiere a la capacidad presupuestaria del establecimiento de salud de programar las consultas y contar con suministros suficientes para la demanda de métodos anticonceptivos y de protección sexual de la población. Por otro lado incluye, a la capacidad de la población de asumir los costos implicados en el acceso a los servicios, como sería el aseguramiento (tipo de seguro) o los costos de transporte.

3.- Socio-culturales: hace referencia a las condiciones sociales o culturales que pueden convertirse en una limitación para el acceso a los servicios. Entre estas condiciones está el lenguaje utilizado por proveedores y por la población, los valores de ambos y las practicas cotidianas de la población y de los servicios de salud de expresión de una cultura.

4.- Organizacional: se refiere a la forma como se administra y organizan los servicios de salud en cuanto a sus rutinas de atención. En ello se incluye los requisitos para el acceso a los servicios, los horarios de atención y la normativa (explícita o implícita), entre otras.

[6] OPS. Informe del Taller Regional sobre Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género. El Salvador, 1995.

2.2. **Desarrollo de la seguridad social y de las políticas y Programas de Planificación familiar en Costa Rica.**

Tradicionalmente Costa Rica ha sido un país que se ha caracterizado por poseer uno de los mejores índices de salud de Latinoamérica, gracias a la creación del seguro social en 1942 y a la creación de la CCSS en 1943, y finalmente a la Universalización del Seguro Social en 1961.

Costa Rica desde la creación de la seguridad social en 1942, ha tenido como principal objetivo la universalización de la atención en salud, permitiendo que todos los costarricenses cuenten con este derecho. Con dicha intención se crea en 1943 la CCSS. Institución encargada de suministrar la atención en salud a todos los costarricenses y que tiene como misión ampliar la cobertura y mejorar la atención brindada implementado mecanismos que permitan lograrlo, como lo son la creación de mecanismos que facilitan la accesibilidad a dichos servicios de salud.

Además, por mandato constitucional y de acuerdo a la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961, la CCSS se encuentra en la obligación de satisfacer las crecientes demandas de salud de la población costarricense, para lo cual debe: fortalecer la prestación de los servicios de salud mediante una atención integral en salud, mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, mejorar la capacidad de respuesta institucional otorgando un servicio más efectivo, desarrollar un programa intensivo de educación al usuario para fomentar el autocuidado de la salud y mejorar la utilización de los servicios.[7]

También, la Ley de Universalización del Seguro de Salud afirma que en caso de requerir atención las no aseguradas, éstas pueden utilizar los servicios públicos, aunque en la práctica para ello, deberán vencer barreras de tipo administrativo y económico que les limita el acceso a dichos servicios.

El proceso de Reforma del Sector Salud, buscando mejorar la accesibilidad a los servicios de la CCSS y dar una atención más eficaz, eficiente y humanizada, así como hacer frente a la creciente demanda de los servicios de salud a un costo que el país pueda sostener y fortalecer

[7] Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. Informe Final. República de Costa Rica, 1993. Pág.13-14.

los principios que sustentan la Seguridad Social (Equidad, Universalidad, Integralidad y Solidaridad), plasmados en la Constitución Política y en la Ley Constitutiva de la CCSS, desarrolla un Modelo de Atención Integral en Salud.

Este Modelo de Atención Integral en Salud ha permitido que Costa Rica en el año 2000, posea una amplia cobertura de los servicios y un uso de métodos de planificación familiar del 80% en las mujeres en unión, así como un 81.8% de aseguramiento, según los datos del Censo Nacional del 2000. Aunque también es cierto que aún existe un 29% de embarazos no deseados, un 41% de embarazos no planeados y un estancamiento de la tasa de mortalidad materna e infantil.

También es importante mencionar que el sistema de organización y administración de los servicios de la CCSS no ha logrado empatarse adecuadamente a los requerimientos de la creciente demanda ocasionando insatisfacción con los servicios que presta, debido principalmente a problemas de gestión (barreras organizacionales) como son: largos plazos de espera para las citas, falta de cupo, tiempos prolongados para la atención y obtención del medicamento, y problemas en la relación médico-paciente.[8]

2.3. **Integración de la atención en Planificación familiar en los servicios de salud en Costa Rica**

La CCSS buscando cumplir con su misión de mejorar la calidad de los servicios brindados y debido a que el éxito de los programas de planificación familiar se logra cuando éstos se integran a los servicios de salud sexual y reproductiva, redefinió en la reforma del sector salud, una atención integral en salud, donde las mujeres deberán ser atendidas de una manera integral y eliminando la especialización de la consulta. Esto implica que la atención en planificación familiar, deberá suministrarse en todas las consultas de atención médica de todos los establecimientos de la CCSS. Por lo tanto, las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS están conformadas por las barreras de acceso a los diferentes servicios que brinda dicha institución, más las barreras que impiden el acceso a una atención integral y de calidad en salud.

[8] Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. Informe Final. República de Costa Rica, 1993. Pág.3-4.

Además, una atención integral y de calidad en planificación familiar debe regirse bajo los derechos sexuales y reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desea, así como a la obtención de información adecuado sobre los métodos de planificación familiar, y de los medios para lograrlo. Y finalmente el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

2.4 Los derechos Sexuales y Reproductivos y el derecho a la Seguridad Social en Costa Rica

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos actualmente como parte fundamental de los procesos para mantener y mejorar la salud, ya que sin ellos resulta imposible desarrollar el autocuidado, y la posibilidad de experimentar la sexualidad y la intimidad libre de interferencias, de acuerdo con los sentimientos y necesidades individuales. Al mismo tiempo, éstos influyen sobre la salud y la calidad de vida, particularmente de las mujeres. De allí la importancia de que las mujeres puedan ejercer dichos derechos libremente, para lo cual los prestadores de los servicios de salud sexual y reproductiva deben velar para que no existan barreras que impidan a las mujeres el poder ejercerlos, y mucho menos que sean los mismos servicios quienes impongan barreras (de tipo organizacional) para su logro.

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos que poseen los costarricenses se encuentran los siguientes: derecho a la información, derecho al acceso, derecho a la elección, derecho al uso de métodos anticonceptivos seguros, derecho a la privacidad, derecho a la confidencialidad, derecho a dignidad, derecho a estar cómodas, derecho a la continuidad, derecho de opinión, y a manifestarse de manera clara y concreta en su relación con el prestador del servicio. Los cuales son indispensables para el éxito a largo plazo de los programas de planificación de la familia.

En consecuencia, los objetivos gubernamentales en relación a la planificación familiar deben definirse en función de los derechos anteriormente citados, de las necesidades insatisfechas de su población y del mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de Planificación Familiar suministrados por la CCSS. Los cuales pretenden garantizar que las mujeres cuenten

con accesibilidad a la planificación familiar, evitando exponerlas a graves riesgos para su salud y la de sus hijos.

Los servicios de planificación familiar, deben cumplir no solamente con los derechos sexuales y reproductivos sino con el derecho de universalización de la atención en salud a todos los ciudadanos costarricenses. Los cuales se contemplan en la constitución política, en su artículo 177, el cual dice: "que para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución...", indicando que el Estado cubrirá con los gastos de los costarricenses que no puedan pagar por su seguro social y otorgándoles el aseguramiento por el Estado.

Con esta finalidad, la Ley de Universalidad del Seguro Social en su Artículo 1º, dice: "De conformidad con lo que ordena el artículo Nº 177 de la Constitución Política, el Seguro de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción de su Reglamento y las leyes que específicamente dictare en el futuro la Junta Directiva", y el Artículo 3º. De la Subsidiariedad estatal dice: **"**Según lo dispuesto en el artículo No.177 de la Constitución Política, el Estado es responsable subsidiario en la atención integral de la salud".

Además la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 22 de octubre de 1943 en su articulo 22 dice: "... los ingresos del Seguro Social que correspondan a los trabajadores independientes o no asalariados se obtendrán mediante el sistema de cuotas establecido en el artículo 3 de esta ley, el cual indica: "...La Junta Directiva queda autorizada para tomar las medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los indigentes, en los riesgos y accidentes profesionales, y en la campaña de medicina preventiva."

Con esas disposiciones, la ley constitutiva de la CCSS y la Ley de Universalidad del Seguro de Salud, promueven la universalización del derecho a la salud mediante el aseguramiento de todos los ciudadanos costarricenses, siempre y cuando estos cumplan con los artículos 74 y 75 del Reglamento de Seguro de Salud de la CCSS que establece los requisitos y documentos necesarios que deben poseer todo costarricense para recibir atención médica en los servicios de la CCSS.

2.5. Estudio de la demanda insatisfecha y la accesibilidad a la atención de Planificación en los servicios de la CCSS

En Costa Rica, los estudios sobre la demanda insatisfecha no han abarcado la presencia de dicha demanda circunscrita al ámbito de la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS y su relación con las barreras de accesibilidad a los mismos.

Además la mayoría de los estudios que se han realizado sobre accesibilidad a los servicios de salud se centran en la accesibilidad de acuerdo a barreras solamente físicas como lo son los tiempos de espera y de traslado. Por ejemplo, en la encuesta de salud reproductiva y migración nicaragüense de Costa Rica 1999-2000, se obtuvo que el tiempo de traslado al establecimiento de salud público de sólo 20 minutos, lo que es poco, debido a la distribución de los EBAIS en el país.

En relación al tiempo de espera de la consulta pública, éste fue de aproximadamente 120 minutos, lo que resulta alto en comparación con la atención privada, donde se obtuvo un promedio de 60 minutos, y que por tanto viene a representar una barrera de accesibilidad a los diversos servicios otorgados por la CCSS. No obstante, nunca se han estudiado ampliamente otros tipos de barreras de accesibilidad que presentan, específicamente, las mujeres con demanda insatisfecha en planificación familiar en los servicios de salud de la CCSS y que pueden estar incidiendo en el logro de recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS.

Por otra parte, recientemente la Sección de Salud de la Mujer de la CCSS, ha realizado un estudio sobre la accesibilidad a la anticoncepción en Costa Rica, donde encontró que la principal barrera de acceso a sus servicios fue el no aseguramiento y que las principales barreras de acceso a una atención de calidad fueron la inexistencia de una atención integral, la falta de cupo en la consulta y los prolongados tiempos de espera, principalmente.

Además, en cuanto a la accesibilidad a los servicios de planificación familiar en Costa Rica, el libro de Desigualdades de Salud en Costa Rica, 2003; refiere que: "la mayor cantidad de personas con extrema pobreza se sitúa en las zonas rurales pero que el mayor porcentaje de

desempleo y empleo informal en personas pobres se da en la R. Central, mientras que en las regiones más alejadas como la R. Chorotega y la R .Brunca el desempleo de la población pobre es menor". Hecho que puede estar relacionado con un menor porcentaje de aseguramiento en las zonas céntricas del país, ya que muchas de las personas que poseen empleo informal no poseen dinero para asegurarse y les es más difícil obtener un seguro por el estado que aquellas personas en extrema pobreza de las regiones alejadas. Esto puede originar un acceso difícil a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS para las mujeres procedentes de las zonas céntricas del país.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Realizar un diagnóstico sobre la demanda insatisfecha y las barreras actuales de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS que presenta dicha población.

3.2. Objetivos específicos:

- Definir un concepto de demanda insatisfecha circunscrito al logro de recibir atención en planificación familiar exclusivamente en los servicios de la CCSS.

- Determinar la demanda insatisfecha de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social en Planificación familiar, en 82 áreas de salud de Costa Rica.

- Caracterizar la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación familiar, en 82 áreas de salud de Costa Rica.

- Caracterizar las usuarias y no usuarias con demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación familiar, en 82 áreas de salud de Costa Rica.

- Identificar las barreras actuales de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS que tiene la demanda insatisfecha, en 82 áreas de salud de Costa Rica.

- Identificar si existe relación entre la demanda insatisfecha y las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS, en 82 áreas de salud de Costa Rica.

- Identificar algunos factores que contribuyen a la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en planificación familiar, en 82 áreas de salud de Costa Rica.

4. METODOLOGIA

El presente estudio es una investigación descriptiva, explicativa y transversal. Es descriptiva porque se hará la caracterización de la demanda insatisfecha a partir de las frecuencias y tabulaciones cruzadas sin la prueba de hipótesis. Es explicativa porque pretende explicar si la demanda insatisfecha se encuentra relacionada con la existencia de barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS. Es transversal porque la recolección de los datos se hizo en un período determinado en el tiempo, según la definición de Babbie-1999.

4.1. CONCEPTOS BÁSICOS

4.1.1. Demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación familiar

La definición de demanda insatisfecha de planificación familiar mayormente empleada corresponde a la definición utilizada en las encuestas de salud (DHS), basada en la definición de Westoff y Bankole, 1995, la cual corresponde a: mujeres unidas (casadas y en unión consensual) que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero que no están usando un método de planificación familiar.

Sin embargo, en el presente estudio se consideró como demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar a:

"mujeres de 20-49 años de edad, que no han podido acceder a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS" (Utilicen o no Método de Planificación Familiar)

La definición anterior es importante para la CCSS porque permite identificar y caracterizar a las mujeres en edad reproductiva que no han podido acceder a la atención en Planificación Familiar en sus servicios, sin importar su estado civil ni el uso de método de planificación familiar, así como conocer las barreras de accesibilidad que le han impedido lograd o.

En el anexo No.1 se muestra el diagrama de selección de la población con demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar, según la definición anteriormente citada.

4.1.2. **Accesibilidad a la atención en Planificación Familiar**

La accesibilidad a atención en planificación familiar en un servicio de salud, estará dada en la medida en que las personas en edad reproductiva, interesadas en reducir las probabilidades de un embarazo, puedan acceder a un servicio oportuno y a una atención de calidad, incluyendo a amplia gama de métodos anticonceptivos acorde a sus necesidades específicas.

4.4. **Operacionalización del marco conceptual**

Para realizar la caracterización de las mujeres con demanda insatisfecha se usaron las variables: edad, estado civil, escolaridad, región de procedencia, aseguramiento y el uso de método de planificación familiar mediante la pregunta "ha utilizado método de planificación familiar en el último año", sin embargo se desconoce si actualmente se encuentra usando algún método de planificación familiar.

Seguidamente se procedió a clasificar las mujeres con demanda insatisfecha en usuarias y no usuarias de los servicios de salud de la CCSS, mediante la pregunta: "Ha sido atendida en los servicios del Área de Salud de la CCSS durante el último año", con la finalidad de caracterizar

tanto a la población con demanda insatisfecha que se encuentra fuera de dichos servicios (no usuaria) e identificar sus barreras de acceso (que son barreras al servicio), como a la población con demanda insatisfecha que es encuentra dentro del servicio (usuaria) y que no puede acceder a la atención en planificación familiar por barreras de acceso a una atención integral y de calidad en salud.

Las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar, son de cuatro tipos:

1.- Geográficos: el tiempo de traslado para llegar al servicio y la existencia de transporte público.

2.- Económico: el aseguramiento (tipo de seguro) y el costo de transporte.

3.- Socio-culturales: el lenguaje utilizado por proveedores y ha oído hablar sobre los diferentes métodos de planificación familiar.

4.- Organizacional: los horarios de atención, área adecuada, tiempo de espera, adecuada información sobre los métodos anticonceptivos en la consulta, respeto del proveedor por el método anticonceptivo que la mujer eligió para planificar, etc.

Las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS están formadas por:

las barreras de acceso al servicio, las cuales fueron analizadas en la demanda insatisfecha no usuaria del servicio y se obtuvieron mediante las respuestas a la pregunta: “Por qué razón no ha utilizado los servicios del área de salud de la CCSS”.(ver cuadro No.1)

las barreras de acceso a una atención de calidad, las cuales fueron analizadas en la demanda insatisfecha usuaria del servicio y se obtuvieron mediante las respuestas a las variables que se muestran en el cuadro No.2.

Posteriormente según el marco teórico sobre los tipos de barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar se procedió a crear el índice de barreras organizacionales y barreras socioculturales mediante la agrupación de las diversas barreras, para evaluar la relación de dichos índices con la demanda insatisfecha (variable de interés).

4.2. **Fuente de datos**

Para el presente estudio se utilizó la encuesta de accesibilidad a los servicios de la CCSS del año 2000, realizada por la Sección de Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS. La cual fue aplicada a 1.008 hombres y 12.760 mujeres de 20-49 años de edad por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) mediante visitas al hogar según una selección sistemática de viviendas, en 82 áreas de salud.

Para la obtención de dicha muestra sistemática de viviendas, la CCSS trabajó con: "con un nivel de confianza del 90% y un error de muestreo en las estimaciones de 0.06, mediante la fórmula de cálculo:

$$n = \frac{t^2 \times p \times q}{e^2}$$

donde t = 1.645 valor de una variable normal para un nivel de confianza del 90%
p x q = 0.5x0.5 varianza máxima supuesta para una variable de distribución binomial.
e = 0.06 como el error de muestreo permisible en las estimaciones.

Y utilizó el factor de corrección por finitud para el ajuste del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

con un criterio de factor de No respuesta de un 6%, para que la muestra contemple los rechazos posibles a la entrevista situaciones imprevistas que anulen la entrevista.

La finalidad de la encuesta realizada por la Sección de Salud de la Mujer consistió en obtener un claro acercamiento al problema de la accesibilidad a la anticoncepción y a la calidad de los servicios de planificación familiar proporcionados por la CCSS, ya que esta institución es el principal proveedor de los servicios de planificación familiar en Costa Rica.

4.3. **Selección de la población de interés**

Para el presente estudio, primeramente se procedió a eliminar al grupo de 2.706 mujeres esterilizadas de un total de 12.760 mujeres encuestadas, esto debido a que la esterilización es un método anticonceptivo permanente que no requiere atención médica.

Seguidamente, se procedió a seleccionar las mujeres que presentaban demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en planificación familiar, mediante la pregunta: "desea recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS". De esta selección se obtuvo que 836 mujeres no han logrado acceder a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS y por tanto desean recibir dicha atención en la CCSS, es decir, esta representa la demanda insatisfecha, y corresponde al 8% de la población total encuestada.

4.5. **Generación de índices**

Inicialmente, se procedió a generar dos índices; uno para las barreras organizacionales y otro para las barreras socioculturales.

El primer índice corresponde a las barreras organizacionales que se pueden presentar para acceder a atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, por lo que se denominó *barreras organizacionales.* La creación de este índice se realizó mediante la sumatoria de 20 variables de las 28 variables iniciales que identificaban diferentes tipos de barreras organizacionales según marco conceptual (ver cuadro No.3), debido a que poseían gran cantidad de no respuesta y ocasionaba problemas en la relación del índice con la variable de interés. Dicho índice obtuvo una distribución del puntaje que iba de 0 a 20 puntos.

Seguidamente valorando la gráfica de la distribución del índice creado (ver gráfica No.1) y mediante una norma de criterios, se procedió a recodificar dicho índice de la siguiente manera: cuando el índice obtuvo un puntaje de 0-4, representó un establecimiento con *pocas o ninguna* barrera organizacional, cuando el índice obtuvo un puntaje de 5-10 puntos se dice que el establecimiento presentaba *moderada* cantidad de barreras organizacionales, y cuando se

obtuvo un puntaje de 11-20 puntos se dice que el establecimiento poseía *demasiadas* barreras organizacionales. Luego se obtuvo la estadística descriptiva del índice.

Posteriormente se procedió a crear el segundo índice: *barreras socioculturales*. La creación de este índice se realizó mediante la sumatoria de 7 de las 10 variables iniciales que identifican diferentes tipos de barreras socioculturales según marco conceptual (ver cuadro No.4), debido a que dicha variables poseían gran cantidad de no respuesta y ocasionaban problemas en la relación con la variable de interés. Dicho índice obtuvo una distribución del puntaje que iba de 0 a 7.

Luego mediante la valoración gráfica de la distribución simple de dicho índice (ver gráfica No 2) y también mediante una norma de criterios, se procedió a recodificarlo de la siguiente manera: cuando el índice obtuvo un puntaje de 0-1, representó la existencia de *pocas o ninguna* barreras sociocultural, cuando el índice obtuvo un puntaje de 2-4 puntos, representó la existencia de *moderada* cantidad de barreras socioculturales, y cuando se obtuvo un puntaje de 5-7 puntos se dijo existía *demasiada* cantidad de barreras socioculturales que limitaban la accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS. De seguida, se obtuvo la estadística descriptiva de dicho índice.

Finalmente se procedió a crear un índice que indicara como era catalogada la accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS por la demanda insatisfecha. Para lo cual se creo el índice de *accesibilidad a la atención en planificación familiar*, mediante la sumatoria del índice de barreras organizacionales y el de barreras socioculturales, donde cada uno de los índices tuvo igual peso o ponderación, es decir, 50% cada uno.

Este índice alcanzó un puntaje que iba de 0 a 13.5 puntos. Luego mediante la valoración gráfica del comportamiento del índice (ver gráfico No 3) y un criterio de normas, se procedió a recodificarlo de la siguiente manera: cuando el índice obtuvo un puntaje de 0-4, representó la existencia de *fácil acceso* a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS y cuando el índice obtuvo un puntaje de 5-11.5 puntos, representó a un establecimiento con *difícil acceso,* obteniéndose su estadística descriptiva.

4.6. **Técnicas para el análisis de datos**

El análisis de los datos sobre la demanda insatisfecha y las características relacionadas se realizó mediante tres tipos de análisis: univariado, bivariado y multivariado. Estos datos se procesaron con el paquete estadístico Stata (versión 8).

El análisis univariado se utiliza para realizar la caracterización de la demanda insatisfecha y la comparación de la demanda insatisfecha usuaria y no usuaria de los servicios de la CCSS. Mediante las variables: edad, estado civil, escolaridad, región de procedencia, aseguramiento y el uso de método de planificación familiar mediante la pregunta "ha utilizado método de planificación familiar en el último año".

También se utilizó el análisis univariado para la identificación de las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar de los servicios de la CCSS y los respectivos índices creados a partir de éstas.

Luego, se realizó un análisis bivariado mediante la aplicación de la prueba de asociación de Chi2, para determinar la asociación de las mujeres con demanda insatisfecha con las características sociodemográficas, económicas y posteriormente, con los índices de barreras organizacionales y socioculturales que identificó dicha población para acceder a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS.

Asimismo se realizó un análisis bivariado de la demanda insatisfecha usuaria y no usuaria de los diversos servicios de la CCSS, con las características anteriormente citadas.

El análisis multivariado, se realizó mediante un modelo de regresión logística multivariable (donde la variable dependiente fue la demanda insatisfecha de Planificación Familiar), con todas las variables anteriormente citadas. Dicho análisis se hizo con base en los resultados de la razón de riesgo de aumentar o disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de Planificación Familiar de la CCSS (Odds Ratio), de las variables significativas al 5% (P>/z/=0.05).

4.7. Limitaciones del estudio

Las limitaciones pueden ser clasificadas en tres aspectos:

1. Aspectos metodológicos:

- La encuesta fue aplicada a mujeres de 20- 49 años y se excluyeron a las mujeres de 15-19 años debido a que la Sección de Salud de Mujer de la CCSS no contempla a las mujeres de este grupo de edad. Es por esto que la encuesta deja descubiertas a las mujeres de 18-19 años. Es importante mencionar que aunque este grupo no es incluido en el programa de salud sexual, el peso que tienen estas mujeres es muy importante pues, una quinta parte de los nacimientos del país provienen de una madre menor de 20 años.

2. Aspectos del cuestionario:

- La edad se encontraba agrupada en lugar de ser simple y por ende no se puede realizar una caracterización específica de la demanda insatisfecha por edad simple o por grupo de interés.

3. Aspectos para la presente investigación:

- El no poder intervenir en la metodología de la encuesta, ya que la misma se encontraba realizada y ejecutada, lo que no permitió realizar las preguntas de diferente manera como: edad simple sin agrupar, preguntar por el uso de método de planificación familiar que usa actualmente, si esta usando el método que desea, si lo recibe de la CCSS, si labora y su compañero se encuentra de acuerdo con la planificación familiar.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Características de las mujeres encuestadas

De las 12.760 mujeres entrevistadas de 20-49 años, el 79% han sido atendidas en los servicios de la CCSS en el último año y el 82% son aseguradas. En cuanto al nivel de educación de las

mujeres encuestadas, el 37% posee nivel de primaria completa, el 22% secundaria incompleta, y solamente un 2% no tiene educación.(ver cuadro No.5)

El estado civil de las mujeres entrevistadas presenta la siguiente distribución: el 12% son solteras, el 56% casadas y el 23% viven en unión libre.

La localización de las mujeres entrevistadas por regiones fue principalmente en R. Central Sur (26%), en la R. Central Norte (23%) y en la R. Chorotega (15%).(ver cuadro No.5)

En cuanto al uso de Método de Planificación Familiar, el 76% han utilizado método de planificación en el último año, incluyendo un 21% de mujeres que se encuentran esterilizadas. (ver cuadro No.5) Estos datos concuerdan con los obtenidos en la Encuesta de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000, donde se presentó un 80% de uso de Método de Planificación Familiar y un 21% de esterilización.

En el presente estudio para la medición de la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar, se excluyó a 2.709 mujeres esterilizadas, debido a que la esterilización es un método anticonceptivo permanente que no requiere atención médica. De las 10.051 mujeres restantes, el 8% representa la población con demanda insatisfecha en Planificación Familiar, ya que éstas dijeron estar interesadas en recibir atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS debido a que no han logrado acceder a dicha atención. Esta definición no toma en cuenta el estado civil ni el uso de anticonceptivos.

5.2. Caracterización de la demanda insatisfecha

En su estudio Westoff, Charles 1998, refiere que la demanda insatisfecha se observa principalmente en las mujeres jóvenes, menos instruidas y más pobres. Similar situación se presenta en Costa Rica en donde las mujeres que presentan demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar, son principalmente, las mujeres de 20-29 años, seguido por el grupo de edad de 30-34 años. Este hecho puede estar relacionado con que las mujeres jóvenes son las que representan mayor fecundidad y por ende poseen mayor riesgo de sufrir embarazos no planeados o no deseados, mientras que de las mujeres maduras poseen

menor fecundidad y muchas se encuentran esterilizadas, gracias al decreto promulgado en 1999, que autorizaba la esterilización a toda mujer que lo desee.(ver cuadro No.5 y Gráfico No.4)

En cuanto al estado civil de las mujeres con demanda insatisfecha, la mayoría, un 79% poseen compañero, seguido por el grupo de mujeres solteras, con un 15%. Sin embargo la demanda insatisfecha presenta mayor porcentaje de mujeres solteras que la población sin demanda insatisfecha. Lo que puede estar relacionado con que cada vez más mujeres solteras desean recibir atención en planificación familiar en la CCSS para obtener los métodos anticonceptivos y que por su condición les es más difícil acceder a dicha atención. (ver cuadro No.5)

La escolaridad de las mujeres con demanda insatisfecha, presenta la siguiente distribución: el 36% posee primaria completa, seguido por un 23% con secundaria incompleta, y un 19% con primaria incompleta o menos y el mismo porcentaje para aquellas mujeres que tienen secundaria completa o más. Por tanto, la demanda insatisfecha (mujeres que no han podido acceder a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS) posee mayoritariamente un nivel educativo bajo. (ver cuadro No.5)

Del total de las mujeres con demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS, se obtuvo un porcentaje de no aseguramiento del 18%.(ver cuadro No.5) Este porcentaje es mayor que el porcentaje a nivel nacional en el año 2000, el cual se sitúa en un 12.5%, descrito en el libro "Indicadores del Desarrollo Sostenible de Costa Rica, 2002". Todo lo anterior indica que existen más mujeres no aseguradas en la población con demanda insatisfecha que a nivel nacional, lo que muestra que el no aseguramiento es una de las barreras para acceder a los servicios de la CCSS, y por ende a la atención en Planificación Familiar.

También se obtuvo que de las 836 mujeres con demanda insatisfecha, el 81% eran usuarias de los diferentes servicios de la CCSS en el último año y también, el 81% eran aseguradas. Mostrando que, aún cuando la mayoría de las mujeres con demanda insatisfecha eran aseguradas y usuarias de los diversos servicios de la CCSS, éstas no habían podido acceder a la atención en planificación familiar en las diversas consultas de la CCSS.(ver cuadro No.5)

Lo anterior se confirma con el acontecimiento de que solamente el 45% de la demanda insatisfecha usuaria de los diversos servicios de la CCSS, había recibido atención en planificación familiar en dichas consultas; aún cuando éstas lo querían.(ver cuadro No.6)

Estos datos muestran que pese a la existencia de los artículos No.74 y 75 de la Ley de Universalidad del Seguro Social y de la Ley Constitutiva de la CCSS, los cuales declaran la integralidad de la atención en salud en Costa Rica y estipulan que en toda consulta se debe interrogar sobre la necesidad de planificación familiar; dicha disposición no se cumple.

Además, el porcentaje del 45% indicado anteriormente de mujeres que ha recibido atención en planificación familiar en el último año, es mucho menor que el de la población total encuestada donde el porcentaje de mujeres usuarias de los servicios de CCSS que han recibido atención en planificación familiar en el último año, es del 61%; aún cuando ambos grupos presentan igual porcentaje de aseguramiento.(ver cuadro No.6)

Todos los datos anteriores reafirman que la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en planificación familiar, se debe a la inexistencia de una consulta médica integral, mostrando que esta representa una de las barreras de accesibilidad a la atención de planificación familiar en dichos servicios.

Por otra parte, se obtuvo que del 18% de demanda insatisfecha no asegurada, solamente un 3% había recibido atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS en el último año. Hecho que no debería presentarse, debido a que, por mandato constitucional y por la Ley de Universalidad del Seguro Social; las mujeres poseen el derecho de recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS, si lo desean. Lo anterior siempre y cuando, realicen los respectivos trámites de aseguramiento por el Estado, en caso de no poseer dinero para pagar por su seguro social.

Además, posiblemente, si las mujeres con demanda insatisfecha no aseguradas que no poseen dinero para adquirir su seguro, conocieran los derechos anteriormente citados, los ejercerían y buscarían el aseguramiento respectivo (puede ser por el estado), y asistirían a la consulta de planificación familiar.

De las 836 mujeres que poseen demanda insatisfecha en atención de planificación familiar en los servicios de la CCSS, solamente el 39% han usado método de planificación familiar en el último año.(ver cuadro No.5)

Las mujeres con demanda insatisfecha que no habían utilizado método anticonceptivo en el último año, corresponde al 61% y se debe, principalmente, a que no poseen suficiente información sobre los métodos de planificación familiar y sobre cómo conseguirlos (12%), seguido por el grupo de mujeres que refieren no poseer vida sexual activa (12%). (ver cuadro No.7)

En cuanto a la ubicación de la población con demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en planificación familiar, ésta presenta similar comportamiento que la población total encuestada, ubicándose principalmente en las regiones centrales del país como: la Región Central Sur con un 30% y la Región Central Norte con un 28%. (ver cuadro No.5)

Igualmente se observa un porcentaje importante de demanda insatisfecha en la R. Chorotega, con un 14%, y en las Clínicas Metropolitanas con un 10%. También se observó un leve aumento en las regiones céntricas y una leve disminución en las regiones más alejadas en comparación con la población total encuestada. Lo anterior muestra que las mujeres con demanda insatisfecha se ubican en mayor porcentaje en las regiones más céntricas o urbanas, mientras que en las regiones más alejadas del país, el porcentaje de mujeres que no han podido acceder a la atención en planificación familiar en la CCSS es menor que la población total encuestada. Según el marco teórico, esta situación puede estar relacionada con el hecho de que si bien es cierto en las regiones rurales es donde se encuentra el mayor porcentaje de personas en extrema pobreza; es en las regiones céntricas donde se presenta la mayor cantidad de empleo informal (las mujeres laboran por cuenta propia como empleadas domésticas, vendedoras, etc), y por ende no poseen seguro social y además les es más difícil adquirir un seguro por el Estado, impidiéndole asistir a planificación familiar en los servicios de la CCSS y viéndose forzadas a obtener los métodos anticonceptivos comprándolos en las farmacias.

Por el contrario en las regiones más alejadas del país se presenta un menor porcentaje de demanda insatisfecha, debido a que si bien es cierto que en estas regiones vive la mayor

cantidad de hogares en extrema pobreza, les es más fácil obtener el seguro por el estado y también puede estar relacionado con que regiones poseen el mayor porcentaje de labores en agricultura, la cual, en la actualidad posee aseguramiento. Esto le permite a dicha población acceder a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS para adquirir los métodos anticonceptivos.

A continuación se analizará la demanda insatisfecha por los servicios de la CCSS en Planificación Familiar desde dos perspectivas: "las usuarias" que corresponde a aquellas mujeres que indicaron haber sido atendidas en los servicios de la CCSS en el último año, y "las no usuarias", las cuales corresponden a aquellas mujeres que indicaron no haber sido atendidas en el último año. Adicionalmente, también se analizarán en estos dos grupos usuarias y no usuarias de los servicios de la CCSS), las barreras existentes en la actualidad para acceder a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS.

5.2.1. **Caracterización de la demanda insatisfecha en usuarias de los servicios de la CCSS**

La población con demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en planificación familiar que es usuaria de dichos servicios, corresponde al 81% de la demanda insatisfecha total. (ver cuadro No.5)

Esta población con demanda insatisfecha presenta el mayor porcentaje en el grupo de mujeres de 20-29 años de edad (50%), seguido por el grupo de 30-34 años de edad (22%). (ver cuadro No.8)

En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres con demanda insatisfecha usuarias de los servicios de la CCSS, poseen compañero y está seguido por el grupo de mujeres solteras. (ver cuadro No.8)

El 39% de la población con demanda insatisfecha usuaria de los servicios de la CCSS, posee primaria completa, seguido por el grupo que posee secundaria incompleta (23%). (ver cuadro No.8)

Referido al aseguramiento, se obtuvo que el 85% de la demanda insatisfecha usuaria de los servicios de la CCSS, se encontraba asegurado. (ver cuadro No.8)

La distribución geográfica de la demanda insatisfecha usuaria de los diversos servicios de la CCSS, presenta los mayores porcentajes en la R. Central Norte y la R. Central Sur, las cuales son zonas céntricas.

La demanda insatisfecha usuaria de los diversos servicios de la CCSS reportaron como principales barreras de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en dichos servicios: el rechazo por cupo lleno (38%) y los largos tiempos de espera (30%). Sin embargo, otras barreras también mostraron ser relevantes en cuanto a la accesibilidad a la atención de Planificación Familiar en los servicios de la CCSS como se muestra en el cuadro No.9.

Estas barreras detectadas por la demanda insatisfecha usuaria de los diversos servicios de la CCSS se ubican dentro de las barreras organizacionales y muestran que dicha demanda insatisfecha está relacionada con barreras netamente organizacionales, las cuales deben ser eliminadas con la finalidad de disminuir la demanda insatisfecha y de lograr una atención de calidad.

Además, el hecho de que una mujer que desea recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS sea rechazada por falta de cupo, es una situación en contra de la Constitución Política, de la ley Constitutiva de la CCSS, de la Ley de Universalización del Seguro Social y de los derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, el hecho de que un 30% de las mujeres con demanda insatisfecha opinara que los largos tiempos de espera eran la segunda barrera que le impedía acceder a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, indica que los gerentes de las áreas de salud de la CCSS deben tomar medidas destinadas a eliminar dichas barreras organizacionales y cumplir así, con el propósito constitutivo de la CCSS de otorgar servicios de calidad con una atención integral a toda la población costarricense. (ver cuadro No.9)

Otra barrera organizacional consistió en que solamente a un 60% de las mujeres con demanda insatisfecha que han sido usuarias de planificación familiar en la CCSS en el ultimo año, les habían hablado sobre los diferentes Métodos de Planificación Familiar en la consulta, aún cuando los proveedores poseen la obligación de cumplir con la integralidad de la atención, preguntando en todas las diferentes consultas sobre las necesidades en Planificación Familiar que presentan las mujeres e informándoles sobre los diversos Métodos anticonceptivos.(ver cuadro No.9)

Aunado a lo anterior se obtuvo que solamente al 46% de las mujeres con demanda insatisfecha usuaria de los servicios de la CCSS, le habían hablado sobre la Salpingectomía en las consultas y solamente al 37% sobre la vasectomía. (ver cuadro No.9)

Esta falta de suministro de información por parte de los proveedores representa una barrera organizacional a la accesibilidad de la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS.

Los gerentes de la CCSS deben eliminarlas con la finalidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de sus servicios, y por ende disminuir la demanda insatisfecha de sus servicios.

Todas las barreras anteriormente citadas y detectadas por las mujeres con demanda insatisfecha reflejan barreras de accesibilidad netamente organizacionales, y por lo tanto reflejan problemas administrativos de los Centros de Salud. Los directores de las áreas, deben optimizar la accesibilidad a sus servicios mediante el logro de una atención integral por parte de sus subalternos, lo que permitiría mejorar la calidad de la atención en Planificación Familiar y de los además servicios suministrados.

5.2.2. **Caracterización de la demanda insatisfecha en no usuaria de los servicios de la CCSS**

Las mujeres con demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar que no ha sido usuaria de dichos servicios en el último año, corresponde al 19% del total de la demanda insatisfecha. (ver cuadro No.5)

En cuanto a la edad, la demanda insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS, presenta el mayor porcentaje en el grupo de mujeres de 20-29 años de edad (54%), seguido por el grupo de 35-39 años de edad (22%). Esta situación se encuentra relacionada con que las mujeres de 20-29 años desean recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS para obtener métodos anticonceptivos para espaciar los hijos, mientras que las mujeres de 35-39 años desean obtener métodos anticonceptivos permanentes como la esterilización pero que debido al bajo porcentaje de aseguramiento de esta población, éstas no han podido acceder a la atención en planificación familiar. (ver cuadro No.8)

Referido al estado civil, el mayor porcentaje de la demanda insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS en el último año, posee compañero. Sin embargo, esta población con demanda insatisfecha posee mayor porcentaje de mujeres solteras y menor porcentaje de aseguramiento que la demanda insatisfecha usuaria de dichos servicios. (ver cuadro No.8)

En relación a la escolaridad, la demanda insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS en el ultimo año, presenta el mayor porcentaje: primaria completa (27%) y primaria incompleta o menos (26%). (ver cuadro No.8)

En el caso del aseguramiento, se obtuvo que el 51% de las mujeres no usuarias con demanda insatisfecha, se encontraban aseguradas. El dato anterior muestra que el aseguramiento es la principal barrera de acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, para la demanda insatisfecha no usuaria de dichos servicios. (ver cuadro No.8)

Referido al uso de Método de Planificación Familiar en la demanda insatisfecha no usuaria, solamente el 28% ha utilizado Método de Planificación Familiar en el último año. (ver cuadro No.8) Hecho que puede estar relacionado con la inaccesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS debido al alto porcentaje de no aseguramiento que posee dicho grupo.

La distribución geográfica de la demanda insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS, obtuvo el mayor porcentaje en las R. Central Sur (44%) y la R. Central Norte (20%), las cuales son regiones céntricas. (ver cuadro No.8)

Las barreras identificadas por la demanda insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS y que dificultan la accesibilidad a dichos servicios son: el *no ser asegurado* en primer lugar con un 37%, y en segundo lugar, porque *no los ha necesitado*, en un 32%, posiblemente debido a que este último porcentaje de la demanda insatisfecha corresponde a mujeres que poseen relativa solvencia económica o a mujeres que tienen relaciones sexuales esporádicas.(ver cuadro No.10)

Lo anterior indica claramente que la principal barrera de accesibilidad a los servicios de la CCSS detectada por la demanda insatisfecha no usuaria de dichos servicios, corresponde a una barrera netamente organizacional como lo es el no aseguramiento.

La falta de aseguramiento es una barrera organizacional ya que por ley todas las mujeres tienen derecho al seguro social y por ende a recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS, siempre y cuando realice los respectivos trámites de afiliación al seguro social contemplados en la ley de aseguramiento de la CCSS y que en caso de no poseer dinero para pagar su seguro, éstas debe acogerse al seguro por el estado.

Sin embargo, muchas veces, el mismo personal de salud desconoce que las mujeres cuentan con estos derechos y no les explican sobre dichos trámites, lo que lleva a que las mujeres crean que no pueden acceder a la atención en planificación familiar en la CCSS si no pagan por su seguro social, lo que no es cierto gracias al seguro por el Estado.

Finalmente, en cuanto a las estadísticas descriptivas del índice de *barreras organizacionales* se obtuvo que el 79% de las mujeres opinaron que sus establecimientos de salud presentaban poca o ninguna barrera organizacional. El 18% indicó que sus establecimientos poseían moderada cantidad de barreras organizacionales y solamente un 3% indicó que sus establecimientos poseían muchas barreras organizacionales. (ver cuadro No.11)

En el índice de barreras socioculturales se obtuvo que el 46% de las mujeres con demanda insatisfecha refirió que poseían escasas o ninguna barrera sociocultural que le impidiera acceder a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS. Un 44% dijo que tenían moderada cantidad de barreras socioculturales y solamente un 10% mostró tener gran cantidad de barreras socioculturales que le impedían acceder a la atención en planificación familiar en dichos servicios. (ver cuadro No.12)

Seguidamente, el índice de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS mostró que un 85% de las mujeres con demanda insatisfecha refirió que sus establecimientos de salud poseían fácil acceso y solamente un 15% indicó que poseían difícil acceso. (ver cuadro No.13)

5.3. **Comparación de la demanda insatisfecha: usuaria y no usuaria**

Tanto la población con demanda insatisfecha usuaria de los servicios de la CCSS como en la no usuaria, presentan el mayor porcentaje en el grupo de mujeres de 20-29 años. Sin embargo en la demanda insatisfecha no usuaria de dichos servicios se presentó un aumento de seis puntos porcentuales en comparación con la demanda insatisfecha.

El dato anterior puede estar relacionado con que en el grupo de mujeres con demanda insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS existe mayor cantidad de mujeres de 20-24 años de edad, las cuales desean recibir atención en planificación familiar en la CCSS para obtener métodos anticonceptivos, y de 30-34 años de edad, las cuales requieren obtener la esterilización pero que debido al alto porcentaje de no aseguramiento que posee este grupo no pueden accesar a dicha atención. (ver cuadro No.9)

En relación al estado civil, las mujeres que poseían compañero presentaron ser el grupo con mayor porcentaje, tanto en la demanda insatisfecha usuaria como en la no usuaria de los servicios de la CCSS.

Sin embargo se obtuvo que la demanda insatisfecha no usuaria posee ocho puntos porcentuales más de mujeres solteras que la demanda insatisfecha usuaria, es decir que la

demanda insatisfecha no usuaria posee mayor porcentaje de mujeres solteras. El dato anterior puede estar relacionado con que cada vez más mujeres solteras desean recibir atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS para adquirir método anticonceptivo, pero que debido a su condición les es más difícil acceder a dicha atención en la CCSS. (ver cuadro No.9)

En cuanto al nivel educativo, las mujeres con demanda insatisfecha usuarias de los servicios de la CCSS, poseen mayor nivel educativo que las mujeres con demanda insatisfecha no usuarias de dichos servicios. Este hecho muestra que la demanda insatisfecha no usuaria presenta menor nivel de escolaridad que la población usuaria.

Por otra parte, el porcentaje de mujeres con demanda insatisfecha usuaria de los servicios de la CCSS que se encuentra asegurada representa el 85%, mientras que dicho porcentaje en la demanda insatisfecha no usuaria es del 51%. Mostrando una diferencia de treinta y cuatro puntos porcentuales entre ambos. Esto, reafirma que el aseguramiento es la principal barrera de acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS identificada por la demanda insatisfecha no usuaria en dichos servicios.

Referido al uso de método de planificación familiar, se obtuvo que en la demanda insatisfecha usuaria de los servicios de la CCSS dicho porcentaje fue del 41%, mientras que en la demanda insatisfecha no usuaria, apenas alcanzó el 28%. (ver cuadro No.9)

El dato anterior muestra que la demanda insatisfecha no usuaria presenta menor porcentaje de uso de método anticonceptivo que la demanda insatisfecha usuaria, y que posiblemente esto se encuentra relacionado con el menor porcentaje de aseguramiento que posee este grupo, el cual muestra menor accesibilidad a la atención en Planificación Familiar por el no aseguramiento. (ver cuadro No.9)

En relación a la región de procedencia de la demanda insatisfecha, se ubicó que en las regiones más céntricas del país. Sin embargo, la demanda insatisfecha usuaria se concentra en la R. Central Norte debido a que presenta un aumento de diez puntos porcentuales en comparación con la no usuaria, mientras que ésta se concentra en la R. Central Sur, ya que presenta un aumento de dieciocho puntos porcentuales.

5.4. Resultados del análisis del chi2

Seguidamente se procedió a valorar la asociación existente entre la demanda insatisfecha usuaria o no usuaria de los servicios de la CCSS con las características sociodemográficas y económicas mediante la prueba estadística de chi2, obteniéndose que la escolaridad, el aseguramiento, el uso de Métodos de Planificación Familiar, la región de procedencia, el tiempo de viaje, el tiempo de espera y la escolaridad fueron significativas al 1%. Mientras que el estado civil fue significativa al 5% y la edad al 10%.(ver cuadro No.14)

También se analizó la asociación entre la población con demanda insatisfecha y las variables sociodemográficas y económicas, y las barreras socioculturales y organizacionales. Se obtuvo que la población con demanda insatisfecha se asocia altamente (al 1%) con la edad, la región, el uso de Métodos de Planificación Familiar, con recibir atención en Planificación Familiar y con el tiempo de espera, mientras que con el estado civil y el aseguramiento se asocia significativamente (al 5%). La demanda insatisfecha no se asocia con la escolaridad, con el ser atendida en los servicios de la CCSS ni con el tiempo de traslado al establecimiento de salud. (ver cuadro No.15)

En relación a las barreras de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, se obtuvo que la población con demanda insatisfecha se asocia significativamente tanto con el índice de *barreras organizacionales* como el de *barreras socioculturales* y con el índice de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS. (ver cuadro No.15)

5.5. Resultados del análisis multivariado

Dado que existen variables que presentaron asociación con la demanda insatisfecha, se procedió a realizar un análisis multivariado.

Los resultados que se exponen son las variables asociadas a la demanda insatisfecha de los servicios de salud suministrados por la CCSS en Planificación Familiar, incluyendo los índices de las barreras organizacionales y socioculturales que intervienen en la accesibilidad a la atención en dichos servicios.

En cuanto al tiempo de espera para consultar, la mujer que posee un tiempo de espera superior a una hora, aumenta el riesgo de poseer demanda insatisfecha en un 61%(cantidad de mujeres que no han podido acceder a la atención en PF en los servicios de la CCSS) en comparación con aquellas mujeres que poseen tiempo de espera inferior o igual a una hora. Es por esto que el tiempo de espera interviene como una barrera de accesibilidad a la atención en PF en los servicios de la CCSS (ver cuadro No.16)

En relación al índice de *barreras socioculturales* se obtuvo que por cada aumento de un punto en dicho índice, el riesgo de que una mujer presente demanda insatisfecha (no ha podido acceder a la atención en PF en los servicios de la CCSS) disminuye en un 16%. Esto debido a que las mujeres que poseen barreras socioculturales desearan en menor cantidad planificar y por lo tanto, acceder a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS. (ve cuadro No.16)

La mujer que es atendida en los diversos servicios de la CCSS, presenta una disminución del 77% en el riesgo de poseer demanda insatisfecha. Dicha condición facilita el acceder a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS.

La mujer que vive en la R. Cental Norte presenta siete y media veces más riesgo de poseer demanda insatisfecha y la que vive en la R. Central Sur, cinco veces más, en comparación con la mujer que vive en la R. Metropolitana. Igualmente la mujer que vive en la R. Chorotega presenta seis veces más riesgo de poseer demanda insatisfecha en comparación con una mujer que vive en la R. Metropolitana. Este hecho puede estar relacionado con la existencia barreras de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS en estas regiones.

Finalmente las variables edad, estado civil, nivel de escolaridad, aseguramiento, tiempo de traslado, índice de barreras organizacionales, vivir en la R. Brunca, en la H. Atlántica, en la H. Norte y en la Pacifico Central no fueron significativas para predecir la presencia de demanda insatisfecha en las mujeres.

6. CONCLUSIONES

- La falta de una atención integral en salud por parte de los proveedores de la atención en Planificación familiar en los servicios de la CCSS, representa una de las barreras de accesibilidad que identifica la demanda insatisfecha.

- Las mujeres con demanda insatisfecha usuaria de los diversos servicios de la CCSS en el ultimo año, está conformada mayoritariamente por mujeres jóvenes y con compañero, y éstas poseen mayor nivel educativo, mayor porcentaje de aseguramiento, mayor información y uso de Métodos de Planificación familiar que la demanda insatisfecha no usuaria. Situación que posiblemente está relacionada con una mejor condición laboral y nivel económico.

- Las mujeres con demanda insatisfecha no usuaria en los diversos servicios de la CCSS esta conformada mayoritariamente por mujeres jóvenes y con compañero, y solamente una tercera parte utilizó algún método de Planificación familiar en el último año. También posee mayor porcentaje de mujeres solteras y un menor porcentaje de aseguramiento que la demanda insatisfecha usuaria de dichos servicios.

- La demanda insatisfecha usuarias de los diversos servicios de la CCSS, identificó como principales barreras de accesibilidad a la atención en Planificación familiar en dichos servicios: la falta de cupo, los largos tiempos de espera, la inexistencia de una atención integral en salud y la falta de suministro de información sobre los diferentes métodos anticonceptivos por parte de los proveedores en las diversas consultas que suministran, acentuándose en métodos como: los naturales, el condón, la salpingectomía y la vasectomía.

- Las principales barreras identificadas por la demanda insatisfecha no usuaria de los diversos servicios de la CCSS en el último año, fueron: el aseguramiento y la falta de conocimiento sobre los diferentes métodos de planificación familiar. Situación que no debería de presentarse debido a que por Ley Constitucional y Ley de Universalización del Seguro Social, las mujeres tienen el derecho de asistir a consultar en Planificación familiar en los servicios de la CCSS siempre y cuando realicen las gestiones respectivas de aseguramiento, y en caso de no poseer dinero, deberán solicitar el seguro por el Estado.

- La demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación familiar (tanto usuaria como no usuaria de dichos servicios), se presenta en mayor cantidad en las regiones céntricas o urbanas. Este evento puede estar relacionado con la existencia en estas regiones de mayor empleo informal, que origina menor nivel de aseguramiento y por ende aumenta la población que no ha podido acceder a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS.

- El aseguramiento no fue una variable predictora de la demanda insatisfecha lo puede deberse al efecto confusor que generó la variable región, debido a la diferencia laboral y económica existente entre las regiones del país, pues las regiones céntricas poseen altos índices de empleo informal con el consecuente bajo porcentaje de aseguramiento. En función de lo anterior, el aseguramiento debe incrementarse en las regiones céntricas si se desea disminuir la demanda insatisfecha (disminuir la cantidad de mujeres que no han podido acceder a la atención en Planificación familiar en los servicios de la CCSS).

- De la regresión logística se concluye que un tiempo de espera para consultar superior a una hora genera un aumento en la demanda insatisfecha (mujeres que no han podido acceder a la atención en planificación familiar en la CCSS). Por esto, los gerentes que buscan mejorar la accesibilidad a la atención de Planificación Familiar en sus establecimientos, deben procurar tiempos de espera inferiores o iguales a una hora en sus establecimientos.

- Los proveedores de la atención de Planificación familiar en los servicios de la CCSS deben otorgar una atención médica integral para disminuir la demanda insatisfecha y mejorar la calidad de dichos servicios; y cumplir con los principios de la seguridad social y con la Ley de Universalización del Seguro Social de 1961. Por su parte, los gerentes deben velar porque dichos mandatos se cumplan.

- El índice de barreras organizacionales de accesibilidad a la atención en Planificación familiar no fue significativo para predecir la demanda insatisfecha, posiblemente debido a que tanto la población con demanda insatisfecha como la población sin demanda insatisfecha reportaron poseer las mismas barreras organizacionales.

- Debido a que las diversas barreras de accesibilidad a la atención de Planificación familiar en los servicios de la CCSS, son las mismas tanto para las mujeres con demanda insatisfecha como para las mujeres sin demanda insatisfecha, éstas deberán corregirse si se desea mejorar la calidad de dichos servicios.

- La CCSS como principal institución proveedora de la atención en planificación familiar en Costa Rica debe velar, porque la mayoría de las mujeres logren acceder a la atención en Planificación Familiar si lo desean.

- Finalmente, la CCSS ha realizado grandes avances en términos de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud, pero aún requiere de políticas y estrategias que permitan solventar el debilitamiento de los programas preventivos durante su transferencia del Ministerio de Salud a la CCSS y eliminar el enfoque netamente curativo e individual de la atención, así como extender el seguro social a todas las mujeres costarricenses para que puedan acceder una atención integral y de calidad en planificación familiar en sus servicios.

7. BIBLIOGRAFÍA

Babbie, E. Fundamentos de la investigación social. International Thomson Editores. México, 1999.

CCSS. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica, 1943.

CCSS. Ley de Universalización del Seguro Social. Costa Rica, 1961.

Cómo desarrollar un enfoque sensible al género para el mejoramiento de los Servicios de Salud Reproductiva. Revista Actualidad Gerencial. Editorial Management Science for Health. Vol.9, No. 3 y 4, 2000. Pág. 2- 4.

Constitución Política de la República de Costa Rica, 1949. Investigaciones Jurídicas S. A. San José, Costa Rica, 2000.

Day, R.(1996). Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Organización Panamericana de la Salud, (558).

Edmunds, M.; Strachan, D. & Vriesendorp, S. (1987) Clientes Satisfechos en Planificación familiar: Una Guía para mejorar los servicios. The Pathfinder Fund.

Freedman, L. & Stephen, I. (1993) Human Rights and Reproductive Choice. Studies in Family Planning. Vol.24, No.1. Pág. 18- 30.

Gómez, Miguel. Elementos de Estadística Descriptiva. Editorial Universidad Estatal a Distancia. Tercera Edición. Costa Rica, 1999.

Gujarati, Danaban. Econometría Básica. Mc Graw-Hill. Tercera edición, 2000.

Henry, K. (2002) Many Uses for Qualitative Research. Network: Family Health International. Vol. 22. Number 2. Pág. 5-11.

Integración de los Servicios de ETS/SIDA a los Servicios de Salud Reproductiva: Aspectos Estratégicos y Gerenciales. Actualidad Gerencial. Vol. VII, No. 3, 1998.

Organización Mundial de la Salud, 2000. Mejorando el Acceso al cuidado de Calidad en la Planificación familiar.

Organización Panamericana de la Salud, 2000. Calidad de los Servicios de Salud Sexual y reproductiva. Interacción prestadores de servicios/usuarias(os): Eje fundamental de una buena atención en Salud Sexual y Reproductiva.

Organización Panamericana de la Salud. Informe del Taller Regional sobre Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género. El Salvador, 1995.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004.

Organización Panamericana de la Salud. Desigualdades de Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2003.

Por qué se necesita una perspectiva de Género al Administrar los Servicios de Salud Reproductiva. Revista Actualidad Gerencial. Editorial Management Science for Health. Vol. 9, No. 3 y 4, 2000. Pág. 6-7.

Reyna, A. (2002) Factores asociados a la Demanda Insatisfecha de Planificación familiar en Guatemala, 1998-1.999. Universidad de Costa Rica.

Shane, B. & Chalkley, K. De la investigación a la acción: Cómo la investigación operativa está logrando mejorar los servicios de salud reproductiva. Agency for International Development. Population Reference Bureau, 1998.

Upadyay, U. Mejor comunicación entre clientes y proveedores. Population Reports. Vol.29, No.1, Serie J, 2001. Pág. 26-33.

Vega, H. The Client´s View of High-Quality Care in Santiago, Chile. Studies in Family Planning. Vol.24, No.1, jan/feb, 1993. Pág. 40-49.

Wells, E. Asesoramiento en Planificación familiar: ¿Cómo satisfacer las Necesidades Individuales de los Clientes?. Outlook. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Vol.13, No.1, Diciembre 1995. Pág. 1-9.

Westoff, C. (1998). La Demanda Potencial de Planificación familiar: Nuevo Cómputo de la Necesidad Insatisfecha y Estimaciones para Cinco Países Latinoamericanos. Perspectivas Internacionales en Planificación familiar, (especial), 2-11.

Willians, T.; Schutt-Ainé, J. & Cuca, Y. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Planificación familiar a través de Encuestas de Satisfacción de Clientes. Perspectivas internacionales en planificación familiar. No. Especial, 2001. Pág. 14-23.

Zlidar, V. Eliminación de Barreras innecesarias en la planificación familiar. Population Reports. Vol. 28, No. 2, Serie A, 2000. Pág. 17-18.

Diagrama No.1.

Selección de la población de interés para la medición de la demanda insatisfecha de los servicios de Planificación Familiar de la CCSS

Se realiza la medición de la demanda insatisfecha de los servicios de planificación familiar de la CCSS, con la definición empleada en el presente estudio: mujeres en edad reproductiva, sexualmente activas y que están interesadas en recibir atención en planificación en los servicios de la CCSS.

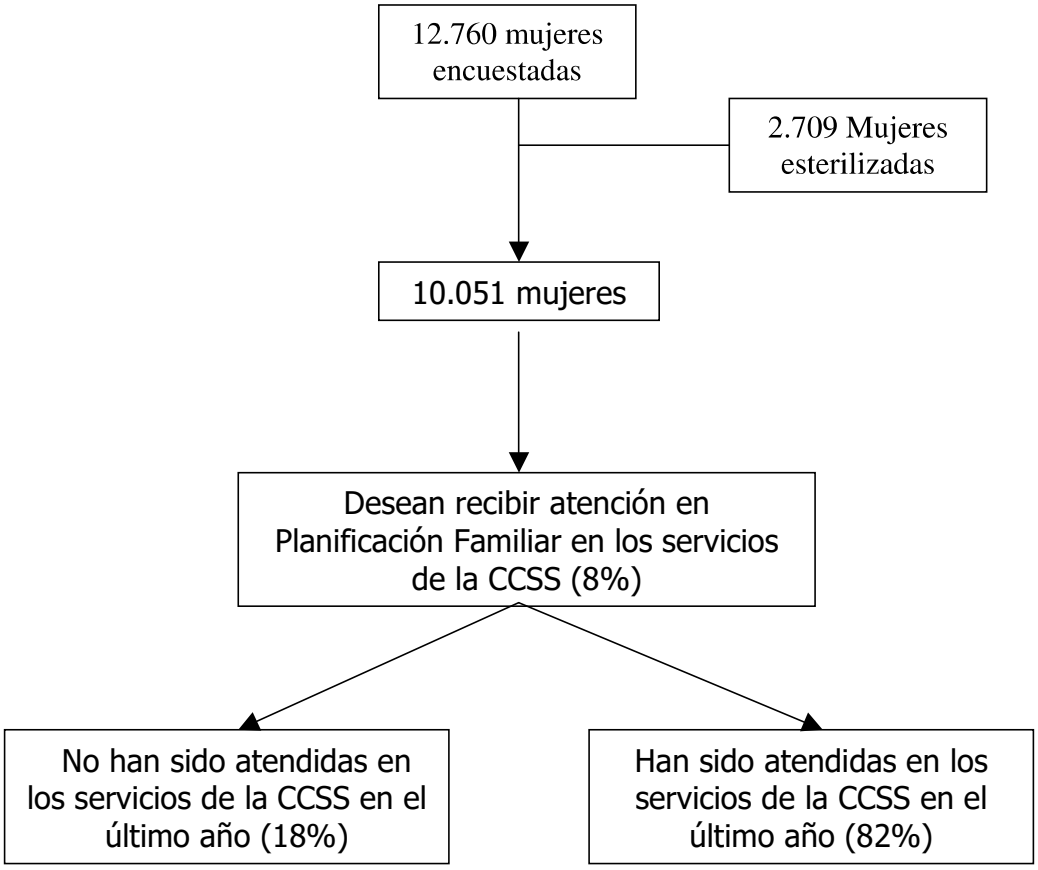


Gráfico No. 1.

CCSS. Distribución de frecuencia simple del índice organizacional, 2000.

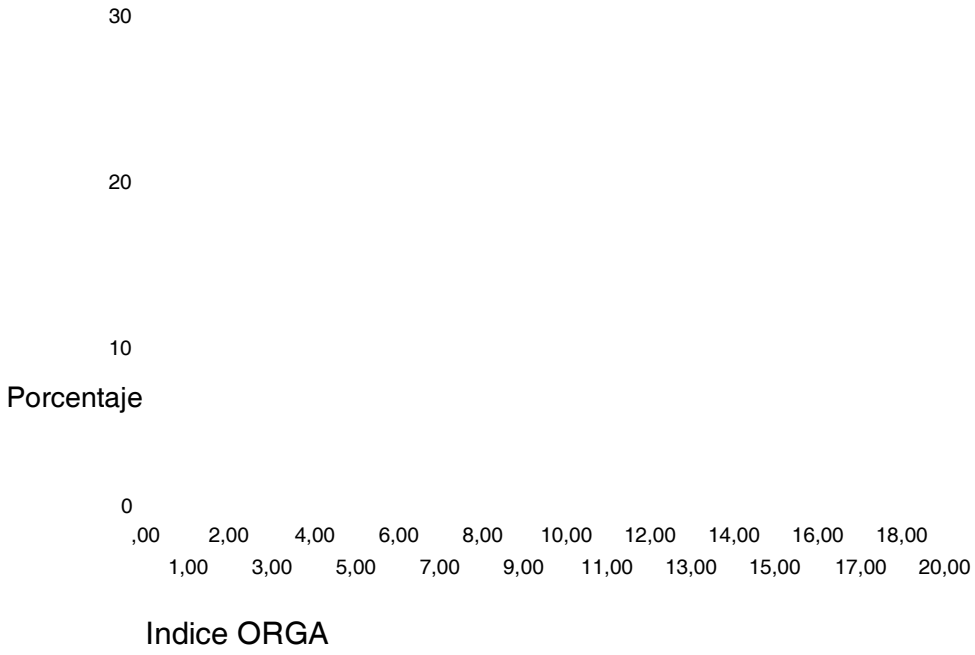


Gráfico No. 2

CCSS. Distribución de frecuencia simple del índice sociocultural, 2000.

Grafico No. 3

CCSS. Distribución de frecuencia simple del índice accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, 2000.

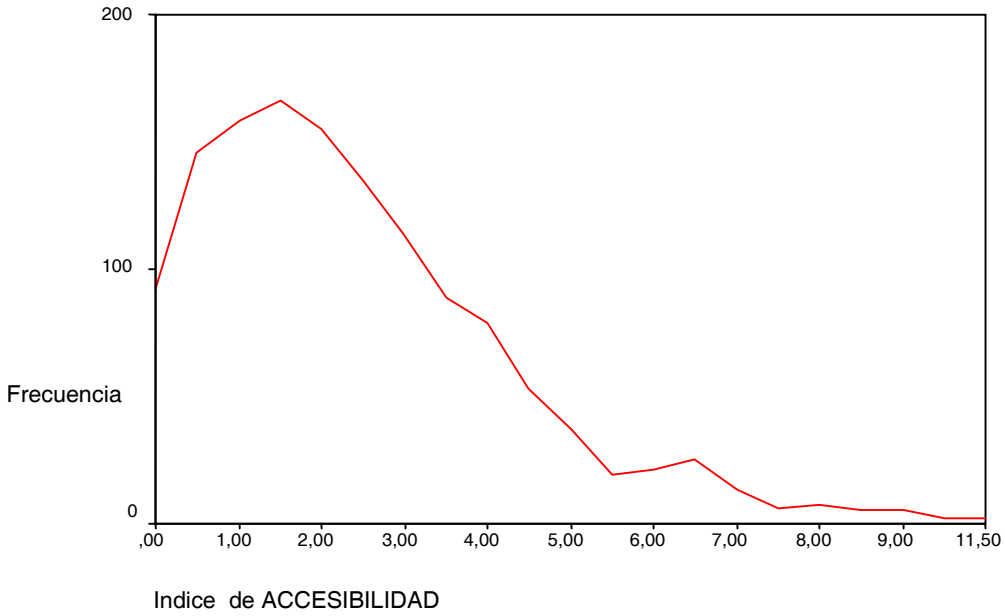
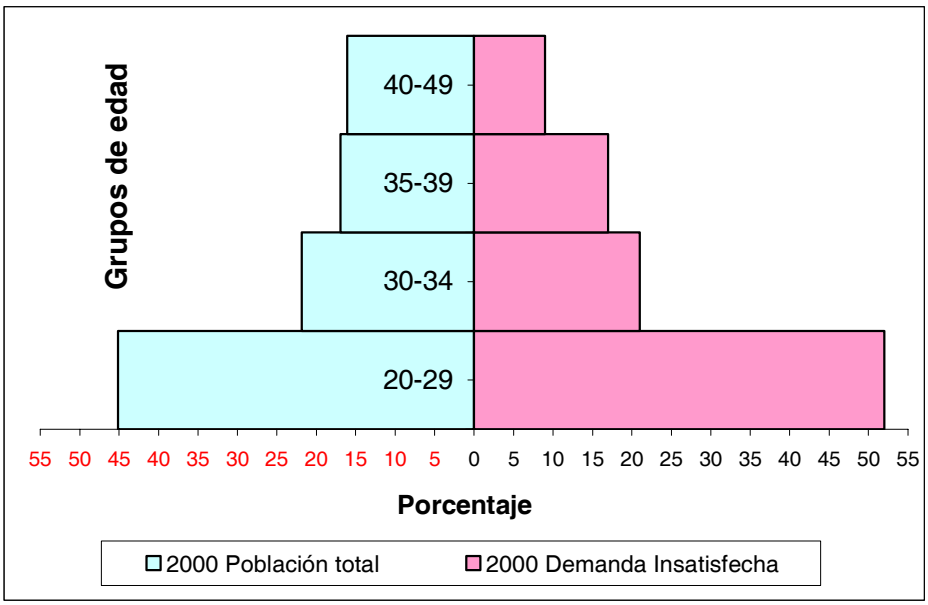


Grafico No. 4

CCSS. Distribución Porcentual de las mujeres entrevistadas y aquellas con demanda insatisfecha según grupos de edad, 2000.



Cuadro No. 1

CCSS. Barreras de acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, desde la perspectiva externa (no usuaria de la CCSS durante el último año), 2000.

No los ha necesitado
No es asegurada
Vive en un lugar alejado y le cuesta llegar
No existe transporte público o el costo es alto
Los horarios de los servicios de salud de la CCSS no le sirven
Asiste a otro tipo de consulta que no es de la CCSS
No le satisface la atención brindada en los servicios de la CCSS
Otras razones
No aplica
No responde

Cuadro No.2

CCSS. Barreras de acceso a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, desde la perspectiva interna (usuarias de los servicios de la CCSS en el último año)

PERHABPLA	El personal le hablado sobre MPF en las diversas consultas.
MEPLAFASOL	Le han recetado MPF cuando los ha solicitado en diversas consultas.
DIATEN	Conoce los días y las horas en que puede recibir atención en Planificación Familiar en los servicios de su Área de salud de la CCSS
CONNOR	Considera que el horario de atención de la consulta es el que a usted le sirve
LLENOENLAC	Alguna vez ha sido rechazada por cupo lleno en la consulta.
ESTNIN	El área de espera es amplia y se permite la estancia de niños.
ACONPAR	Puede ir acompañada de su pareja.
ACLADU	Puede acudir a consultar para aclarar dudas relacionados con el MPF recetado.
ELEGIR	Posee la posibilidad de elegir a la persona con la que desea consultar en la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS.
ELEIMPI	No poder elegir a la persona con la que desea consultar le impide asistir a la consulta de Planificación Familiar en los servicios de la CCSS.
MINUCA	Tiempo de traslado: sale de su casa hasta que llega al establecimiento de salud público.

MINURE	Tiempo de espera: desde que llega a la consulta hasta que sale del establecimiento.
TIELM	El tiempo de espera es una limitación para que usted asista a la consulta de Planificación Familiar en los servicios de la CCSS.

Cuadro No.3

CCSS. Variables que conforman el Índice de Barreras Organizacionales de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS

PERHABPLA	El personal le hablado sobre MPF en las diversas consultas.
MEPLAFASOL	Le han recetado MPF cuando los ha solicitado en diversas consultas.
DIATEN	Conoce los días y las horas en que puede recibir atención en PF en los servicios de su Área de salud de la CCSS.
CONNOR	Considera que el horario de atención de la consulta es el que a usted le sirve.
LLENOENLAC	Alguna vez ha sido rechazada por cupo lleno en la consulta.
ESTNIN	El área de espera es amplia y se permite la estancia de niños.
ACONPAR	Puede ir acompañada de su pareja.
ACLADU	Puede acudir a consultar para aclarar dudas o síntomas relacionados con el MPF recetado.
TIELM	El tiempo de espera es una limitación para que usted asista a la consulta de PF en los servicios de la CCSS.
METOHA01	En la consulta le hablaron sobre anticonceptivos orales (pastillas)
METOHA02	En la consulta le hablaron sobre Hormonales inyectables.
METOHA03	En la consulta le hablaron sobre Dispositivos intrauterinos.(T de cobre o DIU)
METOHA04	En la consulta le hablaron sobre Preservativos (Condones)
LENSENC	El personal utilizó lenguaje sencillo y le quedó claro como funcionan los MPF.
EXPREDU	Pudo expresar sus dudas y temores sobre los diversos MPF
RECRESP	Recibió respuestas claras a sus dudas y le permitió reducir sus temores o preocupaciones
OFREVAR	Siente que se le ofreció gran variedad de MPF para escoger uno a sus necesidades.
PERRES	Considera que el personal respecta el MPF que usted eligió.
SEGU	Ha sentido seguridad en cuanto a la confidencialidad o discreción de la consulta.
AMBPRI	Considera usted que la consulta se brinda en un ambiente de privacidad.

Cuadro No.4

CCSS. Variables que conforman el Índice de Barreras Socioculturales de accesibilidad a la atención en PF en los servicios de la CCSS.

Metoco01	Ha oído hablar sobre los anticonceptivos orales.
Metoco02	Anticonceptivos inyectables.
Metoco03	Dispositivos intrauterinos (DIU o T de cobre)
Metoco04	Preservativos (Condones)
Metoco07	Anticonceptivos naturales (Billings)
Metoco08	Salpingectomía (Esterilización femenina)
Metoco09	Vasectomía (Esterilización masculina)

Cuadro No. 5

CCSS. Distribución de la población encuestada y de la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS según características sociodemográficas y económicas, 2000.

Características	Población Encuestada		Demanda Insatisfecha	
	Obs	%	Obs	%
Población	12.760	100	836	100
Edad				
20-29 años	4.755	38	423	51
30-34 años	2.710	22	175	21
35-39 años	2.408	19	142	17
40-49 años	2.611	21	77	9
No responde	280	2	19	2
Estado Civil				
Soltera	1.567	12	124	15
Compañero sexual	10.089	79	864	79
No solteras [1/]	832	7	33	4
No responde	277	2	15	2
Escolaridad				
Primaria incompleta o menos	2.393	19	159	19
Primaria completa	4.688	37	303	36
Secundaria incompleta	2.819	22	191	23
Secundaria completa o superiores	2.565	21	155	19
No responde	295	2	28	3
Aseguramiento				
Si	10.483	82	668	81
No	1.995	16	153	18
No responde	282	2	8	1

Continúa

Han usado Método de Planificación Familiar en el ultimo año				
Si	6.944	55	321	39
No	2.558	20	496	60
Esterilizadas	2.709	21	-	-
No Responde	549	4	19	1
Atención en los servicios de la CCSS				
Si	9.982	79	675	81
No	2.552	20	153	18
No responde	225	1	8	1
Región				
Metropolitana	1.427	11	88	10
Central Norte	2.991	23	232	28
Central Sur	3.353	26	246	30
Chorotega	1.901	15	125	14
Huetar Atlántica	849	7	44	5
Huetar Norte	519	4	19	3
Brunca	691	5	41	5
Pacífico Central	1.029	8	41	5

1/ No solteros: Separadas, divorciadas y viudas.

Cuadro No. 6

CCSS. Distribución de la población encuestada y de la demanda insatisfecha que ha sido recibido atención de Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, 2000.

Han recibido atención en PF en la CCSS	**Población encuestada**		**Demanda Insatisfecha**	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Si (atención en Planificación Familiar)	4.517	61	306	45
No (No atención en Planificación Familiar)	1.810	25	347	51
No aplica	339	5	11	2
No responde	698	9	11	2
TOTAL	7.364	100	675	100

Cuadro No. 7

CCSS. Distribución de la Demanda Insatisfecha que han usado Método de Planificación Familiar en el último año según razones del no uso de Método de Planificación Familiar, 2000.

Razones	N	Porcentaje
No vida sexual	58	12
Desea un hijo	32	6
Su pareja se opone	24	5
Asunto de mujeres	18	4
Motivos religiosos	4	1
Está en contra de MPF	8	2
Insuficiente información	57	12
Malas experiencias anteriores	38	8
Varias razones	140	28
No aplica	68	14
No responde	49	10
Total	**496**	**100**

Cuadro No. 8

CCSS. Distribución de la demanda insatisfecha que ha sido o no usuaria de los servicios de la CCSS en el último año según características sociodemográficas y económicas, 2000.

Carácterísticas	Usuaria		No usuaria		Total	
	Obs	%	Obs	%	Obs	%
Población	675	100	153	100	828[1]	100
Edad						
20-29 años	340	50	82	54	422	51
30-34 años	150	22	23	15	173	21
35-39 años	104	16	34	22	138	17
40-49 años	63	9	13	9	76	9
No responde	18	3	1	0	19	2
Estado Civil						
Soltera	91	13	33	21	124	15
Con compañero sexual	546	81	112	73	658	79
No solteros [1/]	25	4	8	5	33	4
No responde	13	2	1	1	14	2
Escolaridad						
Primaria incompleta o menos	118	17	40	26	158	19
Primaria completa	260	39	41	27	301	36
Secundaria incompleta	154	23	35	23	189	23
Secundaria completa o más	118	17	36	23	154	19
No responde	25	4	1	1	26	3
Aseguramiento						
Si	577	85	78	51	655	79
No	78	13	36	48	158	20
No responde	14	2	1	1	15	1
Han usado Método de Planificación Familiar en el último año						
Si	275	41	43	28	318	38
No	382	56	109	71	491	60
No Responde	18	3	1	1	19	2
Región						
Metropolitana	68	10	20	13	88	10
Central Norte	200	30	30	20	230	28
Central Sur	175	26	67	44	242	30
Chorotega	108	16	16	10	124	14
Huetar Atlántica	36	5	7	5	43	5
Huetar Norte	16	3	3	2	19	3
Brunca	36	5	5	3	41	5
Pacífico Central	36	5	5	3	41	5

1/ Se eliminaron ocho datos por no responde

2/ No solteros: Separadas, divorciadas y viudas

Cuadro No.9

CCSS. Proporción de la población encuestada y de la demanda insatisfecha que han sido atendida de Planificación Familiar en los servicios de la CCSS en el ultimo año según barreras de accesibilidad, 2000.

Barreras de accesibilidad	Población		Demanda Insatisfecha	
	N	Proporción	N	Proporción
No le han hablado sobre MPF en las diversas consultas				
No le han recetado MPF en las diversas consultas, cuando lo ha solicitado				
Horario de atención inadecuado	4.739	11	352	15
Rechazada por cupo lleno	4.764	34	352	39
Área inadecuada	4.724	20	353	20
No poder ser acompañada de su pareja	4.482	15	344	18
No puedo aclarar dudas sobre MPF	4.621	11	342	15
No pudo elegir con quien desea consultar	3.624	63	319	68
No elegir la persona a consultar, le impide consultar	3.892	14	310	18
Tiempo de espera: limitación al consultar	4.777	28	362	30
Desconoce Anticonceptivos orales	4.979	4	389	4
Desconoce Inyectables	4.664	13	373	13
Desconoce DIU	4.500	13	363	13
Desconoce Condones	4.679	7	375	8
Desconoce Diafragma	3.025	75	303	67
Desconoce Espermicidas	3.007	76	304	66
Desconoce Naturales	3.535	38	295	36
Desconoce Salpingectomía	3.384	41	309	35
Desconoce Vasectomía	3.161	53	304	43
En la consulta le hablan sobre los MPF	5.421	45	432	40
En la consulta no les hablaron sobre:				
Anticonceptivos Orales	3.367	12	320	17
Anticonceptivos inyectados	3.172	23	315	26
DIU o T-cobre	3.027	25	306	27
Condones	3.042	20	306	24
Diafragma	2.035	83	252	71
Espermicidas	2.044	84	256	70
Naturales	2.233	62	261	54
Salpingectomía	2.273	59	261	54
Vasectomía	2.091	73	251	63
El personal de salud no utilizó un lenguaje sencillo	3.287	7	318	12
No pudo expresar sus dudas y temores sobre los métodos	3.263	13	316	15
No recibió respuestas claras del personal de salud a sus dudas.	3.234	11	310	14
Consideran que la CCSS no posee variedad de Métodos anticonceptivos suficiente para escoger él que se adecua a sus necesidades.	3.258	13	313	18
El personal de salud no respeta el Método de Planificación Familiar que usted eligió	3.241	5	315	9

Considera que la consulta no se brinda en un ambiente de privacidad	3.246	8	311	9
No le informaron sobre el seguimiento a tener en los servicios de salud después de elegir su Método de Planificación Familiar.	3.247	8	312	12
No existe confidencialidad en la consulta	3.222	6	307	8

Cuadro No.10

CCSS. Distribución de la demanda insatisfecha que no han sido usuarias de los servicios de la CCSS según barreras de accesibilidad, 2000.

Barreras	Demanda Insatisfecha no usuaria de los servicios de la CCSS	
	Obs	%
Población	153	100
No lo ha necesitado	49	32
No es asegurado	58	37
Vive en lugar alejado	6	4
No existe trasporte público	0	0
Los horarios de los servicios de salud de la CCSS no sirven	4	3
Asiste a otro tipo de consulta que no es de la CCSS	8	5
No le satisface la atención en los servicios de la CCSS	3	2
Otras razones	12	8
Varias razones	3	2
No aplica	7	5
NR	3	2

Cuadro No.11

CCSS. Distribución del Índice de Barreras Organizacionales, 2000.

Organizacionales	Frecuencia	Porcentaje
Pocas barreras	1.429	79,3
Moderadas barreras	328	17,8
Muchas barreras	55	2,9
Total	1.812	100,0

Cuadro No.12

CCSS. Distribución del Índice de Barreras Socioculturales, 2000.

Socioculturales	Frecuencia	Porcentaje
Pocas barreras	1.382	46,7
Moderas barreras	1.297	43,6
Muchas barreras	293	9,7
Total	2.972	100,0

Cuadro No.13

CCSS. Distribución del Índice de Accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en los servicios de la CCSS, 2000.

Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Fácil	1.134	85,3
Difícil	195	14,7
Total	1.329	100,0

Cuadro No. 14

CCSS. Asociación de la demanda insatisfecha que es atendida en los servicios de la CCSS con las características sociodemográficas y económicas, 2000.

Características	Chi2	X2	N	No Responde
Edad	6.616	0.085*	828	18(2%)
Estado civil	6.224	0.045**	828	14(2%)
Escolaridad	11.721	0.008***	828	26(3%)
Asegurada	102.158	0.000***	828	15(2%)
Región	24.121	0.001***	828	-
Tiempo de Traslado	15.593	0.000***	828	-
Tiempo de Espera	23.977	0.000***	828	-
Uso método	9.525	0.002***	828	19(2%)

Cuadro No. 15

CCSS. Asociación de la población según la existencia de demanda insatisfecha con las características sociodemográficas y económicas, 2000.

Características	Chi2	X2	N	No Responde	No Aplica
Edad	33.69	0.000***	10.051	245(2%)	-
Estado civil	7.6740	0.022**	10.051	244(2%)	-
Escolaridad	1.3069	0.727	10.051	254(2%)	-
Asegurada	5.8059	0.016**	10.051	233(2%)	-
Región	38.94	0.000***	10.051	-	-
Uso método	518.73	0.000***	10.051	549(5%)	-
Atendida en los servicios de la CCSS	0.4791	0.489	10.051	168(2%)	-
Recibe atención en Planificación Familiar en la CCSS	172.98	0.000***	10.051	214(2%)	2.527(25%)
Tiempo de Traslado	2.761	0.097*	10.051	-	-
Tiempo de Espera	13.774	0.000***	10.051	-	-
Barreras de accesibilidad					
Organizacionales	31.2173	0.038**	1.812	1.853(18%)	6.386(63%)
Socioculturales	17.4898	0.014**	2.972	693(7%)	6.386(63%)
Accesibilidad	33.4396	0.030**	1.329	2.336(23%)	6.386(63%)

***significativo al 0.010 (altamente significativo)
**significativo al 0.050 (muy significativo)
* significativo al 0.10 (significativo)

Cuadro No.16

Costa Rica. Resultado del modelo de regresión logística de la demanda insatisfecha de los servicios de la CCSS en Planificación Familiar, 2000.

Variables independientes	Odds ratio	P>z
Edad		
20-29 años	1.00	Ref.
30- 34 años	0.74	0.221
35-39 años	1.28	0.332
40-49 años	0.66	0.240
Estado civil		
Soltera	1.00	Ref.
Con compañero	1.64	0.219
No soltera	0.84	0.809
Escolaridad		
Primaria incompleta o menos	1.00	Ref.
Primaria completa	0.89	0.672
Secundaria incompleta	0.59	0.096
Secundaria completa o más	1.06	0.852
Aseguramiento		
Si	1.00	Ref.
No	0.87	0.692
Atendida		
Si	1.00	Ref.
No	0.23	0.027*
Tiempo de traslado		
Menor o igual a 20 minutos	1.43	0.061
Mayor a 20 minutos	1.00	Ref.
Tiempo de espera		
Menor o igual a 60 minutos	1.61	0.017*
Mayor a 60 minutos	1.00	Ref.
Índice de barreras organizacionales	1.02	0.403
Índice de barreras socioculturales	0.83	0.006*
Regiones		
Metropolitana	1.00	Ref.
Brunca	1.20	0.831
Central Norte	7.50	0.001*
Central Sur	5.03	0.011*
Chorotega	6.96	0.002*
Huetar Atlántica	1.19	0.822
Pacífico Central	0.92	0.907

*Significativas al 5%