

La utilización de un servicio de salud perinatal.  
La familia como una instancia mediadora\*

**M. García,\*\* P. Arroyo,\*\* H. Ávila,\*\* E. Casanueva,\*\*  
N. Centeno\*\* y T. Tiburcio\*\*\***

*En este artículo se explora la fuerza explicativa que tienen las diversas estructuras familiares respecto a la utilización de los servicios de salud. Se presentan los resultados del análisis de la aceptación o del rechazo de atención perinatal ofrecida a mujeres embarazadas o que tenían intención de estarlo próximamente, pertenecientes a un grupo de población residente en el noroeste de la ciudad de México. El supuesto básico fue que la familia nuclear "funciona" de manera diferente que la extensa al decidir utilizar o no un servicio de salud.*

Los procesos que determinan la utilización de un servicio de salud han sido estudiados a partir de diferentes enfoques: socioeconómico,<sup>1</sup> cultural,<sup>2</sup> administrativo.<sup>3</sup> Los resultados obtenidos sugieren que los individuos adoptan las decisiones en materia de salud que les ofrecen mayores ventajas: cada individuo y cada grupo familiar jerarquiza sus necesidades de acuerdo con una escala de valores. En el caso de las necesidades de atención a la salud, la percepción de su intensidad o de su gravedad determina el tipo de opción a seleccionar. Una vez tomada esta decisión, otro tipo de factores son considerados por el individuo o la familia: el acceso a alguno de los sistemas de seguridad social, la disponibilidad de recursos económicos para contratar servicios privados o el acceso a servicios públicos de costo reducido. El papel de la familia en este proceso de decisiones ha sido poco estudiado.<sup>4</sup> La mayor parte de las investigaciones han analizado la conducta de los individuos. Sin embargo, la jerarquización de las necesidades es un proceso colectivo en gran medida. De ahí el interés de explo-

\* Financiado parcialmente por el Conacyt (PCDE-050580).

\*\* División de Investigación en Sociomedicina, Instituto Nacional de Perinatología (Inper).

\*\*\* Departamento de Trabajo Social, Instituto Nacional de Perinatología (Inper).

<sup>1</sup> Bleland, 1988; Ejlertsson, 1986; Habit et al., 1986; Halka et al., 1985; Northcott et al., 1983 y Petersen et al., 1984.

<sup>2</sup> Hulka et al., 1985; Steff et al., 1985 y Thomas et al., 1984.

<sup>3</sup> Benjamin, 1986; Gold, 1984 y Slade, 1984.

<sup>4</sup> Infante-Castañeda, 1982.

rar la fuerza explicativa que variantes de la estructura familiar tienen respecto a la utilización de los servicios de salud.

El caso de la atención perinatal presenta modalidades particulares: es una necesidad cuya satisfacción trasciende la mera atención médica del parto. Salvo la existencia de complicaciones del embarazo, la atención se dirige a mantener y mejorar el estado de salud de la madre y del feto; exige por parte de la madre de la familia una cierta capacidad anticipatoria para aceptar y para aplicar medidas preventivas. Por estas razones, la atención perinatal suele ser postergada frente a la satisfacción de otras necesidades que son percibidas como más perentorias. La situación se complica porque los servicios de atención disponibles en ciudades como la de México tienen una cobertura reducida que se orienta a la atención médica de las últimas etapas del embarazo y del parto.<sup>5</sup>

En el Instituto Nacional de Perinatología (Inper) se ha conducido un estudio en un grupo de población residente en el noroeste de la ciudad de México desde 1980, que ha permitido verificar empíricamente algunos de estos supuestos. En esta comunicación se presentan los resultados del análisis de la utilización o del rechazo de un servicio de atención perinatal que fue ofrecido en su propio domicilio a mujeres que ya estaban embarazadas o que tenían intención de estarlo a corto plazo.<sup>6</sup> El supuesto principal fue que las decisiones que llevaron a la mujer a utilizar o a rechazar el servicio fueron influidas por el tipo de organización de la familia a la que pertenecía, en función de su potencial reproductivo.

### Población estudiada y métodos empleados

Las definiciones de familia nuclear y de familia extensa aplicadas en la investigación se estructuraron a partir de la noción de familia en una primera aproximación, y de la de su estructura en un segundo momento. Respecto de la familia, se partió de las nociones de residencia y la funcionalidad: con relación a la residencia, se entendió como familia al grupo de individuos que compartían una misma unidad habitacional; esta última fue definida como el área física dentro de la cual sus habitantes elaboraban y consumían sus alimentos y la utilizaban como dormitorio. Desde el punto de vista del criterio de funcionalidad, la definición de familia incorporó la idea de que sus miembros compartían otras actividades, además de la alimentación, tales como la recreación y la

<sup>5</sup> Arroyo *et al.*, 1985.

<sup>6</sup> Arroyo *et al.*, 1983.

crianza de los niños. Sin embargo, esta última actividad no fue explorada explícitamente.

Respecto de la estructura se distinguió entre familia nuclear y extensa con base en la noción de parentesco. Así, la familia nuclear estaba compuesta por una pareja conyugal con o sin hijos solteros; o bien, por alguno de los padres solo, con uno o más hijos solteros. La familia extensa, se definió como el grupo integrado por dos o más familias nucleares, emparentadas, o por una familia nuclear y uno o más miembros unidos por lazos de parentesco: hacia abajo sobrinos, o en forma lateral hermanos o cuñados, entre otras posibilidades. La presencia de un miembro adicional a la familia nuclear, con lazos de parentesco, bastó para que el grupo fuera clasificado como una familia extensa.

El servicio de salud que ofreció el Inper cumplió, con tres características importantes: fue dirigido a mujeres en etapa reproductiva, la oferta del servicio fue hecha en el hogar y sus ventajas para la promoción de la salud, para la prevención de riesgos y para la detención precoz de alteraciones frecuentes en etapas anteriores a una gestación fueron explicadas. El ofrecimiento incluyó, en presencia de un embarazo, la atención prenatal, del parto y del puerperio, independientemente de la condición social y económica de la familia, o que ésta contara con el acceso a algún sistema de seguridad social. El costo de la atención fue reducido.<sup>7</sup>

El diseño general de la investigación fue publicado con anterioridad.<sup>8</sup> Los datos analizados para este reporte provienen de los formularios del censo de viviendas y de familias que fueron aplicados. Los casos corresponden a las mujeres pertenecientes a la totalidad de las viviendas visitadas en uno de los cinco sectores en que fue dividida el área geográfica en estudio. Dicha área constituye una zona poblada densamente del noroeste de la ciudad de México. Los datos fueron obtenidos por medio de visitas domiciliarias practicadas por personal capacitado previamente. Las visitas corresponden a 679 unidades habitacionales en las que residían 922 mujeres en edad reproductiva. La evaluación de la utilización del servicio fue hecha al verificar la asistencia de la mujer al Inper para la revisión de su estado de salud. El análisis de la información recolectada tomó en cuenta factores que pudieran influir en la tasa de aceptación, independientemente de la forma de organización familiar. Tales factores fueron el perfil reproductivo de la mujer (presencia de embarazo y deseo de procreación), así como algunas variables demográficas relacionadas con dicho perfil:

<sup>7</sup> Casanueva *et al.*, 1983.

<sup>8</sup> Arroyo *et al.*, 1983.

unión, duración de la misma y número de embarazos previos.

Tablas de doble entrada fueron construidas y fue evaluada la probabilidad de obtener las diferencias de las distribuciones por efecto de azar por medio de la ji cuadrada.

### Resultados

El cuadro 1 muestra el número y el porcentaje de familias según tipo. Las familias nucleares fueron 463, que corresponden al 68.2% del total. Las 216 restantes fueron familias extensas. El cuadro 2 muestra la distribución de las 922 mujeres estudiadas en ambos tipos de familias, la presencia o no del embarazo y la aceptación o el rechazo del servicio de salud. Se observa que sí existió una tasa de utilización diferencial del servicio de salud: las mujeres pertenecientes a familias extensas lo utilizaron con una frecuencia discretamente superior, que alcanzó un nivel de significación estadística (54 vs. 46%). El número de observaciones permite afirmar la consistencia de esta diferencia. El mismo cuadro 2 muestra las tasas de mujeres embarazadas y no embarazadas. El sentido de las diferencias encontradas por tipo de familia persistió, pero el nivel de significancia entre una y otra forma de organización familiar fue, en este caso diferente: las mujeres no embarazadas de familias nucleares utilizaron el servicio con una tasa menos elevada que el mismo tipo de mujeres provenientes de familias extensas (42 vs. 51%). Por contraste, la tasa de utilización del servicio por las mujeres embarazadas fue elevada y de la misma magnitud en ambas formas de organización familiar. El nivel de significancia estadística de estas diferencias fue particularmente elevado entre las mujeres embarazadas y no embarazadas pertenecientes a familias nucleares (ji de 21.76). El cuadro 3 presenta las tasas de utilización y de rechazo del servicio, así como sus niveles de significación respectivos, de las mujeres clasificadas de acuerdo con su perfil reproductivo, independientemente del tipo de organización familiar. La presencia de embarazo hizo que la tasa de utilización por las mujeres fuera significativamente más elevada (69.7 vs. 45.3%). Las mujeres que expresaron el deseo de procrear un nuevo hijo a corto plazo utilizaron también más frecuentemente el servicio; sin embargo, la magnitud de las diferencias fue menor (52.1 vs. 43.7). El cuadro 4 muestra la distribución de las características demográficas de las mujeres estudiadas cuando se les clasificó por tipo de familia. Las mujeres procedentes de familias nucleares mostraron una mayor tendencia a tener más de 30 años, estar unidas con uniones de más de 5 años y expresar con

mayor frecuencia no desear una nueva procreación a corto plazo, que las mujeres que procedían de familias extensas. Las diferencias alcanzaron niveles de significancia estadística que oscilaron entre 0.1 y 0.5%. El cuadro 5 muestra las tasas de utilización y de rechazo del servicio por las mujeres clasificadas según las mismas variables demográficas. Las tasas de utilización/rechazo fueron del mismo valor en los grupos analizados.

### Discusión

La motivación de las mujeres y de sus familias para utilizar el servicio de salud que se les ofreció fue la satisfacción de una necesidad biológica básica: el cuidado de la salud de la mujer durante la reproducción y la atención de las desviaciones de la normalidad. Los criterios de satisfacción de esta necesidad pueden ser diversos. Desde el punto de vista de esta comunicación interesan dos: el criterio normativo/burocrático y el criterio de bienestar. La interacción de ambos criterios es el proceso que subyace al de aceptación/rechazo del servicio ofrecido. El Inper diseñó un conjunto de acciones preventivas, de detección y de manejo de problemas, de acuerdo con los conocimientos generales de salud perinatal de la población y con los recursos disponibles. La mujer decidió utilizarlo o rechazarlo de acuerdo con su propia noción de bienestar que le procuraba, o no, el servicio, en función de sus expectativas y de las oportunidades alternativas de que disponía para satisfacer la necesidad. Esta necesidad de cuidado y su satisfacción tenían un origen social específico: se dieron en un momento particular de la vida de la mujer y en una etapa de expansión de los núcleos familiares seleccionados.<sup>9</sup> Este origen social de la satisfacción de una necesidad biológica del individuo es el que justifica el análisis de cómo su satisfacción es buscada por la intermediación del grupo familiar.

En el estudio de los factores que influyen en las decisiones que son tomadas para buscar atención, se ha prestado atención insuficiente a la familia como un nivel de análisis con una fuerza explicativa propia.<sup>10</sup> La mayor parte de las investigaciones estudian la conducta de los individuos. Según varios autores,<sup>11</sup> la familia no es un conjunto indiferenciado de individuos que comparten las actividades ligadas a su mantenimiento. Es una organización so-

<sup>9</sup> Fortes, 1958.

<sup>10</sup> Infante-Castañeda, 1982.

<sup>11</sup> García et al., 1982, García, 1984 y Jelin, 1984.

CUADRO 1

**Número y porcentaje de familias según tipo**

Tipo de familia	Número	Porcentaje
Nuclear	463	68.2
Extensa	216	31.8
Total	679	100.0

CUADRO 2

**Mujeres que aceptaron o que rechazaron un servicio de salud perinatal, según el tipo de familia y la presencia de embarazo**

Tipo de familia	Servicio de salud						Ji
	Aceptación		Rechazo		Total		
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
Nuclear							
No embarazadas	195	41.8	271	58.2	466	100.0	21.76
Embarazadas	56	70.0	24	30.0	80	100.0	p<.001
Extensa							
No embarazadas	154	50.7	150	49.3	304	100.0	8.27
Embarazadas	50	69.4	22	30.6	72	100.0	p<.01
Total nuclear	251	46.0	295	54.0	546	100.0	6.10
Total extensa	204	54.3	172	45.7	376	100.0	p<.02
Total	455	49.3	467	50.7	922	100.0	

CUADRO 3

**Mujeres que aceptaron o que rechazaron un servicio de salud perinatal, según su perfil reproductivo**

Perfil reproductivo	Servicio de salud						Ji
	Aceptación		Rechazo		Total		
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
No embarazada	349	45.3	421	54.7	770	100.0	
Embarazada	106	69.7	46	30.3	152	100.0	35.1
Total	455	49.3	467	50.7	922	100.0	p<.001
Deseo de procreación*							
Sí	269	52.1	247	47.9	516	100.0	
No	155	43.7	200	56.3	355	100.0	5.70
Total	424	48.7	447	51.3	871	100.0	p<.02

\* Se ignora en 51 casos.

**CUADRO 4**  
**Mujeres pertenecientes a familias nucleares o extensas**  
**clasificadas según variables demográficas y deseo de**  
**procreación**

Variables demográficas	Tipo de familia						Ji
	Nuclear		Extensa		Total		
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
<b>Edad (años)</b>							
14-29	370	67.8	290	77.1	660	71.6	8.54 p<.01
≥30	176	32.2	86	22.9	262	28.4	
Total	546	100.0	376	100.0	922	100.0	
<b>Unión</b>							
Sí	374	68.5	223	59.3	597	64.8	7.84 p<.01
No	172	31.5	153	40.7	325	35.2	
Total	546	100.0	376	100.0	922	100.0	
<b>Años de unión</b>							
≤4	110	29.5	93	42.5	203	34.3	9.74 p<.01
≥5	263	70.5	126	57.5	389	65.7	
Total	373	100.0	219	100.0	592	100.0	
<b>Número de embarazos</b>							
≤2	311	57.0	267	71.0	578	62.7	18.20 p<.001
≥3	235	43.0	109	29.0	344	37.3	
Total	546	100.0	376	100.0	922	100.0	
<b>Deseo de procreación*</b>							
Sí	294	56.3	222	63.6	516	59.2	4.30 p<.05
No	228	43.7	127	36.4	355	40.8	
Total	522	100.0	349	100.0	871	100.0	

\* Se ignora en 51 casos.

cial, es un microcosmos de relaciones de producción, de reproducción y de distribución, donde el criterio básico de reclutamiento es el parentesco. Esta organización social presenta una serie de características que son particulares de cada sociedad en un momento histórico concreto. La sociedad y la familia constituyen niveles de manifestación de procesos sociales que se influyen mutuamente. En este sentido, se han propuesto explicaciones sobre la evolución de las formas de organización familiar nuclear y

CUADRO 5

**Mujeres que aceptaron o que rechazaron un servicio de salud perinatal, clasificadas según variables demográficas**

Variables demográficas	Servicio de salud						Ji
	Aceptación		Rechazo		Total		
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
<b>Edad (años)</b>							
14-29	329	49.8	331	50.2	660	100.0	.17
≥30	126	48.1	136	51.9	262	100.0	n.s.
<b>Unión</b>							
Sí	291	48.7	306	51.2	597	100.0	—
No	164	50.5	161	49.5	325	100.0	n.s.
<b>Años de unión*</b>							
≤4	103	50.7	100	49.3	203	100.0	—
≥5	184	47.3	205	52.7	389	100.0	n.s.
<b>Embarazo previo</b>							
Sí	312	49.8	314	50.2	626	100.0	.13
No	143	48.3	153	51.7	296	100.0	n.s.
<b>Número de embarazos</b>							
≤2	284	49.1	294	50.9	578	100.0	—
≥3	171	49.7	173	50.3	344	100.0	n.s.
<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>49.3</b>	<b>467</b>	<b>50.6</b>	<b>922</b>	<b>100.0</b>	

\* Se ignora en 5 casos.

extensa. Al modelo nuclear se le ha asociado al proceso de industrialización, en tanto que el trabajo asalariado surge como un evento común y la unidad de producción familiar desaparece en forma paulatina. Por contraste, la constitución de hogares extensos ha sido asociada con situaciones como la escasez de viviendas y en general, con las dificultades económicas que enfrentan las familias para sobrevivir.<sup>12</sup> Sin embargo, existen objeciones para considerar a la transición “extenso-nuclear” como un proceso lineal. De hecho, lo habitual es que ambos tipos de familias coexistan, como fue el caso de la población estudiada en esta investigación. Así, resulta difícil hablar de ventajas y de desventajas de

<sup>12</sup> Fortes, 1958.



cada tipo de organización. Sin embargo, esta tipificación de familias en extensas y en nucleares conlleva diferencias en cuanto a su tamaño, composición por edades, número de hijos vivos, espaciamiento entre ellos, posición relativa de los miembros de la familia, momento del ciclo familiar que vive el grupo y forma en que éste toma las decisiones. Como fue mostrado en la sección de resultados, algunas de estas diferencias fueron confirmadas en los grupos estudiados.

El supuesto básico de la investigación fue que la familia nuclear "funciona" de manera diferente que la extensa al decidir utilizar o no un servicio de salud. Cuando el estudio fue planteado en sus inicios no se tenía un conjunto definido de hipótesis, excepto que se esperaban diferencias de comportamiento por parte de los miembros pertenecientes a ambas formas de organización. Los argumentos esgrimidos a priori para fundamentar esta suposición sugerían resultados contradictorios:

—La familia extensa conserva una forma de organización que ya no es ventajosa en las condiciones de vida de una sociedad urbana e industrial: problemas de espacio, de manutención de miembros no productivos económicamente, resistencia al cambio social y menor capacidad de acceso a ocupaciones mejor remuneradas. Por lo tanto, se esperaba un índice de utilización mayor del servicio por los miembros de este tipo de familias, por tratarse de un servicio que ofrecía ventajas de tipo económico y burocrático.

—La familia extensa dispone de recursos sociales que le facilitan la utilización del servicio ofrecido: miembros que pueden asumir funciones de apoyo que faciliten a la mujer asistir a la evaluación de su estado de salud. También desde este punto de vista se esperaba una mayor tasa de utilización del servicio por este tipo de familias.

—La familia nuclear, por otra parte, tiene una menor resistencia al cambio, lo que le hace adoptar más fácilmente conductas favorables a la utilización de un servicio de salud perinatal con un enfoque preventivo marcado.

Si bien los resultados obtenidos están lejos de ser concluyentes, muestran una tendencia a confirmar las hipótesis asignadas a las familias extensas, con algunas restricciones:

a) Si la mujer está embarazada, la necesidad de cuidado es imperiosa y las alternativas de satisfacción son escasas. Por ello, la tasa de utilización del servicio es independiente de cualquier otra condición y es elevada.

b) Si la mujer no está embarazada, el pertenecer a una familia extensa la hace ser más receptiva de un servicio como el que le fue ofrecido. Sin embargo, esta tendencia, si bien es consistente,

es discreta, por lo cual sería de interés conocer qué otros factores intervienen en esta serie de decisiones complejas.

c) El conjunto de factores que intervienen en las decisiones incluyen un sentido anticipatorio: la tasa de aceptación fue mayor por parte de las mujeres que declararon la intención de procrear en un futuro inmediato. Esta diferencia fue independiente del tipo de organización familiar.

d) Las diferencias de conducta registradas pueden encontrar una explicación, hasta cierto punto, en las diferencias estructurales observadas en ambos tipos de organización: en las familias extensas existen mujeres más jóvenes, no unidas o con uniones más breves más frecuentemente que en las familias nucleares.

e) Las variables demográficas tales como la edad de la mujer, su unión y la duración de la misma, y el antecedente de un embarazo previo no se asocian con la aceptación o el rechazo del servicio, independientemente del tipo de familia. Esta observación es consistente con la idea de que las dos formas de organización familiar exploradas, en conjunción con el status reproductivo de la mujer —presencia de embarazo y deseo de procreación— influyen o median en el proceso de decisiones que se toman para asegurar el bienestar del grupo.

No es posible afirmar cuál es la forma en que uno u otro tipo de organización determina o interviene en el patrón de decisiones ni si la decisión adoptada es más o menos eficiente. Será necesario estudiar la influencia que tienen factores como el nivel de la economía familiar, su inserción de clase y su nivel educacional. Sin embargo, los resultados obtenidos confirman que los análisis que se hagan de los procesos que se dan en este nivel de manifestación pueden ser fructíferos para entender el comportamiento de los individuos ante los servicios de salud.

## Bibliografía

- Arroyo, P.; H. Ávila; E. Casanueva; y D. García, "Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales, I. Justificación y estrategia", *Bol. Of. San. Panam.*, 1983; 95(1):35-43.
- Arroyo, P. y A. Langer, "Prospectiva de la investigación en perinatología", en *La salud en México y la investigación clínica*, PUIC-UNAM, México, 1985, pp. 73-96.
- Benjamin, A.E., "Determinants of state variations in home health, utilization and expenditures under Medicare", *Med. Care*, junio de 1986, 32(6): 535-47.
- Bleland, F., "Utilization of health services as events. An exploratory

- study", *Health. Serv. Res.*, junio de 1988, 23(2): 295-310.
- Casanueva, E.; H. Ávila; P. Arroyo; D. García y E. Jurado, "Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales, II. Evaluación de la aceptación de un servicio de salud", *Bol. Of. San. Panam.*, 1983; 95(1): 44-49.
- Ejlertsson, G., "Utilization of health services in a defined swedish population", *Fam. Pract.*, marzo de 1986, 3(1): 9-13.
- Fortes, M., "Introducción", en J. Goody (comp.), *The developmental cycle in domestic groups*. Cambridge: Cambridge University Press, 1958: 1-12. Citado por: Infante-Castañeda C.
- García, B., "Población, familia y desarrollo", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México 1983*, El Colegio de México-UNAM-PISPAL; 1984(2): 641-644.
- García, B., H. Muñoz y O. de Oliveira, "Hogares y trabajadores en la ciudad de México", México, El Colegio de México-UNAM, 1982, 7-11.
- Gold, M., "The demand for hospital outpatient services", *Health Serv. Res.*, agosto de 1984, 19(3):383-412.
- Habib, O.S. y J.P. Vaughan, "The determinants of health services. Utilization in southern Iraq: a household interview survey", *Int. J. Epidemiol.*, septiembre de 1986, 15(3): 395-403.
- Hulka, B.S. y J.R. Wheat, "Patterns of utilization. The patient perspective", *Med. Care*, mayo de 1985, 23(5): 438-460.
- Infante-Castañeda, C., "Bases para el estudio de la interacción familiares-redes sociales-uso de servicios de salud", *Salud Pública Méx.*, 1982; 30(2): 175-196.
- Jelin, E., "Familia, unidad doméstica y división del trabajo. ¿Qué sabemos? ¿Hacia dónde vamos?", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, 1983*. El Colegio de México-UNAM-PISPAL, 1984(2): 645-674.
- Northcott, H.C. y R.W. Rail, "Factors in the utilization of the small non-metropolitan hospital in Alberta, Canada", *Soc. Sci. Med.* 1983; 17(18): 1379-1387.
- Petersen, P.E. y K. M. Pedersen, "Socioeconomic demand model for dental visits", *Community Dent. Oral Epidemiol.*, diciembre de 1984, 12(6):361-365.
- Slade, F.P., "The effect of disability insurance on health care demand", *Soc. Sci. Med.*, 1984; 19(1):19-25.
- Stefl, M.E. y D.C. Prosperi, "Barriers to mental health service utilization", *Community Ment. Hlth. J.*, otoño de 1985, 21(3):167-178.
- Thomas, J.W. y R. Penchansky, "Relating satisfaction with access to utilization of services", *Med. Care*, junio de 1984, 22(6):553-568.

