

La utilización de un servicio de salud perinatal.  
Influencia del tipo de hogar\*

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

*En este estudio se profundiza en la influencia que la estructura familiar tiene en las tasas de aceptación de un servicio de salud perinatal. En él se consideran dos niveles de análisis: el individual y el de la unidad doméstica.*

*La información proviene de un cuestionario sobre familia y vivienda que se aplicó a un grupo de mujeres con capacidad reproductiva, integradas en un programa preventivo, el cual estaba orientado al estudio de las características del proceso perinatal.*

*Las mujeres pertenecientes a hogares de tipo no nuclear y que se encontraban en las fases iniciales de su ciclo reproductivo aceptaron con mayor frecuencia el servicio ofrecido; lo mismo se observó con este grupo en los casos en que los jefes tenían condiciones de escolaridad y de ocupación más desfavorables y los servicios del hogar eran más deficientes. En situación de embarazo, las diferencias obtenidas por tipo de hogar desaparecían.*

*La estructura del hogar es un elemento selectivo. Las observaciones permiten sostener que la estructura de los hogares no nucleares encontrados en la zona de estudio, especialmente si su nivel de vida es bajo, favorece la utilización de un servicio de atención perinatal planeado con un enfoque preventivo.*

Una de las áreas de interés de la investigación de los servicios de salud es el estudio de los procesos que determinan su utilización. Tales procesos son de naturaleza diversa: macrosociales, como los relacionados con la estructura del sistema de salud, o microsociales, como la inserción de clase y el nivel educativo de los individuos y de sus familias, entre otras características. Así, se asume de manera simplificada que la utilización de los servicios está

\* La antropóloga Deyanira García participó en la planeación y diseño de formatos de captura y análisis de la información, así como en las etapas iniciales del trabajo de campo. Los autores agradecen su contribución. La maestra en ciencias Claudia Castañeda hizo valiosos comentarios al manuscrito preliminar.

\*\* División de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Perinatología, México.

asociada, en primer lugar, con las necesidades percibidas por los individuos; en segundo, con los atributos económicos y sociales de ellos; y en tercer lugar, con las características de las instituciones de salud (Foets, Frans y Janssens, 1985; Northcott y Rail, 1983; Habib y Vaughan, 1986).

En México, el sistema de salud tiene un enfoque curativo dominante y es desigual respecto del número y del tipo de servicios disponibles (Habib y Vaughan, 1983). Este enfoque y esta desigualdad determinan variantes en la utilización de los servicios por parte de la población, especialmente si se trata de servicios con un elemento preventivo importante. La utilización de servicios de atención perinatal presenta algunas características que la diferencian de otros procesos de atención a la salud: la reproducción humana es un proceso normal, sus desviaciones son la excepción y el nacimiento de un niño responde, en general, a una planeación por la pareja, la cual da lugar a posibilidades amplias de promoción de la salud y de prevención de riesgos específicos. Para que la promoción y la prevención se lleven a cabo, son indispensables la oportunidad y la continuidad en la utilización de los servicios. Sin embargo, tanto la población como las instituciones de salud perciben la reproducción como un fenómeno que requiere una atención curativa y los servicios que éstas últimas ofrecen, insuficientes en relación con la demanda, tienen esta orientación dominante (Arroyo y Langer, 1985).

El Instituto Nacional de Perinatología (INP) ha desarrollado una línea de investigaciones para estudiar los factores que determinan las variantes en la aceptación y utilización de un servicio de salud perinatal. Esta línea de investigación forma parte de un programa más amplio orientado al estudio de las características del proceso perinatal en población urbana de la ciudad de México (Arroyo, Ávila, Casanueva y García, 1983). Para este programa, se organizó una cohorte de mujeres con capacidad reproductiva –cohorte de estudios perinatales (CEP)–, a quienes se les ofreció un servicio de salud con un enfoque preventivo –independientemente de su condición de clase y de su estado de salud–, para que tuvieran acceso a otros servicios médicos. Tal oferta buscó modificar tres aspectos:

- Inducir la utilización del servicio, al realizarla en el hogar.
- Inducir la utilización del servicio, independientemente del status reproductivo de la mujer y de su estado de salud.
- Ofrecer el servicio de salud de acuerdo con una concepción integral del proceso perinatal. Para lograr esta integración, se utilizó el modelo del intervalo intergenésico, el cual caracteriza al proceso en cuatro fases: pregestacional, gestacional, de resolución del embarazo y puerperio (Arroyo, Ávila, Casanueva y García,

1983). Es decir, a las mujeres se les ofreció un paquete simplificado de servicios de promoción, prevención, detección y manejo en cada una de estas fases.

El enfoque preventivo del servicio conlleva la dificultad de lograr su aceptación y uso continuo a lo largo del proceso perinatal, ya que la población no experimenta, de manera automática, una necesidad inmediata de atención. Así, el diseño de investigación aplicado, que considera el estudio dinámico de algunos de los factores que influyen en la aceptación del servicio, facilita la comprensión de ciertos procesos que inducen la participación de la población en este tipo de programas.

Algunos resultados del programa de investigación han sido publicados con anterioridad (Casanueva, Ávila, Arroyo, García y Jurado, 1983; Arroyo, Arce, Ávila y Casanueva, 1991). La primera publicación confirmó la importancia de la accesibilidad geográfica y económica de los servicios de salud: por una parte, se observó una relación inversa entre el tiempo de transportación y su costo, y por otra, la aceptación del servicio (Casanueva, Ávila, Arroyo, García y Jurado, 1983). Dos publicaciones posteriores mostraron una tendencia en la utilización del servicio de acuerdo con la percepción de las mujeres de sus necesidades de salud: una mostró que el servicio fue aceptado en mayor proporción por las mujeres embarazadas, así como por las mujeres que, por su edad, tenían mayor probabilidad de tener un hijo (Ávila, Casanueva y Arroyo, 1985). La otra publicación señaló que las mujeres que previamente habían tenido una experiencia reproductiva desfavorable aceptaron el servicio con mayor frecuencia (Arroyo, Arce, Ávila y Casanueva, 1991).

Una interpretación de estos resultados es que, dentro de las restricciones que impone la disponibilidad de los servicios de salud, cada individuo jerarquiza, a partir de su percepción de la necesidad de atención, las decisiones para satisfacerla, que son generadas en gran medida en el hogar (Llovet, 1989). Sin embargo, las observaciones citadas hasta ahora contemplan solamente el nivel de análisis individual. Datos preliminares del estudio de la influencia que la estructura familiar tiene sobre las tasas de aceptación del servicio fueron publicados recientemente (García, Arroyo, Ávila, Casanueva, Centeno y Tiburcio, 1990) y sugerían que las mujeres en edad reproductiva que no estaban embarazadas y que pertenecían a hogares de tipo no nuclear aceptaban el servicio de salud más frecuentemente que aquellas que formaban parte de hogares nucleares. Esta diferencia no fue observada cuando la mujer se encontraba embarazada. A partir de estos resultados, no es posible inferir la manera en que la estructura familiar modela los procesos de deci-

sión. Una explicación plausible sería que los grupos familiares no nucleares tienen, en general, un nivel de vida más precario que los nucleares y, por lo tanto, cuentan con una mayor probabilidad de aceptar servicios de bajo costo. Por otra parte, si los miembros de los hogares nucleares hubieran dispuesto de más recursos, habrían sido capaces, en teoría, de acceder a los servicios reservados para los derechohabientes de la seguridad social, lo cual, a su vez, explicaría la menor tasa de utilización encontrada.

El presente trabajo tiene como propósito ampliar el análisis de las relaciones comentadas antes; en particular, la influencia del tipo de estructura familiar. En una primera fase se analizaron, por un lado, las relaciones entre los atributos de las mujeres entrevistadas y de los hogares de pertenencia y, por otro, la aceptación del servicio de salud. En la segunda, se vieron las relaciones entre estos atributos, individuales y colectivos, y el tipo de hogar. En una tercera, se estudiaron las tasas de aceptación del servicio por mujeres no embarazadas y embarazadas, en función de cada tipo de hogar, "controlando", estadísticamente, cada una de las variables estudiadas del individuo y del hogar.

### Metodología

Los datos analizados provienen del cuestionario sobre familia y vivienda que se aplicó en el hogar al hacerse la invitación a participar en la CEP a mujeres residentes en el área aledaña al INP (Arroyo, Avila, Casanueva y García, 1983). Los requisitos para la admisión de las mujeres fueron: tener entre 14 y 48 años de edad; no estar bajo el control de ningún método anticonceptivo definitivo, ni ella ni (en su caso) su compañero; no haber iniciado la menopausia; no ser deficiente mental. La información fue recolectada por personal capacitado previamente. El grupo estudiado correspondió a todas las mujeres entrevistadas que habitaban en uno de los cinco sectores en que fue dividida el área de influencia del INP. Dicho sector comprende las colonias América, 16 de Septiembre y Tacubaya, pertenecientes a la delegación Miguel Hidalgo, en el D.F. Dichas colonias forman parte de una zona densamente poblada que cuenta con servicios de pavimentación, alumbrado, agua, drenaje y mercados. Asimismo, en sus inmediaciones hay disponibilidad de servicios médicos para la población no asegurada, además de consultorios y sanatorios privados.

La verificación de la utilización del servicio de salud se hizo cuando la mujer asistió al INP para que se le revisara su estado de salud. La utilización fue analizada en dos niveles:

a) *Nivel individual*, que comprendió variables que corresponden al perfil reproductivo de las mujeres. Estas variables fueron la edad, la existencia de una unión, los años de la misma, el número de embarazos, la situación de embarazo en el momento de la entrevista y la expresión verbal del deseo de procrear más hijos.

b) *Nivel de la unidad doméstica*, definida como el área física dentro de la cual sus habitantes realizan, en forma integrada, la elaboración y el consumo de alimentos, y la utilizan como dormitorio. Las características registradas de la unidad doméstica fueron el tipo de toma de agua y de baño (familiar o colectivo) y el número de personas por dormitorio. La persona de mayor edad del grupo familiar y con una ocupación remunerada fue clasificada como jefe de la unidad doméstica. Se supuso que la edad y el status laboral eran variables que guardaban relación con este rol. De esta persona se registraron la escolaridad y el tipo y categoría de su ocupación. Estas variables brindan información sobre las condiciones de vida y, por lo tanto, pueden ser consideradas como factores predisponentes o limitantes de la utilización del servicio de salud. Para considerar la aceptación o el rechazo del servicio de salud en el nivel de análisis de la unidad doméstica, se consideró que, independientemente del número de mujeres entrevistadas en cada una de ellas, si al menos una acudió para su evaluación, la unidad sería clasificada como aceptante del servicio y en caso contrario, como rechazante.

Así, el criterio central de clasificación fue la residencia en común: se designó hogar "nuclear" al integrado por padre(s) e hijo(s); estos últimos, no unidos y sin descendencia. El hogar "no nuclear" estuvo integrado por dos o más núcleos familiares, o bien por un núcleo familiar y uno o más miembros pertenecientes a otro u otros núcleos. De esta manera fueron incluidos en la categoría de "no nuclear" tanto las agrupaciones familiares con lazos de parentesco como las compuestas.

El primer análisis, bivariado, se efectuó relacionando las características demográficas de la mujer y su hogar de pertenencia, así como las características de los jefes y del hogar, con la aceptación del servicio de salud. El segundo análisis, también bivariado, estudió la distribución de las variables mencionadas según el tipo de hogar. Finalmente, por medio del análisis de tres variables, se calculó la tasa de aceptación del servicio para cada forma de organización familiar, "controlando" estadísticamente el efecto de cada variable individual y de la unidad doméstica, tanto para las mujeres no embarazadas como para las embarazadas. Las técnicas de análisis estadístico aplicadas

fueron la *Chi* cuadrada y la *Q* de Yule (Recchini de Lates, citado por García *et al.*, 1983: 13).

### Resultados

El estudio comprendió 679 unidades domésticas en las que fueron entrevistadas 922 mujeres, quienes de acuerdo con sus características demográficas representaban un grupo predominantemente joven: 72% tenían entre 14 y 29 años de edad, dos terceras partes de ellas estaban unidas, y de estas últimas, una fracción similar tenían tres o más hijos. En cuanto al deseo de tener más, aproximadamente 60% de las mujeres se expresaron positivamente y 16% estaban embarazadas en el momento de la entrevista. Al considerar estos factores en conjunto, se concluye que se trató de una población con altas expectativas reproductivas.

En cuanto a las características de las personas identificadas como jefes de familia, sólo una tercera parte de ellas tenían una escolaridad superior a la primaria. Sus ocupaciones mostraron el predominio de actividades no calificadas: 83% eran obreros, prestaban servicios personales o eran comerciantes. El 73% eran asalariados, en tanto que 26% eran trabajadores por cuenta propia. Los trabajadores eventuales constituían 60% e incluían a los que laboraban por cuenta propia y a los asalariados sin contrato. En 60% de los hogares, cuatro o más personas compartían un dormitorio, y en referencia a los servicios de toma de agua y de baño, el porcentaje se dividió casi igual entre los de tipo familiar y colectivo. Estos datos reflejan que, en general, se trataba de hogares con recursos limitados.

Los cuadros 1 y 2 muestran, de manera resumida, las características de las mujeres, de los jefes de familia y del hogar, en relación con la tasa de aceptación del servicio de salud. La tasa promedio estuvo cercana a 50% y no mostró grandes variaciones en función de las características demográficas de las mujeres, con excepción de la expresión del deseo de procrear más hijos y de la existencia de embarazo, situación, esta última, en la cual la cifra aumentó hasta 70%. Al considerar el tipo de hogar, se encontró que 59% de las mujeres pertenecían a hogares nucleares y 41% a no nucleares. La relación de esta variable con la aceptación del servicio alcanzó un mayor porcentaje para las mujeres pertenecientes a hogares no nucleares. A pesar de que esta diferencia es estadísticamente significativa, el valor de la fuerza de asociación entre esta variable y la aceptación fue relativamente bajo, como demuestra la *Q* de Yule, que fue de  $-0.16$ . El cuadro 2 muestra que el porcentaje de aceptación promedio no se vio modificado por la

influencia de la escolaridad y el tipo y categoría de ocupación del jefe del hogar, y que disminuyó cuando las mujeres procedían de hogares con toma de agua y baño de tipo colectivo, diferencia que alcanzó una significación estadística en ambos casos.

**CUADRO 1**  
**Características demográficas de las mujeres y aceptación del servicio de salud\***

<i>Características</i>	<i>Aceptación</i>		<i>Total</i>	<i>Chi</i>	<i>Q</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>			
<b>Edad</b>					
14-29	49.8	50.2	100 (660)	0.17	
30-48	48.1	51.9	100 (262)	N.S.	0.03
<b>Unión</b>					
Sí	48.7	51.2	100 (597)	0.00	
No	50.5	49.5	100 (325)	N.S.	-0.03
<b>Unión (años)</b>					
4 o menos	50.7	49.3	100 (203)	0.00	
5 o más	47.3	52.7	100 (389)	N.S.	0.06
<b>Embarazos</b>					
2 o menos	49.1	50.9	100 (578)	0.00	
3 o más	49.7	50.3	100 (344)	N.S.	-0.01
<b>Deseo de procreación</b>					
Sí	52.1	47.9	100 (516)	5.70	
No	43.7	56.3	100 (355)	p< 0.02	0.16
<b>Embarazo</b>					
Sí	69.7	30.3	100 (152)	35.1	
No	45.3	54.7	100 (770)	p< 0.001	0.47
<b>Hogar</b>					
Nuclear	46.0	54.0	100 (546)	6.1	
No nuclear	54.3	45.7	100 (376)	p< 0.02	-0.16

\* Número de caso: 922. La cifra varía por pérdida de información.  
N.S.: No se sabe.

**CUADRO 2**  
**Algunas características de los jefes y del hogar y aceptación del servicio de salud\***

<i>Características</i>	<i>Aceptación</i>		<i>Total</i>	<i>Chi</i>	<i>Q</i>
	<i>Sí.</i>	<i>No</i>			
<b>Escolaridad</b>					
Primaria	48.6	51.4	100 (444)	0.04	
Secundaria	47.5	52.5	100 (223)	N.S.	0.02
<b>Ocupación**</b>					
I	48.7	51.3	100 (558)	0.18	
II	45.9	54.1	100 (111)	N.S.	0.05
<b>Ocupación (categoría)</b>					
Eventual	51.3	48.7	100 (386)	2.58	
Fijo	45.0	55.0	100 (278)	N.S.	0.12
<b>Personas por dormitorio</b>					
4 o más	50.0	50.0	100 (254)	0.43	
1-3	47.4	52.6	100 (422)	N.S.	-0.05
<b>Toma de agua</b>					
Colectiva	42.8	57.2	100 (355)	8.30	
Familiar	54.2	45.8	100 (323)	p< 0.01	-0.36
<b>Baño</b>					
Colectivo	44.1	55.9	100 (372)	5.10	
Familiar	53.1	46.9	100 (305)	p< 0.05	-0.18

\* El número de hogares fue de 679. La cifra varía por pérdida de información.

\*\* I: Obreros, servicios personales y comerciantes.

II: Administrativos, técnicos y profesionales.

N.S.: No se sabe.

Los cuadros 3 y 4 presentan las distribuciones de las características de las mujeres, de los jefes del hogar y de los hogares mismos, en función de la estructura familiar. Se aprecia que los hogares nucleares tenían más mujeres de mayor edad, unidas, con más años de unión y, sobre todo, con mayor número de embarazos previos, que los hogares no nucleares. Asimismo, las mujeres de los hogares nucleares expresaron con mayor frecuencia su deseo de no tener más hijos. Sin embargo, la tasa de mujeres embarazadas no mostró diferencias significativas en ambos grupos. El cuadro 4 muestra que los hogares nu-

cleares tenían jefes con mayor escolaridad y con ocupaciones estables más frecuentemente. En lo que se refiere a los servicios, estos hogares tenían una relación menor de personas por dormitorio y, paradójicamente, más servicios de tipo colectivo, si bien esta última asociación fue más débil.

**CUADRO 3**  
**Características demográficas de las mujeres de acuerdo con el tipo de hogar\***

Características	Hogar		Total	Chi	Q
	Nuclear	No nuclear			
<b>Edad</b>					
14-29	56.1	43.9	100 (660)	8.5	
30 o más	67.2	32.8	100 (262)	p< 0.01	-0.23
<b>Unión</b>					
Sí	62.6	37.4	100 (597)	7.8	
No	52.9	47.1	100 (325)	p< 0.01	0.19
<b>Unión (años)</b>					
4 o menos	54.2	45.8	100 (203)	9.7	
5 o más	67.6	32.4	100 (389)	p< 0.01	-0.27
<b>Embarazos</b>					
2 o menos	53.8	46.2	100 (578)	18.2	
3 o más	68.3	31.7	100 (344)	p< 0.001	-0.29
<b>Deseo de procreación</b>					
Sí	57.0	43.0	100 (516)	4.3	
No	64.2	35.8	100 (355)	p< 0.04	-0.15
<b>Embarazo</b>					
Sí	52.6	47.4	100 (152)	3.2	
No	60.5	39.5	100 (770)	N.S.	-0.15

\* Véase la nota del cuadro 1.

Las conclusiones principales derivadas de este primer análisis bivariado se resumen de la manera siguiente:

- a) La población estudiada estuvo integrada, principalmente, por mujeres jóvenes con un potencial reproductivo eleva-

CUADRO 4  
**Algunas características de los jefes y del hogar y tipo de hogar\***

Características	Hogar		Total	Chi	Q
	Nuclear	No nuclear			
Escolaridad					
Primaria	65.5	34.4	100 (444)	7.6	
Secundaria	75.8	24.2	100 (223)	p< 0.01	-0.24
Ocupación**					
I	67.4	32.6	100 (558)	3.5	
II	73.9	26.1	100 (111)	N.S.	-0.15
Ocupación (categoría)					
Eventual	64.5	35.4	100 (386)	6.65	
Fijo	73.7	26.3	100 (278)	p< 0.01	-0.21
Personas por dormitorio					
4 o más	60.2	39.8	100 (422)	33.2	
1-3	81.5	18.5	100 (254)	p< 0.001	-0.48
Toma de agua					
Colectiva	71.5	28.5	100 (355)	3.97	
Familiar	64.4	35.6	100 (323)	p< 0.05	0.16
Baño					
Colectivo	70.2	29.8	100 (372)	1.62	
Familiar	65.6	34.4	100 (305)	N.S.	0.10

\* Véase la nota del cuadro 2.

\*\* I Obreros, servicios personales y comerciantes.

  II Administrativos, técnicos y profesionales.

N. S.: No se sabe.

do y de condiciones sociales y económicas predominantemente bajas; una de cada dos de ellas aceptaron el servicio de salud que les fue ofrecido.

b) La variabilidad de la tasa de aceptación fue modificada por dos características de las mujeres: la expresión de su deseo de tener más hijos y el estar embarazadas.

c) La estructura del hogar de procedencia modificó la tasa de aceptación: las mujeres procedentes de hogares no nucleares aceptaron más frecuentemente el servicio de salud. Sin embargo, esta diferencia, a pesar de te-

ner una significación estadística, no fue grande.

- d) Los hogares nucleares incluían más mujeres que se encontraban en una etapa del ciclo reproductivo más avanzada que los no nucleares, y su nivel económico era mejor.

Las diferencias de aceptación del servicio observadas en ambas formas de organización familiar podrían ser resultado de uno o varios de los siguientes factores:

- a) Mayor número de mujeres con potencial reproductivo alto, pertenecientes a hogares no nucleares.
- b) Condiciones sociales y económicas más deficientes de los hogares no nucleares, que limitaban el acceso de las mujeres a otros servicios de salud.
- c) Características del hogar no nuclear que favorecen la utilización de los servicios de salud por la mujer.

Para demostrar la influencia de la organización del hogar en la utilización del servicio de salud, con independencia de los factores señalados en los incisos *a* y *b*, se diseñó un análisis multivariado que consistió en el cálculo de la tasa de aceptación del servicio por las mujeres pertenecientes a cada una de las formas de estructura familiar, "controlando" la influencia de sus características demográficas, los atributos de los jefes de la familia y de los hogares. Se analizaron, por separado, las mujeres no embarazadas y las embarazadas. Los cuadros 5 y 6, correspondientes a las mujeres no embarazadas, muestran solamente el porcentaje de aceptación para cada tipo de hogar y para cada una de las categorías de variables controladas. Los porcentajes correspondientes se asocian con sus respectivos valores de *Chi* y *Q*. Así, el cuadro 5 muestra que, por ejemplo, en el grupo de mujeres de 14 a 29 años, 40.2% de las pertenecientes a hogares nucleares aceptaron el servicio de salud, en comparación con 50.7% de las mujeres de los hogares no nucleares. Hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de aceptación según el tipo de hogar, en los grupos de mujeres jóvenes, no unidas y que manifestaron el deseo de procrear más hijos. El porcentaje de aceptación en estos casos fue más elevado para las mujeres pertenecientes a hogares no nucleares. Los valores de la *Q* de Yule para cada una de estas categorías fueron más elevados que el valor correspondiente mostrado en el cuadro 1. Por lo que se refiere a las características de los jefes y de la unidad doméstica (véase el cuadro 6),

las tasas de aceptación de las mujeres de hogares no nucleares fueron más altas cuando la escolaridad y el tipo de ocupación de los jefes eran más desfavorables, y el servicio de agua, más deficiente. Los análisis de las tasas de aceptación del servicio correspondientes a las mujeres embarazadas no se presentan porque no mostraron diferencias en ninguna de las variables controladas.

**CUADRO 5**  
**Porcentaje de aceptación del servicio de salud por mujeres no embarazadas, según tipo de hogar, controlando por características demográficas**

<i>Variable controlada</i>	<i>Hogar</i>		<i>Chi</i>	<i>Q</i>
	<i>Nuclear</i>	<i>No nuclear</i>		
<b>Edad</b>				
14-29	40.2	50.7	5.34 *	-0.21
30-48	45.0	50.6	0.46	-0.11
<b>Unión</b>				
Sí	43.4	47.3	0.67	-0.08
No	38.9	54.8	7.47 **	-0.31
<b>Unión (años)</b>				
4 o menos	37.3	42.4	0.77	-0.10
5 o más	45.2	49.1	0.30	-0.08
<b>Embarazos</b>				
2 o menos	39.6	48.6	3.66	-0.18
3 o más	44.9	55.8	2.42	-0.21
<b>Deseo de procreación</b>				
Sí	40.7	54.4	7.04 **	-0.27
No	41.6	41.4	0.01	0.00

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .

Las conclusiones de este análisis son las siguientes:

- a) La estructura de los hogares de tipo no nuclear favorece la utilización por las mujeres de un servicio de atención perinatal que hace hincapié en la prevención, cuando ellas se encuentran en las fases iniciales de su ciclo reproductivo.

CUADRO 6

Aceptación del servicio de salud por mujeres no embarazadas, según tipo de hogar, controlando por algunas características de los jefes y del hogar

Variable controlada	Hogar		Chi	Q
	Nuclear	No nuclear		
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	45.0	55.6	4.4 *	-0.20
Secundaria	48.5	44.4	0.27	0.08
<b>Ocupación</b>				
I	45.2	56.0	5.5 *	-0.21
II	51.2	31.0	3.51	0.40
<b>Ocupación (categoría)</b>				
Eventual	48.6	56.2	2.04	-0.15
Fijo	44.4	46.6	0.09	-0.04
<b>Personas por dormitorio</b>				
4 o más	44.1	52.4	2.78	-0.16
1-3	48.8	55.3	0.65	-0.13
<b>Toma de agua</b>				
Colectiva	39.4	51.5	5.13 *	-0.24
Familiar	54.3	53.9	0.00	0.00
<b>Baño</b>				
Colectivo	41.0	51.4	3.38	-0.20
Familiar	52.5	54.3	0.08	-0.06

\*  $p < 0.05$

b) El servicio de salud perinatal es aceptado más frecuentemente por mujeres pertenecientes a hogares no nucleares cuyos jefes tienen condiciones de escolaridad y de ocupación más desfavorables y los servicios del hogar son más deficientes.

c) Las diferencias de aceptación del servicio de salud entre las mujeres pertenecientes a ambos tipos de hogares se anulan en el momento de la existencia de embarazo.

## Discusión

La primera etapa del análisis mostró que la población estudiada estaba constituida, en la mitad de los casos, por mujeres jóvenes que todavía no iniciaban la reproducción o que se encontraban en las fases tempranas de este proceso. Estas mujeres se concentraron en los hogares con organización no nuclear y declararon el deseo de tener un embarazo en el futuro próximo con más frecuencia. Las condiciones de escolaridad y de ocupación de los jefes de los hogares no nucleares muestran, en términos generales, que éstos estaban en desventaja frente a los que tenían organización nuclear. Como fue señalado anteriormente, las mujeres procedentes de hogares no nucleares mostraron una mayor tendencia a utilizar el servicio de salud.

Estos resultados dieron pie para considerar, en primer lugar, la hipótesis de que la mayor tasa de aceptación del servicio por las mujeres procedentes de hogares no nucleares fuera consecuencia de estas desventajas, frente a una disponibilidad limitada de servicios de atención perinatal, sobre todo si se piensa en servicios con un enfoque preventivo más acentuado. Sin embargo, llama la atención que cuando se calculó la tasa de utilización del servicio, tomando en consideración el nivel de organización del hogar, no se encontraron diferencias, excepto para indicadores como la disponibilidad de servicios de la vivienda del tipo de la toma de agua y del baño. Sin embargo, el sentido de estas diferencias va en contra de lo esperado: se asume que los servicios de la vivienda de este tipo indican un nivel de vida más alto, y fue en estos casos en los que la utilización del servicio fue ligeramente más elevada.

La consideración del nivel en que el análisis fue realizado es importante, pues se trata de demostrar la influencia de factores sobre la utilización de los servicios que se dan en el hogar. Otros autores han mencionado la importancia del nivel de análisis para el estudio de la participación femenina en el mercado de trabajo. Recchini, en Argentina, y Lopes, en Brasil, han encontrado que en estos países las mujeres participan más si pertenecen a hogares extendidos (citado por García *et al.*, 1983: 13).

El análisis confirmó, por otra parte, la importancia de la urgencia de la necesidad de atención en el proceso de utilización del servicio, al aumentar la tasa de aceptación por las mujeres embarazadas, independientemente de cualquier otra consideración. De aquí que los análisis subsecuentes fueron realizados distinguiendo a las mujeres que estaban embarazadas de las que no lo estaban. En el caso de las primeras, persistió la elevada tasa de

aceptación. Sin embargo, en el caso de las segundas, los resultados del análisis mostraron que, en el nivel del individuo, las diferencias de utilización del servicio se mantuvieron, e inclusive aumentaron, solamente para las mujeres más jóvenes, no unidas y que manifestaron la intención de un embarazo, pertenecientes a hogares no nucleares. Es decir, el efecto de la estructura del hogar es selectivo para las mujeres que se encuentran en las fases iniciales de su ciclo reproductivo. Al desaparecer los efectos de las condiciones de instrucción y trabajo de los jefes del hogar, el análisis muestra que la mayor utilización fue hecha por las mujeres procedentes de hogares no nucleares en condiciones más desventajosas. Inclusive, la diferencia respecto a la disponibilidad de toma de agua de tipo colectivo en la vivienda se dio en el mismo sentido.

Estas evidencias permiten sostener que la estructura del hogar no nuclear encontrada en las zonas urbanas estudiadas de la ciudad de México, especialmente si su nivel de vida es bajo, favorece la utilización de servicios de atención perinatal con un enfoque preventivo. Sin embargo, se trata de un efecto selectivo, que se acentúa sobre todo si la mujer todavía no está unida, pero manifiesta la intención de embarazarse en un futuro próximo. Los valores de la *Q* de Yule fueron más altos para el caso de estas dos variables. Parecería que la idea del hogar, cuando menos en la forma en que fue conceptualizado y definido operativamente en esta investigación, actúa como una instancia de "intermediación" entre el individuo y la sociedad. Sin embargo, de acuerdo con Borsotti (1983), la idea de que los procesos sociales que vinculan al individuo con instituciones ubicadas en un nivel "macro" se dan de manera lineal y mecánica es cuestionable.

En esta investigación, la categoría de hogar definida incorpora dos nociones: la de parentesco y la de residencia. Es decir, comprende arreglos corresidenciales, hogares domésticos —en cuanto arreglos de convivencia y especialmente en el caso del hogar nuclear— y familias biológicas, basadas en el intercambio sexual de los miembros adultos y en las relaciones entre padres e hijos (Borsotti, 1983). Esta concepción del hogar implica que las unidades categorizadas comprenden una diversidad de formas de organización, que coexisten en diferentes momentos de su evolución. Al parecer, los hogares nucleares estudiados comprenden, más probablemente, núcleos familiares con uniones establecidas de cierta duración y con expectativas de reproducción satisfechas en buena medida. Sin embargo, los resultados sugieren, también, que las mujeres con potencialidad reproductiva pertenecientes a este tipo de núcleos, independientemente de su nivel de vida, no utilizan selectivamente el servicio de salud, hecho que sí se demuestra pa-

ra el caso de los hogares extensos. Estos últimos, a su vez, probablemente constituidos por unidades familiares heterogéneas en estadios diferentes de evolución, favorecen que las mujeres que no han iniciado su ciclo reproductivo, o que se encuentran en etapas tempranas del mismo, sí utilicen selectivamente el servicio ofrecido con más frecuencia. La idea de posibilidad de evolución de los grupos familiares lleva implícita la noción del ciclo de vida familiar, misma que ha sido criticada por fundamentarse en cifras promedio elaboradas a partir de datos censales. Los resultados de este estudio parecen apuntar hacia la idea de que en los agrupamientos estudiados coexisten diferentes momentos evolutivos. Como ha sido señalado por Borsotti (1983), la ventaja del modelo del ciclo de vida de la familia ha puesto en evidencia la coexistencia de distintos tiempos: el individual, el familiar y el social. Los resultados de este estudio apuntan en esa dirección.

Un argumento para explicar esta propensión de los hogares no nucleares a favorecer la utilización de los servicios de salud perinatal por las mujeres con potencialidad reproductiva podría ser que en esta forma de organización sus miembros disponen de más recursos, en términos de miembros que apoyen a las mujeres o que las sustituyan más fácilmente en sus obligaciones. Es pertinente señalar que los exámenes clínicos tenían lugar en las primeras horas de la mañana, tiempo que la mujer dedica, primordialmente, al cuidado de los niños y al cumplimiento de otras tareas de mantenimiento del grupo familiar. Este punto trae a la discusión el aspecto de la conciencia de los protagonistas y de la supuesta racionalidad de sus decisiones, en particular en lo que se refiere a estrategias familiares de "supervivencia". De acuerdo con Borsotti (1983), la tarea consiste en discernir la racionalidad específica con la que los agentes conectaron los medios —el programa de atención preventiva— con los fines, en este caso, la planeación de la reproducción. La perspectiva sociológica aplicada en esta investigación no avanza en la identificación ni en la comprobación de los procesos que subyacen a la conducta observada.

Pocos estudios publicados han hecho referencia a la influencia de la organización familiar en la utilización de los servicios de salud. Los que han aportado evidencias empíricas en este sentido no han ofrecido interpretaciones sobre su significado. Destaca el estudio de Habib y Vaughan (1986), quienes, a partir de la información de una encuesta retrospectiva realizada en zonas rurales de Iraq, encontraron que los hogares extensos utilizaban más los servicios de salud que los nucleares. Estos autores comentan que las diferencias pueden explicarse por el hecho de que en los primeros se dispone de más miembros con tiempo disponible para el cuidado

del grupo familiar. Makhlouf Obermeyer y Potter (1991) analizaron los datos de la encuesta sobre fecundidad y salud de la familia en Jordania y encontraron que las mujeres pertenecientes a familias extensas acudieron a hospitales públicos para la atención del parto con más frecuencia que las pertenecientes a familias nucleares. Si bien los autores no comentan estos resultados, pueden atribuirse más a razones económicas que de otra índole.

Las implicaciones prácticas de este estudio se limitan al hecho de que es probable que la atención perinatal preventiva, dirigida a poblaciones urbanas, tenga una cobertura selectiva resultado de la interacción de factores, como el tipo de organización de los hogares, el nivel socioeconómico y el potencial reproductivo de los miembros. Por otro lado, se confirmó la importancia de la percepción de la necesidad de atención inmediata, representada por la existencia del embarazo, en un contexto de disponibilidad limitada de servicios de salud. Sin embargo, las implicaciones teóricas de los resultados presentados son de interés en la medida que el proceso de cuidado de la salud de la familia permite especular sobre las alternativas de organización familiar, su dinámica y sus repercusiones en el mantenimiento y reproducción de la misma.

### Bibliografía

- Arroyo, P., L. Arce, H. Ávila y E. Casanueva (1991), "La utilización de un servicio de salud perinatal. Influencia de la experiencia reproductiva", *Perinat Rep Hum* 5(3).
- H. Ávila, E. Casanueva y D. García (1983), "Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales I. Justificación y estrategia", *Bol Of Sanit Panam*, 95(1), pp. 35-43.
- y A. Langer (1985), "Prospectiva de la investigación en perinatología", en *La salud en México y la investigación clínica*, México, PUIC-UNAM, pp. 73-96.
- Ávila, H., E. Casanueva y P. Arroyo (1985), "Cohorte de estudios perinatales. Edad y embarazo como causas de sesgo", *Bol Of Sanit Panam*, 99(4), pp. 400-404.
- Borsotti, C. (1983), "Comentarios", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, vol. n, México, UNAM-El Colegio de México-PISPAL, pp. 743-744.
- Casanueva E., H. Ávila, P. Arroyo, D. García, y E. Jurado (1983), "Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales II. Evaluación de la aceptación de un servicio de salud", *Bol Of Sanit Panam*, 95(1), pp. 44-49.
- Foets, M, B. Frans y L. Janssens (1985), "The primary health care project in Belgium: survey on the utilization of health services", *Soc Sci*

- Med*, 20(3), pp. 181-190.
- García, B., H. Muñoz y O. de Oliveira (1982), *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*, México, El Colegio de México-UNAM, pp. 38-59.
- (1983), *Familia y mercado de trabajo*, México, El Colegio de México-UNAM, pp. 99-100.
- García, M., P. Arroyo, H. Ávila, E. Casanueva, N. Centeno y T. Tiburcio (1990), "Utilización de un servicio de salud perinatal: la familia como instancia mediadora", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 5(14), pp. 309-319.
- Habib, O.S. y J. P. Vaughan (1983), *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, 2a. ed., México, Siglo XXI Editores-Coplamar, pp. 113-194.
- (1986), "The determinants of health services utilization in Southern Iraq: a household interview survey", *Int J Epidemiol*, 15(3), pp. 395-403.
- Lopes, V. (1983), "La familia en el Brasil según el censo de población de 1960", en B. García *et al.*, *Familia y mercado de trabajo*, México, El Colegio de México-UNAM, p. 13.
- Llovet, J.J. (1989), *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*, Buenos Aires, Ed. Humanitas.
- Makhlouf Obermeyer, C. y J. E. Potter (1991), "Maternal health care utilization in Jordan: A study of patterns and determinants", en *Studies in Family Planning*, 22(3), pp. 177-185.
- Northcott, H. C. y R. W. Rail (1983), "Factors in the utilization of the small non-metropolitan hospitals in Alberta, Canada", *Soc Sci Med*, 17(18), pp. 1379-1387.
- Recchini de Lates, Z.(1983), "Dinámica familiar y participación femenina en la Argentina", en B. García *et al.*, *Familia y mercado de trabajo*, México, El Colegio de México-UNAM, p. 13.