

15



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**"DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS DE SALUD
MATERNOS EN FUNCION DE LA ESCOLARIDAD Y
OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A :

P E R S I D A R E Y E S L O P E Z

ASESOR: LIC. CARMEN FLORES CISNEROS

202815

CIUDAD UNIVERSITARIA SEPTIEMBRE DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A mi esposo Fabián Angel
y a mi hijo Angel Jasiel que
me impulsan cada día a vivir,
luchar y soñar.**

**A mis padres Javier y Romelia
que con amor y esfuerzo me han
heredado el más valioso de los
tesoros; mi educación.**

**A mis hermanos Paty, Javier y
Benjamín porque siempre conté
con su apoyo y cariño.**

**A la UNAM y en específico a la
ENTS por mi formación profesional.**

**A todos los maestros que
imparten con ejemplo las
enseñanzas que ahora práctico.**

**Pero antes que todo y que todos
agradezco a Dios la vida y la
bendición de ser ahora quién soy
razón por la que prometo servirle a El
y a mi país dando lo mejor**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi asesora de tesis la Lic. Carmen Flores Cisneros por el tiempo que me dedico y dirigió para el desarrollo de este trabajo.

Agradezco a los profesores Lic. Concepción Martínez Medina, Lic. Teresa Zamora, y en especial al Dr. Saturno Maciel y a la Dra. Lilia Macedo de la Concha quienes invirtieron parte de su tiempo y conocimientos para el enriquecimiento y conclusión de este trabajo.

Al Departamento de Investigación Sociomédica del Instituto Nacional de Perinatología, por brindarme la oportunidad de realizar esta investigación.

**A todo el equipo de trabajo del Departamento de Investigación Sociomédica del INPer, quienes me enseñaron, ayudaron y motivaron a ser participe en la práctica de la investigación sociomédica y de la investigación en servicios de salud.
Gracias:**

**Lic. Mercedes García Cardona
Lic. Teresa Tiburcio
Lic. Alma A. Nava Benites
Lic. Carmen Flores Cisneros
Enf. Bernandina Sánchez
Enf. Cristina Ramírez González
Enf. Ma. Eugenia Mendoza Flores
Sria. Blanca Mendiola
Sria. Sonia Vargas**

INDICE

	Página
INTRODUCCION	i
1. MARCO HISTORICO Y CONCEPTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO	1
PRIMERA PARTE:	
1.1 Disponibilidad y utilización de los servicios de salud	1
1.2 Los Servicios de Salud y su proceso histórico-social	4
1.3 Marco conceptual de los Servicios de Salud	9
1.4 Tipos de Servicios de Salud	10
1.4.1 Servicios para la población abierta	12
1.4.2 Instituciones de seguridad social	13
1.5 Cobertura y demanda de los servicios de salud	15
SEGUNDA PARTE:	
1.6 Investigación en Servicios de Salud	17
1.6.1 Aspectos generales	17
1.6.2 Investigación en Servicios de Salud de la División de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Perinatología (INPer)	19
CAPITULO 2	
2. INDICADORES SOCIALES: ESCOLARIDAD, OCUPACION Y SU RELACION CON JEFATURA FAMILIAR	21
PRIMERA PARTE:	
2.1 Escolaridad.....	21
2.2 Ocupación	23
2.2.1 Clasificación de ocupación: Tipo y estabilidad	25
2.3 Jefatura familiar	25
SEGUNDA PARTE:	
2.4 Relación de los indicadores sociales: Escolaridad, ocupación y jefatura familiar con la disponibilidad de servicios de salud	27

CAPITULO 3

3. INVESTIGACION DE LA DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNOS EN FUNCION DE LA ESCOLARIDAD Y OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA	29
3.1 Metodología para la investigación de la disponibilidad y utilización de los servicios de salud maternos en función de algunas variables sociales.....	29
3.2 Planteamiento acerca de la problemática y perspectivas de la utilización de los servicios de salud matema en una área urbana del D.F.	30
3.3 Hpotesis	31
3.4 Diseño de la investigación	32
3.5 Objetivos	32
3.6 Metodología estadística	35
3.7 Recuento	38
3.8 Analisis de las variables sociales que determinan la disponibilidad de servicios de salud y evaluación de su asociación en la utilización de los servicios de salud maternos	39
CONCLUSIONES	49
PROPUESTAS	52
ANEXOS.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	61

INTRODUCCION

El trabajo Social es una profesión que día a día va adquiriendo mayor importancia, riqueza y trascendencia en los diferentes campos de acción profesional, pero sobre todo en el de la salud. El desenvolvimiento de esta disciplina en el campo de la salud, ha tenido distintas vertientes de participación, y de tiempo atrás, el ejercicio se ha concentrado en el nivel operativo. Sin embargo; también ha generado espacios de acción, relacionados con la *investigación en aspectos sociales del "proceso salud-enfermedad"*, de tal manera que ha permitido retroalimentar distintas áreas de dicho campo, por ejemplo: a nivel de la investigación de ciertos indicadores sociales, demográficos, económicos y otros, vinculados a la salud materna. A partir de los años 70, el Trabajador Social empieza su participación en el ámbito de la **investigación en los servicios de salud perinatal**. En esta ocasión se acerca a la Investigación en Servicios de Salud (I.S.S) en la que *"se estudian y evalúan aquellos aspectos relacionados con el desarrollo y buen funcionamiento de los servicios de salud, así como la calidad de atención y la capacidad de cubrir a la población demandante de dichos servicios"* (Domínguez, J. 1983:273-283). En los años 90, la participación de trabajadores sociales, -que inició en los 70, con trabajo de campo y operativo, para la captación y mantenimiento de una Cohorte¹ de Estudios Perinatales (C.E.P), continúa el desempeño de funciones de estudio, análisis y divulgación de resultados en equipo(s) interdisciplinario(s)². Función que es promovida y estimulada a principios de los 90 con la incorporación de un mayor número de trabajadoras sociales y enfermeras, ambas disciplinas de nivel licenciatura o especialistas en salud materna; por el interés de estudiar y

¹ Los estudios de Cohorte en el campo de salud son comunes y se refiere al seguimiento que se realiza a un grupo de personas seleccionadas con determinados objetivos de investigación por lo que se requiere de una "intervención", en este caso socio-médica, a través de un tiempo determinado por los mismos objetivos.

² Conformados por Trabajadoras Sociales, Médicos, Enfermeras, Nutriólogas, Antropólogas, entre otros.

conformar una nueva Cohorte de estudios perinatales. En ella se promueve la participación de estudiantes y pasantes a nivel licenciatura en Trabajo Social, para desempeñar funciones de investigación, de la licenciatura en Trabajo Social, para desempeñar funciones de investigación principalmente en comunidad a través de levantamiento de encuestas que proporcionarán los datos para el seguimiento de las evaluaciones de salud y mantenimiento de las mujeres captadas) y además del análisis y conformación de (los) marco(s) teórico(s) relacionados con la Investigación en Servicios de Salud y los factores sociales, demográficos y económicos, entre otros; así como el análisis de información y sistematización de datos de la(s) encuesta(s), como es el caso de esta investigación.

Mediante el diagnóstico y análisis de variables sociales el trabajador social interviene al proponer medidas de acción y estrategias que brindan alternativas de solución. Por lo anterior el objetivo de este trabajo fue hacer un análisis de las variables sociales como: escolaridad, ocupación y jefatura familiar para después relacionarlas con la disponibilidad y el uso de servicios de salud materno.

La finalidad del análisis de dichas variables es conocer las principales causas que con mayor frecuencia afectan a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; etapas en las que se presentan enfermedades y en algunos casos, hasta la muerte, no sólo de las mujeres, sino también del producto (feto o recién nacido). A partir de aquí se hizo el análisis de la relación que existe entre escolaridad y ocupación del jefe de familia con la disposición y el uso de los servicios de salud maternos ya que las primeras variables (escolaridad y ocupación) favorecen a que las mujeres *cuente*n con un servicio de salud para *usarlo*, principalmente durante durante el embarazo, parto y puerperio o bien para vigilar la salud de su producto.

Se consideró que la utilización de un servicio de salud de tipo materno está relacionado en primera instancia con la disponibilidad de poder contar con servicios médicos, como producto de una relación laboral; incluyendo los que otorga la seguridad social y el pago de gastos médicos, que en ocasiones es la

única prestación al trabajador. Dado que este beneficio es extensivo para los dependientes económicos del trabajador, se parte del análisis de la relación existente entre la ocupación del jefe de familia y la disponibilidad de servicios médicos, para después identificar la interacción de estos aspectos con otras variables relativas al uso de servicios para control y resolución del embarazo.

El espacio en el que se realizó el estudio, fue en las colonias Daniel Garza, 16 de Septiembre y América de la delegación Miguel Hidalgo del D.F.; la población de estudio (universo) fueron todas las mujeres que hubieran presentado un evento reproductivo el año anterior a la entrevista, independientemente del tipo de resolución (aborto, óbito o un nacido vivo), el tiempo en el que se realizó fue en julio de 1993 a julio de 1994.

La estructuración de este trabajo está conformada en tres rubros y dos apartados que incluyen las conclusiones y propuestas. En el **primer capítulo**, se presentan los antecedentes y el concepto de los servicios de salud en general, con la intención de comprender el desarrollo del *proceso histórico-social* que ha determinado su organización.

Se contemplan también diversos tipos de servicios de salud y sus características, así como datos oficiales en relación a la cobertura y demanda que reportan cada uno de ellos. Con estos elementos se analizan los conceptos de **disponibilidad**, **utilización**, **sub y sobreutilización** de los servicios de salud, los que podríamos decir, se ubican en el eje central de la línea de I.S.S. y en donde se inscribe nuestro estudio de Trabajo Social.

Mediante los antecedentes bibliográficos y la conceptualización de los indicadores sociales de **escolaridad**, **ocupación y su relación con la jefatura familiar**, se estableció el marco teórico en que se sustenta la investigación. El **segundo capítulo** es referido a la disponibilidad de un servicio de salud materno de tipo público, privado o asistencial, y esta íntimamente relacionado con el capítulo anterior.

Por otro lado, se abarca en general lo que es el diseño de la investigación en la primera parte del **capítulo tres**, dando a conocer en forma específica y

detallada el Proyecto General INPer “**Riesgo Perinatal. Estudio de Campo en un Grupo de Mujeres de una Area Urbana**”, con el fin de comprender el esquema, para llegar al análisis de las variables sociales que determinan la disponibilidad de servicios de salud, y al mismo tiempo, evaluar su asociación con la utilización, sub y sobreutilización de los servicios de salud maternos, que es el objeto de estudio de este proyecto de investigación de Trabajo Social. A través de éste trabajo se presentan los resultados y hallazgos de la investigación, asimismo, se corroboraron las hipótesis del trabajo aquí manejadas:

- La disponibilidad de los servicios de salud maternos se dará en función del tipo de ocupación del jefe de familia.
- Las ocupaciones calificadas dispondrán con mayor frecuencia de servicios de seguridad social o de servicios de atención privada.
- La escolaridad de nivel medio superior propiciará mayor utilización de los servicios de salud.

Finalmente se presentan las **conclusiones**, y mediante ellas son planteadas algunas **propuestas y sugerencias**, así como preguntas de investigación, que dan pie a la búsqueda de hallazgos más enriquecedores dentro de esta línea de

investigación en Trabajo Social, para de este modo; contribuir al conocimiento de **Aspectos Sociales** que son el campo de acción e investigación de Trabajo Social y que influyen en la salud materna y en la reproducción humana.

CAPITULO 1

1. MARCO HISTORICO Y CONCEPTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO.

PRIMERA PARTE

1.1 DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La desigualdad social es una característica sobresaliente en México, ésta se refleja no solo en lo económico, sino también en lo político y cultural, esto se refleja tanto en el poder adquisitivo de los trabajadores como en el funcionamiento de servicios, programas e instituciones que propician el bienestar social (*Boltvinick: 1984:334*).

Debido a lo anterior, toda la población dispone en forma desigual de los servicios de bienestar social, con los que se les permitiría mejorar sus condiciones de vida y por ende de salud.

La salud es causa y efecto del desarrollo del país; no sólo a través de las acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, también influyen de manera determinante, la presencia de factores relacionados con los niveles generales de bienestar económico y social (*Mallen: 1984:334*). En este ámbito de desigualdad, no todas las personas cuentan con la posibilidad de recibir atención médica para mantenerse en buen estado de salud, ni siquiera aún cuando éste sea un derecho constitucional para todos los mexicanos (*FUNSALUD:1998:17-19*).

Al hablar de *disponibilidad de un servicio* nos referimos a la presencia de recursos necesarios para la atención médica (*Arredondo J.:1992:36-49*), sin embargo; como ya se mencionó, la desigual distribución de beneficios en materia de salud, se manifiesta en los diferentes tipos de servicios de atención médica (Privada, Pública y de Seguridad Social) y en la participación de la población en los tres conjuntos mencionados (*FUNSALUD:1988:17*).

De este modo, es posible considerar que la disponibilidad de un servicio de salud, se determina por la inserción en el sector laboral, tomando en cuenta que cuando un trabajador es asalariado, se tiene mejor acceso a servicios de seguridad social, o bien; que de acuerdo a la estabilidad de un trabajo y por lo tanto, de salarios fijos, se puede recurrir a los servicios de tipo privado; mientras que para la población que no cuenta con un empleo o se encuentran en una situación de muy escasos recursos económicos disponen con mayor frecuencia de servicios del sector público o de carácter asistencial. Cabe destacar que quienes se encuentran dentro de la economía formal son con mayor frecuencia quienes cuentan con mayor grado de escolaridad, es decir, el nivel de escolaridad, ayuda a reducir el desempleo y por lo tanto la inserción de mayor población al mercado informal del trabajo.

La disponibilidad de los servicios de salud, es una necesidad esencial para todo el ser humano. Dentro del proceso salud-enfermedad surge la necesidad de demandar y hacer uso de estos servicios, como fase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a la población demandante y a las instituciones encargadas de proporcionarlos, con el propósito de satisfacer diferentes condiciones de salud, y prevención, así como corregir y mejorar dichas condiciones (*Arredondo, J.:1993:36-49*).

Este proceso suele darse en torno a una serie de factores, por los cuales la población hace uso o no de los diferentes tipos de servicios de salud, tales factores como: el tener o no derecho a la seguridad social, la ubicación geográfica (distancia) de los servicios de salud, así como la calidad y cobertura de éstos. En otros estudios se ha observado que se asocian también otros muy importantes como el factor socioeconómico, la familia, el estado civil y la escolaridad entre otros, respecto a la decisión de solicitar atención médica (*Arredondo:1992:36-49; Avila, et al.:1985:400-404*).

Es conocido que quienes utilizan con mayor frecuencia los servicios médicos suelen ser las mujeres, lo que se debe sin duda a la necesidad de atención médica relacionada con las etapas de reproducción, es decir, con el control prenatal, el parto y/o el puerperio (*Mallen:1984:23*). A pesar de esta demanda, existe un alto índice en las tasas de mortalidad materno-infantil que tiene que ver con la falta de atención médica oportuna

y su accesibilidad¹ a los servicios, al igual que en otros países, esta situación puede ser prevenible mediante una adecuada atención a las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio donde el control prenatal es un factor determinante (*López A.:1987:105; Frenk J.:1992:85-104*).

Las características del proceso de búsqueda de ayuda de las mujeres embarazadas, interactúan con las características de la atención prenatal, dando lugar a diferentes patrones de utilización de éstos servicios (*Arredondo A. et al.:1992*) que se manifiestan por medio de variantes y diferencias en la conducta de los usuarios, tales variantes se refieren a la sub y sobreutilización de servicios médicos.

La sub utilización, se caracteriza por no hacer uso de un servicio, aún cuando se cuente con la disponibilidad de alguno de ellos; mientras que por el contrario, la sobreutilización, se manifiesta por el uso, en forma simultánea de dos o más servicios. Este suceso es frecuente principalmente en zonas urbanas, donde se concentra la mayoría de población y por lo tanto el mayor volumen de servicios de salud.; sin embargo, la utilización de dos o más servicios o de ninguno de ellos, se ha relacionado con el grado de escolaridad y el tipo de ocupación tanto de la mujer como del jefe de familia (*Monteith R. et al.:1987:218*).

En primer lugar el soporte económico de una familia es el jefe de la misma, si este se encuentra inmerso dentro del sector laboral formal, entonces podrá proteger a su esposa e hijos mediante un seguro contra la enfermedad o bien seguro para el período de control prenatal y/o resolución del embarazo.

Para cubrir el área de salud es de gran importancia que el jefe de familia tenga la posibilidad o que cuente con la prestación laboral de servicios de salud, que son indispensables durante el vivir del ser humano.

Es así como la utilización (búsqueda de servicios para recibir atención médica) o no utilización de servicios de salud maternos, está dada de acuerdo a las necesidades de salud durante el embarazo, (*Potter, J.:1988:387-402*) la disponibilidad y accesibilidad (*Frenk J.:1992:438-456*) junto con sus características de cobertura y calidad, así como

¹ Se refiere a aspectos económicos, geográficos y organizacionales que permiten el uso de servicios de salud.

por la influencia de variables socioeconómicas y culturales presentes en torno a la vida del individuo (*Arroyo, P. et al:1991:123-128*).

1.2 LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU PROCESO HISTORICO-SOCIAL

La atención a la salud, ha evolucionado en forma simultánea con el ser humano. Las formas de organización para la atención de la salud y de los servicios de la misma en los distintos países, dependen de las particularidades de su *proceso histórico social*.

En México, es en la Época Colonial, cuando empiezan a surgir de manera más organizada los servicios de salud, donde la atención se brindaba principalmente a los españoles (*COPLAMAR:1992:113*).

Ya en el Periodo Independiente comienzan a expresarse una serie de cambios y reformas que se daban en torno a la salud, protegiendo a los mexicanos por medio de un derecho constitucional (1917). Posteriormente (1937), es creada la Secretaría de Asistencia Pública, reconocida por el Estado, que tenía la obligación de suministrar “ayuda social”, al mismo tiempo que se iniciaba con la construcción de una gran red de servicios hospitalarios (*Bustamante:1982.*)

A partir de los años cuarenta, la creciente industrialización y la política de protección por parte del Estado, propician la necesidad de incrementar los servicios públicos de salud, con fines de reproducción de la fuerza de trabajo, lo que originó, una demanda creciente de estos servicios por parte de la población obrera, creándose así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo público descentralizado cuya función sería la de proporcionar asistencia social en materia de salud a la población asalariada así como a sus dependientes económicos con un régimen autónomo cuya contribución para su mantenimiento es de forma tripartita (Estado, sector privado y población asalariada) (*Idem,1982*).

Las tendencias generales en los servicios de salud en 1940, se orientaron principalmente a un aumento en la prestación de estos, cuya cobertura se extendió dado el

incremento de los servicios de seguridad social, hospitales pertenecientes a la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, así mismo en 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que iniciaría sus funciones un año después. (*Ibidem*: 1982).

En 1950 se crea un nuevo tipo de servicio; el hospital rural, que atiende a la población principalmente indígena en los aspectos curativo y preventivo.

En el periodo de 1946 a 1952, cuando se logran importantes avances, cuando se logra erradicar la viruela, e introducir reformas en la administración sanitaria y asistencial, con la experiencia de tres años de trabajo de la SSA

Para 1954 es creada la Comisión Nacional de Hospitales con el fin de orientar los programas de construcción de unidades hospitalarias y además se declara de interés social la Comisión Nacional para la Erradicación de Paludismo (*Ibidem*: 1982).

1977 es el año en que se establece el Sector Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), bajo la coordinación de la SSA, y con el fin de combinar la seguridad operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud .

Por decreto presidencial, en 1973 se celebra la primera Convención Nacional de Salud, con el fin de establecer un plan de salud en México y para 1974 se elabora un segundo plan de salud para los periodos de 1974-1976 y 1977-1983, definiendo dieciocho políticas y cinco objetivos, además de incluir un listado de actividades y estrategias, veinte programas y cincuenta subprogramas. Sin embargo; ésto fue poco operativo, y sin medidas administrativas que garantizaran el cumplimiento de las metas, por lo que fue “desechado”, pero no se le sustituyó con algún otro modelo rector de servicios de salud en el país .

A lo largo de este siglo podemos visualizar las determinantes históricas y organizativas más importantes que han conformado las principales estructuras de los servicios de salud hasta la actualidad, además de observar, cómo a partir de las últimas tres décadas, habían estado ligados a mecanismos de gestión básicamente centralizados por la Secretaría de Salud (SSA), por lo que en los 90, existe una necesidad por llevar a

cabo un proceso descentralizador de dichas estructuras administrativas hacia las entidades federativas.

Debido a la estructura económica y social del país, en la actualidad se agudiza la necesidad de transformar la organización y estructura en la prestación de los servicios de salud, por ejemplo, el incremento de la participación del sector privado muestra la urgencia de incrementar la cobertura para poder satisfacer la demanda por estos servicios a la población que día a día va en aumento. Por ejemplo, se recurre a estos servicios privados en la mayoría de los casos para la aceleración de estudios de análisis clínicos indispensables en el diagnóstico y seguimiento del paciente, o se recurre también por la ineficiencia de la institución y hasta del mismo personal, por el deterioro mismo y por la falta de material y equipo necesario para su atención.

En la actualidad los servicios de salud y principalmente los de seguridad social se han reformado, los cambios que se han presentado son resultado de la situación económica, política y social del país, en este sentido el modelo económico y el Estado son los principales participantes en la transformación de los diferentes tipos de servicios de salud. Y mientras que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND) establecen la igualdad de oportunidades para todos los mexicanos como uno de sus principales objetivos:

**"Propiciar la igualdad de oportunidades y
condiciones que aseguren a la población el
disfrute de los derechos individuales y sociales,
elevar los niveles de bienestar social y la calidad
de vida de los mexicanos"**

(PND:1995-2000:83).

es claro que no todos los mexicanos tienen las mismas oportunidades de desarrollo, por ejemplo, no todos cuentan con un servicio de salud para combatir o prevenir enfermedades. La oportunidad de disponer de un servicio de salud, hasta hace un tiempo, se presentaba con base en las relaciones laborales formales; sin embargo, ahora aún cuando se cuente con una estabilidad laboral no se cuenta con la disponibilidad de un

servicios de salud. Y aún cuándo el Sistema Nacional de Salud contempla dar atención a la población abierta, éste no es capaz de proporcionar dicha atención a toda la población que así lo requiere.

En las últimas dos décadas el modelo económico ha dificultado el acceso a los servicios de salud así como a sus beneficios, la universalidad de cobertura a la población abierta en general (*Asa C. L.:1997:17*)

En el PND 1995-2000 se menciona que el bienestar social sólo es posible mediante la generación de empleos permanentes y bien remunerados, que garanticen las prestaciones laborales adecuadas en las que se encuentra la seguridad social, sin embargo, el incremento del empleo no se ha manifestado satisfactoriamente en el actual sexenio, por el contrario, los espacios dentro del sector laboral formal se han reducido cada vez más ocasionando así, el aumento del sector laboral informal aumentando la necesidad del bienestar social del ser humano.

En la actualidad sólo el 54% de la población se emplea dentro de la economía formal misma que cuenta con los servicios que otorga la seguridad social; otra parte de la población se encuentra inmersa en la economía informal la cual pudiera disponer de servicios de salud de tipo privado y no público. Mientras que un promedio de 10 millones de personas son las que no cuentan con servicios de salud. (*Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000:57*)

De esta forma el gobierno federal ha venido contemplando a este último grupo de población como el sector prioritario en la elaboración de programas que los beneficien en materia de seguridad social, ya que al ser considerados en "pobreza extrema" no cuentan con ingresos económicos suficientes, que les permitan tener acceso a un servicio de salud digno como parte de una necesidad esencial que garantice su bienestar social.

El proceso de descentralización de los servicios de salud es una meta con la que el Estado pretende cubrir la demanda de la población abierta principalmente en zonas rurales donde se presenta el mayor número de personas en pobreza extrema, sin embargo; aún cuando se logre alcanzar dicho objetivo no será posible tener una cobertura total ya que la reforma del sector salud no ha generado las condiciones que permitan hacer más

eficiente la prestación de este servicio y por lo tanto que toda la población tenga acceso a los servicios de salud y de seguridad social.

La crisis económica por la que atraviesa nuestro país, así como la incertidumbre que se vive a nivel internacional traen consigo una política de austeridad y restricción al gasto público, que ha afectado las políticas de desarrollo social.

Hay quienes dicen que esto es a la vez tanto un objetivo como la condición del éxito de un proyecto económico equivocado que pretende la privatización de los servicios de salud en forma generalizada disminuyendo la posibilidad de igualdad .

Para empezar el gobierno ha disminuido la aportación al seguro social del 13.5% al 5.5% del presupuesto con el argumento de ser transferido al subsidio a instituciones para la población abierta, sin embargo, se presentó un aumento en las llamadas cuotas de recuperación en las instituciones públicas; el resultado que se obtuvo, fue el deterioro de los servicios y deterioro de los beneficios a los derechohabientes y en especial, la disminución en el monto de pensiones. (*Asa C. L.:1997:30-31*)

Ese proceso trae consigo, en primer lugar, debido al desgaste de las instituciones que se generen las condiciones necesarias para una futura privatización de la seguridad social, y el aumento en la prestación de servicios privados, ya que ese deterioro institucional conlleva a buscar alternativas de atención mediante compañías aseguradoras y empresas médicas que son parte de la reforma en la salud. (*Ibidem :1997*)

Esta investigación pretende demostrar que la ocupación del jefe de familia determina la posibilidad de un servicio de salud materno. Sin embargo, el lento crecimiento del empleo formal trae consigo el impedimento de aquellas prestaciones sociales y laborales en las que se incluye la seguridad social; es decir, la disponibilidad de un servicio de salud, el cual es necesario para la población femenina que durante el proceso de embarazo, parto y puerperio requiere de recibir atención médica oportuna, adecuada y de alta calidad, lo que daría como resultado, una disminución en las tasas de morbilidad infantil y materna, así como un aumento del bienestar a las mujeres y a sus hijos.

No obstante, de no haber mayor inversión pública en el sector salud, quedará aún más restringida la posibilidad para la población que es considerada de nivel

socioeconómico bajo de tener acceso a servicios de salud dignos. Dicha observación apoya lo señalado recurrentemente; de que los servicios de salud están estrechamente vinculados al contexto socioeconómico general; los diversos programas prioritarios carecerán de sustento mientras no se garantice la accesibilidad, disponibilidad y diferentes opciones de este derecho a la población.

1.3 MARCO CONCEPTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se conoce como *Servicios de Salud* a las instituciones destinadas a la atención para la salud, así como a las acciones que se realizan en beneficio del individuo y la sociedad, para proteger, promover y restaurar la salud, (S.S.A:1984).

De igual forma se denomina *Atención Médica* a toda la acción de proporcionar servicios médicos a los individuos con la finalidad de proteger, promover y restaurar su salud, (Idem, 1984). La *Salud Pública*, por su parte se encarga de crear, conservar y mejorar el buen estado de salud en forma colectiva e individual, creando al mismo tiempo conductas y valores apropiados para su participación (Ibidem,1984).

Al igual que los anteriores, la *Asistencia Social* ha sido definida por la Secretaría de Salud (1984), como “el conjunto de acciones”, que en este caso, “modifican” y “mejoran” situaciones sociales que obstaculizan el desarrollo integral del individuo; principalmente, desprotegido, con alteraciones de tipo físico y/o mental, con el objetivo de procurar su incorporación a una vida productiva”. Sin embargo, es la *Política de Salud*, la que orienta las líneas de acción a seguir en la operación de estos servicios, proporcionando a la población un mejor nivel de servicios de salud; con la finalidad de contribuir a un crecimiento demográfico equilibrado, promoviendo la protección a personas de bajos recursos; consolidar un sistema nacional de salud, promover mecanismos innovadores de ampliación de la cobertura; vigorizar el concepto de atención primaria; impulsar la investigación científica y la formación de recursos humanos, rehabilitar y modernizar la infraestructura y realizar una redistribución de ingresos (Gález:1988:104).

Por otra parte, el proceso de descentralización en la estructura de los servicios de salud juega un papel importante, mismo que reconoce tres niveles de responsabilidad gubernamental en el manejo de la salud: Federal, estatal y municipal (S.S.A.:1984).

Con base en lo anterior, la Ley General de Salud, transfiere competencia a las entidades federativas, en materia de atención médica, salud pública y asistencia social, bajo la coordinación general con la Secretaría de Salud (S.S.A.) (*Idem*, 1984).

Respecto de la programación de los sistemas locales de salud, se hace en función de la jurisdicción, con una estructura variada, en términos de funcionamiento, ordenación administrativa y del personal operativo, constituido por unidades de primer nivel² de atención, y en todas aquellas con hospitales de segundo nivel³. En general, el desarrollo hospitalario no depende administrativamente de las jurisdicciones, sino del nivel estatal (*Ibidem*, 1984).

1.4 TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD

Los sistemas de salud suelen ser diferentes, de acuerdo a la estructura social, económica y política de cada país; estructura que permite generar instituciones de salud que afronten, en algún sentido, las necesidades de una población determinada (*López:1987:95*). Los servicios de salud, se caracterizan por una multiplicidad de organismos para dar servicios a los diversos grupos sociales (*FUNSALUD:1988:17-19*). Los cuales se distribuyen en diferentes tipos.

En la Ley General de Salud se distinguen tres tipos de servicios de salud que por naturaleza se clasifican en: *atención médica, salud pública y asistencia social*, juntos realizan una serie de acciones en beneficio, tanto del individuo como de la sociedad en general, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud (*FUNSALUD 1988:17-19*).

En otras de sus clasificaciones, los servicios de salud, se dividen en: los *personales y no personales*; el primero de éstos consiste en dar una atención directa a todo el

² Centros de Salud, donde se proporciona atención de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

³ El segundo nivel de atención, se refiere a los servicios de salud, que están capacitados a nivel de infraestructura, para atender diagnóstico de especialidad.

individuo que lo requiera con el fin de prevenir, curar y rehabilitar (*COPLAMAR:1982; López.:1987:95*). En cuanto a los servicios no personales, estos tienen un alcance colectivo que permite mejorar, a nivel general, las condiciones de salud y vida de una sociedad específica, en las políticas de saneamiento ambiental, organización y administración de servicios sanitarios generales en todo el país, poniendo en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores, la higiene industrial, regulación de contaminación, entre otros (*López A.:1987:124-135*).

Milton Terris establece otra clasificación dentro del sistema de servicios de salud dividida en tres tipos con los que según él, se alcanzaría a cubrir a la mayoría de la población; éstos se refieren a la **asistencia pública** que se presta generalmente en países desarrollados, con servicios destinados a las clases populares; el sistema de seguros de salud y los servicios nacionales de salud, en países como la Unión Soviética y Cuba con una cobertura universal de la población (*López.:1987:96*). En México la participación gubernamental otorga servicios de salud estatales para la población abierta y con participación en el sistema de seguridad social (*Frenk.:1992*).

Con base a las características de los sistemas de salud en México, el acceso a los distintos tipos de servicios, es distribuido en forma desigual en las diferentes clases sociales de México (*UNAM:1993*). Hasta ahora, se ha aceptado la existencia de dos sistemas diferentes de salud, uno para aquellos que tienen acceso a los servicios de medicina privada o de seguros sociales, y otro, para quienes tienen únicamente y en forma precaria, el acceso a las instituciones de asistencia pública (*Mesa.:1986:14*).

Por último, en función de los sectores a los que se dirigen, podrían clasificarse en: **servicios para la población abierta, de seguridad social y los servicios privados** (*López.:1987:98,99*), ésta es la tipología de servicios que caracteriza a México. En forma sencilla, puede decirse que son los de asistencia pública, es decir, los servicios médicos de dependencia e instituciones estatales los que sirven principalmente a quienes no tienen derecho a la seguridad social, así como a desempleados, subempleados, trabajadores eventuales y peones, entre otros (*Ibidem:1987*).

Los **servicios médicos de seguridad social**, comprenden a la población que a partir de una relación laboral formal se obtienen dichos servicios como parte de las diversas

prestaciones a que se refiere la seguridad social. En cuanto a los *servicios privados*, son aquellos que otorgan atención médica a la población con carácter comercial (Martínez.:1992:16-28).

Para fines de este estudio, es esta última clasificación (servicios para población abierta, seguridad social y privados) la que se tomará en cuenta para la realización del análisis de la disponibilidad y uso de dichos servicios, asociados con otras variables sociales a mencionar más adelante.

1.4.1 SERVICIOS PARA LA POBLACION ABIERTA

Se ha hablado ya de los servicios de salud a nivel general, a continuación se abordarán en forma específica, los correspondientes a la población abierta y de seguridad social, mencionando los aspectos más importantes que los caracterizan, ya que son dos tipos distintos de servicios de salud, a los que la población mexicana, generalmente ha tenido acceso desde hace varias décadas como una alternativa institucional para su atención médica.

Los servicios para la población abierta cubren principalmente al sector urbano informal y al sector rural tradicional, integrados por desempleados o subempleados, excluidos del régimen de la seguridad social. Estos servicios abarcan los asistenciales y los que proporciona la Secretaría de Salud (S.S.A), el Departamento del Distrito Federal (DDF) y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). También se les conoce como servicios públicos, pues se caracterizan por ser subsidiados (COPLAMAR:1982:131).

En las instituciones de salud de un tercer nivel de atención ⁴, se manejan cuotas de recuperación, de acuerdo a las condiciones económicas del paciente o usuario en la que mediante un estudio socioeconómico se determina el total a pagar, o el costo por el servicio demandado (Ibidem:1982:119).

⁴ Son instituciones de salud donde hay investigación, docencia y clínica.

La cuota que se establece en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Departamento del Distrito Federal (DDF), es generalmente simbólica, lo que permite un mayor acceso a la población de bajos recursos (COPLAMAR:1982:119).

1.4.2 INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

El concepto de seguridad social, fue tomado de Europa y ha sido aplicado mundialmente, a la pequeña pero creciente población industrial, así como algunos sectores de la población agrícola en los países latinoamericanos (Milton:1976:111). El surgimiento de esta se liga a una reestructuración de la relación entre el Estado y la economía de las sociedades modernas (Mesa:1986:32).

En América Latina la seguridad social, comprendió en su inicio prestaciones, sólo en los casos de jubilación, incapacidad y muerte a trabajadores seleccionados, pertenecientes a los sectores públicos y/o privados (Milton:1976:111).

En un sentido más amplio y complejo, la *seguridad social* se plantea como un derecho, para todos los individuos; ésta engloba toda una serie de aspectos sociales, económicos y culturales, considerados indispensables en la vida del ser humano. Sin embargo, cuando se refiere específicamente al área de salud, ésta se define como “*el conjunto de acciones de carácter público para garantizar a los individuos, servicios permanentes de salud y bienestar, así como protección dentro de la sociedad relacionada con enfermedades, invalidez, vejez, muerte y maternidad*” (S.S.A.:1984).

Es importante destacar que el trabajo formal es generador de la seguridad social que beneficia a los individuos que contribuyen a su financiamiento, a través de la aportación del empleador y del propio Estado.

En el artículo cuarto de la Ley del Seguro Social se menciona como parte del régimen obligatorio, para su otorgamiento, a personas que se encuentren vinculadas a otras, por un contrato de trabajo, cualquiera que sea su personalidad jurídica o la naturaleza del patrón (Ley del Seguro Social:1995).

En cuanto a su política, ésta consiste principalmente en beneficiar a los individuos que contribuyen en el financiamiento de la seguridad social, adquiriéndola de esta forma como parte de un derecho.

En la actualidad la crisis financiera por la que atraviesa el Estado mexicano y con éste la seguridad social, determina en última instancia el hecho de no poder ofrecerla a todos como un derecho constitucional, lo que ha generado el deterioro de la prestación de los servicios. El Instituto Mexicano del Seguro Social, es una de las instituciones más importantes en nuestro país porque aunque no alcanza a cubrir a toda la población, lo hace con alrededor de 38 millones de mexicanos (*González.:1988:76*).

Con base a las características mencionadas, se puede decir que la seguridad social en México es el conjunto de acciones de carácter público que garantiza a los individuos y a sus familiares de servicios permanentes de salud, bienestar y protección, cubriendo especialmente al sector urbano laboral y formal.

La modificación a la ley del IMSS fue dirigida a fortalecer las finanzas institucionales, su autonomía y darle mayor capacidad de acción como organismo fiscal autónomo (*Jornada Laboral:1993:15*).

La insuficiencia de recursos ha llevado al IMSS a realizar ajustes poco técnicos en partidas que debieran destinarse en su totalidad para servicios a jubilados e indemnizados, así como a utilizar el dinero recaudado por el ramo de seguro de invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte (I.V.C.M), para cubrir costos por accidentes de trabajo y maternidad, para la ampliación de la infraestructura hospitalaria (*Jornada Laboral:1993:6*).

Pese a lo anterior, es decir, a la subrogación de la Ley del IMSS, el expresidente Carlos Salinas de Gortari, mencionó que “El Instituto habría de seguir siendo para beneficio de los trabajadores de México y sus familias, institución clara y de justicia social, propiedad de la sociedad y bajo la rectoría del Estado (*Ibidem, 15*).

En realidad se dice que los problemas que afectan a los servicios de seguridad social, en cuanto a calidad y cobertura, tienen mucho que ver con cuestiones de carácter administrativas y no sólo financieras, que desde este punto de vista, son la base del sistema

de la seguridad social, para obtener una mejor calidad de ésta, alcanzando a cubrir a toda la población, independientemente del sector laboral al que pertenezcan.

1.5 COBERTURA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El concepto de cobertura de los servicios de salud, sus políticas y programas, varían de acuerdo a las características de los sistemas nacionales de salud de cada país. En algunos países se refiere sólo a infraestructura física y tecnología; en otros, a la capacidad para atender a cierto número de habitantes (*Martínez, :1992:16*).

En América Latina se ha tenido cierta dificultad para conceptualizarla por la composición de sus sistemas de salud, sin embargo, gracias a acuerdos internacionales, se ha podido precisar, al relacionarla con los modelos de atención a la salud y al ámbito de su infraestructura. Para 1972 en América Latina, y a través del Plan Sexenal de Salud, se pretendió buscar los mecanismos que posibilitaran una cobertura total de estos servicios a toda la población de los países de la región (*Idem:1992:17*).

Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define cobertura como la oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan necesidades de la población (*Ibidem: 1992:17*); esta definición puede considerarse como una de las más cercanas a dicho término.

Al hacer una conjugación de los aspectos involucrados en las características y en la definición de la cobertura, dada por la OPS, podríamos abarcar aún más cualidades que deberían estimarse en la cobertura de los sistemas de salud, diciendo entonces, que *“la cobertura se refiere a infraestructura física y tecnológica, así como a la capacidad de proporcionar una atención, cumpliendo con la satisfacción de necesidades en éste sector, para la población total del país”* (*Martínez:1991*).

Entre los datos que se manejan relacionados con el concepto de cobertura, para el caso de México se encuentran los de las instituciones e instalaciones designadas para la salud y la capacidad existente para ofrecer una atención médica adecuada y cubrir la mayor demanda posible.

De 1976 a 1984, la población total en nuestro país aumentó en un 23%, el total de habitantes estimados para este último año, era de 76,292 872 millones, de los cuales sólo el 50% eran derechohabientes a las diversas instituciones de seguridad social, distribuidos de la siguiente manera: el 39% estaba cubierta por el IMSS, 8% por el ISSSTE, 1% por Petróleos Mexicanos, un 0.5% por la Secretaría de la Defensa Nacional y el 0.2% por la Secretaría de Marina (*López:1987:105*).

Para 1996, el total de población era de 91,158,290 habitantes, de los cuáles el 53% eran derechohabientes, y el restante 47% fue atendida por la Secretaría de Salud por ser parte de la población abierta (*INEGI:1997:41*).

En lo que se refiere a infraestructura, esto es, unidades hospitalarias generales de especialidades y unidades de consulta externa, el IMSS contaba con 5,359 y 30,061 camas; el ISSSTE con 1,198 unidades médicas y 6 744 camas; otros como DDF, PEMEX, SEDENA, SEMAR y el INI, con 1,283 unidades médicas y 15,377 camas; en cuanto a unidades médicas para la población abierta se refiere, contaban con 8,312 y 23,674 camas (*Ibidem: 41*).

Al hacer una comparación, con los datos presentados, puede notarse que, conforme aumenta la población, aumenta la demanda de servicios de salud y que debido a la desigualdad en diferentes aspectos, no todas las personas pueden ser cubiertas por los diferentes tipos de servicios, principalmente de seguridad social, debido a que no todos están dentro de una economía formal de trabajo. Otro aspecto importante es el que se refiere al incremento de infraestructura, que aunque si bien ha crecido, aún no es posible alcanzar una cobertura total. Por último, puede destacarse que el tipo de servicio que cuenta con mayor capacidad e infraestructura es el IMSS, no sólo en este último año, sino en los analizados con anterioridad.

Lo anterior es debido a que la población crece a tasas mayores que la inversión en infraestructura médica y que los recursos del sector público.

SEGUNDA PARTE

1.6 INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

1.6.1 ASPECTOS GENERALES

En un principio la investigación médica estaba sustentada, en primer lugar, por la investigación básica y después por la investigación clínica, enfocada al hombre y a su patología. Más tarde aparece la investigación en salud pública, como instrumento para estudiar a los factores que afectan la salud y su atención desde el punto de vista comunitario; es en este campo donde surge el concepto y tarea de la investigación de los servicios de salud, cuyo propósito es conocer factores de organización u funcionamiento que faciliten la aplicación de los conocimientos disponibles para la atención de la salud a la totalidad de la población (*Laguna, J.:1987:225-228*).

Con el surgimiento de la Investigación en Servicios de Salud (I.S.S) se intenta dar una definición específica, clara, y al mismo tiempo, tratar de acercarse a la realidad; mientras que para unos, -entre éstos la O.M.S. (1987)-, consistía en la evaluación sistemática de su desarrollo, función y métodos, otros, hacían énfasis en la planeación y organización de programas (*Ibidem: 1987*).

Por otro lado y en términos más generales, Flook y Sanazaro dicen que la I.S.S consiste en la aplicación del método científico al conocimiento y la solución de los problemas de salud, identificados fundamentalmente con los aspectos relativos a la prestación de servicios de salud (*Aguilar, F. et al:1993:550-555*). El Dr. Hurt lo hace en forma más sencilla al decir que esta trata de las necesidades para el funcionamiento de los servicios de salud (*Rodríguez, J. et al:1987:273-283*).

En México la I.S.S. es reconocida en 1977 como un instrumento de gran utilidad en la planeación organización y evaluación de los sistemas de servicios de salud, enfocándose a necesidades de salud para la población (*Aguilar, R. et al:1993*).

La I.S.S es reconocida también, como la investigación sistemática y evaluativa de aspectos que se relacionan con el desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud, para una buena atención a la población que de acuerdo a sus necesidades demandan de los servicios necesarios para su atención (*Dominguez, R. et al:1983:273-283*).

Mediante este enfoque y con los diferentes aspectos dados para su definición y/o caracterización, puede decirse, que la I.S.S. es, en primer lugar, sistemática y evaluativa, tanto de la planeación como de la organización de programas que tienen que ver con el desarrollo y funcionamiento de estos servicios, para una buena atención a la población que los demanda y que para su funcionamiento se incluyen la calidad y cantidad de recursos humanos, infraestructura y financiamiento, que permitirían, a su vez, cubrir al mayor número de población demandante (*Domínguez, R. et al:1983:273-283*).

Esta a su vez, interviene en una serie de áreas de estudio, algunas de ellas son: el diseño de nuevos métodos para definir acciones médicas eficientes para circunstancias biológicas y psicosociales, la prestación médica en relación con métodos de planeación de salud a nivel nacional, el aprovechamiento del personal, la organización de los servicios de salud y su impacto para con la población, la evaluación de calidad de asistencia, la determinación del costo beneficio, la medida de satisfacción individual y de grupos, la exactitud del número y tipo de recursos humanos del equipo de salud y el comportamiento de la población en relación con la utilización de los servicios de salud, entre otros (*Pérez, M.:1983*).

Es en esta última área mencionada, en que se ubica el presente trabajo. El estudio de los causantes del proceso de utilización de los servicios, es parte a su vez, del proceso de atención médica, pero tiene su énfasis central en analizar las características de los usuarios que favorecen u obstaculizan la búsqueda y uso de los servicios de salud. La investigación de este proceso, se ha dado a partir de diferentes enfoques ha generado diversos modelos que pueden agruparse como: de tipo epidemiológico, psicológico y económico. Como parte de los estudios predominantemente sociológicos, se encuentran aquellos que resaltan la importancia de las características sociodemográficas, considerándolas como factores predisponentes a la búsqueda de atención (*Arredondo, A: 1992:36-49*).

1.6.2 INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD DE LA DIVISION DE INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA. Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

En la división de Investigación en Salud Pública del INPer, se han realizado una serie de análisis a partir de un estudio clínico epidemiológico de tipo cohorte, cuyo objetivo fue conocer las características sociales y biológicas asociadas al proceso perinatal. Como parte de dicho estudio se realizó un seguimiento a un grupo de mujeres invitadas y captadas a participar al programa, a las que se les realizarían evaluaciones de salud en forma periódica, durante dos años.

Se estructuraron diversas líneas de investigación, una de ellas contempla el campo de la Investigación en Servicios de Salud, con el énfasis en el estudio de los determinantes de la utilización de los servicios de salud de tipo perinatal.

En esta área se analizan aspectos relacionados con la aceptación, con la utilización y con la permanencia en el programa.

En cuanto a la aceptación del programa, se observó la influencia de la accesibilidad geográfica y económica, se encontró una variación de la aceptación de los servicios según el lugar de residencia de las mujeres. El grupo de mujeres que tuvo mejor acceso al INPer en relación al costo y tiempo de transportación, aceptaron en mayor medida el servicio que aquellas mujeres que no lo tenían (*Casamueva, E. et al:1983:44*).

Al evaluar los antecedentes reproductivos de cada mujer; se encontró que quienes habían tenido experiencias reproductivas desfavorables aceptaron en mayor proporción el servicio de salud, que aquellas que no tuvieron pérdidas reproductivas; por lo que el primer grupo de mujeres estableció juicios de valor sobre su problema anterior, es decir, por la necesidad percibida de atención que fue modulada por las experiencias previas (*Ibidem: 1983*).

En otro estudio, se encontró que quienes utilizaban con mayor frecuencia el servicio eran aquellas que por su edad, tenían más probabilidades de experimentar un evento reproductivo, o por quienes estaban embarazadas (*Arroyo, P. et al:1991:322-325*).

Al identificar los factores asociados con la permanencia en el programa, se observó que presentaron con mayor frecuencia las mujeres más jóvenes y no unidas, en cuanto a sus características sociales, al igual que de aquellas con nivel de escolaridad superior al básico o de hogares extensos, otros factores en la permanencia del programa estuvieron los relacionados con el nivel de responsabilidad de las mujeres, pues permanecieron menos quienes desempeñaban actividades remuneradas y/o eran jefes de familia (*Ibidem*: 1991).

En otro análisis respecto a la aceptación se considera la influencia del tipo de familia en este evento; los hallazgos indican que las mujeres pertenecientes a hogares extensos aceptaron en mayor medida el servicio ofrecido, sólo en presencia de embarazo este efecto se nulifica, ya que siempre hubo mayor aceptación en este grupo, independientemente del tipo de hogar. Cuando se evaluó con más detalle este proceso, se encontró que las mujeres pertenecientes a hogares no nucleares, pero en particular aquellas con condiciones de escolaridad y ocupación más desfavorables, fueron las que aceptaron más frecuentemente el servicio de salud (*García, M. et al:1990:309-319*).

Es así como mediante la realización de diversos estudios en dicha cohorte se efectúa la investigación en servicios de salud en el INPer., encontrando aun mas líneas de investigación con las que se puede contribuir a mejorar el bienestar de la población en el área de la salud.

2. INDICADORES SOCIALES: ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN Y SU RELACIÓN CON JEFATURA FAMILIAR.

La selección de variables y su operación o delimitación de indicadores, son elementos útiles y necesarios para la descripción, interpretación y explicación de la realidad.

En este caso, y para la realización de este estudio, *la ocupación del jefe de familia*, ha sido considerada una variable central para el análisis de las condiciones socioeconómicas de los hogares, ya que en función de ésta, se tiene posibilidad de acceder en mayor medida a los diversos satisfactores sociales, y en nuestro medio el tipo de ocupación se determina, casi siempre, por la capacitación formal adquirida. Con base en ello, las variables principales de éste estudio lo constituyen *la escolaridad y ocupación del jefe de familia*, aspectos que son conceptualizados y desarrollados en los siguientes apartados.

PRIMERA PARTE

2.1 ESCOLARIDAD

La educación es considerada como detonador imprescindible en la transformación de la sociedad y se le asigna la difícil tarea de sustentar un nuevo desarrollo del país, que brinde iguales oportunidades a todos los mexicanos (*Muñoz, G.:1993:32*).

La formación educacional de un individuo está dada por sus costumbres tanto familiares, como sociales y desde luego; por la educación formal recibida en las instituciones educativas del país; el *nivel de escolaridad* o de instrucción se define como: el

grado (último) cursado y aprobado en el sistema educativo nacional (*S.S.A.:1992:37-59*). En México, se consideran tres niveles: el elemental, que está compuesto por preescolar, primaria y capacitación para el trabajo; el medio que comprende secundaria, media superior terminal y bachillerato; el superior, que agrupa a normales, tecnológicos, universidades y posgrado (*Pantélides, E.:1976:49-102*).

El nivel de escolaridad ha sido un indicador tradicionalmente usado para mostrar diferenciaciones en muy diversos ámbitos, pues en si mismo, involucra una serie de aspectos sociales que en dado caso reflejan y determinan condiciones de vida. Respecto a la salud, y en particular: en la salud reproductiva, son numerosos los estudios que señalan la influencia de la escolaridad; desde el matrimonio, el número de hijos, las tasas de mortalidad y el intervalo intergenésico, entre otros aspectos. Así por ejemplo, se dice que a mayor escolaridad, menor número de hijos, lo que está en relación directa con los niveles de alfabetismo, que permiten mayor posibilidad de acceso a fuentes de información, y en este caso, a métodos anticonceptivos, que son el instrumento principal de la planificación familiar.

En algunos análisis, se asumen diferencias poblacionales en cuanto a la escolaridad y se atribuye un mayor nivel para zonas urbanas, en comparación a zonas rurales y conforme a ellas, se plantean diferencias en las tasas de fecundidad que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987⁴ se reporta para áreas rurales de 5.9, y para las urbanas de 3.0 (*Alatorre, J. et al:1992:221*).

Por otra parte, a pesar de las condiciones desfavorables actuales, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha ido en aumento, sin embargo; su nivel de instrucción determina, en cierta medida, su participación en la actividad económica. Según la Encuesta Nacional de Empleo 1991, es mayor el porcentaje de mujeres con escolaridad superior a la secundaria y que participan en el mercado laboral que entre quienes realizan actividades no remuneradas (*ENE:1991:37*).

El nivel de instrucción, destaca así, como una de las bases principales del desarrollo económico y social que repercute en la vida del ser humano y en el crecimiento de una

⁴ Por ser la fuente estadística más reciente en cuanto a este indicador.

sociedad, y que al formar parte de la educación en general, tiene efectos también en el área de la salud que trasciende de lo social a lo biológico (Aguilar, C.:1993:35).

Tradicionalmente en América Latina y específicamente en México, el sustento económico es casi siempre proporcionado por el jefe de familia, por lo tanto, si el éste tiene una mejor escolaridad entonces sucederá que podrá tener una mayor posibilidad de colocarse en el mercado laboral formal en donde se le darán prestaciones laborables, en cuanto a servicios de salud se refiere o bien según el caso, gastos médicos mayores que son indispensables para el bienestar tanto de él como de su familia, de ahí la importancia de conocer dicho indicador.

2.2 OCUPACIÓN

En México como en otros países latinoamericanos la ocupación ha sido uno de los indicadores más frecuentemente estudiado como parte del proceso económico y social de una población (González, N.:1989:75).

La *ocupación* es considerada como la actividad económica destinada a producir bienes y servicios para poder tener acceso a los indicadores básicos pero este indicador social involucra otros aspectos como el tipo, la posición, la estabilidad y el ingreso. (Pick:1979:62),

Cuando se habla de *tipo de ocupación* se refiere al conjunto de funciones, obligaciones y tareas específicas que desempeña un individuo, ya sea en un empleo, oficio o puesto de trabajo. La *posición* hace referencia a la situación o categoría, en relación a la organización social del trabajo; la *estabilidad* alude a la permanencia en el trabajo y puede ser clasificada como fija o eventual; por último *el ingreso* representa la parte proporcional que se asigna al trabajador por su participación en la generación de mercancías, bienes o servicios (INEGI:1997:51).

Las diferencias no sólo atañen a los niveles de vida, sino, expresan las oportunidades educacionales, los trabajadores que tuvieron acceso a mayor escolaridad, incrementan sus posibilidades de competir en el mercado de trabajo por mejores empleos, mientras que los

que no han podido estudiar y conseguir un empleo estable perciben un ingreso limitado (García, B. et al:1982).

Son diversas las clasificaciones que pueden ser utilizadas en la investigación social, así, considerando la posición en el trabajo, la ocupación ha sido clasificada en asalariados no manuales (profesionistas, técnicos, administradores, vendedores no ambulantes, etc.) y los asalariados manuales (obreros de la producción, de la construcción y trabajadores de los servicios cuya actividad depende principalmente del desgaste de fuerza física). A partir de esta clasificación se distinguen desigualdades importantes en el nivel de vida de la población conforme a la calidad de la fuerza de trabajo asalariada (García, B. et al:1982:77).

Otra forma de mostrar la desigualdad de condiciones a partir de la ocupación, es seleccionar grupos específicos, por ejemplo, en un estudio realizado por Brígida García (1982), en tres comunidades con características diferentes entre sí, se eligió una comunidad rural, (El Carmen, Tlaxcala) cuyos habitantes son predominantemente campesinos, (pequeños propietarios ejidatarios de producción temporalera); otro grupo ubicado en el D.F. (Sta. Ursula, Xitle) constituido en su mayoría por migrantes, los cuales practicaban en el proceso productivo en actividades de baja especialización y a un conjunto obrero con contratación permanente y cobertura social, perteneciente al combinado industrial de Ciudad Sahagún, Hidalgo (*Idem*, 1982).

Los resultados mostraron notables contrastes de un grupo a otro, en cuanto a la probabilidad de muerte entre niños de 0 a 5 años, pertenecientes a familias de los diversos grupos, para el grupo obrero fue de 40.8 y el grupo marginal tuvo incremento de esta probabilidad, en dos veces más y el campesino tuvo una probabilidad todavía mayor (141), la tasa global de fecundidad en estas comunidades también mostró diferencias de casi el doble en los grupos campesino y marginal respecto al grupo obrero (*Ibidem*, 1982).

Tales ejemplos ilustran la importancia de la ocupación, el por qué de los atributos o indicadores seleccionados en el presente estudio por lo que a continuación se presenta la siguiente clasificación.

2.2.1 CLASIFICACIÓN DE OCUPACIÓN: TIPO Y ESTABILIDAD

Como fue mencionado, para analizar la ocupación, es posible contemplar tanto el tipo, la posición, la estabilidad y el ingreso; puede además incluirse la actividad, no obstante, esto se reserva en general, para investigar a nivel regional o nacional.

El *tipo de ocupación* tiene una correspondencia muy directa con la capacitación para el trabajo y por lo tanto con la instrucción formal, lo que de cierta manera determina la posibilidad de competencia en el mercado laboral.

La *posición* en la organización del trabajo permite distinguir entre trabajadores directos e indirectos; esta clasificación es más propia cuando se analizan sectores correspondientes al proceso de producción propiamente dicho (extracción y transformación). De esta forma, los trabajadores directos son el contingente obrero y los indirectos son supervisores, administradores o empleadores. Conforme a este criterio podría también dividirse entre asalariados y no asalariados (trabajadores por cuenta propia).

La inclusión de esta característica de posición en el empleo, es útil cuando se analizan grandes conjuntos de población que ofrecen posibilidades de variación respecto a este atributo.

La *estabilidad* en el empleo adquiere relevancia dada su estrecha asociación, en caso positivo, con sectores formales de la economía y por tanto con incorporación a los regímenes de seguridad social, lo que brinda mayor posibilidad de protección a la salud.

El *ingreso* por su parte, es la concreción de todas las características anteriores, sin embargo; presenta dificultades en la precisión de la información por lo que resulta más conveniente hacer uso de los indicadores de *tipo y estabilidad en el empleo*.

2.3 JEFATURA FAMILIAR

Se ha señalado que una condicionante de la participación económica en el nivel familiar, es la inserción laboral del jefe de familia, al respecto; se ha planteado que los individuos pertenecientes a un hogar, comparten los beneficios o desventajas derivados de las

condiciones económicas de éste y que la satisfacción de sus necesidades básicas depende, en buena medida, de la posición que ocupe en la estructura económica, de su condición de género, y por tanto; de su nivel de remuneración (*García B. et al:1982:9*).

La conceptualización de jefatura familiar adoptada en los países de América Latina y el Caribe, tienen profundas raíces históricas con contenidos culturales y sociales pues es el jefe de familia es la persona más importante en el núcleo familiar. El concepto involucra, generalmente, que al interior del hogar, existe una relación jerárquica entre los miembros, donde el **jefe es la persona más importante de la familia, con autoridad en la toma de decisiones**, o bien, **es el principal soporte económico del hogar** (*Idem:1982*).

En este sentido, resulta evidente que la identificación del jefe de familia es una tarea compleja, sin embargo; lo común es que se asigne la jefatura a la persona que es declarada como tal, por los miembros del núcleo; evidentemente, tal selección, puede no reflejar la responsabilidad económica, sino más bien, una práctica cultural que **privilegia a los hombres** o a los miembros de mayor edad de la familia en la asignación de la jefatura (*Ibidem :1982*).

Son múltiples los estudios que han considerado como categoría de análisis al jefe del hogar, una muestra de ello, lo constituyen las investigaciones realizadas por Burch Lira y López, del Centro Latinoamericano de Demografía (*Brigida et al:1982:94-95*).

Asimismo, existen investigaciones en las que se ha considerado la jefatura familiar femenina como un tema de análisis y como una característica que marca diferencias de desventaja social, en comparación con los hogares que tienen jefatura masculina; las diferencias están dadas por **mayor edad de la mujer, menor nivel de educación, por ser no unidas y por realizar empleos de baja calificación**, es decir; actividades por cuenta propia y trabajo doméstico (*El Colegio de México:1992*).

En forma específica, en la División de Investigación Sociomédica del INPer, actualmente, Subdirección de Investigación en Salud Pública, se han explorado diversas estrategias para la identificación del jefe de familia, se ha buscado como aspecto fundamental, en primer lugar, **que la asignación contemple al grupo familiar más cercano a la mujer en estudio**; a partir de ello se han identificado: el jefe declarado, el jefe económico o el jefe asignado, para clasificar a este último, el investigador considera el

estado civil y la realización de actividades remuneradas. Hasta el momento, los resultados obtenidos al respecto han mostrado correspondencia con otros hallazgos reportados en la literatura.

Para fines de este estudio, se identifica como jefe de familia aquel que es declarado como tal, por la mujer al momento de la entrevista, independientemente del aporte al ingreso familiar, y considerado el núcleo familiar de la mujer.

Cuando en el caso de que la mujer se considere como tal (jefe de familia) y lo declare en el momento de la entrevista, ella quedará asignada jefe de familia, tal situación pudiera ser en los casos de madre soltera, viuda o divorciada.

SEGUNDA PARTE

2.4 RELACIÓN DE LOS INDICADORES SOCIALES: ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN Y JEFATURA FAMILIAR CON LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.

Al hablar de la presencia de recursos necesarios para la atención médica nos referimos a la disponibilidad de servicios de salud (*Arredondo:1992:36-49*). Presencia que por lo menos en América Latina, se da de manera *desigual* para la población total.

En México, debido a la crisis constante se ha ampliado la desigualdad social y económica entre los grupos sociales, su repercusión en el desarrollo y los servicios de salud ha logrado afectar no solo la disponibilidad, sino también, su acceso y calidad (*López. A.:1987:95*).

La posibilidad de disponer de un servicio de salud, varía de acuerdo a los diferentes aspectos sociales en los que se encuentra un individuo ante la sociedad. Aspectos como la escolaridad, ocupación y las condiciones económicas del jefe de familia, entre otros.

Mediante la ocupación que desempeña un individuo, refleja su posibilidad de alcanzar un determinado nivel de vida. Por otra parte, al estar relacionada con la educación formal, es

estado civil y la realización de actividades remuneradas. Hasta el momento, los resultados obtenidos al respecto han mostrado correspondencia con otros hallazgos reportados en la literatura.

Para fines de este estudio, se identifica como **jefe de familia** aquel que es **declarado como tal, por la mujer al momento de la entrevista, independientemente del aporte al ingreso familiar, y considerado el núcleo familiar de la mujer.**

Cuando en el caso de que la mujer se considere como tal (jefe de familia) y lo declare en el momento de la entrevista, ella quedará asignada jefe de familia, tal situación pudiera ser en los casos de madre soltera, viuda o divorciada.

SEGUNDA PARTE

2.4 RELACIÓN DE LOS INDICADORES SOCIALES: ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN Y JEFATURA FAMILIAR CON LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.

Al hablar de la presencia de recursos necesarios para la atención médica nos referimos a la disponibilidad de servicios de salud (*Arredondo:1992:36-49*). Presencia que por lo menos en América Latina, se da de manera *desigual* para la población total.

En México, debido a la crisis constante se ha ampliado la desigualdad social y económica entre los grupos sociales, su repercusión en el desarrollo y los servicios de salud ha logrado afectar no solo la disponibilidad, sino también, su acceso y calidad (*López. A.:1987:95*).

La posibilidad de disponer de un servicio de salud, varía de acuerdo a los diferentes aspectos sociales en los que se encuentra un individuo ante la sociedad. Aspectos como la escolaridad, ocupación y las condiciones económicas del jefe de familia, entre otros.

Mediante la ocupación que desempeña un individuo, refleja su posibilidad de alcanzar un determinado nivel de vida. Por otra parte, al estar relacionada con la educación formal, es

también indicador de la posibilidad que tiene el trabajador de competir en el mercado laboral ya que para su desempeño, se requiere de especialización profesional o técnica, y en algunos otros solo de una capacitación.

Para 1976, según datos de la Encuesta Continua sobre Ocupación, de la entonces Coordinación General del Sistema Nacional, en las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey y 42 municipios de más de 100,000 habitantes, el 38% de la población tenía ocupaciones de tipo informal y el resto de tipo formal (*El Colegio de México: 1992*).

Dentro del grupo de ocupaciones informales el 81% alcanzó como máximo, el sexto año de primaria, en tanto que del grupo de los formales, casi la mitad (49%), se encontró en las mismas condiciones, y mientras que el 50% de los trabajadores tenía estudios superiores a la primaria, tan sólo el 19% de los informales logró acceso al menos a niveles de secundaria (*Ibidem: 1992*).

Con la población que se encuentra dentro del sector formal, se presentan atributos como el salario (1 o más)⁵, su estabilidad de un servicio médico, está relacionada en forma directa con el ingreso y principalmente, con la calificación laboral.

Así que, es a través de la escolaridad y el tipo de ocupación del jefe de familia con el que se puede otorgar ese bienestar social a la familia, dándoles la oportunidad de disponer de los servicios de salud, que en el caso de la maternidad son necesarios para el control adecuado y resolución del embarazo.

Cabe mencionar que son importantes también la escolaridad y el ingreso de la mujer, en caso que ella se encuentre laborando, pues por un lado el ingreso familiar aumentará y por el otro; se tendrá la posibilidad de disponer o contar con otro servicio de salud, quizá no de tipo público pero si privado al que podrá recurrir y probablemente hacer uso de dos servicios a la vez (en este caso del de seguridad social y el de tipo privado).

⁵ Equivalente a \$929.00 mensuales.

3. INVESTIGACION DE LA DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNOS EN FUNCION DE LA ESCOLARIDAD Y OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA.

3.1 METODOLOGIA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNOS EN FUNCION DE ALGUNAS VARIABLES SOCIALES

El presente estudio deriva de un proyecto general del Departamento de la Investigación Sociomédica del Instituto Nacional de Perinatología, denominado “**Riesgo Perinatal. Estudio de Campo en un grupo de Mujeres del Area Urbana**”, cuyo ámbito central de análisis corresponde a la investigación en Servicios de Salud; en él se contempla la recolección de información a nivel comunitario, por medio de encuestas sociodemográficas y de salud. De los diversos grupos encuestados, entre julio 1993 a julio de 1994, para este trabajo, se seleccionaron 203 mujeres que habian tenido evento reproductivo el año anterior, al momento de la entrevista, independientemente del tipo de resolución obstétrica (aborto, óbito o un nacido vivo).

El área seleccionada corresponde a una zona del D.F. ubicada al interior del triángulo que forman las avenidas: Observatorio, Constituyentes y Periférico, al sur de la Delegación Miguel Hidalgo. Comprende las colonias 16 de Septiembre, América y Daniel Garza. Dicha zona cuenta con los servicios propios del área urbana: agua, drenaje, electricidad, pavimentación y alcantarillado.

3.2 PLANTEAMIENTO ACERCA DE LA PROBLEMÁTICA Y PERSPECTIVAS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNOS EN UNA ÁREA URBANA DEL D.F.

Una de las demandas femeninas que debería convertirse en prioritaria dentro de la atención de servicios de salud, es la que se refiere al control del embarazo; ya que la mortalidad materna, debido a complicaciones obstétricas directas, es la tercera causa de defunción, a nivel nacional para 1996, entre las mujeres de 15 a 34 años (*INEGI:1996:45,48*). Tal situación puede mejorarse con la asistencia temprana al control prenatal, de tal forma que al detectarse alteraciones de salud, pudieran ser controladas o corregidas oportunamente.

Lo anterior es demostrado con los siguientes datos, en 1990 sólo un 21% de las mujeres embarazadas, acudieron a control en el primer trimestre del embarazo, el 37% en el segundo y el 43% en el tercero (*S.S.A.:1990:411*).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud para el D.F. (1987), el total de embarazadas encuestadas recibían control prenatal, más no se informa sobre la etapa de inicio de éste, ni el número promedio de consultas recibidas (*ENS: 1987:110*).

En el D.F., al igual que en otras áreas urbanas, se concentra la infraestructura física y personal de los servicios de salud, sin embargo, aún cuando se intente cubrir a la mayoría de la población obteniendo un mayor impacto, la desigualdad social continua reflejándose en las modalidades que adopta este sistema en el país, por lo tanto, la disponibilidad, accesibilidad y utilización de los servicios sigue siendo *diferencial* para los diversos grupos sociales, lo que conlleva a una serie de variantes en la salud materno-infantil. Pero que es lo que hace posible el disponer de un servicio de salud; en primer lugar, diremos que al formar parte del sector laboral formal se tendrá el derecho o la oportunidad de contar o disponer de un servicio de salud de seguridad social.

En la actualidad debido a la crisis económica; además de emplearse el jefe de familia lo hace también la mujer (su esposa o pareja) quien aportará también al ingreso familiar, ya que puede o no, de acuerdo a la estabilidad de su empleo, también tener prestaciones laborales como el de ser derechohabiente a servicios de seguridad social.

Se podría asumir que la población que cuenta con los servicios médicos que otorga la seguridad social, o quienes cuentan con los recursos económicos para cubrir los servicios privados, *tienen mejores niveles de utilización*. No obstante, como resultado de la crisis económica e institucional global, la cobertura y la calidad de los servicios de seguridad social se han deteriorado y el acceso a servicios privados se ha limitado. Por ello, resulta pertinente identificar algunas de las relaciones que pudieran intervenir en el proceso de utilización de los servicios de salud para la atención del embarazo y resolución de éste; dada que la ocupación determina en última instancia el acceso diferencial a dichos servicios a la cantidad y a la calidad de alimentación, vestido, vivienda entre otros aspectos, sin embargo; debido a los cambios estructurales ocurridos en el país en los últimos años, la asociación entre el tipo de ocupación y la disponibilidad de los servicios de salud puede no ser tan estrecha.

Esta investigación ha partido de los siguientes cuestionamientos:

¿ Como se asocian la escolaridad del jefe de familia con la ocupación, y ésta con la disponibilidad de servicios de salud maternos?

¿ De que manera influye el nivel de escolaridad tanto del jefe de familia como de la mujer con el uso de los servicios de salud maternos?

¿ Existe una relación directa entre las variables de escolaridad y ocupación con la disponibilidad, sub y sobreutilización de los servicios de salud de tipo materno?

De esta manera, con la realización del análisis y resultados a lo largo del trabajo se intentará responder a estas preguntas, y a su vez se verificará si las hipótesis mencionadas a continuación se cumplen mediante la investigación de éste trabajo.

3.3 HIPOTESIS:

1. La disponibilidad de los servicios de salud maternos se dan en función del tipo de la escolaridad y la ocupación del jefe de familia.
2. Las ocupaciones calificadas disponen con mayor frecuencia de servicios de seguridad social o de servicios de atención privada.
3. La escolaridad de nivel medio y superior propiciarán mayor utilización de los servicios de salud.

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Para la realización de esta investigación (analítica, observacional y descriptiva) fue necesario el análisis de las variables escolaridad y ocupación del jefe de familia y su relación con la disponibilidad y uso de servicios de salud materno.

Fue así como mediante la observación se explicaron los resultados arrojados por las tablas de análisis.

3.5 OBJETIVOS

GENERALES:

1. Analizar la disponibilidad y utilización de los servicios de salud maternos en un grupo de mujeres de una zona urbana, en función de la escolaridad y ocupación del jefe de familia.
2. Relacionar la disponibilidad con los niveles de utilización (sub y sobreutilización) de los servicios de salud maternos.

ESPECIFICOS:

1. Conocer la influencia de la escolaridad del jefe de familia con el uso de los servicios de salud maternos.
2. Evaluar la asociación entre algunas variables sociales (escolaridad y ocupación del jefe de familia) con la utilización, no utilización y sobreutilización de los servicios de salud maternos.
3. Identificar que condiciones de la ocupación del jefe de familia se asocian en mayor medida con la disponibilidad de servicios de salud maternos.

Las variables **dependientes** de este estudio son: la disponibilidad, el tipo de servicios y la utilización de servicios de salud; mientras que las variables **independientes** son: escolaridad, ocupación e ingresos del jefe de familia. Asimismo se consideraron también variables **atributivas** o intermedias con el objeto de describir a la población, éstas son: la edad, el estado civil, la escolaridad y la ocupación de la mujer, el número de embarazos y número de hijos.

A continuación, se presenta la conceptualización operativa de las variables manejadas en este estudio:

DISPONIBILIDAD: Hace referencia a los servicios con que se cuenta para la atención prenatal y de resolución del embarazo, ya sea de seguridad social, asistencia pública o privados en los cuales la mujer tuvo la oportunidad de acceder.

JEFE DE FAMILIA: Es la persona que es declarada como tal al momento de la entrevista independientemente del aporte al ingreso familiar, y considerado el núcleo familiar de la mujer.

SERVICIOS DE SALUD MATERNO: Son los servicios de salud en los que se da atención para control prenatal y ginecoobstetrica.

TIPO DE OCUPACION: Son el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su empleo, oficio o puesto de trabajo.

OCUPACIONES CALIFICADAS: Ocupaciones que para su desempeño es necesario cierto nivel de instrucción.

- a) Empleados administrativos
- b) Técnicos y;
- c) Profesionistas

OCUPACIONES NO CALIFICADAS: Son las ocupaciones que para su desempeño no es necesaria la preparación y nivel de escolaridad.

- a) Servicios personales
- b) Comerciantes
- c) Vendedores
- d) Servicios domésticos
- e) Obreros

ESTABILIDAD EN EL EMPLEO:

fijo.- Situación laboral en que la permanencia tenía carácter indefinido sin estar condicionada a una tarea determinada.

Eventual.- Condición laboral en que el trabajo, oficio o profesión se realizó por un período predeterminado o por un lapso en que se realiza una actividad específica.

INGRESO: Número de salarios que el jefe de familia percibía como producto de su empleo.

SERVICIOS PARA LA POBLACIÓN ABIERTA: Son los servicios de asistencia pública, instituciones estatales de salud que sirven principalmente a quienes no tienen derecho a la seguridad social.

SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL: Son los servicios médicos que se obtienen como prestación o derecho por medio de un contrato laboral

SERVICIOS DE ATENCION PRIVADA: Corresponde a los servicios de salud que otorgan atención pero a nivel particular, además de cobrar cierta cantidad al paciente.

TIPO DE SERVICIOS DE SALUD: Servicio de salud caracterizado por ser público, privado asistencial o de seguridad social.

UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: Se considerará como tal la búsqueda y asistencia a un determinado servicio de salud con el objeto de recibir atención médica.

SUBUTILIZACION: Se refiere a la situación de contar con un servicios de salud y no hacer uso de el en el momento que se requiera.

SOBREUTILIZACION: Se refiere a la situación de contar con dos o más servicios de salud y hacer uso de uno de manera constante o de los dos al mismo tiempo.

ESCOLARIDAD:

Año.- es el total de años de estudio terminados y aprobados.

Nivel.- es el último grado aprobado en el ciclo de instrucción más avanzado que declare haber cursado la persona en el sistema educativo nacional.

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Nivel medio.- Corresponde a la enseñanza de secundaria o prevocacional no técnica, secundaria técnica, primaria y carrera técnica, así como secundaria y carrera técnica.

Nivel superior.- se encuentran incluidos los de nivel profesional con preparatoria, posgrado y otros.

TIPO DE CONTROL PRENATAL:

Adecuado.- cuando inició en el primer trimestre y la mujer tuvo 9 consultas o más durante su embarazo.

Intermedio.- cuando la mujer tuvo de 5 a 8 consultas durante su embarazo.

Inadecuado.- si la mujer tuvo 4 o menos consultas durante su embarazo.

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Parto, cesárea, aborto.

3.6 METODOLOGIA ESTADISTICA

La invitación a las mujeres para participar en el proyecto se realizó por medio de visitas en su domicilio en toda la zona previamente delimitada; a quienes aceptaron, se les aplicó una entrevista para obtener la información requerida y contemplada en los instrumentos diseñados para el levantamiento de datos.

La información analizada para esta tesis se seleccionó de los cuestionarios (instrumentos) denominados "*Censo de Familia y Vivienda*" e "*Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud*"; el primero, contiene datos de estructura familiar, escolaridad, ocupación y condiciones de la vivienda; en el segundo, se registró el

número de embarazos, el tipo y condición de resolución de cada uno de ellos, disponibilidad y uso de servicios, anticoncepción y morbilidad. Dichos instrumentos cuentan con la mayoría de preguntas cerradas y sólo con preguntas cerradas; la información se obtuvo mediante la entrevista.

A partir de éstos, fueron seleccionadas las variables específicas de este estudio, que se consideraron en los siguientes rubros:

- Características del jefe de familia, en cuanto a nivel de escolaridad, tipo de ocupación, estabilidad en el empleo y disponibilidad de servicios médicos.
- Respecto al evento reproductivo, resolución (aborto, parto o cesárea) tipo de servicio usado para control prenatal.
- De la mujer se consideró su nivel de escolaridad.

Para asignar el jefe de familia, se consideró al grupo nuclear de la mujer, respecto al cual pueden apreciarse diversas variantes:

- a) Un grupo integrado por la mujer, su compañero (en su caso) e hijos, estos últimos, siempre y cuando no tuvieran a su vez hijos y/o compañero.
- b) El grupo de la mujer soltera sin hijos que podría comprender padres y hermanos estos a su vez, no unidos y/o sin hijos.

Como ya se señalaba, se consideró que la escolaridad⁶ del jefe de familia, tiene estrecha relación con el tipo y estabilidad de la ocupación; se identificaron aquellas condiciones de la ocupación que de alguna manera se asocian con la disponibilidad de servicios de salud, principalmente de seguridad social. Respecto al tipo, se distinguió entre tener una ocupación calificada o no; para que pudiera ser “calificada”, era preciso que para su desempeño se requiera cierta instrucción o capacitación formal, en caso negativo, se consideró como “no calificada”. De esta forma, las ocupaciones calificadas fueron: empleados administrativos, técnicos y profesionistas; y las no calificadas: servicios personales, comerciantes, vendedores, servicios domésticos y obreros.

Se evaluó la **estabilidad en empleo**, y se calificó como “fija” o “eventual”. Tanto el **tipo de ocupación** como su **estabilidad**, se consideraron directamente relacionadas con la **disponibilidad de servicios médicos**, se supuso que las ocupaciones calificadas o estables,

⁶ Se refiere al último grado cursado, aprobado en el sistema educativo formal.

tendrían en mayor medida acceso a la seguridad social, entendida ésta, como la prestación derivada de una relación laboral que da oportunidad de ser beneficiario o derechohabiente. Así mismo, se parte del hecho de que la disponibilidad (en cuanto a oportunidad de acceso a servicios para la atención prenatal y resolución del embarazo), influye en la utilización de éstos; en este proceso de utilización, también adquiere importancia la escolaridad de la mujer (que pudiera estar en correspondencia con la del jefe de familia) al considerar que, quienes tienen la oportunidad de acudir a un mayor nivel escolar, dados sus recursos familiares, **“reconocen en mayor medida la necesidad de una atención preventiva”** que se expresaría en la etapa de inicio de control prenatal, el número de consultas recibidas e indirectamente en el tipo de resolución.

Las diversas opciones de atención para la salud se agrupan en:

1. Servicios a población abierta (Públicos: SSA, DDF, y Asistencia Privada)
2. Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina/Militar, Seguro Médico)
3. Servicios Privados.

Para este análisis el control prenatal se clasificó en **“adecuado”** e **“inadecuado”**, se consideró la primera opción cuando la mujer tuvo 9 consultas o más en su embarazo y lo inició en el primer trimestre, conforme a lo establecido para la Academia de Medicina de EE.UU. (*Instituto de Medicina: 1973*), cuando no se reunieron estos requisitos se calificó como **“bajo”** o **“intermedio”** (inadecuado).

Con la finalidad de obtener uniformidad en la captación y registro de la información en la cédula, se llevó a cabo un programa de estandarización con el personal que participó en el trabajo de campo, principalmente: trabajadoras sociales, prestadores de servicios social y tesistas de la licenciatura en Trabajo Social, así como enfermeras de ambos niveles profesionales) donde se establecieron los criterios necesarios para asegurar la confiabilidad de la información.

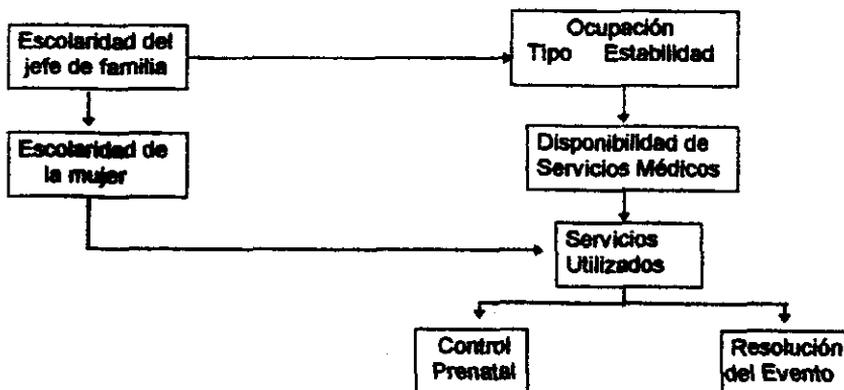
3.7 RECUENTO

La información captada se integró a una base de datos por medio del paquete DBASE IV y para su procesamiento y análisis estadística, se utilizó el paquete SPSS (Statistics Program Science).

Se realizó en primer lugar, un análisis descriptivo y conforme a éste, se efectuaron las agrupaciones en cada variable; se elaboraron tablas de contingencia y la prueba estadística utilizada fue la Ji Cuadrada.

Asimismo, se considera importante, presentar ciertos elementos para proceder a analizar la relación teórica y metodológica de las interrogantes planteadas. En el modelo previsto se asume que la disponibilidad influye en el uso de los servicios de salud, el tipo de control prenatal y la resolución del evento. La disponibilidad, a su vez está en función de la ocupación del jefe de familia y ésta pudiera depender de la escolaridad del mismo. Por otra parte, es posible también que exista relación entre el nivel de preparación del jefe de familia y la mujer para que ello module el proceso de utilización, como lo muestra el siguiente diagrama.

DIAGRAMA 1
RELACION DEL GRADO DE ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA CON LA
DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS DE SALUD



3.8 ANALISIS DE LAS VARIABLES SOCIALES QUE DETERMINAN LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y EVALUACION DE SU ASOCIACION EN LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNOS.

En la tabla No. 1 se describe la relación entre el tipo de ocupación y la escolaridad del jefe de familia. En primera instancia, se observó en esta muestra, que un poco más de la mitad de la población tenía escolaridad de secundaria o menos y el resto un nivel medio o superior. Por otra parte, más del 70% realizaba actividades no calificadas al momento de la entrevista; respecto a ello, en la literatura se ha encontrado correspondencia entre estas dos variables sociales, donde se asume que un mejor nivel escolar permite la incorporación de la mano de obra en la realización de actividades que requieren cierta especialización o un mayor grado de conocimientos. En el análisis realizado, se encontró la asociación esperada, es decir, que 9 de cada 10 jefes de familia con baja escolaridad (secundaria o menos) realizaban actividades no calificadas y en contraposición, cuando se tenía una escolaridad superior se efectuaban actividades especializadas en mayor proporción (50% vs 6%).

TABLA 1
TIPO DE OCUPACION SEGUN ESCOLARIDAD
DEL JEFE DE FAMILIA
 DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE OCUPACION		
	NO CALIFICADA	CALIFICADA	TOTAL
<= SEC.	106 (93.8)	7 (06.2)	113 (55.7)
MED. SUP.	45 (50.0)	45 (50.0)	90 (44.3)
TOTAL	151 (74.4)	52 (25.6)	203 (100)

$\chi^2 = 48.18 \quad P < .001$

Fuente: Censo de familia y vivienda, INPer, 1993.

Evidentemente, la preparación escolar se relaciona también con la estabilidad laboral; en éste trabajo poco más del 50% de la muestra tenía un empleo fijo, asimismo, se encontraron diferencias estadísticas, con una proporción superior al promedio de jefes de familia con nivel escolar alto y relaciones laborales de carácter estable (tabla 2).

TABLA 2
ESTABILIDAD EN LA OCUPACION SEGUN
ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO DE ESCOLARIDAD	ESTABILIDAD		TOTAL
	EVENTUAL	FIJO	
<= SECUNDARIA	59 (52.2)	54 (47.8)	113 (55.7)
MED. SUPERIOR	32 (35.6)	58 (64.4)	90 (44.3)
TOTAL	91 (44.8)	112 (55.2)	203 (100)

$X_2 = 4.97$ $P < .05$

Fuente: Censo de familia y vivienda, INPer, 1993.

En la tabla 3, se analiza la relación entre el tipo de ocupación del jefe de familia con la disponibilidad de servicios médicos. Por una parte, se encontró que la mitad de la población contaba con servicios de seguridad social.

Al explorar el cuadro, se observaron diferencias que alcanzan importancia estadística, con predominio en la proporción de jefes de familias con actividades calificadas y disponibilidad de servicios de seguridad social (69%).

TABLA 3
SEGURIDAD SOCIAL SEGUN TIPO DE OCUPACION
DEL JEFE DE FAMILIA
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO DE OCUPACION	SEGURIDAD		TOTAL
	NO	SI	
NO CALIFICADA	87 (57.6)	64 (42.4)	151 (74.3)
CALIFICADA	16 (30.8)	36 (69.2)	52 (25.7)
TOTAL	103 (50.7)	100 (49.3)	203 (100)

$X_2 = 4.97$ $P < .05$

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

Al analizar tal relación en cuanto a la estabilidad laboral (tabla 4), se encontró que 7 de cada 10 jefes de familia con empleo estable disponían de los beneficios que otorga la seguridad social, mientras que el 76% de los jefes con ocupación eventual no contaban con esa prestación.

TABLA 4
SEGURIDAD SOCIAL SEGUN ESTABILIDAD EN LA
OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

ESTABILIDAD EN LA OCUPACION	SEGURIDAD SOCIAL		
	NO	SI	TOTAL
EVENTUAL	69 (75.8)	22 (24.2)	91 (44.6)
FIJO	34 (30.4)	78 (69.6)	112 (55.2)
TOTAL	103 (50.7)	100 (49.3)	203 (100)

$\chi^2 = 39.7 \quad P < .001$

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

En la tabla 5, se muestra la relación entre el tipo de ocupación del jefe de familia con el tipo de servicio utilizado por la mujer para control prenatal, observándose que la mitad de ellas contaron con servicios de seguridad social (101/193), una tercera parte hizo uso de servicios de asistencia pública y sólo una mínima proporción de servicios privados. Al interior del cuadro hubo diferencias importantes y conforme a lo esperado; 3 de cada 5 mujeres cuyo jefe de familia laboraba en actividades calificadas, utilizaron los servicios de seguridad social, y esta proporción disminuyó entre quienes realizaban actividades laborales que no requerían calificación, en estos últimos se incrementó el porcentaje de servicios médicos privados, demanda que se incrementó cuando se dispuso de un empleo calificado.

TABLA 5
TIPO DE SERVICIO UTILIZADO PARA CONTROL PRENATAL
SEGUN LA OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO DE OCUPACION	TIPO DE SERVICIO			TOTAL
	ASISTENCIA PUBLICA	SEGURIDAD SOCIAL	SERVICIO PRIVADO	
NO CALIFI.	56 (39.2)	70 (49.0)	17 (11.9)	143 (74.1)
CALIFICADA	9 (18.0)	31 (62.0)	10 (20.0)	50 (25.9)
TOTAL	65 (33.7)	101 (52.3)	27 (14.0)	193*(100)

$\chi^2 = 7.8 \quad P < .10$

* 10 Casos no usaron servicio para control prenatal.

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

La estabilidad en la ocupación con el tipo de servicios usado para control prenatal (tabla 6) mostró diferencias estadísticas en el mismo sentido que la tabla anterior; así,

respecto a ocupaciones de tipo fijo se incrementó el porcentaje de quienes hicieron uso de servicios de seguridad social, lo que disminuyó el porcentaje de utilización de los de carácter privado. En actividades inestables, el promedio se observó ahora, en el uso de servicios de asistencia pública, sólo una tercera parte utilizó instituciones de seguridad social y una de cada seis usó servicios privados. Con base en lo observado, parecería que este indicador de estabilidad laboral, a diferencia del tipo de ocupación, establece distinciones en mayor medida respecto al uso de servicios de seguridad social.

TABLA 6
TIPO DE SERVICIO UTILIZADO PARA CONTROL PRENATAL
SEGUN LA ESTABILIDAD EN LA OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

ESTABILIDAD EN LA OCUPACION	TIPO DE SERVICIO			TOTAL
	ASISTENCIA PUBLICA	SEGURIDAD SOCIAL	SERVICIO PRIVADO	
EVENTUAL	45 (52.3)	26 (30.2)	15 (17.4)	86 (44.5)
FIJO	20 (18.7)	75 (70.1)	12 (11.2)	107 (55.5)
TOTAL	65 (33.7)	101 (52.3)	27 (14.0)	193*(100)

$\chi^2 = 31.8$ $P < .001$

* 10 Casos no usaron servicio para control prenatal.

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

En la tabla 7, se analizó la asociación entre la forma de resolución del evento obstétrico y el tipo de servicio utilizado para ello; se observó que de 197 casos que demandaron atención institucional para la resolución del embarazo, el 87% lo resolvió por parto o cesárea, la menor distribución correspondió a los servicios privados y es de llamar la atención que el porcentaje de abortos atendidos por este tipo de servicios se incrementó tres veces más respecto a los atendidos en la asistencia pública o en las instituciones de seguridad social. En esta muestra 6 casos no solicitaron atención institucional para la resolución del evento, a pesar de que tres de ellos culminaron en embarazos a término.

TABLA 7
TIPO DEL EVENTO OBSTETRICO
SEGUN SERVICIO EN QUE SE ATENDIO
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO DE ASISTENCIA MEDICA	RESOLUCION		
	ABORTO	PARTO O CESÁREA	TOTAL
ASIST. PUBLICA	6 (8.1)	98 (91.9)	74(37.5)
SEG. SOCIAL	8 (8.6)	85 (95.4)	93(47.3)
SERV. PRIVADO	11 (12.7)	19 (63.3)	30(15.2)
TOTAL	25 (12.7)	172 (87.3)	197*(100)

$X^2 = 18.4$ $P < .001$

* 6 Casos no demandaron atención para la resolución (3 abortos, 3 partos).

Fuente: Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

En la tabla 8, se muestra el período de inicio de control prenatal según el tipo de servicio utilizado; se considera aquí, sólo los casos cuyo evento terminó en parto o cesárea, ya que para estos, fue pertinente evaluar el tipo de control prenatal, a diferencia de los abortos, en los que con frecuencia se identificó el embarazo hasta la aparición de la sintomatología propia del aborto. Se encontró que 3 de cada 4 mujeres iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, lo que reflejaría una mejoría, ya que en general se reporta una relación inversa, es decir, las mujeres en su mayoría inician su control prenatal en etapas tardías. De las mujeres que iniciaron la atención de sus embarazos en el segundo trimestre, el mayor porcentaje correspondió a quienes optaron por servicios de asistencia pública, mientras que las que se atendieron desde el inicio de su evento, acudieron en mayor proporción, a servicios de seguridad social; sin embargo, las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

TABLA 8
INICIO DE CONTROL PRENATAL
SEGUN TIPO DE SERVICIO UTILIZADO 1/
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO SE SERV.	INICIO DE CONTROL PRENATAL		TOTAL
	1er TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	
ASIST. PUBLICA	41 (68.3)	19 (31.7)	60 (35.7)
SEG. SOCIAL	74 (83.1)	15 (16.9)	89 (52.9)
SERV. PRIVADO	14 (37.7)	5 (26.3)	19 (11.3)
TOTAL	129 (76.8)	39 (23.2)	168*(100)

$X^2 = 4.5$ $P < .05$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea.

* 7 Casos no usaron servicios para atención prenatal

Fuente: Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

Al analizar la relación entre el tipo de control prenatal (donde se considera, además del inicio, el número de consultas prenatales) y los servicios utilizados para ello (tabla 9), se

encontró que de la muestra 168 mujeres, la mitad (50%) tuvo control prenatal bajo o intermedio y el resto tuvo control adecuado; como era de esperarse cuando el control prenatal fue inadecuado el mayor porcentaje se ubica en servicios de asistencia pública, en cambio, cuando se tuvo atención prenatal adecuada, el mayor porcentaje correspondió a los servicios privados. En este grupo, el 3% (6/175) de las mujeres no hicieron uso de los servicios de salud para control prenatal, lo que adquiere relevancia, si se considera, que es población residente del D.F. y tiene hipotéticamente, posibilidades de acceder a servicios médicos.

TABLA 9
CONTROL PRENATAL
SEGUN TIPO DE SERVICIO UTILIZADO/
DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO DE SERVICIO	CONTROL PRENATAL		TOTAL
	INTERM./BAJO	ADECUADO	
ASIST. PUBLICA	35 (58.3)	25 (41.7)	60 (35.7)
SEG. SOCIAL	42 (47.2)	47 (52.8)	89 (52.9)
SERV. PRIVADO	7 (36.8)	12 (63.2)	19 (11.3)
TOTAL	84 (50.0)	84 (50.0)	168*(100)

$X^2 = 3.2$ $P < .05$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea.

* 7 Casos no usaron servicios para atención prenatal.

Fuente: Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

El período en que se inició el control prenatal según el nivel escolar de la mujer (tabla 10), mostró tendencias conforme a lo esperado, es decir, hubo un porcentaje mayor de mujeres con estudios superiores a la secundaria que iniciaron el control prenatal en los primeros tres meses del embarazo y por el contrario, en mayor medida, las que tuvieron una escolaridad menor a la señalada, acudieron a consultas a partir del cuarto mes de embarazo.

TABLA 10
INICIO DE CONTROL PRENATAL
SEGUN ESCOLARIDAD DE LA MUJER 1/
DELEGACION MIGUEL HIDALGO 1993

ESCOLARIDAD	INICIO CONTROL		TOTAL
	1er TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	
<= SECUNDARIA	67 (72.8)	25 (27.2)	92 (54.7)
MED. SUPERIOR	62 (81.6)	14 (18.4)	76 (45.2)
SERV. PRIVADO	129 (76.8)	39 (23.2)	168*(100)

$\chi^2 = 1.3 \quad P < .05$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea

* 7 Casos no usaron servicios para atención prenatal.

Fuente: Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

Las tendencias encontradas se hacen más evidentes y alcanzan significancia estadística cuando se explora el nivel de escolaridad de la mujer con el tipo de control prenatal (tabla 11) lo que permitió observar una relación directamente proporcional, es decir, a menor escolaridad menor control adecuado y a mayor escolaridad mayor control adecuado del embarazo.

TABLA 11
CONTROL PRENATAL
SEGUN ESCOLARIDAD DE LA MUJER 1/
DELEGACION MIGUEL HIDALGO 1993

NIVEL DE ESCOLARIDAD	CONTROL PRENATAL		TOTAL
	INTERMED/BAJO	ADECUADO	
<= SECUNDARIA	53 (57.6)	39 (42.4)	91 (54.7)
MED. SUPERIOR	31 (40.8)	45 (59.2)	76 (45.2)
TOTAL	84 (50.0)	84 (50.0)	168*(100)

$\chi^2 = 4.1 \quad P < .05$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea.

* 7 Casos no usaron servicios para atención prenatal.

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

En las siguientes tablas se analizan las variables que corresponden al segundo objetivo planteado en el estudio, a fin de conocer aspectos de sobre y subutilización de los servicios de salud para la atención de los embarazos.

En la tabla 12 se muestra la relación entre el nivel escolar de la mujer y el número de servicios de salud utilizados, destacando en forma relevante que 3 de cada 4 mujeres sólo

dispuso de un servicio que usó en el control prenatal, en contraparte 1 de cada 4 contó con dos y de estas en su mayoría , usaron los dos (30/44).

TABLA 12
DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS
SEGUN ESCOLARIDAD DE LA MUJER 1/
DELEGACION MIGUEL HIDALGO 1993.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE SERVICIO			TOTAL
	TENIA Y LO USO	TENIA 2 Y USO 1	TENIA 2 LOS USO	
<= SECU.	75 (81.5)	4 (4.3)	13 (14.1)	92 (54.8)
MED. SUP.	49 (64.5)	10 (13.2)	17 (22.4)	76 (45.2)
TOTAL	124 (73.8)	14 (8.3)	30 (17.9)	168*(100)

$X^2 = 7.1$ $P < .05$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea.

* 6 Casos no dispusieron de servicios

Fuente: Censo de familia y vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

De acuerdo a lo observado, el nivel escolar bajo, tanto para el caso de la mujer como del jefe de familia (tabla 12 y 13) se relacionó con la disponibilidad y uso de un solo servicio de salud, es decir, 4 de cada 5 mujeres presentaron esta condición. La disponibilidad de dos servicios parece estar relacionada con un nivel escolar mayor a la secundaria, ya que la proporción de quienes contaron con dos servicios se duplicó, respecto a los que contaron con una escolaridad más baja. Si se considera sólo al grupo que contó con dos servicios y se analiza el uso de estos, no se observan otras diferencias según la escolaridad, esto es, tanto los de menor y los de mayor escolaridad cuando contaron con dos servicios los utilizaron (12/16 vs 10/19).

TABLA 13
DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS
SEGUN ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA 1/
DELEGACION MIGUEL HIDALGO 1993

NIVEL DE ESCOLARIDAD	USO DE SERVICIOS			TOTAL
	TENIA Y LO USO	TENIA 2 Y USO 1	TENIA 2 LOS USO	
<= SEC.	76 (82.1)	4 (4.3)	12 (13.0)	92 (54.8)
MED. SUP.	48 (63.2)	10 (13.2)	18 (23.7)	76 (45.2)
TOTAL	124 (73.8)	14 (8.3)	30 (17.9)	168*(100)

$X^2 = 8.6$ $P < .001$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea.

* 6 Casos no dispusieron de servicios

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y utilización de servicios de salud, INPer, 1993.

Al introducir en el análisis la variable de tipo de ocupación del jefe de familia (tabla 14), se encontró como hallazgo interesante, que cuando el jefe de familia realizaba actividades no calificadas, se presentó un predominio en el porcentaje de disponibilidad y uso de un sólo servicio y al parecer, cuando se ejecutaban tareas que involucraban cierto grado de conocimientos, se tuvieron mayores posibilidades de acceder a dos servicios médicos y de mejor calidad. Al considerar sólo al grupo que contaba con dos servicios y su relación con el uso, se observó que quienes realizaban actividades no calificadas, en mayor medida, hicieron uso de los dos servicios, en cambio el grupo contrario en un porcentaje menor utilizó los dos servicios (20/25 vs 10/19).

TABLA 14
DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS
SEGUN OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA
DELEGACION MIGUEL HIDALGO 1993

TIPO DE OCUPACION	USO DE SERVICIOS			TOTAL
	TENIA Y LO USO	TENIA 2 Y USO 1	TENIA 2 LOS USO	
NO CALIFIC.	100 (80.0)	5 (4.0)	20 (16.0)	125 (74.4)
CALIFICADA	24 (55.8)	9 (20.9)	10 (23.3)	43 (25.6)
TOTAL	124 (73.8)	14 (8.3)	30 (17.9)	168*(100)

$X^2 = 14.4$ $P < .001$

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea

* 6 Casos no dispusieron de servicios

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

En la tabla 15, se muestra la condición en la ocupación. Nuevamente, cuando la ocupación no garantiza la estabilidad o sólo se realiza la actividad por obra de trabajo, o en ciertas épocas del año, se tiene acceso y se usa un sólo servicios de salud en un porcentaje elevado. En contraste con el cuadro anterior, las diferencias encontradas respecto al uso, en este subgrupo que contaba con dos servicios, no fueron estadísticamente significativas (9/12 vs 21/32).

TABLA 15
DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS
SEGUN ESTABILIDAD EN LA OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA 1/
DELEGACION MIGUEL HIDALGO 1993

ESTABILIDAD EN LA OCUP.	USO DE SERVICIOS			TOTAL
	TENIA Y LO USO	TENIA 2 Y USO 1	TENIA 2 LOS USO	
EVENTUAL	61 (83.6)	3 (4.1)	9 (12.3)	73 (43.3)
FIJO	63 (66.3)	11 (11.6)	21 (22.1)	95 (56.4)
TOTAL	124 (73.8)	14 (8.3)	30 (17.9)	168*(100)

X² = 6.6 P < .05

1/ Sólo mujeres cuyo evento terminó en parto o cesárea.

* 6 Casos no dispusieron de servicios

Fuente: Censo de Familia y Vivienda e Historia Reproductiva y Utilización de Servicios de Salud, INPer, 1993.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Mediante el desarrollo de la investigación y el análisis de las variables sociales estudiadas se llegó a las siguientes conclusiones:

La ocupación del jefe de familia *determina* en primera instancia, la disponibilidad y el uso de servicios de atención a la madre. Por un lado, cuando el jefe de familia es participe en el sector *formal*, le es permitido disponer de servicios de salud, a través de la seguridad social, que es parte de las prestaciones laborales que le son otorgada dentro de su trabajo. El nivel de escolaridad es *influyente* en la participación o especialización profesional para su desempeño, considerándose así la mano de obra calificada.

Por el contrario, la baja escolaridad y calificación el trabajo, generalmente, lleva a los jefes de familia, a realizar actividades dentro del sector informal en donde la disponibilidad de servicios de salud como prestación laboral, es nula, teniendo como alternativa los servicios de asistencia pública, y en una mínima parte los servicios privados.

Así, la utilización de servicios ha mostrado una relación directa con la disponibilidad. No obstante, el tipo de servicio (seguridad social, servicios privado, asistencia pública) que la mujer utiliza para control prenatal, es aquél que tiene disponible.

El nivel de escolaridad de las mujeres trasciende también en la utilización de los mismos, durante todo su evento reproductivo, es decir, durante el embarazo, parto y hasta probablemente el puerperio, en consideración de que cuando el nivel de escolaridad de las mujeres es bajo se condicionan y/o limitan ciertas conductas como falta de interés y cuidado al uso de los servicios de salud maternos.

Mediante la realización de este estudio se demostró que mientras más bajo es el nivel escolar de las mujeres, menor control prenatal *adecuado*, ya que el inicio de éste es tardío, comenzando a partir del segundo semestre, esto sin contar que aún en zonas donde está concentrado el mayor número de servicios, estructura y recursos humanos, como es en el caso del D.F., no existe ni la calidad, ni la cobertura suficiente y capaz de alcanzar a esta población, durante el *primer trimestre* que se considera como el *adecuado*.

Por otro lado, el tipo de servicio utilizado por las mujeres en este estudio, muestra si el control prenatal es *adecuado* o *inadecuado*. La disponibilidad y acceso a la seguridad

social, señala con mayor frecuencia que quienes hacen uso de ella *llevan un control adecuado* ya que puede iniciarse a partir del primer trimestre, sin embargo, quienes se atienden en la asistencia pública su control es inadecuado.

De acuerdo al segundo objetivo planteado en el estudio, a fin de conocer aspectos de sub y sobre utilización, se concluyó lo siguiente.

El tipo y la categoría de ocupación tanto de la mujer, como del jefe de familia se relaciona con la disponibilidad de dos servicios, presentándose así la sobre utilización de los mismos, es decir, el uso de dos servicios al mismo tiempo. Sin embargo, la sub utilización de un servicio se relaciona más con el nivel de escolaridad. La falta de conocimiento a la prevención y el control del embarazo, son en muchas ocasiones, consecuencia del nivel de escolaridad de la mujer, principalmente, aunque también puede ser atribuido a la desconfianza de las mujeres al conocer la calidad (baja) de atención y quizá de algunos otros aspectos de tipo culturales.

Por último se encontró también que la calificación y la estabilidad laboral del jefe de familia garantiza en primera instancia, la disponibilidad y en segunda la *sobre utilización* de servicios de salud maternos. Mientras que el empleo es estable y se realizan dentro de éste actividades calificadas, predomina la disponibilidad y uso de dos servicios médicos, siendo lo contrario en empleos *inestables de baja calificación*.

La no disponibilidad, junto con otros factores como la baja escolaridad, tanto del jefe de familia, como de la mujer, la accesibilidad, cobertura y calidad de servicios, impiden que toda la población femenina reciba atención oportuna, adecuada y de alta calidad durante su embarazo, parto y puerperio. Esto conlleva a riesgos que ponen en peligro a la madre y al producto.

Con las conclusiones aquí presentadas, podemos asentar que las hipótesis de trabajo que guían esta investigación, son corroboradas:

1. La disponibilidad de los servicios de salud maternos se darán en función del tipo de ocupación, así como de la situación económica del jefe de familia.
2. Las ocupaciones calificadas dispondrán con mayor frecuencia de servicios de seguridad social o de servicios de atención privada.

3. La escolaridad de nivel medio y superior propiciarán mayor utilización de los servicios de salud.

En cuanto a la(s) función(es) de Trabajo Social se puede concluir lo siguiente: los estudios de investigación en "comunidad", proporcionan importantes elementos de la realidad, en la que cotidianamente operan muchas(os) trabajadoras(res) sociales y con ello, nos permiten contar con bases y fundamentos para opinar sobre la orientación que debe(n) de seguir el diseño de ciertas políticas sociales de carácter institucional y a nivel de programas y proyectos específicos, en este caso, de zonas urbanas como el D.F.

PROPUESTAS

Mediante el desarrollo de esta investigación nos encontramos con indicadores sociales que en forma negativa se involucran o intervienen en la salud de la mujer durante el proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio).

Dentro del Campo del Trabajo Social en Salud, existen básicamente cuatro funciones específicas, en las que la trabajadora social debe involucrarse⁷. Una de esas funciones es la investigación, su finalidad es identificar aspectos sociales que repercutan en el proceso salud-enfermedad de los individuos, de manera que puedan darse alternativas de solución, para un mejor desarrollo social, comunitario e individual.

Con base en los hallazgos obtenidos en la investigación, a continuación se sugieren las siguientes propuestas:

1. Dar un mayor auge a la investigación de Trabajo Social en el área de salud para un análisis profundo, en el proceso salud - enfermedad y principalmente salud reproductiva y/o salud materno - infantil. Esto es, los estudios exploratorios son punto de partida y base para identificar preguntas de investigación a nivel descriptivo, los cuales nos permiten conocer, e identificar aspectos "básicos" que intervienen, determinan y se asocian con ciertas dimensiones del proceso salud - enfermedad de los grupos humanos.
2. Ahondar en el análisis de aspectos de coberturas y calidad de los servicios de salud maternos, con el fin de dar una mayor oportunidad a estudiar y proponer alternativas para el uso de éstos, de manera que esto, permita disminuir el índice de morbilidad y mortalidad materno - infantil, así como dar alternativas a una atención preventiva.
3. Propiciar una optimización del uso de servicios de salud a través de los recursos humanos profesionales, en formación (Lic. Trabajo Social y nivel técnico) para realizar programas de promoción social y participación comunitaria para el adecuado uso de servicios de salud perinatal a partir del momento que se requiera.
4. Incorporar programas preventivos y educativos de acuerdo al diagnóstico de salud que se presente en el área y/o tiempo determinado.

⁷ Investigación, Administración, Educación y Asistencia. Revista No. 37 de Trabajo Social, pag.40.

5. Llevar una continuidad de programas específicos de promoción y prevención, mediante la "reeducación" en los servicios de salud maternos.
6. Dar un mayor auge en el conocimiento de instituciones de especialidades, que por estar concentradas en un solo lugar o quizá en lugares lejanos, se desconocen.
7. Retomar el estudio en esta línea de investigación, con la finalidad de dar continuidad al proceso de análisis sobre el uso y disponibilidad, vinculado directamente a calidad y cobertura de los servicios de salud maternos.
8. Dar a conocer instituciones de tipo público (para población abierta) que debido a su concentración se ignora su ubicación, el procedimiento a seguir para su ingreso y hasta el costo del servicio; tal es el caso de instituciones como el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), y el Hospital GEA González de México.
9. Promocionar instituciones de tipo privado que dan consultas a precios considerables o bien accesibles para la población en general.
10. Promover la participación del trabajador social dentro de instituciones de tipo privado en el que se podría intervenir en la realización de programas y campañas de estudios médicos preventivos, a precios accesibles para mujeres en edad reproductiva.

ANEXO

(INSTRUMENTOS)

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIVISION DE INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA
CENSO DE FAMILIA Y VIVIENDA

IDENTIFICACION.

UNIDAD DOMESTICA
DEPTO. CABA MANZANA COL. AÑO MES DIA

ENCUESTADOR: _____

NOMBRE

**CUESTIONARIO DE HISTORIA REPRODUCTIVA
Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

FOLIO: _____

I. IDENTIFICACION

NOMBRE: _____ No. MUJER GRUPO
 No. EXPEDIENTE _____ / _____ CLAVE VIV. _____ DEPTO. _____ CASA _____ MANZANA _____ COL. _____ FECHA _____
 ENCUESTADOR _____ AÑO MES DIA

II. HISTORIA

2.1 REPRODUCTIVA

No. PROC.	NOMBRE	RES	COND	OCURRENCIA			FUENTE			DIS	SERVICIOS DE SALUD			NO/CUAL.	RESOL.
				AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA		TIPO	U	S		
1	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

EMBARAZO GEMELAR: 1a. Gemelo No. Prog Cond. _____ aÑo mes día 2a. Gemelo No. Prog Cond. _____ aÑo mes día

CONDUCTA PRENATAL: MES DE INICIO No. DE CONSULTAS PRENATALES _____

OBSERVACIONES: _____

CLAVES:

RESOLUCION: (1) Aborto (2) Parto (3) Cesárea

DISPUSO SERVICIO: (1) No (2) Si (3) Seg. Parcial

CONDICION: (1) Vivo (2) Muerto (9) No procede

USO: (1) No (2) Si (9) No procede

TIPO DE SERVICIO: (1) IMSS (2) ISSSTE (3) PEMEX (4) Marina/Militar (5) Seg. Med. (6) SSA (7) D.D.F. (8) Asist. Priv. (9) Serv. Priv. (10) Domicilio/Forfaito (99) No procede

SOLO A MUJERES CON EVENTO REPRODUCTIVO EL AÑO ANTERIOR.

2.2 CONDUCTA REFERIDA: MES DE INICIO No. DE CONSULTAS PRENATALES EDAD GEM

2.3 MORBILIDAD

(1) NO (2) SI

MOLESTIAS DURANTE EL EMBARAZO (ESPECIFIQUE)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MOLESTIAS MAS IMPORTANTES

ESPECIFIQUE _____

BUSCO ATENCION MEDICA

2.4 METODOS ANTICONCEPTIVOS

	C U		C U		C U		C U
1. HORMONAL (O) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. HORMONAL (I) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. DIU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. RITMO (CALEND) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. RITMO (TEMP) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. M. BARRERA (M) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. M. BARRERA (H) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ESPERMATICIDA (E) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. B + E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. BILLINGS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. OTROS (ESPECIFIQUE) _____			

CONOCIMIENTO: (1) NO (2) Parcial (3) SI

USO: (1) NO (2) Uso (3) Usa

BIBLIOGRAFIA

Aguilar C. Francisco, Alvarez L. Carlos, Lezama F. Miguel A. "Tendencias de integración en Servicios de salud en México" *Salud Pública de México*, 35 (1993) pp. 550-555.

Arredondo A., Meléndez V. "Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis" *Salud Pública de México*, 34 (1992), pp. 36-49.

Arroyo P., Arce L., Casanueva E. "La utilización de un servicios de salud perinatal: Influencia de la experiencia reproductiva" *Perinatología y Reproducción Humana*, México 3 (1991) pp. 123-128.

Avila H., Casanueva E., Arroyo P. "Cohorte de Estudios Perinatales. Edad y embarazo como causas de sesgo". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 3 (1985), pp. 400-404.

Bustamante M. E., Viesca C., Villaseñor F., Vargas A., Castañón R., Martínez X. *La Salud Pública en México 1959-1982*, S.S.A, México, 1982.

Boltvinik J., Farias U., Carabias J. *La desigualdad en México*, Siglo XXI, México, 1984, p. 334.

Clasificación Mexicana de Ocupaciones 1990, INEGI, 1 (1990).

COPLAMAR, *Necesidades Esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, Siglo XXI, México, 1992, p. 113.

Escuela Nacional de Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social No. 37*. UNAM. México, 1989, p. 83.

Facultad de medicina, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. UNAM, México, 1993, pp. 12-14.

Fernández C. Sonia, Barraza S. Leticia, "Población, escolaridad y ocupación", en *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Materno-Infantil, México, 1992, pp. 37-59.

Frenk J., "El concepto y la medición de accesibilidad", en *Salud Pública de México*, 27 (1985), pp. 438-456.

----- "Integración de prestación de los servicios de salud", en *Salud Pública de México*, 34 (1992) pp. 85-104.

FUNSALUD, *Perfiles de la salud hacia el año 2000*, FUNSAUD, México, 1988, pp. 17-19.

García B., Muñoz H., De Oliveira O., *Hogares y Trabajadores. En la Ciudad de México*, El Colegio de México, 1982.

García M., Arroyo P., Avila H., Casanueva E., Centeno N., Tiburcio T. "Utilización de un servicio de salud perinatal: La familia como instancia mediadora", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, 5 (1990), pp. 109-319.

González C. Eleuterio, *Diagnóstico de la salud en México*, Trillas, 1988, p. 104.

González N. G. "Factores sociodemográficos en la reproducción humana. Estado civil, ocupación y número de hijos", en *Perinatología y Reproducción Humana*, en el umbral del Siglo XXI, Sexta Reunión Anual, abril 1989 p.75.

Hartman S. "Mortalidad, en la mujer adolescente, adulta, anciana y su salud, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Materno- Infantil, México, 1992, pp. 149-210.

Hernández L. Gonzalo "Efecto de la pobreza familiar sobre la tasa de participación, las horas trabajadas y el desempleo en México", en Revista del Colegio Nacional de Economistas, 2, (1997), pp. 205-234.

INEGI, Agenda Estadística 1996, INEGI, México, 1996, p. 78

INEGI, Encuesta Nacional de Empleo 1991, INEGI, p. 37.

Laguna G. J., *Organización para el desarrollo de la investigación en servicios de salud en México*, CONACYT- S.S.A., México, 1978. pp. 225-228.

Laurell A. Cristina *La reforma contra la salud y la seguridad social*, ERA, México, 1997.

Ley del Seguro Social, ALCO, México, 1995.

Lomeli V. Leonardo "La economía de la seguridad social en México. Antecedentes y reforma de los sistemas de seguro social y salud pública", 3, (1997), pp.197-225.

López A. D., *La salud desigual en México*, Siglo XXI, México, 1987, pp. 95-101.

López-Dóriga L.O. J. "El mercado laboral en el proceso de ajuste: el caso de México" en Revista del Colegio Nacional de Economistas, 2, (1997), pp. 235-241.

Mallen G. A., *Morbilidad, Programa Nacional "Mujer, salud y desarrollo"*, Siglo XXI, México, 1984, p.334.

————— “Morbilidad”, en *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Materno-Infantil, México, 1992, pp. 77-143.

Martínez M. F. “La reforma de la seguridad social: una respuesta de México a los retos de la globalización”, en *Revista del Colegio Nacional de Economistas*, 2, (1997), pp. 185-201.

Martínez N. G. “Cobertura de los servicios de salud”, en *Salud Pública de México*, 34, (1992), pp. 16-28.

Mesa L. C., *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, FCE, México, 1986, p. 14.

————— “La seguridad social, en Estado y el capitalismo moderno”, en *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, FCE, México, 1986, p. 32-36.

Milton I. Roemer, *Perspectiva mundial de los Sistemas de Salud*, Siglo XXI, México, 1976, p. 112.

Monteith R., Warren Ch. Stanzola E., “Servicios de salud materno-infantil y vacunación en Panamá y Guatemala”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 3 (1987). P. 218.

Muñoz G. Humberto, Suárez Z. Ma. Herlinda, “las nuevas dimensiones del rezago educativo”, en *Demos. Carta demográfica sobre México*, (1993) p.32.

Pantelides E. A., “El hogar como unidad de análisis de datos censales: Importancia y posibilidades”, en *La familia como unidad de estudio demográfico*, Centro Latinoamericano de Demografía, San José Costa Rica 1976 pp. 49-102.

Pick de W. S. *Un estudio social psicológico de la planificación familiar*, Siglo XXI, México, 1979 p. 62.

Potter J. E., "Utilización de los servicios de salud materno en el México rural", en *Salud Pública de México*, 30 (1988), pp. 387-402.

Revista de Trabajo Social 37, UNAM, México D.F. 1989, 83p.

Rodríguez D. J., Barr Alex. Rosenthal Gerald, Chávez P. Federico, Pérez M. Adolfo. *Estrategias para el desarrollo de la investigación en servicios de salud*, CONACYT-S.S.A., México, 1978, pp. 273-283.

Salud reproductiva y sociedad. ¿ Por qué un programa sobre salud reproductiva y sociedad?. En *Organo informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad del Colegio de México*, año 1, septiembre-diciembre, 1993, p. 11.

S/a, "EL IMSS y sus privilegios salariales", jueves Suplemento de *la Jornada*, México, DF: 30 de Septiembre, 1993, p.6.

S/a, "Problemas administrativos, financieros e incumplimiento contractual afectan los servicios en el IMSS", jueves Suplemento de *La Jornada*, México D.F. 30 de Septiembre, 1993, p. 15.

S.S.A, *Cuadernos Técnicos de Planeación*, S.S.A., México, 1984.