

SERVICIOS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y VACUNACION EN PANAMA Y GUATEMALA¹

*Richard S. Monteith,² Charles W. Warren,² Egberto Stanziola,³
Ricardo López Urzua⁴ y Mark W. Oberle²*

INTRODUCCION

Los líderes nacionales y los profesionales de la salud han hecho suya la meta de salud para todos en el año 2000 (1). Este objetivo se definió en la 29ª Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en 1978. Se consideró que dos de los ocho componentes básicos de la atención primaria de salud identificados en la conferencia de Alma-Ata requerían atención mundial: la provisión de servicios de salud maternoinfantil y la vacunación de los niños contra las principales enfermedades infecciosas (2, 3). En este artículo se examinan la utilización de los servicios de salud maternoinfantil y el estado de

vacunación de los niños en Guatemala y Panamá como pauta para evaluar el progreso hacia la meta en dos países de América Latina.

El ritmo del progreso variará, por supuesto, de un país a otro. Entre los factores que afectan ese ritmo en un país dado se incluyen la infraestructura de salud existente y la extensión de su cobertura, la disponibilidad y el costo de los medicamentos y la percepción que la gente tiene de la importancia de la atención preventiva proporcionada por elementos tales como los servicios de salud maternoinfantil y la inmunización.

El ritmo también se verá afectado por el aspecto que cada país aborde inicialmente para avanzar hacia la meta, evaluado según los principales indicadores de salud. Por ejemplo, un informe de 1984 (4) indicó que la mortalidad infantil en Guatemala fue de 66 defunciones por cada 1 000 niños nacidos vivos, en contraste con 25 defunciones por cada 1 000 niños nacidos vivos en Panamá. El mismo informe estableció que la esperanza de vida al nacer en Panamá era de 11 años más que en Guatemala (70 contra 59 años). Asimismo, en

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol. 21, No. 1, 1987.

² Centros para el Control de Enfermedades, Centro de Educación y Promoción de la Salud, División de Salud de la Reproducción, Departamento de Evaluación de Programas, Atlanta, Georgia, EUA. Dirección postal: Centers for Disease Control, Atlanta, GA 30333, EUA.

³ Ministerio de Salud, Dirección de Salud Maternoinfantil, Panamá, Panamá.

⁴ Anteriormente, Ministerio de Salud, División de Salud Maternoinfantil, Guatemala, Guatemala.

1983, la tasa total de fecundidad en Guatemala fue de 5,8 y el 25% de las mujeres de 15 a 44 años casadas en ese momento utilizaban contraceptivos, mientras que en 1984 la tasa total de fecundidad en Panamá fue de 3,7 y el 60% de las mujeres de 15 a 44 años casadas en ese momento utilizaban contraceptivos (5, 6). Estas diferencias proporcionan una base para la comparación en el análisis del uso de los servicios de salud materno-infantil y la cobertura de vacunación en estos dos países.

MATERIALES Y METODOS

El análisis presentado en este informe se basa en dos encuestas sobre planificación familiar y salud materno-infantil que se iniciaron en Guatemala y Panamá en 1983 y 1984, respectivamente (5, 6). Estas encuestas se realizaron principalmente para estimar la extensión del uso de contraceptivos y para proporcionar datos sobre la utilización de los servicios de salud materno-infantil y el grado de vacunación, con el fin de medir sus efectos en cada país. Ambas fueron encuestas probabilísticas de etapa múltiple por estrato con selección de dos etapas. La encuesta guatemalteca fue realizada por la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROEFAM) y la panameña, por el Ministerio de Salud; en ambos casos, la División de Salud de la Reproducción, de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), de Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América, proporcionó asistencia técnica.

En Guatemala se consideraron dos estratos por separado: el departamento de Guatemala, que es en su

mayor parte urbano, y todos los demás departamentos del país, a los que se mencionará colectivamente en este artículo como "el interior". En el interior, los encuestados se clasificaron en dos grupos étnicos: ladinos e indígenas. El grupo étnico se definió específicamente de acuerdo con la lengua hablada en el hogar y el tipo de vestimenta, en particular la de las mujeres. De esta manera, los sujetos de la encuesta guatemalteca se reunieron en tres grupos: mujeres que residían en el departamento de Guatemala, mujeres ladinas que vivían en el interior e indígenas del interior. El trabajo de campo se efectuó a partir de septiembre de 1983 hasta enero de 1984 y se realizó un total de 3 670 entrevistas completas a mujeres de 15 a 44 años de edad de todo tipo de estado civil, que representaron el 95% de los hogares seleccionados que incluían interlocutores elegibles. El porcentaje de cuestionarios individuales completos varió de 88% en el departamento de Guatemala a 98% en el interior.

En la encuesta panameña también se consideraron por separado los estratos urbano y rural, y el grupo étnico se definió de manera similar a la de Guatemala. De este modo, las mujeres que contestaron la encuesta panameña también se dividieron en tres grupos: residentes urbanas, ladinas rurales e indígenas rurales. El trabajo de campo se inició en julio de 1984, pero numerosas demoras administrativas impidieron que se completara hasta abril de 1985, cinco meses después de la fecha programada. Se obtuvieron entrevistas completas de un total de 8 240 mujeres de 15 a 49 años de edad de todo tipo de estado civil, que representaban el 91% de los hogares seleccionados en los que había interlocutores elegibles. El porcentaje de cuestionarios individuales completos fue ligeramente mayor en la zona rural (94%) que en la zona urbana (88%).

El diseño de la muestra en ambas encuestas no fue autoponderado. En consecuencia, las tasas, proporciones y medias obtenidas a partir de los datos de la encuesta se basan en factores de ponderación de dominios, diseñados para compensar las probabilidades de selección desigual. En los cuadros 1 a 9, los porcentajes proporcionados se basan en el número ponderado de observaciones, pero se muestran los números no ponderados de casos.

Para facilitar los recuerdos de las encuestadas y obtener una muestra transversal de las experiencias recientes de las mujeres en los servicios de salud maternoinfantil, solo se incluyeron en el análisis de cada país mujeres casadas y en unión con una pareja en ese momento y de 15 a 44 años, que hubieran dado a luz a su último hijo nacido vivo dentro de los cinco años anteriores a la fecha de la entrevista. Así se presentan los datos en los cuadros. Puesto que la encuesta guatemalteca, a diferencia de la panameña, no incluía a mujeres de 45 a 49 años, para los propósitos de este análisis se excluyeron los datos correspondientes a ese grupo de edad de la encuesta panameña. En las dos encuestas se obtuvieron también datos sobre el estado de vacunación de niños menores de cinco años. En ambos países se hicieron preguntas sobre el número de dosis de vacunas contra la poliomielitis, la difteria, tos ferina y tétanos (DPT) y el sarampión recibidas por cada niño de los hogares incluidos en la muestra. Sin embargo, solo en Guatemala se preguntó acerca del número de dosis de BCG que había recibido cada niño.

El programa de vacunación panameño funciona como un servicio ordinario, sin campañas masivas. En general, el Ministerio de Salud y el Instituto del Seguro Social recomiendan que los niños completen la vacunación antituberculosa poco después del nacimiento, contra la poliomielitis, la difteria, tos

ferina y tétanos (DPT) a los seis meses de edad y contra el sarampión a los 15 meses.

El Ministerio de Salud de Guatemala lleva a cabo dos actividades destinadas a proporcionar vacunación completa. Una funciona como un servicio ordinario a través de clínicas, mientras que la segunda funciona mediante campañas de vacunación en masa. Los niños vacunados por el servicio ordinario deben completar la vacuna antipoliomielítica, la DPT y la antisarampionosa a los nueve meses de edad. En el caso de los vacunados mediante campañas masivas periódicas, se recomienda que esas vacunaciones se hayan completado a la edad de 15 meses. En ambos planes, el Ministerio de Salud recomienda la vacunación completa contra la tuberculosis durante el primer año de vida.

RESULTADOS

Servicios de salud maternoinfantil

Se encontró que los porcentajes de mujeres que utilizan los servicios de salud maternoinfantil en Panamá y Guatemala difieren de manera bastante notable (cuadro 1), con el porcentaje más alto de usuarias en Panamá y con el porcentaje de moderado a bajo en Guatemala. Es cierto que cerca de dos tercios de las mujeres guatemaltecas encuestadas informaron que recibieron atención prenatal, pero solo el 42% informó haber llevado a su último hijo nacido vivo a un servicio de niño sano y únicamente el 26% dijo haberse sometido a un examen

CUADRO 1. Utilización de los servicios de salud maternoinfantil en Panamá y Guatemala por las mujeres encuestadas

	% de mujeres					
	Atención prenatal		Atención posparto		Atención de niños sanos	
	Panamá	Guatemala	Panamá	Guatemala	Panamá	Guatemala
Residencia/Grupo étnico						
Urbana	94,7	75,1	88,1	52,3	96,7	74,3
Rural (interior): ladinas	89,1	68,3	78,8	22,6	94,8	43,4
indígenas	56,4	48,3	52,3	17,8	69,1	25,8
Grado de escolaridad						
Ninguno	49,5	49,7	48,6	16,5	64,2	29,0
Primaria incompleta	80,1	66,7	67,5	24,8	89,6	43,8
Primaria completa	89,6	80,4	81,5	38,1	95,0	61,9
> Primaria completa	95,9	89,6	88,5	64,0	97,2	82,5
Tipo de ocupación						
No trabaja	88,9	61,9	80,4	23,8	93,8	40,9
Trabaja en su casa	86,3	58,7	78,6	30,8	94,0	42,0
Trabaja fuera de su casa	93,5	71,0	87,5	37,8	93,8	55,4
Lugar del parto del último hijo nacido vivo						
Hospital del Ministerio de Salud	93,6	74,0	87,9	33,8	96,7	58,8
Hospital del Seguro Social	97,0	91,2	89,9	72,1	96,4	90,6
Hospital integrado ^a	92,5	—	84,0	—	96,4	—
Hospital o clínica privados	100,0	95,0	88,2	82,5	98,7	89,0
Hogar (partera)	60,6	53,8	42,7	15,3	78,8	27,3
Otros	47,5	48,7	35,9	15,3	64,2	41,7
Total	89,4	62,3	81,3	26,1	93,8	42,5

^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

posparto después de tener su último hijo. En Panamá, en cambio, se encontró que entre 81 y 94% de las mujeres encuestadas utilizaban estos servicios.

Los datos también revelan una variación considerable entre los tres grupos cubiertos en cada país. En Panamá, las mujeres de la zona urbana, seguidas de cerca por las mujeres ladinas de zonas rurales, tuvieron el porcentaje más alto de usuarias de los servicios de salud maternoinfantil. En Guatemala predominó un patrón similar, excepto que

los porcentajes de mujeres ladinas del interior usuarias fueron más bajos. En ambos países, las indígenas rurales (o del interior) tuvieron el registro más pobre de usuarias de los servicios de salud maternoinfantil.

Atención prenatal

En ambos países, la utilización de los servicios prenatales se asoció positivamente con el grado de escolaridad y, en general, fue mayor entre mujeres que estaban empleadas fuera del hogar que entre mujeres desempleadas o mujeres que trabajaban en sus hogares. El lugar donde nació el último hijo también pareció relacionarse con la utiliza-

ción de la atención prenatal. Especialmente en Guatemala, era más probable que solicitaran atención prenatal las mujeres que habían tenido a su último hijo en un hospital privado o del Seguro Social (indicador de nivel socioeconómico relativamente alto), que las mujeres que habían tenido a su último hijo en otro lugar.

Como se muestra en el cuadro 2, en ambos países la principal fuente de atención prenatal fue el Ministerio de Salud. En Panamá, los servicios privados quedaron en segundo lugar, seguidos por los servicios del Seguro Social. En orden de importancia, en Guatemala, las parteras ocupaban el segundo lugar en la atención prenatal, seguidas por los servicios privados. (Hay que hacer notar que más de 4 000 parteras han sido adiestradas por el Ministerio de Salud para reconocer factores de alto riesgo asociados con el embarazo y para remitir a las mujeres en peligro a los servicios de salud. No obstante, por falta de equipo y capacitación, no verifican la presión sanguínea ni hacen análisis de orina.) Ninguna mujer de la encuesta de Panamá señaló que hu-

biera recibido atención prenatal de una partera. En las zonas rurales de Panamá y del interior de Guatemala, el Ministerio de Salud fue el más importante proveedor de servicios de atención prenatal. En las zonas urbanas de Panamá y del departamento de Guatemala, los servicios privados y los centros de salud del Seguro Social fueron las fuentes principales de atención prenatal.

En contraste con las encuestas guatemaltecas, las mujeres panameñas informaron que se sometieron a su primer examen prenatal relativamente pronto después de la concepción (cuadro 3). Se observa también que en ambos países era más probable que las mujeres que recibían atención prenatal de un médico particular o de un servicio del Seguro Social solicitaran esa atención durante los primeros tres meses de embarazo, que las mujeres que obtenían atención en otra parte.

CUADRO 2. Fuentes de atención prenatal utilizadas por las mujeres encuestadas

Fuente de atención prenatal	% de mujeres que recibieron atención							
	Panamá				Guatemala			
	Urbanas	Estrato rural		Total	Departamento de Guatemala	Interior		Total
Ladinas		Indígenas	Ladinas			Indígenas		
Hospital del Ministerio de Salud	45,9	64,2	71,8	55,2	35,6	49,0	45,6	45,1
Hospital del Seguro Social	21,0	10,6	2,2	15,5	35,4	4,1	1,9	10,2
Hospital integrado ^a	4,8	13,4	17,7	9,2	—	—	—	—
Hospital o clínica privados	26,3	10,5	3,2	18,2	25,0	23,7	9,1	19,9
Partera	—	—	—	—	4,0	22,6	41,6	23,9
Otras/Desconocida	2,0	1,4	5,1	1,9	0,0	0,6	1,8	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. de casos (no ponderado)	1 157	1 366	196	2 719	406	590	353	1 349

^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

CUADRO 3. Mes de embarazo en el que las mujeres encuestadas recibieron su primera atención prenatal y tipo de fuente que proporcionó la atención

Mes de embarazo	% que recibió su primera atención prenatal, Panamá					% que recibió su primera atención prenatal, Guatemala						
	Hospital del Ministerio de Salud	Hospital del Seguro Social	Hospital integrado ^a	Hospital o clínica privados	Otras/Desconocida	Total	Hospital del Ministerio de Salud	Hospital del Seguro Social	Hospital o clínica privados	Partera	Otras/Desconocida	Total
≤ 3 meses	75,6	85,1	70,5	88,1	— ^b	78,8	46,7	57,5	69,8	38,0	68,8	50,4
4-6 meses	21,1	13,5	24,8	10,6	— ^b	18,3	41,1	33,8	24,0	46,7	18,5	38,1
7-9 meses	2,6	0,6	3,3	1,3	— ^b	2,2	12,2	8,2	6,3	14,5	6,3	11,2
No se sabe	0,7	0,8	1,4	0,0	— ^b	0,7	0,0	0,4	0,0	0,9	6,4	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	— ^b	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. casos (no ponderado)	1 487	380	359	442	11	2 719	605	175	264	294	51	1 349

^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.
^b Menos de 25 casos.

Además, el análisis de las edades de las mujeres que recibieron atención prenatal indica que en ambos países era más probable que las madres jóvenes solicitaran atención prenatal para sus primeros embarazos que las mujeres mayores que ya habían tenido varios embarazos. No está claro si esto representa una tendencia a prescindir de la atención prenatal en embarazos posteriores o si indica una tendencia creciente entre las nuevas madres a solicitar atención prenatal.

Atención de niños sanos

El 94% y el 43% de las mujeres panameñas y guatemaltecas, respectivamente, informaron haber llevado a su último hijo a un servicio para verificar su estado de salud (cuadro 1). En Guatemala, era 1,7 veces más probable que las mujeres que vivían en el departamento de Guatemala utilizaran el servicio de atención de niños sanos que las mujeres ladinas del interior, y era casi tres veces más probable que lo hicieran que las mujeres indígenas del interior. En Panamá, porcentajes similares de residentes urbanos y de ladinos rurales utilizaron atención de niños sanos, mientras que fue considerablemente menor el porcentaje de mujeres indígenas que utilizaron esos servicios. En general, la educación, tipo de ocupación y lugar donde ocurrió el nacimiento del último hijo vivo en ambos países fueron factores importantes de la utilización de servicios de atención prenatal y de atención de niños sanos.

En general, la fuente de atención de niños sanos también coincidió con la fuente de atención prenatal, aun cuando, como muestran los cuadros 2 y 4, en ambos países el porcentaje de mujeres que utilizaron los servicios del Ministerio de Salud para la atención de niños sanos fue mayor que el de las que los utilizaron para la atención prenatal.

CUADRO 4. Fuentes de atención de niños sanos utilizadas por las mujeres encuestadas

Fuente de atención de niños sanos	% de mujeres que recibieron atención							
	Panamá				Guatemala			
	Urbanas	Estrato rural		Total	Departamento de Guatemala	Interior		Total
		Ladinas	Indígenas			Ladinas	Indígenas	
Hospital del Ministerio de Salud	52,2	67,8	72,3	60,3	38,1	68,0	79,2	61,1
Hospital del Seguro Social	23,6	10,5	3,9	16,6	39,2	5,7	1,4	15,1
Hospital integrado ^a	6,7	15,8	20,6	11,5	—	—	—	—
Hospital o clínica privados	14,4	4,1	0,7	9,0	21,5	24,5	8,5	20,1
Partera	0,1	0,0	0,4	0,1	0,0	1,5	9,5	2,8
Otras	3,0	1,9	2,1	2,5	1,3	0,2	1,5	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. de casos (no ponderado)	1 185	1 454	242	2 881	392	378	195	965

^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

Además, solo el 3% de las mujeres guatemaltecas que solicitaron atención de niños sanos recurrieron a parteras como fuente de dicha atención, a pesar de que el 24% de las que recibieron atención prenatal la obtuvieron de parteras. Del mismo modo, el número de mujeres panameñas que dijeron haber utilizado hospitales o clínicas privadas para la atención prenatal era solo la mitad de las que informaron que habían utilizado la atención de niños sanos en esos servicios.

Atención posparto

En ambos países, la atención posparto fue el menos utilizado de los tres servicios de salud materno-infantil que estamos tratando. El uso de la atención posparto varió según los diferentes grupos étnicos y lugares de residencia; las mujeres del grupo urbano (del departamento de Guatemala) incluían la mayor proporción de usuarias y las indígenas rurales la menor (cuadro 1). Las características de las mujeres que recibieron atención posparto eran similares a las de quienes recibieron atención prenatal. Por

ejemplo, la utilización de la atención posparto se asoció positivamente con el grado de escolaridad. Asimismo, en Guatemala, el lugar donde se produjo el parto del último hijo nacido vivo (parámetro empleado para definir el nivel socioeconómico) se relacionó positivamente con el uso de la atención posparto, ya que entre las mujeres que pagaron y las que estaban protegidas por un seguro de salud fueron mayores las probabilidades de que utilizaran la atención posparto que entre las otras.

La utilización relativamente escasa de la atención posparto por las mujeres guatemaltecas, comparada con su utilización relativamente alta de los servicios prenatales, señala que consideran más importantes los servicios prenatales. Del mismo modo, los datos indican que, aun cuando en ambos países se haya considerado más importante la

atención de niños sanos que la atención posparto, las mujeres guatemaltecas juzgan que es menos importante que la atención prenatal. Gran parte de la diferencia entre los porcentajes de mujeres que utilizan la atención posparto y la atención de niños sanos en ambos países podría relacionarse con el hecho de que las instituciones de atención de salud no siempre integran estos dos servicios. Nuestro análisis indica que algunas mujeres prefieren no hacer dos viajes a un servicio de salud y que para ellas la atención de niños sanos es más importante que la atención posparto.

Todos los servicios de salud materno-infantil

Los porcentajes de las mujeres que utilizaron los tres tipos de servicios de salud materno-infantil o que no recurrieron a ninguno de ellos se presentan en el cuadro 5. Más de tres cuartas partes de las mujeres panameñas utilizaron los tres servicios, en contraste con menos de la quinta parte de las mujeres guatemaltecas. Por el contrario, el 28% de las mujeres guatemaltecas dijeron que no utilizaban ninguno de estos servicios, en comparación con solo el 3% de las mujeres panameñas. Como era de esperar, los porcentajes de mujeres que vivían en la zona urbana de Panamá (84%) y en el

CUADRO 5. Utilización de los tres servicios de salud materno-infantil en Panamá y Guatemala por las mujeres encuestadas

	% de mujeres usuarias de los tres servicios de salud materno-infantil			
	Todos		Ninguno	
	Panamá	Guatemala	Panamá	Guatemala
Residencia/Grupo étnico				
Urbana	84,1	44,0	0,7	10,2
Rural (interior): ladinas	74,0	16,4	1,9	23,6
indígenas	38,8	8,6	22,8	43,0
Grado de escolaridad				
Ninguno	35,1	8,5	29,1	40,4
Primaria incompleta	61,0	17,6	5,5	23,6
Primaria completa	75,2	29,1	1,5	8,6
> Primaria completa	85,3	57,8	0,4	5,5
Tipo de ocupación				
No trabaja	74,8	16,7	2,9	28,9
Trabaja en su casa	75,8	19,4	3,1	31,5
Trabaja fuera de su casa	84,6	30,4	2,8	18,6
Lugar del parto del último hijo nacido vivo				
Hospital del Ministerio de Salud	83,1	24,2	0,1	12,9
Hospital del Seguro Social	86,0	64,9	0,0	2,2
Hospital integrado ^a	79,2	—	0,9	—
Hospital o clínica privados	87,6	75,3	0,0	1,7
Hogar (partera)	33,0	8,1	15,1	37,8
Otros	26,0	9,4	26,6	39,7
Total	76,2	18,5	2,9	28,2

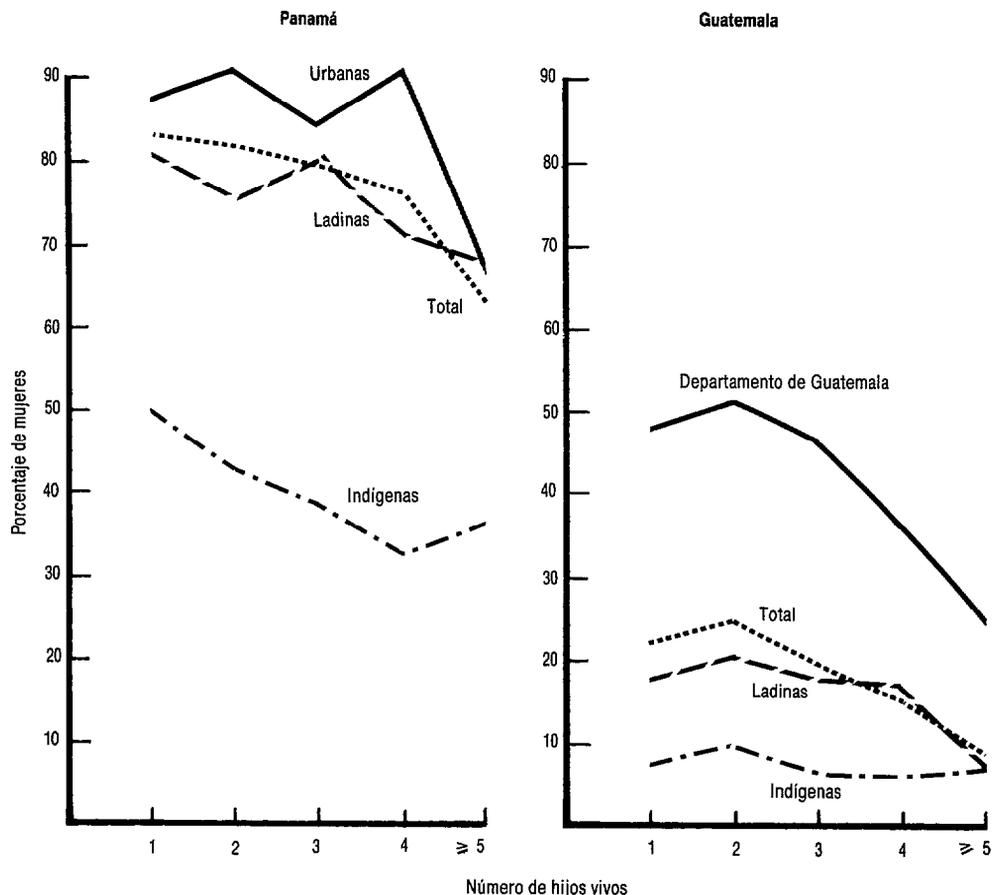
^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

departamento de Guatemala (44%) que informaron que utilizaban los tres servicios eran mayores que los correspondientes a las que informaron que hicieron uso de ellos en las zonas rurales o del interior. Entre las indígenas rurales de Panamá y las del interior de Guatemala, fue menor la probabilidad de que utilizaran los tres servicios y mayor la probabilidad de que no recurrieran a ninguno.

Tanto en Guatemala como en Panamá, la utilización de los tres servicios o de ninguno de ellos reveló también

una relación con el grado de escolaridad, con el lugar donde nació el último hijo y, en menor grado, con el tipo de ocupación. En lo que respecta al lugar del parto, era más probable que hubieran utilizado los tres servicios las mujeres que habían tenido sus hijos en hospitales y clínicas privadas o en instalaciones del Seguro Social, mientras que entre las mujeres atendidas por una partera en su último parto (en su mayor parte mujeres

FIGURA 1. Influencia de la paridad sobre la utilización de los servicios de salud maternoinfantil. Mujeres encuestadas que informaron haber utilizado los tres tipos de servicios de salud maternoinfantil



de zonas rurales) esa probabilidad era menor.

En ambos países, entre las madres con relativamente pocos hijos vivos era mayor la probabilidad de que utilizaran los tres servicios de salud materno-infantil que entre las mujeres con mayor paridad (figura 1). No obstante, en la zona rural de Guatemala, la paridad entre las indígenas del interior parece haber tenido poca influencia en el uso de los servicios pues las madres indígenas no eran proclives a utilizarlos, independientemente del número de hijos vivos.

Al examinar las relaciones entre el uso de los servicios de salud materno-infantil y la planificación familiar (cuadro 6) se saca la conclusión de que en los dos países era más probable que usaran contraceptivos las mujeres que habían utilizado los tres servicios que las que habían solicitado solo alguno o ninguno de ellos. Las mujeres que no utilizaron ninguno de los servicios fueron las que informaron el menor empleo de contraceptivos. Esta asociación entre la

utilización de los servicios de salud materno-infantil y el uso de contraceptivos varió según el lugar de residencia y los antecedentes étnicos, pero el patrón fue similar en ambos países. Según lo esperado, entre las residentes urbanas de Panamá y las mujeres que vivían en el departamento de Guatemala que utilizaban los tres servicios, fue mayor la probabilidad de que emplearan contraceptivos. El uso de contraceptivos de las ladinas rurales de Panamá y las ladinas del interior de Guatemala fue apenas menor que el de sus compatriotas urbanas. En contraste, usaban contraceptivos el 30% de las indígenas rurales de Panamá y solo el 11% de las indígenas del interior de Guatemala que utilizaban los tres servicios.

Lugar y tipo de servicio donde nació vivo el último hijo

Cabe observar el lugar donde se produjo el parto del último hijo nacido vivo de las mujeres encuestadas y el tipo de servicio que estas solicitaron (cuadro 7). El empleo de parteras en Guatemala, más frecuente que en Panamá (en 58% y 6% de los partos, respectivamente), es la diferencia más notable entre los dos países en este aspecto. En Pa-

CUADRO 6. Empleo de la contracepción por las mujeres encuestadas según el uso de los tres servicios de salud materno-infantil

Servicio	% que utilizaba métodos de contracepción							
	Panamá				Guatemala			
	Urbanas	Estrato rural		Total	Departamento de Guatemala	Interior		Total
Ladinas		Indígenas	Ladinas			Indígenas		
Ninguno	— ^a	4,6	12,9	12,6	20,0	14,0	2,2	7,9
Uno o dos tipos	43,1	32,6	21,8	34,8	35,8	23,5	4,4	19,1
Los tres tipos	68,0	57,0	30,1	61,8	65,5	48,8	11,2	49,6
No. de casos (no ponderado)	1 232	1 537	341	3 110	538	855	752	2 145

^a Menos de 25 mujeres.

CUADRO 7. Lugar o tipo de instalación en el que nació el último hijo vivo de las mujeres encuestadas

Lugar del parto	% de mujeres según lugar indicado							
	Panamá				Guatemala			
	Urbanas	Estrato rural		Total	Departamento de Guatemala	Interior		Total
Ladinas		Indígenas	Ladinas			Indígenas		
Hospital del Ministerio de Salud	48,9	30,6	20,6	38,7	40,5	30,2	8,5	24,2
Hospital del Seguro Social	20,7	6,5	1,0	12,9	30,2	2,0	0,0	6,3
Hospital integrado ^a	22,9	45,9	23,7	33,2	—	—	—	—
Hospital o clínica privados	5,5	2,2	0,8	3,7	10,6	4,5	0,3	4,1
Hogar (partera)	0,7	8,6	27,3	6,2	15,8	53,2	84,2	57,7
Otros ^b	1,3	6,2	26,6	5,3	2,9	10,1	7,0	7,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. de casos (no ponderado)	1 232	1 537	341	3 110	548	855	752	2 145

^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

^b En el hogar, atendido por médico, enfermera u otra persona (excepto partera), o sin atención.

namá, solo las indígenas rurales hacen un uso bastante amplio de las parteras (para el 27% de los partos), mientras que en Guatemala, más de la mitad de las ladinas y más del 80% de las indígenas del interior recurrieron a una partera en su último parto.

A las mujeres cuyo último parto ocurrió en un hospital se les preguntó si su parto más reciente había sido por la vía natural o se habían sometido a operación cesárea (cuadro 8). Tanto en Panamá como en Guatemala, 16 a 17% de estas mujeres informaron que en el último nacimiento se les había practicado cesárea. En ambos países, los porcentajes más altos de mujeres sometidas a cesárea al tener su último hijo correspondieron a las mujeres urbanas (o del departamento de Guatemala), las que tenían por lo menos educación primaria, las mujeres con paridad escasa y las que tuvieron sus hijos en un hospital privado. En el Brasil se han encontrado relaciones similares (7). También vale la pena mencionar que el 44% en Panamá y el 25% en Guatemala de las mujeres sometidas a cesárea

se hicieron esterilizar mediante intervenciones tubarias en el momento del nacimiento.

Cobertura de la vacunación

Los resultados que se presentan señalan la cobertura de la vacunación de niños menores de cinco años en Panamá y Guatemala (cuadro 9). En Panamá se informó que cerca de dos tercios de los niños habían completado la vacunación contra la poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos y sarampión. Esta cobertura relativamente amplia se encontró tanto en el grupo urbano como en el ladino rural; sin embargo, la cobertura de los indígenas rurales fue relativamente escasa. El porcentaje de niños con todas las vacunas aumenta correlativamente al grado de escolaridad de la madre, ya que se informó que se había vacunado a

CUADRO 8. Operaciones cesáreas entre las mujeres encuestadas cuyo último parto ocurrió en un hospital

	Operaciones cesáreas			
	Panamá		Guatemala	
	No. de casos no ponderado	%	No. de casos no ponderado	%
Residencia/Grupo étnico				
Urbana	1 180	18,4	473	18,8
Rural (interior): ladinas	1 151	13,5	340	15,7
indígenas	113	11,4	76	16,0
Grado de escolaridad				
Ninguno	80	6,5	173	15,4
Primaria incompleta	321	9,4	324	12,5
Primaria completa	732	12,6	180	20,3
> Primaria completa	1 311	19,7	212	22,6
Paridad				
1	595	17,8	207	22,0
2	649	22,4	228	21,7
3	484	18,6	152	18,8
4-5	429	6,5	176	9,7
> 6	287	6,9	126	8,9
Lugar del parto del último hijo nacido vivo				
Hospital del Ministerio de Salud	855	15,4	591	15,2
Hospital del Seguro Social	321	17,9	194	18,2
Hospital integrado ^a	1 167	14,5	—	—
Hospital privado	101	31,2	104	27,7
Total	2 444	16,2	899	17,1

^a Solo en Panamá, hospital que depende conjuntamente del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

CUADRO 9. Porcentajes de hijos de las mujeres encuestadas que tenían menos de cinco años en el momento de la entrevista, de los que se informó que habían recibido vacunación completa

	Panamá (1984-1985)				Guatemala (1983-1984)				
	Polio	DPT	Sarampión	No. de casos no ponderado	Polio	DPT	Sarampión	BCG	No. de casos no ponderado
Residencia/Grupo étnico									
Urbana	67,4	67,6	67,1	1 825	43,6	43,0	48,8	66,8	1 100
Rural (interior): ladinas	66,2	65,9	67,2	2 481	38,2	37,9	60,4	63,1	1 706
indígenas	43,3	43,1	59,3	545	19,2	18,9	45,7	43,7	1 379
Grado de escolaridad									
Ninguno	40,8	41,8	51,7	310	24,6	24,2	47,1	48,0	1 877
Primaria incompleta	58,4	58,4	64,0	904	35,8	35,3	56,6	64,2	1 372
Primaria completa	66,7	66,5	69,2	1 492	44,1	43,8	58,4	72,0	420
> Primaria completa	68,6	68,7	67,4	2 145	49,0	49,0	59,6	63,7	516
Total	65,0	65,0	66,6	4 851	33,4	33,0	53,0	57,8	4 185

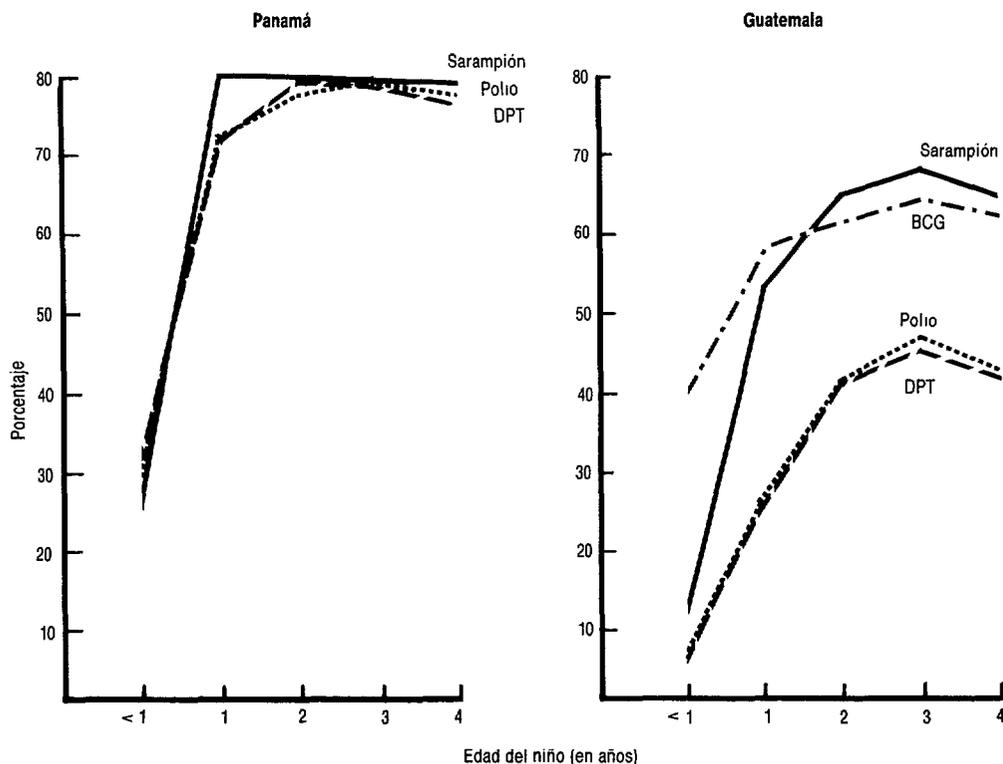
menos de la mitad de los niños de madres sin ningún grado de escolaridad, en tanto que se había vacunado a más de dos tercios de los niños cuyas madres habían terminado por lo menos la escuela primaria.

En Guatemala se informó que más de la mitad de los niños de la encuesta habían recibido vacunación con la BCG y la vacuna antisarampionosa, mientras que solo un tercio habían recibido vacunación completa contra la poliomielitis, difteria, tos ferina y tétanos. La cobertura de los niños indígenas del

interior fue notablemente inferior a la de los niños que vivían en el departamento de Guatemala y los ladinos del interior. Al igual que en Panamá, la cobertura de vacunación contra todas las enfermedades abarcadas por la encuesta se asoció de manera positiva con el grado de escolaridad de la madre.

Los datos señalan que, tanto en Panamá como en Guatemala, la cobertura de vacunación completa está en estrecha relación con la edad del niño (figura 2). Es decir, el mayor incremento del porcentaje de niños con vacunación completa se observó entre los de menos de un año y los de un año de edad. Esto era de esperarse, ya que en ambos países se recomendaba la vacunación completa de los niños a los nueve meses de edad.

FIGURA 2. Porcentajes de niños de la encuesta menores de cinco años de los que se informó que habían recibido vacunación completa



DISCUSION Y CONCLUSIONES

En general, los resultados de las encuestas pueden compararse con las observaciones efectuadas en encuestas anteriores en Panamá en 1979 y en Guatemala en 1978 (8-10). En Panamá, la utilización de los tres servicios de salud materno-infantil aumentó cerca del 16% entre 1979 y 1984, y llegó al 76% en 1984. Por el contrario, el porcentaje de mujeres panameñas que informaron que no utilizaron estos servicios descendió de aproximadamente 7% en 1979 a cerca del 3% en 1984. Sin embargo, la cobertura de la vacunación solo aumentó levemente entre ambas encuestas. Los datos disponibles indican que la utilización de los servicios de salud materno-infantil y la cobertura de vacunación infantil no cambiaron de manera significativa en Guatemala durante los cinco años transcurridos entre las encuestas (5).

Esta información proporciona una base útil para la orientación de programas, asignación de recursos y definición de objetivos en cada uno de estos países para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Por ejemplo, el uso relativamente escaso de los servicios de salud materno-infantil en Guatemala revela la necesidad de fomentarlos y hacerlos más accesibles a todas las mujeres, cualquiera sea su condición socioeconómica y su ubicación demográfica. En Panamá, por el contrario, los datos muestran que la tasa de utilización es relativamente alta, pero que los indígenas rurales no disfrutaban del mismo grado de protección de la salud que los ladinos rurales, lo que indica la necesidad de reforzar los servicios preventivos de salud que se proporcionan a los indígenas.

En general, las poblaciones indígenas tanto de Panamá como de

Guatemala hacen relativamente poco uso de los servicios de vacunación y de salud materno-infantil. El problema es más grave en Guatemala, ya que más del 40% de la población es indígena, mientras que en Panamá, los indígenas representan menos del 10% de la población. No está claro por qué los indígenas de Guatemala tienden a no utilizar los servicios, sobre todo porque el 50% de todos los centros y puestos del Ministerio de Salud se localizan en el altiplano, donde vive la mayoría de la población indígena. Chen *et al.* (11) han sugerido que la tendencia de los indígenas a no utilizar los servicios de contracepción obedecía en parte a su aislamiento dentro de la sociedad guatemalteca y a su resistencia cultural al cambio. Es posible que estos factores también influyan en la aceptación. Sin duda, en ambos países debe darse prioridad a satisfacer mejor las necesidades de salud materno-infantil de la población indígena. La cobertura de la vacunación de niños pequeños es relativamente alta en Panamá y moderadamente alta en Guatemala. No obstante, los resultados de las encuestas señalan que, si un niño no está vacunado a los dos años, es poco probable que se lo vacune posteriormente. Esto indica que todos los servicios deben subrayar la importancia de la vacunación oportuna, antes del año de edad. Asimismo, en vista del empleo frecuente de parteras en Guatemala, se debe considerar la posibilidad de adiestrarlas para que insistan en la importancia de la vacunación del niño ante las madres que atienden.

En suma, parece que aún queda mucho trabajo por hacer en Guatemala para alcanzar la meta propuesta. Nuestras observaciones señalan que Gua-

temala debe subrayar la importancia tanto de los servicios de salud materno-infantil como de la vacunación del niño. Algo factible y útil sería llevar a cabo un programa educativo dirigido a las parteras, ya que estas atienden más de la mitad de todos los partos en Guatemala y la utilización actual de dichos servicios es relativamente escasa entre las mujeres que son atendidas por parteras. En Panamá, los niveles generales de utilización de ambos servicios son bastante altos. Por esta razón, el programa debe enfocarse con mayor rigor hacia grupos específicos que hacen relativamente poco uso de ellos, principalmente mujeres indígenas y de zonas rurales con bajo nivel socio-económico.

RESUMEN

En Guatemala y Panamá se efectuaron en 1983-1984 y 1984-1985, respectivamente, dos encuestas mediante entrevistas, diseñadas para evaluar la medida en que se utilizan los servicios de salud materno-infantil. En la encuesta panameña se obtuvieron entrevistas completas de 8 240 mujeres de 15 a 49 años de edad, mientras que en la encuesta guatemalteca se realizaron entrevistas completas a 3 670 mujeres de 15 a 44 años de edad. Estas entrevistas se realizaron principalmente para estimar la prevalencia del uso de la contracepción y para proveer datos basados en la población sobre el uso de servicios de salud materno-infantil, entre ellos los de vacunación a todos los niveles, con objeto

de medir el impacto del programa en cada país. Para los propósitos de este análisis, la muestra de la encuesta en ambos países se limitó a mujeres de 15 a 44 años de edad que estuvieran casadas en el momento de la entrevista y que hubieran dado a luz un hijo vivo dentro de los cinco años anteriores.

En Panamá, un porcentaje mucho mayor que en Guatemala de mujeres casadas de 15 a 44 años informaron que utilizaban los servicios de salud materno-infantil. En ambos países, un porcentaje relativamente alto de mujeres que residían en las zonas urbanas dijeron que hacían uso de estos servicios, mientras que las mujeres indígenas de ambos países informaron que hacían un uso relativamente escaso de ellos. Además, se encontraron asociaciones entre la utilización de dichos servicios y el grado de escolaridad de la madre, su ocupación, paridad y el lugar donde tuvo a su último hijo. Asimismo, era más probable que emplearan métodos contraceptivos las mujeres que usaban los tres tipos de servicios de salud materno-infantil que las mujeres que habían dicho que utilizaban solo alguno o ninguno de ellos.

En lo que se refiere al grado de cobertura de la vacunación de niños pequeños en Panamá y Guatemala, los datos de la encuesta señalaron que el grado de vacunación era relativamente mayor en Panamá y que esto se relacionaba con el grado de escolaridad y con los antecedentes étnicos de la madre y con la edad del niño en cuestión.

En síntesis, los porcentajes bajos de mujeres que hacen uso de los servicios de salud materno-infantil en Guatemala indican la necesidad general de fomentarlos y hacerlos universalmente accesibles, en tanto que lo relativamente poco que los usan las indígenas panameñas revela la necesidad de fortalecer los servicios preventivos de salud de que disponen. □

REFERENCIAS

- 1 Mahler, H. Salud para todos en el año 2000. *Salud Mundial* febrero-marzo, 1981, pp. 3-5.
- 2 Rinehart, W., Kols, A. y Moore, S. H. Healthier mothers and children through family planning. *Popul Rep [J]* (27):659-696, 1984.
- 3 Kols, A. J., Wawer, M. J., Quillin, W. y Kinsey, J. Community-based health and family planning. *Popul Rep [L]* (3):77-111.
- 4 Population Reference Bureau. *1984 World Population Data Sheet*. Washington, DC, April, 1984.
- 5 Monteith, R. S., Anderson, J. E., Pineda, M. A., Santiso, R. y Oberle, M. Contraceptive use and fertility in Guatemala. *Stud Fam Plan* 16(5):279-288, 1985.
- 6 Warren, C. W., Guerra, F., Oberle, M. W., Batista, R., Stanziola, E. y Morris, L. Changes in contraceptive use in Panama: 1976 to 1984. Manuscrito inédito, 1986.
- 7 Janowitz, B., Rodrigues, W., Covington, D. L., Arruda, J. M. y Morris, L. *Cesarean Delivery in the Northeast of Brazil*. Michigan State University; East Lansing, Michigan, 1984. Women in International Development Publication Series, Working Paper 66.
- 8 Monteith, R. S., Anderson, J. E., Mascarín, F. y Morris, L. Contraceptive use and fertility in the Republic of Panama. *Stud Fam Plan* 12(10):331-340, 1981.
- 9 Huezó, C. M., Monteith, R. S., Naar, H. y Morris, L. Utilización de los servicios de salud de la madre y el niño y cobertura de la inmunización en Panamá. *Bol Of Sanit Panam* 93(3):191-206, 1982.
- 10 Asociación Pro-Bienestar de la Familia. *Encuesta nacional de fecundidad, planificación familiar y comunicación de Guatemala, 1978. Primera parte: Fecundidad y planificación familiar*. Guatemala, 1980.
- 11 Chen, C. H. C., Santiso G., R. y Morris, L. Impact of accessibility of contraceptives on contraceptive prevalence in Guatemala. *Stud Fam Plan* 11(14):275-283, 1983.

SUMMARY

MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES AND IMMUNIZATION IN PANAMA AND GUATEMALA

Two surveys designed to assess the extent to which maternal and child health services were being used in Guatemala and Panama were conducted in 1983-1984 and 1984-1985, respectively. The Panama survey obtained complete interviews from 8 240 women 15 through 49 years of age, while the Guatemala survey obtained complete interviews from 3 670 women 15 through 44 years of age. These surveys were conducted principally to estimate the prevalence of the use of contraception and to provide population-based data on the use of ma-

ternal and child health services, including immunization levels, in order to measure program impact in each country. For purposes of this analysis, only women 15 through 44 years of age who were married at the time of the interview and who had given birth to a live infant within the preceding five years are included.

A considerably higher percentage of married women aged 15-44 reported using maternal and child health (MCH) services in Panama than in Guatemala. In both countries a relatively high percentage of women residing in the urban areas said they made use of these services, while Indian women in both countries reported making relatively little use of them. In addition, associations were found between use of MCH ser-

vices and maternal education, maternal employment, parity, and the type of facility at which the last baby was delivered. Also, women who used all three types of MCH services were found far more likely to be using contraception than were women who reported using only some or none of these services.

Regarding immunization coverage of young children in Panama and Guatemala, the survey data indicated that completed immunization levels were relatively higher in Panama than in Guatemala, and that the degree of coverage was associated

with the mother's education and ethnic background and with the age of the child involved.

Overall, the low percentages of women making use of MCH services in Guatemala indicate an across-the-board need to promote these services and make them universally available, while the rural Panamanian Indians' relatively low use of these services suggests a need to strengthen the preventive health services available to them.

Notables avances en vacunación

Hoy día más del 50% de los niños del mundo reciben las vacunas contra la tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión, declaró el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, en la XI Reunión Científica de la Asociación Epidemiológica Internacional celebrada en Helsinki en agosto de 1987. Esta cobertura, que previene un millón de muertes anualmente, era inferior al 5% hace solo 10 años. Sin embargo, en los países en desarrollo la cobertura más baja corresponde a las dos enfermedades prevenibles por vacunación que causan más muertes: el sarampión y el tétanos neonatal. En Ginebra, el Dr. Ralph Henderson, Director del Programa Ampliado de Inmunización, señaló que habrá que continuar reforzando los programas si se quiere alcanzar el objetivo de inmunización universal de la niñez para 1990. Para ello es necesario lograr una mayor participación del público y mejorar la administración de los servicios de vacunación. Se considera fundamental proveer materiales de inmunización a todos los centros de salud que atienden a mujeres y niños; vacunar lo más pronto posible después del nacimiento; abrir un envase de vacuna aunque sea para una sola aplicación, y persuadir a toda la comunidad de la importancia de la vacunación.