

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

Masola

CARACTERISTICAS SOCIOBIOLOGICAS DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS
MENORES DE UN AÑO MUERTOS EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD
AÑO 1986

LIC. NOEMI D. FARINONI

AÑO 1990

T.H.

AGO 29 1990

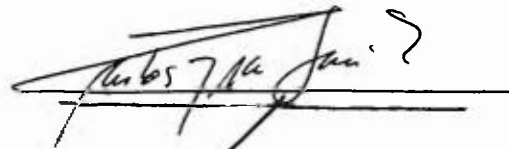
Obs del Autor

57630

PAGINA DE APROBACION

Aprobado por:

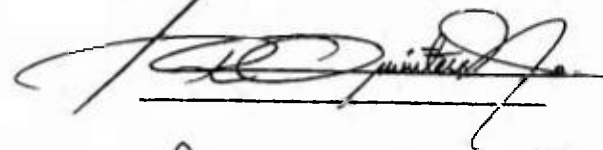
Director de Tesis:



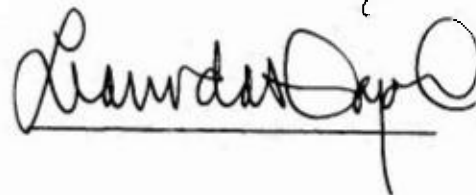
Miembro del Jurado



Miembro del Jurado



Representante de la
Vice Rectoría de Investi-
gación y Post-Grado.



Fecha:

18/vii/1990

Agradecimientos.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron para que este trabajo fuera posible.

Dedicatoria.

- . A todos los niños panameños.
- . A mi gran maestro: Dr. José Renán Esquivel O.

INDICE

Páginas

APROBACION

AGRADECIMIENTOS

CONTENIDO

LISTA DE CUADROS

INTRODUCCION

I. MARCO TEORICO

1.	REVISION DE LA LITERATURA.	1
1.1.	La Epidemiología, sus etapas.	1
1.2.	La Epidemiología, sus paradigmas.	3
1.3.	El enfoque de riesgo. Conceptos generales.	8
1.3.1.	Significado del término riesgo.	9
1.3.2.	Factores de riesgo y daños a la salud.	11
1.3.3.	Medición del Riesgo.	12
1.4.	Los estudios transversales.	13
1.5.	La salud de la madre.	15
1.6.	Mortalidad Infantil, significado de un indicador de salud.	17
1.7.	Las investigaciones sobre mortalidad infantil.	21
2.	EL PROBLEMA	31
3.	JUSTIFICACION	33
4.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	34

INDICE (Cont. -2-)

	<u>Páginas</u>
5. IDENTIFICACION Y DEFINICION DE CONCEPTOS Y VARIABLES.	35
II. METODOLOGIA	43
1. TIPO DE ESTUDIO	43
2. POBLACION DE ESTUDIO	43
3. RECOLECCION DE LA INFORMACION	44
3.1. Fuentes y Técnicas de Obtención del Dato.	44
3.2. Instrumento de Recolección del Dato.	45
4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	
4.1. Clasificación de las Zonas de Mortalidad Infantil.	45
4.2. Agrupamiento de las causas de Mortalidad Infantil.	46
5. ANALISIS DE LA INFORMACION.	48
5.1. Medición de las Variables.	48
III. RESULTADOS	
1. CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y POLITICO	49
1.1. La Región Metropolitana.	55
1.2. Dinámica de la Población.	55
1.3. Empleo.	57
1.4. Población Ocupada por Rama de Actividad Económica.	58
1.5. Ocupación y Rama de Actividad de la	

INDICE (Cont. -3-)	<u>Páginas</u>
Población Femenina.	60
1.6. Nivel Educativo de la Población Ocupada.	64
1.7. Población No Económicamente Activa.	64
1.8. Situación Laboral de la Mujer.	66
1.9. Ingreso.	66
1.10. Situación Educativa.	69
1.11. Vivienda.	72
2. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD MATERNO INFANTIL.	
2.1. Política de Salud, Objetivos, Metas y Estrategias.	74
2.2. Programa Materno Infantil.	78
2.2.1. Cobertura de las Actividades	80
2.3. Recursos para la Atención Materno Infantil.	82
2.3.1. Recursos y Mujeres en Edad Fértil.	82
2.3.2. Consultas prenatales, captación y Morbilidad.	82
2.3.3. Partos Hospitalaris	84
2.3.4. Consultas Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo.	86
2.3.5. Porcentaje de Niños Atendidos en los Servicios de Salud.	90

2.4.	Mortalidad de la Niñez	96
2.4.1.	Niveles y Tendencias	96
2.4.2.	Distribución Geográfica	98
2.4.3.	Perfil de la Mortalidad Infantil.	102
3.	CARACTERISTICAS SOCIOBIOLOGICAS DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS MUERTOS MENORES DE UN AÑO.	
3.1.	Características Generales de la Mortalidad Infantil en la Región Metropolitana.	104
3.2.	Características de los Casos Localizados	111
3.3.	Condiciones de Vida	116
3.3.1.	Lugar de Ocurrencia de los nacimientos y Muertes.	116
3.3.2.	Estado Civil de la Madre.	120
3.3.3.	Educación de la Madre	120
3.3.4.	Trabajo remunerado de la madre y ocupación del padre.	123
3.3.5.	Sanidad Ambiental: Condiciones de la Vivienda.	130
3.4.	Factores Que Influyen en la Gestación.	132
3.4.1.	Antecedentes Familiares y Personales de la Madre.	132
3.4.2.	Edad de la Madre.	132
3.4.3.	Control Prenatal, Intervalo Intergenésico y Orden del Nacimiento Vivo.	135

3.5. Factores Que Influyen en el Parto	141
3.5.1. Tipo de Parto	141
3.5.2. Edad Gestacional y Peso del Niño al Nacer.	141
3.6. Factores Que Influyen en el Período Neonatal.	147
3.6.1. Sexo	147
3.6.2. APGAR	147
3.6.3. Crecimiento Fetal	150
3.7. Causas de Muerte.	154
3.7.1. Mortalidad Neonatal y Postneonatal.	154
IV. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	158
1. SISTEMA DE INFORMACION	158
2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL	160
2.1. Condiciones de Vida y Servicios de Salud Materno Infantil.	160
3. DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR ZONAS GEOGRAFICAS.	165
4. ANALISIS CONTEXTUAL	169
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	175
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	180
ANEXOS	184

LISTA DE CUADROS Y GRAFICAS

CUADROS

1. Algunas características de la Población Panameña en la República. Años 1976-1981-1986.
2. Población de 15 años y mas de edad en la República por condición de Actividad, según región y sexo. Encuesta de Hogares, Año 1987.
3. Porcentaje de Población ocupada de 15 años y mas de edad en la República, según sexo y rama de Actividad. Económica: Encuesta de Hogares, Año 1987.
4. Población Femenina de 15 años y mas de edad en la Región Metropolitana por ocupación y rama de actividad. Encuesta de Hogares. Año 1987.
5. Porcentaje de Población ocupada de 15 años y mas de edad no agrícola en la Región Metropolitana, por nivel de Instrucción. Encuesta de Hogares. Año 1987.
6. Población Femenina de 15 años y mas de edad en la Región Metropolitana, según condición de actividad económica. Encuesta de Hogares. Año 1987.
7. Alumnos graduados en el segundo ciclo de la educación media en la República por clase de enseñanza y sexo, según dependencia y provincia: al último día de clases del año 1987.
8. Matrícula en la Universidad de Panamá por sexo y año de estudio, según facultad, primer semestre del año 1987.
9. Actividades de Atención y Coberturas logradas en los programas de la División Materno Infantil. Años 1980-1987.
10. Número de mujeres en edad Fértil según recursos en el país y regiones. Año 1987.
11. Número de consultas prenatales por cada nacimiento, captación y morbilidad en prenatales en el país y regiones Año 1987.
12. Porcentaje de partos hospitalarios según tipo, en el país y regiones. Año 1987.

Cuadros -2-

13. Nacimientos registrados por recursos y egresos por causa obstetrica en el país y regiones. Año 1987.
14. Consultas prenatales y de Crecimiento y Desarrollo según tipo de funcionario que prestó atención, en el país y regiones. Año 1987.
15. Porcentaje de niños menores de 1 año atendidos en los servicios de salud en el país y regiones. Año 1987.
16. Porcentaje de niños con vacunación completa en el país y regiones. Año 1987.
17. Distribución del Presupuesto por Fuente de Financiación Programas de Salud Materno Infantil. Años 1986-1987.
18. Porcentaje de participación en el Presupuesto Total de las Instituciones de Salud en la República. Años 1980-1987.
19. Mortalidad Infantil en Países de Centroamérica, Panamá y Bélize, según componente, Años 1980-85.
20. Estimaciones de la Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal. Años 1970-1985.
21. Evolución de la tasa de Mortalidad Infantil según componentes Neonatal y Postneonatal en la República. (Quinquenios 1970-74/ 1975-79 y 1980-84).
22. Mortalidad estimada en el menor de 1 año, por provincia en la República. Años 1983-85.
23. Evolución de las causas de muerte en el primer año de vida (Año 1970-1985).
24. Nacimientos, Defunciones y Tasa de Mortalidad Infantil por Zonas y Corregimientos, Región Metropolitana. Año 1986.
25. Tasa de Mortalidad Infantil por Zonas Geográficas de Mortalidad y meses de ocurrencia, Región Metropolitana. Año 1986.
26. Tasa de Fecundidad Total y Específica por edad de las madres en las zonas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.

Cuadros -3-

27. Promedio de hijos tenidos por mujer según zonas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
28. Número de defunciones de menores de 1 año y número de defunciones localizadas, por zonas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
29. Número y Porcentaje de defunciones infantiles por componentes y zonas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
30. Tasas de Mortalidad Neonatal, Postneonatal e Infantil por zonas de Mortalidad Infantil, Región Metropolitana, Año 1986.
31. Defunciones Neonatales Tempranas por zonas de Mortalidad Infantil según edad del niño al morir. Región Metropolitana. Año 1986.
32. Lugar de ocurrencia de las defunciones infantiles por zonas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
33. Lugar de ocurrencia de los nacimientos y tasa de Mortalidad Neonatal en el lugar de ocurrencia de las muertes, por zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
34. Tasa de Mortalidad Infantil por Estado Civil de la Madre en la Región Metropolitana de Salud. Año 1986.
35. Tasas de Mortalidad Infantil por Zonas Geográficas y Estado Civil de la Madre. Región Metropolitana. Año 1986.
36. Número y Porcentaje de nacimientos según edad y educación de la madre en la ciudad de Panamá, Año 1986.
37. Tasa de Mortalidad Infantil según el nivel educativo de la madre. Ciudad de Panamá. Año 1986.
38. Número y Porcentaje de defunciones infantiles según Zonas Geográficas de Mortalidad Infantil y Nivel de Instrucción de las Madres. Región Metropolitana. Año 1986.
38. Número y Porcentaje de defunciones Infantiles según Zonas Geográficas de Mortalidad Infantil y Nivel de Instrucción de las madres. Región Metropolitana. Año 1986.

Cuadros -4-

39. Número de Nacimientos y Tasa de Mortalidad Infantil según el trabajo remunerado de la Madre. Ciudad de Panamá. Año 1986.
40. Número y Porcentaje de Defunciones Infantiles por zonas Geográficas de Mortalidad Infantil y Trabajo Remunerado de las Madres. Región Metropolitana. Año 1986.
41. Número y Porcentaje de las defunciones por ocupación del padre, en las zonas geográficas de Mortalidad Infantil Región Metropolitana. Año 1986.
42. Algunas condiciones de salud ambiental dentro de la vivienda por zonas geográficas de Mortalidad Infantil Año 1986.
43. Antecedentes familiares y personales de las madres de los niños en estudio según zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
44. Tasas de Mortalidad Infantil y Neonatal por edad de la madre. Región Metropolitana. Año 1986.
45. Tasas de Mortalidad Infantil por zonas geográficas y edad de la madre. Región Metropolitana. Año 1986.
46. Número y Porcentaje de defunciones según control prenatal por zonas geográficas y componentes de la Mortalidad Infantil, Región Metropolitana. Año 1986.
47. Número de casos y porcentaje de defunciones infantiles por componentes, zonas geográficas de mortalidad infantil e intergenésico. Región Metropolitana. Año 1986.
48. Tasa de Mortalidad Infantil por edad de la madre y orden del nacimiento vivo. Región Metropolitana. Año 1986.
49. Porcentaje de Defunciones Infantiles por componente según orden del nacimiento vivo y zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
50. Número y Porcentaje de las defunciones infantiles según tipo de parto por zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
51. Número y Porcentaje de defuncines infantiles según edad Gestacional por componentes y zonas de Mortalidad Infantil Región Metropolitana. Año 1986.
52. Número y Porcentaje de defunciones infantiles según el peso del niño al nacer por componentes y zonas geográ-

Cuadros -5-

ficas de la Mortalidad Infantil. Región Metropolitana.
Año 1986.

53. Nacimientos vivos en la Ciudad de Panamá, según sexo peso al nacer y tasa de Mortalidad Infantil. Año 1986.
54. Tasa de Mortalidad Infantil por sexo y zonas geográficas Región Metropolitana. Año 1986.
55. Puntuación APGAR al minuto de nacer de las defunciones infantiles, según componentes, por zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Año 1986.
56. Número y Porcentaje de defunciones según tipo de parto y puntuación APGAR. Región Metropolitana. Año 1986.
57. Número y Porcentaje de defunciones neonatales según crecimiento fetal por zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
58. Causas de las defunciones neonatales según zonas geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.
59. Causas de las defunciones postneonatales según zonas geográficas de la Mortalidad Infantil. Región Metropolitana. Año 1986.

Gráfica:

1. Mediana de Salario Semanal de los empleados de 15 años y mas de edad, según sexo y rama de actividad económica, en la Región Metropolitana: Encuesta de Hogares , Años 1983-87.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo fue observar algunas características de la Mortalidad Infantil en Panamá específicamente en la Región Metropolitana durante el año 1986, y poder contribuir a su reducción. A pesar de ser la Región Metropolitana una zona donde se concentra la mayor cantidad de actividades económicas y servicios sociales y donde vive la mayor cantidad de población del país, llama la atención la relativa homogeneidad de los riesgos de muerte infantil en los grupos, y la menor reducción en la tasa de mortalidad infantil en las Regiones de Planificación en el país.

Si bien se han realizado varios estudios de Mortalidad en Panamá, estos han utilizado sobre todo datos censales y encuestas demográficas como la de Fecundidad aportando información valiosa a nivel del país y sus regiones. En este caso, hemos utilizado además información que producen los servicios de salud.

Así se observaron características sociobiológicas de las madres y los niños, como posibles factores de riesgo que desembocaron en el peor daño a la salud: la muerte del niño durante su primer año de vida. Los resultados nos permitieron identificar diferenciales por zonas geográficas dentro de la Región Metropolitana, grupos de madres y niños

con riesgos que indicaron una mayor probabilidad de muerte infantil y la necesidad de revisar o evaluar la atención del embarazo y el parto en los servicios de salud. Además del reto que implica el mejoramiento de las condiciones de vida de muchas familias panameñas en un contexto de crisis y recesión económica.

Este ha sido un intento de aplicar el enfoque de riesgo con todas sus limitaciones, a un nivel descriptivo pero que ha arrojado información valiosa que puede retroalimentar los programas de salud, especialmente el Materno Infantil y que motiva a profundizar en estudios a niveles más complejos de análisis, las nuevas interrogantes que surgen del mismo.

En el I Capítulo , El MARCO TEORICO, se hizo una revisión de la literatura, en los aspectos conceptuales que nos interesaron para la realización del trabajo, desde la evolución histórica de la Epidemiología, las discusiones conceptuales sobre la interrelación entre lo biológico y social, el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil, los conceptos sobre los estudios transversales hasta los trabajos sobre salud de la madre y los realizados sobre Mortalidad Infantil.

En el Capítulo II ,en la METODOLOGIA se detalla el camino seguido para la realización del estudio. El III Capítulo, presenta los resultados y está dividido en dos partes

en la primera enmarca el CONTEXTO DE ESTUDIO: situación socioeconómica de la Región Metropolitana y la situación de Salud Materno Infantil en la misma.

En la segunda parte se presentan los resultados sobre las características sociobiológicas encontrados en las madres y los niños muertos menores de 1 año, relativos a las condiciones de vida, a factores que influyen en la gestación, factores que influyen en el parto, y factores que influyen en el período neonatal, además de las causas de muerte.

En el IV Capítulo se concretan y discuten los RESULTADOS y es en el V Capítulo donde se presentan las principales CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1. REVISION DE LA LITERATURA

1.1. LA EPIDEMIOLOGIA Y SUS ETAPAS.

Desde el punto de vista histórico, la práctica epidemiológica tiene un variado número de determinantes que acompañan el desarrollo histórico de toda la práctica médica.

Dar una definición de la epidemiología es necesario, pero no expresa su significado real, sus alcances y fines. Esto lo confirma el hecho que desde 1870, las definiciones que venían utilizándose, sobre todo en Inglaterra fueron modificándose dinámicamente con el momento histórico social, así "desde la definición de Frost en 1929 hasta 1977 hubo por lo menos 23 diferentes interpretaciones del término epidemiología, lo que en realidad permite considerarla como una disciplina en permanente evolución". (1)

En el caso de América Latina y de nuestro país en particular, la práctica epidemiológica estuvo relacionada a las concepciones norteamericanas y europeas, específicamente a los franceses y posteriormente a las de EEUU.

Pero, a manera de esquema podemos identificar tres etapas. La primera etapa denominada empírica, se remonta a los orígenes de la epidemiología y expresó la preocupación por el fenómeno epidémico. En la segunda etapa, denominada "científica", la epidemiología era una ciencia descriptiva de las enfermeda-

des en masa y pretendía el establecimiento de relaciones causales con los diversos factores que rodeaban al individuo, centrándose en la Teoría del Germen, en la Teoría Epidémica y en el diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades.

En la etapa siguiente, la Ecológica, la epidemiología se planteaba la importancia del ambiente en la producción de la enfermedad. A partir de la segunda mitad de este siglo y como culminación de esta tercera etapa, denominada ecológica-operativa, se reconoce la importancia de aplicar los conceptos, principios y métodos de la epidemiología al campo de la administración e investigación de los servicios de salud.

De esta forma, se sigue operando sobre la totalidad del hombre y su medio quedando los servicios de salud inmersos dentro de estas circunstancias.

Pero como apuntamos anteriormente, la práctica científica, está históricamente determinada, de esa forma se ha podido establecer una correspondencia con las etapas del avance general de las sociedades, el papel desempeñado por la práctica epidemiológica y las formas de desarrollo del conocimiento.

Aún así adoptaremos la definición que hace el Dr. Kerr L. White (2) sobre la Epidemiología:

" La epidemiología se ocupa del estudio de la salud, las enfermedades y los servicios de salud en grupos o poblaciones, a diferencia del estudio de los distintos aspectos de esos fenómenos en los individuos, las células y las moléculas. Si se traduce literalmente, epidemiología significa "lo que está sobre el pueblo". Es una ciencia afín a la Demografía, la Economía, la Estadística y la Sociología, que también se originaron en el siglo XVII. La epidemiología es un instrumento especial para medir el efecto que tienen la enfermedad y los sufrimientos en la población atendida por el sistema de asistencia sanitaria, a fin de evaluar los costos, los riesgos y los beneficios relativos a una gran variedad de intervenciones que tienen como finalidad mejorar la salud, evaluar el resultado de los servicios de salud y de los servicios profesionales sobre las condiciones de salud de la población y buscar indicios de la trama causal que influye sobre las enfermedades de todo tipo ".

1.2. LA EPIDEMIOLOGIA Y SUS PARADIGMAS.

Antes de poder definir la MI. es necesario revisar algunos paradigmas de la epidemiología. Ello nos señalará la forma de encarar el objeto de estudio. (M.I.) Mortalidad Infantil)

En primer término y dentro de algunos paradigmas más importantes podemos considerar el paradigma "biológico-ecológico multicausal", enmarcado dentro del pensamiento positivista, que define a la epidemiología como una ciencia principalmente descriptiva y pragmática, la postula como el "estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre", al mismo tiempo que se plantean "dudas respecto de la posibilidad de demostrar la naturaleza

básica de las relaciones causales y concluyen que : la "Epidemiología tiene un propósito práctico que es el descubrimiento de relaciones que ofrezcan posibilidades para la prevención de la enfermedad". (3)

Así se define una asociación causal como "la existente entre dos categorías o eventos en la cual se observa un cambio en la frecuencia o en la cualidad de uno que sigue a la alteración del otro".

En este enfoque toda la complejidad de lo real queda reducida a factores cuyo peso se reconoce por la sucesión en el tiempo, el grado de asociación estadística y la proximidad del efecto. (4)

En un segundo enfoque, llamado "biológico-sociológico reduccionista" que es el que sostiene CASSEL (5) dentro de la corriente norteamericana de la epidemiología social, se ha planteado la integración de lo social en el complejo causal de la enfermedad, dándole especificidad propia.

Este autor indica como cuestión fundamental, que lo social no actúa como un agente bio-físico-químico en la generación de la enfermedad, por lo tanto no tiene especificidad etiológica ni obedece a la mecánica dosis-respuesta. De allí señala la necesidad de investigar los aspectos sociales de la causalidad de la enfermedad, pero no ya en función de un conjunto

de patologías. CASSEL presenta el "stress" como una mediación entre lo social y lo biológico, con lo que califica a los procesos sociales por sus efectos biológicos y no por sus características propias.

Otro enfoque que podría considerarse como una aproximación "biológica-sociológica-estructural" es el desarrollado por SUSSER. (6) El autor ubica la disciplina en la intersección entre las ciencias sociales y médicas definiendo a los estudios de población como su método central. Así plantea que la epidemiología en un sentido general comparte el procedimiento de los estudios de población con otras ciencias, las ciencias sociales, la biología humana y la genética de población ", compartiendo un método común de investigación con las otras disciplinas que tienen que ver con el estudio de la sociedad.

SUSSER plantea que los estados de salud no existen separados de la gente. Esta forma sociedades y el estudio sobre los atributos de la población es también un estudio de la forma, estructura y procesos de las fuerzas sociales".(7) Por otro lado, la diferencia de la epidemiología con otros estudios de la sociedad, al seleccionar los estados de salud como variable dependiente, le da bases comunes con otras ciencias médicas. Difiere de estas en que la unidad de estudio son las poblaciones y no los individuos.

A pesar de sus propuestas el autor, al realizar sus análisis concretos a cerca de la evolución histórica de los conceptos médicos, aparecen dentro de su línea de pensamiento, conceptos donde lo biológico y lo físico predominan y donde se advierten los procesos históricos sociales subyacentes a esa evolución. Así se plantea que el desarrollo de las ciencias médicas culmina en el modelo más acabado de concepción biológica de la salud, una interpretación ecológica compleja donde el "agente y el huésped están comprometidos en interacciones continuas en un ambiente que los envuelve a ambos". SUSSEK, explica que en ese planteo de la enfermedad y la muerte existen interrelaciones en términos de entretreído, red o configuración que son recíprocas y múltiples pero que no son suficientemente precisas para describir relaciones causales". De todas formas, no sale del modelo conceptual ecológico y permanece dentro de una teorización sobre el origen de la determinación donde niega la causalidad social. Por otra parte, en los últimos años, se identifica una corriente de pensamiento epidemiológico contestataria, en América Latina, que incorpora los conceptos del Materialismo Histórico.

Se plantea un enfoque histórico-estructural, ya que el fenómeno Salud-Enfermedad debe ser tratado a distintos niveles, y cada uno de ellos tiene su especificidad propia y por lo tanto una teorización específica. Así se establece que la Salud-Enfermedad si bien son fenómenos biológicos, son principalmente hechos sociales.

Este enfoque plantea la necesidad de formular una nueva conceptualización de las determinaciones del proceso Salud-Enfermedad, y las busca no sólo en los procesos biológicos o en las relaciones ecológicas entre el huésped y el ambiente, sino en el proceso social, orientado por los planteamientos de la causalidad social. (8) Intenta recuperar el análisis de los elementos que intervienen en la determinación del proceso Salud-Enfermedad como una estructura jerarquizada, como un proceso en desarrollo. Esto significa reconstruir la unidad de dicho proceso, esclarecer su doble carácter biológico y social y apreciar las especificidades por la relación que guardan entre sí.

Este enfoque abre una perspectiva de llegar al conocimiento de la esencia del problema, aunque es reciente, y presenta diferentes niveles de desarrollo conceptual.

Los estudios realizados en este marco teórico incorporan categorías como : modo de producción, formación socioeconómica, clases sociales, determinación de las condiciones de vida y salud de acuerdo a la inserción en el proceso productivo etc..

Los problemas fundamentales que se han presentado bajo este enfoque se pueden resumir en :

1. Insuficiente desarrollo técnico en relación con la realidad concreta bajo estudio.

2. Debilidad metodológica que no permite una prueba empírica de las postulaciones conceptuales planteadas, ya que las técnicas utilizadas han sido desarrolladas por las ciencias físico-matemáticas.

3. Las técnicas de procesamiento electrónico de datos, específicamente los lenguajes, se encuadran dentro del pensamiento lógico matemático. En este aspecto, son conocidas las críticas realizadas por la lógica dialéctica a la lógica formal en cuanto a sus limitaciones para la interpretación de la realidad social concreta.

1.3. EL ENFOQUE DE RIESGO - ASPECTOS GENERALES.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, así es posible determinar prioridades de salud y definir necesidades de reorganización de los servicios.

Hay comunidades, familias e individuos que presentan una probabilidad mayor de enfermar o morir, por ello se los ha denominado "vulnerables", siendo posible identificar algunas causas.

Esta vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes, biológicas genéticas, ambienta-

les, psicológicas, sociales y económicas que unidas producen un riesgo específico.

La estimación del riesgo se convierte en una señal del grado de necesidad de esa comunidad, familia e individuo.

La estrategia de enfoque de riesgo puede utilizarse tanto dentro del sistema formal de atención en salud como fuera.

Al respecto se han sugerido ocho usos :

I. Dentro del Sistema Formal de Atención en Salud:

- Aumento de la cobertura
- Aumento de los patrones de referencia
- Codificación de los factores de riesgo
- Reorganización del sistema de salud
- Adiestramiento del personal de salud

II. Fuera del sistema formal de atención en salud:

- Atención comunitaria
- Políticas intersectoriales
- Autocuidado y atención a la familia

Desde el punto de vista administrativo puede utilizarse como una guía para las intervenciones, para asignar recursos, ampliar la cobertura y mejorar la referencia de pacientes (9).

1.3.1. SIGNIFICADO DEL TERMINO RIESGO

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad que

se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios" (10).

La probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes, frecuentemente el riesgo se expresa como una tasa.

En realidad la medición de los riesgos con cierta precisión es algo reciente y no todos los hechos pueden ser explicados en este momento del desarrollo científico.

Es posible hacer una predicción de cuantos morirán pero no se puede predecir con la misma seguridad quienes son los que morirán. Examinando las características de los que han muerto es posible establecer una lista de factores de riesgos asociados a este hecho biológico.

De esta forma la definición de factor de riesgo indica que "es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido".(11)

Los factores de Riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identi-

ficables antes de la ocurrencia del hecho que preciden. Pueden ser :

1. biológicos (ej. ciertos grupos de edad).
2. ambientales (ej. abastecimiento deficiente de agua, de adecuada disposición de las basuras, excretas, etc.).
3. comportamiento (ej. tomar alcohol, fumar, etc.).
4. relacionados con la atención a la salud (ej. baja calidad de la atención, cobertura insuficiente).
5. sociales - culturales (ej. educación, participación, etc.).
6. económicos (ocupación, ingreso, etc.).

La importancia del factor de riesgo depende del grado de Asociación con el daño a la salud, de la frecuencia en la comunidad, y de la posibilidad de prevenirlo.

1.3.2. FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD.

Esta diferencia no es siempre clara, se señala que :

-En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo por parte de algunos autores, puede ser considerado como un daño por otros, dependiendo de la hipótesis que se está explorando.

Una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo. De esta forma existe una cadena de hechos donde un problema está relacionado con otro o a la inversa, donde un daño precedente conduce a uno subse-

cuenta. Se piensa que todos los factores de Riesgo son causales, pese a que dependen únicamente de asociaciones temporales que no lo son.

Los factores asociados causalmente con un daño a la salud permiten acciones de prevención primaria mientras que los que no lo están permiten acciones de prevención secundaria.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en :

- a) los que pueden ser modificados, en los que la causalidad es fundamental (ej. fumar - dieta).
- b) los que no podrán modificarse, en los que la causalidad no es fundamental. (historia familiar).

Estos se utilizan para la identificación de grupos de riesgo. La selección inicial de indicadores y factores de riesgo, involucra no sólo los conocimientos técnicos del problema, sino también aspectos políticos e ideológicos, que dependen de las intervenciones que se consideran posibles en una estructura sociopolítica específica (12).

1.3.3. MEDICION DEL RIESGO.

Hay diferentes formas de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud, pueden medirse por lo menos de tres maneras:

El riesgo absoluto , expresa la frecuencia total de un evento, en este caso, la probabilidad de que la muerte ocurra dentro de un período determinado en la población total.

El riesgo relativo, es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo.

El riesgo atribuible es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido (si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total. Este último concepto tiene una importancia fundamental para la formación de políticas de salud.

1.4. LOS ESTUDIOS DE CORTE TRANSVERSAL.

Generalmente el estudio de corte transversal es el de diseño más sencillo, permitiendo identificar la magnitud y la distribución de una enfermedad, de otros daños a la salud y de factores de riesgo en la población. (13)

Este tipo de estudio no permite identificar claramente asociaciones causales entre los daños a la salud y los factores de riesgo de interés.

La información sobre la presencia de los factores de riesgo y los daños a la salud se recaban simultáneamente,

y esto impide reconocer la relación temporal de una posible asociación.

Los estudios de corte transversal tienen las siguientes características:

- representan una muestra tomada de toda la población.
- se realizan en un período único, breve y delimitado.
- se utilizan para identificar la frecuencia de un daño a la salud o de un factor de riesgo.
- se emplea para describir los atributos de quienes han experimentado un daño a la salud o no.

El investigador sólo puede describir asociaciones entre los daños y factores de riesgo presentes en el momento de realizar el estudio.

Estos estudios pueden proporcionar rápidamente un perfil de la población y son útiles para determinar la prevalencia de factores de riesgo.

Es posible relacionar varios estudios de corte transversal que permiten obtener conclusiones acerca de cambios dados en ciertos períodos, llamados de corte transversal interconectados, este método aún con sus limitaciones es una aproximación a un estudio de cohorte o seguimiento.

Entre las ^{de}ventajas de este tipo de estudios, están aquellas relacionadas a que no es posible derivar ninguna inferencia causal, sólo se pueden hacer conjeturas tentativas sobre factores presentes en el momento de hacer el estudio y que se sospecha estuvieron presentes antes.

1.5. LA SALUD DE LA MADRE.

La revisión de la literatura sobre la salud reproductiva de la mujer (14.) indica que este proceso, aunque es un fenómeno fisiológico, implica grandes exigencias al organismo de la mujer y además repercute en su estado psíquico y en su bienestar social.

Las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio tienen una característica específica y es que en su aparición intervienen factores condicionantes de tipo, principalmente biológico, relacionados con antecedentes reproductivos o condiciones patológicas ajenas al embarazo, aunque las condiciones socioeconómicas también ejercen su influencia.

Se indica que para evaluar la situación de la salud reproductiva de la mujer en determinado lugar o estrato social, es necesario disponer de indicadores específicos tales como la mortalidad materna o la frecuencia de las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.

El mejoramiento de salud se logra entre otras cosas con el incremento de la oportunidad que tenga la mujer de ser atendida durante su embarazo y de recibir un cuidado adecuado durante el parto y el puerperio. También debiera existir una legislación adecuada para proteger el derecho a la maternidad.

La morbimortalidad materna ocasionada por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio puede dividirse esencialmente en dos categorías : las patologías que aparecen espontáneamente por factores biológicos relacionados con la historia reproductiva o antecedentes gineco-obstétricos o generales y las provocadas por el aborto inducido y que dependen fundamentalmente de factores psicosociales, económicos y culturales.

La gravedad de estas complicaciones depende del acceso a la atención de la salud.

Los resultados de estudios clínicos y epidemiológicos sobre los factores de riesgo de patología materna indican que la alta paridad, la cercanía de la edad a los límites de la vida fértil y un intervalo intergenésico corto, presentes, generalmente en condiciones de alta fecundidad llevan a una mayor frecuencia de complicaciones y muertes.

También inciden los antecedentes gineco-obstétricos tales como complicaciones obstétricas anteriores, abortos previos, cuadros mórbidos como enfermedades cardíacas, renales, diabetes, etc. La condición socioeconómica de la mujer es otro elemento condicionante.

El diagnóstico y el tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo, la atención adecuada del parto y del puerperio pueden reducir la morbimortalidad.

Las intervenciones de salud adecuadamente organizadas y los servicios de regulación de la fecundidad, prioritarios para las mujeres de alto riesgo pueden reducir esta morbimortalidad a pesar de que se produzcan mejorías en el ambiente social y económico que rodean la madre.

1.6. MORTALIDAD INFANTIL. SIGNIFICADO DE UN INDICADOR DE SALUD.

Mucho se ha analizado sobre el significado de la mortalidad infantil, diversos autores han intentado explicarlo.

La mortalidad infantil expresa en su operacionalización diferentes características de una realidad, y más allá del hecho vital, también nos interesa el hecho social, colectivo.

Este es un indicador social que expresa con gran elocuencia las diferencias existentes entre grupos con medios suficientes y otros privados de esto, es decir es sensible a la distribución de recursos. Refleja la distribución por habitante de la existencia de alimentos, agua potable, asistencia médica, etc. (15)

Esta asociada con algunos problemas sociales como contaminación ambiental, falta de formación, discriminación de la mujer, deficiencia de los servicios y está ligada, íntimamente a las condiciones generales de carácter económico y social. (16)

Es un indicador esencial para la planificación, funcionamiento y evaluación de sus servicios de salud y vigila los cambios del Estado de Salud de la población. (17)

Al respecto la OMS indica que la tasa de mortalidad de lactantes es un indicador útil del estado de salud , no sólo de ellos sino también de la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en la que esta vive.

Además es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y eficacia de la asistencia sanitaria y en particular de la atención prenatal".

Waalder y Sterky (18) señalan que ambas tasas de mortalidad son afectadas por tres grupos de factores :

- Condiciones socioeconómicas, educación, nutrición y peso al nacer.
- Factores demográficos : edad de la madre, paridad y espaciamiento de los hijos , y
- Atención de salud, acción preventiva y curativa.

Por consiguiente son indicadores de todos esos factores combinados. Estos autores señalan algunas relaciones al respecto e indican que la mortalidad de lactantes es primordialmente un resultado de la situación socioeconómica, mientras que la mortalidad perinatal está afectada en mayor medida por la acción médica específica.

Por lo tanto, la mortalidad de lactantes tiene alta sensibilidad lo que significa que cualquier mejora considerable del nivel socioeconómico se reflejará en una baja mortalidad de ese grupo de edad, en cambio tiene poca especificidad en el sentido de que el cambio de algunos factores demográficos y de otros como la prevalencia de la insuficiencia ponderal al nacer pueden también reflejarse en una baja mortalidad de lactantes.

La tasa de mortalidad perinatal, en cambio, es un indicador sensible de la eficacia de los servicios de salud. Cualquier

mejora en los mismos, en particular los destinados a mujeres gestantes y niños conducirá a una baja significativa de las tasas de mortalidad perinatal. La especificidad será relativamente alta pero en cierta medida vendrá alterada por el cambio de los factores demográficos y de la prevalencia del bajo peso al nacer.

Otro autor como Hugo Behm (19) señala que, numerosos estudios han mostrado la relación de la enfermedad y la muerte con variables tales como el ingreso, la alimentación, saneamiento, etc.. Se ha demostrado que todos estos factores están estrechamente correlacionados entre si. Pero en realidad "la distribución no igualitaria en la población de todos estos componentes de vida, no son la expresión visible, el eslabón medible de una cadena causal que se genera en la organización social, económica y política".

Leonardo Mata en su trabajo sobre Mortalidad Perinatal e Infantil (20) también analiza estas relaciones, e indica que el rápido descenso de la mortalidad infantil en ausencia de un claro desarrollo económico o proceso de industrialización, contradice viejos paradigmas y ofrece la posibilidad de logros dramáticos en la salud de otros países sin requerirse de un alto grado de modernidad, industrialización y amenaza ambiental.

Ha sido plausible disminuir riesgos perinatales y muertes infantiles mediante medidas enfocadas a mejorar el medio

social mas que el económico. El conocimiento actual señala que la mortalidad perinatal e infantil está determinada en gran parte por factores que ocurren durante la gestación, el parto, y el período neonatal.

Otros autores como Mosley y Chen (21) señalan que los niveles de la mortalidad neonatal y postneonatal en general reflejan las condiciones de salud de una población, el cuidado obstétrico y pediátrico, la efectividad de los programas sociales y la aplicación de estrategias de atención primaria.

1.7. LAS INVESTIGACIONES SOBRE MORTALIDAD INFANTIL.(MI)

Muchos son los estudios que se han realizado sobre Mortalidad Infantil en América Latina y aún en nuestro país.

En el año 1986 un trabajo de revisión bibliográfica efectuado por TRONCOSO (22) analiza y recopila en los últimos trece años, la tendencia de la investigación sobre MI. en el continente.

Las conclusiones más relevantes a las que llega la autora se resumen en :

1. En primer lugar se encuentran los estudios que describen las tendencias de Mortalidad Infantil, su variación periódica, las relaciones internas entre sus componentes, la comparación entre países

o entre zonas de un mismo país. En su generalidad son de tipo descriptivo y algunos con un intento de predicción sin fundamentación suficiente.

2. Le siguen en importancia los trabajos que se refieren a la relación entre fecundidad y MI. Presentan un análisis descriptivo de la MI. a partir de los datos de encuestas de fecundidad. Estos estudios se enmarcan dentro de las relaciones entre Poblaciones y Mortalidad Infantil.
3. En tercer lugar están los estudios epidemiológicos con un enfoque multicausal que analizan variables biológicas, ambientales y socioeconómicas.
4. Otro grupo se centra en la aplicación de nuevas técnicas de medición de la Mortalidad Infantil. La técnica de Brass y sus modificaciones para estimar la MI a partir de los censos, se destacan en este grupo los trabajos de Hugo Behm.
5. Por último se encuentran trabajos que relacionan MI con la Atención médica y con las Políticas y Recursos para la salud y aquellos que con un enfoque biológico analizan las relaciones entre MI y nutrición.

En Panamá, hicimos una recopilación de los trabajos realizados sobre MI. La mayoría de ellos fueron realizados en los primeros años de la década de los '80 y en general incluyen los aspectos que TRONCOSO ha encontrado en su trabajo de revisión en América Latina.

En el año de 1980, el estudio de GUERRA F. (23) analiza la relación entre MI y Fecundidad en Panamá utilizando datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en 1976 y datos de las Estadísticas Vitales para el período 1955-1976. En su metodología emplea cálculos directos e indirectos, y sus objetivos fueron determinar los niveles de MI y factores socioeconómicos condicionantes; establecer índices de omisión en las defunciones de menores de un año y determinar las relaciones entre MI y la Fecundidad.

En el año 1981, MEDICA Y CHACKIEL (24) estudian la Mortalidad y la Fecundidad, abarcando el período 1950-1976.

Esta investigación contempla las estimaciones de Mortalidad y Fecundidad recurriendo a la información disponible de 1950 en adelante y aplicando métodos recientes a través de estimaciones directas e indirectas. Las fuentes que se utilizaron fueron los censos de 1950, 1960 y 1970, los registros de muertes por sexo y grupos de edades de nacimientos, la Encuesta Nacional Demográfica de 1975-76 y la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976.

Nuevamente GUERRA F. (25) en 1981, brinda un panorama general en su trabajo sobre los determinantes de la MI en Panamá, abarcando el período 1940-1974. El autor realiza un análisis de tendencia basado en Estadísticas Vitales, como así también un análisis de los diferenciales de MI,

basándose en los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 y cuantifica la contribución del cambio en la estructura de los nacimientos sobre el descenso de la MI, considerando el programa de Planificación Familiar.

En este trabajo se identificaron grupos de población con altas tasas de MI según los componentes neonatal y post-neonatal y por regiones urbanas y rurales.

Como complemento del trabajo anterior, en el mismo año 1981, aparece el estudio del mismo autor sobre la Interrelación entre la Fecundidad y la MI en Panamá, abarcando el período comprendido entre los años 1966-1976. (26)

En este trabajo GUERRA F. investiga cómo ha influido el cambio de los niveles de fecundidad sobre la MI, estudia la evolución de la Fecundidad en Panamá, y determina la influencia del cambio de estructura de los nacimientos según orden y edad de la madre al tener su hijo, sobre la MI, teniendo en cuenta el área geográfica rural-urbana. En la metodología emplea el método de las Regresiones.

En el año de 1983 BEHN y MODES estudian las Diferencias socioeconómicas y la MI. , abarcando el período 1966-1976. (27)

En este trabajo se analizan las características y condi-

ciones determinantes de esta mortalidad, con el objetivo de contribuir a su reducción. Se trata de sintetizar un panorama conexo de la epidemiología de la MI en el país en el decenio citado.

Los autores aportan estimaciones obtenidas con métodos indirectos a partir de los datos de Censo de Población de 1980, vinculan las probabilidades de morir con variables sociales y económicas del grupo familiar y describen los contrastes de la MI entre los años 1975-1976 relacionándolos con variables geográficas (zonas de planificación) y socioeconómicas.

Utilizan en su metodología, métodos indirectos como el de Brass. Todos los trabajos analizados en el país fueron fundamentalmente retrospectivos en cuanto a su disposición en el tiempo. Los resultados más importantes los podemos resumir en lo siguiente:

1. Hay una estrecha relación entre la evolución de la Fecundidad y el descenso de la MI.

La tendencia observada de la Tasa Global de Fecundidad demostró un posible aumento en la década de 1950, cierta constancia o descenso lento en la década de 1960, para comenzar a descender en forma pronunciada entre los años de 1968 a 1975.

2. Se ha observado una estrecha relación entre la

baja paridad y la baja mortalidad infantil. Entre los años 1968-1975 se produjo un cambio en la distribución de los nacimientos, según orden de paridez que trajo como consecuencia una reducción de los nacimientos de orden 5 y más y un aumento de los de orden 1.

3. Los cambios en la estructura de los nacimientos por orden de paridez se dieron con mayor intensidad en el área urbana, mientras que en la rural estos cambios se insinuaban a partir del año de 1973.
4. La mayor contribución al descenso de la MI, le correspondió a la combinación de las variables edad de la madre y orden del nacimiento, causantes de un 22% de la reducción de la Mortalidad en menores de 1 año.
5. La reducción de la baja de la MI, se debe principalmente a la baja que experimentó la M. Postneonatal por la reducción de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
6. Los grupos de población con una alta tasa de MI identificados fueron los hijos de mujeres con o a 5 años de escuela primaria que tuvieron su primer hijo a edades muy jóvenes, o han tenido cuatro o mas hijos siendo relativamente jóvenes.
7. En el área urbana la mayor mortalidad neonatal se dió en madres con 0 a 5 años de escuela primaria,

y con menos de 20 años al momento de tener su hijo. En el área rural se identificó en madres con 0 a 5 años de escuela primaria y 30 o más años de edad al momento de tener el hijo.

8. El componente postneonatal en el área urbana se identificó en hijos de madres menores de 20 años y con 0 a 5 años de escuela primaria siendo en este mayor en el primer hijo. Disminuyendo en el segundo y tercero y volviendo a aumentar a partir del cuarto hijo.

En el área rural fue en el grupo de 20 a 24 años y con la misma escolaridad.

9. Hay una marcada diferencia tanto en el componente Post, como en el Neonatal según el intervalo intergenésico sea mayor o menor de 2 años.
10. La MI aumenta al descender la escala de ocupación del padre adoptada en el estudio.
11. La MI desciende al aumentar el nivel educativo de la madre.
12. Cuando la fuente de Agua Potable es de menor calidad, la tasa de MI tiende a aumentar.
13. No se encontró una relación significativa entre Hacinamiento y las tasas de MI.
14. La tasa de MI fue mayor en los lugares donde no se contaba con servicio sanitario.
15. El marcado progreso en el descenso de la MI logrado

en el país durante los últimos 30 años (1966-1976) ha alcanzado a todos los grupos sociales y geográficos.

16. El descenso ha comprendido también las poblaciones que tenían inicialmente una alta mortalidad.
17. El descenso más intenso dentro de algunos grupos sociales ha contribuido a disminuir las brechas que los separa de aquellos estratos sociales que tienen tasas mas bajas de mortalidad del niño.
18. Los resultados muestran la necesidad de reducir la excesiva MI remanente en los grupos ocupacionales de menor nivel, las familias de baja educación y las poblaciones rurales.

Por el interés específico que reviste para nuestro trabajo detallaremos las conclusiones específicas que corresponden al trabajo de BEHN y MODES para la MI de la Región de Panamá Metropolitano; las que pueden resumirse en lo siguiente:

1. Que en esta área el 45% de la población femenina en edad fértil pertenece al estrato ocupacional medio-alto y el 68% ha alcanzado la educación media o superior. La Metròpoli tiene el 35% de la población nacional de mujeres entre los 15 y 49 años y concentra el 53% de aquellas con 7 años y más de escolaridad. Todas estas condiciones

favorables respecto al resto del país revelaron tres características de su MI :

- a) baja MI
- b) relativa homogeneidad de los riesgos de muerte en esta edad en los grupos sociales.
- c) tendencia a que la baja se modere.

2. Que la tasa de MI obtenida con métodos indirectos para 1976 fue de 13 por mil, probablemente (indican los autores) que sea una subestimación, y que las estadísticas vitales, estarían reflejando una mayor aproximación con el 20 por mil, esta tasa estuvo por debajo de la media nacional para el período estudiado.
3. Las estimaciones disponibles señalaron que en 1975-1976, con excepciones, las diferencias de Mortalidad en los hijos de mujeres de distintos niveles de escolaridad , eran bastante limitadas y también en los contrastes entre el estrato medio alto y los asalariados no agrícolas, variando estas tasas entre 11 y 17 por mil. Los autores indican que esta situación no existía 10 años antes, cuando las tasas en los hijos de los asalariados urbanos llegaban al 30 por mil y en las mujeres analfabetas al 40 por mil, por lo que se deduce que este cambio resulta de una disminución más marcada de la MI en aquellos grupos sociales

de la Ciudad de Panamá, que estén en condiciones socioeconómicas más adversas. Se estima que este proceso habría alcanzado a las mujeres con sólo 1 a 3 años de educación.

4. Las excepciones a estas tendencias corresponden a dos grupos minoritarios, el estrato bajo no asalariado, en actividades no agrícolas (representando el 9% de las mujeres del total) con una tasa del 40 por mil , duplicando las tasas en el resto de la población de la Metropoli.

Es un grupo que corresponde al sector menos calificado de la fuerza de trabajo y se trata de trabajadores que no están en el seno de las relaciones de producción capitalistas.

5. El mayor descenso absoluto de la MI en los años más recientes, requiere de mayor estudio a pesar de ser la tasa más baja.

De acuerdo a la revisión bibliográfica efectuada en el caso de Panamá, podemos concluir que los aspectos encontrados en los trabajos efectuados se enmarcan fundamentalmente, dentro de las relaciones entre población y Mortalidad Infantil, esto lo confirma aún más, las participación de las Agencias que financiaron estos trabajos como CELADE, Centro Latinoamericano de Demografía y la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, a través de su Comité de Población

y Demografía, conjuntamente con los esfuerzos de participación de las Agencias Nacionales.

Sus marcos teóricos explícitos o no, se enmarcan dentro de los enfoques ecológicos-multicausales, empleando métodos directos e indirectos en sus cálculos de MI.

El interés epidemiológico es más explícito en el trabajo de BEHN y MODES , aunque los demás estudios acentúan el punto de vista demográfico hacen aportes significativos para el campo de la epidemiología.

2. EL PROBLEMA.

En Panamá, la Mortalidad Infantil ha experimentado descensos importantes, alcanzando niveles relativamente bajos en comparación con otros países de la Región Centroamericana.

La Tasa de Mortalidad Infantil ha descendido desde 1969 a 1985, de 48.7 a 26.6 por mil nacidos vivos (28) y es la segunda tasa más baja después de Costa Rica con 18 mil nacidos vivos en la región, siendo la de Honduras la más alta con 83 por mil nacidos vivos, datos estos al año de 1985.

BEHM Y MODES, demostraron en su estudio que las reducciones en las tasas de Mortalidad Infantil entre los años 1967

y 1976 fueron mayores en la Ciudad de Panamá, posteriormente las estimaciones realizadas revelaron tres características de la misma:

- Baja mortalidad en comparación con los demás contextos geográficos del país.
- Relativa homogeneidad de los riesgos de muerte en esta edad en los grupos sociales que se habían identificado.
- Tendencia a que la baja de la Mortalidad Infantil se modere.

Efectivamente, si bien la región metropolitana presenta tasas con valores más bajos que en las otras regiones de planificación del país, en los años recientes ha experimentado el menor descenso absoluto. Los promedios trienales de las tasas de mortalidad infantil que presentan las estadísticas, señalan que para los períodos comprendidos entre 1968-70 a 1984-86, esta tasa se redujo en la república de 40.0 a 20.4 por mil nacidos vivos, o sea con una reducción absoluta de 19.6, mientras que para la región metropolitana el descenso en el mismo período fue de 29.5 a 17.9 por mil nacidos vivos, siendo la reducción absoluta de 11.6. Situación ésta, que llama la atención, ya que es la zona que concentra la mayor cantidad de población del país, es la de mayor desarrollo económico y social y es donde se concentran las principales actividades productivas y la mayor cantidad de recursos.

De esta forma, las preguntas que guían el trabajo son las siguientes:

- ¿Cuál es el contexto político social y económico que acompaña el hecho biosocial de la muerte infantil?
- ¿Cuáles son en el período estudiado, el nivel, la estructura y las causas de defunción de los menores de 1 año, residentes en la Región Metropolitana?
- ¿Cuál es la prevalencia de algunos factores de riesgo indicados en la Historia Clínica Perinatal, asociados a las madres y por consiguiente a la muerte infantil?
- ¿Cuál es el perfil de las muertes en los menores de un año en la Región Metropolitana?
- ¿Es posible identificar grupos de población, dentro de la Región Metropolitana, mas expuestos al riesgo de morir ?
- ¿Qué acciones podrían desarrollarse para reducir la mortalidad infantil y mejorar la atención a las madres y a los niños ?

3. JUSTIFICACION.

Los trabajos realizados sobre mortalidad infantil abarcaron el comportamiento histórico de este indicador así como sus diferenciales en el contexto nacional, basados fundamentalmente en estimaciones indirectas a partir de las fuentes censales.

Ante la problemática, en la región metropolitana, de una relativa homogeneidad de los riesgos de muerte en esta edad, y en los grupos sociales, además de una reducción en la tasa cada vez menor, es importante profundizar en el conocimiento de algunas características específicas de esta mortalidad para la planificación adecuada de medidas de intervención que tiendan a su reducción y a una mejor atención de la madre y del niño.

4. OBJETIVOS.

Generales :

- Efectuar una descripción de las características sociobiológicas de las madres y los niños muertos menores de un año en la Región Metropolitana de Salud.
- Proponer medidas de acción dentro de los servicios de salud, para reducir la mortalidad infantil y mejorar la atención a la madre y al niño.

Específicos:

- Realizar un diagnóstico contextual de la Región Metropolitana que sirva de marco de referencia para la interpretación de la mortalidad infantil.
- Describir niveles, estructura por componentes y causas de defunción de los menores de un año residentes en la Región Metropolitana.
- Identificar la prevalencia de factores de riesgos asociados a la muerte infantil.

- Determinar el perfil de las causas de muerte infantil.
- Identificar grupos de población más expuestos al riesgo de morir dentro de la Región Metropolitana de Salud
- Identificar acciones a desarrollar para reducir la mortalidad infantil y mejorar la atención a la madre y el niño.

5. IDENTIFICACION Y DEFINICION DE CONCEPTOS Y VARIABLES.

De acuerdo a la revisión del conocimiento existente hemos identificado un daño a la salud en este caso la muerte de un niño menor de un año y los riesgos sociobiológicos que los clasificamos así :

RIESGOS SOCIOBIOLOGICOS

CONDICIONES DE VIDA

Lugar de residencia

- . Acceso a los servicios de salud.
- .Lugar de terminación del parto
- .Lugar de la muerte del niño
- . Sanidad Ambiental:
- .Agua potable dentro de la casa
- .Servicio Sanitario
- .Hacinamiento
- .Estado Civil de la Madre
- .Educación de la Madre
- .Trabajo remunerado de la madre
- .Ocupación del padre

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GESTACION.

- .Antecedentes familiares
- .Antecedentes patológicos personales.

- .Edad de la madre
- .Intervalo intergenésico
- .Orden del nacimiento vivo.
- .Control prenatal

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PARTO

- .Tipo de parto
- .Edad gestacional
- .Peso del niño al nacer

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERIODO NEONATAL

- .Sexo
- .Apgar
- .Crecimiento Fetal

DAÑO A LA SALUD.

MORTALIDAD INFANTIL

- .Mortalidad Neonatal Temprana
- .Mortalidad Neonatal Tardía
- .Mortalidad Postneonatal

DEFINICIONES DE CONCEPTOS

CONDICIONES DE VIDA

Las condiciones materiales de vida imponen ciertos límites que se manifiestan en el estado de salud de las familias. Como unidades de consumo aseguran su reproducción biológica, preservando la vida y efectúan las prácticas económicas y no económicas para obtener los medios de subsistencia y de socialización para los hijos.

De allí y de acuerdo a la información disponible en la Historia Clínica Perinatal hemos considerado las siguientes características: LUGAR DE RESIDENCIA: Se considerará el Corregi-

miento como :

división política-administrativa y se formarán zonas geográficas dentro de la región Metropolitana. Esto en base a la tasa de Mortalidad Infantil.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Al respecto los datos correspondientes al lugar de Terminación del Parto y el lugar de la Muerte del Niño, se consideran como indicadores de esa accesibilidad.

LUGAR DE TERMINACION DEL PARTO:

Se trata del lugar o Institución donde se produjo el parto.

LUGAR DE LA MUERTE DEL NIÑO:

Se trata del lugar o Institución donde ocurrió la muerte del niño.

SANIDAD AMBIENTAL: Los indicadores son :

DISPONIBILIDAD DEL AGUA POTABLE DENTRO DE LA CASA:

Se refiere a la instalación de agua potable que posee la familia del niño dentro de la vivienda.

SERVICIO SANITARIO:

Se entiende por este aquel que cuenta con descarga de agua (individual).

HACINAMIENTO:

Se considera como tal a la vivienda que presenta más de dos personas por habitación usada para dormir.

ESTADO CIVIL DE LA MADRE:

Es la forma de unión, la estabilidad de convivencia con un compañero o ruptura de ese vínculo.

SOLTERA : La madre no tiene marido.

UNIDA : La madre que tiene marido pero no está casada con el padre de ese hijo.

SEPARADA: que la madre está separada y no convive con el padre de ese hijo.

DIVORCIADA: Cuando la madre está divorciada legalmente del padre de este hijo.

VIUDA : Significa que murió el padre de este hijo.

EDUCACION DE LA MADRE :

Se refiere a los estudios cursados en el sistema formal de educación. Comportamiento que está relacionado con la adquisición de aprendizajes básicos y que tienen que ver con los cuidados de Salud, propios de la madre, los cuidados dispensados al niño , el acceso a los servicios de salud, etc.

Se consideraron: -Madres con algún grado de primaria o primaria completa.

-Madre con algún año de secundaria o secundaria completa.

-Madres con algún año de Universidad o Universidad Completa.

TRABAJO REMUNERADO DE LA MADRE:

Indica la actividad retribuida en dinero o inactividad de la madre en el mercado de trabajo.

OCUPACION DEL CONYUQUE :

Indica el tipo de actividad retribuida en dinero del conyugue.

SIN TRABAJO : Cuando no trabaja.

OBRERO : Todo aquel en cuya labor predomina la actividad física sobre la intelectual. Ejem.: albañil, jornalero, peón, etc.

TECNICO: Egresado de una escuela vocacional o técnica que haya recibido un entrenamiento especial o que su destreza lo acredite como tal , Ejem.: electricista, mecánico, etc.

COMERCIANTE: Propietario de un establecimiento comercial o que ejerza actividades mercantiles por cuenta propia. Ejem. propietario , vendedor por cuenta propia, etc.

PROFESIONAL: El que posee título universitario o su equivalente.

OTRO : Toda persona que no incluya en las categorías anteriores tales como : empleados de oficina, dependientes, agricultores, etc.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GESTACION:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Indica los antecedentes cuyos diagnósticos fueron realizados por un médico, registrados en la Historia Clínica perinatal y que se refieren a los parientes cercanos de la madre

del niño muerto (padres, hermanos, abuelos, hijos).

ANTECEDENTES PERSONALES :

Se refiere a los antecedentes patológicos registrados en la Historia Clínica Perinatal propias de la madre del niño muerto.

EDAD DE LA MADRE: La duración de vida de la madre expresada en años cumplidos. Se consideraron los grupos etáreos comprendidos en el período de vida fértil.

INTERVALO INTERGENESICO: Es el espacio en tiempo transcurrido entre el último parto y el anteúltimo parto. Es inadecuado cuando transcurre menos de dos años entre cada uno.

ORDEN DEL NACIMIENTO VIVO: Se trata del número de orden de nacimiento del niño que posteriormente murió.

CONTROL PRENATAL: Se refiere a la concurrencia de la madre embarazada a los controles de salud establecidos en el Programa Maternal.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PARTO.

TIPO DE PARTO: Se refiere a las formas vaginal cefálico, presentación podálico, sacro, cesárea.

EDAD GESTACIONAL: Se refiere a la duración de la amenorrea (desde el primer día de la última menstruación) y se expresa en semanas cumplidas.

Se consideró :

PRETERMINO: a los neonatos con menos de 37 semanas completas de amenorrea.

A TERMINO : Se extiende desde las 37 semanas completas hasta menos de 42 semanas completas de amenorrea.

POST TERMINO : Corresponde a los neonatos con 42 semanas completas o más.

PESO DEL NIÑO AL NACER: Se consideró el peso medido en kilogramos del niño al momento de nacer y se consideró la siguiente clasificación:

de 500 a 999 grs. = Extremo bajo peso al nacer

de 1000 a 1499 kgrs. y de 1500 a 1999 kgrs.= muy bajo peso al nacer.

de 2000 a 2499 kg. = bajo peso al nacer (incluye las categorías anteriores).

de 2500 a 2999 kgrs. = peso deficiente .

de 3000 y + kgrs. = peso normal.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERIODO NEONATAL.

PUNTUACION APGAR: Indica el estado del niño y se utilizó este sistema de puntuación al minuto de nacimiento. Se consideró lo siguiente : 0-3 grave, 4 a 6 intermedio o leve, 7 y más aceptable o normal.

CRECIMIENTO FETAL: Combina la duración de la gestación y el peso del recién nacido.

DAÑOS A LA SALUD.

MORTALIDAD : El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) indica los límites para las estadís-

ticas de mortalidad y dice : "Deben ser incluidos en las estadísticas de los países todos aquellos fetos y recién nacidos vivos que pesen 500 grs. o más hasta la edad de menos de 12 meses. La clasificación que se usa es la siguiente:

MUERTE NEONATAL TEMPRANA: es la muerte de un recién nacido vivo desde su nacimiento hasta los siete días de vida.

MUERTE NEONATAL TARDIA: es la muerte de un recién nacido vivo después de los siete días completos pero antes de los 28 días completos de vida postnatal.

MUERTE POSTNEONATAL: Es la muerte de una recién nacido entre los 28 días completos de vida postnatal y la edad de menos de 12 meses.

CAPITULO II
METODOLOGIA

II. METODOLOGIA

Para el desarrollo de los objetivos trazados hemos seguido una secuencia que reconoce los pasos o etapas del proceso de investigación del enfoque de riesgo en la atención materno infantil.

El estudio lo hemos dividido en dos partes. La primera, es un análisis contextual donde ocurre el daño a la salud: la Mortalidad Infantil, incluyendo la situación socioeconómica de la Región Metropolitana y la situación de salud materno infantil. La segunda describe las características socio-biológicas, de esa mortalidad.

1. TIPO DE ESTUDIO.

-Descriptivo - de Corte transversal.

2. POBLACION

El universo de observación lo constituyeron todos los niños que nacieron y murieron en el transcurso de su primer año de vida y sus madres en la Región Metropolitana de Salud, en el período comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año 1986.

Por lo tanto se consideraron los niños que nacieron y murieron en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, en el Hospital del Niño, en la Caja del Seguro Social y en

las Instituciones del sector privado de salud u otro lugar como por ejemplo el Hogar.

3. RECOLECCION DE LA INFORMACION.

3.1. FUENTES Y TECNICAS DE OBTENCION DE DATOS

Las observaciones se obtuvieron de las siguientes fuentes :

- Los certificados de defunción que reposan en el archivo de la Contraloría General de la República, de la Sección de Estadísticas Vitales y que corresponden a la Región Metropolitana de Salud. Se tuvo en cuenta la mortalidad infantil de niños nacidos vivos y posteriormente muertos en dicha área geográfica.
- Se utilizaron los archivos hospitalarios para recolectar la información que se detalla en la Historia Clínica Perinatal, tanto en el expediente de la madre como en el expediente del niño. Ambos expedientes complementan la información para ser volcada al instrumento elaborado.

Para las características de la madre se tuvo en cuenta la información del expediente de la madre en primer término, de no hallarse la historia en el mismo o de ser la información incompleta se recogió la que indicaba la HCP en el expediente del niño. El mismo procedimiento se realizó en el caso del niño.

Se utilizó la técnica de pareo que relaciona las defunciones infantiles con datos sociodemográficos y biológicos de los padres, con especial énfasis en la madre y el niño.

Los datos utilizados son de tipo secundario y tienen las limitaciones propias de los mismos, ya que no necesariamente comprenden aquellas características que interesan al investigador y su calidad depende del personal que tuvo a su cargo el llenado de la HCP, situación que por el tipo de estudio no pudo ser controlada por el investigador. La HCP fue implementada en el año 1981.

3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATO

Para registrar la información se utilizó un formulario que resumía información de la HCP de los niños muertos y de sus madres. Los criterios de inclusión de variables dentro del formulario fueron:

- a) Factores de riesgo o daños a la salud que informa la literatura.
- b) Factores de riesgo o daños a la salud que se encontraban registrados con mayor frecuencia y que cumplían con la condición anterior. (Ver anexo)

4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

4.1. CLASIFICACION DE LAS ZONAS DE MORTALIDAD INFANTIL.

La información fue procesada de acuerdo a Zonas de Mortalidad Infantil que comprenden los corregimientos de la

Región Metropolitana de Salud.

Los corregimientos se ordenaron en forma decreciente según la tasa de mortalidad infantil lograda en el año 1986, aplicándose una escala de tres niveles. De esta forma se tuvieron en cuenta los límites y se dividieron en tres.

La amplitud de clase de cada nivel quedó comprendida en 7.9, así la Zona de Alta Mortalidad Infantil (ZAMI) abarcó los corregimientos con tasas comprendidas entre 29.7 a 21.8 por mil nacidos vivos, la Zona de Mediana Mortalidad Infantil (ZMMI) en valores entre 21.7 y 13.8 por mil, y por último la Zona Baja de Mortalidad Infantil, entre 5.8 y 13.7 por mil nacidos vivos.

4.2. AGRUPAMIENTO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL.

El objetivo de este agrupamiento fue promover el uso de los datos de mortalidad para orientar las acciones sectoriales en el área de la Mortalidad Infantil en función de determinados riesgos; en el nivel nacional para la planificación y normatización y en el nivel regional y local para la programación de actividades y servicios.

Los criterios que se refieren a la evitabilidad de las defunciones debidas a causas reducibles, entre otras acciones, por las desarrolladas en un servicio de salud,

fueron definidas tomando como base la lista detallada de la clasificación Internacional de Enfermedades (novena revisión). Los agrupamientos seleccionados para defunciones neonatales fueron los siguientes:

1. REDUCIBLES POR UN BUEN CONTROL DEL EMBARAZO
2. REDUCIBLES POR BUENA ATENCION EN EL PARTO
3. REDUCIBLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ
4. OTRAS REDUCIBLES
5. PARCIALMENTE REDUCIBLES POR BUEN CONTROL DEL EMBARAZO.
6. NO EVITABLES
7. DESCONOCIDAS
8. OTRAS CAUSAS

Para las defunciones postnatales se consideraron:

1. REDUCIBLES POR PREVENCION
2. REDUCIBLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ
3. OTRAS REDUCIBLES
4. NO EVITABLES
5. DESCONOCIDAS
6. OTRAS CAUSAS

En las defunciones neonatales consideradas como "parcialmente reducibles " se incluyeron las causas de defunción que podrían reducirse por acciones a desarrollarse en el buen control del embarazo, pero en el nivel de conocimiento científico actual no hay evidencias de que, categóricamente

fueron evitables por dichas razones. Otras causas es una categoría residual.

Este agrupamiento fue utilizado por un grupo de expertos (29) y en nuestro caso sometimos a la consideración de un grupo de médicos pediatras con especialidad en neonatología y salud pública para efectuar la clasificación correspondiente de los diagnósticos de muerte infantil, localizados para el estudio. (Ver anexo)

5. ANALISIS DE LA INFORMACION

El análisis de la información se hizo mediante cuadros estadísticos que presentaron las variables de interés para el estudio, identificadas como riesgos sociobiológicos y los componentes de la mortalidad infantil. Se tuvieron en cuenta variables de tipo cuantitativas y cualitativas, de acuerdo a ello se utilizó , para su medición :

-Tasa total de fecundidad

-tasas específicas de fecundidad

-tasas de mortalidad neonatal

-tasa de mortalidad postneonatal

-tasa de mortalidad infantil.

-Tasas específicas de Mortalidad Infantil:

.por zonas geográficas de mortalidad . por sexo del niño.

.por edad de la madre

.por orden del nacimiento vivo.

.por estado civil de la madre

.por educación de la madre

.por trabajo o no de la madre

-Porcentajes

CAPITULO III

RESULTADOS

1. CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y POLITICO.

Nuestro estudio de mortalidad infantil está inserto en un período histórico, crítico, conflictivo y con fenómenos específicos, la década de los años '80.

Acerca de esta década el Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia (30) indica que : " Para casi novecientos millones de personas, aproximadamente una sexta parte de la humanidad el progreso humano se ha transformado en un retroceso".

Este retroceso en el proceso de desarrollo se ha convertido en una tragedia, que transcurre fundamentalmente en los barrios pobres y comunidades rurales postergadas y que tiene que ver con un proceso de intensificación de la pobreza. El papel protagónico en este escenario lo tienen las relaciones establecidas entre los países llamados "centrales" y los países periféricos.

El informe indica además que casi todos los indicadores económicos ponen de relieve el retroceso aludido. Así los fenómenos de endeudamiento y recesión de los años ochenta afectan a toda la población pero "con especial dureza a la infancia.

Por supuesto que nuestro país no ha escapado a esta situación generalizada. Los informes económico-sociales

de Panamá de los primeros años de los 80, indicaban una recesión. Si tomamos como indicador de crecimiento, el Producto Interno Bruto, en el año de 1983, fué de 0.2% , en el año '84 no hubo crecimiento (0.0%), notándose en el año 1986 una recuperación lenta del mismo; mientras que el crecimiento de la población fué para esos años de 22.3, 22.6 y 21.9 respectivamente. Esta situación fue caracterizada como una de las peores crisis económico-financieras de la historia.

Aunque no hemos podido aún definir el significado de la crisis y sus dimensiones , del tiempo que hemos transcurrido en esa crisis o desde cuando estamos en crisis, diríamos que la crisis que atraviesa hoy la sociedad panameña es tan latinoamericana como nacional, con sus expresiones mas visibles en el servicio oneroso de la deuda externa (5,173.4 en miles al año 1987), la transferencia neta de capitales al exterior, el estancamiento de la economía afectando severamente las perspectivas de crecimiento, el déficit fiscal, el deterioro de las condiciones materiales de vida de las grandes mayorías nacionales y el acelerado desgaste de los mecanismos de convivencia política en el seno del Estado Nacional. (31)

El fenómeno de la deuda externa , acompañada de una Política de Ajuste estructural que priorizaba el estricto cumplimiento de su servicio daba cuenta de los efectos desestabilizadores tanto desde el punto de vista económico, social

como político. El servicio de la deuda significó entre 1984 y 1986 una transferencia al exterior de aproximadamente 455 millones de dólares (32) . En el año 1986, el presupuesto elaborado para el año entrante, indicaba que esta transferencia representaría el 54% del Presupuesto del Gobierno Central.

En este sentido las necesidades del Estado de financiar los servicios sociales básicos de la población pasaba a un segundo plano.

A partir de 1984 se había iniciado un programa de Política Económica (enmarcada dentro del Programa de Ajuste Estructural), cuyos objetivos principales eran:

- Mejorar la eficiencia del sector público,
- Aumentar el énfasis de las actividades del sector privado de la economía hacia la exportación.
- La reducción del gasto público a través de una reducción tanto en la tasa de crecimiento del empleo como del componente salarios.
- El sector salud, se proponía la revisión del sistema integrado y de la Ley Orgánica de la Caja del Seguro Social a los efectos de hacer ajustes para mejorar su posición financiera, entre otras. (33)

Siguiendo con el paquete de medidas se promulgó la Ley de incentivos a la producción industrial y agropecuaria y

se hicieron modificaciones al Código de Trabajo.

Llegamos así a los años 1986-1989 a perfilar un contexto de gran inestabilidad política que se expresó tanto en las autoridades de gobierno , a través de respectivas renunciadas como en las presiones populares, de gremios de profesionales, sectores de la iglesia como de otras instituciones de la vida nacional. Agravándose más aún la situación económica a partir del año 1988 con las sanciones económicas impuestas a Panamá por el Gobierno de los Estados Unidos.

Esta situación global tanto externa como interna, afectaría tanto la situación de salud de la población como la prestación de servicios médicos asistenciales. Sin embargo, los indicadores utilizados y las formas tradicionales de captación del dato estadístico , que expresan amplios sectores geográficos , no reflejan la situación real de los diferentes grupos sociales.

En el corto plazo esos indicadores cambian lentamente y reflejan inversiones acumuladas, lo que haría necesario algunos años más de recesión económica para poder afectarlos.

La Organización Panamericana de la Salud indica que la recesión económica puede afectar la salud de doble manera. La directa al incrementar las posibilidades de accidente, enfermedad y muerte o la indirecta, al limitar la capacidad

social e institucional para enfrentar los problemas de salud existentes o sus factores determinantes a medida que se reducen los recursos. (34)

En el primer caso es difícil asegurar el efecto directo sobre la incidencia y prevalencia de problemas como el cáncer y los accidentes. Sin embargo no ocurre lo mismo en el caso de la malnutrición y en algunos trastornos mentales y sociales.

Los efectos indirectos de las limitaciones en el acceso de la población a los servicios médicos asistenciales pueden afectar los indicadores de incidencia y prevalencia de algunas enfermedades, aunque sus efectos no se notarían a corto plazo en las tasas de Mortalidad y Morbilidad.

En nuestro caso de estudio a pesar de la situación descrita, los indicadores de Mortalidad Infantil han logrado reducciones importantes y no presentan cambios significativos en su perfil epidemiológico. Sin embargo se observaron aumentos en las tasas de Mortalidad Infantil por accidentes, suicidios y homicidios y otras violencias, así como en las anomalías congénitas. Por lo tanto de seguir la tendencia recesiva las implicancias se observarán en un futuro. (Cuadro 1)

Cuadro Nº 1

Algunas Características de la población panameña en la República.
Años 1976-1981-1986.

Características	A N O S		
	1976	1981	1986.
Esperanza de Vida (en años)	69.30	70.44	71.75
Población (en miles) Total	1784.04	1999.54	2222.25
Urbana	845.88	999.45	1147.84
Rural	902.16	1000.11	1079.41
Infantil (menores de 15 años)	744.21	797.63	874.91
Maternal (poblac. femenina de 15-45 años)	192.18	470.05	551.24
Adultos (15 años y más)	1008.83	1201.93	1402.14
Tasa de Natalidad (por 100 habitan.)	30.3	26.9	25.9
Urbana	30.3	26.2	28.7
Rural	30.6	27.7	28.2
Tasa de Mortalidad (por 100 habitan.)	4.9	4.0	4.0
Urbana	5.0	4.2	4.1
Rural	4.8	8.8	4.0
Tasa de Crecimiento natural	25.4	22.9	21.9
Urbana	25.0	22.0	19.6
Rural	25.8	28.9	24.2
Tasa de fecundidad general (por 1000 hab. públ. femenina 15-49 años)	185.1	114.6	104.6
Urbana	118.6	98.6	85.0
Rural	155.0	115.8	111.7
Porcentaje poblac. beneficiada con agua potable	82.1	82.8	84.8
Urbana	100.0	100.0	100.0
Rural	63.0	65.1	69.0
Porcentaje poblac. servida con agua potable	59.0	61.6	70.2
Porcentaje poblac. con sist. de disp. de excr.	87.4	89.5	85.4(R)
Urbana	97.1	97.7	98.5(R)
Rural	78.0	80.6	71.5(R)

FUENTE : Dirección de Planificación - MINSA.

1.1. LA REGION METROPOLITANA

La región metropolitana es una región de planificación dentro del país, que se extiende a ambos lados del área del canal, teniendo como centros de influencia las Ciudades de Panamá y Colón. Según la delimitación efectuada por el Ministerio de Planificación y Política Económica comprende los distritos de Arraijan, La Chorrera, Capirola, Panamá, San Miguelito, Chepo, Colón, Chagres, Portobelo y Santa Isabel.

Esta región concentraba en el año de 1980, el 55% de la población total del país y el 76% de la población urbana.

Concentra actividades y servicios entre ellos los sociales, comercios, industrias, hoteles, centro financiero, etc., y centraliza funciones de tipo político administrativo.

Esta situación ha operado como un polo de atracción de la población que se ha ubicado principalmente alrededor de la faja canalera .

Por consiguiente, el papel histórico desempeñado por esta región ha sido el de concentrar la población y las actividades económicas.

1.2. DINAMICA DE LA POBLACION

Considerando los componentes de la dinámica de la población, los indicadores han continuado descendiendo.

El país se encuentra en transición demográfica, es decir, se ha logrado un descenso de la fecundidad y de la mortalidad.

A nivel del país en el primer quinquenio 1980-85, la tasa de fecundidad era de 3.5 hijos por mujer, pasando a ser en el segundo de 3.14. Las tasas mas bajas se encontraban en Panamá con 2.65 hijos por mujer.

Esta dinámica se ha venido operando en Panamá, sobre todo a partir de mediados de la década de los años '60.

La mortalidad ha descendido progresivamente y se refleja en el crecimiento de la expectativa de vida al nacer. Para los años 1985-1990 se estima en 72.08 años.

Esta situación es producto de la interacción de procesos tales como la extensión de la cobertura de servicios de salud, de saneamiento ambiental y educativos, a la evolución del proceso de urbanización, a la extensión de las prácticas contraceptivas y al aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral, entre otras.

En cuanto al fenómeno migratorio, la provincia de Panamá sigue manteniéndose como la mayor receptora de migrantes procedentes de otras provincias.

La tasa de migración interna positiva fue de 5.4,

en esa provincia. (35)

La mayor parte eran del sexo femenino y se concentraban en las edades entre los 15 y 34 años.

De esta forma se ha conformado un desequilibrio en la distribución de la población : como resultado de las variaciones de cada uno de los componentes demográficos mencionados la composición por sexo y edad de la población panameña ha ido cambiando. La mediana de la población se estimó en 21 años para 1985.

El fenómeno de envejecimiento de la población hace que las personas comprendidas en las edades productivas adquieran cada vez mayor importancia relativa, ya que una mayor cantidad de trabajadores ingresan al mercado laboral, y esto exige la generación de nuevos puestos de trabajo. Además , de nuevas necesidades para el diseño de programas de atención como salud, vivienda , seguridad social , etc..

1.3. EMPLEO

Durante el año 1986, la fuerza laboral disminuyó su ritmo de crecimiento, descendiendo la tasa de participación de la población de 15 años y más en el mercado (56.8 en 1985 a 55% en 1986). Durante los años 1983-85 se originó un estancamiento en la generación del empleo asalariado y esto ocasionó un crecimiento sostenido de los trabajadores por

cuenta propia, como resultado de la recesión económica experimentada. (36)

Entre los años de 1983-1987 el desempleo tuvo su pico más alto en el año 1985, llegando al 15% de desocupados. Dentro de esta categoría , el urbano y femenino , eran los más elevados.

Este mismo patrón se presentó en el año 1987 donde la encuesta de hogares registró una tasa de desempleo en el país del 11.8% . En la Región Metropolitana el desempleo siempre tiende a ser mayor (14.1%) y más aún en el caso de las mujeres 17.8% (Cuadro Nº 2)

1.4. POBLACION OCUPADA POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA.

La población ocupada por rama de actividad económica se concentraba en 1987 en el sector de servicios comunales y sociales, en la rama de la agricultura, caza, silvicultura y pesca y en el Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles. En estas ramas se ocupaba el 71% de la población.

La población ocupada del sexo masculino se dedicaba mayormente a la agricultura, caza, silvicultura y pesca, mientras que mas de la mitad del sexo femenino ocupado lo hacía en el rubro de Servicios Comunales y sociales.

Cuadro Nº 2

Población de 15 años y mas de edad en la República por condición de actividad, según región y sexo. Encuesta de Hogares, año 1987. (en miles).

País y Región Sexo	Total	Población de 15 años y mas de edad en miles					
		No Eco. Activa	Eco. Nº	Activa %	Ocupada	Desocupada Nº	Desocupada %
Total	<u>1334</u>	<u>564</u>	<u>769</u>	<u>57.7</u>	<u>678</u>	<u>91</u>	<u>11.8</u>
Hombres	657	143	514	78.3	466	48	9.4
Mújeres	676	421	254	37.7	212	42	16.7
Reg. Met.	<u>758</u>	<u>306</u>	<u>452</u>	<u>59.6</u>	<u>388</u>	<u>63</u>	<u>14.1</u>
Hombres	364	88	276	75.9	244	32	11.8
Mujeres	393	218	175	44.5	144	31	17.8

FUENTE : Estadísticas del Trabajo. Contraloría General de
la República. Año 1987.

En la Región Metropolitana el mayor porcentaje de hombres y mujeres se ubicó en la rama de los servicios comunales y sociales, siendo casi el doble en estas últimas. También el porcentaje de mujeres dedicadas al comercio al por mayor y al por menor y restaurantes y hoteles es superior a la de los hombres. (Cuadro Nº 3)

En la rama Establecimientos Financieros, Seguros, etc. se observó también una mayor cantidad de trabajadoras femeninas (7.1%).

En la Industria manufacturera la proporción de mujeres ocupadas fue de 11.5%.

1.5. OCUPACION Y RAMA DE ACTIVIDAD DE LA POBLACION FEMENINA.

Como indicamos en el punto anterior, la rama de servicios comunales y sociales concentraba una cantidad considerable de personas ocupadas, sobre todo del sexo femenino.

Si desglosamos las ocupaciones correspondientes a las ramas de actividad citadas anteriormente, y que en el caso de las mujeres representa el 90% de su ocupación, podremos deducir el nivel de calificación y las características del trabajo que desempeñan. (Cuadro Nº 4).

En la rama de Servicios, la mitad de la población femenina ocupada se ubicó en categorías que requieren generalmente

Cuadro Nº 3

Porcentaje de Población Ocupada de 15 años y más de edad en la República, Según Región, Sexo y Rama de Actividad Económica : Encuesta de Hogares , Año 1987.

RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA	Población ocupada de 15 años y mas de edad					
	Total	hombre	mujeres	reg.Metro	hombres	mujeres
	país					
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	26.6	36.4	4.9	8.7	13.1	1.3
Explotación de minas y canteras	0.07	0.08	0.06	0.04	0.06	--
Industria manufacturera	10.7	10.8	10.4	12.6	13.2	11.5
Electricidad , gas y agua	1.3	1.5	0.8	1.5	1.9	0.7
Construcción	5.2	7.1	1.0	6.2	9.1	1.2
Comercio al por mayor y al por menor , restaurantes y hoteles	15.9	13.9	19.9	18.9	18.7	19.1
Transporte y almacenamiento y comunicaciones	5.6	6.5	3.7	7.3	9.0	4.4
Establecimientos financieros , seguros, bienes,etc.	4.0	3.5	5.4	6.3	5.9	7.1
Serv. Soc. Com. y personales	28.1	17.3	51.9	34.0	23.0	51.7
Area del Canal	2.5	2.8	1.9	4.5	5.5	2.8

FUENTE : Estadísticas del trabajo, contraloría general de la República, Año 1987.

Cuadro Nº 4

Población Femenina de 15 años y mas de edad en la Región Metropolitana por ocupación y rama de actividad. Encuesta de Hogares. Año 1987.

Ocupación	Rama de Actividad			
	Serv. comunales, Soc. y personal.	Com. al por mayor y menor etc.	Industrias Manufactu- reras.	Establecim. financieros, seguros, etc.
Profesionales, técnicos y ocupac. afines.	28.3	2.8	3.5	15.3
Gerentes, administra- tivos y función de categoría directiva.	2.0	4.0	2.8	13.2
Empleadas de oficina y ocupaciones afines.	19.8	27.7	16.8	61.0
Vendedores y ocupa- ciones afines.	0.4	48.8	4.2	4.1
Trabajadores en ser- vicios personales y ocupaciones afines	48.0	15.0	6.6	6.3
Artesanos y operarios, obreras y jornaleras.	1.5	1.7	66.0	---

FUENTE : Estadísticas del trabajo, Contraloría General de la República. 1987.

un nivel medio y superior de formación como los profesionales y técnicos y los empleados de oficina y afines. La otra mitad se ubicó en servicios que exigen baja calificación y representan bajos ingresos (domésticas, aseadoras, mensajeras, trabajadoras manuales, etc.)

En el Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles , la actividad comercial ha tenido una relativa importancia en la historia económica del país, concentrándose en la región metropolitana más del 60% de los establecimientos comerciales.

En esta rama de actividad casi la mitad de las mujeres se ocupaban en el rubro vendedoras y ocupaciones afines y otro 28% eran empleadas de oficina. En este caso los puestos directivos y profesionales sólo los ocuparon el 7% de las mujeres.

En la rama de la industria manufacturera la mayoría de ellas (66%) desempeñaron actividades como artesanas, operarias, obreras y jornaleras.

Por último, en los Establecimientos Financieros , seguros etc. los puestos profesionales y directivos fueron ocupados por el 28.5% de las mujeres, mientras que el resto se ubicó en los empleos de oficina.

1.6. NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION OCUPADA.

La población ocupada mayor de 15 años en la región metropolitana, tiene un promedio de 10 años aprobados. (Cuadro Nº5).

Más de la mitad de esta población (55%) tiene estudios secundarios vocacionales y universitarios. En esta última categoría se concentraba el 21% de la población.

1.7. POBLACION NO ECONOMICAMENTE ACTIVA.

Es importante considerar dentro de la Región de estudio a la población no económicamente activa de 15 años y más de edad, y dentro de ella al grupo de mujeres, ya que representan la gran mayoría. Este grupo comprende a las amas de casa, estudiantes, personas que no trabajan y no buscan empleo, jubilados, pensionados, etc..

La categoría ama de casa, considera a la persona dedicada al cuidado de su propio hogar y que no recibe jubilación, pensión, ni es rentista. Dentro de esta categoría se incluyen a aquellas mujeres inactivas puras que no tenían intenciones de buscar trabajo en los seis meses posteriores a la encuesta.

En la Región metropolitana se encontraron para el año 1987 , 306.303 personas no económicamente activas (más de la mitad de las personas en esa condición en el país, de ellas, el 71% eran mujeres.)

Cuadro Nº 5

Porcentaje de Población Ocupada de 15 años y más de edad no agrícola en la Región Metropolitana, por nivel de instrucción, Encuesta de Hogares. Año 1987.

- Nivel de Instrucción	% de ocupados
X de años aprobados total	10.2
ningún grado	1.9
primaria de 1 a 3 grados	3.6
primaria de 4 a 6 grados	21.9
secundaria de 1 a 3 años	17.9
secundaria de 4 a 6 años	27.9
vocacional	5.9
Universitaria	20.9

FUENTE : Estadísticas del Trabajo.

Contraloría General de la República. Año 1987.

Las amas de casa representaron el 61.5% , pero sólo el 57.3% de ellas eran inactivas puras (134,462). (Cuadro Nº 6).

1.8.SITUACION LABORAL DE LA MUJER.

Resumiendo la situación laboral de las mujeres en la región de estudio el Cuadro Nº 6 , indica que para el año 1987 el 36.6% de las mujeres trabajaban. Esta tasa de participación es significativa.

En el Censo del año 1980 se registró una tasa de participación global de la mujer del 24.6% y era una de las más altas de la región Centroamericana.

La población femenina no económicamente activa fue del 55.5% . Siendo importante la proporción de amas de casa, que además representó un 34% del total de las mujeres.

1.9.INGRESO

La mediana de salario semanal según indica la gráfica Nº 1 presentó una tendencia ascendente tanto para los hombres como para las mujeres en las actividades no agrícolas, descendiendo en ambos casos para el año de 1987. Estas actividades representaron más del 90% del total en la Región metropolitana.

En el caso de las actividades agrícolas se observó un aumento pronunciado en la mediana de salario, y fue mayor

Cuadro Nº 6

Población Femenina de 15 años y más de edad en la Región Metropolitana , según condición de Actividad Económica. Encuesta de Hogares. Año 1987.

Condición de Actividad	Número de mujeres	porcentajes
Total	393.650	100.0
Económicamente activas	175.162	44.5
Ocupadas	144.027	82.2*
Desocupadas	31.135	17.8*
No económicamente activas.	218.488	55.5*
amas de casa	134.462	61.5**
Otras	84.026	38.5**

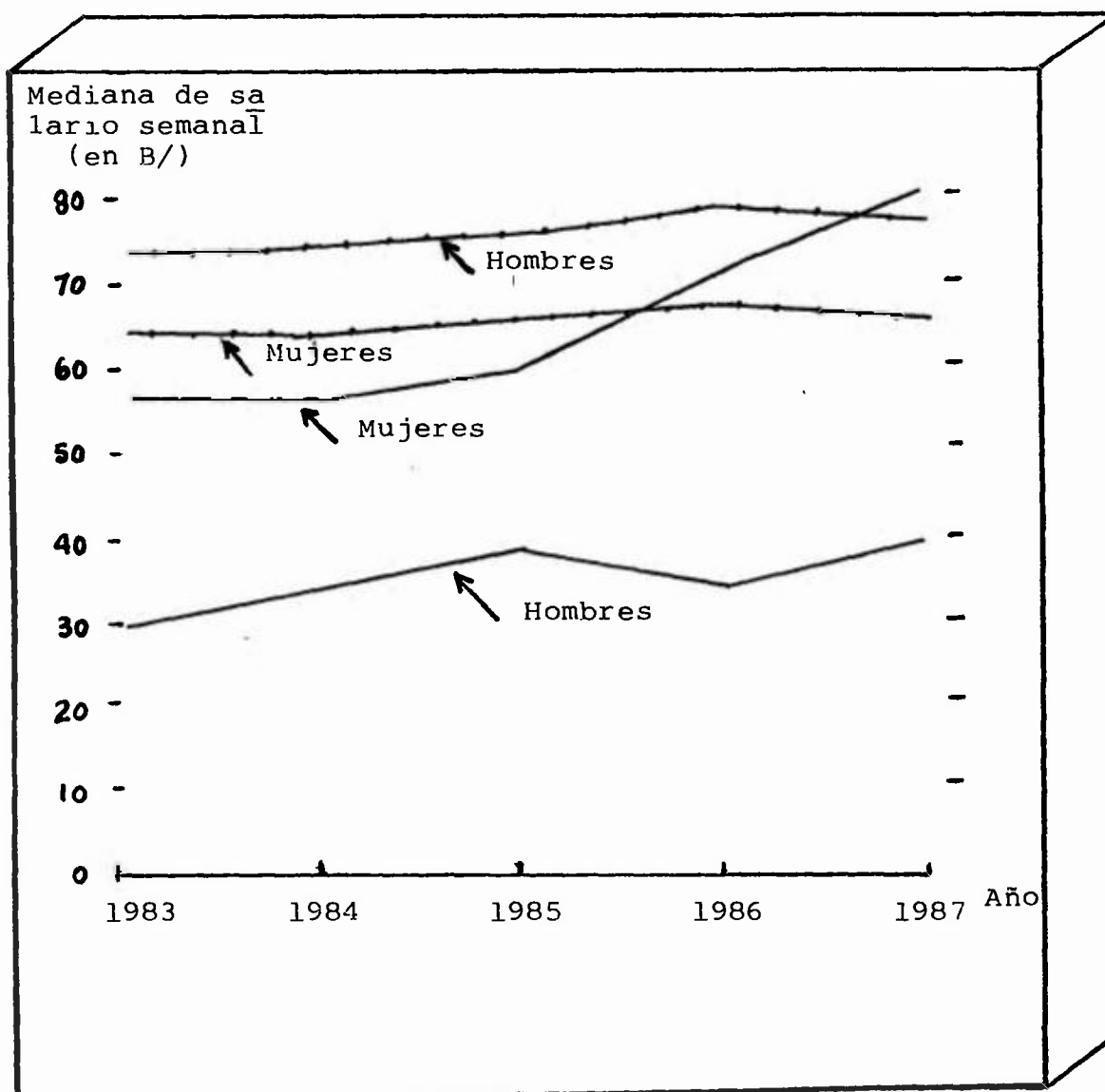
FUENTE: Estadísticas del Trabajo. Contraloría General de la República. Año 1987.

* % de la población activa

** % de la población no activa.

Gráfica Nº 1

Mediana de Salario Semanal de los Empleados de 15 años y más de Edad, Según Sexo y Rama de Actividad Económica, en la Región Metropolitana: Encuesta de Hogares, Años 1983-87.



— Actividades agrícolas
—•— Actividades no agrícolas

en el caso de las mujeres, pero sólo un 1.3% de ellas se dedicaba a estas actividades.

A pesar de ello, hay que considerar que los salarios mínimos fueron afectados en su poder adquisitivo, el Ministerio de Planificación y Política Económica en sus informes indicaba los efectos inflacionarios sufridos en ese período.(37)

1.10. SITUACION EDUCATIVA.

Los datos oficiales sobre el nivel educativo, datan del censo del año 1980, pero para los efectos de este análisis utilizaremos algunos indicadores como matrícula y graduados al año 1987 lo que nos permitirá un acercamiento a la situación educativa.

Los datos sobre alumnos graduados y matrícula por sexo en el país indicaron que las mujeres asisten más a la educación media y superior que los hombres (53.6% y 66% respectivamente). (Cuadro Nº7 y Nº 8).

Considerando los datos de la provincia de Panamá, ya que no se desglosan para la región en estudio, el 53% de los graduados en ese año fueron mujeres.

A nivel de la enseñanza secundaria, ambos sexos guardaron casi la misma proporción en la obtención del título de bachillerato.

Cuadro Nº 7

Alumnos graduados en el segundo ciclo de la educación media en la República por clase de enseñanza y sexo, según dependencia y provincia: al último día de clases del año 1987.

Dependencia y provincia	Alumnos graduados																
	Total	Secundaria								Profesional y Técnica (1)							
		Bachillerato		Normal		Agrícola		Belleza		Comercial		Industrial		Industrias Domest. y del Vestido.			
		Total	Hom- bres	Mu- jeres	Hom- bres	Mu- jeres	Hom- bres	Mu- jeres	Hom- bres	Mu- jeres	Mujeres	Hom- bres	Mu- jeres	Hom- bres	Mu- jeres	Hom- bres.	Mujeres
Total	17951	8328	9623	3193	3256	123	242	220	19	187	1722	5451	3055	118	15	350	
Bocas del Toro	218	110	108	11	24	..	..	18	1	-	33	79	48	4	-	-
Coclé	776	368	408	254	140	..	..	11	-	-	89	265	14	3	-	-
Colón	1,490	654	836	239	238	..	..	-	-	-	160	553	255	16	-	29
Chiriquí	2,452	1,049	1,403	602	677	..	..	43	9	6	148	696	256	6	-	9
Darién	14	13	1	-	-	..	..	-	-	-	-	-	13	1	-	-
Herrera	623	289	334	153	176	..	..	-	-	-	43	155	93	3	-	-
Los Santos	513	257	256	112	138	..	..	27	5	-	36	108	83	5	-	-
Panamá	10,424	4,887	5,537	1,712	1,739	..	..	28	4	181	1,135	3,290	1,997	71	15	252
Veraguas	1,430	690	740	110	124	123	242	82	-	-	79	305	296	9	-	60	
Comarca de San Blas	11	11	-	-	-	..	..	11	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE : Estadísticas de Educación, Contraloría General de la República año 1987.

Cuadro Nº 8

Matrícula en la Universidad de Panamá por sexo y año de estudio, según Facultad, primer semestre del año 1987.

Facultad	Matricula											
	Total		Sexo		Alumnos regulares						Otros (1)	
	Número	Porcentaje	Hombres	Mujeres	Total	I	II	III	IV	V	VI	
Total	42,080	100.0	14,265	27,815	40,652	13,000	8,993	7,480	6,017	4,454	708	1,061
Ciudad Universt.	29,109	69.1	10,452	18,657	27,959	8,699	6,374	5,243	4,4	2,716	466	783
Admón de Empresas y Contabilidad	9,094	21.6	3,007	6,087	9,030	2,826	2,199	1,683	1,357	924	41	64
Admón. Pública	1,986	4.7	611	1,375	1,952	713	397	312	277	210	43	34
Arquitectura	1,723	4.1	909	814	1,697	588	392	267	230	214	6	26
Ciencias Agropec.	445	1.1	201	244	443	179	60	27	59	116	2	2
Ciencias Naturales y Exactas	1,282	3.0	649	633	1,270	436	292	214	220	92	7	12
Comunicación Soc.	2,009	4.8	663	1,346	1,985	678	352	396	440	106	4	24
Derecho y Ciencias Políticas	2,037	4.8	1,133	904	2,012	623	495	319	154	281	136	25
Economía	1,328	3.2	651	677	1,312	334	328	279	198	109	69	16
Educación	2,030	4.8	431	1,599	1,492	312	315	513	198	153	11	538
Enfermería	1,495	3.6	36	1,459	1,490	269	348	293	548	30	2	5
Farmacia	652	1.5	228	424	644	139	185	192	112	16	-	8
Humanidades	3,583	8.5	1,262	2,321	3,554	1,241	770	609	514	380	40	29
Medicina	847	2.0	440	407	847	257	172	117	128	68	105	-
Odontología	231	0.5	74	157	231	104	69	22	19	17	-	-
Post-Grado	367	0.9	157	210	..	..	..	..	..	..	11	-

FUENTE: Estadísticas de Educación. Contraloría General de la República año 1987.

En la enseñanza profesional y técnica se observó una mayor diferencia, mientras que las mujeres se graduaron mayormente en la enseñanza comercial (59.4%), los hombres lo hicieron en la comercial y en la industrial, siendo mayor en esta última (41%).

En la enseñanza superior, específicamente en la ciudad universitaria la matrícula de mujeres fué superior a la de los hombres (64%). Las carreras que registraron una mayor matrícula de mujeres en el campus, fueron en orden de importancia : Administración de Empresas (32.6%), Humanidades , Educación, Enfermería, Administración Pública y Comunicación Social.

Estos indicadores, además de los ya analizados para la población ocupada, refuerzan e indican que la situación educativa de la mujer es ventajosa.

1.11. VIVIENDA.

La vivienda y la infraestructura que le sirve, forman parte de los componentes básicos de la calidad de vida, y esta ha estado estrechamente ligada con el nivel de ingreso y condiciones de vida de la familia.

De acuerdo a informes oficiales de este sector (38), en la región metropolitana existía un déficit habitacional

que oscilaba entre 193.231 y 283.246 viviendas proyectadas al año 1990.

Este déficit es ocasionado por la formación de nuevos hogares, la migración rural - urbana y el deterioro de los inmuebles, sobre todo en el área central de las ciudades de Panamá y Colón.

Se proyectó que para el año 1990, el 46% de este déficit se concentraría en los Distritos de Panamá, Colón y San Miguelito.

Los datos disponibles de vivienda datan también del censo de 1980, por lo que sólo se indicarán los principales problemas detectados hasta el año 1987: (39)

- Persistencia de los problemas que dan origen a la migración rural-urbana, algunos de los cuales impiden brindar soluciones al problema de la vivienda en las zonas rurales, o que presentan un alto grado de dispersión de la población.
- Agravamiento del problema de los asentamientos espontáneos y las ocupaciones de tierras de la periferia de la ciudad de Panamá.
- La incapacidad de la economía urbana para brindar a los migrantes rurales y a la masa creciente de jóvenes urbanos en edad de trabajar, limitando las posibilidades

de acceso a las modalidades de financiamiento existentes.
-La incapacidad del Estado y del Sector Privado de trabajar con la población necesitada, principalmente la del sector informal de la economía en la búsqueda de soluciones al problema de la vivienda en las áreas marginales y asentamientos espontáneos.

2. SITUACION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL.

2.1. POLITICAS DE SALUD, OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS.

La política de salud de Panamá, durante la década de los años 80 se ha caracterizado fundamentalmente por la continuidad de una política de extensión de la cobertura y la universalización de la seguridad social.

Como resultado de los esfuerzos realizados, Panamá para la década de los años '80 presentaba indicadores de salud que sobrepasaban las metas regionales planteadas en la estrategia "Salud para todos en el año 2000". (Ver Cuadro Nº1)

Sin embargo, seguían existiendo grandes diferencias cualitativas y cuantitativas que se hacían evidentes en cuanto se analizaban situaciones específicas tanto a nivel de divisiones administrativas (provincias, distritos, y corregimientos) como entre grupos sociales.

Los problemas de postergación y de inaccesibilidad ya existentes y los surgidos en el marco de una economía en

crisis obligan a buscar alternativas de solución para no descuidar el nivel actual de salud y poder seguir alcanzando metas más ambiciosas.

Los lineamientos fundamentales de la política de salud están contenidos en el documento " La Salud en Panamá, Políticas, Estrategias, Objetivos y Lineamientos Generales para el período 1985-1989".

Los artículos 105 al 113 de la Carta Magna sustentan estos lineamientos, los que se resumen en la responsabilidad del Estado de velar por la salud de la población de la República, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación y conceptualizando la Salud como un derecho y un deber del individuo.

En el área materno infantil, el art. 106, acápite 3, indica que : "corresponde primordialmente al Estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.

Los objetivos, metas y estrategias para el quinquenio 1985-1989 fueron los siguientes:

OBJETIVOS:

1. Promover la salud de los grupos de alto riesgo biológicos y de mayor postergación social.

2. Proteger a las comunidades contra los agentes físicos, biológicos y psicosociales nocivos para la salud.
3. Identificar tempranamente los riesgos para la salud de los individuos y las familias de acuerdo con sus características de edad y funcionalidad.
4. Tratar oportunamente a las personas por los daños que ocasionan los traumatismos y las enfermedades prevalentes.
5. Rehabilitar a los incapacitados e impedidos en forma integral para su reincorporación social.

METAS:

El logro de los objetivos señalados se deberían traducir en las siguientes metas:

1. Incrementar en 10% la esperanza de vida al nacer, en las provincias que no han sobrepasado aún el promedio de los 60 años.
2. En cada distrito del país inmunizar, contra las enfermedades prevenibles, mediante vacuna, a por lo menos el 90% de los niños menores de un año de edad.
3. Como mínimo proporcionar agua potable y saneamiento básico al 90% de la población de cada distrito.
4. Asegurar acceso a la red de servicios mediante controles de salud y atención por morbilidad a no menos del 90% de la población de cada distrito.

5. Reducir a menos del 10% la prevalencia de desnutrición según la relación talla/edad en niños menores de 5 años.
6. Reducir la mortalidad infantil a menos del 20 por mil nacidos vivos y la mortalidad de niños de 1 a 4 años a menos de dos defunciones cada mil niños de esas edades en cada provincia del país.
7. Mantener al país libre de las enfermedades transmisibles erradicadas.
8. Reducir la prevalencia de caries y enfermedades periodontales.
9. Reducir la prevalencia y mortalidad por neoplasias y enfermedades degenerativas tecnológicamente factibles de prevención y tratamiento.
10. Reducir las incapacidades e impedimentos físicos y mentales por traumatismo, violencias y drogas.

LAS ESTRATEGIAS:

1. La redefinición de la estructura legal del sector.
2. Perfeccionamiento del proceso de planificación.
3. Fomento del desarrollo y reorganización de la red de servicios de salud.
4. Coordinación intersectorial e internacional.
5. Planificación de los recursos humanos.
6. Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas administrativos y de apoyo.

7. Investigación y Tecnología apropiada.
8. Organización y participación de la comunidad.

2.2. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

El programa Materno Infantil tiene como propósito básico el de contribuir a elevar el nivel de salud de la población, mediante acciones de promoción, prevención y recuperación que conllevan al desarrollo óptimo de la niñez, adolescencia y de la mujer, embarazada o no, para lograr el bienestar biológico social de estos grupos". (40)

La ejecución del programa se realiza mediante los fundamentos técnicos y administrativos de la política de salud, ya desarrollados.

Los principios básicos en los que se fundamenta el programa son :

- Atención médico-integral en base al concepto de riesgo.
- Educación
- Investigación médico-social y técnico-administrativa.
- Administración

Los componentes del Programa son :

- Programa Maternal
- Programa Infantil
- Programa de Salud Integral del adolescente.

El Programa Maternal tiene como población objetivo:

- Gestantes de cualquier edad
- Grupo femenino de cualquier edad con problemas gineco-Obstétricos.
- Grupo femenino con incidencia de alto riesgo gineco-Obstétrico.
- Toda mujer dentro de los 40 días de finalizada la gestación.
- Toda madre que lacta
- Todas las personas (hombre y mujer) en edad fértil.
- Todo recién nacido desde su nacimiento hasta el momento de su egreso con la madre.

Las actividades que desarrolla el programa entre otras son las siguientes:

- Control Prenatal
- Atención Institucional del Parto
- Atención del Puerperio
- Control del Ca. Cervico-uterino
- Planificación Familiar
- Atención al recién nacido
- Control del crecimiento físico
- Control de la alimentación y monitoreo del Estado nutricional.
- Control y estimulación del desarrollo

- Control de Enfermedades prevenibles por vacuna
- Atención ambulatoria del niño enfermo
- Atención hospitalaria del niño enfermo

2.2.1. COBERTURA DE LAS ACTIVIDADES

Si consideramos la tendencia de la cobertura de las actividades desarrolladas por el programa, en todas ellas se observa una tendencia creciente, como lo indica el Cuadro Nº 9.

Las coberturas más altas a nivel nacional se encuentran en la atención institucional del parto, en el Control de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de un año y en el control prenatal, con 84.4% , 78% y 71.7% respectivamente, en el año de 1987.

El control del puerperio abarcó menos de la mitad de la meta y también en otras actividades a pesar de que la cobertura del año 1987 fue mayor que la del año 1980.

Se observó una disminución en los niveles logrados en años intermedios, aunque desconocemos las metas fijadas en cada año. Este es el caso de la toma de PAP cervical, de la cobertura de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 1 año y de niños de 1 a 4 años.

Cuadro Nº 9

Actividades de Atención y Coberturas Logradas
en los Programas de la División Materno Infantil.

AÑOS	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Control Prenatal	34720	64.9	39449	72.7	38526	70.0	36556	65.5	33949	60.0	39014	67.2	46372	78.5	42941	71.8
Atención Institu- cional del Parto	41590	79.0	42887	79.6	43942	80.6	44898	81.3	46652	82.9	47944	82.7	48206	83.6	48675	84.4
Puerperio	21611	41.1	22646	42.0	23682	43.4	23953	44.4	24283	47.6	22922	43.5	23932	43.4	25500	44.9
Toma PAP cervical	112850	20.1	127000	22.0	121895	26.2	156058	25.3	166492	35.5	298085	30.1	194564	28.7	192065	27.1
Planificación Familiar	12630	2.3	15893	3.5	46471	7.9	1837	3.0	20324	3.1	20401	3.1	29819	4.3	37221	5.2
Crecimiento y Desarrollo de 0-11 meses	41133	76.1	40583	82.4	43752	83.5	41703	78.5	45671	80.6	37026	67.8	45640	77.3	46651	78.0
Crecimiento y Desarrollo de 1-4 años	22358	10.4	23358	10.7	24346	11.0	114548	51.8	82722	37.7	124466	55.9	47717	21.2	48797	21.1

FUENTE : Departamento de Estadísticas, Ministerio de Salud.

2.3. RECURSOS PARA LA ATENCION MATERNO INFANTIL.

Algunos autores indican que la mortalidad infantil es un indicador sensible de la atención de salud, tanto preventiva como curativa. Al respecto se analizan algunos indicadores que muestran la capacidad de respuesta del sector salud, en cuanto a sus recursos, algunas características, su distribución y el grado de utilización. (41)

2.3.1. RECURSOS Y MUJERES EN EDAD FERTIL.

Existen en el país 824.3 camas por (mujeres en edad fértil). Esta relación aumenta en la categoría Hospital Nacional a 2.825.6 . Mientras que en el país existen 369.3 (enfermeras obstetras) y 4.854.2 (médicos obstetras) por mujeres en edad fértil, en la región metropolitana estos indicadores son 7 y 3.5 veces mayores, respectivamente y exceden el nivel nacional.

Esto a su vez demuestra el nivel de concentración de la población en esta región. (Cuadro Nº 10).

2.3.2. CONSULTAS PRENATALES, CAPTACION Y MORBILIDAD.

La concentración de las consultas prenatales indican el grado de atención al niño durante su vida intrauterina.

Estas consultas por cada nacimiento en el país, presenta una concentración de 2.2 siendo en la Región Metropolitana.

Cuadro Nº 10

Número de mujeres en edad fértil según recursos en el país y regiones. Años 1987.

PAIS Y REGIONES	Nº de Mujeres en Edad Fértil		
	Cama Obstetrica	Enfermera Obstetra	Médico Obstetra
Pais	<u>824.3</u>	<u>369.3</u>	<u>4,854.2</u>
Hospital Nacional	2,825.6	1,193.2	16,704.4
Metropolitana	-	2,583.9	16,057.1
Este	682.1	244.8	1,909.8
Oeste	1,076.1	420.2	6,303.1

FUENTE : Proyecciones de Población.

COTEPO/Contraloría General

Encuestas de Recursos de Salud. Departamento Nacional de Estadísticas.

Ministerio de Salud.

ligeramente menor (2.0). El valor más alto registrado es de 4.8 en la Región de Panamá Este. Sin embargo, las normas de atención maternal indican 7 controles durante la gestación.

La captación temprana de embarazadas, o sea en el primer trimestre fue del 29.4% del total de mujeres en esta condición que asistieron a los servicios ambulatorios.

En la Región Metropolitana este porcentaje supera el nivel del país pero es más bajo que en el resto de las regiones comparadas.

De la totalidad de las consultas efectuadas por las prenatales en el 58% de las mismas se detectaron problemas de morbilidad en el país.

En la región metropolitana este porcentaje fue más bajo, representando el 54.9% .

A pesar de no contar con cifras que podamos comparar, es importante considerar que más de la mitad de las embarazadas presentaron problemas de salud en sus consultas. (Cuadro Nº 11)

2.3.3. PARTOS HOSPITALARIOS.

Los partos "normales" al nivel del país representaron el 88%. En la categoría Hospital Nacional este porcentaje

Cuadro Nº 11

Número de consultas prenatales por cada nacimiento, captación y morbilidad en prenatales en el país y regiones - Año 1987.

PAIS Y REGIONES	Consultas Prenatales por por cada nacimiento (1)	Embarazadas Captada en I trimestre ‰	Morbilidad en prenatales ‰
País	<u>2.2</u>	<u>29.4</u>	<u>58.1</u>
Hospital Nacional	--	--	--
Metropolitana	2.0	31.3	54.9
Este	4.8	32.0	63.2
Oeste	2.4	39.2	62.7

FUENTE : Estadísticas Vitales. Contraloría General

Estadísticas de C. Externa. Depto. Nacional de Estadística.

Ministerio de Salud.

aumenta al 94.5%.

Los partos por cesárea presentaron un porcentaje significativo a nivel nacional. (12.1%) (Cuadro Nº 12)

El cuadro Nº13 muestra diferencias significativas entre el nivel que presenta el país en cuanto a recursos por cada nacimiento y el que presentan las regiones.

En los hospitales nacionales y en la Región Metropolitana los indicadores demuestran que la mayoría de los nacimientos además de producirse en los hospitales, se concentran también en la región más poblada del país.

2.3.4. CONSULTAS PRENATALES Y DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Las consultas brindadas a mujeres embarazadas y niños presentan un mayor porcentaje de atención por profesional médico (78.6%), siendo aún mayor en la Región Metropolitana.

Las consultas de crecimiento y desarrollo a nivel del país son brindadas solamente en un 52.6% por profesional médico, mientras que las consultas de enfermería representaron un 47.5%.

En la Región Metropolitana esta relación fue del 65% y 35% respectivamente. (Cuadro Nº 14)

Cuadro Nº 12

Porcentaje de partos hospitalarios según tipo en el país y regiones. Año 1987.

PAIS Y REGION	Partos Hospitalarios	
	Normales (1)	Césarea (2)
TOTAL	<u>87.9</u>	<u>12.1</u>
Hospital Nacional	94.5	5.5
Metropolitana (1)	---	--
Este	100.0	--
Oeste	84.3	15.7

FUENTE: Estadística Hospitalaria. Departamento de Estadística.
Ministerio de Salud.

(1) Excluye la información de la C.S.S.

Cuadro Nº 13

Nacimientos registrados por recursos y egresos por causa obstetrica en el país y regiones. Año 1987.

País y Regiones	Nacimientos por cada:						Egreso por Causa Obst.
	Enfermera Obstetra	Médico Obstetra	Médico Neonatólogo	Médico Pediatria	Partera Adiest.	Cama Obstetr.	
País	<u>38.0</u>	<u>499.1</u>	<u>5,308.4</u>	<u>405.5</u>		<u>84.7</u>	<u>1.1</u>
Hosp. Nacional	122.7	1,717.4	5,839.2	1,042.7		97.0	1.0
Metropolitana	224.0	1,392.1	-	1,392.1		-	-
Este	20.1	156.6	-	261.0		55.9	0.6
Oeste	47.0	705.3	-	822.8		120.4	1.6

FUENTE: Estadística Vitales. Contraloría General

Encuesta de Recursos de Salud. Depto. Nacional de Estadística / M. Salud
 Estadística Hospitalaria . Depto. Nacional de Estadística / M. Salud.

Cuadro Nº 14

Consultas prenatales y de Crecimiento y Desarrollo según tipo de funcionario que prestó atención, en el país y regiones. Año 1987.

PAIS Y REGION	Porcentaje de Consulta	
	Medicas	Enfermería
Consultas Prenatales		
Total	<u>78.6</u>	<u>21.4</u>
Metropolitana	87.3	12.7
Este	92.0	8.0
Oeste	84.9	15.1
Consultas de Crecimiento y Desarrollo.		
Total	<u>52.6</u>	<u>47.4</u>
Metropolitana (1)	64.8	35.2
Este	79.4	20.6
Oeste	59.0	41.0

FUENTE : Estadística C. Externa. Departamento de Estadística.
Ministerio de Salud.

(1) Excluye la información de la C.S.S.

2.3.5. PORCENTAJE DE NIÑOS ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Casi la mitad (46%) de los niños menores de un mes y el 31% de los comprendidos entre 1 mes y 11 meses, son atendidos en los servicios de salud del Estado a nivel del país, esta atención aumenta aún mas en la región metropolitana en los dos grupos de edad a un 55.5% para el primero y a 35% para los últimos. (Cuadro Nº 15)

En la región metropolitana el porcentaje de niños menores de 1 año con vacunación completa supera en todos los casos la cobertura alcanzada en el país, oscilando la misma entre un 79.6% para el sarampión al 100.9 en el caso de la BCG. (16)

Por último el Cuadro Nº17 muestra la asignación presupuestaria efectuada al Programa Materno - Infantil, la que representó el 27.5% y el 25.9% del presupuesto total de Ministerio de Salud para los años 1986 y 1987.

Es importante destacar que además de las asignaciones efectuadas por el gobierno nacional, otros organismos internacionales han aportado un 5 y 3.9% del total de ese presupuesto.

En esta distribución no aparece el monto asignado por la Caja de Seguro Social, pero las cifras señalan la importan-

Cuadro Nº 15

Porcentaje de niños menores de 1 año atendidos en los servicios de salud en el país y regiones. Año 1987.

PAIS Y REGIONES	Porcentaje de niños	
	Menor de un mes	De 1-11 meses
Total	<u>46.1</u>	<u>30.9</u>
Hospital Nacional	-	-
Metropolitana	55.5	34.7
Este	31.6	21.7
Oeste	60.4	31.2

FUENTE : Estadística de C. Externa. Depto. Nacional de Estadística.
Ministerio de Salud.

Proyecciones de Población. COTEPO/ Contraloría General.

Cuadro Nº 16

PORCENTAJE DE NIÑOS CON VACUNACION COMPLETA EN EL PAIS Y REGIONES. AÑO 1986.

<u>País/ Regiones</u>	<u>Polio</u>	<u>DPT</u>	<u>BCG</u>	<u>Sarampion</u>
Total	<u>74.0</u>	<u>72.5</u>	<u>89.9</u>	<u>78.0</u>
Metropolitana	83.4	83.1	100.9	79.6
Este	83.9	71.9	63.0	68.3
Oeste	73.7	74.2	62.9	71.9

FUENTE : Programa ampliada de Inmunizaciones (PAI)
Departamento de Epidemiología/ Depto. Nacional de Estadística. M./Salud.
Proyecciones de Población. COTEPO/ Contraloría General.

Cuadro Nº 17

Distribución del Presupuesto por fuente de financiación
Programas de Salud Materno Infantil. Años 1986-1987.

Fuente	1986	1987
Gobierno:(en millones)		
a. Ministerio de Salud/ Materno Infantil	20,625,667	23,216,215
b. Seguro Social +	-----	-----
c. Otros	-----	-----
UNICEF|CEE|ITALIA	442,000	415,000
Otros UNICEF	68,000	42,000
OPS/OMS	44,083	13,600
INCAP ++	290,199	349,698
UNPFA	167,000	34,000
AID	-----	-----
Otros Rotary International	92,248	93,680
Total (en millones	21,729,197	24,164,193
Total Presupuesto Ministerio de Salud ++++	79,069,000	93,196,200

FUENTE : Departamento Materno Infantil.

+El Seguro Social cubre los riesgos de Maternidad y Enfermedad a todas las edades y familiares de asegurados. En 1987, 158,384,000.

++ Los fondos de INCAP para el país, provienen de los Gobiernos de Francia y Suiza.

+++ Fondos de Rotary International para apoyo logístico de Jornadas de Vacunación.

tancia de las asignaciones presupuestarias realizadas a este programa a nivel nacional ya que no contamos con cifras oficiales específicas para la región metropolitana.

Sin embargo, si trazamos la evolución de las asignaciones presupuestarias a lo largo de la década y la participación porcentual de los programas de las instituciones de salud, Ministerio y Caja del Seguro Social, observaremos una importante disminución en el caso del Programa de Enfermedad y Maternidad de esta última del 51.6% al 40% entre 1980 y 1987.

Esta relación en el Ministerio de Salud ha sido descendente, pero no tan importante pasando de 27.2% al 23.8% en ese período. (Cuadro Nº 18)

Después de esta rápida consideración sobre algunos indicadores de recursos a nivel del país y de las regiones, es importante señalar que si bien no contamos con la evolución de los mismos en toda la década y que estos sólo responden a una visión estática en el tiempo, el año 1987, manifiestan la situación de privilegio en algunos casos de la Región de estudio.

Si bien la evolución de la cobertura de acciones preventivas ha tendido a aumentar, hemos observado que las asignaciones presupuestarias han tendido a disminuir proporcionalmente

Cuadro Nº 18

Porcentaje de Participación en el Presupuesto Total de los Programas de las Instituciones de Salud en la República. Año 1980-1987.

Instituciones y Programas	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
<u>CAJA DEL SEGURO SOCIAL</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Enfermedad y Maternidad	51.6	49.5	49.8	48.6	43.8	41.9	-	40.0
Vejez, invalidez y muerte	35.3	33.5	34.7	36.5	37.6	38.7	-	43.8
Administración	5.8	6.2	5.5	6.3	6.0	6.1	-	5.1
Riesgos Profesionales	2.3	4.0	3.9	5.9	5.3	6.5	-	6.1
Fondo Complementario	4.5	6.3	5.8	5.5	6.9	6.4	-	4.6
<u>MINISTERIO DE SALUD</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Administración	24.5	26.5	28.1	26.4	28.2	26.4	27.8	32.8
Salud Ambiental	10.1	10.2	15.7	17.0	15.8	14.9	11.6	10.8
Materno Infantil	27.2	26.0	23.2	24.0	26.5	26.8	26.9	23.8
Salud Adulto	38.1	37.2	33.0	32.5	29.5	32.8	33.5	32.4
<u>INST. DE ACUEDUCTOS Y ALCAN.</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Dotación de agua y alcantar.	86.5	88.4	90.7	71.1	74.6	74.0	73.7	76.1
Comercialización	5.8	5.0	9.2	6.8	6.6	7.6	8.2	7.5
Dirección apoyo y control	7.6	6.5	-	22.0	18.7	18.3	18.1	16.3
<u>DIRECCION METROPOL. DE ASEO</u>			<u>100.0</u>		<u>100.0</u>			<u>100.0</u>
Dirección y adm. general			21.5		9.8			12.8
Recolección y dispos. final			78.5		90.2			87.2

FUENTE : Presupuesto ley del gobierno central e instituciones descentralizadas.

en el Programa Materno Infantil, sobre todo en lo que se refiere a la Caja del Seguro Social que presta una atención, mayormente curativa.

Al no contar con datos de otros países de la región centroamericana con los cuales poder comparar la situación de estos indicadores, los de Panamá, podríamos afirmar que expresan el esfuerzo realizado en esa política de extensión de cobertura, aunque los augurios de la recesión y la reducción del gasto público indican la dificultad de seguir mejorándolos, o peor aún de seguir manteniéndolos.

2.4. MORTALIDAD EN LA NIÑEZ.

2.4.1. NIVELES Y TENDENCIAS

La tasa de Mortalidad Infantil de Panamá era, en el año de 1985 del 26 por mil nacidos vivos, lo que colocaba a nuestro país en el grupo de menor mortalidad en el Istmo Centroamericano.

Los componentes neonatal y postneonatal para ese mismo año presentaron una tasa del 16 y del 10 por mil nacidos vivos respectivamente.

La tasa de mortalidad infantil y sus componentes en Panamá, comparándola con las de los países presentados en el Cuadro Nº 19 muestran excesos que persisten, sobre todo

Cuadro Nº 19

Mortalidad Infantil en países de Centroamerica, Panamá y Belice, según componente.
Años 1980-1985.

PAISES	Tasas de mortalidad por 1000 a/		
	Mortalidad Infantil		
	Total	Neonatal	Postneonatal
El Salvador, 1982-83	75	31	44
Guatemala, 1985	71	24	47
Honduras, 1980	83	25	58
Nicaragua, 1982-83	73	34	39
Belice, 1985	28	13	15
Panamá, 1985	26	16	10
Costa Rica, 1986	18	11	7
EEUU., 1984	11	7	4

a/ Por 100 nacidos vivos en la mortalidad infantil; por 1000 habitantes en las edades restantes.

FUENTE : Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. CELADE, 1988.

si lo hacemos con los países de Costa Rica y Estados Unidos, este último como país desarrollado. En el primer caso existe un exceso en la tasa de 8 por mil nacidos vivos y en el segundo la tasa es más del doble.

La tendencia de la Mortalidad Infantil en el país presenta un descenso importante. Si tomamos como dato base el año 1970, con una tasa de 49.4 por mil nacidos vivos, para el año 1985 la misma había descendido casi a la mitad.

En esta reducción el componente postneonatal ha sido el más importante con casi un 56% , como lo muestra el Cuadro Nº 20.

Si hacemos una comparación de la reducción de la Tasa en los tres quinquenios considerados, en los años 1970-1974 la reducción ha sido mayor, (11 por mil nacidos vivos) notándose una reducción cada vez menor en los quinquenios siguientes (7.7 y 2.1 por mil nacidos vivos, respectivamente) (Cuadro 21.)

2.4.2. DISTRIBUCION GEOGRAFICA

En el Cuadro Nº 22 se presenta la Mortalidad Infantil por Provincias en la República , y de acuerdo a la clasificación efectuada para el país (42) de la Mortalidad en Alta, Media y Baja, se observa que en la Provincia de Panamá existe

Cuadro Nº 20

Estimaciones de la Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal. Años 1970-1985.

AÑO	Tasa por mil		
	Mortalidad Infantil	Neonatal	Postneonatal
1970	49.4	25.4	24.0
1971	45.9	24.1	21.8
1972	41.1	21.2	19.9
1973	41.0	20.0	21.0
1974	38.4	20.5	17.9
1975	37.8	21.8	16.0
1976	44.9	26.8	18.1
1977	34.0	20.5	13.5
1978	29.8	17.2	12.6
1979	30.1	16.3	13.8
1980	26.5	14.7	11.8
1981	27.2	15.4	11.8
1982	24.4	14.9	9.5
1983	24.9	14.0	10.9
1984	24.4	15.5	8.9
1985	26.6	16.2	10.4

FUENTES : Anuarios de Estadísticas Vitales. Tablas de Mortalidad 1970-1985.
En Mortalidad en la niñez. 1988.

Cuadro Nº 21

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil según componentes Neonatal y Postneonatal, en la República (Quinquenios 1970-74 y 1975-79 y 1980-84).

AÑOS	MORTALIDAD INFANTIL (por mil)	NEONATAL (por mil)	POSTNEONATAL (por mil)
1970-1974	11.0	4.9	6.1
1975-1979	7.7	5.5	2.2
1980-1984	2.1	- 0.8	2.9

FUENTE : Estadísticas Vitales.

Cuadro Nº 22

Mortalidad estimada en el menor de un año, por Provincia en la República. Años 1983-85.

Provincias	Tasas	Infantil	
		Nacimientos	
		Número (en miles)	Porcentaje
Total País	25.6	59.4	100
Mortalidad Alta	<u>42.4</u>	<u>11.3</u>	<u>19</u>
Darién	59.8	1.6	3
Bocas del Toro	45.4	3.5	6
Veraguas	36.2	6.2	10
Mortalidad Mediana	<u>28.0</u>	<u>24.0</u>	<u>41</u>
Chiriquí	29.6	9.3	16
Colón	29.3	6.0	10
Coclé	27.2	4.7	8
Herrera	24.8	2.4	4
Los Santos	20.9	1.6	3
Mortalidad Baja	<u>19.0</u>	<u>24.1</u>	<u>40</u>
Panamá	19.0 <u>b/</u>	25.1	40

FUENTES: Anuarios de Estadísticas Vitales. Tablas de Mortalidad por provincias.
Proyecciones de población por provincias. En : La Mortalidad en la niñez.

la tasa más baja , y es en la que se producen el 40 por ciento de todos los nacimientos del país. Las demás clasificadas como la Mediana y Alta Mortalidad producen el 41% y el 19% de los nacimientos respectivamente.

2.4.3. PERFIL DE LA MORTALIDAD INFANTIL.

La distribución de la Mortalidad Infantil por grupos de causas comparada en dos trienios como los de los años 1969-1971 y 1983-1985 indican el avance logrado en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, que en el primer trienio representaban el 57% de las muertes. Por este motivo, observamos en el trienio 1983-1985 que la mayoría de las muertes se concentran en las afecciones perinatales, (54%). Cuadro Nº 23.

Las enfermedades infecciosas y dentro de ellas las respiratorias agudas, aún aportan el 11% y el 10% de todas las muertes infantiles.

Es importante señalar que las muertes violentas en los menores de un año se ha incrementado en el período comparado, de un 0.7% al 3% del total de las muertes, significando a su vez un incremento en la tasa del 129%.

Cuadro Nº 23

Evolución de las causas de muerte en el primer año de vida entre 1970 y 1984 .

Causas de muerte	1969-1971		1983-1985		Reducción de las tasas	
	Tasas <u>a/</u>	%	Tasas <u>a/</u>	%	Absoluta	%
Todas las Causas	474	100	256	100	218	46
Enfermedades infecciosas y parasitarias	163	34	29	11	134	82
Infecciones intestinales .	71	15	20	8	51	72
Previsibles por vacunación.	65	14	5	2	60	92
Desnutrición	9	2	-	-	-	-
Infecciones respiratorias agudas.	108	23	27	10	81	75
Perinatales	136	29	121	48	15	11
Muertes Violentas	3.5	0.7	8	3	(4.5) <u>c/</u>	(129)

FUENTES : Anuarios Estadísticos en Mortalidad en la niñez.

a/ por 10,000 nacidos vivos

c/ aumento.

3. CARACTERISTICAS SOCIOBIOLOGICAS DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS MUERTOS MENORES DE UN AÑO.

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA RMS.

De acuerdo a los objetivos propuestos hemos delimitado regiones homogéneas de acuerdo a su MI a fin de identificar espacios y problemas de salud o factores de riesgo que pueden terminar en un daño a la salud, en este caso la muerte de un niño menor de un año.

De esta manera se formaron tres zonas. En las Zonas de Alta Mortalidad Infantil (ZAMI) se localizaron cuatro corregimientos con tasas de MI entre 30 y 22.3 por mil nacidos vivos, corregimientos que aportaron a su vez el 15% de los nacimientos.

Excepto el de Chilibre, que presenta zonas con dispersión de la población, los demás están dentro de la Ciudad y tienen una buena accesibilidad geográfica a los servicios de salud.

En la Zona de Mediana Mortalidad Infantil (ZMMI), incluyó nueve corregimientos con tasas de MI comprendidas entre 19.7 y 14.6 por mil. Esta zona aportó el 60% de todos los nacimientos.

En la Zona de Baja Mortalidad Infantil (ZBMI) las tasas oscilaron entre el 13.7 y 5.8 por mil nacidos vivos y estos

nueve corregimientos aportaron el 25% de los nacimientos en la RMS. (Cuadro N^o24).

Al analizar la MI mensualmente en el año en estudio y por zonas, se encontró lo siguiente: en la ZAMI las tasas más elevadas se ubicaron en los meses de Febrero, Marzo, Noviembre y Diciembre, alcanzando niveles relativamente altos, de 47.8 , 34.9 y 32.1 por mil nacidos vivos.

El ZMMI el punto más alto de la tasa fue en el mes de Julio con 23.6 y en la ZBMI, en Mayo y Diciembre con 25.1 y 25.8 por mil nacidos vivos.

En la RMS, los totales indicaron que en los meses de Marzo y Diciembre se registraron las tasas de MI mas altas, 23.0 y 23.1 (Cuadro N^o 25). Estos resultados ameritan de una mayor profundización para poder interpretarlos.

Como vimos en estudios anteriores nacionales la relación que guarda la Fecundidad y la MI, observamos la Tasa de Fecundidad total y las específicas por edad. (Cuadro N^o 26)

La tasa de Fecundidad total de las madres en estudio por ZMI indica diferencias sobresalientes entre ellas. La ZMMI presenta las tasas totales mas altas de fecundidad (109.3 por mil), pero la ZBMI coincide con la tasa mas baja de Fecundidad. (Cuadro N^o 26)

Cuadro Nº 24

Nacimientos, Defunciones y Tasa de MI por Zonas y por Corregimiento.
Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas de MI y Corregimientos	Nacimientos	% de Nacim.	Nº de Defunc.	M. Infantil Tasa por 1,000
Total	18.745	100.0	314	16.8
Mortalidad Alta	<u>2.866</u>	<u>15.3</u>	<u>72</u>	<u>25.1</u>
Calidonia	639		19	29.7
Chilibre	702		18	25.6
Santa Ana	806		19	23.6
Río Abajo	719		16	22.3
Mortalidad Media	<u>11.204</u>	<u>59.7</u>	<u>191</u>	<u>17.0</u>
Curundú	609		12	19.7
Chorillo	622		12	19.3
Parque Lefebre	846		16	18.9
Pedregal	1.053		19	18.0
Tocumen	1.299		23	17.7
B. Porras	3.336		58	17.4
Juan Díaz	1.456		22	15.1
Las Cumbres	1.164		17	14.6
A. D. de Icaza	819		12	14.6
Mortalidad Baja	<u>4.675</u>	<u>25.0</u>	<u>51</u>	<u>10.9</u>
Bella Vista	501		7	13.7
J.D. Espinar	982		13	13.2
V.Lorenzo	384		5	13.0
Betania	780		10	12.8
San Francisco	715		7	9.8
M. Iturralde	372		3	8.1
San Felipe	256		2	7.8
Ancón	165		1	6.8
Pueblo Nuevo	520		3	5.8

FUENTE: Estadísticas Vitales , Contraloría General de la República y
Estadísticas de la Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Cuadro Nº 25

Tasa de MI por Zonas Geográficas de Mortalidad y Meses de ocurrencia, en la RMS. Año 1986.

Zonas Geográficas	Total	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	Jun.	Jul.	Agost.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic
Mortalidad Alta	25.1	15.9	32.1	47.8	9.6	8.6	13.9	19.8	25.2	28.6	18.6	47.8	34.9
Mortalidad Media	17.0	16.6	14.1	21.8	19.5	20.1	18.3	23.6	8.5	13.4	13.5	16.0	19.1
Mortalidad Baja	10.9	7.7	8.4	10.5	15.1	25.1	5.4	12.9	2.6	4.9	7.7	4.5	25.8
TOTAL	16.8	14.3	15.5	23.0	16.9	19.5	14.4	20.5	9.6	12.9	13.0	17.8	23.1

FUENTE: Estadísticas de la RMS Año 1986.

Cuadro Nº 26

Tasa de Fecundidad Total y Específica por edad de las madres en las Zonas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Grupos de Edad	Tasa de Fecundidad x 1000			
	ZAMI	ZMMI	ZBMI	Total
Total	85.4	109.3	58.4	88.5
15-19	65.0	87.8	21.7	64.9
20-24	127.8	186.3	20.1	143.2
25-29	130.6	152.1	17.6	136.6
30-34	76.4	94.1	15.1	84.5
35-39	43.3	45.3	13.4	38.2
40-44	8.5	9.5	11.7	7.1

FUENTE : Estadísticas Región Metropolitana de Salud.

En la ZAMI y ZMMI las tasas de fecundidad específicas son mayores a edades más tempranas, sobre todo en los grupos de edad comprendidos entre 20 a 29 años, disminuyendo significativamente a partir de los 39 años. En la ZBMI la tasa de fecundidad es mayor en el grupo de adolescentes (15 a 19 años), disminuyendo con la edad, lo que indica la importancia de este grupo de madres en el aporte a la MI en esta zona. Aquí también la tasa de fecundidad en las mujeres de más de 40 años es mayor que en las otras dos.

Relacionando estas dos variables tenemos en la RMS una ZAMI con una Fecundidad de 85.4 , una ZMMI con 109.3 y una ZBMI con 58.4. De esta forma la tasa más alta de fecundidad se localizó en la ZMMI, y la más baja coincidió con la ZBMI.

Esta situación estaría indicando diferencias en el crecimiento de la población y en el comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil entre otras.

Sin embargo, si tomamos en consideración el promedio de hijos tenidos por mujer (para la Ciudad de Panamá y San Miguelito, ya que las tabulaciones hacen sólo este desglose) fue de 2.2 hijos. (Cuadro Nº 27).

Las madres de los niños muertos tuvieron el promedio de hijos más alto en la ZMMI, coincidiendo con la tasa de fecundidad.

Cuadro Nº 27

Promedio de Hijos tenidos por Mujer. Según Zonas de MI.
Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas Gerográficas de MI	X de hijos tenidos por mujer
Ciudad de Panamá y San Miguelito +	2.2.
ZAMI ++	2.5
ZMMI ++	2.6
ZBMI ++	2.1

FUENTE: Estadísticas Vitales en H.C.P. Año 1986.

+ corresponde a todos los nacimientos en esa zona

++ corresponde a los hijos tenidos por las madres
de los niños muertos.

En la ZMMI, el promedio de hijos tenidos fue de 2.6, similar a la ZAMI con 2.5 .

El promedio más bajo de hijos tenidos por mujer fue en la ZBMI (2.1).

3.2. CARACTERISTICAS DE LOS CASOS LOCALIZADOS.

Los casos localizados fueron del 81% de todas las defunciones ocurridas en la RMS, siendo del 69.4% para la ZAMI, del 86% para ZMMI y del 76% para la ZBMI. (Cuadro Nº28)

Al desglosar las Zonas de Mortalidad Infantil por sus componentes los diferenciales fueron los siguientes: en la ZAMI, el 66% de las defunciones fueron neonatales tempranas, el 12% tardías, presentando además el menor porcentaje de defunciones postneonatales (22%). (Cuadro Nº 29)

En la ZMMI disminuyó el porcentaje de las tempranas (55%) a favor de los componentes de Mortalidad Neonatal tardía y Posneonatal que fueron los mayores dentro de las tres zonas (18 y 27.4% respectivamente).

Es importante señalar que más de un cuarto de las defunciones (26%) en la RMS, correspondieron al componente postneonatal.

Cuadro Nº 28

Número de defunciones de menores de 1 año y Número de casos de defunciones localizadas en la Región Metropolitana de Salud por Zonas de MI, Año 1986.

Mortalidad por Zonas Geográficas. +++	Número de Defunciones +	Número de Casos localizados. ++	%
Total	314	253	80.6
Mortalidad Alta	72	50	69.4
Mortalidad Media	191	164	86.0
Mortalidad Baja	51	39	76.0

FUENTE: Estadísticas de la RMS.

- + Defunciones que ocurrieron en la RMS independientemente del lugar de nacimiento.
- ++ Casos que nacieron y murieron en la RMS.
- +++ Ver metodología.

Cuadro Nº 29

Número y Porcentaje de Defunciones Infantiles por Componentes y Zonas Geográficas de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas Geográficas	Mortalidad Infantil							
	M. Neon. Temprana		M. Neon. Tardía		M. Posneonatal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	148	58.4	39	15.4	66	26.0	253	100.0
ZAMI	33	66.0	6	12.0	11	22.0	50	100.0
ZMMI	90	55.0	29	17.0	45	27.4	164	100.0
ZBMT	25	64.0	4	10.2	10	25.6	39	100.0

FUENTE : H.C. Perinatales , Año 1986.

Cuadro Nº 30

Tasas de Mortalidad Neonatal, Postneonatal e Infantil por Zonas Geográficas de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas Geográficas	Tasa de Mortalidad Neonatal **	Tasa de Mortalidad PosNeonatal **	Tasa de Mortalidad Infantil
Total	10.0	3.5	16.8
ZAMI	13.6	3.8	25.1
ZMMI	10.6	4.0	17.0
ZBMI	6.2	2.1	10.9

FUENTE: H.C. Perinatales. Año 1986. * Por mil nacidos vivos.

** corresponde a los casos localizados.

Al desglosar la tasa por componente, se observó que si bien en el neonatal , disminuye de acuerdo a las Zonas de Mortalidad , la tasa del postneonatal es mayor en la ZMMI, siguiéndole la de la ZAMI y por último la de la ZBMI.(Cuadro N° 30)

En el Cuadro N° 31 aparecen las defunciones neonatales tempranas por zonas de mortalidad según la edad del niño al morir, y se destacan similitudes en la edad al morir entre la ZAMI y la ZMMI, en ambas el 84.8% y el 84.4% de los niños mueren en los primeros tres días de nacidos y de éstos más de la mitad en el primer día.

Estos porcentajes son mayores en la ZBMI, donde las muertes alcanzan el 68% en el primer día y el 92% al tercer día.

Las característica general de la MI en la RMS, es que predomina el componente neonatal (73.8%) y que la mayoría de estas muertes se producen tempranamente (86%) dentro de los tres días del nacimiento ocasionando una gran cantidad de años de vida potencialmente perdidos y un alto costo en atención médica especializada en las Unidades de Terapia Intensiva de los servicios de neonatología.

Cuadro Nº 31

Defunciones neonatales tempranas por zonas de Mortalidad Infantil, según edad del niño al morir. Región Metropolitana de Salud, año 1986.

Edad al Morir	Mortalidad Neonatal Temprana							
	Zona MI. Alta		MI. Media		MI. Baja		Total	
	Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *
Hasta 1 hora	7	21.2	14	15.5	4	16.0	25	16.9
1 a 6 horas	4	33.3	8	24.4	6	40.0	18	29.0
1 día	8	57.6	30	57.7	7	68.0	45	59.4
2 días	7	78.7	11	70.0	5	88.0	23	75.0
3 días	2	84.8	13	84.4	1	92.0	16	85.8
4 días	1	87.9	8	93.3	1	96.0	10	92.6
5 días	1	90.9	2	95.5	1	100.0	4	95.3
6 días	2	96.9	4	100.0			6	99.3
7 días	1	100.0					1	100.0
Total	33		90		25		148	

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales, año 1986.

* Porcentaje Acumulado

3.3. CONDICIONES DE VIDA

3.3.1. LUGAR DE OCURRENCIA DE LOS NACIMIENTOS Y LAS MUERTES.

El mayor porcentaje de defunciones infantiles en la RMS ocurrieron en el Hospital del Niño de Panamá (65%). El Seguro Social sólo atendió el 20.5% (Cuadro Nº32)

Es importante resaltar las muertes ocurridas en la residencia o el hogar y las de trayecto, que representaron el 12% del total.

Las diferencias por ZMI indican que a medida que disminuye la tasa de MI, disminuye el porcentaje de muertes en el Hospital del Niño y aumenta en la Caja del Seguro Social y en las Clínicas Privadas.

El porcentaje de muertes en la residencia y trayecto fueron mayores en las ZMMI y ZBMI (14% y 13%).

Al observar el lugar de nacimiento de los niños en la RMS, (Cuadro Nº33) el 65.5% ocurrió en el Hospital Santo Tomás, el 22.4% en la Caja del Seguro Social y el 10.8% en Clínicas Privadas.

Las diferencias identificadas en las ZMI indicaron: que en la ZBMI hubo mayor utilización de la Clínica Privada

Cuadro Nº 32

Lugar de Ocurrencia de las Defunciones infantiles, por Zonas Geográficas de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Lugar de la Muerte del Niño	Nº de Defunciones	%
<u>Zona de MI. Alta</u>	<u>50</u>	<u>100.0</u>
Hospital del Niño	40	80.0
Caja del Seguro Social	7	14.0
Residencia	2	4.0
Trayecto o Calle		-
Clínica Privada	1	2.0
<u>Zona de MI. Mediana</u>	<u>164</u>	<u>100.0</u>
Hospital del Niño	103	62.8
Caja del Seguro Social	34	20.8
Residencia	17	10.4
Trayecto o Calle	6	3.6
Clínica Privada	-	
Sin Información	4	2.4
<u>Zona de MI. Baja</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>
Hospital del Niño	21	53.8
Caja del Seguro Social	11	28.3
Residencia	3	7.7
Trayecto o Calle	2	5.1
Clínica Privada	2	5.1
<u>Total</u>	<u>253</u>	<u>100.0</u>
Hospital del Niño	164	64.8
Caja del Seguro Social	52	20.5
Residencia	22	8.7
Trayecto o Calle	8	3.2
Clínica Privada	3	1.2
Sin Información	4	1.6

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Cuadro Nº 33

Lugar de Ocurrencia de los nacimientos y Tasa de Mortalidad Neonatal en el lugar de ocurrencia de las muertes, por Zonas Geográficas de Mortalidad Infantil. Región Metropolitana de Salud, año 1986.

Zonas Geográficas	Lugar de Nacimiento y Tasa de Mortalidad Neonatal						
	H. Santo Tomás.	H. del Niño	Caja del Seguro Social.		Clínicas Priv.		Otras
	% Nac.	Tasa de M. Neonatal	% Nac.	Tasa de M. Neonatal	% Nac.	Tasa de M. Neonatal	% Nac.
Total	65.5	10.8	22.4	8.6	10.8	4.4	1.3
ZAMI	70.5	14.8	22.5	23.3	6.6	10.4	0.4
ZMMI	72.0	10.8	23.2	8.8	4.6	7.8	0.2
ZBMI	48.8	6.8	21.5	8.4	29.7	2.3	-

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales, año 1986.

(30% de los nacimientos), un 21.5% nació en la Caja del Seguro Social y sólo el 49% lo hizo en el Hospital Santo Tomás.

En la ZMMI la mayoría de los nacimientos se produjeron en el Hospital Santo Tomás (72%), un 23% utilizó la CSS y esta fue la Zona que menos utilizó la Clínica Privada (46%).

En la ZAMI un 70% de los nacimientos se produjo en el Hospital Santo Tomás, un 22.5% en la Caja del Seguro Social y un 66% en Clínicas Privadas.

Las tasas de mortalidad neonatal en las diferentes instituciones guardan una relación similar con las zonas de MI. Sobresale la tasa de mortalidad neonatal de la CSS en la ZAMI, que fue del 23.3 por mil nacidos vivos.

Es necesario considerar que el 98.7% de los nacimientos ocurrieron en una institución de salud y en el caso de las defunciones este porcentaje fue menor, pero del 85.3% .

Estas cifras se asocian a la disponibilidad de recursos humanos y materiales en la RMS, para la atención de la madre y el niño que se presentó en el Capítulo Nº 2 y 3 .

No obstante podemos observar diferencias en el acceso a la atención médica, especialmente en la ZBMI, lo que indica la presencia de diferentes estratos sociales.

3.3.3. ESTADO CIVIL DE LA MADRE.

La tasa de MI por estado civil de la madre aumenta en las solteras notablemente y en las mujeres separadas y divorciadas (23.3 y 36.1 por mil nac. vivos). lo que coincide con los riesgos 32.8 señalados en la literatura. Las madres casadas son las que presentaron el menor riesgo (10.8) siguiendoles las madres unidas con una tasa de 14.8 por mil nacidos vivos. (Cuadro Nº 34)

Entre las tres ZMI se observó el mismo patrón indicado excepto en la ZBMI donde la tasa de MI en madres unidas es mayor (9.6) que en las madres solteras (8.1) (Cuadro Nº 35).

3.3.3. EDUCACION DE LA MADRE.

Hemos considerado una tabulación parcial de nacimientos por nivel de educación de la madre en la Ciudad de Panamá, para observar el comportamiento de esta variable y compararla con la educación de las madres de los niños muertos

Los nacimientos de madres sin instrucción y con nivel primario sólo alcanzan un total del 9.3% . El 90.7% de

Cuadro N° 34

Tasa de Mortalidad Infantil por Estado Civil de la Madre en la Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Estado Civil de la Madre.	Nacimientos **		Defunciones ***		Tasa por Mil
	Nº	%	Nº	%	
UNIDA	7787	50.4	144	57.0	14.8
CASADA	6158	39.9	67	26.5	10.8
SOLTERA	1385	9.0	33	13.0	23.8
OTRAS *	109	0.7	4	1.6	36.6
SIN INFORMACION	7	-	5	2.0	-
TOTAL	15446	100.0	253	100.0	16.4

FUENTE : Estadísticas Vitales e Historias Clínicas Perinatales - Año 1986.

* corresponde a mujeres separadas , divorciadas y viudas.

** nacimientos correspondientes a Ciudad de Panamá y San Miguelito.

*** casos localizados.

Cuadro Nº 35

Tasa de Mortalidad Infantil por Zona Geográfica y Estado Civil de la Madre. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Mortalidad Infantil por Zona Geográfica	Unida	Casada	Soltera	Otros	Total
Total	14.8	10.8	23.8	36.6	16.4
M. Infantil Alta	21.1	19.3	33.8	62.5	17.4
M. Infantil Media	14.6	11.2	17.8	25.9	14.6
M. Infantil Baja	9.6	4.4	8.1	34.5	13.5

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales , Región Metropolitana de Salud, año 1986. Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República.

los mismos son de madres con algún año de secundaria y algún año de estudio de nivel universitario.

Al incluir la edad, las madres de 19 años y menos, tienen en un 80.2% algún año de colegio secundario (Cuadro N° 36).

El porcentaje de madres con algún año de estudios universitarios aumenta con la edad, siendo mayor en el grupo de 30 a 34 años. Las tasas de MI disminuyeron a medida que aumentó el nivel educativo de la madre. En las H.C.P. la variable educación no se registró regularmente, presentó una deficiencia de información entre el 36% y 41% de los casos. (Cuadro N° 37)

Dentro de estas limitaciones los resultados en las ZMI indicaron que en la ZAMI hubo casi un cuarto de las madres con educación primaria, la misma proporción con educación secundaria y un 8% con algún grado de Universidad. En la ZBMI se registró el mayor porcentaje de madres con algún año de estudios universitarios (20.5%) (Cuadro N° 38) En la ZMMI las madres se caracterizaron por tener mayormente un nivel secundario (42.7%).

3.3.4. TRABAJO REMUNERADO DE LA MADRE Y OCUPACION DEL PADRE.

En cuanto al trabajo remunerado de la madre, tabulaciones

Cuadro Nº 36

Número y porcentaje de nacimientos según edad y educación de la madre en la Ciudad de Panamá, año 1986.-

Edad de la Madre	Total		Sin Ningun Grado		Primaria		Secundaria		Universitaria	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	4497	100.0	17	0.4	401	8.9	2376	52.8	1703	37.9
-19	278	100.0	-	-	38	13.7	223	80.2	17	6.1
20.24	1186	100.0	-	-	118	9.9	764	64.4	304	25.6
25.29	1652	100.0	-	-	110	6.7	817	49.5	725	43.9
30.34	975	100.0	-	-	84	8.6	386	39.6	505	51.8
35 +	377	100.0	-	-	50	13.3	176	46.7	151	40.0
S/Información	12	-	-	-	1	-	10	-	1	-

FUENTE : Tabulaciones parciales, Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República, año 1986.

Cuadro Nº 37

Tasa de Mortalidad Infantil según el Nivel Educativo de la Madre. Ciudad de Panamá.
Año 1986.

NIVEL DE EDUCACION	TASA DE MI POR MIL NAC. VIVOS.
PRIMARIA	37.4
SECUNDARIA	21.5
UNIVERSIDAD	10.0

FUENTE : Tabulaciones Parciales, Estadísticas Vitales en
el H.C.P. (Año 1986).

Cuadro Nº 38

Número y porcentaje de defunciones infantiles según Zona Geográfica de Mortalidad Infantil y Nivel de Instrucción de la Madre. Región Metropolitana de Salud, Año 1986.

Zonas Geográficas	Total	S/Instrucción		Primaria		Secund.		Univers.		s/Informac.		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	Total	253	4	1.6	36	14.3	93	36.8	23	9.0	97	38.3
ZAMI		50	-		12	24.0	12	24.0	4	8.0	22	44.0
ZMMI		164	3	1.8	21	12.8	70	42.7	11	6.7	59	35.9
ZBMI		39	1	2.5	3	7.7	11	28.2	8	20.5	16	41.0

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales , Región Metropolitana de Salud, año 1986.

parciales de Contraloría correspondientes a la Ciudad de Panamá indicaron que en esta categoría se encontraban un 75% de las madres. (Cuadro N°39) Aunque se señaló en la primera parte del trabajo una tasa de participación femenina relativamente alta en la Región Metropolitana, este porcentaje pareciera ser muy elevado. Al considerar la tasa de MI de las madres que no trabajaban presentaron el mayor riesgo (25.6 o sea una tasa 12 veces superior). De esta forma, en las diferentes zonas, a pesar de la deficiencia en la información registradas en la HCP, en todas ellas el porcentaje de defunciones ocurrieron en madres que no trabajan, siendo aún más elevado en la ZMMI (50%), siguiéndole la ZAMI (48%), y el mas bajo en la ZBMI (38.5%). (Cuadro N° 40)

Se incluyó la variable ocupación del cónyuge para ampliar la información con respecto a las condiciones de vida de estas familias en las diferentes zonas, pero al igual que la anterior la información incompleta en las HCP fue alta. En el 42% de los casos no fue consignada. (Cuadro N° 41).

En los casos restantes, la gran mayoría de las ocupaciones registradas producen ingresos que no siempre satisfacen las necesidades básicas de las familias (obreros, técnicos y otras ocupaciones (79%), que corresponden a mano de obra no calificada (70%).

Cuadro Nº 39

Número de Nacimientos y Tasa de Mortalidad Infantil según trabajo remunerado de la madre. Ciudad de Panamá. Año 1986.

Trabajo Remunerado de la Madre.	Nacimientos		Tasa MI X 1,000 nac. viv.
	Nº	%	
Total	9.522	100.0	
Trabajan	7.139	75.0	2.0
No Trabajan	2.383	25.0	25.6

FUENTE : Tabulaciones parciales, Estadísticas Vitales, Contraloría General de la Nación, Historias Clínicas Perinatales, Año 1986. * corresponde a los casos localizados.

Cuadro Nº 40

Número y porcentaje de defunciones infantiles por zonas geográficas de Mortalidad Infantil y trabajo remunerado de la Madre. Región Metropolitana de Salud, año 1986.

Zonas Geogr.MI.	Total		Trabajan		No Trabajan		S/Inf.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	253	100.0	36	14.2	121	47.8	96	37.9
Zona M.I. Alta	50	100.0	7	14.0	24	48.0	19	38.0
Zona M.I. Media	164	100.0	21	12.8	82	50.0	61	37.2
Zona M.I. Baja	39	100.0	8	20.5	15	38.5	16	41.0

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales, Región Metropolitana de Salud, Año 1986.

Cuadro Nº 41

Número y porcentaje de las defunciones por ocupación del padre, en las zonas de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas Geográficas	Nº de Casos	Porcentaje
Zona Alta MI	<u>23</u>	<u>100.0</u>
obreros y técnicos	13	56.5
comerciante y profesionales	3	13.0
otros	5	22.0
sin trabajo	2	8.5
Zona Mediana MI	<u>88</u>	<u>100.0</u>
obreros y técnicos	48	54.6
comerciantes y profesionales	9	10.2
otros	25	28.4
sin trabajo	6	6.8
Zona de Baja MI	<u>18</u>	<u>100.0</u>
obreros y técnicos	6	33.3
comerciantes y profesionales	6	33.4
otros	5	27.8
sin trabajo	1	5.5
Total	<u>129</u>	<u>100.0</u>
obreros y técnicos	67	51.9
comerciante y profesionales	18	13.9
otros	35	27.2
sin trabajo	9	7.0

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales, Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

En la ZAMI y ZMMI las ocupaciones que reportan mayores ingresos como las de los profesionales y comerciantes representaron sólo el 13.0% y 10.2% de las defunciones. En la ZBMI este porcentaje fue del 33.4%.

3.3.5 SALUD AMBIENTAL: CONDICIONES DE LA VIVIENDA.

Algunas condiciones de la vivienda como la disponibilidad de agua potable dentro de la misma, la disponibilidad de un servicio sanitario individual y las condiciones de hacinamiento reflejan en general las posibilidades de ingreso y por lo tanto consumo de estas familias y su salud ambiental.

En las HCP casi el 43% de los casos no registraron la información de esta variable. A pesar de ello, se observó que la proporción de condiciones desfavorables como el no poseer una pluma de agua dentro de la vivienda o de tener hacinamiento aumenta con las tasas de MI reflejadas en cada zona de mortalidad, excepto en el caso de los servicios sanitarios. Esta última variable fue la que menos información aportó.

La no disponibilidad de agua potable fue del 20% en ZAMI, del 18.3% en la ZMMI y del 7.7% en la ZBMI. El hacinamiento registrado fue del 26% , 24.4% y 7.7% para las ZAMI, ZMMI Y ZBMI, respectivamente. (Cuadro N°42)

Cuadro Nº 42

Algunas Condiciones de Salud Ambiental dentro de la Vivienda, por Zonas Geográficas de MI, RMS. AÑO 1986.

Salud Ambiental	ZAMI		ZMMI		ZBMI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Agua Potable dentro</u>								
<u>de la Casa.</u>	50	100.0	164	100.0	39	100.0	253	100.0
Si	12	24.0	66	40.2	13	33.3	91	36.0
No	10	20.0	30	18.3	3	7.7	43	17.0
Sin Información	28	56.0	68	41.5	23	59.0	119	47.0
<u>Servicio Sanitario</u>	50	100.0	164	100.0	39	100.0	253	100.0
Individual	13	26.0	47	28.6	2	5.2	62	24.5
Comunal	9	18.0	47	28.6	13	33.3	69	27.3
Sin Información	28	56.0	70	43.8	24	61.5	122	48.2
<u>Hacinamiento</u>	50	100.0	164	100.0	39	100.0	253	100.0
Si	13	26.0	40	24.4	3	7.7	56	22.1
No	11	22.0	56	34.1	13	33.3	86	33.9
Sin Información	20	40.0	68	41.5	23	59.0	111	44.0

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS PERINATALES - AÑO 1986.

3.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GESTACION.

3.4.1. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE LAS MADRES.

El 31% de las madres de los niños neonatos muertos en la RMS, declararon antecedentes familiares patológicos y un 36% antecedentes personales. (Cuadro Nº 43)

En la ZMMI las madres de los niños indicaron en un 40% de los casos antecedentes personales, aunque la falta de información también fue menor en esta zona en comparación con las demás.

Los antecedentes patológicos personales mayormente declarados por las madres fueron: la hipertensión arterial las infecciones urinarias, asma y anemia falciforme, problemas cardíacos, tuberculosis, diabetes y antecedentes de cesáreas anteriores.

3.4.2. EDAD DE LA MADRE

La variable edad de la madre en la RMS, presenta tasas más elevadas en aquellas mujeres de 19 años y menos de edad y en aquellas de más de 35 años, riesgos que coinciden con los indicados en estudios nacionales e internacionales.

En estos tramos de edad se produjeron el 19.8% y 10.3% de las defunciones infantiles. (Cuadro Nº 44)

Cuadro Nº 43

Antecedentes Familiares y Personales de las Madres de los Niños en estudio según ZMI . Año 1986.

Zona Geográfica	Mortalidad Neonatal		Mortalidad PostNeonatal		Total	
Total						
Antecedentes Famil.	187	100.0	66	100.00	253	100.0
Si	58	31.0	6	9.0	64	25.2
No	70	37.4	13	19.7	83	32.8
S/Información	59	31.5	47	71.2	106	42.0
Antecedent. Personales	187	100.0	66	100.0	253	100.0
Si	68	36.4	7	10.6	75	29.6
No	69	36.9	13	19.7	82	32.4
S/Infromación	50	26.7	46	69.7	96	38.0
ZMI Alta	39	100.0	11	100.0	50	100.0
Antecedentes Famil.	9	23.0	1	9.0	10	20.0
No	11	28.2	4	36.4	15	30.0
S/Información	19	48.7	6	54.5	25	50.0
Antecedent. Personales	10	25.6	2	18.2	12	24.0
No	14	35.8	3	27.3	17	34.0
S/Información	15	38.4	6	54.5	21	42.0
ZMI Media	119	100.0	45	100.0	164	100.0
Antecedent. Famil.	39	32.7	5	11.1	44	26.8
No	50	42.0	9	20.0	59	36.0
S/Información	30	25.2	31	68.8	61	37.2
Antecedent. Personales	48	40.3	5	11.1	53	32.3
No	46	32.6	10	22.2	56	34.1
S/Información	25	21.0	30	66.6	55	33.5
ZMI Baja	29	100.0	10	100.0	39	100.0
Antecedent. Familiares	10	34.5	-		20	51.2
No	9	31.0			9	23.1
S/Información	10	34.5	10	100.0	20	51.2
Antecedent. Personales	10	34.5			10	25.6
No	9	31.5				23.1
S/Información	10	34.5	10	100.0	20	51.2

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales. Región Metropolitana de Salud.
Año 1986.

Cuadro Nº 44

Tasa de Mortalidad Infantil y Neonatal por edad de la madre. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Edad de la Madre	Nacimientos *		Defunciones **		Tasa MI.	Tasa de Mortalidad Neonatal
	Nº	%	Nº	%		
-19	2412	15.6	50	19.8	20.7	16.6
20-24	5082	32.9	69	27.2	13.6	10.2
25-29	4615	29.9	61	24.1	13.2	11.3
30-34	2325	15.1	16	6.3	6.8	6.8
35 +	956	6.2	26	10.3	27.2	19.9
S/Información	46	0.3	31	12.3	-	-
Total	15,446	100.0	253	100.0	16.8	12.1

FUENTE : Tabulaciones parciales, estadísticas vitales, Contraloría General de la República. Año 1986. *corresponde a ciudad de Panamá y San Miguelito.

** corresponde al Nº de casos localizados.

Al desglosar la edad de la madre por ZMI, las diferencias más importantes fueron: en la ZAMI, las tasas mas altas se encuentran en los grupos comprendidos entre menos de 19 y en los de 20 a 24 años (23.0 y 20.0). (Cuadro Nº45)

En la ZMMI las tasas más altas se ubicaron en los dos extremos de los intervalos de edad, siendo mayor el riesgo en las mujeres de 35 años y más, (14.3 y 31.6 por mil).

En la ZBMI la tasa más alta se ubicó en las madres de 19 años y menos (20.9)

3.4.3. CONTROL PRENATAL DE LA MADRE, INTERVALO INTERGENESICO.Y ORDEN DEL NACIMIENTO VIVO.

En cuanto al control prenatal de la madre se observó un patrón de comportamiento similar en las tres zonas estudiadas referente a su asistencia o no a un servicio de salud. Pero los datos registrados mostraron que a medida que aumenta la MI, aumenta el porcentaje de defunciones de niños cuyas madres no concurren al control prenatal. En la ZBMI no concurren un 7.7% de madres , en la ZMMI el porcentaje fue del 13.4% y en la ZAMI , 20% . (Ver Cuadro Nº 46).

En este sentido es necesario contar con información desglosada del mes de concurrencia de la embarazada a su primera consulta y de la cantidad de controles efectuados,

Cuadro Nº 45

Tasas de Mortalidad Infantil por Zonas Geográficas y edad de la madre. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas Geográficas	Tasa de M. Infantil ^{Por mil} (nac. vivos)					
	Edad de la Madre					Total
	-19 años	20-24	25-29	30-34	35 y +	
Total	19.5	11.1	11.6	6.0	22.7	13.5
MI Alta	22.9	19.8	16.9	8.1	16.3	17.4
MI Media	14.3	11.6	11.5	6.6	31.6	14.6
MI Baja	20.9	3.2	8.9	3.8	6.7	18.3

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales, y Estadísticas Vitales. Región Metropolitana de Salud, año 1986.

Cuadro Nº 46

Número y Porcentaje de Defunciones según control Prenatal por Zonas Geográficas y componentes de la Mortalidad Infantil, Región Metropolitana. Año 1986.

Zona Geográfica Control Prenatal	Mortalidad		Mortalidad		Total	
	Nº Neonatal	%	Nº PostNeonatal	%	Nº	%
Z. MI. ALTA	39	100.0	11	100.0	50	100.0
si	22	56.4	2	18.2	24	48.0
no	6	15.4			6	20.0
S/I	11	28.2	9	81.8	20	40.0
Z. MI. Media	119	100.0	45	100.0	164	100.0
si	62	52.1	9	20.0	71	43.3
no	20	16.8	2	4.5	22	13.4
S/I	37	31.1	34	75.5	71	43.3
Z. MI. BAJA	29	100.0	10	100.0	39	100.0
si	16	55.2	1	10.0	17	43.6
no	3	10.3			3	7.7
S/I	10	34.5	9	90.0	19	48.7
Total	187	100.0	66	100.0	253	100.0
si	96	51.5	12	18.2	112	44.2
no	29	15.5	2	3.0	31	12.3
S/I	58	31.0	52	78.8	110	43.5

FUENTE: Historias Clínicas Perinatales . Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

información ésta que se registró de manera muy irregular.

La información disponible en la H.C.P. con respecto al intervalo de tiempo transcurrido entre el último y ante último embarazo o intervalo intergenésico, con sus limitaciones, indicó en la ZAMI y ZMMI que la mitad de ellos fue adecuado y la otra mitad no.

En la ZBMI pareciera que el intervalo intergenésico en las madres fue mas adecuado (15.5% y 2.5%). Las características presentadas del intervalo entre embarazos de las madres podrían estar relacionadas con su fecundidad, con los períodos de lactancia materna y además con la participación o no de estas madres en los programas de planificación familiar (Cuadro Nº 47).

Las tasas de MI según la edad de la madre y el orden del nacimiento vivo indicaron para la ciudad de Panamá y San Miguelito que el riesgo aumenta con la cantidad de hijos tenidos, salvo en los grupos de edad comprendidos entre 30 y 34 años, donde es mayor con el 1º niño, disminuyendo con el 2º y 3º y volviendo a aumentar con los siguientes hijos, y en el grupo de mujeres de mas de 35 años donde también se observó una variación en la tasa con altas y bajas según el orden del nacimiento. (Cuadro Nº 48).

En nuestro estudio, en las zonas de MI , la proporción de muertes neonatales fueron mayores en el nacimiento de

Cuadro Nº47

Número de muertes y porcentaje de defunciones infantiles por componentes ,Zonas Geográficas Intervalo Inter Genésico. Región Metropolitana de Slud. Año 1986.

Zona Geográfica Intervalo Intergenésico	Mortalidad Neonatal		Mortalidad PostNeonatal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Zona MI. Alta</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>	<u>11</u>	<u>100.0</u>	<u>50</u>	<u>100.0</u>
I.I. Adecuado	5	12.8	2	18.2	7	14.0
I.I. Inadecuado	6	15.4	1	9.1	7	14.0
No Aplica	13	33.3	3	27.3	16	32.0
Sin Información	15	38.5	5	45.4	20	40.0
<u>Zona MI. Media</u>	<u>119</u>	<u>100.0</u>	<u>45</u>	<u>100.0</u>	<u>164</u>	<u>100.0</u>
I.I. Adecuado	27	22.7	4	8.8	31	18.9
I.I. Inadecuado	27	22.7	4	8.8	31	18.9
No Aplica	36	30.3	9	20.0	45	27.5
Sin Información	29	24.3	28	62.4	57	34.7
<u>Zona MI Baja</u>	<u>29</u>	<u>100.0</u>	<u>10</u>	<u>100.0</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>
I.I. Adecuado	6	20.7	-		6	15.5
I.I. Inadecuado	-		-	10.0	1	2.5
No Aplica	9	31.0	1	10.0	22	56.4
Sin Información	14	48.3	8	80.0	10	25.6
<u>Total</u>	<u>187</u>	<u>100.0</u>	<u>66</u>	<u>100.0</u>	<u>253</u>	<u>100.0</u>
II Adecuado	38	20.4	6	9.0	44	17.4
II Inadecuado	33	17.6	6	9.0	39	15.4
No Aplica	58	31.0	13	19.7	71	28.1
Sin Información	58	31.0	41	62.3	99	39.1

FUENTE : Historia Clínica Perinatal. Región Metropolitana de Salud, año 1986.

Cuadro Nº 48

Tasa de Mortalidad Infantil por edad de la Madre y orden del nacimiento vivo. Región Metropolitana de Salud *. Año 1986.

Edad de la Madre	Total	Tasa de MI					
		1	2	3	4	5	6 y +
		Orden del nacimiento vivo.					
Total	16.4	28.0	17.4	16.6	11.0	3.9	9.0
- de 19	20.7	18.9	19.4	47.0	-	-	-
20 a 24	13.6	8.7	12.8	20.3	33.6	18.5	-
25 a 29	13.2	6.2	6.7	18.3	24.0	30.2	40.2
30 a 34	6.9	8.0	4.4	3.1	14.3	8.3	15.5
35 y +	27.2	8.8	9.9	9.6	42.0	24.1	57.0

FUENTE : Tabulaciones parciales Estadísticas Vitales. Año 1986.

* incluye los corregimientos de la ciudad de Panamá y San Miguelito.

orden 1 en la ZBMI donde se distribuyó casi por igual en los nacimientos de orden 1 y 2 (23.1 y 25.6% respectivamente).

(Cuadro Nº 49).

3.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PARTO

3.5.1. TIPO DE PARTO

En los dos componentes considerados de la mortalidad, el tipo de parto predominante fue el "normal". En el caso de la mortalidad neonatal las formas complicadas se presentaron en el 39% de los casos. (Cuadro Nº 50)

En la ZMMI la complicación en los partos fue mayor (42%), siguiéndole al ZBMI (38%). Esto confirmaría lo indicado en la literatura en el sentido de que a una mayor fecundidad, generalmente existen mayor cantidad de nacimientos en los períodos extremos de la vida fértil de la mujer, los intervalos entre los nacimientos son más cortos y la morbilidad en las madres es mayor, por lo tanto las complicaciones en el parto aumentan.

3.5.2. EDAD GESTACIONAL Y PESO DEL NIÑO AL NACER.

Al considerar la edad gestacional de los niños, el 59% de las defunciones neonatales y el 46% de las Infantiles fueron pretérmino. En estas últimas la prematuridad fue del 56% en la ZAMI, del 43% en la ZMMI y del 48% en la ZBMI. (Cuadro Nº 51).

Cuadro Nº 49

Porcentaje de Defunciones Infantiles por Componente según orden del Nacimiento vivo y zona de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Orden del Nacimiento y Zonas Geográficas de MI.	M. Neonatal %	PostNeonatal %	Total %
<u>Z. Mortalidad Alta</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
1	33.4	27.6	32.0
2	12.8	18.2	14.0
3	23.2	-	18.0
4	7.7	9.1	8.0
5	2.5	-	2.0
6 y +	12.8	9.1	12.0
Sin Información	7.6	36.0	14.0
<u>Z. Mortalidad Media</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
1	31.0	20.0	28.0
2	17.5	13.4	17.0
3	21.0	6.6	17.0
4	12.6	17.7	14.0
5	4.1	-	3.0
6 y +	10.8	6.6	9.0
Sin Información	3.0	35.7	12.0
<u>Z. Mortalidad Baja</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
1	27.5	10.0	23.1
2	27.5	20.0	25.6
3	17.2	-	12.8
4	3.4	-	2.5
5	10.3	10.0	10.2
6 y +	6.8		5.1
Sin Información	6.8	60.0	21.0

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales. Región Metropolitana de Salud.
Año 1986.

Cuadro Nº 50

Nº y Porcentaje de Defunciones Infantiles según tipo de Parto por Zonas Geográficas. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Forma de Terminación del Parto.	M. Neonatal		M. PostNeonatal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total						
<u>Zona MI. Alta</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>	<u>11</u>	<u>100.0</u>	<u>50</u>	<u>100.0</u>
Cesárea	10	25.6			10	20.0
Vaginal cefálico	23	59.0	4	346.4	27	54.0
Vaginal Pobalico	1	2.6			1	2.0
Vaginal Sacro	1	2.6			1	2.0
Sin Información	4	10.2	7	63.6	11	22.0
<u>Zona Mi. Media</u>	<u>119</u>	<u>100.0</u>	<u>45</u>	<u>100.0</u>	<u>164</u>	<u>100.0</u>
Cesárea	43	36.1	2	4.4	45	27.4
Vaginal Cefalico	51	43.0	15	33.3	66	40.2
Vaginal Podalico	4	3.4			4	2.4
Vaginal Sacro	3	2.5			3	1.8
Sin Información	18	15.0	28	62.3	46	28.0
<u>Zona MI. Baja</u>	<u>29</u>	<u>100.0</u>	<u>10</u>	<u>100.0</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>
Cesárea	8	27.6	-		8	20.5
Vaginal Cefalico	13	44.8	1	10.0	14	35.9
Vaginal Podalico	-				-	-
Vaginal Sacro	3	10.3			3	7.7
Sin Información	5	17.3	9	90.0	14	35.9
<u>Total</u>	<u>187</u>	<u>100.0</u>	<u>66</u>		<u>253</u>	<u>100.0</u>
Cesárea	61	32.6	2		63	24.9
Vaginal Cefálico	87	46.5	20		107	42.3
Vaginal Podálico	5	2.7			5	1.9
Vaginal Sacro	7	3.7			7	2.8
Sin Información	27	14.4	44		71	28.1

FUENTE: H.C.P. Año 1986.

Cuadro Nº 51

Número y Porcentaje de Defunciones Infantiles según edad Gestacional por componentes y Zonas de MI. Región Metropolitana de Salud, año 1986.

Zonas Geográficas	M. Neonatal		M. Posneonatal		M. Infantil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Total</u>	<u>187</u>	<u>100.0</u>	<u>66</u>	<u>100.0</u>	<u>253</u>	<u>100.0</u>
Pretermino	111	59.3	6	9.0	117	46.3
A termino	49	26.3	19	28.8	68	26.9
Post Termino	2	1.0	-	-	2	0.8
S/I	25	13.4	41	62.1	66	26.0
<u>ZAMI</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>	<u>11</u>	<u>100.0</u>	<u>50</u>	<u>100.0</u>
Pretermino	27	69.2	1	9.0	28	56.0
A termino	9	23.1	5	45.4	14	28.0
Post Termino	-	-	-	-	-	-
S/I	3	7.7	5	47.4	8	16.0
<u>ZMMI</u>	<u>119</u>	<u>100.0</u>	<u>45</u>	<u>100.0</u>	<u>164</u>	<u>100.0</u>
Pretermino	65	54.6	5	11.1	70	42.7
A termino	34	28.6	12	26.6	46	28.0
Posttermino	2	1.7	-	-	2	1.2
S/I	18	15.1	28	62.2	46	29.0
<u>ZBMI</u>	<u>29</u>	<u>100.0</u>	<u>10</u>	<u>100.0</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>
Pretermino	19	65.0	-	-	19	48.7
A termino	6	20.7	2	20.0	8	20.5
Post Termino	-	-	-	-	-	-
S/I	4	13.8	8	80.0	12	30.8

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales, Región Metropolitana de Salud.
Año 1986.

En el componente neonatal el comportamiento fue similar con 69.2% de Prematuridad en la ZAMI, 54.6% en la ZMMI y del 65% en ZBMI.

Las defunciones de niños con bajo peso al nacer representaron el 64% en el componente neonatal y el 52% de las defunciones infantiles, variando este porcentaje en las zonas de MI como sigue: la ZBMI tuvo el 75.8% de defunciones de bajo peso en el componente neonatal, siendo el mas alto. Siguió la ZAMI con 66.6% y por último la ZMMI con 60.5% de las defunciones. (Cuadro Nº 52)

La información correspondiente al componente postneonatal fue incompleta en el 51.5% de los casos. Cabe destacar que en la clasificación de muy bajo peso al nacer y extremo bajo peso al nacer las muertes presentaron el 47.7% y 31.6% en los componentes mencionados.

Dentro de estas categorías (muy bajo peso y extremo bajo peso) el porcentaje mas alto se ubicó en la ZAMI (51.2%). Es importante señalar que en la ZMMI se registró el menor porcentaje de niños con bajo peso al nacer y de niños nacidos pretérmino.

El peso deficiente de muertes infantiles fue de 9.8% del total, ubicándose en la ZMMI, el mayor porcentaje de niños muertos con este peso (11.0%).

Cuadro Nº 52

Número y Porcentaje de Defunciones Infantiles según peso al nacer por componentes y zonas de MI.
Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Peso al Nacer	Total		Mortalidad Neonatal		Mortalidad PostNeonatal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Total</u>						
Zona de MI Alta	<u>50</u>	<u>100.0</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>	<u>11</u>	<u>100.0</u>
Extremo BP 500-999	11	22.0	11	28.2		
Muy B. Peso 1000-1499	9	18.0	9	23.0		
1500-1999	3	6.0	3	7.7		
Bajo Peso 1000-2499	7	14.0	3	7.7	4	36.5
Peso Defic. 2500-2999	4	8.0	3	7.7	1	9.0
3000 y +	13	26.0	7	18.0	6	54.5
<u>Zona MI. Media</u>	<u>164</u>	<u>100.0</u>	<u>119</u>	<u>100.0</u>	<u>45</u>	<u>100.0</u>
500-999	25	15.2	24	20.2	1	2.2
1000-1499	21	12.8	20	16.8	1	2.2
1500-1999	18	11.0	16	13.4	2	4.4
2000-2499	14	8.5	12	10.0	2	4.4
2500-2999	18	11.0	12	10.0	6	13.3
3000 y +	23	14.0	16	13.5	7	15.5
S/Información	45	27.4	19	15.1	26	57.7
<u>Zona MI Baja</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>	<u>29</u>	<u>100.0</u>	<u>10</u>	<u>100.0</u>
500-999	7	17.9	7	24.1		
1000-1499	7	17.9	7	24.1		
1500-1999	5	12.9	5	17.2		
2000-2499	4	10.3	3	10.3	1	10.0
2500-2999	3	7.7	3	10.3		
3000 y +	2	5.1	1	3.4	1	10.0
S/Información	11	28.2	3	10.3	8	80.0
<u>Total</u>	<u>253</u>	<u>100.0</u>	<u>187</u>	<u>100.0</u>	<u>66</u>	<u>100.0</u>
500-999	43	17.0	42	22.5	1	1.5
1000-1499	37	14.6	36	19.3	1	1.5
1500-1999	26	10.3	24	12.8	2	3.0
2000-2499	25	9.8	18	9.6	7	10.6
2500-2999	25	9.8	18	9.6	7	10.6
3000 y +	38	15.0	24	12.8	14	21.2
S/Información	59	23.3	25	13.4	34	51.5

FUENTE : HCP. Región Metropolitana de Salud. 1986.

El peso adecuado en las defunciones infantiles fué solo del 15%. En la ZBMI se registraron menos cantidad de muertes con peso adecuado (5.1%).

La Tasa de M.I. , según el peso del niño al nacer fue notablemente mas alta en los bajo peso (86.9) siendo aún mayor en las niñas (89.1). Esta tasa fue mas altas en los niños con peso adecuado al nacer. (4.5)

En resumen, en el año 1986 hubo un 29.3% de nacimientos con peso inadecuado al nacer, el 33% correspondió a las niñas. (Cuadro Nº 53)

3.6. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERIODO NEONATAL.

3.6.1. SEXO DEL NIÑO

La tasa de MI por sexo del niño indicó que mueren 14 niños y casi 13 niñas por mil nacidos vivos en la RMS.

En la ZAMI, la tasa es casi una vez y media mas alta en los varones que en las mujeres (18.8 y 13.0) pero en la ZBMI, la tasa más alta se registró en las niñas (10.1 y 7.9). La ZMMI presentó tasas de MI con poca diferencia entre varones y niñas, siendo mayor en los primeros (14.3 y 13.9). (Ver Cuadro Nº 54)

3.6.2. APGAR DEL NIÑO AL NACER

Un porcentaje importante de los neonatos muertos tuvieron un apgar al nacer comprendido entre 0 a 3 (39%) lo que indica la condición de gravedad del niño al nacer y sobretodo en estado de asfixia.

Cuadro Nº 53

Nacimientos vivos en la Ciudad de Panamá, según sexo, peso al nacer y Tasa de Mortalidad Infantil. Año 1986.

Peso al Nacer	Total			Hombres			Mujeres		
	Nº	%	Tasa MI.	Nº	%	Tasa MI	Nº	%	Tasa MI
Total	9512	100.0	14.7	4838	100.0	14.8	4674	100.0	14.6
Bajo Peso al Nacer	736	7.7	86.9	343	7.0	84.5	393	8.4	89.1
Peso Deficiente al Nac.	2046	21.6	7.8	906	18.7	8.8	1140	24.4	8.8
Peso Adecuado al Nac.	6730	70.7	2.8	3589	74.2	4.5	3141	67.2	1.0
Total % Peso Inadec.	29.3 %			25.7 %			33 %		

FUENTE: Estadísticas Vitales e Historias Clínicas Perinatales. Año 1986.

Cuadro Nº 54

Tasa de Mortalidad Infantil por sexo ,zonas geográficas y en la Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Zonas Geográficas	Nacimientos		Defunciones		Tasa X 1000	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Total	9390	8934	31	17	14.1	12.9
ZAMI	1362	1306	84	77	22.8	13.0
ZMMI	5872	5555	17	21	14.3	13.9
ZBMI	2156	2073	132	115	7.9	10.1

FUENTE : Estadísticas de la RMS, e Historias Clínicas Perinatales. Año 1986

Este porcentaje disminuye a medida que disminuyen las ZMI, siendo del 48% en ZAMI, del 36.4% en ZMMI y del 34.5% en la ZBMI. Sólo un 23% de los niños muertos tuvieron un apgar aceptable al minuto de nacer.

Al considerar el Apgar y el Tipo de parto la gravedad (0-3) se produjo sobre todo en los de tipo vaginal cefálico y luego en las cesáreas (37.4% y 36.5%). (Cuadros Números 55 y 56).

3.6.3. CRECIMIENTO FETAL

El crecimiento fetal del niño es un indicador que ha sido considerado un predictor de sus condiciones de vida posteriores al nacimiento.

En nuestro caso de estudio los muertos desnutridos fetales representaron una cuarta parte de todas las defunciones. En las ZBMI y de ZAMI los desnutridos fetales superaron el promedio de la RMS (27.6% y 25.6% respectivamente).

Hubo una alta cantidad de defunciones pretérminos adecuados para la edad gestacional en la ZBMI (51.7%). La mayor proporción de niños muertos, nacidos a término y adecuados para su edad gestacional se presentó en la ZAMI (23%). (Cuadro N^o 57).

Cuadro Nº 55

puntuación de APGAR al minuto de nacer de las de funciones Infantiles según componentes por Zonas de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Puntuación de	M. Neonatal		M. PostNeonatal		M. Infantil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Total</u>	<u>187</u>	<u>100.0</u>	<u>66</u>	<u>100.0</u>	<u>253</u>	<u>100.0</u>
0-3	72	38.7	2	3.0	74	29.2
4-6	44	23.6	4	6.0	48	19.0
7 y +	43	23.2	18	27.4	61	24.1
Sin información	27	14.5	42	63.6	70	27.7
<u>ZAMI</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>	<u>11</u>	<u>100.0</u>	<u>50</u>	<u>100.0</u>
0-3	19	48.7			19	38.0
4-6	7	17.9			7	14.0
7 y +	9	23.1	4	36.4	13	26.0
Sin información	4	10.2	7	63.6	11	22.0
<u>ZMMI</u>	<u>118</u>	<u>100.0</u>	<u>46</u>	<u>100.0</u>	<u>164</u>	<u>100.0</u>
0-3	43	36.4	2	4.3	45	27.5
4-6	28	23.7	3	6.5	31	18.9
7 y +	28	23.7	13	28.3	41	25.0
Sin información	19	16.1	28	60.9	47	28.6
<u>ZBMI</u>	<u>29</u>	<u>100.0</u>	<u>10</u>	<u>100.0</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>
0-3	10	34.5			10	25.6
4-6	9	31.0	1	10.0	10	25.6
7 y +	6	20.7	1	10.0	7	17.9
Sin información	4	13.8	8	80.0	12	30.8

FUENTE: H. C. P. Año 1986.

Cuadro Nº 56

Número y Porcentaje de Defunciones según tipo de parto y puntuación de APGAR. RMS. Año 1986.

Tipo de Parto	Puntuación de APGAR								Total Nº
	0-3		4-6		7 y +		Sin Inform.		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total	74	29.3	49	19.3	61	24.1	69	27.3	253
Cesárea	23	36.5	20	31.7	17	26.9	3	4.7	63
Vaginal Cefá.	40	37.4	26	24.3	37	34.6	4	3.7	107
Vag. Podálico	5	100.0	-	-	-	-	-	-	5
Vag. Sacro	3	43.0	3	43.0	1	14.3	-	-	7
Sin. Inform	3	4.2	-	-	6	8.4	62	87.4	71

FUENTE : Estadísticas de la RMS e Historias Clínicas

Cuadro Nº 57

Número y Porcentaje de Defunciones Neonatales según crecimiento fetal por Zonas de MI. Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

Crecimiento Fetal	Total		ZMI ALTA		ZMI MEDIA		ZMI BAJA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	187	20.0	39	100.0	119	100.0	29	100.0
Desnutridos Fetales	47	25.0	10	25.6	29	24.4	8	27.6
RNPRTPEG	31	16.6	9	23.0	19	16.0	3	10.3
RN PRT AEG	77	41.2	15	38.5	47	39.5	15	51.7
RN PRT GEG	1	0.5	-	-	1	0.8	-	-
RNT PEG	15	8.0	1	2.5	9	7.5	5	17.2
RNT AEG	25	13.4	9	23.0	15	12.7	1	3.4
RNT GeG	1	0.5	-	-	1	0.8	-	-
RNT PT PEG	1	0.5	-	-	1	0.8	-	-
RN PT AEG	5	2.7	-	-	4	3.4	-	3.4
SIN INFORMACION	31	16.6	5	13.0	22	18.5	4	14.0

FUENTE : Historias Clínicas Perinatales-Región Metropolitana de Salud. Año 1986.

3.7. CAUSAS DE MUERTE

3.7.1. MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL

Por último en la clasificación adoptada para las muertes, encontramos que en las defunciones neonatales en la RMS, un 56% aproximadamente pudieron ser reducibles por un buen control del embarazo y un 16% por buena atención del parto. Si sumamos estas dos clasificaciones alcanzarían a un 73% de las defunciones. (Cuadro Nº 58)

Un 7.5% de ellas, pudiesen haber sido reducidas por un diagnóstico y tratamiento precoz. Las No Evitables representaron un 15% del total.

En la ZAMI, las reducibles por un buen control del embarazo y del parto fueron casi del 77%, siguiéndole la ZBMI (69%). Estas dos zonas también presentaron un porcentaje similar en las defunciones No Evitables (21%).

En la zona ZMMI cabe destacar que si bien la proporción de muertes reducibles por buen control del embarazo (50.4%) y buena atención del parto (20.1%) y las No Evitables (11.7%) fueron menores, aumentaron aquellas que pudieron ser reducibles por Diagnóstico y Tratamiento Precoz (10.1%).

En el caso de las defunciones postneonatales hubo un 12% de defunciones No Evitables, pero un 24% pudieron ser

Cuadro Nº 58

Causas de las Defunciones Neonatales según Zonas de MI .
Región Metropolitana Año 1986.

Zonas Geográficas de MI	Mortalidad Neonatal	
	Num.	%
<u>Total</u>	<u>187</u>	<u>100.0</u>
RBCE +	105	56.1
RBAP ++	31	16.6
RDYTP .+++	14	7.5
ORED ++++	2	1.1
NEVIT +++++	28	15.0
Sin Información	7	3.7
<u>Zona de Alta MI.</u>	<u>39</u>	<u>100.0</u>
RBCE	25	64.0
RBAP	5	12.8
RDYTP	1	2.5
NEVIT	8	20.5
<u>Zona de Media MI.</u>	<u>119</u>	<u>100.0</u>
RBCE	24	20.1
RDYTP	12	10.1
ORED	2	1.7
NEVIT	14	11.7
Sin Información	7	5.8
<u>Zona de Baja MI</u>	<u>29</u>	<u>100.0</u>
RBCE	20	69.0
RBAP	2	6.9
RDYTP	1	3.4
NEVIT	6	20.7

FUENTE : Certificados de Defunción. Región Metropolitana de
Salud . Año 1986.

+ Reducibles por buen control de embarazo.

++ Reducibles por buena atención en el parto.

+++ Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

++++ Otras reducibles.+++++ No evitables.

reducidas por Prevención y un 44% por Diagnóstico y Tratamiento Precoz. (Cuadro N° 59).

En la ZAMI, se presentó la mayor proporción de muertes reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz (82%) y un 18% de muertes parcialmente reducibles.

En la ZBMI encontramos la mayor proporción de muertes postneonatales no evitables (30%), la misma proporción para las muertes reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz y un 20% para las reducibles por Prevención.

En la ZMMI, el porcentaje de las muertes reducibles por Prevención y Diagnóstico y Tratamiento Precoz fueron del 31.1 y 37.7 respectivamente.

Cuadro Nº 59

Causas de las Defunciones Postneonatales según Zonas de MI.
Región Metropolitana . Año 1986.

Zonas de MI Causas de MPN	Mortalidad posneonatal	
	Número	%
Total	<u>66</u>	<u>100.0</u>
RPP +	16	24.2
RPDYTP ++	29	43.9
PRED +++	8	12.1
NEVIT ++++	8	12.1
DESC +++++	2	3.0
Sin Información	3	4.5
<u>ZONA DE LATA MI</u>	<u>11</u>	<u>100.0</u>
RPDYTP	9	81.8
PRED	2	18.2
<u>ZONA DE MEDIA MI</u>	<u>45</u>	<u>100.0</u>
RPP	14	31.1
RPDYTP	17	37.7
PRED	5	11.1
NEVIT	5	11.1
DESC	1	2.2
Sin Información	3	6.6
<u>ZONA DE BAJA MI</u>	<u>10</u>	<u>100.0</u>
RPP	2	20.0
RPDYTP	3	30.0
PRED	1	10.0
NEVIT	3	30.0
DESC	1	10.0

FUENTE : Certificados de Defunción. Región Metropolitana de

Salud, año 1986. +Reducibles por prevención
 ++ Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.
 +++ Parcialmente Reducibles ++++No evitables.
 +++++ Desconocidas.

CAPITULO IV

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

IV. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En esta parte consideramos los aspectos más sobresalientes de los resultados de nuestro estudio y una breve discusión de los mismos. Para un mejor ordenamiento los hemos dividido en los siguientes aspectos:

- Sistema de Información
- Características generales de la Mortalidad Infantil, condiciones de vida y Servicios de Salud Materno Infantiles.
- Diferenciales de MI por zonas geográficas.
- Análisis contextual.

1. SISTEMA DE INFORMACION

Hemos tratado en primer término este aspecto, ya que lo consideramos crucial para futuros trabajos y es el elemento primordial para la planificación de las acciones.

De la experiencia en la realización de este estudio se desprende la urgente necesidad de un mejor ordenamiento del sistema de información.

Para la producción de información es necesario una mayor coordinación entre las instituciones que la producen y la consumen, ya que algunas veces la que existe no se utiliza, otras veces no existe, y otras no responde a las

necesidades actuales, sobre todo si consideramos las necesidades para la planificación regional y local.

Para esto es necesario contar con desgloses de información por zonas geográficas además de otras categorías de interés. Un ejemplo de lo citado es el registro del peso del niño al nacer. En Contraloría se registra aún el peso en libras y en el sector salud se utiliza otra unidad de peso como el kilogramo.

En el caso de las Historias Clínicas Perinatales, fuente de los datos para nuestro trabajo, encontramos información bastante incompleta, contradicciones en la información registrada en un mismo caso, y una notoria información incompleta en las variables sociales.

De los inconvenientes observados se desprende la necesidad de definir quien o quienes del equipo de salud serán los responsables de llenar la información y asegurar de que esté completa, además de manejar correctamente el instructivo para hacerlo.

También es necesario buscar un mecanismo que contemple toda la información necesaria desde el embarazo de ese niño y sea localizable en etapas posteriores de su crecimiento y desarrollo.

En este aspecto , el ejemplo mayor lo tuvimos en las muertes postneonatales, con gran cantidad de información incompleta y que no nos permitió hacer un perfil adecuado de las características de ese componente de la mortalidad.

Se observó que esta continuidad no existe y además no hay una forma sistematizada de recolección de la información en las Historias Clínicas sobre aspectos psicosociales básicos del niño y su familia. Estos quedan a consideración del profesional que los llena.

Por último, es necesario mejorar la información contenida tanto en los certificados de nacimiento como en los de defunciones, no sólo en su calidad sino también en el llenado completo de los mismos.

2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL

2.1. CONDICIONES DE VIDA Y SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTILES.

Nuestra mortalidad infantil en estudio puede ser reducida en un alto porcentaje, específicamente el componente neonatal responsable del 74% de las muertes, y dentro de este el Neonatal Temprano causante del 58% de las defunciones, la mayoría de ellas ocurridas durante el tercer día de nacimiento.

Los resultados indicaron que las muertes pueden ser reducidas en un 72% por un buen control de embarazo y buena

atención del parto (56% BCE, 17% BAP).

La prematuridad (46.3%) y el Peso inadecuado (61.5%) con sus diferentes clasificaciones fueron las características más sobresalientes (31.6 % fueron muy bajo peso al nacer, el 51.8% fueron bajo peso y el 9.8% fueron peso deficiente). Las tasas de MI en la Ciudad de Panamá fueron notablemente más altas en aquellos niños con un peso al nacer menor de 2500 grs. (86.9 por 1000).

Esto nos señala con evidencia la importancia de intervenir en la incidencia del bajo peso y peso deficiente al nacer (7.8 por mil) para reducir nuestra mortalidad infantil.

Según experiencias obtenidas en otros países, indican que los factores que contribuyen a ello son la calidad y organización de los servicios de salud, la alimentación suplementaria, el acceso a los métodos de control de la fecundidad, la cobertura de atención prenatal, el suministro de leche a la embarazada, el nivel educativo de la madre y la disponibilidad de atención profesional del parto.

Al considerar los servicios de salud en nuestro estudio pudimos observar que el Programa Materno Infantil ha alcanzado coberturas aceptables en muchas de sus actividades, a pesar de las disminuciones presupuestarias sufridas tanto en la

CSS como en el MINSA y del apoyo de financiamiento de organismos internacionales como UNICEF y OPS entre otros.

Si bien los recursos humanos y físicos presentaron una mayor densidad en la Región Metropolitana, también pudimos observar una buena accesibilidad a los servicios en los casos de los nacimientos y de las defunciones infantiles.

La cobertura prenatal en los servicios fue de 71.8%, pero con una concentración relativamente baja en estas consultas (2.0) sobre todo si consideramos que el 55% de las mujeres presentaron problemas de morbilidad. Aún , y a pesar de los esfuerzos realizados sólo el 31% de las embarazadas fueron captadas en el I Semestre.

En el análisis de la mortalidad en las HCP y con las limitaciones de la información, se reflejó un 12.3% de madres sin control prenatal y sólo un 26% del total de ellas presentaron antecedentes personales de morbilidad.

Con respecto a los partos, si bien el análisis de los servicios indicó un 12% de cesáreas en todos los nacimientos de la RMS, en el caso de estudio de las muertes, las cesáreas representaron un 39% de las mismas.

El 62.3% de los niños que posteriormente murieron, nacieron asfixiados y en malas condiciones, siendo el porcen-

taje aún mayor en los casos de partos complicados (césareas o en los que hubo presentación sacro o podálico).

En cuanto a la alimentación suplementaria y el suministro de leche a las embarazadas, los programas existentes fueron cancelados paulatinamente ,(fueron financiados por la Agencia Internacional de Desarrollo, que suspendió durante estos últimos años sus funciones en Panamá).

Al respecto desconocemos la existencia de evaluaciones hechas sobre el impacto de estos programas de ayuda alimentaria. En resumen se indica que se han realizado esfuerzos para el aumento de cobertura de las actividades del programa materno infantil, pero ante las características de la mortalidad, de sus causas y de algunos indicadores considerados en el análisis de los servicios de atención, resalta la necesidad de hacer una evaluación cualitativa de esta atención materno infantil, sobre todo del programa maternal para profundizar sobre aspectos de Salud Reproductiva, morbilidad y mortalidad materna, como la aplicación de las normas del programa.

Otro aspecto importante a considerar en los resultados del trabajo son las condiciones de vida de las familias de los niños muertos.

Si bien las variables consideradas no describen suficientemente o con mayor especificidad estas condiciones, ya sea por las limitaciones apuntadas al principio y que corresponden a información de tipo secundario, en un modelo diseñado a priori o por falta parcial de información o de registro, se identificó un porcentaje mayoritario de defunciones ocurridas en familias con padres dedicados a ocupaciones que no generan ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas, como en el caso de los obreros y de aquellos trabajadores dedicados fundamentalmente al sector informal de la economía, aunado a ello, una mayoría de madres que no trabajan.

Si bien los datos referentes a la vivienda son incompletos, indicaron un 22% de hogares con hacinamiento, un 17% que no poseían pluma intradomiciliaria y un 23% que compartían el servicio sanitario con otras familias.

De esta forma se observó la posible relación entre las formas de ingreso y las diferentes posibilidades de consumo.

En cuanto al nivel educativo de la madre, elemento de importancia particular ya que es un instrumento que capacita al ser humano para el mejor aprovechamiento de los recursos, confirmó el desarrollo educativo alcanzado por

la mujer en la RMS. En el 46% de los casos de defunciones, las madres habían cursado algún año de colegio secundario o de universidad , el 14.3% había cursado la escuela primaria solamente.

El acceso a los servicios, indicó que tanto en el momento de nacer como en el momento de morir fué aceptable. Un porcentaje mínimo de estos niños (2.4%) nació en su casa y un porcentaje mayor (12%) murió en su hogar o en el trayecto a un servicio de salud.

Es importante destacar que el 88% de los nacimientos y el 85.3% de las muertes se produjeron en servicios de salud públicos y de la seguridad social.

En cuanto a las prácticas de las familias que tienen que ver con los comportamientos relativos a la formación y disolución de uniones y a la procreación y que están relacionadas a estas condiciones de vida, las uniones de las parejas fueron mayoritariamente de tipo consensual siguiendo el patrón general de la población. Las madres solteras, separadas y divorciadas produjeron el 14.6% del total de las defunciones.

3. DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR ZONAS GEOGRAFICAS.

Otro aspecto que surge del estudio es que las zonas

de MI, indicaron claramente características que le otorgan una identidad propia.

De esta forma se hacen presentes las discusiones planteadas en la literatura sobre la importancia de los servicios de atención o de las condiciones sociales en la reducción de la MI o de sus componentes, sobre todo del Neonatal donde se le otorga mayor importancia a los servicios de atención. En estas zonas se aprecian características que distinguen condiciones de vida y prácticas diferentes.

En la ZBMI el tipo de ocupación de los padres, la mayor cantidad de madres que trabajan, el mayor nivel educativo, la estructura de los nacimientos y las tasas específicas de fecundidad, el mayor acceso a los servicios privados, dan señales de mejores condiciones de vida, y por lo tanto de ingresos y consumo, aunque algunos indicadores de desnutrición en los niños se asemejan a los de la ZAMI.

Esto pareciera ser una contradicción ya que la mayor proporción de niños con bajo peso y desnutridos fetales se ubicó en esta zona. Ello nos indica la necesidad de estudios más profundos y a niveles explicativos, de esta realidad.

En los avances del conocimiento de esta década figura el descubrimiento de que "gran parte, e incluso la mayoría

de los casos de desnutridos se dan en hogares que disponen de alimentos adecuados y su causa reside muy probablemente en las frecuentes enfermedades, en una atención de salud inadecuada y en la falta de información" Además de las discusiones que esta afirmación por sí misma provoca, tendríamos que comprobarlo en el caso de las defunciones, o de los niños desnutridos en nuestro país.

En esta zona se ubicó el porcentaje mas alto de muertes neonatales reducibles por buena atención del embarazo (69%).

En la ZAMI, la mortalidad neonatal temprana tuvo la proporción mas alta (66%).

En las condiciones de vida de esta zona, hubo una combinación de indicadores que aumentaron los riesgos sociales, por ejemplo, se destacó el mayor porcentaje de defunciones en madres con educación primaria y el menor con secundaria, además de una menor concurrencia a los controles prenatales. También tuvo las tasas mas altas de MI en madres menores de 19 años y que eran solteras (33%).

Por otra parte , mas de la mitad de los padres estaban ocupados en estratos de baja calificación, aunado a un 48% de madres que no trabajaban.

Los indicadores de vivienda demostraron un 20% de hacinamiento, siendo el más alto de las tres zonas.

El 77% de las defunciones pudieron ser reducidas por BAP y BCE y el 82% de las postneonatal por diagnóstico y tratamiento precoz.

En la ZMMI se identificaron condiciones de vida similares a la ZAMI, los resultados arrojaron también un mayor porcentaje de padres ocupados en estratos ocupacionales que requieren baja calificación y el más alto porcentaje de madres que no trabajan (50%), además de presentar algunos indicadores de vivienda desfavorables.

El consumo más alto de los servicios públicos y de seguridad social se dió también en esta zona (95.4%). El nivel educativo de las madres se concentró mayormente en la educación de tipo secundaria y las tasas específicas por edad y totales de fecundidad fueron más altas que en las otras dos zonas de MI.

La mayoría de los nacimientos se producen en edades más tempranas y con un intervalo intergenésico mas corto e inadecuado. En esta zona, las madres de los niños muertos reportaron mayor cantidad de Antecedentes patológicos familiares y personales, y los riesgos de muerte en los niños fueron mayores en aquellas madres con más de 35 años.

Las condiciones biológicas de los niños indicaron el menor porcentaje de prematuridad y de desnutridos fetales, la menor proporción de niños con bajo peso al nacer, pero la mayor de niños muertos con peso deficiente.

Las causas reducibles por buena atención del parto fueron mas altas (20.1%), aunque las reducibles por buena atención del embarazo fueron las mas bajas (50.4%). Las muertes neonatales tardías y postneonatales fueron mayores en esta zona. Este último componente aportó un 38% de muertes reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

Hemos observado diferencias en los riesgos sociales y biológicos en las tres zonas y de ello se desprende la necesidad de poder contar con información que nos permita un nivel explicativo mayor sobre la relación, entre los riesgos sociales y biológicos, inclusive temporal, y sus efectos que terminan en el peor daño a la salud infantil, la muerte.

4. ANALISIS CONTEXTUAL

Por último, el análisis contextual elaborado nos indicó una década de crisis cuyo denominador común ha sido la recesión económica, la disminución y recomposición del gasto público en salud con los efectos correspondientes sobre los servicios de atención, el servicio oneroso de una deuda cada vez más importante, aunado a las sanciones económicas impuestas

por el gobierno de los EEUU que afectaron aún más nuestra vulnerable economía. Todo ello reflejado en una inestabilidad sociopolítica que incluso se manifestó a lo interno del sector salud, sobre todo, a través de los conflictos generados entre gremios de profesionales y dirigentes gubernamentales.

Posiblemente esta recesión todavía, no se ha manifestado notablemente en los indicadores tradicionales de salud, debido a las acciones en materia de política social que ha desarrollado el Estado, sobre todo en las áreas de salud y educación, aunque la población con indicadores de pobreza presentó , en la década cifras importantes y aún mas graves en los últimos años.

Pese a la inexistencia aún, de datos relativos de esos efectos, podremos demostrar en un plazo no muy lejano que los niños más pobres y vulnerables son los que han pagado y seguirán pagando la deuda externa a costa de su salud.

Ya observamos como en los últimos años, la composición del presupuesto fue cambiando y aún reduciéndose, sobre todo en los rubros correspondientes a suministros esenciales, y aunque todavía no ha sido cuantificado, se observa como algunos centros de salud han disminuido su demanda de atención, posiblemente por una disminución en la oferta, y como algunos centros hospitalarios han cerrado salas y servicios de atención.

En nuestro caso de estudio el bajo peso al nacer esta explícito en la mayoría de las muertes infantiles, aunque desconocemos las características de su evolución.

Resta decir que de las decisiones adultas frente al desarrollo de políticas socioeconómicas, tendremos las mejores o peores consecuencias de los aciertos o de los excesos de error de ese mundo adulto y de su gestión económica.

Queda a la salud pública y a sus profesionales el reto y el compromiso impostergable de hacer realidad práctica la producción y atención primaria de salud. La nueva década a la que nos enfrentamos, debe encontrarnos con una voluntad política, que sobre bases reales ponga en práctica los principios de prioridad, creatividad, solidaridad, participación y justicia distributiva en el campo de la salud y de la sociedad en general.

Indicadores Sociobiológicos de las madres y los niños muertos menores de 1 año
en las Zonas de Mortalidad Infantil.

INDICADORES SOCIALES	ZAMI	ZMMI	ZBMI
.Porcentajes de nacimientos ocurridos en 1986	15.3	59.7	25.0
.Tasa Total de Fecundidad	85.4	109.3	58.4
.Promedio de hijos tenidos por mujer	2.5	2.6	2.1
.Tasa de Mortalidad Neonatal	13.6	10.6	6.2
.Tasa de Mortalidad Postneonatal	3.8	4.0	2.1
.Tasa de Mortalidad Infantil	25.1	17.0	10.9
.Porcentaje de velocidad de las defunciones neonatales tempranas al 3 día de nacimiento.	84.8	84.4	85.8
.Porcentaje de muertes en instituciones de salud pública y de la seguridad social	94.0	82.0	81.0
.Porcentaje de muertes en clínicas privadas	2.0	-. -	5.1
.Porcentaje de muertes en casa o trayecto	4.0	14.0	12.8
.Porcentaje de nacimientos en instituciones de salud públicas y de la seguridad social.	93.0	95.2	70.3
.Porcentaje de nacimientos en clínicas privadas	6.6	4.6	29.7
.Porcentaje de nacimientos fuera de las inst. de salud.	0.4	0.2	-. -

INDICADORES SOCIALES (continuación -2-)

INDICADORES SOCIALES	ZAMI	ZMMI	ZBMI
.Tasa de Mortalidad Infantil en madres solteras	33.8	17.8	8.1
.Tasa de Mortalidad Infantil en madres separadas y divorciadas.	62.5	25.9	34.5
.Porcentaje de madres que no trabajan	48.0	50.0	38.5
.Porcentaje de madres con educación primaria	24.0	12.8	7.7
.Porcentaje de madres con educación secundaria	24.0	42.7	28.2
.Porcentaje de madres con educación universitaria	8.0	6.7	20.5
.Porcentaje de padres con ocupación de comerciantes y profesionales.	13.0	10.2	33.4
.Porcentaje de padres con ocupaciones de obreros y técnicos.	56.5	54.6	33.3
.Porcentaje de casas con agua potable dentro de la vivienda.	24.0	40.2	33.3
.Porcentaje de casas con hacinamiento	26.0	24.4	7.7
<u>INDICADORES BIOLÓGICOS (madre)</u>			
.Porcentaje de Antecedentes familiares patológicos (mortalidad neonatal)	23.0	32.7	34.5
.Porcentaje de Antecedentes Personales patológicos (mortalidad neonatal)	25.6	40.3	34.5
.Tasa de Mortalidad Infantil en madres de 19 años y menos	22.9	14.3	20.9

INDICADORES BIOLÓGICOS (continuación -3-)

INDICADORES BIOLÓGICOS (madre)	ZAMI	ZMMI	ZBMI
.Tasa de Mortalidad Infantil en madres mayores de 35 años.	16.3	31.6	6.7
.Porcentaje de madres con control prenatal	48.0	43.3	43.6
.Porcentaje de madres con intervalo intergenésico inadecuado.	14.0	18.9	2.5
.Porcentaje de madres con partos complicados	24.0	31.6	28.2
.Porcentaje de defunciones de orden 1º al nacer	32.0	28.0	23.1
<u>INDICADORES BIOLÓGICOS (niño)</u>			
.Porcentaje de niños neonatos prematuros	69.2	54.6	65.0
.Porcentaje de niños con muy bajo peso al nacer (neonatal)	51.2	37.0	48.2
.Porcentaje de niños con bajo peso al nacer (neonatal)	66.6	60.5	75.8
.Porcentaje de niños con peso deficiente al nacer (neonatal).	7.7	10.0	10.3
.Porcentaje de niños nacidos con peso normal (neonatal).	18.0	13.4	3.4
.Porcentaje de niños con Apgar adecuado al primer minuto de nacimiento.	23.1	23.7	20.7
.Porcentaje de Desnutridos fetales (neonatal)	18.0	13.4	3.4
.Tasa de Mortalidad Infantil en los varones	18.8	14.3	7.9
.Tasa de Mortalidad Infantil en las niñas	13.0	13.9	10.1

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Contexto de Estudio:

- El contexto de estudio se caracterizó como un período de crisis cuyo común denominador ha sido la recesión económica, el servicio oneroso de una deuda externa cada vez más importante, con sus consecuencias económicas , sociales y políticas.
- En la RMS se concentraba aproximadamente el 55% de la población total, y las principales actividades económicas y sociales.
- Durante el período en estudio hubo un estancamiento en la generación de empleo asalariado, llegando el desempleo a un 15%, y siendo el urbano y el femenino los más elevados.
- El 51.7% de la población ocupada no agrícola, tenía algún grado de instrucción secundaria y el 21% algún grado de instrucción universitaria.
- El 37% de las mujeres en la RMS, estaban incorporadas a la actividad productiva, la mayor parte en la rama de servicios sociales, comunales y personales. Un 38% de ellas ocupaba puestos profesionales y técnicos y sólo un 2% puestos directivos.

- Las mujeres según los datos de matrícula, asisten más a la educación media y superior que los hombres.
- En el sector salud la cobertura alcanzada por el programa materno infantil y los recursos destinados a esa atención eran aceptables.
- El presupuesto para el Programa Materno Infantil, tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja del Seguro Social ha disminuído.

Características Sociobiológicas de las madres y los niños muertos :

- Se identificaron tres zonas de mortalidad infantil: Zona de Alta Mortalidad Infantil con una tasa comprendida entre 29.7 y 22.3 por mil, una zona de media mortalidad, con tasas entre 19.7 y 14.6 y una zona de baja mortalidad infantil con valores comprendidos entre 13.7 y 5.8 por mil nacidos vivos.
- La estructura de la Mortalidad en la RMS, indicó que el componente neonatal es el mayor con un 73.8% de las defunciones, correspondiendo un 58.4% al neonatal temprano y un 15.4% al neonatal tardío. El 26% restante de las defunciones fueron postneonatales.
- El 86% de las defunciones neonatales ocurrieron dentro de los tres días de nacidos los niños.

- La mayor probabilidad de morir se presentó en :
 - .Los hijos de mujeres solteras (18.1 por mil).
 - .Los hijos de madres separadas, divorciadas o viudas (32.8 por mil)
 - .Los hijos de madres con educación primaria (37.4 por mil).
 - .Los hijos de madres que no trabajaban (25.6 por mil).
 - .Los hijos de madres con 19 años y menos (20.7 por mil).
 - .Los hijos de orden 1 al nacer. (28 por mil)
 - .Los niños del sexo masculino (14.1 por mil)
- El 46% de las defunciones fueron niños prematuros y los niños con bajo peso y peso deficiente al nacer y que murieron representaron el 52% y 10% respectivamente.
- El 72.7% de las defunciones neonatales pudieron ser reducidas por un buen control del embarazo (56.1%) y por buena atención del parto (16.6%).
- El 24.2% de la mortalidad neonatal pudo ser reducida por prevención, y el 43.9% por diagnóstico y tratamiento precoz.
- En las zonas de mortalidad infantil se encontraron características que indican condiciones de vida y prácticas de salud-enfermedad que les otorgan identidad propia.

RECOMENDACIONES

- Definir la información de salud necesaria y coordinar entre las diferentes instituciones productoras y consumidoras de información.
- Capacitar al personal de salud en aspectos sobre la importancia de la información, recolección y análisis, para la planificación de acciones de intervención en los programas de salud.
- Realizar un diagnóstico sobre la Salud Reproductiva de las madres y mejorar la disponibilidad de información sobre morbilidad y mortalidad materna.
- Evaluar la aplicación de las normas en el programa maternal, sobre todo las que tienen que ver con el control prenatal, la detección de la malnutrición fetal y la atención del parto.
- Efectuar un diagnóstico de la situación nutricional de las madres gestantes y lactantes para proponer las estrategias de intervención mas adecuadas.

Evaluar el programa de planificación familiar, sus orientaciones y actividades, para adaptarlo a las necesidades de cada sector.

- Intensificar la educación para la salud y la participación comunitaria, involucrando organizaciones femeninas y otras en la búsqueda de acciones adecuadas a las

necesidades, incluyendo nuevos contenidos y metodologías.

- Incluir entre los riesgos psicosociales de la norma nacional (en los embarazos de alto riesgo) a las madres solteras, separadas y divorciadas, como aquellas que tienen educación primaria completa o incompleta.
- Profundizar en el conocimiento de las características y riesgos de los niños prematuros y en la composición del bajo peso al nacer para implementar el programa correspondiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MAZZAFERO E. V. : USO DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LA PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. en : Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Publicación Nº PNSP 84-87, OPS - OMS, Washington D. C. 1984.
2. WHITE, L. K. : LA EPIDEMIOLOGIA CONTEMPORANEA: PERSPECTIVAS Y USOS. en : Usos y Perspectivas de la epidemiología, Publicación Nº PNSP 84-87, OPS, OMS, Washington D.C., 1984.
3. LAURELL A. C. : EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD, Mimeo, 1984.
4. OP. CIT.
5. OP. CIT.
6. OP. CIT.
7. OP. CIT.
8. BREIHL J. y GRANDA E : LOS NUEVOS RUMBOS DE LA EPIDEMIOLOGIA. en : Ciencias Sociales y Salud en América Latina OPS- CIESU, Uruguay 1986.
9. MANUAL SOBRE EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNO-INFANTIL, Serie Paltex Nº7, OPS, Washington D.C.1986.
10. OP. CIT.
11. OP. CIT.
12. OP. CIT.
13. OP. CIT.
14. LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO, Publicación Científica Nº 448, OPS, Washington D.C., Año 1983.
15. NEWLAND R.: LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA SALUD DE LAS SOCIEDADES. Mimeo. 1985.
16. OP. CIT.
17. WAALER H.T. y STERKY G. : ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de Salud?, Mimeo. 1985.
18. OP. CIT.
19. BEHM H. : DETERMINANTES ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN AMERICA LATINA, en : Revista Centro-

Referencias Bibliográficas -2-

20. MATAL.: EPIDEMIOLOGIA DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL E INFANTIL. Instituto de Investigaciones en Salud, San José, Costa Rica, 1985.
21. EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN SERVICIOS MATERNO INFANTILES. Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud, 1988.
22. TRONCOSO M.C. : MORTALIDAD INFANTIL, REVISANDO UN INDICADOR DE SALUD. en : Ciencias Sociales y Salud en América Latina, OPS-CIESU, Uruguay-1986.
23. GUERRA F. : RELACION ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA FECUNDIDAD EN PANAMA, 1955-1975, 1975-1976 CELADE. Chile, 1980.
24. MEDICA V. y CHACKIEL J. : PANAMA, LA MORTALIDAD Y LA FECUNDIDAD EN EL PERIODO 1950-1976. CELADE y Academia Nacional de los Estados Unidos. Panamá, 1981.
25. GUERRA F. : DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN PANAMA, 1940-1974. CELADE, Serie D, Nº 99, Chile, 1981.
26. GUERRA F. : INTERRELACION ENTRE LA FECUNDIDAD Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN PANAMA. AÑOS 1966-1976, Ministerio de Salud, Panamá. 1980.
27. BEHM H. y MODES L. : PANAMA, LAS DIFERENCIAS SOCIOECONOMICAS Y LA MORTALIDAD INFANTIL (1966-1976), Panamá, 1983.
28. BEHM H. : LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, Panamá y Belice. CELADE, Costa Rica, 1988.
29. TAUCHER ERIKA y OTROS : AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE 1 AÑO, BASADO EN LA APLICACION DE CRITERIOS DE EVITABILIDAD. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Argentina, 1981.
30. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 1989. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. España. 1989.
31. CASTRO G. FARINONI y OTROS : CRISIS Y POLITICAS SOCIALES EN PANAMA, Cuadernos Nacionales Nº2, IDEN, Universidad de Panamá, 1989.
32. JOVANE J. : PANAMA 88, ECONOMIA Y AGRESION. Panamá 1988.

Referencias Bibliográficas -3-

33. DUCASA M. y MACRE J. : S.A.L. PIEZA ECONOMICA DE LA DOCTRINA DE SEGURIDAD NACIONAL-Unidad de Investigación del Departamento de Administración Pública, Universidad de Panamá, 1985.
34. LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS-1981-1984-U.I., Publicación Científica Nº 500- POS, Washington D.C. 1986.
35. ENCUESTA SOCIOECONOMICA DE LA REGION METROPOLITANA, MIPPE, Panamá, 1986.
36. PERFIL DEL DESEMPLEO, DOCUMENTO DE TRABAJO Nº 47, MIPPE, Panamá, 1986.
37. INFORME ECONOMICO Y SOCIAL DEL AÑO 1987. MIPPE, Panamá, 1988.
38. INFORME OFICIAL DE VIVIENDA EN INFORME ECONOMICO Y SOCIAL. MIPPE, PANAMA, 1987.
39. OP. CIT.
40. PROGRAMA MATERNO INFANTIL.
41. OP. CIT.
42. OP. CIT.

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. PITTI H. A. : Panorama Socioeconómico de la Mujer en Panamá, MIPPE, Panamá, 1980.
2. GRIFFITHS, M. : Vigilancia del Crecimiento, Revista Madres y Niños, Vol. 2, Nº1 , Icop. 1982.
3. BANGUERO H.: Efecto de las Intervenciones Específicas en Sector Salud sobre la Mortalidad Infantil en Colombia. Bogotá, U. de Los Andes , 1983.
4. Encuesta sobre los Progresos y Obstáculos de la Planificación y Política económica y Social en América Latina y el Caribe. Efectos de la Crisis sobre el Desarrollo Social. ILPES. MIPPE, Panamá, 1984.
5. SERRANO C.: Salud de la Mujer y de la Familia en América Latina y el Caribe, OPS, Programa de Salud Materno Infantil, Montevideo, 1985.
6. BLOCH CARLOS y OTROS : El Proceso Salud Enfermedad en el 1er. año de vida, CESS, Cuadernos Médico-Sociales Nº32, Rosario, Argentina. 1985.
7. RESLER E y OTROS: Identificación de Embarazos de Alto Riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de América Latina, Archivos Argentinos de Pediatría, Argentina, 1988.
8. Normas Técnico Administrativas del Programa Maternal, Panamá, MINSA . 1988.
9. Normas Técnico Administrativas del Programa Maternal de Alto Riesgo. MINSA, Panamá, 1988.
10. Normas Técnico Administrativas del Programa Infantil, MINSA Panamá, 1988.
11. BELIZAN J. y OTROS: Factores de riesgo de Bajo Peso al Nacer en un Grupo de Embarazadas de Rosario-Argentina, BOL. Oficina Sanitaria Panamericana, 106 (5)- 1989.
12. PUFFER R. : Nuevos Enfoques para los Estudios epidemiológicos sobre Estadísticas de Maternidad. Bol. Of. Sanitaria Panamericana , 107 (4), 1989.

A N E X O

ZONA 1 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

1

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
452	CID - SEPSIS -NEUMONIA - H.P.M.	RNATAEG	2
450	HEMORRAGIA PULMUNAR - CARDIOMEGALIA	RNATAEG	2
407	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE= PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
392	S.A.M.= HIPOXIA PERINATAL SEVERA	RNATAEG	2
389	PPS - SIRI -	RNPRTAEG	1
377	SEPSIS - PREMATURIDAD - HPS	RNPRTAEG	1
366	SIRI - HPS - RNPRTAEG	RNPRTAEG	1
349	SIRI- PREMATURIDAD	RNTPEG	1
340	PREMATURIDAD	RNPRTPEG	1
55	ENTEROCOLITIS - HPS	RNTAEG	2
72	PREMATURIDAD	RNPRTPEG	1
2	INMADURO - SIRI	----	1
425	DARDIOPATIA CIANOGENA. HP	RNPRTPEG	6
423	HPS-HEMORRAGIA INTRACRANEANA-PRMATURIDAD	RNPRTAEG	1
63	INMADURO	RNPRTPEG	1
375	PARO CARDIACO- ANOMALIAS CONGENITAS	RNTAEG	6
361	INMADURO - SIRI - HPS	RNPRTAEG	1
326	SIRI SEPSIS PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
45	BRONCOASPIRACION - CARDIOPATIA CONGENITA	RNATAEG	6
49	MALFORMACIONES MULTIPLES		6
447	HPS- SEPSIS- HERNIA DIAFRAGMATICA		6
386	INMADUREZ		1

ZONA 1 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

2

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
378	SIRI - HIPOGLICEMIA	ENPRTPEG	1
359	CARDIOPATIA CONGENITA - SIRI	RNPRTAEG	6
339	PREMATURIDAD	RNPRTPEG	1
309	SCHOK HIPOVOLEMICO - ASFIXIA-PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
64	INMADUREZ- MALFORMACIONES MULTIPLES	RNPRTAEG	6
78	ASFIXIA -ENANISMO TANATOPONICO	RNTAEG	6
401	INMADURO	RNPRTPEG	1

400	INMADURO-SIRI	RNPRTPEG	1
399	SEPSIS - CID	RNPRTPEG	1
345	HPS-ASPIRACION MASIVA DE MECONIO	RNTAEG	2
94	INMADUREZ		1

-185-

ZONA 2 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

419	HPS	RNPRTAEG	1
390	NO INDICA		
387	SIRI - PREMATURIDAD	RNPRTPEG	1
60	EDEMA CEREBRAL SEVERO- NEUMONIA-SAM- SEPSIS	RNTAEG	2
44	MALFORMACIONES MULTIPLES	RNTPEG	6
65	CONGESTION PULMONAR -NEUMONIA - PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
11	SIRI- PREMATURIDAD	RNPRTPEG	1
317	HERNIA INTRACRANEAL- HPS - INMADUREZ	RNPRTAEG	1

ZONA 2 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
338	HEMORRAGIA CEREBRAL-CARDIOPATIA CONGENITA		6
358	HEMORRAGIA INT. SIRI-DESNUTRIDO FETAL HP	RNPRTPEG	1
449	INMADURO	RNPRTPEG	1
458	SEPSIS NEONATAL -SAM - HP	RNTAEG	2
356	SIRI -HPS	RNPRTPEG	1
75	ASPIRACION DE MECONIO-CARDIOPATIA. HPS	RNPTAEG	2
40	SIRI- NEUMOTORAX	RNPRTAEG	4
15	DARDIOPATIA CONGENITA-BRONCOASPIRACION	RNTAEG	6
50	ASPIRACION MASIVA DE MECONIO-ASFIXIA		2
16	Sin Información		
327	Membrana HIALINA	RNPRTAEG	1
418	NEUMOTORAX GIGANTE	RNPRTAEG	1
428	SEPSIS- NEUMOTORAX-SIRI	RNPRTAEG	1
455	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	RNTPEG	2
77	Sin Información		
74	ATELECTASIA CONGENITA	RNPRTAEG	6
17	ASPIRACION MASIVA DE MECONIO - HPS-		2
23	INMADUREZ - HPS	RNPRTAEG	1
300	HEMORRAGIA INTRACRANEAL-PREMATURIDAD- MEMBRANA HIALINA	RNPRTPEG	1
323	SIRI-SCOK HIPOVOLEMICO-SEPSIS	RNPRTPEG	1
324	Paro CARDIORESPIRATORIO -CARDIOPATIA CONG.	RNPRTAEG	6

ZONA 2 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

4

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
373	no indica		
10	SIRI	RNPRTAEG	1
35	INMADUREZ PULMONAR - PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
73	MEMBRANA HIALINA-PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
14	MALFORMACIONES MULTIPLES	RNPRTAEG	6
322	SIRI = PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
335	NEUMONIA BILATERAL =HPS=MALFORMAC.CONG.	RNTPEG	6
353	SIRI-HEM INTRACRANEANA- CIRCUNS. FETAL	RNTAEG	3
368	PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
369	PREMATURIDAD (gemelar)	RNPRTAEG	1
394	SEPSIS -CID -ANEMIA	RNTAEG	3
466	SIRI - HPS	RNPRTAEG	1
461	SIRI- INMADURO HP	RNPRTAEG	1
460	SEPSIS - SIRI - INMADURO	RNPRTAEG	1
380	CONGESTION PULMONAR SEVERA		2
467	SEPSIS = ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	RNTAEG	3
462	SEPSIS = ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	RNTPEG	3
453	ANENCEFALIA	RNPRTGEG	6
426	INMADUREZ SIRI	RNPRTAEG	1
415	SEPSIS- RUBEOLA CONGENITA	RNTPEG	6
372	SAM - HEMORRAGIA - SEPSIS HPS	RNTAEG	2
382	INMADURO	RNPRTAEG	1

ZONA 2 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

5

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
25	PARO CARDIORESPIRATORIO -SIRI	RNPRTAEG	1
84	RIÑONES POLIQUISTICOS BILATERALES	RNTAEG	6
18	SEPSIS -ATELECTACIA PULMUNONAR	RNTAEG	3
305	HPS-HEMORRAGIA INTRACRANEANA	RNPTPEG	2
53	HEMORRAGIA PULMONAR -SIRI-PREMATURIDAD	RNTPEG	1
32	SAM. HEM. INTRACRANEANA	RNPRTAEG	2
67	SIRI -HEMORRAGIA DIGESTIVA	RNPRTAEG	3
31	ATELECTASIA = SIRI = HPS PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
61	INMADURO	RNPRTAEG	1
100	S.A.M.		2
37	PREMATURIDAD -HEMORRAGIA PULMONAR	RNPRTPEG	1
7	INMADURO	RNPRTAEG	1
454	SAM - SEPSIS HP	RNPRTAEG	2
406	SAM SEPSIS HPS	RNTPEG	2
397	SIRI HPS	RNPRTAEG	1
391	HEM. INTRACRANEANA -ENF. PULMONAR	RNPRTAEG	1
388	OBS POR ORCH -TRAUMA OBSTETRICO		1
379	INMADUREZ	RNPRTPEG	1
83	Sin Información		
85	HPM (gemelar)	RNTPEG	1
6	SIRI- HPM. POTENCIALMENTE INFECTADO	RNPRTAEG	2
48	CAUGULOPATIA DISEMINADA - SIRI HPS	RNPRTAEG	1

ZONA 2 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

6

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
20	INMADUREZ		1
306	SAM		2
310	SIRI- ASFIXIA- PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
414	INMADUREZ	RNPRTPEG	1
465	SIRI - RN PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
446	SIRI - SEPSIS - HP		2
412	MEMBRANA HIALINA - SEPSIS		1
409	SEPSIS - HPS - NEUMONIA	RNPRTAEG	2
381	SAM HPS SEPSIS	RNPTAEG	2
365	SIRI - INMADURO	RNPRTAEG	1
337	SIRI - PREMATURIDAD - HPS	RNPRTAEG	1
325	HPS-PREMATURIDAD-MALFORMACIONES CONG.	RNPRTAEG	6
56	HS - SEPTICEMIA		2
22	HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR - PREMATURO	RNPRTAEG	1
27	HEMORRAGIA - ATELECTACIA PS	RNPTAEG	2
62	HIPOXIA P. SEVERA	RNTAEG	2
320	SIRI - MEMBRANA HIALINA		1

ZONA 3 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

54	SEPSIS NEUMONIA SEVERA	RNPRTAEG	2
441	RUBEOLA CONGENITA	RNTPEG	6
315	HEMORRAGIA CEREBRAL - INMADUREZ		1
316	PREMATURO - INMADURO		1
86	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE	RNPRTAEG	1

ZONA 3 - MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA

7

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
439	CARDIOPATIA CIANOGENA	RNTPEG	6
443	SIRI - JP. SEPSIS - HIPERBILIRRUBINEMIA		1
440	INMADURO	RNPRTAEG	1
318	POTENCIALMENTE INFECTADO - RN PRETERMINO	RNPRTAEG	1
395	NEUMOTORAX - SIRI - HP	RNPRTAEG	1
82	ASFIXIA LEVE - COAGULOPATIA	RNPRTAEG	1
19	MALFORMACION CONGENITA	RNPRTAEG	6
3	SIRI - PREMATURIDAD - NEUMOTORAX.	RNPRTAEG	1
8	HPS = PREMATURIDAD	RNPRTPEG	1
433	INMADURO	RNPRTPEG	1
434	PREMATURIDAD - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	RNPRTPEG	1
432	MEMBRANA HIALINA- BRONCONEUMONIA	RNPRTAEG	1
367	SIRI	RNPRTAEG	1
39	PREMATURIDAD - SIRI	RNPRTAEG	1
69	NEUMONIA- MEMBRANA HIALINA - PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
42	ASPIRACION DE MECONIO - CARDIOMEGALIA	RNTAEG	2
360	HPS - SAM	RNPRTAEG	2
304	INMADURO	RNPRTAEG	1
384	ANENCEFALICO	RNTPEG	6
464	CARDIOPATIA CONGENITA	RNPRTAEG	6

ZONA 1 : MORTALIDAD NEONATAL TARDIA

8

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
43	HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR - SIRI	RNPRTAEG	1
456	SEPSIS = ATRESIA PÍLORO HPM.	RNPRTAEG	1
410	SEPSIS PREMATURO HIPERBILIRRUBINEMIA	RNPRTAEG	1
408	BRONCOASPIRACION	RNTAEG	3
427	SEPSIS HPS CID	RNPRTAEG	1
451	SEPSIS - PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1

ZONA 2 : MORTALIDAD NEONATAL TARDIA

24	COAGULOPATIA - PREMATURIDAD		1
435	SEPTICEMIA - PREMATURO	RNPRTAEG	1
79	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	RNPRTAEG	3
396	EDEMA = CONGESTION PULMONAR	RNPRTAEG	1
346	HPS - BRONCONEUMONIA=HEMORRAGIA INTRACRANIAL = PREMATURO	RNPRTAEG	1
442	SEPSIS TRAUMA NEONATAL HIPERBILIRRUBINEMIA	RNPRTAEG	4
57	SEPSIS SIRI PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
21	SEPSIS POR SEUDOMONAS		3
68	ASPIRACION PULMONAR		3
36	PREMATURIDAD - OBSERVACION POR HIC	RNPRTPEG	1
393	SIRI - BRONCODISPLASIA	RNPRTAEG	1
5	CARDIOPATIA CONGENITA- FALLA CARDIACA		
	HIPOCLICEMIA	RNTGEG	6
9	NEUMONIA BILATERAL	RNTAEG	3

ZONA 2 : MORTALIDAD NEONATAL TARDIA

9

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
46	SEPSIS NEONATAL = BRONCONEUMONIA	RNTAEG	3
80	ASFIXIA - HEMORRAGIA INTRACRANEAL	RNPRTAEG	1
307	HEMORRAGIA PULMONAR-ASFIXIA-DESNUTRIDO FETAL	RNTPEG	1
330	PERFORACION INTESTINAL HPS NEUMOTORAX	RNPRTPEG	2
371	NEUMOTORAX SIRI SEPSIS	RNPRTPEG	1
334	CARDIOPATIA CONGENITA- SINDROME DAMARGAN		6
422	SEPSIS PRO STAFILOCOCOS DORADOS		3
424	DIC - SEPSIS- MALFORMACIONE RENALES		6
71	SEPSIS ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	RNPRTAEG	1
87	ATELECTASIA PULMONAR - PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1
329	HPS- NEUMOTORAX- HEMORRAGIA INTRACRAN.		2
4	CARDIOPATIA CONGENITA	RNPTAEG	6
33	NEUMOTORAX SAM	RNPRTAEG	2
12	SEPTICEMIA BRONCONEUMONIA	RNPRTPEG	1
38	SEPTICEMIA PREMATURIDAD	RNPRTAEG	1

Zona 3 : MORTALIDAD NEONATAL TARDIA

81	ASFIXIA PERINATAL -BRONCONEUMONIA- PREMA- TURIDAD	RNPAEG	1
411	SIRI		1
448	SEPSIS- SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO ALTO	RNTPEG	3
444	MALFORMACIONES CONGENITAS		6

ZONA 1 : MORTALIDAD POSTNEONATAL

10

Número	Causa	Crec. Fetal	Clasificación
413	INSUFICIENCIA CARDIACA-LARINGOTRAQUEO- BRONQUITIS		2
405	SEPSIS MIOCARDITIS INSUFICIENCIA REANAL	RNTAEG	2
58	TUMOR DE WILLMS		4
51	MENINGITIS EDEMA CEREBRAL CONVULSIONES	RNTAEG	2
99	CONGESTION PULMONAR		2
429	SCOOK HIPOVOLEMICO OBS X HISTOCITOSIS		2
457	BRONCONEUMONIA PCI HIPOTONICO		4
398	RNPRET SEPSIS HIPERAMONEMIA		2
348	BRONCOASPIRACION-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA		2
321	HPS - SINDROME ORINA OLOR DE ARCE		2
319	SEPSIS CID DPI DHE SEVERO		2

ZONA 2 : MORTALIDAD POSNEONATAL

351	RONCOASPIRACION TETRALOGIA DE FALLOT		4
354	PARO CARDIORESPIRATORIO BRONCOASPIRACION HPS		2
383	CARDIOPATIA CONGENITA BRONCONEUMONIA		4
432	BRONCOASPIRACION		1
437	BRONCOASPIRACION ALIMENTARIA		1
336	ESTADO CONVULSIVO		2
342	BRONCOASPIRACION		1

ZONA 2 : MORTALIDAD POSTNEONATAL

11

Número	Causa	Clasificación
41	SIRI H. PULMONAR HPS	1
331	CARDIOPATIA CONGENITA INTOXICACION MEDECAMENTOSA	2
350	H. PULMONAR SEPTICEMIA DESN. SEVERA	1
459	BRONCOASPIRACION	1
463	BRONCONEUMONIA ANOMALIAS CONGENITAS	4
93	SIGNOS ANOXICOS	6
357	ASFIXIA MECANICA	1
364	BRONCONEUMONIA	1
436	SEPSIS ENTERITIS NECROTIZANTE	2
59	MENINGITIS BACTERIANA HIDROANENCEFALICO	5
376	BRONCONEUMONIA H. ARTERIAL	2
445	MUERTE SUBITA BRONCOASPIRACION	5
403	SINDROME DE WERDING HOFFMAN	5
1	BRONCOASPIRACION - DIII	1
98	No indica	
402	No indica	
352	H. PULMONAR C. CONGENITA	4
312	DHE. OBSTRUCCION INTESTINAL BRONQUITIS	2
59	ATELECTASIA PULMONAR	2
308	DHE BRONQUITIS	2
362	PARO CARDIORESPIRATORIO DHE SEPTICEMIA	2

ZONA 2 : MORTALIDAD POSTNEONATAL

12

Número	Causa	Clasificación
382	RONCOASPIRACION	1
370	BRONCOASPIRACION	1
355	SEPTICEMIA INSUFICIENCIA RENAL	4
314	BRONCOASPIRACION DE CONTENIDO GASTRICO	1
313	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ARINGOLOMALASIA DEH MODERADO	2
311	MUERTE SUBITA	5
301	No indica	
91	BRONCONEUMONIA BILATERAL DIII	1
90	SEPSIS BRONCONEUMONIA HIDROCEFALIA SECUNDARIA	2
70	BRONCONEUMONIA	2
92	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO POLITRAUMATISMO	1
95	DESEQUILIBRIO HIDROSALINO	2
96	SHOCK SEPTICO SEPSOS DHE DENUTRICION	2
97	EDEMA PULMONAR	2
101	CARDIOPATIA CONGENITA	5
13	SCHOK HIPOVOLEMICO DHE	2

ZONA 3 : MORTALIDAD POSTNEONATAL

430	BRONCONEUMONIA ENF. ERDING HORRMAN DIARREA	2
328	OSTRUCION INTESTINAL INF. NEOCOLICA	2
303	MUERTE SUBITA	5
374	MUERTE SUBITA	5
80	ATELECTASIA PULMONAR MEOHEMOPATIA	1

ZONA 3 : MORTALIDAD POSTNEONATAL

13

Número	Causa	Clasificación
89	ANENCEFALICO	5
363	TETRALOGIA DE FALLOT DIII	5
47	BRONCONEUMONIA CARDIOPATIA CONGENITA BRONCOASPIRACION	4
52	DHE SINDROME DIARREICO AGUDO	1
29	BRONCOASFIXIA BRONCONEUMONIA ATELECTASIA	2
438	No indica	

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

.....

APELLIDOS PATERNO	MATERNO	CONYUGE	NOMBRES	No de H.C., S.S. ó Céd
DIRECCION CALLE - No de C/SA				SECTOR
CORREGIMIENTO			DISTRITO	
TELEFONO				
EDAD	ESTADO CIVIL		NIVEL DE INSTRUCCION DE LA EMBARAZADA	
	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Unida	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Sin Instruccion
	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Primaria
				<input type="checkbox"/> Tecnica
				<input type="checkbox"/> Secundaria
				<input type="checkbox"/> Universitaria
				Ultimo año Aprobado
TIEMPO PERMANECIDO		OCUPACION DEL CONYUGE		
Fuera del Hogar		No tiene conyuge		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Obrero
				<input type="checkbox"/> Comerciante
				<input type="checkbox"/> Otra
				<input type="checkbox"/> Estable
				<input type="checkbox"/> Inestable
				<input type="checkbox"/> Profesional
DATOS DE LA VIVIENDA				
Número de personas que viven en la casa		Agua Corriente adentro de la Casa		Servicio Sanitario Instalado
Número de habitaciones usadas para dormir		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No tiene
Número de personas por habitación				<input type="checkbox"/> Comunal <input type="checkbox"/> Individual
MOTIVO DE CONSULTA				
ANTECEDENTES FAMILIARES En caso positivo detallar parentesco indicando el número correspondiente				
1 Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2 Otros (Describir)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
ANTECEDENTES PERSONALES Enfermedades anteriores al actual embarazo en caso positivo detallar indicando el número correspondiente.				
1 Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2 Hipertensión Crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
3 Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
4 Infección Urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
5 Tbc Pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
6 Intervención Quirur	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
7 Patologías Psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
8 Lues	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
9 Rasgos Falcémicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
10 Anemia (Otra)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
11 Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
12 Otros (Describir)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
FUMA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si fuma, anotar el número de cigarrillos al día				
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: En caso positivo detallar, indicando el número correspondiente.				
1 Menarquia				
2 Ritmo Menstrual				
3 Infertilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso positivo				
<input type="checkbox"/> Voluntario (Método)	<input type="checkbox"/> Involuntario			
4 Operación Ginecol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
5 Infección Genital	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
6 Otros trastornos Ginecológicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

