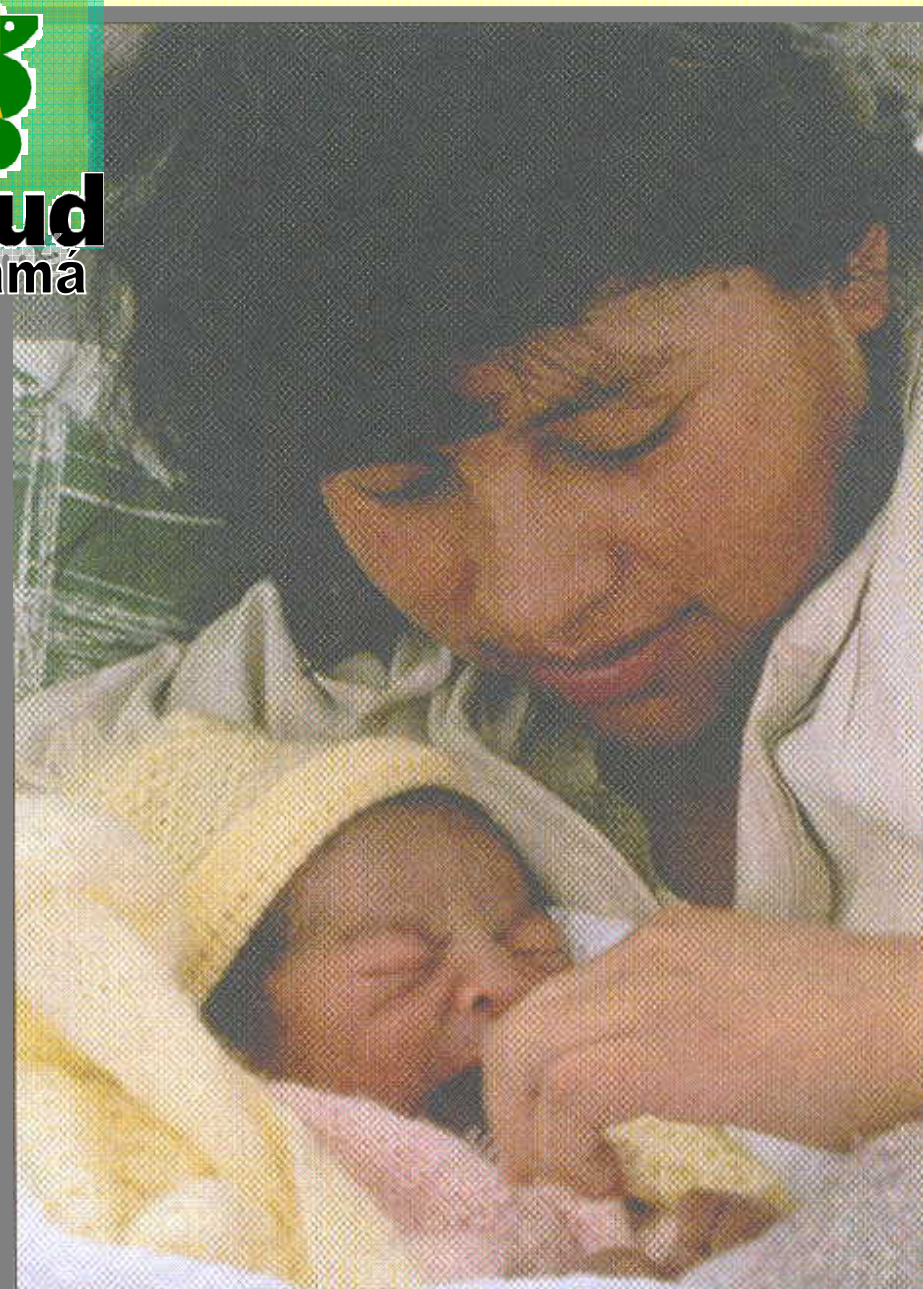




**salud**  
Panamá



**SALUD DE LA MADRE**

**2003**

**Y DEL RECIEN NACIDO**



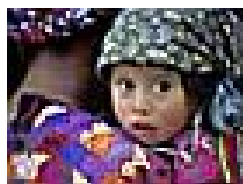
# SALUD DE LA MADRE Y DEL RECIEN NACIDO

ABRIL, 2005



**Doctor CAMILO ALLEYNE**  
**Ministro de Salud**

**Doctora DORA JARA**  
**Vice Ministra de Salud**



**Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.**  
**Dirección General de Salud Pública**

**REINA ROA**

Médica. M.S.P

Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Sección de Análisis.

**FANNY CASTAÑEDAS**

Lic. Archivología. Master en Administración.

Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Sección de Estadísticas.

**ANAYANSI TEJADA**

Lic. Registros Médicos y Estadísticas

Sección de Estadísticas

**MAGALLIS DE ZEVALLOS**

Ginecóloga – Obstetra

Atención Integral de Salud de la Población

**AMOY CHONG HO**

Atención Integral de Salud de la Población

## INDICE GENERAL

INTRODUCCION .....	i
LA SALUD DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO .....	1
a. Demografía y Salud .....	1
Crecimiento Natural .....	2
La Natalidad .....	4
La Fecundidad .....	6
La Mortalidad .....	7
La Mortalidad Infantil.....	10
La Mortalidad Perinatal .....	18
La Mortalidad Materna .....	20
El Aborto y la Mortalidad Materna.....	23
El Aborto: Magnitud del Problema y marco Legal .....	24
Situación del Aborto por Indicación Médica en Panamá .....	25
Incidencia del Aborto Inducido .....	25
Análisis del Comportamiento de las tasas de aborto en la República y por provincias .....	33
Aspectos Sociales .....	37
Planificación de la Familia .....	38
Cáncer de la Mujer .....	39
La pobreza y la salud del binomio madre –hijo .....	40
LA HISTORIA CLINICA PERINATAL .....	43
Las Embarazadas .....	46
a. Sus Características .....	46
a.1. Edad .....	46
a. 2. Escolaridad .....	47
a. 3. Estado Civil .....	48
a. 4. Historia Obstétrica .....	48
a. 5. Espacio Inter.- Genésico .....	51
a. 6. Factores nutricionales antes del embarazo .....	52
a. 7. Factor Rh .....	54
a. 8. Antecedentes de tabaquismo .....	54
b. El producto Previo .....	55
b. 1. Los Embarazos Generales .....	55
b. 2. Los Nacidos previos .....	56
b. 3. Bajo peso al nacer .....	58
El Control Prenatal .....	58
Factor Nutricionales durante el embarazo .....	59
La Atención del Parto .....	65
La Atención del Neonato .....	79
SÍNTESIS .....	96
BIBLIOGRAFÍA .....	98



### *INDICE EDE MAPAS*

MAPA N° 1	Densidad de Población en la Republica de Panamá según Región de Salud, Año 1998	1
MAPA N° 2	Tasa de Media Anual de Crecimiento de la Población en la República de Panamá, Según Provincia: año 1998	3
MAPA N° 3	Tasa de mortalidad infantil en la República de Panamá según provincia . años: 1997 -1998	11
MAPA N° 4	Tasa de mortalidad postneotal en la República de Panamá. Años 1997 – 1998	16
MAPA N° 5	Tasa de mortalidad Neonatal Precoz en la República de Panamá. Años 1997 – 1998	17
MAPA N° 6	Tasa de mortalidad Neonatal Tardía en la República de Panamá. Años 1997 – 1998	18
MAPA N° 7	Tasa de Mortalidad Materna en la República de Panamá. Años 1997- 1998	22
MAPA N° 8	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en la República de Panamá. Según provincia. Año 1997-1998	39
MAPA N° 9	Tasa de Mortalidad por cáncer de mamas en la República de Panamá. Según provincia años: 1997-1998	40
MAPA N° 10	Prevalencia de bajo peso materno, en la república de Panamá por regiones de salud, según SISVAN, año 1998	61
MAPA N° 11	Incidencia de bajo peso al nacer, en la República de Panamá, por región de salud según SISVAN, año: 1998	82



### *INDICE DE GRAFICAS*

Grafica N° 1	Esperanza de Vida de la República de Panamá	2
Grafica N° 2	Tasa de Crecimiento Natural Registrada en la República de Panamá	3
Grafica N° 3	Tasa de Natalidad Registrada en la República de Panamá	4
Grafica N° 4	Fecundidad Global Registrada en la República de Panamá	6
Grafica N° 5	Tasa Mortalidad Infantil Registrada en la República de Panamá	8

## INDICE DE CUADRO

Cuadro N° 1	Natalidad, Mortalidad, Crecimiento Natural, Fecundidad y Esperanza de Vida.	5
Cuadro N° 2	Tasa de Fecundidad General, Rep. De Panamá. Años 1983-1998	7
Cuadro N° 3	Tasas de Mortalidad y razón de mortalidad Proporcional por causas de muertes específicas y demás causas en la República de Panamá. Años 1960, 1970, 1990 y 1997	9
Cuadro N° 4	Mortalidad por grupo de edad, en la República de Panamá. Años 1960-1970-1980-1990-1998	10
Cuadro N° 5	Estructura de las Causas de Muerte en menores de un año. República de Panamá. Años 60, 70, 80, 90 y 97	13
Cuadro N° 6	Defunciones y tasas de mortalidad en los menores de un año por sexo según las cinco principales causas de muertes. República de Panamá. Años 1997 y 1998	14
Cuadro N° 7	Defunciones y tasas de mortalidad infantil, Neonatal y postneonatal, República de Panamá. Años 1980 - 1998	15
Cuadro N° 8	Tasas de Mortalidad Perinatal por años según Provincia.	19
Cuadro N° 9	Tasas de Mortalidad Infantil Por Año según Provincia.	19
Cuadro N° 10	Defunciones y tasas de mortalidad Materna por Provincia	23
Cuadro N° 11	Egresos en los Servicios de Gineco-Obstetricia y porcentaje de Egresos por aborto	27
Cuadro N° 12	Aborto Registrados y Estimados. República de Panamá. Años 1990-1998	
Cuadro N° 13	Número y tasas de funciones fetales. República de Panamá. Años 1990-1998.	29
Cuadro N° 14	Defunciones Fetales tardías por provincia. República de Panamá. Años 1983-1996	30
Cuadro N° 15	Defunciones fetales en productos de menos de 5 meses de gestación. República de Panamá. Años 1990-1998	31
Cuadro N° 16	Egresos por aborto en instalaciones oficiales según el dato obtenido de registros médicos y estadísticos del nivel central del MINSA. República de Panamá. Años 1989-1998	31
Cuadro N° 17	Uso del certificado de defunción fetal por región de salud. República de Panamá. Años 1986-1997	32
Cuadro N° 18	Razón de aborto según fuente de información. República de Panamá. Años 1988-1995	33
Cuadro N° 19	Proporción de abortos* sobre los embarazos	34

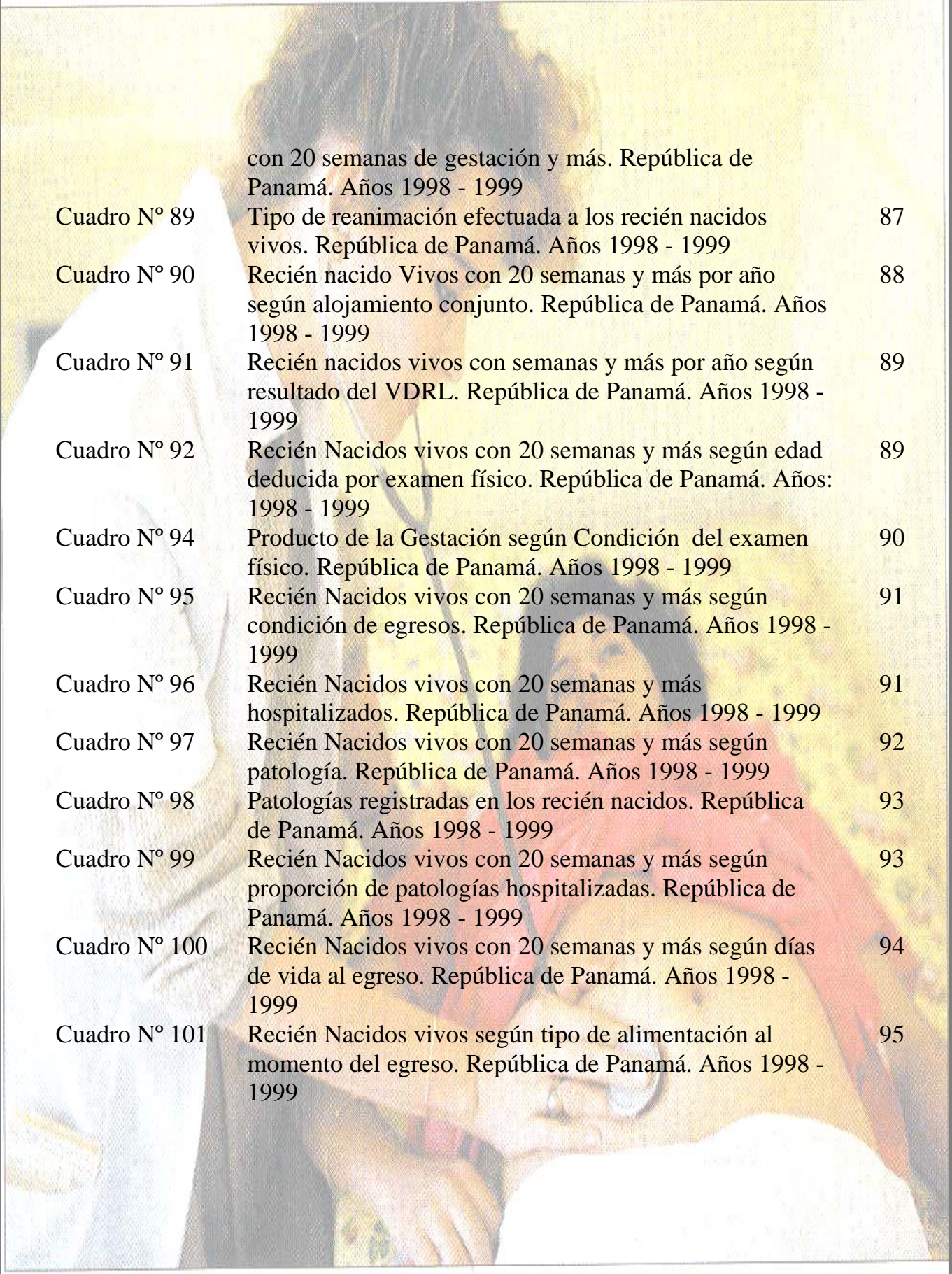


	registrados** por provincia. República de Panamá. Años 1983-1995	
Cuadro N° 20	Defunciones fetales tempranas e intermedias y tasa de abortos. República de Panamá. Años 1983-1998	35
Cuadro N° 21	Estimación de la prevalencia de uso de anticonceptivos, con métodos temporales, en mujeres de 15-49 años. Sector público de salud. República de Panamá. Años 1996	38
Cuadro N° 22	Datos Básicos de Salud por Área y nivel de pobreza. República de Panamá. Años 1997	42
Cuadro N° 23	Número de Embarazadas según grupo de edad. República de Panamá. Años 1998-1999	47
Cuadro N° 24	Número de Embarazadas según nivel de Escolaridad. República de Panamá. Años 1998-1999	47
Cuadro N° 25	Número Embarazadas según Estado Civil. República de Panamá. Años 1998-1999	48
Cuadro N° 26	Número de Gestación previas en las Embarazadas. República de Panamá. Años 1998-1999	48
Cuadro N° 27	Numero de partos previos en las embarazadas. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	50
Cuadro N° 28	Número de abortos previos en las embarazadas. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	50
Cuadro N° 29	Número de Cesáreas previas en las embarazadas. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	51
Cuadro N° 30	Número de Embarazadas según espacio Inter. – genésico. República de Panamá: Años 1998 - 1999	52
Cuadro N° 31	Número de Embarazadas según peso de pregestacional. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	53
Cuadro N° 32	Número de Embarazadas según talla. República de Panamá. Años: 1998-1999	54
Cuadro N° 33	Número de Embarazadas según tipo de Rh materno. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	54
Cuadro N° 34	Número de Embarazadas según antecedentes de tabaquismo. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	55
Cuadro N° 36	Número de Embarazadas fumadores . según número de cigarrillos consumidos por día. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	55
Cuadro N° 37	Número de Embarazadas según embarazadas generales previos. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	56
Cuadro N° 38	Número de Embarazadas según antecedente de nacidos	56

Cuadro N° 39	vivos previos. República de Panamá. Años: 1998 – 1999 Número de Embarazadas según Nacimientos vivos que viven. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	57
Cuadro N° 40	Número de Embarazadas según Nacidos vivos que murieron durante la primera semana de vida. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	57
Cuadro N° 41	Antecedente de nacidos muertos previos en las embarradas república de Panamá. Años 1998 – 1999	58
Cuadro N° 42	Embarazadas con antecedente de bajo peso del recién nacido nacidos vivos previos. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	58
Cuadro N° 43	Embarazadas por año según edad gestacional al momento del primer control prenatal. República de Panamá. Años: 1998- 1999	59
Cuadro N° 44	Embarazadas por año según edad gestacional al momento del ultimo control prenatal. República de Panamá. Años: 1998- 1999	59
Cuadro N° 45	Embarazadas por año según Peso al primer control. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	60
Cuadro N° 46	Embarazadas por año según peso al ultimo control. República de Panamá. Años: 1998 – 1999	61
Cuadro N° 47	Embarazadas por año según número de control Prenatal. República de Panamá. Años 1998 - 1999	63
Cuadro N° 48	Embarazadas por año según mes de aplicación del primer toxoide tetánica Prenatal. República de Panamá. Años 1998 - 1999	64
Cuadro N° 49	Embarazadas por año según mes de aplicación del segundo O refuerzos de Toxoide Tetánica. República de Panamá. Años 1998 - 1999	64
Cuadro N° 50	Número de Embarazadas según Edad Gestacional al momento del parto. República de Panamá. Años: 1998 – 1999	65
Cuadro N° 51	Embarazadas según Tipo de inicio de la Labor del Parto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	66
Cuadro N° 52	Embarazadas según Tipo de Terminación de la Labor del Parto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	66
Cuadro N° 53	Embarazadas con terminación del Embarazo por Cesárea según Indicación. República de Panamá. Años 1998 - 1999	67
Cuadro N° 54	Embarazadas según Condición de la Membrana.	68

	República de Panamá. Años 1998 - 1999	
Cuadro N° 55	Embarazadas según ruptura prematura de membrana.	68
	República de Panamá. Años 1998 - 1999	
Cuadro N° 56	Embarazadas según tiempo entre la ruptura de la membrana y el parto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	69
Cuadro N° 57	Número de Embarazadas según presentación del Producto. República de Panamá. Años: 1998 – 1999	69
Cuadro N° 58	Embarazadas según tipo de alumbramiento placentario. República de Panamá. Años 1998 - 1999	69
Cuadro N° 59	Embarazadas por año según condición de la placenta. República de Panamá. Años 1998 - 1999	70
Cuadro N° 60	Embarazadas por tipo de alumbramiento según días de hospitalización Post – Parto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	71
Cuadro N° 61	Embarazadas por año según Nivel en que dio la atención del parto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	72
Cuadro N° 62	Tipo de Recurso Humano que atendió el parto. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	72
Cuadro N° 63	Episiotomías Realizadas durante la atención del parto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	73
Cuadro N° 64	Desgarros Ocurridos durante la atención del parto. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	73
Cuadro N° 65	Medición aplicada durante la atención del parto. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	73
Cuadro N° 66	Embarazadas por año según momento de ocurrencia de la muerte intrauterina. República de Panamá. Años 1998 - 1999	74
Cuadro N° 67	Condición de la mujer al Egreso. República de Panamá. Años 1998 - 1999	75
Cuadro N° 68	Condición del programa anticonceptivo al egreso. República de Panamá. Años 1998 - 1999	75
Cuadro N° 69	Embarazadas con salpingectomía según grupo de edad. República de Panamá. Años 1998 - 1999	76
Cuadro N° 70	Embarazadas con Salpingectomía según antecedentes de partos previos de la madre. República de Panamá. Años: 1998 – 1999.	77
Cuadro N° 71	Total de días de hospitalización. República de Panamá. Años 1998 - 1999	77
Cuadro N° 72	Condición de Egresos de las Embarazadas con 30 días y	78

	más de Hospitalización. República de Panamá. Años 1998 - 1999	
Cuadro N° 73	Patología registradas en las embarazadas con 30 días y más de hospitalización. República de Panamá. Años 1998 - 1999	78
Cuadro N° 74	Embarazadas según necesidad de traslado durante el embarazo. República de Panamá. Años 1998 - 1999	79
Cuadro N° 75	Recién Nacidos según sexo. República de Panamá. Años 1998 - 1999	79
Cuadro N° 76	Recién Nacidos Vivos con más de 20 semanas según peso al nacer República de Panamá. Años 1998 - 1999	80
Cuadro N° 77	Recién Nacido Vivos con más de 20 semana, bajo peso al nacer según condición de egreso. República de Panamá. Años 1998 - 1999	81
Cuadro N° 78	Proporción de bajo peso al nacer. República de Panamá. Años 1960- 1970- 1980- 1990- 1997-1998 - 1999	81
Cuadro N° 79	Proporción de bajo peso al nacer según provincia. República de Panamá. Años 1998 - 1999	82
Cuadro N° 80	Recién Nacido vivos con más de 20 semanas por año según percentil de peso al nacer. República de Panamá. Años 1998	83
Cuadro N° 81	Peso de los recién nacidos vivos con más de 20 semanas según edad gestacional. República de Panamá. Años 1998 - 1999	83
Cuadro N° 82	Recién Nacidos Vivos con más de 20 semanas por año según Talla al Nacer. República de Panamá. Años 1998 - 1999	84
Cuadro N° 83	Tipo de recurso humano que atendió al producto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	84
Cuadro N° 84	Recién nacidos vivos de 20 semana y más por año según apgar al minuto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	85
Cuadro N° 85	Recién Nacidos vivos de 20 semanas y más por año según apgar a los cinco minutos. República de Panamá. Años 1998 - 1999	85
Cuadro N° 86	Recién nacido vivos por año según apgar al minuto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	85
Cuadro N° 87	Recién Nacido Vivos por año según Apgar a los cinco minutos. República de Panamá. Años 1998 - 1999	86
Cuadro N° 88	Tipo de reanimación efectuada a los recién nacidos vivos	86



	con 20 semanas de gestación y más. República de Panamá. Años 1998 - 1999	
Cuadro N° 89	Tipo de reanimación efectuada a los recién nacidos vivos. República de Panamá. Años 1998 - 1999	87
Cuadro N° 90	Recién nacido Vivos con 20 semanas y más por año según alojamiento conjunto. República de Panamá. Años 1998 - 1999	88
Cuadro N° 91	Recién nacidos vivos con semanas y más por año según resultado del VDRL. República de Panamá. Años 1998 - 1999	89
Cuadro N° 92	Recién Nacidos vivos con 20 semanas y más según edad deducida por examen físico. República de Panamá. Años: 1998 - 1999	89
Cuadro N° 94	Producto de la Gestación según Condición del examen físico. República de Panamá. Años 1998 - 1999	90
Cuadro N° 95	Recién Nacidos vivos con 20 semanas y más según condición de egresos. República de Panamá. Años 1998 - 1999	91
Cuadro N° 96	Recién Nacidos vivos con 20 semanas y más hospitalizados. República de Panamá. Años 1998 - 1999	91
Cuadro N° 97	Recién Nacidos vivos con 20 semanas y más según patología. República de Panamá. Años 1998 - 1999	92
Cuadro N° 98	Patologías registradas en los recién nacidos. República de Panamá. Años 1998 - 1999	93
Cuadro N° 99	Recién Nacidos vivos con 20 semanas y más según proporción de patologías hospitalizadas. República de Panamá. Años 1998 - 1999	93
Cuadro N° 100	Recién Nacidos vivos con 20 semanas y más según días de vida al egreso. República de Panamá. Años 1998 - 1999	94
Cuadro N° 101	Recién Nacidos vivos según tipo de alimentación al momento del egreso. República de Panamá. Años 1998 - 1999	95

## INTRODUCCION

Ya para 1947 el Código Sanitario, Ley N° 66 de 1947, destaca en sendos artículos la necesidad de mejorar la salud de la población infantil como materna. Desde su creación, el Ministerio de Salud ha dado especial atención a la salud de la madre y del recién nacido, situación que se ha hecho evidente en las políticas de salud que datan desde el siglo pasado, en las cuales se pone de manifiesto la prioridad que se le confiere a la salud integral de la población, a través del desarrollo de programas de atención, tales como el maternal y el infantil.

Especiales esfuerzos del Estado y de sus políticas de desarrollo han permitido alcanzar una disminución importante en las tasas de mortalidad infantil y materna, las cuales han oscilado de 56.9 defunciones de menores de un año por 1,000 nacidos vivos (1960) a 17.2 defunciones de menores de un año por 1,000 nacidos vivos (1997) en el primer caso; y de 2.0 defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos (1960) a 0.6 defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos (1997).

Pese al descenso progresivo de las tasas de mortalidad infantil y materna, los problemas de salud de estas poblaciones no han sido resueltos, es destacable la existencia de rezagos epidemiológicos en la población más pobre y desfavorecida del país, encontrándose entre los más afectados a los Pueblos Indígenas. Estos indicadores reflejan las disparidades y desigualdades en acceso a servicios de salud, de nutrición, sociales y económicas a la que están sometidos algunas poblaciones en el país.

Por otra parte, el comportamiento de las causas de muerte en la población de recién nacidos en el país han presentado un cambio cualitativo en su perfil, pudiéndose destacar las enfermedades infecciosas en la décadas del 60 y 70, principalmente; para la década de los 80 se inicia la transición en las causas de mortalidad infantil y son las anomalías congénitas, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y los accidentes, agresiones y otras violencias, las principales causas de muerte en este grupo de edad.

En cuanto a la mortalidad materna hoy día se ubican entre las primeras causas de mortalidad las toxemias del embarazo y las hemorragias.

Con la finalidad de conocer un poco más los problemas que afectan a la madre y al recién nacido se ha efectuado un análisis de la situación de salud de estas poblaciones. Dicho análisis hace una revisión del contexto nacional y destaca y profundiza en los aspectos relativos a la demografía y salud; el aborto; la planificación familiar, el cáncer en la mujer y la pobreza y el binomio madre – hijo.

De igual forma se utilizan los datos, de los años 1998 y 1999, que suministra el Sistema de Información Perinatal y la Historia Clínica Perinatal Base, instrumento en el cual se apoya la recolección de datos relativos a las embarazadas, a la

atención del parto y del puerperio, así como del recién nacido. Esperamos que la información que se adjunta sea útil para ampliar el conocimiento existente sobre la situación de salud de la madre y del recién nacido; así como para fortalecer las estrategias e intervenciones que hoy día y a traves de los años han venido desarrollando las instituciones de salud en Panamá.

Es de mencionar que los datos obtenidos a partir de esta fuente han sido de utilidad para identificar los problemas y limitantes del propio sistema de información perinatal, por tanto se espera que esta revisión sirva como apoyo al desarrollo de estrategias de intervención que permitan mejorar la calidad y oportunidad de dicho sistema de información.

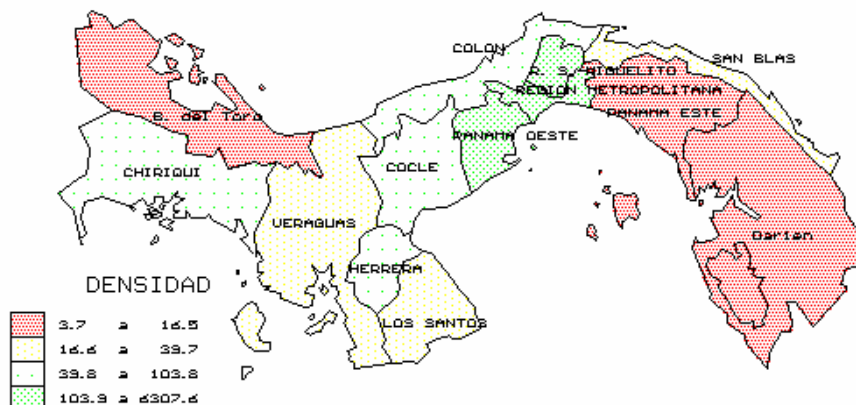
## ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL RECIEN NACIDO

### El Contexto

Panamá posee un territorio continental e insular de 75,517 kilómetros cuadrados (km<sup>2</sup>) y una población de 2,809,280 habitantes (al 1 de julio de 1999), lo que resulta en una densidad de 37.2 habitantes por kilómetro cuadrado. Las Regiones Sanitarias con mayor densidad de población son la Metropolitana, la de San Miguelito y Panamá Oeste, en el otro extremo se ubican Darién, Panamá Este y Bocas del Toro. (Mapa N° 1).

### MAPA N°1

DENSIDAD DE POBLACION EN LA REPUBLICA DE PANAMA,  
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud  
Sección de Estadística. MINSAL.

### a. Demografía y Salud

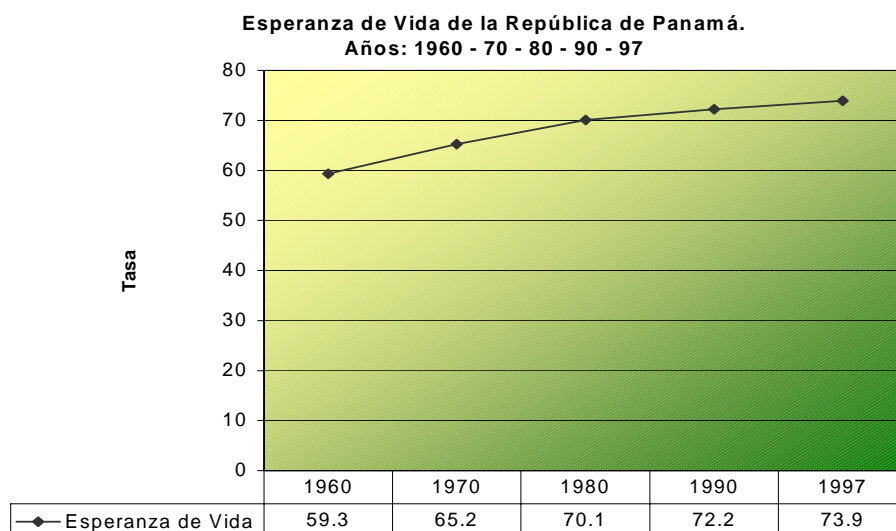
La estimación de población, hasta el 1 de julio de 1999, indicó que la proporción de hombres era ligeramente mayor (50.5%) que de mujeres (49.5%), y que, en las zonas urbanas se concentra el 56.0% de la misma y el 44.0% restante lo hace en



las zonas rurales. Según el censo de 1990, la población indígena panameña está representada por 194,269 habitantes que representan el 8.3% de la población total.

A pesar de que en 1997 el 38.4% de la población tiene menos de 18 años, y que para 1999 un 37.5% se encuentre en este rango de edad, la estructura por grupos de edad presenta rasgos propios de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer (Gráfica N°1). Estos cambios de las variables demográficas se dan como efecto de las variaciones en el patrón epidemiológico en la segunda mitad del siglo y de procesos de desarrollo en el área social, en sus componente de salud y educación, de la comunicación, por disponibilidad de tecnología mundialmente conocida, y por factores económicos.

**Gráfica N°1**



Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.  
 Años

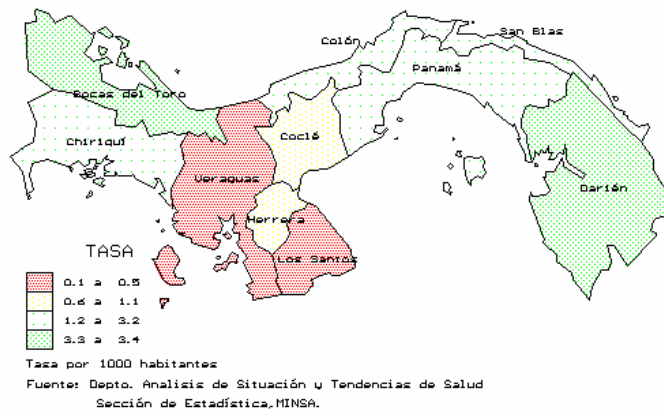
Panamá se encuentra en la tercera fase de la transición demográfica, que es un proceso complejo, que difiere de un país a otro, en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como a los cambios en otras variables estrechamente relacionadas tales como lugar de residencia (urbano-rural), el estado de salud y nutricional de la población, las conductas asociadas a la formación de las uniones y a la planificación familiar, entre otras.

### **Crecimiento Natural**

En este sentido Panamá ha presentado una tasa de crecimiento natural moderada del orden de 2.0% anual con muestras de reducción, producto de la diferencia de una tasa bruta de natalidad (para 1960 fue de 41.0 y para 1997 de 25.0 nacimientos por mil habitantes) frente a una mortalidad (para 1960 fue de 8.4 y para 1997 de 4.5 muertes por mil habitantes). (Cuadro N°1 - Gráfica N°2 – Mapa N°2 )

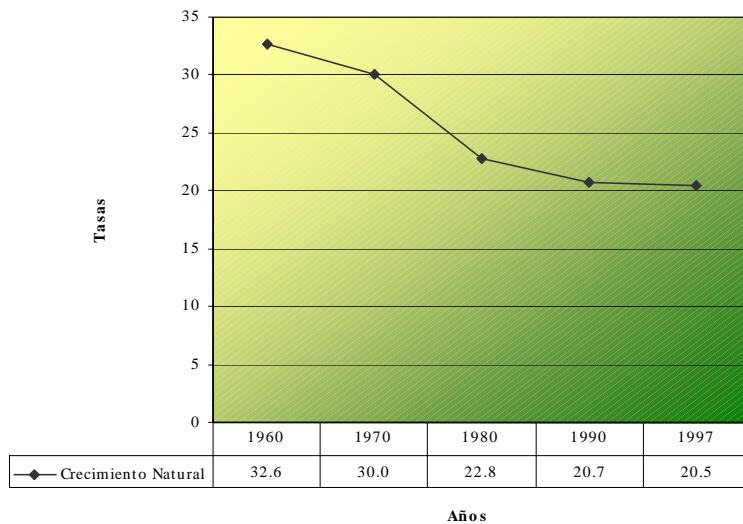
**Mapa N° 2**

TASA MEDIA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION.  
 EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



**Gráfica N°2**

Tasa de Crecimiento Natural Registrada en la República de Panamá.  
 Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97

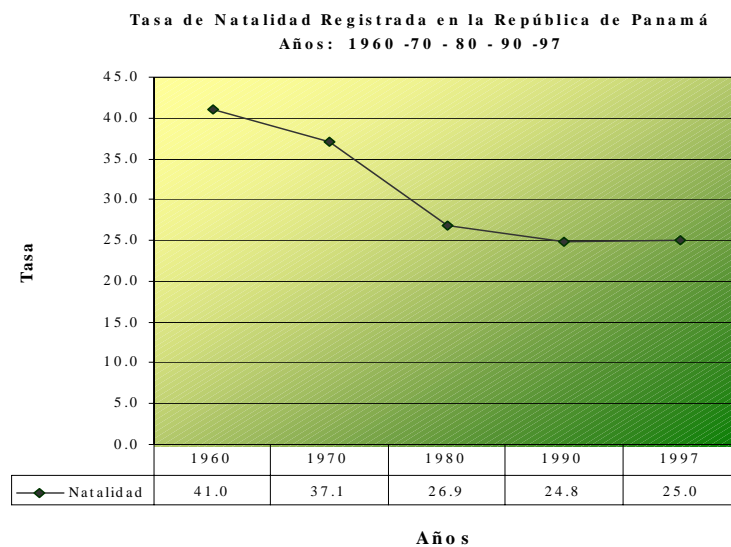


Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.

## La Natalidad

La natalidad presentó valores que la situaron dentro de la categoría de alta, entre 1960 a 1970, valores moderados entre 1980 y 1997 (Cuadro N° 1 - Gráfica N°3). Al comparar el área urbana con la rural se observa que para la última la tasa de natalidad es alta 26.6 por 1000 nacidos vivos.

**Gráfica N°3**



*NOTA: Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos.*

*Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.*

**Cuadro N° 1: Natalidad, Mortalidad, Crecimiento Natural, Fecundidad Y Esperanza De Vida.  
Por Área, Según Provincia . República De Panamá. Años: 1960-1990 Y 1997.**

Indicador	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
<b>Crecimiento Natural</b>													
1960	32.6	31.9	33.2	34.1	32.5	26.1	38.4	31.9	31.4	30.6	31.6	34.1	-
1970	30.0	30.5	29.7	34.0	33.8	28.6	30.6	32.5	29.5	25.0	29.4	30.8	-
1980	22.8	22.0	23.7	33.9	25.4	22.3	23.4	19.5	21.5	14.3	22.1	24.8	-
1990	20.7	17.3	24.6	37.3	22.9	23.4	20.2	23.0	17.3	12.9	19.3	23.1	-
1997	20.5	19.1	22.3	29.7	19.0	24.5	18.8	20.3	16.9	12.5	20.3	19.9	21.6
<b>Fecundidad Global</b>													
1960	7.03			6.73	9.93	6.43	7.61	10.36	7.0	6.82	5.97	8.22	-
1970	5.06			6.47	6.86	4.96	5.63	6.59	5.14	4.47	4.21	6.5	-
1980	3.64			6.22	4.74	3.84	4.18	4.28	3.77	2.93	2.98	5.14	-
1990	2.88			4.4	3.59	3.37	2.48	3.61	2.85	2.22	2.46	4.09	3.61
1997	2.91			4.07	3.44	3.59	2.68	3.13	2.85	2.48	2.67	3.41	3.51
<b>Natalidad</b>													
1960	41.0	39.1	42.4	46.9	42.7	37.4	46.3	39.4	38.6	37.1	38.2	45.5	-
1970	37.1	36.0	38.1	43.1	41.8	36.6	38.2	40.8	37.2	31.6	35.2	40.0	-
1980	26.9	26.1	27.7	38.6	29.5	27.3	27.5	20.7	25.3	18.7	25.9	29.4	-
1990	24.8	21.4	28.6	42.1	27.4	29.4	23.3	25.6	21.4	17.6	23.3	26.9	-
1997	25.0	23.7	26.6	33.0	23.3	30.2	22.6	22.4	21.9	18.3	24.9	24.1	27.8
<b>Indice de Masculinidad (porcentaje)</b>													
1960	103.0	-	-	116.2	107.3	98.8	106.4	116.9	104.7	106.2	96.9	109.4	-
1970	103.5	-	-	109.0	105.8	102.3	102.9	98.5	100.6	111.6	103.2	102.2	-
1980	104.2	-	-	112.5	102.7	103.6	103.6	92.0	103.5	96.9	105.1	103.3	-
1990	103.7	-	-	109.0	100.7	103.5	105.2	111.7	102.2	106.3	104.5	97.9	93.1
1997	105.7	-	-	108.6	99.2	111.0	107.4	105.5	99.0	107.5	105.4	110.0	86.0
<b>Mortalidad (2)</b>													
1960	8.4	7.2	9.2	12.8	10.2	11.3	7.9	7.5	7.2	6.5	6.6	11.4	-
1970	7.1	5.5	8.4	9.1	8.0	8.0	7.6	8.3	7.7	6.6	5.8	9.2	-
1980	4.1	4.1	4.0	4.7	4.1	5.0	4.1	1.2	3.8	4.4	3.8	4.6	-
1990	4.1	4.1	4.0	4.8	4.5	6.0	3.1	2.6	4.1	4.7	4.0	3.8	-
1997	4.5	4.6	4.3	3.3	4.3	5.7	3.8	2.1	5.0	5.8	4.6	4.2	6.2
<b>Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.)</b>													
1960	56.9	53.1	59.3	70.6	59.0	81.4	61.6	56.3	45.0	49.6	47.7	62.4	-
1970	40.5	29.8	48.8	52.0	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	30.2	33.7	47.3	-
1980	21.7	19.4	23.9	37.3	26.3	20.5	26.0	12.4	23.2	14.2	19.7	16.8	-
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.6	10.6	9.0	17.1	16.5	32.6
1997	17.2	14.7	19.9	26.0	16.9	19.3	20.0	25.5	11.1	13.7	15.2	14.0	29.8
<b>Esperanza de Vida</b>													
1960	59.3												-
1970	65.2			53.4	64.8	61.5	63.2	49.6	65.3	68.0	71.5	59.2	-
1980	70.1			61.4	68.5	67.3	67.7	57.7	70.5	72.0	74.7	64.3	-
1990	72.2			66.0	71.0	70.2	70.6	62.9	72.4	73.8	75.0	67.7	-
1997	73.9			69.3	73.6	73.1	72.9	64.3	74.5	75.7	76.2	70.1	70.2

(1) Hasta 1990 incluía la Comarca Kuna Yala. (2) Tasas por 1,000 Habitantes

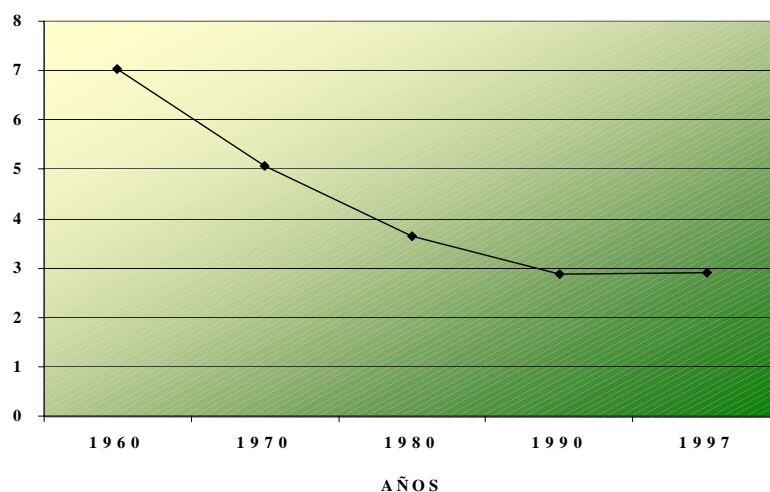
Fuente: Contraloría General de la República y Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.  
Ministerio de Salud. Año: 1999

## La Fecundidad

Iniciado el descenso de la mortalidad y en cierto aspecto debido a este, las tasas de fecundidad también comenzaron a descender. Vista esta variable a través de la tasa global de fecundidad, los datos muestran que en el quinquenio 1950-1955, el promedio de hijos por mujer es de 5.68. Hacia 1970-1975, dicho promedio había descendido a 4.94 hijos por mujer, en tanto que en el quinquenio 94-99 es de 2,7 hijos por mujer y se proyecta que la disminución será sostenida y gradual en el futuro, alcanzando el nivel de reemplazo aproximadamente en el 2020. En el periodo 1960 – 1997 la fecundidad global se redujo de 7.03 (1960) a 2.91 hijos por mujer (1997), lo cual representa un descenso porcentual del 58.6%. Las provincias de Darién (69.7%) y Coclé (65.3%) contribuyeron con la disminución más sensible de su tasa global de fecundidad en el periodo. (Gráfica N°4)

Gráfica N°4

FECUNDIDAD GLOBAL REGISTRADA  
EN LA REPUBLICA DE PANAMA  
AÑOS: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97



Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSAL.

En el periodo 70-97 la fecundidad general en el país, presentó un descenso principalmente en el grupo de mujeres mayores de 25 años; las mujeres de 20 -24 años son las que aportan el mayor número de nacimientos con una tasa para 1970 -1997 de 273.72 y de 158.1 x 1000 mujeres de esa edad, respectivamente; seguidas por el grupo de 25 a 29 años cuyo aporte fue de 245.67 y 145.63 por 1000 mujeres. Al grupo de 15-19 años correspondió una tasa de 134.06 y 102.34 x 1000 y las mujeres entre 35 y 39 años presentan una tasa de 122.63 y 54.1 por 1000 mujeres. El análisis por provincia, refleja descensos porcentuales

importantes, observables al comparar las cifras de los años 60 y 97, cuando para las provincias de Darién fue de 69.8%, para Coclé de 65.3%, Chiriquí de 64.8% y Los Santos de 63.6%, respectivamente.

Durante el periodo 83-95, la tasa de fecundidad general muestra en todas las provincias, a excepción de Kuna Yala, un descenso. En esta Comarca el descenso se empieza a apreciar para el año 1996 en relación con la tasa de los años 89. Al comparar los años 83-98, en las provincias de Bocas del Toro, Darién y Colón, estos descensos porcentuales alcanzan el 38.6.0%, 40.0% y 19.6%, respectivamente. (Cuadro N° 2).

**Cuadro N°2. Tasa De Fecundidad General.  
República de Panamá. Años: 1983 - 1998**

Años	República	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1983	87.6	155.3	101.5	107.6	84.0	104.4	77.1	63.7	80.1	103.3	68.7
1984	87.4	159.9	101.9	100.5	85.0	107.1	80.8	62.8	78.9	104.1	80.6
1985	87.1	171.5	97.0	104.0	84.9	106.5	75.7	63.3	79.0	99.4	79.1
1986	84.4	176.6	90.8	96.6	82.1	110.1	74.9	61.0	77.3	92.6	76.7
1987	82.4	159.4	91.7	94.3	78.3	108.5	70.7	62.1	75.8	94.4	73.5
1988	81.7	163.0	92.4	99.7	77.6	103.5	69.3	58.5	74.0	91.1	80.9
1989	80.6	159.9	92.0	99.2	74.5	96.5	67.3	61.2	72.9	91.6	89.1
1990	80.7	127.1	94.3	96.0	77.7	91.7	77.5	62.3	71.3	103.1	96.2
1991	79.3	119.6	96.3	93.5	75.0	95.0	73.4	62.9	70.1	100.8	103.3
1992	77.5	118.2	92.0	84.3	76.1	87.3	73.9	61.5	68.7	100.5	96.1
1993	75.1	104.9	92.0	81.1	74.2	83.8	71.7	58.9	67.0	92.7	109.5
1994	74.5	96.4	87.3	79.4	75.7	83.4	74.3	63.1	67.0	92.4	99.1
1995	75.4	94.8	93.0	84.9	77.4	74.5	70.1	59.3	68.8	85.3	93.4
1996	75.8	95.8	91.8	94.2	69.4	62.4	70.8	56.5	71.5	86.0	73.2
1997	79.9	83.8	91.5	98.7	73.0	-	73.8	64.3	74.7	88.4	90.5
1998	70.6	95.2	89.0	86.5	67.2	-	63.4	56.3	66.6	-	73.5

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2,000

## La Mortalidad

El descenso de la mortalidad, general e infantil, ha sido acompañado de un conjunto de procesos que se les ha denominado transición epidemiológica y cuyas principales características son los cambios en la estructura por edad de la mortalidad y los cambios en las causas de muertes predominantes. (Cuadro N°3)

Por otro lado, en las últimas cuatro décadas, Panamá ha experimentado importantes transformaciones que han propiciado, en general, avances sustanciales en la salud de la población. El desarrollo económico, las mejoras en la educación, los adelantos en la higiene de la población, la salubridad y la tecnología médica, son factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad y en los cambios de los patrones de la morbilidad. El descenso más significativo se observa a partir de los años 80 donde se estabiliza a niveles alrededor de 4.1 defunciones por 1,000 habitantes. La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años '30, '50, '80, '90 fue de 28.3, 15.2, 4.1, 4.1 muertes por 1,000 habitantes respectivamente, correspondiendo para 1997 una

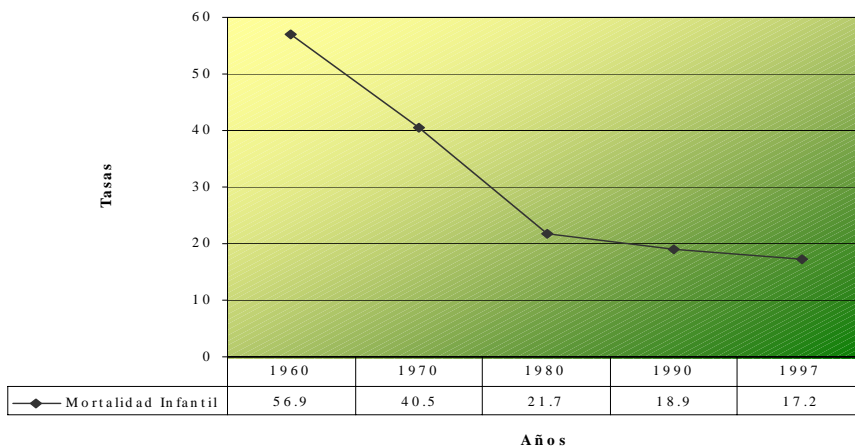
tasa de 4.5 muertes por 1.000 habitantes (Cuadro N°1), que diferenciada por sexo arroja un valor de 5.2 para los hombres y 3.8 para las mujeres.

En el descenso de la mortalidad, el componente más importante ha sido la reducción de la mortalidad infantil. (Gráfica N° 5). Esta tenía un valor elevado, en el quinquenio 1950-1955, del orden de 93.04 muertes por mil nacidos vivos disminuyendo a 43.38 por mil, en el quinquenio 1970-1975. Para el año 1997 alcanza un valor de 17.2 muertes por mil nacimientos.

El comportamiento de la tasa de mortalidad durante los años 60-97, presentó un descenso porcentual del 46.4%, el cual se hace más evidente al analizar la mortalidad infantil cuando para 1960 esta fue de 59.7 muertes por 1,000 habitantes y en 1997 fue de 17.2. A partir del año 80 la mortalidad en la población de 60 años y más comenzó a superar las tasas de mortalidad infantil. (Cuadros N°1,3 y 4)

**Gráfica N°5**

**Tasa Mortalidad Infantil Registrada en la República de Panamá.  
 Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97**



*NOTA: Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos.*

*Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.*

**Cuadro Nº 3. Tasas De Mortalidad Y Razón De Mortalidad Proporcional Por Causas De Muertes Específicas Y Demás Causas En La República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990 Y 1997**

1960				1970			
Causa de Muerte	Nº	Tasa	%	Causa de Muerte	Nº	Tasa	%
<b>Total</b>	<b>8387</b>	<b>779.8</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>10225</b>	<b>712.0</b>	<b>100</b>
1. Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	64.0	8.2	1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	62.9	8.8
2. Enfermedades del Corazón	544	50.6	6.4	2. Accidentes Suicidios y Homicidios	754	52.6	7.3
3. Accidentes Suicidios y Homicidios	520	48.3	6.2	3. Neumonía	710	49.5	6.9
4. Enf. Propias de la Primera Infancia	562	52.3	6.7	4. Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	46.9	6.6
5. Tumores Malignos	470	43.7	5.6	5. Tumores Malignos	656	45.7	6.4
6. Neumonía	497	46.2	5.9	6. Enfermedades Cerebro vasculares	537	37.4	5.2
7. Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	36.7	4.7	7. Sarampión	303	21.1	2.9
8. Bronquitis	337	31.3	4.0	8. Tuberculosis	278	19.4	2.7
9. Tuberculosis	288	26.8	3.4	9. Bronquitis, Enfisema y Asma	273	19.0	2.7
10. Tos ferina	243	22.6	2.9	10. Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	15.3	2.1
11. Demás Causas	3843	357.3	45.8	11. Demás causas	4919	343.0	48.1
1980				1990			
Causa de Muerte	Nº	Tasa	%	Causa de Muerte	Nº	Tasa	%
<b>Total</b>	<b>7959</b>	<b>410.5</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>9799</b>	<b>405.3</b>	<b>100</b>
1. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1035	53.4	100	1. Tumores Malignos	1398	57.8	14.2
2. Tumores Malignos	1000	51.6	13.0	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1232	51.0	12.5
3. Enfermedad Cerebro vascular	550	28.4	12.6	3. Enfermedad Cerebro vascular	964	39.9	9.8
4. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de un Año	490	25.3	6.9	4. Infarto Agudo del Miocardio	676	28.1	6.9
5. Infarto agudo del Miocardio	474	24.4	6.1	5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	22.7	5.6
6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	434	22.4	5.9	6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	417	17.2	4.2
7. Neumonía	313	16.1	5.4	7. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	374	15.5	3.8
8. Infección Intestinal Mal Definida	239	12.3	3.9	8. Neumonía	299	12.4	3.0
9. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	234	12.1	3.0	9. Diabetes Mellitus	266	11.0	2.7
10. Bronquitis Crónica y la no Especificada, Enfisema y Asma	171	8.8	2.9	10. Anomalías Congénitas	239	9.9	2.4
11. Demás Causas	3019	155.7	2.1	11. Demás causas	3381	139.8	34.5
				1997			
				Causa de Muerte	Nº	Tasa	%
				<b>Total</b>	<b>12179</b>	<b>448.0</b>	<b>100</b>
				1. Tumores Malignos	1717	63.2	14.1
				2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1524	56.1	12.5
				3. Enfermedad Cerebrovascular	1293	47.6	10.6
				4. Infarto Agudo del Miocardio	768	28.2	6.3
				5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	506	18.6	4.1
				6. Demás causas	6371	234.3	52.3

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:2002.



**Cuadro N° 4: Mortalidad Por Grupo De Edad. República De Panamá.**  
**Años: 1960-1970-1980-1990-1998**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Edad (años)	Años											
	1960		1970		1980		1990		1997		1998	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>8387</b>	<b>779.8</b>	<b>10225</b>	<b>712.8</b>	<b>7959</b>	<b>410.5</b>	<b>9799</b>	<b>408.7</b>	<b>12179</b>	<b>448.0</b>	<b>11824</b>	<b>427.8</b>
<b>1-4</b>	1260	883.3	1417	762.9	515	164.2	323	134.9	358	147.1	348	143.3
<b>5-9</b>	291	186.7	377	174.2	158	54.2	108	50.8	143	47.9	122	40.7
<b>10-14</b>	146	112.7	173	99.2	107	45.1	109	41.3	101	35.8	99	34.7
<b>15-19</b>	156	145.5	223	152.9	195	99.4	213	82.5	214	81.1	204	76.6
<b>20-29</b>	419	252	450	197.3	406	131.7	582	130.7	681	137.6	646	129.7
<b>30-49</b>	846	386.9	974	358.9	856	233.1	1087	204.3	1516	223.9	1546	221.1
<b>50-59</b>	552	972.4	816	962.8	725	629.4	777	546.1	961	513.6	995	512.3
<b>60 y más</b>	2372	4004.7	3614	4453.5	3834	3480.1	5467	3143.8	7035	3332.9	6748	3100.2
<b>No Esp.</b>	2345	5968.4	2181	4668.4	1163	1843.9	1133	1831.1	1170	1936.9	1047	1737.5

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

### La Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más utilizados para reflejar las condiciones socioeconómicas de la población. Los factores que han tenido mayor incidencia en el descenso de la mortalidad infantil han sido la ampliación de la cobertura del programa de atención integral a la niñez, la existencia de redes más extensas de saneamiento ambiental e infraestructura básica (agua potable, alcantarillado y electrificación, por mencionar algunos), la expansión de la cobertura del sistema educativo factores que cobraron mayor importancia a partir de la década de 1970, coincidiendo con la creación de la institución rectora del sistema de servicios de salud.

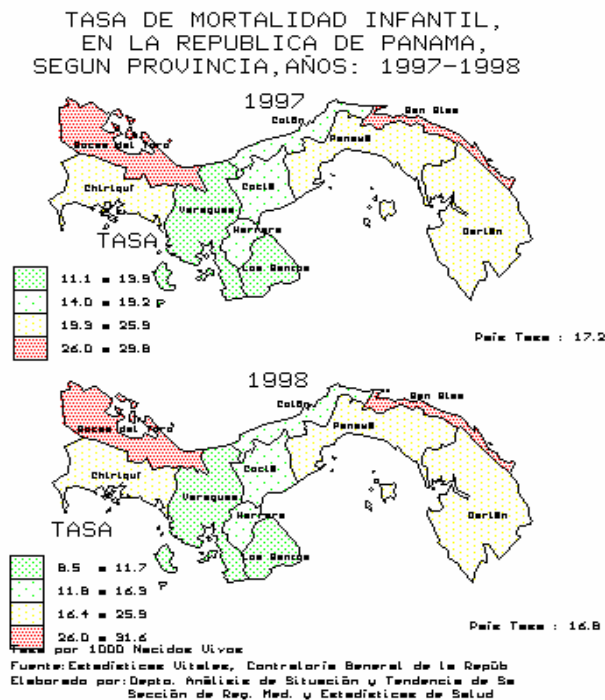
Si consideramos el periodo comprendido entre la década de los sesenta y los noventa, la mortalidad infantil ésta presenta una tendencia general decreciente en nuestro país. De 56.9 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos en 1960, desciende en forma significativa para esta última década a 18.0 por cada mil nacidos vivos y a 17.2 en 1997. Durante el primer año de vida la mortalidad se asocia en gran parte por factores como: nacimiento prematuro, malformaciones congénitas, o por enfermedades de tipo infeccioso. La prevalencia de muertes en menores de un año siempre ha sido mayor en el área rural que en la urbana; con variación importante al analizar los años 60-97, que evidencia un descenso porcentual de su prevalencia rural del 66.4% (de 59.3 a 19.9 muertes por 1,000 N.V) (Cuadro N° 1)

En cuanto a su distribución por provincias, las mayores tasas de mortalidad infantil se ubican durante el año 60 en Colón, Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas; en 1970 en Bocas del Toro y Darién, en los 80 en Bocas del Toro, Chiriquí y Coclé; en el 90 en Bocas del Toro, Kuna Yala y Colón. (Cuadro N°1)

Según cifras de 1997, a nivel provincial, las más altas tasas de mortalidad infantil la ostentan la Comarca Kuna Yala (29.8 muertes por mil nacidos vivos) cuyos menores de un año tienen un riesgo 1.73 veces mayor que el promedio nacional y 2.7 veces mayor que los menores de un año de la provincia de Herrera. En segundo y tercer lugar Bocas del Toro y Darién (con tasas de 26.0 y 25.5 por mil nacidos vivos) con un riesgo de morir en los menores de un año 1.5 veces mayor que el promedio nacional y 2.3 veces mayor que en Herrera. Para 1998, la tasa de mortalidad infantil desciende en todas las provincias menos en Bocas del Toro, donde se presenta un incremento porcentual de 24.6% en relación con los valores alcanzados en 1997. (Cuadro N°1)

Las provincias, cuya población tiene una menor esperanza de vida, 64.25 años para el Darién, 69.31 años para Bocas del Toro y 70.45 años, para Kuna Yala, tienen los indicadores más deficientes de saneamiento básico (dotación de agua potable, disposición sanitaria de excretas y basura), los cuales se constituyen en factores de riesgo para la transmisión de enfermedades en el menor de un año. De igual forma se concentra en ellas un elevado porcentaje de la población indígena cuyas costumbres y tradiciones favorecen la prevalencia de enfermedades respiratorias en el menor de un año, hecho evidente durante el estudio realizado a partir de los datos del Censo de 1990, cuando se estimó su tasa de mortalidad específica en 84.1 por cada 1000 nacidos vivos. (Cuadro N° 1)

Mapa N°3



En el otro extremo, las provincias con menor tasa de mortalidad infantil, Panamá (15.2 muertes por mil nacidos vivos), Los Santos (13.7 por mil y Herrera (11.1 por mil), presentan las esperanzas de vida más altas 76.15, 75.71 y 74.53 años respectivamente. Comparativamente no existen diferencias entre los rangos que ubican las provincias de mayor y menor riesgo de muerte para los menores de una año. (Cuadro N° 1, Mapa N° 3)

Al analizar las cinco principales causas de muerte, en la estructura de la mortalidad infantil se observa que en los años 60 y 70 prevalecían, las enfermedades infectocontagiosas, (las prevenibles por vacuna, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias) con proporción alrededor del 60.0% de las muertes, respectivamente; en los años 80 y 90 se observa como parte del proceso de transición epidemiológica el incremento de las causas endógenas, con el 76.3% y el 84.7% de las muertes, respectivamente . (Cuadro N° 5)

Durante el año 1997, el 82.0% de las muertes se relacionó con causas endógenas. Se identificaron entre las principales causas de muerte ciertas afecciones originadas en el menor de un año, denominación que incluye a las enfermedades de la madre que afectan al recién nacido, complicaciones obstétricas, crecimiento lento, desnutrición e inmadurez, traumatismos del nacimiento e hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido, por mencionar algunas; esta última representa entre el 30 y 50% de las muertes de esta categoría y sus tasas han oscilado entre 4.7 y 2.6 muertes por 1000 nacidos vivos durante los años 90 a 97. (Cuadros N° 5 y 6)

Además se ubican las anomalías congénitas, denominación que incluye, entre otras, la espina bífida e hidrocefalia, Labio Leporino y Fisura del Paladar y Labio y Anomalías Congénitas del Corazón y Aparato Circulatorio, esta última responsable de entre el 34% y 45% de las muertes ocurridas y tipificadas en esta categoría, sus tasas han oscilado entre 1.6 y 2.0 muertes por 1000 nacidos vivos durante los años 90-97. (Cuadros N° 5 y 6)

También figuran entre las cinco principales causas de muerte en el menor de un año, las Neumonías, las Infecciones Intestinales Mal Definidas y las Deficiencias Nutricionales. Está última no consignada entre las principales causas de muerte para este grupo de edad, en 1995, en su lugar se ubicaban las causas externas. Sin embargo, puede decirse que la estructura de la mortalidad en el menor de un año no ha presentado variaciones importantes en el periodo 90 - 97, y que a excepción de las deficiencias nutricionales las mayores tasas de todas estas patologías las han tenido los varones. En 1998 se destaca entre las 5 principales causas de muerte del menor de un año los accidentes, agresiones y otras violencias con una tasa de 6.4 defunciones por 1000 nacidos vivos, según sexo puede decirse que los niños presentan más riesgo de morir por esta causa que las niñas. (Cuadros N° 5 y 6) . Es importante indicar que la actual estructura de mortalidad infantil conlleva mayores dificultades para lograr una mayor disminución de esta tasa, toda vez que esta estructura se relaciona con causas endógenas de

más difícil control, para lo que se requiere mayores intervenciones a nivel del control prenatal y desarrollo de la consejería.

Para el año 1998 se registran entre las causas de mortalidad infantil los accidentes, agresiones y otras violencias encontrándose 1.2 veces más riesgo para el sexo masculino que para el femenino.

**Cuadro N°5: Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año .**  
República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90 y 97  
(tasas por 10,000 nacidos vivos)

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>2345</b>	<b>568.4</b>	<b>Total</b>	<b>2156</b>	<b>404.6</b>
1. Enfermedades Propias de la Primera Infancia	562	136.2	1. Enteritis y otras Enf. Diarréicas	272	51.0
2. Gastritis, Duodenitis, Enteritis y Colitis, Salvo Diarrea del R.N	438	106.2	2. Tétanos	150	28.1
3. Bronquitis	185	44.8	3. Neumonía	254	47.7
4. Tétanos	178	43.1	4. Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un Año	218	40.9
5. Neumonía	158	38.3	5. Anomalías Congénitas	115	21.6
6. Tos ferina	62	15.0	6. Bronquitis, Enfisema y Asma	75	14.0
7. Sarampión	20	4.8	7. Sarampión	38	7.1
8. Accidentes y Homicidios	21	5.1	8. Influenza	34	6.4
9. Demás Causas	721	174.8	9. Demás causas	1000	187.7
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>1144</b>	<b>217.4</b>	<b>Total</b>	<b>1133</b>	<b>189.1</b>
1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	490	93.1	1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	91.8
2. Anomalías Congénitas	131	24.9	2. Anomalías Congénitas	201	33.6
3. Infección Intestinal Mal Definida	83	15.8	3. Infección Intestinal Mal Definida	60	10.0
4. Neumonía	77	14.6	4. Deficiencias de la Nutrición	35	5.8
5. Tosferina	33	6.2	5. Neumonía	42	7.0
6. Bronquitis, Enfisema y Asma	29	5.5	6. Sarampión	15	2.5
7. Meningitis	28	5.3	7. Meningitis	15	2.5
8. Demás Causas	273	51.9	8. Demás causas	215	35.9
1997			1998		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>1170</b>	<b>172.0</b>	<b>Total</b>	<b>1047</b>	<b>167.9</b>
1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	506	74.4	1. Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal	458	73.5
2. Anomalías Congénitas	293	43.1	2. Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	265	42.5
3. Neumonía	75	11.0	3. Diarreas y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	63	10.0
4. Infección Intestinal Mal Definida	58	8.5	4. Neumonía	45	7.2
5. Otras Desnutrición Proteico - Calórica	49	7.2	5. Accidentes, Agresiones y Otras Violencias	40	6.4
6. Demás causas	189	27.8	6. Demás causas	176	28.2

Fuente: Contraloría General de la República. Año:1998

**Cuadro N° 6: Defunciones Y Tasas De Mortalidad En Los Menores De Un Año Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Años: 1997 y 1998**

Causas	Menores de 1 año											
	1997						1998					
	Total		Masc.		Fem.		Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>1,170</b>	<b>172.0</b>	<b>647</b>	<b>2089.3</b>	<b>523</b>	<b>1776.2</b>	<b>1047</b>	<b>167.9</b>	<b>574</b>	<b>92.1</b>	<b>473</b>	<b>75.9</b>
Ciertas afecciones originadas en el menor de un año	506	74.4	271	875.1	235	798.1	458	73.5	256	41.1	202	32.4
Anomalías congénitas *	293	43.1	165	532.8	128	434.7	265	42.5	143	22.9	122	19.6
Neumonía	75	11.0	48	155.0	27	91.7	45	7.2	21	3.4	24	3.8
Infección Intestinal Mal Definida **	58	8.5	37	119.5	21	71.3	63	10.1	37	5.9	26	4.2
Otras desnutrición proteínocalórica	49	7.2	22	71.1	27	91.7	-	-	-	-	-	-
Accidentes, Agresiones y Otras Violencias	-	-	-	-	-	-	40	6.4	22	3.5	18	2.9
Demás Causas	189	27.8	104	335.8	85	288.7	176	28.2	95	15.2	81	13.0

\* 1998: (Malformaciones Congénita, Deformidades y Anomalías Cromosómicas)

\*\* 1998: Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 1997

Durante el periodo 80-97 se observa un descenso gradual de la mortalidad infantil, en el que destaca el descenso en la tasa de mortalidad postneonatal (descenso porcentual de 35.8%), la cual ha oscilado entre 9.7 y 6.0 defunciones por 1000 nacidos vivos. El riesgo de morir a esta edad ha disminuido 1.6 veces (80-96). Por otro lado, durante el periodo 80-98, el componente neonatal de la mortalidad infantil, también ha presentado un descenso que porcentualmente se estima en 20.0%, con un riesgo 1.3 veces mayor de morir en 1980 que en 1998. En el caso de la mortalidad postneonatal, esta ha sufrido un descenso porcentual del 24.2%, con un riesgo 1.3 veces mayor en 1980 que en 1998. (Cuadro N°7).

Para el año 97, la provincia de Bocas del Toro y la Comarca Kuna Yala, registraron las tasas más elevadas de mortalidad postneonatal y Herrera y Los Santos las más baja,. Para el primer grupo de provincias, los rangos estuvieron entre 17.3 y 22.9 defunciones por 1,000 nacidos vivos; en tanto que para el segundo se ubicaron entre 2.2 y 4.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos. En el 98, el comportamiento de las tasas de mortalidad postneonatal fue similar. (Mapa N° 4)

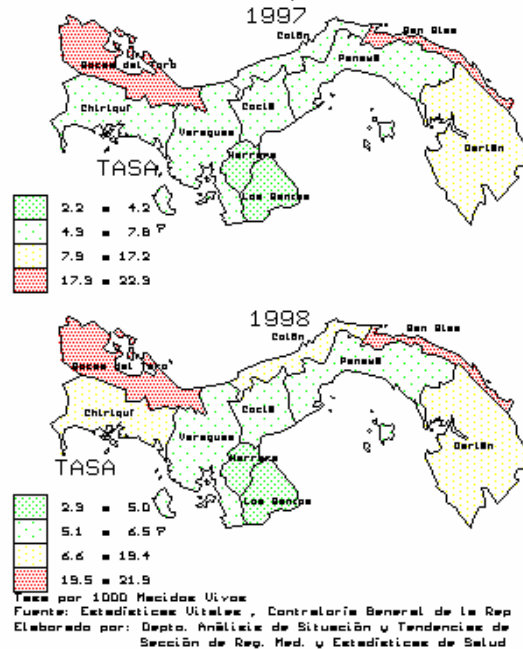
**Cuadro N°7 :Defunciones Y Tasas De Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal. República de Panamá. Años: 1980- 1998 (tasas por 1,000 nacidos vivos)**

Años	Defunciones					
	Infantiles		Neonatales		Postneonatales	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
1980	1144	21.7	634	12.0	510	9.5
1981	1199	22.3	678	12.5	521	9.7
1982	1090	20.0	665	12.2	425	7.8
1983	1128	20.4	637	11.5	491	8.9
1984	1134	20.0	719	12.7	415	7.3
1985	1264	21.8	770	13.3	494	8.5
1986	1117	19.4	663	11.5	454	7.9
1987	1121	19.4	666	11.6	455	7.9
1988	1088	18.6	690	11.8	398	6.8
1989	1047	17.7	681	11.5	366	6.2
1990	1133	18.9	720	12.0	413	6.9
1991	1079	18.0	693	11.5	386	6.4
1992	1032	17.2	713	11.9	319	5.3
1993	1134	19.2	704	11.9	430	7.3
1994	1080	18.0	671	11.2	409	6.8
1995	1029	16.6	658	10.6	371	6.0
1996	1023	16.1	634	10.0	389	6.1
1997	1170	17.2	685	10.1	485	7.1
1998	1047	16.8	596	9.6	451	7.2

Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República. Año: 1997 - 1998

### Mapa N° 4

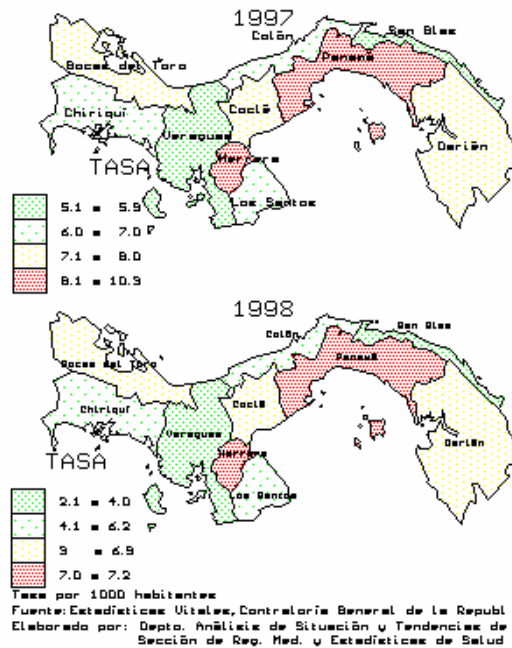
#### TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑOS: 1997-1998



Durante los años 97 y 98, las provincias de Panamá y Herrera concentran el mayor riesgo de morir en la etapa neonatal temprana con rango que varían de 9.1 a 10.5 defunciones por 1,000 nacidos vivos, en 1997 y entre 7 a 7.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos para 1998. Kuna Yala y Veraguas se encuentran en el extremo opuesto y sus tasas para 1997 se encontraban en un rango de 5.1 a 5.9 defunciones por 1,000 nacidos vivos y en 1998 disminuyeron hasta cifras que oscilaron entre 2.1 y 4.0 defunciones por 1,000 nacidos vivos. (Mapa N°5).

Mapa N°5

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑOS : 1997-1998

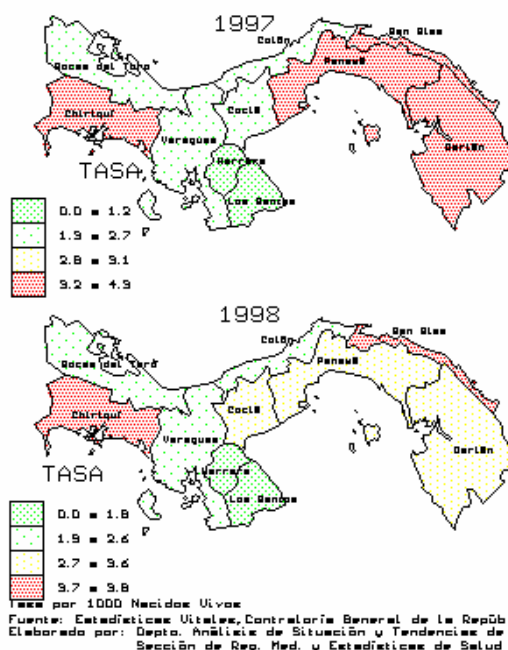


En el caso de la mortalidad neonatal tardía, para 1997 las tasas más elevadas se observaron en las provincias de Darién, Panamá, Chiriquí y en la Comarca Kuna Yala (rangos entre 3.2 y 4.9 defunciones por 1,000 nacidos vivos) y las más bajas en las provincias de Herrera y Los Santos con tasas que se ubicaron entre 0 y 1.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos. Para el año 1998, la provincia de Chiriquí y la Comarca Kuna Yala se mantienen con las tasas de mortalidad neonatal tardía más altas en la República (7 – 7.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos) incrementando porcentualmente el rango de las tasas alcanzadas para 1997, entre un 118.8% y 46.9%. Herrera y Los Santos se mantienen como las provincias con menores tasas de mortalidad neonatal tardía (0 – 1.8 defunciones por 1,000 nacidos vivos). (Mapa N°6 )



Mapa N°6

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDIA,  
 EN LA REPUBLICA DE PANAMA,  
 SEGUN PROVINCIA, AÑOS : 1997-1998



### La Mortalidad Perinatal:

En Panamá, y debido a las características de su perfil epidemiológico es importante analizar también, la mortalidad perinatal que incluye la mortalidad fetal tardía, así como la muerte neonatal precoz, es decir la que ocurre durante los primeros siete días de nacido. Al comparar las tasas nacionales puede decirse que para 1987, el riesgo de morir era 1.42 veces mayor que para el año 1996. Se observa además, paradójicamente, que para todos los años del 87 al 98, la tasa de mortalidad perinatal fue mayor en el área urbana que en la rural, durante todos los años del periodo en estudio, con un riesgo que se mantuvo 1.2 veces mayor para las áreas urbanas, en las cuales la atención profesional del parto es mayor. Es importante determinar si esta situación refleja subregistro de información o implica deficiencias en la calidad de la atención. La provincia de Panamá ha presentado a lo largo del periodo estudiado tasas mayores al promedio nacional; fenómeno similar se ha observado en las provincias de Chiriquí y Coclé. (Cuadro N°8)

Durante los años 90 - 97, entre las principales causas de mortalidad neonatal precoz se cuentan, en orden decreciente, la Hipoxia, Asfixia y Otras Afecciones Respiratorias del Recién Nacido, la Septicemia del Recién Nacido, Crecimiento Lento, Desnutrición e Inmadurez y Traumatismo del Nacimiento, algunas de las cuales, en mayor o menor grado, guardan relación con el consumo de tabaco

durante el embarazo.

Al comparar el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil con las de muertes perinatales por provincia, se observa una relación inversa entre ambas, es decir que en aquellas provincias donde la mortalidad infantil es más baja al promedio nacional la mortalidad perinatal encuentra tasas más elevadas que la infantil; tal es el caso de Herrera y Los Santos. (Cuadros N° 8 y 9)

**Cuadro N°: Tasas De Mortalidad Perinatal Por Año Según Provincia.  
República De Panamá. Años: 1987-1998  
(tasas por 1,000 embarazos)**

Año	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1987	17.5	19.1	16.2	11.6	23.8	14.4	17.5	13.0	16.3	12.6	18.8	16.4	12.2
1988	16.8	18.7	15.3	14.8	24.0	8.8	18.9	14.1	16.3	14.7	17.5	13.8	20.6
1989	17.3	19.8	15.1	13.5	18.9	16.1	18.1	20.1	12.8	11.5	18.7	13.3	21.8
1990	18.1	20.9	17.2	12.9	19.5	22.0	19.9	9.2	16.2	9.6	19.2	15.8	5.7
1991	16.0	18.7	13.9	9.4	19.6	17.3	17.6	17.6	15.2	10.2	17.9	7.9	7.0
1992	17.2	18.9	15.6	13.1	19.6	15.0	17.9	15.5	18.1	11.9	18.8	13.2	13.5
1993	16.9	19.8	14.1	10.6	18.4	14.2	15.1	12.9	17.2	11.0	20.0	12.9	13.7
1994	16.8	19.0	14.6	13.6	14.9	20.0	16.1	13.1	12.5	14.4	18.3	11.7	14.9
1995	15.1	16.8	13.6	13.4	17.5	14.3	12.5	18.4	18.3	20.3	15.5	14.6	13.9
1996	14.5	--	--	15.8	13.4	13.4	15.7	18.0	15.3	16.2	14.7	12.0	13.9
1997	13.5	14.1	12.7	11.1	14.2	12.4	11.1	14.1	14.6	12.3	14.3	13.7	16.6
1998	12.3	14.0	11.2	12.9	12.1	6.2	12.6	10.7	14.4	13.2	14.1	7.7	6.5

Fuente: Contraloría General de la República. Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 1999

**Cuadro N°9: Tasas De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia.  
República De Panamá. Años: 1984-1998  
(tasas por 1,000 nacidos vivos)**

Año	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1984	20.0	19.7	20.3	26.0	19.5	27.0	21.2	18.7	14.3	17.9	18.2	20.1	24.0
1985	21.8	20.5	23.0	36.4	23.9	24.4	21.7	21.1	16.7	21.6	19.3	23.6	16.3
1986	19.4	18.1	20.5	33.7	23.2	22.8	21.1	26.9	14.0	17.6	16.4	17.0	15.3
1987	19.4	19.4	19.5	27.3	23.2	15.7	21.0	18.4	18.6	10.7	18.7	18.5	21.2
1988	18.6	18.9	18.4	31.2	19.6	15.1	20.4	18.7	12.3	7.8	18.0	16.7	25.8
1989	17.7	17.6	17.9	26.4	18.7	19.8	19.9	16.8	12.0	11.5	16.4	12.5	34.3
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.8	10.6	9.0	17.1	16.5	32.6
1991	18.0	19.3	16.9	24.8	18.6	25.5	18.3	21.1	16.2	6.2	17.9	9.5	18.5
1992	17.2	18.8	15.7	17.9	19.7	21.9	15.9	15.7	11.9	10.5	17.4	16.3	16.4
1993	19.2	20.1	18.2	31.6	16.5	23.1	16.8	26.8	15.0	11.0	19.7	12.8	23.5
1994	18.0	18.0	18.0	28.3	16.7	25.0	18.9	14.9	9.9	10.3	17.1	14.0	30.1
1995	16.6	17.9	15.4	27.0	17.1	15.0	14.4	26.5	11.8	10.3	16.9	15.5	14.9
1996	16.1	16.0	16.2	20.8	14.1	18.5	17.4	21.1	14.9	14.0	15.3	12.1	32.7
1997	17.2	14.7	19.9	26.0	16.9	19.3	20.0	25.5	11.1	13.7	15.2	14.0	29.0
1998	16.8	15.2	18.4	32.4	15.8	13.9	18.0	18.2	11.9	8.6	16.8	8.8	26.2

Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2000

## La Mortalidad Materna

Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto causan la muerte de más de medio millón de mujeres en el mundo cada año y dejan a muchas otras con problemas grandes y permanentes de salud. La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad que afecta a la mujer en la sociedad, de su acceso a servicios de salud, de nutrición, sociales y a posibilidades económicas.

Al igual que la mortalidad general e infantil, desde la década de los 60 y paralelo a los avances en el desarrollo económico, la educación, saneamiento básico y salubridad, los avances en el campo científico y tecnológico han contribuido al descenso notorio de la tasa de mortalidad materna de cifras alrededor de 200 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos a las tasas actuales que oscilan a partir de 1980 entre 50 y 80 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, lo cual refleja un descenso porcentual del 60-75%.

La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 60-97, por un descenso de 2,0 muertes x 1,000 N.V. a cifras de 0.6, que reflejan una diferencia porcentual de 70%. (Cuadro N° 10). Durante el periodo 1980 a 1997 se ha mantenido estable, con valores que oscilan entre 50 a 80 por 100,000 nacidos vivos. Panamá está clasificado a nivel internacional en el grupo III de países con una tasa alta de Mortalidad Materna. Las muertes maternas representan el 5.7% de las defunciones en la población femenina en edad fértil y estas, el 13.9% del total de muertes en la población femenina.

La toxemia y la hemorragia se alterna en las primeras posiciones como causas específicas de mortalidad materna durante los últimos 10 años. En 1995 la primera causa de muerte materna fue la hemorragia seguida de la toxemia; en tanto que para 1996, las primeras causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del puerperio, seguidas de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (toxemia).

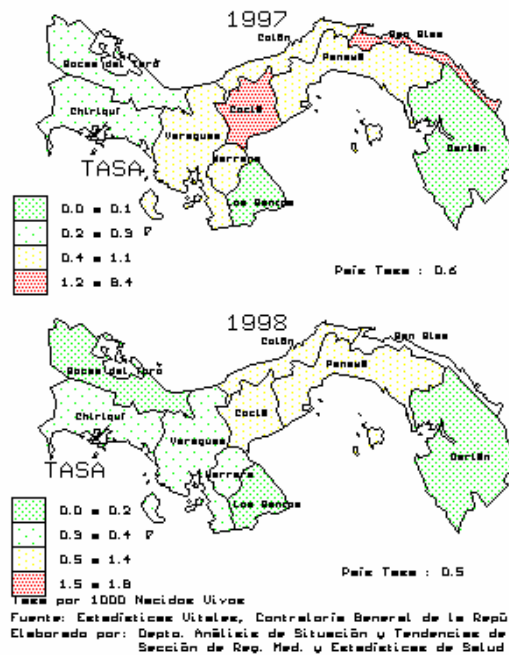
A partir de 1993 se inicia progresivamente la organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna la cual es declarada de notificación e investigación obligatoria a través del Resuelto N° 49 del 7 de mayo de 1998.

Durante el año 1997, el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, efectuó una auditoria de casos de muertes ocurridas a la población maternal, que luego de intercambio de información con la Contraloría General de la República permitió consignar información epidemiológica en relación con 39 casos. Se auditaron 26 de los casos (63.4%) y se efectuaron 8 autopsias verbales las cuales indagan sobre los antecedentes que precedieron a la muerte (19.5%). De las 41 muertes totales se excluyeron dos por no considerar que sus causas se relacionaban con el embarazo. El estudio de los 39 casos da evidencia de:

- El 61.5% de las muertes maternas se originaron en el área rural (61.%) y 20.5% en las sub-urbanas o marginales (8 casos). Es decir, que el 82.0% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres residentes en áreas de mayor postergación.
- El 60% de la muertes maternas afectaron a la población entre 20 y 34 años; principalmente al grupo de 20 -29 años con el 51.3% seguidas del grupo de mujeres mayores de 35 años con 23.1% de las muertes. En el otro extremo de riesgo (embarazadas de 15-19 años) ocurrió el 15.4% de las muertes. Entre ambos grupos de edad considerando como de mayor riesgo ocurrió el 38.5% de las muertes maternas.
- El mayor número de casos procedía de la Comarca Kuna Yala (23.1%), región que ocupa el primer lugar en incidencia de muertes maternas desde hace más de una década. La Provincia de Panamá, que incluye a cuatro regiones de salud, registró el 35.8% y 10.3% de Coclé. Los 11 casos restantes se distribuyeron en el resto del país.
- El porcentaje de mortalidad materna más alto (46.0%) se registró en la Provincia de Panamá, en donde se sumó a su casuística propia (35.8%) un 13.1% procedente de otras provincias del país, específicamente de Coclé, Colón, Herrera y Kuna Yala. Kuna Yala y Colón con 20.5% y 10.3%, respectivamente. Es importante destacar que, en el caso de Panamá, aparecen registradas muertes procedentes de otras áreas (Coclé, Colón, Herrera y Kuna Yala) debido a que la muerte se consigna en el lugar de ocurrencia y no en el de procedencia. Los casos registrados de Panamá arrojan un porcentaje de 38.5%. (Cuadro N° 10 – Mapa N° 7)
- La Comarca Kuna Yala tuvo la tasa más elevada de 7.4 muertes por 1000 nacidos vivos, seguida de Colón con 0.68 por 1000; Coclé con 0.59 y Panamá con 0.56 defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos. En la mencionada comarca la magnitud de la tasa se explica por el registro de 8 casos en una población en donde se dieron 1,075 nacidos vivos.
- En relación con el lugar de ocurrencia de la muerte, puede identificarse que el 53.8% (21 pacientes) fallecieron en un hospital, no ocurrieron muertes en instalaciones de la red primaria; por lo que el 46.2% restante de las muertes ocurrieron extrahospitalariamente (casa, transporte, otros).
- Un 43.6% (17) de los partos no fue atendido por un profesional de la salud, de los cuales el 25.6% ocurrió en casa y se asume fue atendido por un familiar, 12.8% (5 casos) fue atendido por una partera empírica y 5.1% no recibió ningún tipo de atención. El 56.4% restante fue atendido por un médico o una enfermera (21 partos y 1, respectivamente).
- La Hemorragia, fue principal causa específica de muerte materna con un 38.4%. Al desagregar estas 15 muertes se identificó que 8 de ellas se dieron en el postparto y 7 en el tercer trimestre del embarazo. Como segunda causa de muerte se ubican los Trastornos Hipertensivos del Embarazo con 17.9% (7 muertes) y el 10.3% se relacionaron con el Aborto. El resto de las causas de muertes maternas se registradas fueron la sepsis, embolia de líquido amniótico, complicación anestésica, parto obstruido, e hígado graso del embarazo, entre otros.

Mapa N° 7

TASA DE MORTALIDAD MATERNA,  
 EN LA REPUBLICA DE PANAMA,  
 SEGUN PROVINCIA, AÑOS: 1997-1998



- El fallecimiento ocurrió en el puerperio en el 59.0% (23 casos), un 25.6% en el parto y 5.1% durante el embarazo. El 79.5% de las muertes se dio en mujeres que habían llegado hasta el tercer trimestre del embarazo.
- Es importante resaltar que el 64.1% de las defunciones maternas no habían sido precedidas por un control prenatal satisfactorio, toda vez que el 56.4% no habían tenido control alguno y en 7.7% de los casos había sido insuficiente. En tanto que el 12.8% tuvo un buen control prenatal. Sólo en 19 casos se registró información relacionada con la paridad, indicándose que 10 eran primigestas (25.6%), 2 tenían antecedentes de 2 ó 3 embarazos y 7 reportaron 4 ó más embarazos; del 51.3% restante se carecía del dato.
- En un 41.0% de los casos el embarazo había terminado por parto vaginal (16), seguidos de las cesáreas y abortos con 20.5 y 10.3% respectivamente. Para un 17.9% de los casos se consignó en los registros como embarazos ectópicos, partos obstruidos y otras complicaciones del tercer trimestre, en los cuales la defunción ocurrió antes de que se diera el parto. Para el 10.3% restante se carecía del dato.

Para el año 98, la tasa de mortalidad materna fue de 0.7 defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos. La Comarca Kuna Yala continua presentando las tasas más elevadas, aunque disminuyeron a la mitad de las cifras alcanzadas en 1997. Las

provincias de Bocas del Toro, Los Santos y Veraguas incrementaron su tasa de mortalidad materna para 1998, en relación con el año 1997.

**Cuadro N° 10: Defunciones y Tasas de Mortalidad Materna por Provincia.  
República de Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997  
(por mil nacidos vivos)**

Provincia	Años											
	1960		1970		1980		1990		1997		1998	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>Total</b>	85	2.0	72	1.4	37	0.7	32	0.5	42	0.6	41	0.7
<b>Bocas del Toro</b>	1	0.7	1	0.5	1	0.4	2	0.6	1	0.2	4	1.1
<b>Coclé</b>	18	4.6	8	1.6	7	1.6	4	0.8	6	1.2	3	0.6
<b>Colón</b>	9	2.8	8	1.6	6	1.2	3	0.6	5	0.9	2	0.4
<b>Chiriquí</b>	17	2.2	17	1.9	4	0.5	8	0.9	3	0.3	5	0.6
<b>Darién</b>	3	3.9	4	4.3	1	1.5	-	-	-	-	-	-
<b>Herrera</b>	2	0.8	2	0.7	1	0.4	1	0.4	1	0.4	-	-
<b>Kuna Yala</b>	-	-	-	-	-	-	1	1.0	9	8.4	5	4.7
<b>Los Santos</b>	8	3.1	1	0.4	3	2.0	-	-	-	-	2	1.6
<b>Panamá</b>	6	0.4	16	0.8	5	0.2	7	0.3	15	0.5	14	0.5
<b>Veraguas</b>	21	3.6	15	2.5	9	1.6	6	1.0	2	0.4	6	1.2

Defunciones por complicaciones del embarazo, parto y estado puerperal.

Darién: omisión del registro en 1997.

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas. MINSA.

## El Aborto Y La Mortalidad Materna

A nivel mundial para 1990, el aborto en malas condiciones fue la causa del 13% de las muertes maternas. Se estima que ocurren 70,000 muertes maternas asociadas a abortos en malas condiciones, 600 en países desarrollados y 69,000 en los menos adelantados.( FNUAP-1997).

El aborto asociado a la mortalidad materna es un grave problema, ocupa en la Región Latinoamericana, el primer lugar como causa de muerte materna en ocho países y en dos más, ocupa la segunda posición. En América Latina y el Caribe se estima que ocurren 6,000 muertes maternas por aborto. ( FNUAP-1997).

Complementario a lo antes descrito, puede mencionarse que en 1998, un grupo de trabajo MINSA-CSS efectuó una revisión de las causas de muerte materna (n=220), utilizando la base de datos de la Contraloría General de la República para el periodo 92-96. Esta investigación indicó que:

- cuatro de las muertes eran no relacionadas
- la hemorragia fue la primera causa específica de muerte materna con un total de 41 casos (18.9%).
- los trastornos hipertensivos del embarazo ocuparon el segundo lugar con 32 casos ( 14.7%).

- la Sepsis y el aborto se ubicaron en el tercer y cuarto lugar, con 28 muertes (12.9%) y 13 defunciones (6%) como causa específica de muerte materna, respectivamente.
- en ocho de los casos la hemorragia provocada por el aborto causó la muerte de la embarazada y que en cinco de las defunciones un aborto infectado provocó la misma.
- hubo 25 casos (11.5%) agrupados dentro de Otras causas obstétricas directas y,
- en 39 de las muertes maternas (18%) las causas obstétricas indirectas fueron las causantes de la defunción.
- en 46 defunciones maternas se desconocía la causa (21.2%). La mayoría fueron muertes domiciliarias.

### **El Aborto: Magnitud Del Problema Y Marco Legal**

Uno de los principales problemas que afecta la gestación y por tanto, la salud del binomio madre - hijo es el aborto provocado, cuya magnitud es difícil de medir con exactitud. Según el Boletín Médico del IPPF de Junio del 95, los estimados mundiales indican que se realizan entre 33 y 55 millones de abortos cada año, de los cuales de 26 a 31 millones se llevan a cabo bajo circunstancias legales.

Según las Naciones Unidas, para 1982, la situación jurídica del aborto era la siguiente:

- en el 10% de los países del mundo el aborto es prohibido sin excepción alguna;
- en el 18% se permite para salvar la vida de la mujer embarazada;
- en el 8% el aborto era permitido cuando mediaban motivos médicos amplios para evitar una amenaza a la salud de la mujer, razones genéticas o fetales y motivos jurídicos como violación o incesto;
- en el 25% de los países se toman en cuenta razones sociales y médico sociales y,
- en el 39% se permite el aborto a petición, sin especificar motivos y limitado generalmente al primer trimestre. (Ramos)

La posición de Panamá, en relación con el aborto inducido, es invariable y se centra en que en ningún caso se debe promover el aborto como un método de planificación de la familia, por ende lo rechaza como tal. (El Cairo, Egipto. Sept. 1994)

El Código Penal de Panamá no define lo que se entiende por aborto, sin embargo tipifica el aborto inducido como ilegal y especifica que sólo es legal cuando las causas que los explican sean las establecidas en la misma ley penal. Esta legislación, señala a la vez, los tipos de aborto que son sancionados y cuales no son punibles. (Ramos)

La legislación panameña tipifica los abortos legales, considerando los siguientes criterios:

1. **Cuando median causas graves de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción.** El mismo debe contar con el debido consentimiento de la mujer (Ramos) y con la autorización de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico creada por el artículo 144 de la Ley 18 del 22 de septiembre de 1982. (Zeballos, 1990-1995)
2. **Cuando median causas jurídicas,** tales como concepción producto de una violación carnal, debidamente acreditada. En este caso el aborto debe practicarse dentro de los dos primeros meses de embarazo y contar con el consentimiento de la madre (Ramos).

En ambas excepciones se determina que el aborto debe ser practicado por un médico en una instalación estatal de salud.

La legislación panameña establece que, el bien jurídico protegido de este delito es la vida de la persona que está por nacer y en algunos casos la de la madre, cuando se trata de un aborto no consentido o no deseado. (Miller, Pérez y Bermúdez CLADEM 46). Este delito se castiga con prisión, tanto para la madre que otorga el consentimiento como para quien lo provoca.

### **Situación Del Aborto Por Indicación Médica En Panamá**

La Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico lleva el registro de las solicitudes recibidas, de los casos aprobados y rechazados y de las patologías o circunstancias por las cuales se solicita el procedimiento.

Desde el año 1990 hasta abril del 2000, se tramitaron 215 solicitudes de las cuales se aprobaron 140 (65.1%). Las indicaciones utilizadas para la aprobación de estos abortos, en orden de frecuencia, fueron:

- la infección por rubéola en el 1er trimestre de gestación (56.4%),
- las malformaciones congénitas (12.1%),
- la infección por el VIH/SIDA (9.3%), los tumores malignos (7.8%),
- la toxoplasmosis aguda (6.4%) y,
- cardiopatías, fibrosis pulmonar idiopática y otras (6.3%)

(Zeballos 1990 - 2000)

### **Incidencia Del Aborto Inducido**

La incidencia del aborto se mide, generalmente, en tasas que indican el número de abortos por población o por proporción que relaciona el número de abortos con el número de nacimientos o embarazos. Por las características de legalidad - ilegalidad de este proceso la obtención de un dato confiable es difícil, sin embargo, en los países en donde el aborto es legal y existe ese tipo de servicios,



se dispone de datos epidemiológicos sobre el tema. (Rosenfield y Fathalla; OPS-OMS)

En la mayoría de los países no se cuenta con cifras reales del número de abortos que ocurren cada año, pero se conoce un poco mejor el número de mujeres que demandan atención institucional por esta causa. El aborto contribuye hasta con el 25% de la morbilidad hospitalaria. Las dificultades de obtener los datos han llevado a la necesidad de utilizar métodos directos e indirectos que permitan medir su magnitud. Con base a la aplicación de estos métodos se calcula, que por cada muerte materna en la Región, ocurren 130 a 160 abortos inducidos. (OPS- OMS, 1996).

Diversos estudios realizados en Panamá han presentados cifras estimadas sobre el aborto inducido en Panamá. En la Encuesta de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar de 1984, aplicada a un total de 7588 mujeres de 15 a 44 años, el 12.9% declaró haber tenido uno o más abortos. Entre las mujeres de 40 a 44 años, una de cada cuatro había tenido un aborto. Sólo el 6.2% de las encuestadas reconoció que se trató de un aborto inducido. ( MINSAL - 1984)

En una revisión de 3477 expedientes clínicos en centros hospitalarios públicos y consultorios privados en el área metropolitana de la ciudad de Panamá, desde 1964 hasta 1986, se determinó que el 80% de los abortos fueron inadecuados o provocados. (Miller., Pérez y Bermúdez - CLADEM 46)

En 1964 J. Lavergne reporta en un estudio una incidencia de aborto inducido del 34% y en 1978, Moreno Arosemena en un estudio realizado en el Hospital Santo Tomás registró que el 53.5% de las pacientes declaró inducido el aborto. En un segundo estudio realizado por el mismo autor en 1990 en 1158 casos, el 26.6% de las pacientes manifestó que utilizaron métodos abortivos y en un 33.2% adicional existían criterios clínicos para clasificar el aborto como sospechoso, lo cual sumado da una cifra estimada de 59.8%. (Moreno A.)

Durante el periodo 90-95, los egresos por aborto en relación al total de egresos obstétricos en las instituciones de salud han sufrido un aumento significativo ( $p=0.000$ ), que se traduce en un aumento importante en el volumen de trabajo, necesidades de personal, uso del salón de operaciones y de los costos para las instituciones de salud. Durante los años 96 y 97 se presenta un descenso de esta proporción para volver a repuntar en 1998. (Cuadro N° 11).

El estudio realizado por Moreno Arosemena indicó que el 59.8% de las pacientes atendidas, en el Hospital Santo Tomás, manifestaron o tenían signos de haberse practicado un aborto. Por ser el Hospital Santo Tomás, un hospital de ámbito nacional, que maneja el 25% de la atención obstétrica del país, cuya población de referencia específica concentra aproximadamente al 50% de la población total, es posible hacer un ejercicio matemático que permita proyectar el porcentaje estimado de abortos inducidos. Si se toman como base el total de

defunciones fetales tempranas e intermedias registradas en 1995 (7541 casos), se estiman en 4509 los abortos inducidos, para ese año.

**Cuadro N°11. Egresos En Los Servicios De Gineco-Obstetricia Y Porcentaje de Egresos Por Aborto. República de Panamá. Años: 1990 - 1998**

Años	N° de Abortos	Egresos Gineco-Obstétricos	%
1990	4129	57,712	7.2
1991	4665	59,625	7.8
1992	5288	59,349	8.9
1993	6450	56,048	11.5
1994	8370	65,592	12.7
1995	7678	64,419	11.9
1996	6606	67,652	9.8
1997	6485	68,484	9.5
1998	6708	61,042	11.0

Fuente: Departamento Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Sección de Registros Médicos y Estadística.  
 Año:2000

Según la Encuesta de Salud Materno Infantil del año 1984, cuatro de cada 5 mujeres (80%) que declararon haber tenido un aborto inducido o espontáneo solicitaron atención médica y el 79% requirió hospitalización. Asumiendo que el 20% de las pacientes no acude a una institución de salud, se estima que 902 casos no llegaron a ser atendidos en una institución de salud lo cual aumenta la cifra estimada a 5410 para el año 1995. Aplicamos igual porcentaje, los abortos espontáneos que no reciben atención institucional aumenta en 606 casos, para un total de 3638. La sumatoria de los abortos inducidos más los espontáneos, estima el total de abortos en 9048, para 1995.

La sección de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA ha estimado en 31% el subregistro de abortos, considerando que para los años 1990 y 1998, se registraron 4129 y 6708 defunciones fetales, respectivamente, puede ajustarse el número de defunciones a 5984 y 9729 defunciones, respectivamente. Estas cifras indican un incremento de 3,736 defunciones fetales ajustadas al comparar los años 90-98.(Cuadro N° 12). (Zeballos)

Cuadro N°12. Abortos Registrados y Estimados.  
República de Panamá. Años: 1990 - 1998

Años	Abortos Registrados	Abortos Estimados
1990	4129	5984
1991	4665	6759
1992	5288	7662
1993	6450	9347
1994	8370	12128
1995	7678	11126
1996	6606	9572
1997	6485	9398
1998	6708	9720

Fuente: El Aborto. Aspectos Conceptuales, Marco Legal, Incidencia. Situación en Panamá. Año: 1998

Los casos de muerte fetal registrados por la Contraloría General de la República, durante el periodo 1983 - 1995, indican un incremento progresivo de los mismos, así como de la tasa de Mortalidad Fetal, que es más evidente a partir del año 1990, cuando de 94.5 defunciones por 1,000 nacidos vivos alcanza valores hasta de 130.4 en 1995. A partir del año 96 y hasta 1998 se presenta una ligera tendencia al descenso que es sostenida en algunas provincias con excepción de las de Bocas del Toro, Chiriquí, Colón, Herrera, Panamá y Veraguas. (Cuadro N° 13).

**Cuadro N°13. Número Y Tasas De Defunciones Fetales.  
República de Panamá. Años: 1990 - 1998  
(tasas por 1,000 Nacidos Vivos)**

Años	República		Bocas del Toro		Coclé		Colón		Chiriquí		Darién		Herrera		Kuna Yala		Los Santos		Panamá		Veraguas	
	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
1983	5174	96.7	67	28.5	295	66.7	433	91.6	724	94.9	34	35.9	136	61.5	13	39.6	87	57.5	3080	128.9	305	55.4
1984	5413	99.0	64	25.9	336	73.6	449	98.4	794	100.8	41	41.1	149	62.9	28	73.9	131	87.0	3043	125.0	378	66.5
1985	5238	94.5	117	46.3	314	70.2	416	85.9	731	92.2	59	57.3	164	72.2	14	41.5	120	78.4	2923	116.8	380	69.2
1986	5505	99.9	160	58.8	330	77.2	462	100.4	829	103.8	34	31.0	164	71.6	7	22.1	122	82.6	2951	117.3	446	86.4
1987	5310	96.4	183	72.9	339	77.0	474	103.1	777	99.9	49	45.0	152	69.1	10	29.9	118	78.6	2893	114.2	315	59.0
1988	5531	99.1	152	58.7	291	64.2	452	91.0	799	99.6	49	45.2	193	87.9	22	61.8	139	98.2	3056	120.4	378	71.6
1989	5690	100.3	156	56.5	306	66.5	547	108.2	788	98.2	78	69.9	182	84.0	23	54.5	97	65.5	3076	119.9	437	80.4
1990	5441	94.5	163	60.4	333	70.5	525	103.9	899	107.7	53	50.3	165	73.0	11	32.4	104	71.6	2803	108.0	385	67.8
1991	5910	102.8	163	60.9	405	82.6	647	129.1	806	100.0	54	47.5	202	93.8	9	23.5	150	102.7	3104	118.8	370	66.2
1992	6791	116.2	230	69.4	400	84.0	854	186.7	889	107.4	87	77.3	212	97.2	28	30.4	119	83.6	3618	138.0	354	62.7
1993	7923	136.2	226	74.0	437	90.3	1108	246.2	957	112.6	83	73.8	218	102.2	28	24.2	165	121.4	4320	169.9	381	71.5
1994	8638	146.4	288	94.5	450	98.2	990	221.0	1054	118.1	103	86.6	277	124.6	30	28.3	169	116.6	4910	183.3	389	72.6
1995	7979	130.4	278	89.9	406	80.6	811	166.5	1012	109.5	70	63.0	347	164.2	29	27.7	156	114.8	4520	159.9	350	69.7
1996	7038	111.0	240	68.5	415	82.2	749	131.8	859	97.2	78	78.5	318	148.3	23	26.8	121	93.9	3812	127.3	423	82.9
1997	6940	109.1	238	91.8	400	78.4	715	122.4	884	107.3	45	44.9	263	117.1	17	24.2	201	137.4	3802	119.2	375	71.8
1998	6953	119.9	260	124.7	319	63.7	742	142.9	970	118.1	29	31.4	243	125.9	18	16.8	123	96.5	3860	132.9	389	79.4

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2,000

El aumento observado en las defunciones fetales a partir de 1990, registrado por Contraloría no coincide con los datos de los egresos hospitalarios por aborto, registrados por las diferentes Regiones Sanitarias y por las Instituciones Hospitalarias de III Nivel, pues los registros consignados en estas últimas registran, en general, un menor número de egresos por esta causa. En 1995 se registraron en el Hospital Santo Tomás 2879 casos de aborto correspondiente a un 18% del total de los nacidos vivos; estas cifras descendieron en 1996 a 2282 (13%) y en 1997 se reportan 2203 casos (12.3%). El informe de evaluación Materno Infantil de la Región de Colón para 1997 reporta un descenso del número de abortos de una cifra de 1,011 en 1994 a 843 en el año 1995, 640 en 1996 y 655 en 1997. Para este último año la proporción de abortos en esta Región es de 11.9% del total de nacidos vivos. Esta situación sugiere la omisión de datos en el proceso de registro en la red pública de salud o bien la atención del problema en instalaciones de la red privada de salud.

Se destaca el hecho que, el aumento observado de las defunciones fetales contrasta con el comportamiento, más bien estable, en el número de nacidos vivos en el país y en las provincias.

Por otro lado, el comportamiento de las defunciones fetales tardías se mantiene estables (Cuadro N°14), por lo cual se deduce que la tendencia al aumento de las defunciones fetales, se debe a un incremento en la incidencia de abortos, indistintamente de la fuente de información. (Cuadro N° 18). Durante el período de 1991 a 1998, en promedio, el 90.3 % de las defunciones fetales ocurrieron en embarazos de menos de 5 meses de gestación. Al comparar la proporción de defunciones fetales en menores de 5 meses, durante el periodo 91s-98, existen diferencias significativas (p.= 0.000) (Cuadro N°15).

**Cuadro N° 14: Defunciones Fetales Tardías Por Provincia.  
República De Panamá. Años: 1983-1996.**

Indicador	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1983	457	22.0	237	18	53	15	71	8	15	6	228	36	7
1984	442	22.9	213	23	52	14	69	9	16	11	212	31	5
1985	428	..	--	11	43	27	72	8	18	8	203	33	5
1986	421	..	---	31	52	14	76	6	14	12	177	34	5
1987	471	..	--	28	58	41	69	12	13	9	194	43	4
1988	442	196	246	30	57	17	66	12	16	16	188	32	8
1989	462	225	237	20	45	34	67	14	16	4	214	40	8
1990	544	267	277	23	54	41	92	6	18	5	251	52	2
1991	396	183	213	19	50	9	60	9	12	8	199	28	2
1992	458	73	5	30	45	15	81	12	25	4	202	34	10
1993	433	216	217	22	46	13	74	9	19	5	200	40	5
1994	482	262	220	30	36	29	73	9	18	12	231	35	9
1995	438	200	238	19	43	33	60	9	21	18	186	36	13
1996	435	375	60	41	30	10	82	8	18	8	189	43	6
1997	411	209	202	21	37	26	43	11	16	3	198	46	11
1998	343	207	159	22	25	6	53	5	14	9	178	27	4

Fuente: Contraloría General de la República.

**Cuadro N°15 Defunciones Fetales En Productos De Menos de 5 Meses de Gestación  
República de Panamá. Años: 1990 - 1998**

Años	Total	Menos de 5 Meses	%
1991	5910	5232	88.5
1992	6791	6100	89.8
1993	7923	7176	90.6
1994	8668	7851	90.6
1995	7979	7270	91.1
1996	7038	6315	89.7
1997	6940	6257	90.2
1998	6868	6334	92.2

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 1999

Una hipótesis de trabajo se orienta hacia las mejoras en el registro del dato sobre los abortos, pues antes de 1990 no era práctica común en las instalaciones de salud, el llenado sistemático de un certificado de defunción para todos los casos de aborto, independientemente de la edad gestacional. En la medida en que esta práctica se ha implementado, el número de abortos parece aumentar rápidamente.

A fin de probar esta hipótesis se revisaron los datos estadísticos provenientes de los Registros Médicos y Estadísticos de los Niveles Central y Regional del MINSA, de los años 1986 hasta 1996, y se compararon con los datos provenientes de la Contraloría General de la República. Además se encuestaron todas las instalaciones de Salud con atención obstétrica, acerca del uso que se da al Certificado de Defunción Fetal y el año a partir del cual se utiliza de forma sistemática en todos los casos de muerte por esta causa, independientemente de la edad gestacional. (Cuadro N° 16).

**Cuadro N°16. Egresos Por Aborto En Instalaciones Oficiales Según El Dato Obtenido De Registros Médicos Y Estadísticos Del Nivel Central del MINSA. República de Panamá. Años: 1989 - 1990**

Años	República	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá*	Veraguas	Kuna Yala
1989	4953	167	214	392	737	31	232	78	2486	38	21
1980	4652	159	227	396	788	30	181	85	2164	35	4
1991	4655	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1992	5288	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1993	6725	238	375	--	928	60	265	127	3880	75	15
1994	8382	285	454	1011	979	92	322	111	4133	80	29
1995	7678	254	390	843	961	63	289	127	3851	82	16
1996	6606	187	328	680	915	65	271	95	3079	124	21
1997	6485	137	338	655	1086	23	274	112	2998	74	11
1998	6708	241	264	715	938	79	271	85	3285	234	19

\* Incluye HST y CMHCSS

Fuente: Registros Médicos y Estadística. MINSA.

Al comparar los datos que surgen como producto de tres fuentes de información (Contraloría General de la República, MINSA-Regional y MINSA.Central), se determinó que existen deficiencias importantes en los procesos de registro de los datos colectados sobre defunciones fetales, abortos y defunciones fetales tardías. Entre estas deficiencias se cuentan la ausencia de datos para determinados periodos, el sub registro y la duplicidad de registros. La duplicidad en los registros, quizás, relacionada con errores de concepto, toda vez que en ocasiones sólo se registraron los abortos y no las muertes fetales intermedias y tardías o bien, las mismas se suman más de una vez. (Anexo N° 1)

La comparación hace evidente la diferencia en las cifras obtenidas por el Nivel Central y las registradas en el Nivel Regional. Puede mencionarse que al hacer el ejercicio de agregar las defunciones fetales intermedias y tardías, a las cifras reportadas de abortos y compararlas con las cifras de la Contraloría, la diferencia entre ambas fuentes disminuyó en forma importante, lo cual refuerza la impresión de que existen deficiencias en el proceso de registro relacionadas con errores de definición de conceptos y deficiencias en la sistematización del registro de casos.

Una de las dificultades que influye en la calidad del dato, es el inicio tardío en el uso del Certificado de Defunción Fetal para todos los casos independientemente de la edad gestacional, no es una práctica establecida en muchas Regiones e instituciones de Salud y que, aquellas que lo hacen, reportan que iniciaron esta práctica en fechas diferentes, aunque la mayoría lo hizo a partir de 1990. (Cuadro N° 17)

**Cuadro N°17. Uso del Certificado de defunción Fetal Por Región De Salud República de Panamá. Años: 1986- 1997**

<b>REGION DE SALUD</b>	<b>AÑO DE INICIO DEL USO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL</b>
Bocas del Toro	No lo utiliza
Coclé	1991
Colón	No lo utiliza sistemáticamente
Chiriquí	1993 (José Domingo De Obaldía y Oriente Chiricano)
Darién	No lo utiliza sistemáticamente
Herrera	DFT
Los Santos	Gerardino De León: No lo utiliza sistemáticamente Luis H. Moreno: DFT Hospital Regional de Tonosí: 1987
Panamá	Hospital Santo Tomás: 1991 Complejo Metropolitano. CSS: No lo utiliza sistemáticamente Panamá Este: S/D Nicolás Solano: 1995
Veraguas	Hospital de Santiago: 1992 Hospital de Soná: S/D
Kuna Yala	1974

Puede decirse, que independientemente de la fuente de información y sus diferencias, el comportamiento es el mismo, y demuestra un aumento que varía entre 1.0 y 3.5%, al comparar los años 88 y 98. (Cuadro N° 18). Ahora bien, el análisis del comportamiento de la tasa de aborto entre los años 89 y 98 (años con datos disponibles para las tres fuentes de información) indicó diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon las 3 fuentes, tanto para el año 89 como para el 98 ( $p=0.000$ ). Cuando se compararon entre sí las fuentes del MINSA (nivel central y nivel regional) no hubo diferencias estadísticamente significativas (85-98). De igual forma se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las tasas 89 y 95 en cada una de las fuentes ( $p=0.000$ ), esta situación es coincidente al comparar las tasas regionales 89 – 98, excepción hecha a la comparación de las tasas regionales donde no hubo diferencias significativas. Estos resultados indican la existencia de un incremento significativo de la tasa de aborto hasta 1998.

**Cuadro N°18. Razón de Aborto Según Fuente de Información  
República de Panamá. Años: 1988- 1995  
(razón: número de abortos/100 Nacidos Vivos)**

Fuente de Información	Variable	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Contraloría General de la República ***	Nacidos Vivos	58459	59069	59904	60080	59905	59191	59497	61939	63401	68029	62351
	Abortos	5089	5228	4897	5514	6333	7490	8136	7541	7038	6940	6953
	Tasa de Abortos	8.7	8.9	8.2	9.2	10.6	12.7	13.7	12.2	11.1	10.2	11.2
Nivel Central del MINSA	Nacidos Vivos	--	39987	41485	42518	40917	46330	47764	50524	38232	40721	35987
	Abortos	4208	4953	4652	4655	5288	6725	8382	7678	4640	4698	5136
	Tasa de Abortos	--	12.3	11.2	11.0	12.9	14.5	17.5	15.2	12.1	11.5	14.3
Nivel Regional del MINSA	Nacidos Vivos **	--	35736	36962	42518	40917	46330	47764	50524	38232	40721	35987
	Abortos *	4522	4681	4428	5229	6485	7643	7272	7858	4640	4698	5136
	Tasa de Abortos	--	13.1	12.0	12.3	15.8	16.5	15.2	15.6	12.1	11.5	14.3

\*\*\* Excluye la muertes fetales tardías.

\*\* Excluye Bocas del Toro y Coclé (años 89 y 90)

\* Excluye Bocas del Toro y Coclé (años 88, 89 y 90)

Fuente: El Aborto: Aspectos Conceptuales, Marco Legal, Incidencia, Situación en Panamá.

Como algunas de las causas que pueden estar incidiendo en el incremento del número de abortos se cuentan los cambios en las prácticas y conductas sexuales de la población, la limitada o casi nula oferta de educación sexual, el uso sin control eficiente de la prescripción y venta de productos farmacéuticos de uso abortivo y el limitado acceso a orientación, información y servicios de planificación familiar, para evitar los embarazos no deseados.

### **Análisis Del Comportamiento De Las Tasas De Aborto En La República Y Por Provincias**

Para el cálculo de la tasa de aborto por 1000 mujeres de 15 a 49 años en la República y por Provincias en el periodo 1983 a 1995, se consideraron



únicamente las pérdidas fetales tempranas e intermedias. Los resultados señalan poca variación a nivel global para el periodo, con un aumento de 7.8 por 1000 en 1983 a 10.8 por 1000 en 1995, lo cual corresponde a una diferencia porcentual de 38.5%. Las provincias que presentan mayores riesgos que el promedio nacional son, en orden creciente la de Colón, Herrera y Panamá. Sin embargo, aquellas mayor incremento porcentual han presentado en su tasa de abortos son las de Bocas del Toro, Herrera y Los Santos, con incrementos porcentuales de 161.1%, 147.2%, y 69.0%, respectivamente. (Cuadro N° 19).

A pesar de lo antes descrito, puede decirse que las tasas de aborto que registra el país son más bajas que el promedio para la Región Centroamericana, toda vez que la tasa estimada para la Sub-región, durante 1995, fue 30 abortos por 1000 mujeres de 15 a 49 años (Henshaw, Sing, Taylor - 1999) y para Panamá fue de 11.0. También son más bajas que en Brasil, Colombia y México con tasas de 39.3 por 1000 mujeres de 15 a 44 años - 1991, 32.0 - 1990 y 22.0 - 1992, respectivamente. (Singh, Sedgh). Según estimaciones de incidencia de aborto a nivel mundial, la proporción estimada total es del 26% y para Centroamérica es de 21%.

El porcentaje de abortos (defunciones fetales tempranas e intermedias)/ embarazos registrados (nacidos vivos más defunciones fetales) observó un comportamiento ascendente durante el periodo 83-95, con una incremento porcentual de 38.5%. Las provincias con proporciones mayores al promedio nacional fueron Colón, Herrera y Panamá; sin embargo el incremento porcentual fue mayor en las provincias de Bocas del Toro, Colón, Herrera y Los Santos. (Cuadros N° 19 y 20).

**Cuadro N° 19. Proporción de abortos\* sobre los embarazos registrados\*\* por Provincias. República de Panamá. Años: 1983 - 1995**

Año	Rep.	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Kuna Yala	Veraguas
83	7.8	1.7	5.1	8.1	7.2	2.6	5.1	5.0	10.6	0.8	4.5
84	8.0	1.3	5.8	8.7	7.7	3.0	5.3	7.3	10.4	2.4	5.6
85	7.6	3.0	5.7	7.4	6.8	4.6	6.0	6.8	9.7	2.0	5.8
86	8.0	3.4	6.0	8.8	7.8	2.4	6.1	6.9	9.8	0.3	7.1
87	7.7	4.3	5.9	8.5	7.5	3.1	5.9	6.7	9.5	0.7	4.6
88	7.9	3.2	4.8	8.0	7.7	3.1	7.4	7.9	10.1	1.3	5.9
89	8.1	3.5	5.3	9.1	7.7	5.3	7.1	5.9	9.9	1.3	6.6
90	7.5	3.8	5.5	9.3	8.2	4.1	6.0	6.4	8.9	0.8	5.3
91	8.3	3.9	6.7	11.3	7.8	3.6	8.1	8.8	9.9	0.6	5.5
92	9.5	5.2	6.9	15.4	8.1	6.1	7.8	7.2	11.4	1.6	5.2
93	11.2	5.6	7.4	19.5	8.9	6.0	8.5	10.5	13.5	1.8	5.9
94	11.9	7.3	8.2	17.6	9.4	7.2	10.3	9.7	14.8	1.8	6.1
95	10.8	7.2	6.7	17.7	8.9	5.1	13.2	9.1	13.2	1.4	5.8

\*Defunciones fetales tempranas e intermedias

\*\*Nacidos vivos más las defunciones fetales

Fuente: Departamento Materno Infantil, MINSA

**Cuadro N°16. Defunciones Fetales Tempranas E Intermedias Y Tasa De Abortos.  
República de Panamá. Años: 1983 - 1998  
(tasas por 1,000 mujeres de 15-49 años)**

Años	República		Bocas del Toro		Coclé		Colón		Chiriquí		Darién		Herrera		Kuna Yala		Los Santos		Panamá		Veraguas	
83	4717	9.4	49	3.6	242	7.3	418	12.0	653	8.5	26	3.9	121	5.3	6	0.7	81	4.2	2852	11.6	269	6.5
84	4971	9.6	41	2.9	284	8.3	435	12.1	725	9.1	32	4.5	133	5.7	23	2.5	120	6.2	2831	11.2	347	8.2
85	4810	8.9	106	7.1	271	7.6	389	10.5	659	8.0	51	6.9	146	6.0	19	2.0	112	5.7	2720	10.4	347	8.0
86	5084	9.2	129	8.3	278	7.6	448	11.8	753	8.8	28	3.6	150	6.0	3	0.3	110	5.5	2746	10.2	412	9.2
87	4839	8.5	155	9.6	281	7.4	433	11.1	708	8.1	37	4.6	139	5.5	6	0.6	109	5.4	2699	9.7	272	6.0
88	5089	8.7	122	7.2	234	6.0	435	10.8	733	8.1	37	4.5	177	6.8	14	1.4	123	6.1	2868	10.0	346	7.4
89	5228	8.7	136	7.8	261	6.5	513	12.4	721	7.7	64	7.7	166	6.2	15	1.4	93	4.5	2862	9.7	397	8.3
90	4897	7.9	140	6.3	279	7.0	521	10.0	807	8.7	47	5.1	147	6.1	9	1.0	99	5.0	2552	8.3	333	7.5
91	5514	8.7	144	6.2	355	8.7	638	12.1	746	7.9	45	4.7	190	7.8	7	0.8	142	7.1	2905	9.2	342	7.6
92	6333	9.7	200	8.2	355	8.6	839	15.6	808	8.3	75	7.4	187	7.6	18	2.0	111	5.6	3416	10.5	320	7.0
93	7490	11.3	204	8.0	391	9.3	1095	20.0	883	8.9	74	7.0	199	8.1	23	2.5	160	8.1	4120	12.3	341	7.4
94	8156	12.0	258	9.7	422	9.8	961	17.3	981	9.7	94	8.5	259	10.4	21	2.3	157	8.0	4679	13.7	354	7.5
95	7541	11.0	259	9.4	363	8.3	778	16.5	952	9.2	61	5.3	326	13.1	16	1.7	138	7.1	4334	12.3	314	6.6
96	6603	9.4	199	6.9	385	8.7	739	15.4	777	7.4	70	5.7	300	12.0	17	1.8	113	5.8	3623	10.1	380	7.9
97	6510	9.1	216	7.1	353	7.8	689	14.2	839	7.9	33	2.6	247	9.8	6	0.6	198	10.2	3601	9.8	328	6.8
98	6610	9.1	238	7.5	294	6.4	736	14.9	917	8.4	24	1.8	229	9.0	14	1.4	114	5.9	3682	9.8	362	7.4

\* Defunciones Fetales Tempranas e Intermedias

Fuente: Departamento Materno-Infantil. MINSA - Contraloría General de la República. Año: 2,000

Al comparar el comportamiento de las tasas de defunción fetal y natalidad durante el periodo de 1983 a 1995, pueden identificarse los siguientes hallazgos:

1. La provincia de Colón presenta la tasa más alta de defunciones fetales en la República, con un aumento brusco a partir de 1990, llegando a alcanzar en 1993 una tasa de 246.2 por 1000 n.v., la cual desciende en 1995 a 166.5, es decir que, mientras que en el periodo 83-95 el incremento porcentual de la tasa de defunciones fetales fue de 81.8%, el descenso observado en la natalidad fue de 16.7%.
2. La provincia de Panamá ocupa el segundo lugar, en la ocurrencia de muertes fetales, con un incremento de la tasa a partir de 1990. En el periodo 83 - 95 el incremento porcentual de su tasa fue de 24.0%, para una tasa de natalidad que tuvo un descenso moderado del 10.2% de su valor en 1983.
3. Por su parte en la provincia de Herrera, la tercera con mayor incidencia de defunciones fetales, el descenso de la tasa de natalidad en el periodo 83-95 fue de 10.3%. y el comportamiento de la tasa de defunciones fetales indica un aumento en un 167%, para el mismo periodo de tiempo.
4. Los Santos ocupa el cuarto lugar, con una tasa de defunciones fetales de 114.8 por 1000 n.v. en 1995, correspondiente a un aumento del 99.6% en comparación con los niveles de 1983. La tasa de natalidad en ese periodo sólo disminuyó en un 10.1%.
5. Durante el periodo estudiado, Chiriquí ha mantenido tasa de defunciones fetales estables y no se evidencian cambios marcados en su tasa de natalidad.
6. La provincia de Bocas del Toro muestra el descenso más notable de su tasa de natalidad con un 37.7% de su valor en 1983. Por otro lado, presenta un descenso de 60.5% en su tasa de fecundidad general para mujeres de 10-49 años. Esto se refleja en un aumento poco significativo del número de nacidos vivos. Las defunciones fetales sin embargo, han aumentado su tasa, de una cifra de 28.5 a 89.8 por 1000 n.v., que corresponde a un aumento porcentual del 215%. El riesgo es 3.1 veces mayor en 1995 que en 1983. Dado que la población residente y trabajadora, esta expuesta al riesgo de presentar efectos secundarios a la exposición por plaguicidas, sería conveniente realizar una investigación epidemiológica, que permita establecer o no una relación causal entre la exposición a plaguicidas y las incidencias de defunciones fetales.
7. La provincia de Coclé presenta un descenso del 16.7% de su tasa de natalidad y de 8.4% de su tasa de fecundidad, durante el periodo bajo análisis. Durante estos años las defunciones fetales y el número de nacimientos aumentaron, en un 21.9% y en un 6.6%, respectivamente.
8. En el caso de la provincia de Veraguas, la tasa de defunciones fetales aumentó en un 25.8% y la disminución de la natalidad, en el periodo se dio en una reducción de la tasa del 19%. Las cifras correspondientes fueron 69.7 por 1000 nacidos vivos y 23.0 por 1000 habitantes, respectivamente.
9. La provincia de Darién también presenta un aumento porcentual del 75.0% de su tasa de defunciones fetales (83-95). En tanto, la tasa de natalidad tuvo una disminución moderada de un 27.7% de su valor en 1983, para un valor en 1995 de 20.3 nacidos vivos por 1000 h.

10. La Comarca Kuna Yala es la excepción, al mostrar un aumento del 40.4% en su tasa de natalidad para el periodo 83-95 y un descenso del 30% en la tasa de defunciones fetales, comportamiento contrario al resto del país. Para 1995 la cifra correspondiente a la tasa de natalidad es de 28.5 nacidos vivos por 1000 habitantes y una tasa de defunciones fetales es de 27.7 por 1000 n.v.

El Hospital Santo Tomás fue hasta el año 98, año en el cual inició operaciones el Hospital San Migue Arcángel, la institución que atendía el mayor volumen de pacientes obstétricas del país, estimándose en un 25.0% del total de caos tanto de partos como de abortos en el periodo 1988 – 1996.

El análisis de los datos sobre abortos registrados en la Maternidad del Hospital Santo Tomás refleja que:

1. El porcentaje de abortos en adolescentes, con relación al total de abortos, de los años 1988 hasta 1996, para el grupo de 10 a 14 años fue de 0.7% en promedio y para el de 15 a 19 años de 19.7%. Cabe destacar que por primera vez en el año 1996, el porcentaje de abortos en el grupo de 10 a 14 años superó el 1%. Estos porcentajes guardan relación con el porcentaje de nacimientos que se registran en ambos grupos de edad. En las mujeres mayores de 30 años, el promedio en el periodo es de 21.6% del total de abortos. El grupo de 20 a 29 años está representado con un promedio de 58.1% .
2. Para el año 1996, el Hospital Santo Tomás registró un total de 16,933 nacimientos y de 2,282 abortos, siendo la proporción de aborto de 11.9%. Analizando el comportamiento de las tasas de aborto, por grupo etáreo, se observó que para el grupo de 10 a 14 años, la misma fue de 14.7%; para el grupo de 15 a 19 años de 11.8%; el grupo de 20 a 29 años de 11.0% y para las mujeres mayores de 30 años de 25.1%. Estas cifras expresan el riesgo mayor de aborto en los grupos en edades extremas de la etapa fértil; toda vez que el riesgo en las mujeres de 10-14 años resulta 1.3 veces mayor que en las mujeres de 20 a 29 años y 2.28 veces mayor en las de más de 30 años en comparación con las de 20 – 29 años.

## **Aspectos Sociales**

En un estudio epidemiológico sobre Morbilidad Materna en Centroamérica y Panamá de 1993, se determinaron como factores de riesgo, estadísticamente significativos, que definían el perfil de la mujer con morbilidad materna como “aquella de 30 o más años, no casada, analfabeta, con cinco o más gestaciones, antecedente de una cesárea, uno o más abortos o un nati - muerto, con sobrepeso, sin control prenatal, con hábito de fumado y/o alcoholismo, de ingresos inferiores al mínimo y que habita en zonas urbano-rurales”. (Cascante, Kestler, Hernández, Jarquín, Girón, Altamirano, Carazo, Zevallos - 1994)

A nivel mundial se estima en 120 a 150 millones el número de mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos, que aún carecen de medios para hacerlo. Cada año se dan al menos 75 millones de embarazos no son

deseados, 45 millones terminan en abortos y más de 30 millones de nacidos vivos. (FNUAP-1997).

En los países en desarrollo las tasa de aborto más elevadas se observan en mujeres casadas, multíparas, de bajos recursos, que no cuentan con medios para evitar embarazos no deseados. Otros grupos de mujeres con un alto riesgo de tener embarazos no deseados y por consiguiente de recurrir a un aborto son las mujeres solteras y las adolescentes.

Según datos de la Contraloría General de la República, en Panamá, el aborto se da con mayor frecuencia en el grupo de edad entre los 20 y 29 años, correspondiendo al grupo etéreo de más alta fecundidad; sin embargo, las tasas más elevadas se registran en mujeres mayores de 30 años.

Comparado los años 1991 y 1995, se observa una tendencia hacia el aumento de las tasas de defunción fetal en todos los grupos específicos, siendo el riesgo 1.3 veces mayor en las mujeres de 15 y más años y 1.5 veces mayor en las de menos de 15 años. (Cuadro N°15).

### Planificación de la Familia

A pesar de que en el país, existen instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que llevan a cabo programas para la planificación de la familia, la información sobre la prevalencia global de uso de la anticoncepción y de la producción de servicios no esta disponible. La última encuesta nacional de planificación familiar se realizó en 1984. El Ministerio maneja la información específicamente de sus instalaciones de salud. Las coberturas de planificación familiar con métodos temporales modernos en el sector público son bajas, siendo para 1996 de 13.6% del total de mujeres en edad fértil, no embarazadas, no esterilizadas. (Cuadro N° 21). La estimación de la prevalencia del uso de anticonceptivos en el país, incluidos los métodos permanentes y la producción del sector privado, puede alcanzar o tal vez superar entre un 50 al 60%. Esto sería coherente con la tendencia descendente de las tasas de fecundidad.

**Cuadro N°21. Estimación De La Prevalencia De Uso de Anticonceptivos  
 Con Métodos Temporales, En Mujeres de 15-49 años. Sector Público de Salud.  
 República de Panamá. Años: 1996**

Región	Mujeres en Edad Fértil	Esterilizadas*	Usuaris Potenciales	Métodos Temporales	Cobertura %
TOTAL	628669	253782	392887	53247	13.6
Bocas del Toro	25201	4630	20571	1001	4.9
Coclé	38966	12883	26083	3509	13.4
Colón	41422	13877	27545	3430	12.4
Chiriquí	95116	34588	60528	10272	17.0
Darién	11118	3900	7218	755	10.5
Herrera	22601	10777	11824	2392	20.2
Kuna Yala	8632	760	7872	393	5.0
Los Santos	18029	9525	8504	1231	14.5
Panamá Este	20894	10088	10806	1642	15.2
Panamá Oeste	54939	23256	31683	5865	18.5
Panamá Metro	138118	51196	86922	12949	15.0
San Miguelito	111123	46372	64751	6506	10.0
Veraguas	42510	13930	28580	3302	11.6

\*Aplicando porcentaje según encuesta de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. 1984  
 Fuente: El Aborto: Aspectos Conceptuales, Marco Legal, Incidencia, Situación en Panamá. 1998

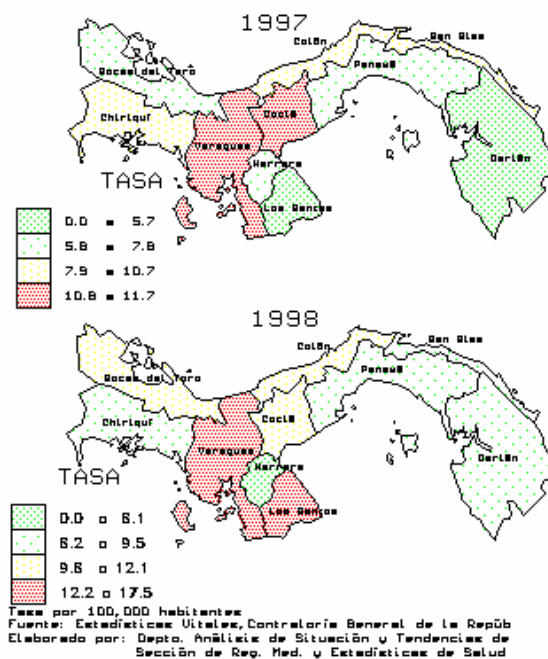
## Cáncer De La Mujer

En lo que respecta al Cáncer del Cuello Uterino ha registrado un descenso del 14.2% en la incidencia en el periodo de 1990 a 1997 con tasas de 81.0 por 100,000 y 69.5 defunciones por 100,000, respectivamente. Sin embargo, sigue siendo el tumor maligno más frecuente en la mujer panameña y la primera causa de muerte en la misma. Así mismo, ocupa el segundo lugar después del cáncer de próstata como causa de defunción por tumor maligno en la población. La incidencia según provincia comparando los años 1990, 1994 y 1997 deja observar un descenso significativo de la tasa en Darién donde pasó de 101.2 y 137.2 defunciones por 100,000 habitantes a 6.6, donde la explicación puede asociarse al hecho de que desde inicio de los 90 se asignó un médico ginecólogo a la Provincia y se ha realizado una labor sistemática de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de lesiones pre malignas del cuello uterino. Todas las provincias a excepción de Herrera han disminuido sus tasas de incidencia en el periodo, sin embargo en números absolutos no han aumentado los casos, lo cual sugiere que ha ocurrido un descenso en la población de esta provincia. La tasa de mortalidad en el mismo periodo se mantiene estable.

Para 1997 se destacan las provincias de Veraguas y Coclé como las de mayor tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino, a estas se suma la provincia de Los Santos en 1998. (Mapa N°8)

Mapa N° 8

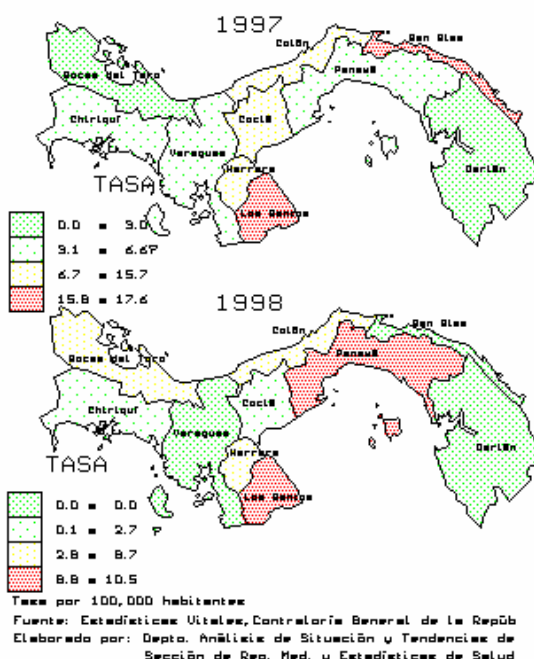
TASA DE MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO UTERINO  
 EN LA REPUBLICA DE PANAMA,  
 SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1997-1998



El cáncer de mama es el segundo en incidencia en la mujer panameña y su tasa aumentó en un 57.0% del año 90 (tasa de 22.6 defunciones por 100,000) al año 1997 (tasa de 35.4 defunciones por 100,000) y ocupa el segundo lugar como causa de muerte en la mujer y el cuarto lugar como causa de defunción por tumores malignos en la población general. (Mapa N° 9)

Mapa N°9

TASA DE MORTALIDAD POR CANCER DE MAMAS  
 EN LA REPUBLICA DE PANAMA  
 SEGUN PROVINCIA, AÑOS: 1997-1998



## La Pobreza Y La Salud DeL Binomio Madre - Hijo

La Encuesta de Niveles de Vida (ENV97)<sup>1</sup>, reveló que el 37.7% de la población total (1.020.000) son pobres. De la población total el 18.5% viven en situación de pobreza y el 18.8% en situación de pobreza extrema.<sup>2</sup> De acuerdo a la edad el alto grado de pobreza afecta principalmente a los niños, estimándose que el 53.2% de todos los menores de 5 años, el 50.4% de los de 5 a 9 años y el 45.8% de los de 10-14 años son pobres.

Además, esta encuesta refleja que el grado de pobreza influye en la **utilización de los servicios de salud**, pues los pobre y los extremadamente pobres

<sup>1</sup> "Perfil y características de los pobres en Panamá". Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección Nacional de Políticas Sociales. Marzo 1999

<sup>2</sup> **Línea de pobreza extrema** se define como el nivel de consumo o gasto total anual en alimentación por persona necesario para satisfacer las necesidades mínimas caloríficas diarias, estimadas en 2,280 calorías promedio. El costo de este requerimiento es de 519.00 por persona al año. Las personas con un gasto total en consumo por debajo de este valor se clasifica en extrema pobreza o indigentes.

**La línea de pobreza general** se define como el nivel de gasto anual por persona en alimentos para satisfacer los requerimientos mínimos caloríficos diario más un monto adicional para cubrir el consumo de servicios y bienes no alimenticios esenciales tales como: vivienda, transporte, educación, salud, vestuario y los de uso cotidiano en el hogar. El costoso stimo en B/905.00 al año por persona. Los individuos con un nivel de consumo por debajo de este valor se consideran pobres.

consultan con menor frecuencia los servicios médicos y emplean más la automedicación o las recomendaciones de familiares cuando sufre alteraciones de su condición de salud - enfermedad. Cuando demanda servicios formales de salud, los pobres, indígenas y residentes en áreas rurales utilizan los servicios estatales. Entre algunos de los factores que condicionan el nivel de utilización de estos servicios, están las distancias y la no disponibilidad y el costo del transporte. También se mencionaron la falta de tiempo, los costos del servicio, la no credibilidad en el equipo de salud y la falta de recursos humanos (médicos - enfermeras) (Cuadro N°22)

El análisis de la **situación de las mujeres en extrema pobreza** e indígenas en edad fértil, destaca que *la atención profesional del parto* es del orden del 56.5% y del 31.4% respectivamente, cifras considerablemente bajas si se comparan con las de las mujeres no pobres (97.8%). En cuanto a los *controles de papanicolau cervicouterino* en las mujeres de 15 a 49 años, 70% de las mujeres no pobres y 60% de las mujeres pobres manifestaron haberse efectuado estos controles de salud. Sin embargo, esta misma variable arrojó cifras del 40% en las mujeres indígenas. (Cuadro N° 22)

La población femenina en edad fértil presenta tasas más alta de *fecundidad global* cuando se encuentra en condiciones de pobreza. Aquellas que residen en las áreas rurales e indígenas presentaron cifras de 3.92 y 4.55 respectivamente. El promedio nacional de hijos nacidos vivos por mujer fue de 2.88, para las áreas rurales de 3.34 y para las indígenas de 4.49; en tanto que las mujeres pobres tienen 3.89 y las no pobres 2.35. Las mujeres indígenas extremadamente pobres tienen 4.71 hijos nacidos vivos. Las mujeres con menor nivel educativo presentan más altas tasas de fecundidad indistintamente de su condición de pobreza, aunque para el mismo nivel educativo las pobres tienen una mayor tasa que las no pobres. (Cuadro N° 22)

La frecuencia de *embarazo precoz* (edades entre 15 y 20 años) es más alta en las mujeres pobres. Un 20% de las no pobres declaró embarazos precoces, en tanto el 25% de las pobres presentó esta condición. En este grupo de población femenina la incidencia de pobreza es de 55.6%. En el contexto nacional, la totalidad del grupo de embarazos precoces sin ningún tipo de educación son pobres y de las que tienen educación primaria el 89% son pobres. (Encuesta Nacional de Niveles de Vida, 1997).

No existe una diferencia significativa en la cobertura de atención profesional del parto entre las áreas urbano y rural no indígena, pero en el área indígena esta alcanza sólo el 31.4%. La atención por parteras tradicionales (21.8%) en el área indígena es alta, pero es duplicada por los partos atendidos por familiares (44.6%).

En relación con la **población menor de 5 años**, los grupos de pobre e indígena son más propensos a la diarrea y enfermedades respiratorias que los no pobres y los niños de áreas urbanas, situación que se refleja cuando uno de cada cuatro niños pobres presentó diarrea (25%) y cuatro de cada diez infecciones respiratorias (40%), en tanto que el 18% de no pobres presentaron diarrea y cifras similares se dieron en el caso de las infecciones respiratorias. Cabe



destacar que en cuanto a la *vacunación*, como medida preventiva, casi la totalidad de los menores de 5 años esta inmunizada contra la tuberculosis, la polio, difteria, tosferina y tétanos, excepción hecha para el sarampión cuando la cobertura es del 82% para los no pobres y de 72% para los indígenas. (Cuadro N° 22)

Al relacionar la pobreza con **la desnutrición**, en la población menor de 5 años puede decirse que la cifra nacional es de 14.4% y la incidencia en poblaciones es pobres de 25%. La desnutrición crónica afecta al 33.3% de esta población en condiciones de extrema pobreza. Se destaca por otro lado, que el 50% de los niños indígenas se ven afectados por algún grado de desnutrición. Cuadro N° 22)

**Cuadro N° 22: Datos Básicos de Salud por Area y Nivel de Pobreza.  
República de Panamá. Año: 1997.**

Dato Básico	Total País	Area			Nivel de Pobreza		
		Urbana	Rural No Indígena	Rural Indígena	Pobres		No Pobres
					Total	Extremos	
Personas Enfermas y Accidentadas del Ultimo Mes	30.1	30.6	30.9	22.6	27.9	25.4	31.5
Persona que consultó							
Médico	54.5	60.9	50.2	20.1	39.7	27.6	62.3
Familiar, Automedicación, Nada	40.2	36.4	43.0	59.7	50.9	57.9	34.6
Sitio de Atención							
Público	69.6	62.3	79.5	96.2	86.0	85.8	63.3
Privado	30.4	37.7	20.5	3.8	14.0	14.2	36.7
Tiempo para llegar al sitio de consulta (prom en minutos)	33	25	44	59	42	50	30
Tiempo de Espera para la Consulta (prom en minutos)	65	59	77	55	76	60	61
Distancia o problemas de transporte (Enf. No Leves)	47.9	17.8	65.7	64.2	62.9	70.9	21.2
Mujeres de 15-49 años							
Examen de Papanicolau	68.2	70.0	70.2	40.0	63.8	56.6	70.2
Atención del Parto							
• Médico	82.3	95.2	80.7	24.9	67.4	48.6	95.5
• Partera Tradicional	4.7	0.6	5.4	21.8	8.8	14.2	1.0
• Enfermera o Auxiliar Enf.	4.1	2.7	5.3	6.5	6.2	7.9	2.3
• Padres o Miembros del Hogar	8.1	1.1	7.4	44.6	16.2	26.9	1.0
• Otro	0.8	0.3	1.2	2.2	1.4	2.3	0.3
Sitio de Atención del Parto							
• Red Hospitalaria o Primaria Pública o Privada	86.4	98.5	85.6	32.2	73.2	55.6	98.4
• En la Casa	13.2	1.4	13.8	67.9	26.3	43.9	1.5
• Otro	0.3	0.2	0.7	0.0	0.5	0.6	0.2
Promedio de Hijos Nacidos Vivos	2.88	2.42	3.34	4.49	3.89	4.5	2.35
Menores de 5 años							
Tuvo Diarrea	21.5	18.4	20.6	36.9	24.4	25.7	18.2
Tuvo Infección Respiratoria	41.5	43.7	40.7	35.4	41.3	40.5	41.8
Personas que consulto (%)							
Médico	57.5	69.4	53.7	20.9	44.7	32.4	72.2
Miembro del Hogar	35.0	27.7	38.3	54.1	43.7	50.9	25.0
Sitio de Atención (%)							
• Público	78.7	73.4	83.4	81.6	91.0	94.1	68.6
• Privado	21.3	26.6	16.6	18.4	9.0	5.9	31.4
Inmunizaciones (%)							
TBC	92.9	95.5	93.7	79.9	90.7	87.2	95.4
DPT	93.4	94.2	94.9	85.5	91.8	90.7	95.3
Polio	94.3	96.5	95.4	81.8	91.6	89.8	97.3
Sarampión	80.3	80.1	83.0	71.9	78.8	76.5	81.9
Desnutrición Crónica (talla-edad)	14.4	5.6	14.8	48.8	23.3	33.7	4.3
Desnutrición Aguda (peso-talla)	1.1	0.9	1.2	1.7	1.5	1.8	0.6
Bajo Peso (peso-edad)	6.8	2.9	7.2	21.1	11.1	16.7	1.9

Fuente: Estudio de Nivel de Vida. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. Año: 1997.

## LA HISTORIA CLINICA PERINATAL

La atención de la salud reproductiva incluye aspectos como la salud materno – perinatal, planificación familiar, detección del cáncer cèrvico – uterino y de mama, salud integral del adolescente, mujer – salud y desarrollo con enfoque de género, la prevención de violencia intrafamiliar y de los problemas de conducta humana, por mencionar algunos. La atención integral de estos aspectos es dirigida desde diferentes instancias en la estructura organizativa.

Por otro lado, es importante destacar que las acciones de salud reproductiva se organizan en tres niveles gerenciales, un nivel nacional que cumple funciones normativas, de planificación, asesoría, supervisión y evaluación. Un nivel regional, en el cual el equipo multidisciplinario es responsable por la adopción y adaptación de las normas y programas nacionales a las características de cada región debiendo planificar, supervisar y evaluar las actividades regionales y locales y un nivel local, en cuyo caso el equipo multidisciplinario es el encargado de ejecutar acciones programáticas definidas, adecuándolas a las necesidades locales, de su supervisión, control, evaluación, de la programación local y coordinación interinstitucional e intersectorial. Para el desarrollo de estas acciones es esencial la participación de otras instituciones públicas y privadas, dada la visión de integralidad inmersa en los programas de salud reproductiva, que obedece a la existencia de múltiples factores de riesgo que inciden en la salud del binomio madre - hijo.

En el caso particular de la salud materno – perinatal, el Ministerio de Salud, entidad rectora del sector, aplica, vigila y controla el cumplimiento de las normas del Programa Integral de Atención a la Niñez y de las normas técnico administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer, mediante el cual se ofrecen servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades a la población infantil y a las mujeres en edad fértil.

Cuando se hace referencia al Programa de Salud Integral de la Mujer se incluyen el control prenatal, la atención del parto, la evaluación y cuidados inmediatos del recién nacido y la atención del puerperio, la atención biopsicosocial de la paciente con aborto, la atención ginecológica, de las enfermedades de transmisión sexual e infecciones ginecológicas y la regulación de la fertilidad. Este programa tiene como propósito “Contribuir a elevar el nivel de salud biopsicosocial de la población femenina, mediante acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud que conllevan al desarrollo integral de la mujer, la madre y el recién nacido y que contribuya al bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto”.

Para el logro de este propósito, se han considerado como objetivos generales aquellos dirigidos a:

- la reducción de las tasas de morbi-mortalidad de la mujer, madre y recién nacido;
- brindar atención integral de la mujer en todas las etapas de su vida de

embarazada y al recién nacido con prioridad en la atención de grupos de mayor riesgo;

- incrementar las coberturas y mejorar la calidad de atención a esta población;
- realizar investigaciones médico – psico – sociales y técnico – administrativas;
- fortalecer la capacidad resolutoria y gerencial de las instituciones de salud y;
- fortalecer las capacidades científico – técnicas del equipo de salud que participa en la atención gineco-obstétrica y perinatal.

Como parte del proceso de vigilancia, control y seguimiento a estos procesos de atención el Ministerio de Salud ha establecido como instrumento único de uso en todos los establecimientos de salud la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), la cual permite consignar los datos sobre un número importante de variables que facilitan la identificación de la condición de salud - enfermedad y los riesgos de la mujer embarazada y de la parturienta; así como del recién nacido. De igual forma se ha instituido el Sistema Informático Perinatal (SIP), mediante el cual se sistematiza los datos registrados en la HCPB, en cada una de las regiones sanitarias e instituciones de salud de II y III nivel de atención.

El análisis sistemático de este registro cuenta entre sus objetivos los siguientes:

1. Disponer de datos oportunos y veraces que alimenten el sistema de información de salud
2. Identificar y estimar los principales riesgos que afectan la salud del binomio madre - hijo y los riesgos vinculados a la atención del parto
3. Identificar y estimar los principales riesgos que afectan al recién nacido
4. Orientar el proceso de planificación, evaluación y gestión de la atención materno infantil
5. Fortalecer la investigación en el campo materno infantil
6. Reconstruir la historia clínica de la mujer embarazada de forma tal que se puedan aplicar las mejores opciones clínicas y promocionales en la atención del embarazo, del parto y del recién nacido.

Desde hace alrededor de 20 años, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, iniciaron el proceso de implementación de la HCPB y del SIP; ambas instituciones habían adelantado dinámicas de trabajo y de coordinación para que el nivel central del MINSA disponga de las bases de datos regionales y de las instituciones hospitalarias que procesan los datos registrados durante el proceso de atención de la embarazada y del recién nacido, situación que desde hace algunos años no se cumple.

Durante el año 1998 se registraron en la base de datos un total de 35,279 historias

clínicas de mujeres embarazadas atendidas en las diversas regiones sanitarias del país. Para este mismo año, la cifra estimada de embarazadas del país fue de 69,285 y la cobertura de control prenatal alcanzó el 84.8%. El 50.9% de los embarazos estimados y el 56.6% de los nacimientos ocurridos se consignan en la base de datos de la HCPB. La cobertura institucional de atención del parto estuvo en el 89.4%. El total de nacimientos fue de 62,351. En el caso de los recién nacidos la información capturada correspondió a 29,312 recién nacidos vivos con más de 20 semanas. La cobertura del SIP fue de 43%.

En 1999, los datos sistematizados a la fecha del análisis recogen información de 27,019 embarazadas y de 22,189 recién nacidos vivos de más de 20 semanas. La cobertura de control prenatal fue de 72.8% de los 69,059 embarazos estimados y la HCPB consigna información del 39.1% de los embarazos estimados.

Es importante indicar que existen deficiencias sistemáticas en el SIP que pueden enumerarse de la siguiente forma:

1. Registro de datos
  - a. Llenado incompleto de la historia.
  - b. Dificultad de registrar algunos datos por carecer de dichas variables en los formatos de registro.
  - c. Llenado incorrecto de datos.
  - d. Registro muy extenso y agrupado.
2. Digitación de datos
  - a. Errores sistemáticos en la digitación de datos
  - b. Digitación tardía de datos
  - c. Insuficiencia de equipos de computadora que agilicen el proceso
  - d. Insuficiente recursos humanos
  - e. Inconsistencia en los registros informáticos
3. Revisión y validación de registros
  - a. Carencia de un grupo regional que asuma el compromiso de revisar y validar los datos registrados y digitados.
  - b. Comisión de monitoreo no esta funcionando a nivel Regional y Nacional.
4. Soporte Informático
  - a. Desconocimiento de la herramienta tecnológica por parte del recurso responsable de ofrecer el soporte técnico al SIP
  - b. Personal capacitado desvinculado del área y del nivel central.
  - c. Limitados recursos para el mantenimiento del SIP

## 5. Análisis de datos

- a. Poco compromiso de los equipos regionales y locales que permitan un análisis oportuno de los datos que aporta el SIP
- b. Limitada capacidad local en el análisis estadístico y de riesgo
- c. Falta de priorización de las variables a analizar en forma rutinaria
- d. Carencia de especificidad temporal para el análisis de datos en función de las variables contenidas en el SIP
- e. Equipo regional no se integra para el análisis de los datos del SIP.

## 6. Información para la toma de decisiones

- a. Dada la limitada capacidad de análisis los datos que emanan del SIP son poco utilizados e el proceso de toma de decisiones que permitan hacer más eficientes, eficaz y oportuna la gestión clínica y administrativa relativa al control prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido
- b. Poco liderazgo de los médicos del programa para motivar al resto del equipo en torno a la importancia de la información del SIP

## 7. Seguimiento y evaluación del SIP

- a. Programa de seguimiento y evolución del SIP no sistemático ni integral
- b. El nivel central no realiza procesos de seguimiento y evaluación con la participación de todos los involucrado
- c. Aplicación nula o escasa de medidas administrativas para corregir las deficiencias del SIP.

## Las Embarazadas

### a. Sus Características

#### a.1 Edad

Al analizar los datos básicos que se consignan en la Historia Clínica Perinatal Base, para 1998, se observó que el 22.3% tenían entre 10 y 19 años, predominando las embarazadas entre 15 y 19 años con 21.5%. Este grupo de población fue 3 veces mayor que el de embarazadas entre 35 y 49 años. La omisión del dato fue el doble en 1998 en relación con el año 99 cuando alcanzó el 0.5% del total de los registros. (Cuadro N°23).

Es importante reconocer que la edad incide en la condición de riesgo obstétrico en mujer embarazada y que, la literatura y las normas del Programa de Salud Integral de la Mujer, establecen como embarazo de muy alto riesgo, entre otros criterios, a aquella gestación que se desarrolle en la población menor de 15 años. De igual

forma ubica como embarazos de alto riesgo aquellos en los que la edad de la madre oscile entre 15 y 18 años o bien en las mujeres con 35 y más años. Sin embargo, los servicios de salud en su proceso de programación local y evaluación utilizan el rango de 10 – 19 años, quizás porque muchas jóvenes embarazadas a los 19 años, aún están en las escuelas. Vale resaltar, que en Panamá a los 18 años obtiene el derecho ciudadano.

**Cuadro N° .23 Número de Embarazadas Según Grupo de Edad.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999.**

Grupo de Edad (años)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
10 – 14	286	0.8	246	0.9
15 – 19	7618	21.5	6004	22.2
20 – 34	24403	69.2	18575	68.7
35 – 39	2140	6.1	1672	6.2
40 - 49	491	1.4	383	1.4
Sin datos	341	1.0	139	0.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

## a.2. Escolaridad

Para el año 98, el 2.2% de 35,279 embarazadas no había alcanzado ningún grado de escolaridad y el 52.5% tenían algún grado de educación secundaria. Durante 1999, el comportamiento de estas variables fue similar registrándose un 2.4% de embarazadas sin ningún nivel de escolaridad y 52.8% con algún grado de educación secundaria. Durante el periodo de análisis alrededor del 8% de los registros no contaba con esta información. (Cuadro N°24)

**Cuadro N° 24. Número de Embarazadas Según Nivel de Escolaridad.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999.**

Escolaridad	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Ninguno	764	2.2	637	2.4
Primaria	10020	28.4	7834	29.0
Secundaria	18538	52.5	14261	52.8
Universidad	3093	8.8	2004	7.4
Sin dato	2864	8.1	2283	8.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

### a. 3. Estado Civil

Al caracterizar las gestantes según estado civil puede observarse que el 13.2% eran solteras, que el 63.5% mantienen una unión estable y el 16.3% estaban casadas, lo cual deja ver que el 79.8% de los embarazos se da entre parejas formalmente establecidas. El comportamiento de estas variables, para el año 1999, presentó un descenso de 2.4% en las casadas y un incremento del porcentaje de prenatales con unión estable. La omisión del dato estuvo entre el 6.7 y el 6.1% durante el periodo de estudio. (Cuadros N° 25)

**Cuadro N° 25. Número de Embarazadas Según Estado Civil.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999.**

Estado Civil	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Casada	5739	16.3	3760	13.9
Unión Estable	22400	63.5	17824	66.0
Soltera	4658	13.2	3668	13.6
Otro	125	0.4	121	0.4
Sin datos	2357	6.7	1646	6.1

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

### a. 4. Historia Obstétrica

Para 1998, el 29.8% de las gestantes eran primigestas, cifra que se supera en 0.7% durante el año 99. Paralelamente, se observa 0.4% de embarazadas que habían tenido 10 y más embarazos, durante el periodo del análisis. (Cuadro N°26)

**Cuadro N°26 . Número De Gestaciones Previas En Las Embarazadas.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999.**

Gestaciones Previas	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Ninguna	10503	29.8	8236	30.5
Una	8764	24.8	6524	24.1
2 – 3	10017	28.4	7964	29.5
4 – 9	4880	13.8	3660	13.5
10 y más	140	0.4	101	0.4
Sin datos	975	2.8	534	2.0

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

De las 24,776 embarazadas que en 1998 tenían antecedentes de partos previos 8.1% (2009) y de las 18783 embarazadas en control en 1999, con antecedente de gestaciones previas el 9.8% (1847) de las mismas nunca habían parido y 0.4% y 0.3%, respectivamente habían parido 10 veces y más. La omisión del dato alcanzó el 7.78% y el 4.3% en el 98 y 99 respectivamente. (Cuadros N°27 )



Cuadro N° 27. Número De Partos Previos En Las Embarazadas  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999

Partos Previos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100
Ninguno	2009	8.1	1847	9.8
Uno	8570	34.6	6433	34.2
2 – 3	8474	34.2	6761	36.0
4 –9	3715	15.0	2879	15.3
10 y más	94	0.4	57	0.3
Sin datos	1914	7.7	806	4.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

En el caso de las embarazadas en control prenatal para los años 98 y 99 y que tenían antecedentes de gestaciones previas, el 58.6% y el 71.1%, respectivamente no tuvieron antecedentes de abortos previos, con una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de casos entre un año y otro ( $X^2 = 79.5$   $p=0.000$ ), en tanto que un 4.3% y un 4.6% habían tenido uno y más abortos previos. E 1998, por cada 2.5 embarazadas sin antecedentes de aborto había una con antecedentes de abortos previos; esta relación cambia en 1999 y llega a ser de 2.9 : 1.0. El número de HCPB que no contaba con el registro de esta información fue 5 veces mayor en 1998 que en 1999. (Cuadro N°28)

Cuadro N° 28 . Número de Abortos Previos En Las Embarazadas  
 República De Panamá. Años: 1998 -1999

Abortos Previos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100
Ninguno	14522	58.6	13361	71.1
Uno	4695	18.9	3636	19.3
2 - 3	985	4.0	805	4.3
4 - 9	64	0.3	52	0.3
10 y más	4	0.01	1	0.0
Sin datos	4506	18.1	928	4.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Una cuarta parte de la población de gestantes bajo control prenatal con registro de sus datos en el SIP (98-99) no tenían antecedentes de cesáreas previas y alrededor del 8% tenían una cesárea previa y 3.5 tenían entre 2 y 3 cesáreas previas. Por cada 2 pacientes sin antecedentes de cesárea había una con antecedente de cesárea

previa. En el caso de esta variable es importante destacar que la omisión del dato es muy alta, pues el análisis ha excluido a la población de gestantes primigestas, debido a la falta de este antecedente en este grupo de embarazadas. (Cuadro N°29)

Cuadro N° 29. Número De Cesáreas Previas En Las Embarazadas  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999

Antecedente De Cesáreas Previas	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100
Ninguna	6224	25.1	4590	24.4
Uno	1953	7.9	1552	8.3
2 – 3	878	3.5	675	3.6
4 - 9	7	0.0	0	0.0
Sin datos	15714	63.4	11961	63.7

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

#### a. 5. Espacio Inter - genésico

El análisis de esta variable es importante toda vez que la misma condiciona la salud de la gestante y del producto. Científicamente se ha demostrado que se dan problemas de bajo peso, anemia y otras patologías con mayor frecuencia, a medida que disminuye el espacio entre una gestación y otra. Sin embargo, el mismo se ve afectado por la omisión y calidad del registro del dato.

A pesar de lo expuesto, puede decirse que el 61.4% y 61.7% de las gestantes en control prenatal para el año 98 y 99, respectivamente tuvieron un espacio inter - genésico de 24 y más meses, es decir, dentro del intervalo considerado como de menor riesgo. Por cada 2.7 gestantes con espacio Inter.- genésico dentro del margen antes indicado había una con espacio inter - genésico considerado como de riesgo (23 y menos meses). Este margen es similar en 1999, cuando la relación es de 2.5 :1.0. Al comparar el comportamiento de las categorías entre sí (año 98 y 99) no se encontró significancia estadística en ninguno de los grupos de 37 meses y más ( $X^2 = 129.94$   $p=0.000$ ). (Cuadro N°30)

**Cuadro N°30 . Número De Embarazadas Según Espacio Inter-genésico.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Espacio Intergenésico (meses)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>24776</b>	<b>100.0</b>	<b>18783</b>	<b>100.0</b>
<b>1 - 12</b>	<b>572</b>	<b>2.3</b>	<b>663</b>	<b>3.0</b>
<b>13 - 23</b>	<b>4950</b>	<b>20.0</b>	<b>3940</b>	<b>21.0</b>
<b>24 - 36</b>	<b>5322</b>	<b>21.5</b>	<b>4182</b>	<b>22.3</b>
<b>37 y más</b>	<b>9893</b>	<b>39.9</b>	<b>7395</b>	<b>39.4</b>
<b>Sin dato</b>	<b>4039</b>	<b>16.3</b>	<b>6306</b>	<b>33.6</b>

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

#### **a. 6. Factores nutricionales antes del embarazo**

Existen evidencias epidemiológicas que confirman el efecto de la desnutrición materna en el desarrollo fetal. La magnitud del efecto depende de la intensidad del déficit nutricional y del momento de la gestación en que se produce. El impacto es mayor cuando se asocia una desnutrición preconcepcional con un déficit durante la gestación. Los principales factores observados son: la disminución del peso promedio del recién nacido, aumento en la proporción de recién nacidos de bajo peso, de pequeños para la edad gestacional o desnutridos intrauterinos, mortalidad perinatal y del riesgo de desnutrición y de mortalidad durante el primer año de vida.

**Peso Pregestacional:** El peso pre-gestacional es una variable que se encuentra sistemáticamente relacionada con el peso al nacer, situación que se ha demostrado en estudios que han controlado las variables de confusión importantes. El peso pregestacional, puede representar las reservas nutricionales para el desarrollo del feto. Existe una relación positiva entre el peso pregestacional y peso al nacer y su magnitud es de alrededor de 9 g de incremento en el peso al nacer por cada kilogramo de más que pese la madre antes del embarazo.

Es preocupante que más de la mitad de las embarazadas (52.9% y 59.6%), no contaban con el registro del peso pregestacional. El 10.3% y el 9.3% de las embarazadas inician con bajo peso (peso inferior a 50.0Kg), durante los años 98 y 99 respectivamente. De las gestantes que contaban con el registro del peso habitual una de cada 3.5 inician el embarazo con bajo peso. (Cuadro N° 31)

Existen evidencias que una desnutrición preconcepcional corregida durante el embarazo mejora la distribución de peso de nacimiento, sugiriendo que es más importante el estado nutricional final que el inicial. Dado que esta es una variable que nos habla de las reservas nutricionales previas al embarazo, es necesario mejorar los registros de este dato antropométrico. Es importante destacar que cuando la mujer desconoce la información de su peso habitual e ingresa al control

prenatal durante las primeras 10 semanas de gestación, debido a que la ganancia de peso es casi nula, el peso tomado al momento de esta primera consulta puede ser considerado también como peso habitual.

**Cuadro N°31 . Número de Embarazadas Según Peso Pregestacional.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Peso Habitual (kilos)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	<b>27019</b>	<b>100.0</b>
1 – 49	3648	10.3	<b>2522</b>	<b>9.3</b>
50-55	4564	12.9	<b>2845</b>	<b>10.5</b>
56-61	3679	10.4	<b>2462</b>	<b>9.1</b>
62-67	2039	5.7	<b>1364</b>	<b>5.0</b>
68-73	1400	0.03	<b>890</b>	<b>3.3</b>
74-79	612	1.7	<b>402</b>	<b>1.5</b>
80 y +	666	1.8	<b>422</b>	<b>1.6</b>
Omisión	18671	52.9	<b>16112</b>	<b>59.6</b>

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

En cuanto a la **talla materna**, existe suficiente evidencia de que la talla materna tiene una asociación independiente con el bajo peso al nacer, después de tomar en cuenta variables de confusión importantes como la edad gestacional, el sexo del neonato, el incremento de peso durante el embarazo y el peso pregestacional. Es el peso al nacer y no la edad gestacional del neonato, la variable que se ve afectada por la talla materna. El efecto quizás sea de una magnitud de aproximadamente 10 gramos de peso neonatal por cm incrementado en la talla materna.

Llama la atención que más de un tercio de las embarazadas (37.2% y 41.5%, para los años 1998 y 1999, respectivamente) no contaban con el registro de la talla, a pesar de que se dispone de balanzas y tallímetros en las instalaciones de salud. Quizás el subregistro de este dato también tenga que ver con la falta de registro del dato en la HCPB. De las gestantes que con registro de talla, una de cada 5 mujeres, (19.5%) presentaron baja talla (< 150.0cm). El mayor porcentaje de las gestantes (35.4% y 32.2%, para el 98 y 99, respectivamente), presentan tallas ubicadas en el rango de 150.0 cm a 160.9 cm. (Cuadro N° 32)

**Cuadro N°32. Número de Embarazadas Según Talla.  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Talla (metros)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Menor de 1.50	4,544	12.9	3495	12.9
1.50 – 1.60.9	12,498	35.4	8687	32.2
161 Y MÁS	5097	14.4	3616	13.4
Omisión	13140	37.2	11221	41.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

### a.7 Factor Rh

La frecuencia de registro en la HCPB de Rh materno que pudieran representar un riesgo para el recién nacido fue 2.2% durante 1998 y de 3.9% en 1999, cifra que casi duplica los valores alcanzados en el 98. Otro hallazgo destacable es la proporción de mujeres Rh sensibles desensibilizadas, la cual alcanzó el 1.7% y 1.5% en los años 98 y 99, respectivamente. Como en el caso de otras variables que se consignan en la HCPB, la omisión del dato es importante, pues supera el 15% del total de registros durante el periodo de estudio. (Cuadro N° 33)

**Cuadro N°33. Número de Embarazadas Según Tipo de Rh Materno  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Rh Materna	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Rh Positivo	28645	81.2	21036	77.9
Rh Sensdes	601	1.7	393	1.5
Rh No Sensible	217	0.6	639	2.4
Rh Sensib	9	0.0	3	0.0
Sin datos	5807	16.5	4948	18.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

### a.8 Antecedentes de Tabaquismo

El antecedente de tabaquismo en la madre se consigno en el 4.8% de las HCPS incluidas en la base de datos y el porcentaje de omisión en el registro fue de 32.5%. Por cada 142 gestantes sin antecedentes de tabaquismo una fumaba en 1998; en tanto que en 1999, por cada 102 gestantes no fumadoras una fumaba, este análisis indica un incremento del hábito de fumar entre la población gestante para el último año. Cuando se comparan estadísticamente las proporciones entre las gestantes que fuman entre uno y cinco cigarrillos y las que fuman más de 6 estas diferencias son estadísticamente significativas tanto en 1998 como en 1999, con una p=0.000 (Cuadros N° 34 y 35)

**Cuadro N°34. Número de Embarazadas Según Antecedente de Tabaquismo  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Antecedente de Tabaquismo	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
No	26715	75.7	20566	76.1
Si	188	0.5	202	0.7
Sin datos	8376	23.7	6251	23.1

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 35. Número de Embarazadas Fumadoras Según Número de Cigarrillos  
 Consumidos Por Día. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Cigarrillos Consumidos Por Día	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	188	100.0	202	100
1 – 5	148	78.7	166	82.1
6-10	32	17.0	26	9.0
Más de 20	8	0.4	10	5.0
Sin datos	0	0	0	0

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

## B. El Producto Previo

### b.1. Los Embarazos Gemelares

El antecedente de embarazos gemelares previos, en el grupo de embarazadas con antecedentes de embarazos previos y en control prenatal en los años 98 y 99, fueron de 0.4% y 1.1%, respectivamente. Se destaca un porcentaje muy alto en la omisión en el registro de este dato el cual ha oscilado entre el 75.6 y el 86.6%, situación que limita la profundidad del análisis. (Cuadro N° 37)

Cuadro N° 37. Número de Embarazadas Según Embarazos Gemelares Previos.  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999

Embarazos Gemelares Previos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100
Si	92	0.4	199	1.1
No	5951	24.0	2325	12.3
Sin datos	18733	75.6	16259	86.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

## b.2 Los Nacidos Previos

Durante el periodo de estudio (98-99) alrededor del 2.3% de las gestantes o antecedentes de embarazos previos no tenían antecedentes de **nacimientos vivos previos**. Por cada embarazada 16 a 17 embarazadas con antecedentes de un nacido vivo previo había una sin antecedente de nacidos vivos. Al considerar los antecedentes de uno y más nacidos vivos previos, por cada 39 embarazadas con este antecedente había una sin nacimientos vivos previos (en 1998); esta relación se estrecha en 1999, cuando pasa a ser de 42.5 : 1.0 (Cuadro N° 38)

Cuadro N° 38. Número de Embarazadas Según Antecedente De Nacidos Vivos Previos.  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999

Nacidos Vivos Previos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100.0
Ninguno	579	2.3	413	2.2
Uno	9390	37.9	7052	37.5
2 - 3	9373	37.8	7534	40.1
4 - 9	3761	15.2	2904	15.5
10 y más	86	0.3	53	0.3
Omisión	1587	6.4	827	4.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

El comportamiento del antecedente de **nacidos vivos que viven**, es similar al de nacimientos vivos. En este caso alrededor del 38% de las embarazadas con gestaciones previas tenían un nacido vivo que vive y el 90.4% en 1998 y 92.4% en 1999 tenía uno y más nacidos vivos que viven. (Cuadro N° 39)

Cuadro N° 39. Número de Embarazadas Según Nacimientos Vivos Que Viven.  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999

Nacimientos Vivos Que Viven	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100.0
Ninguno	655	2.6	502	2.7
Uno	9407	38.0	7038	37.5
2 – 3	9248	37.3	7454	39.7
4 – 9	3672	14.8	2815	15.0
10 y más	73	0.3	45	0.2
Sin dato	1721	6.9	929	4.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Cuando se analizan los **nacidos vivos que murieron la primera semana**, se observa que el 27.9% y el 27.4% de las embarazadas actuales (98 – 99, respectivamente) no tenían perdidas neonatales tardías. Sin embargo, el subregistro del dato de esta variable supera el 70%, a pesar de que su análisis es importante, toda vez que puede ser factor determinante de otras condiciones de riesgo psico-social en la mujer y por tanto puede influir en futuros embarazos. (Cuadro N° 40)

Cuadro N° 40. Número de Embarazadas Según Nacidos Vivos Que Murieron  
Durante La Primera Semana de Vida.  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999

Nacidos Vivos Muertos En La Primera Semana de Vida	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	24776	100.0	18783	100
Ninguno	6902	27.9	5141	27.4
Uno	281	1.1	189	1.0
2 - 3	34	0.1	22	0.1
4 - 9	7	0.0	2	0.0
Sin datos	17552	70.8	13429	71.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Por otro lado, el 27.6% de las embarazadas atendidas en las instalaciones de salud durante 1998 y el 27.28% en 1999, no tenían antecedentes de **productos nacidos muertos**; y todas las categorías sumadas indican que alrededor del 2% tenían antecedente de uno o más nacidos muertos. (Cuadro N°41)



**Cuadro N°41 . Antecedente De Nacidos Muertos Previos En Las Embarazadas República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Antecedentes De Nacidos Muertos Previos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>24776</b>	<b>100.0</b>	<b>18783</b>	<b>100.0</b>
<b>Ninguno</b>	<b>6846</b>	<b>27.6</b>	<b>5114</b>	<b>27.2</b>
<b>Uno</b>	<b>435</b>	<b>1.8</b>	<b>368</b>	<b>2.0</b>
<b>2 – 3</b>	<b>38</b>	<b>0.1</b>	<b>28</b>	<b>0.1</b>
<b>4 y más</b>	<b>3</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Sin dato</b>	<b>17454</b>	<b>70.4</b>	<b>13273</b>	<b>70.7</b>

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

### b.3. Bajo Peso Al Nacer

El antecedente de productos con bajo peso al nacer e del orden del 0.6 y 1.2% en el 98 y 99, respectivamente; sin embargo la omisión del dato superó, en ambos años al 70% de los registros, de las embarazadas con antecedentes de gestaciones previas, este subregistro puede estar dado por la falta de consignación del dato por parte del profesional, por el desconocimiento de la madre de los pesos al nacer de sus hijos previos o bien por la existencia de embarazadas con antecedentes de embarazos previos sin que el parto ocurriera cuando el producto ya era viable. (Cuadro N°42)

**Cuadro N° 42. Embarazadas Con Antecedentes de Bajo Peso Del Recién Nacido República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Bajo Peso Al Nacer (peso < de 2,500 gms)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>24776</b>	<b>100.0</b>	<b>18783</b>	<b>100.0</b>
<b>SI</b>	<b>156</b>	<b>0.6</b>	<b>221</b>	<b>1.2</b>
<b>No</b>	<b>6115</b>	<b>24.7</b>	<b>2588</b>	<b>13.8</b>
<b>Sin datos</b>	<b>18505</b>	<b>74.7</b>	<b>15974</b>	<b>85.0</b>

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

## 5. El Control Prenatal

La variable edad gestacional al primer control prenatal, destaca que el 15.4% y 18.5% de la gestantes no se efectuaron control prenatal (años 98 y 99, respectivamente) y alrededor del 20% iniciaron su control prenatal antes de las 12 semanas de gestación. Esto indica que se ha logrado mejorar la captación temprana, al menos antes de las 12 semanas de forma notable. Vale resaltar que la HCPB registra la captación según trimestre pero el análisis pero en la práctica la captación temprana ocurre entre las 12 y las 20 semanas. (Cuadro N°43)

Por otro lado, la HCPB indica que la edad gestacional al momento del último control prenatal concentró a las embarazadas entre la 35 y 42 semanas de preñez con cifras que alcanzaron el 57.8% en 1998 y el 56.2% en el año 99. (Cuadro N°44)

En cuanto a la omisión del registro la edad gestacional al primer control duplica la omisión del dato en relación con la edad gestacional durante el último control prenatal y puede reflejar problemas con la transcripción del dato en la admisión hospitalaria al no copiarse la información de la tarjeta de control prenatal.

**Cuadro N°43 . Embarazadas Por Año Según Edad Gestacional Al Momento Del Primer Control Prenatal. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Edad Gestacional Al 1er Control (semanas)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Sin Control	5463	15.5	5006	18.5
1 – 12	9426	26.7	6576	24.3
23 – 27	13663	38.3	10041	37.2
28 - 45	3396	9.6	2909	10.8
Sin datos	3331	9.4	2487	9.2

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 44 . Embarazadas Por Año Según Edad Gestacional Al Momento Del Ultimo Control Prenatal. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Edad Gestacional Ultimo Control (semanas)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Sin Control	5462	15.5	5008	18.5
1 – 27	927	2.6	746	2.8
28 - 34	4208	11.9	3160	11.7
35 - 42	20404	57.8	15187	56.2
43 - 45	78	0.2	61	0.2
Sin datos	4200	11.9	2857	10.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

### Factores nutricionales durante el embarazo:

Al comparar la proporción de embarazadas con registro de peso habitual y de peso al primer control, durante 1998 el 10.3% y el 14.2% de las mismas, respectivamente, pesan menos de 50 kilos. Esta relación cambia de manera

importante cuando para 1999 el 9.3% y el 32.4% de gestantes registran bajo peso habitual y al primer control, respectivamente. Estos datos reflejan un incremento porcentual del 128% de gestantes con bajo peso al primer control (relación 98-99). Es decir que para 1999, por cada 3 embarazadas una tenía bajo peso en su primer control prenatal. Por otro lado, el mayor porcentaje de gestantes acude a su primer control prenatal antes de las 21 semanas de embarazo.

En relación con el peso de la embarazada al primer control, se destaca que el 16.3% de las mujeres presentaron peso que oscila entre 50 y 55 kilos y que el 3.7% y 3.8% (98-99, respectivamente) inician su embarazo con exceso de peso. Para 1998, el 30% de las embarazadas carece del dato sobre peso en el primer control prenatal, situación que preocupa pues limita el buen seguimiento y control de la ganancia de peso durante el embarazo. Durante 1999, la omisión desciende porcentualmente en 61% y la diferencia en la distribución porcentual se ve reflejada precisamente en el incremento de la proporción de embarazadas con bajo peso al primer control prenatal. (Cuadro N°45)

**Cuadro N° 45 . Embarazadas Por Año Según Peso Al Primer Control  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Peso Al Primer Control (kilos)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
1 – 49	5043	14.2	8761	32.4
50-55	5739	16.3	4402	16.3
56-61	5527	15.6	4191	15.5
62-67	3654	10.3	2841	10.5
68-73	2293	6.5	1699	6.2
74-79	1144	0.3	973	3.6
80 y +	1305	3.7	1016	3.8
Omisión	10574	30.0	3136	11.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

En cuanto al registro de peso en el último control prenatal, el 2.8 y 21.5% de la muestra, para 1998 y 1999, respectivamente, llegan al final de su embarazo con un peso inferior a 50 kilos. La distribución por peso, cuando el mismo es mayor de 50 Kgms, refleja que el mayor porcentaje de las embarazadas (14.3%) alcanza el final de su embarazo con un peso que oscila entre 62 a 67 kilos; en tanto que alrededor del 8.0% de las gestantes termina su embarazo con sobrepeso (>de 175 libras/80 kilos). Esta situación refleja que al termino del embarazo hay 2.1 veces más embarazadas con exceso de peso (peso al primer control/peso al último control). Esta condición aumenta el riesgo de partos por cesáreas, complicaciones del parto y traumatismo del recién nacido. (Cuadro N° 46)

**Cuadro N°46 . Embarazadas Por Año Según Peso Al Ultimo Control  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

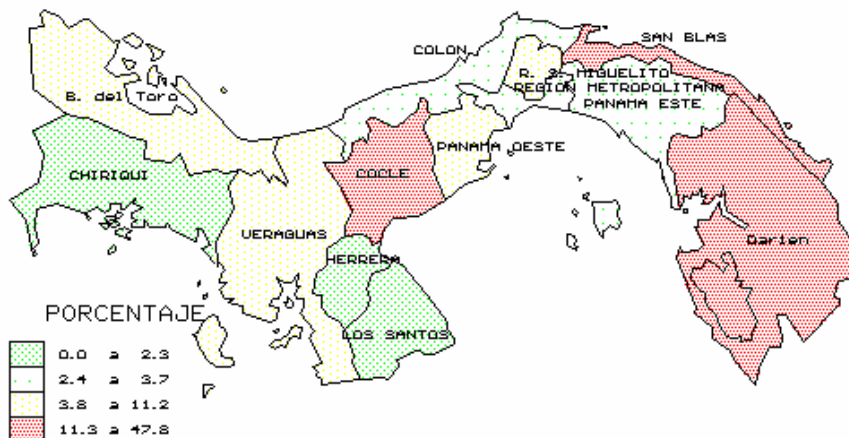
Peso Al Último Control (kilos)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
1 - 49	1,001	2.8	5812	21.5
50-55	2824	8.0	2222	8.2
56-61	4830	13.6	3589	13.3
62-67	5048	14.3	3852	14.3
68-73	3963	11.2	3033	11.2
74-79	2409	6.8	2000	7.4
80 y +	2724	7.7	2165	8.0
Omisión	12480	35.3	4346	16.1

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Por otro lado, el Sistema de Vigilancia Nutricional reveló que las más altas prevalencias de bajo peso materno se ubican en Kuna Yala, Darién y Coclé (rango de 11.3 a 47.8%) y las prevalencias más bajas se registraron en Herrera, Los Santos y Chiriquí (con rangos de 0.0 a 2.3%). (Mapa N°10)

Mapa N°10

PREVALENCIA DE BAJO PESO MATERNO, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,  
 POR REGIONES DE SALUD, SEGUN SISUAN, AÑO : 1998



Fuente: SISUAN

Elaborado por: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de

La ganancia de peso durante el embarazo, puede ser una indicación de las reservas energéticas disponibles para el feto, ya que la grasa es la porción de la ganancia de peso, excluyendo el producto de la concepción y el agua corporal, que más incrementa durante el embarazo. El incremento de peso durante el embarazo interacciona con el peso pregestacional en su relación con el peso al nacer, de tal manera que un peso pregestacional alto tiene un efecto protector en el bajo peso al nacer del impacto negativo de una baja ganancia materna de peso. Por ejemplo, las mujeres que aumentan menos de 9 Kg durante el embarazo tienen neonatos que pesan 120.7 g menos que aquellas que incrementan de 9 a 13.6Kg.

El incremento de peso óptimo va a depender del estado nutricional materno. Para embarazadas normales se ha estimado en 10 - 12Kg, los que no se distribuyen uniformemente durante las 40 semanas de gestación. Las primeras 10 semanas, la ganancia de peso es casi nula (menos de 1Kg) y después relativamente lineal, aunque algo superior entre las 20 y 30 semanas para declinar levemente al final del embarazo. Las gestantes bajo peso deben aumentar el peso necesario para llegar a una relación peso/talla de 120% al final del embarazo. Dependiendo del grado de déficit inicial ello representa entre 15 y 18Kg o un promedio de 500 a 600 gramos semanales, cifra muy superior a 1 Kg por mes.

En embarazadas obesas se recomiendan incrementos equivalentes al peso del feto y de los anexos ( 6 a 7Kg ó 200-250 gramos semanales), cifra que se asocia con menores riesgos para la madre y el recién nacido. (Átala,E)

Pese a la importancia de esta variable en el desarrollo nutricional de la madre y del producto, no fue posible obtener información de la ganancia de peso en 8,238 mujeres las que representan el 23.4% del total. En los datos registrados se observaron inconsistencias en todas las variables antropométrica requeridas, situación que limita la posibilidad de efectuar un análisis objetivo de la ganancia de peso de la población de embarazadas y la vigilancia de la situación nutricional de gestante.

En el embarazo se produce un incremento de peso de 350 a 400 gramos semanales. La variable diferencia de peso por semana, la cual se mide en gramos/semana, no fue posible obtenerla en el 44.5% de las gestante y en el resto se mantenían condiciones de inconsistencia de los datos.

Al analizar el control prenatal, la HCPS indica el 15.8% y el 18.6% de las embarazadas atendidas al momento del parto carecían de un control prenatal (años 98 y 99, respectivamente) (Cuadro N° 47)

**Cuadro N°47 . Embarazadas Por Año Según Número de Control Prenatal  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Control Prenatal	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
Sin Control	5583	15.8	5014	18.6
1 - 3	6302	17.9	4879	18.1
4 - 7	15210	43.1	11578	42.9
8 - 9	5712	16.2	4091	15.1
Sin datos	2472	7.0	1457	5.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Para 1998, un total de 20,922 (59.3%) embarazadas tuvieron 4 y más controles prenatales y 17,597 (49.9%) registraron 5 y más controles prenatales. En el año 99 el 18.6% de las gestantes no se controlaron el embarazo, situación que indica un incremento porcentual del 15.1% en relación con el año 1998. En tanto que las embarazadas con 4 y más controles representaron el 58.0% (15,669) y las que se efectuaron 5 y más controles el 48.6% (13138), lo que indica un comportamiento más o menos similar de esta práctica preventiva durante el periodo de estudios. Por cada embarazada sin control prenatal para 1998 hubo 3 que se efectuaron 5 y más controles prenatales en 1998 y 2.6 en 1999. La omisión de este dato se identificó en el 7.0% de los expedientes para 1998, con un descenso porcentual del 22.8% de la omisión para 1999, cuando alcanzó el 5.4% de los registros totales.

El análisis de los datos consignados sobre la aplicación del toxoide tetánico indican que el 26.0% de las embarazadas tenían vacunación previa y que un 14.7% no estaban vacunadas (el comportamiento 98-99 es similar). Por otro lado, la aplicación de la primera dosis de este toxoide a la mayor proporción de embarazadas ocurrió entre el cuarto y sexto mes de embarazo (5.8% en 1998 y 3.5% en 1999), habiéndosele aplicado al 11.5% y 7.3% de las embarazadas esta primera dosis antes del término del embarazo, en los años 98 y 99, respectivamente. (Cuadro N° 48)

En cuanto a la aplicación de la segunda dosis del toxoide tetánico, el 13.8% de las embarazadas no estaban vacunadas, y un 12.5% y 11.0% recibió la segunda dosis de toxoide antes de que el embarazo llegara al término y la mayor frecuencia de aplicación de esta dosis se dio entre el cuarto y sexto mes de embarazo con un 6.0% 5.3%, durante los años 98 y 99, respectivamente. (Cuadro N° 49)

Ahora bien, al considerar la vacunación previa y la aplicación de la segunda dosis de toxoide tetánico, puede decirse que el 35.2% y el 32.6% de las gestantes terminan su embarazo cubiertas con este medida preventiva. (Cuadro N° 49)

A pesar de lo descrito, el análisis de esta variable no es consistente, quizás por la existencia de subregistros del dato (la omisión supera el 50%), toda vez que se aplica una mayor proporción de dosis que proporción de embarazadas no vacunadas registradas. Las cifras sugieren que la proporción de mujeres no vacunadas es alta, a pesar de que esta aplicación preventiva tiene como finalidad disminuir la incidencia de casos de tétano en la madre, como en el producto. Sin embargo, y dando cumplimiento a las normas maternas, las pacientes no vacunada al momento del parto reciben la vacuna al momento del puerperio; debido a que la HCPB no cuenta con un espacio para registrar las aplicadas en el puerperio, se ha recomendado anotar esta dosis como aplicada en el noveno mes de embarazo. Esto se refleja en la práctica eliminación del tétano neonatal en el país.

**Cuadro N° 48. Embarazadas Por Año Según Mes De Aplicación Del Primer Toxoide Tetánico. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Mes de Aplicación De La Primera Dosis De ToxoideTetánico	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
No Vacunadas	5187	14.7	3970	14.7
Vacunación Previa	9137	25.9	7012	26.0
2 - 3 meses	1426	4.0	709	2.6
4 - 6 meses	2037	5.8	952	3.5
7 - 9 meses	601	1.7	319	1.2
Sin datos	16891	47.9	14057	52.0

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N°49 . Embarazadas Por Año Según Mes De Aplicación Del Segundo O Refuerzos de Toxoide Tetánico. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Mes de Aplicación De La Segunda Dosis Del Toxoide Tetánico	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35279	100.0	27019	100
No Vacunadas	4882	13.8	3765	13.9
Vacunación Previa	8019	22.7	5830	21.6
2 - 3 meses	481	1.4	509	1.9
4 - 6 meses	2103	6.0	1421	5.3
7 - 9 meses	1783	5.1	1029	3.8
Sin datos	18011	51.1	14465	53.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

## LA ATENCION DEL PARTO

En el 76.5% y el 74.1% de los partos atendidos en instalaciones de salud la edad gestacional al momento del parto fluctuaba entre 37 y 42 semanas, con un 7.7 y 8.1% productos pre - término y un 0.9 y 0.8% post - término, según edad gestacional., para los años 1998 y 1999, respectivamente Para el periodo 98-99 alrededor del 4% de las gestantes tuvieron productos con menos de 20 semanas. (Cuadro N° 50)

**Cuadro N°50. Número De Embarazadas Según Edad Gestacional Al Momento del Parto República De Panamá. Años: 1998 – 1999**

Edad Gestacional Al Momento Del Parto (semanas)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
1-19 semanas	1420	4.0	1250	4.6
20-27	360	1.0	278	1.0
28-36	2704	7.7	2193	8.1
37-42	26995	76.5	20016	74.1
43 y +	319	0.9	220	0.8
Omisión	3481	9.9	3062	11.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

En el 80.0% de los embarazos el inicio de la labor de parto fue espontánea durante los dos años del análisis. En menos del 2.0% fue inducido y en el 2.6 y 2.3% fue cesárea electiva; años 98 y 99, respectivamente y sin diferencias significativas estadísticamente (Cuadro N° 51). En cuanto a la terminación de la labor del parto el 73.5% y 72.4% fue espontáneo, lo que puede indicarnos que alrededor del 7% de la mujeres con labor espontánea inicial, terminaron en una conducción de la misma o en una cesárea. Las cesáreas estuvieron por el orden del 17.0% y al 8.6 y 10.1% de las embarazadas (98-99, respectivamente) se les aplicó fórceps u otro método para completar la labor del parto. Este análisis permite destacar que el 14% de las cesáreas fueron de urgencia. Es importante, aclarar que la omisión en el registro del tipo de inicio de labor del parto estuvo alrededor del 15%, en tanto que para la forma de terminación de la labor del parto fue de 0.8%, esta diferencia de 14.2% entre una y otra podría, quizás contribuir a explicar la inconsistencia entre estos hallazgos. LaS diferencias entre las cesáreas electivas y el total de cesáreas efectuadas como método de terminación de la labor de parto fueron estadísticamente significativas ( $p=0.000$ ) durante ambos años del periodo de análisis (Cuadro N° 52)



**Cuadro N° 51. Embarazadas Según Tipo De Inicio De La Labor Del Parto  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Inicio De La Labor Del Parto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Espontáneo	28,489	80.8	21,777	80.6
Inducido	728	2.1	363	1.3
Cesárea Electiva	914	2.6	620	2.3
Omisión	5148	14.6	4,259	15.8

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N°52 . Embarazadas Según Tipo De Terminación  
 De La Labor Del Parto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Terminación De La Labor Del Parto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Espontánea	25943	73.5	19562	72.4
Fórceps	129	0.4	108	0.4
Cesárea	6026	17.1	4529	16.8
Otra	2903	8.2	2610	9.7
Omisión	278	0.8	210	0.8

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

De las 6,026 cesáreas efectuadas en 1998 el 34.5% de las gestantes tenían antecedentes de una o más cesáreas previas y el 26% no registran dato al respecto. Para 1999, de las 4,529 cesáreas efectuadas el 35.7% tenía antecedente de una o más cesáreas previas y la proporción de sin dato esta en el 24.4%. (Cuadro N° 53)

Por otro lado, entre las posibles indicaciones de cesáreas que se consignaron en la HCPB se destacan para 1998, presentación podálica con 9.6%, la pre - eclampsia con 7.9% y la ruptura prematura de membrana con 7.1%. En 1999 se mantiene las antes anunciadas a las cuales se suma la desproporción cefalo-pélvica. (Cuadro N° 53)

**Cuadro N° 53. Embarazadas Con Terminación Del Embarazo Por Cesárea Según Indicación. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Indicación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	6026	100.0	4529	100.0
HTA	46	0.8	44	1.0
Pre Eclampsia	478	7.9	532	11.7
Eclampsia	20	0.3	29	0.6
Cardiopatía	9	0.1	9	0.2
Diabetes	23	0.4	25	0.6
Desproporción Cefalo – Pélvica	71	1.2	284	6.3
Ruptura Prematura de Membrana	428	7.1	389	8.6
Hemorragia del III Trimestre	70	1.2	63	1.4
Presentación Transversa	138	2.3	118	2.6
Presentación Podálica	577	9.6	472	10.4
Otras	4166	69.1	2564	56.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

En cuanto a la condición de la membrana al momento de inicio de la labor del parto, durante los años 98 y 99, respectivamente, el 23.9% y el 29.2% de las embarazadas las tenía rotas al momento de la evaluación e ingreso a labor. Se encontraron diferencias significativas al comparar las proporciones de embarazadas con membranas rotas en ambos años del análisis ( $p=0.000$ ). (Cuadro N° 54)

Por otro lado, las gestantes que rompieron bolsas sin estar en labor representaron el 5%. Por cada 14 embarazadas sin ruptura prematura de membranas una gestante presentó esta condición de riesgo. (Cuadro N° 55)

En cuanto a tiempo en que la gestante completó la labor de parto luego de la ruptura de la membrana, el porcentaje de omisión fue altísimo, superando el 75%. A pesar de ello puede decirse que la mayor proporción de registros se ubicó en más de 24 horas. Hubo diferencias estadísticamente significativas en la proporción de embarazadas con tiempo de ruptura de membranas mayor de 12 horas para los años 98 y 99 ( $p=0.000$ ). (Cuadro N° 56)

Ahora bien, es importante indicar que el total de pacientes con bolsas rotas a la admisión fue, para 1998, de 8417 de esas 4697 no consignaron la hora de ruptura y por tanto el programa no la calcula. La información del resto de las pacientes que rompen bolsas al momento del parto no se consigna. Para 1999, se dio una condición similar a la antes descrita.

Las gestantes con ruptura de membrana de 12 horas y más sumaron para 1998 1924 de las cuales el 25.8% (497) tuvieron una terminación de la labor de parto espontánea, 11.3% terminaron en cesárea y en el 4.1% se empleo otro método de terminación de la labor, el porcentaje restante (58.7%) no consignaban esta información. Para el 99 los registros de la HCPB indican que sólo el 4.4% de las 2258 gestantes con tiempo de ruptura de 12 horas y más terminó en parto espontáneo y el 1.0% en cesárea, para una omisión de 94.3% (Cuadro N° 56)

**Cuadro N° 54 . Embarazadas Según Condición De La Membrana  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición de la Membrana	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Rotas	8417	23.9	7881	29.2
Integras	22272	63.1	15253	56.5
Omisión	4590	13.0	3885	14.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 55 . Embarazadas Según Ruptura Prematura De Membrana  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Ruptura Prematura De Membrana	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
SI	1751	5.0	1498	5.5
No	24967	70.8	18393	68.1
Omisión	8561	24.3	7128	26.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

La presentación cefálica ocurrió en el 85.7% y en el 84.0% de los partos y sólo el 2.8% y 3.05% de los partos registran una presentación pelviana o transversa, durante los años 98 y 99, respectivamente. En 1998, por cada 30 partos cefálicos ocurrió un parto con presentación distócica, en tanto que para 1999 esta relación se encontró de 33:1. La omisión de este dato estuvo alrededor del 12.%. Al relacionar la presentación distócica con la aplicación de cesárea como método de terminación del parto, puede decirse que una muy baja proporción de las mismas estuvo relacionada con esta causa, al comparar con el resto de las indicaciones. (Cuadro N° 57)

**Cuadro N° 56. Embarazadas Según Tiempo Entre La Ruptura De La Membrana Y El Parto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tiempo Entre La Ruptura Y La Labor Del Parto (horas)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Una o menos	792	2.2	1101	4.1
2 - 3	773	2.2	1217	4.5
4 - 6	628	1.8	848	3.1
7 - 11	616	1.7	679	2.5
12 - 24	584	1.7	695	2.6
Más de 24	1,340	3.8	1563	5.8
Omisión	30546	86.6	20916	77.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 57 . Número de Embarazadas Según Presentación del Producto República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Presentación Del Producto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Cefálica	30221	85.7	22,709	84.0
Pelviana	822	2.3	678	2.5
Transversa	172	0.5	148	0.5
Omisión	4,064	11.5	3,484	12.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Predominó el tipo de alumbramiento placentario espontáneo con 86.9% en 1998 y 83.9% en 1999, para un descenso de 3 puntos porcentuales de un año al otro. La placenta fue expulsada completa en el 89 y 88% de los casos registrados durante los años de estudio (98 – 99). (Cuadros N° 58 y 59)

**Cuadro N° . Embarazadas Según Tipo De Alumbramiento Placentario República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo De Alumbramiento Placentario	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29253	100.0	22815	100.0
No Espontáneo	1079	3.7	1284	5.6
Espontáneo	25407	86.9	19141	83.9
Omisión	2767	9.5	2390	10.5

Excluye a las mujeres a las que se les practicó cesárea  
Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

De los 539 alumbramientos no espontáneos con placenta incompleta registrados en la HCPS ocurridos en 1998, la mayor proporción se concentró en las mujeres con otra forma de terminación de la labor de parto (67.9%) y que, el 16.5% y 13.2% se dieron en mujeres cuya labor de parto terminó por cesárea o en forma espontánea, respectivamente. Así mismo, de los 302 alumbramientos espontáneos con placenta incompleta el 73.5% de las parturientas terminaron la labor de parto en forma espontánea, el 13.2% por otra forma de terminación y el 9.9 y 1.6% por cesárea y fórceps, respectivamente.

**Cuadro N° 59. Embarazadas Por Año Según Condición De La Placenta República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición De La Placenta	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Incompleta	863	2.4	716	2.6
Completa	31436	89.1	23984	88.8
Omisión	2980	8.4	2319	8.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Para 1999, se registraron 515 alumbramientos no espontáneos con placenta incompleta de los cuales el 76.9% (396) ocurrió en mujeres con otra forma de terminación del parto; en tanto el 12.4% y el 9.9% ocurrió en parturientas con terminación de la labor por cesárea o espontánea, respectivamente. De los 194 alumbramientos espontáneos con placenta expulsada incompleta 149 (76.8%) la forma de terminación del parto fue espontánea, 6.7% y 16.5% de los casos terminaron la labor de parto por cesárea u otra forma de terminación.

En 1998 la cifra de alumbramientos espontáneos con placenta incompleta fue 1.6 veces mayor que en 1999. Esta situación permite indicar que para 1998 por cada 1.8 mujeres con alumbramiento no espontáneo y placenta incompleta hubo una con alumbramiento espontáneo y placenta incompleta; esta relación cambia para el 99 a 2.7:1.

A establecer una relación entre el tipo de alumbramiento placentario y el empleo de antibióticos en el manejo de la paciente sólo en 19,893 (56.4%) de los registros incluidos en SIP- 98 contaban con esta información. De estos registros se pudo identificar que en el 99.4% (19,777) de las embarazadas no se les había administrado ningún antibiótico y que el 90% de las mujeres habían tenido un alumbramiento placentario espontáneo. En el 0.6% (120) de los registros restantes se consigna la aplicación de antibiótico a las madres; de estos el 35% de las pacientes tenían registro de alumbramiento placentario no espontáneo. En 1999, el comportamiento de las variables fue similar, sólo se disponía de esta

información en el 54.5% de los registros 27,019 y la mayor proporción de mujeres no había recibido antibióticos (99.1%). El 0.8% de las embarazadas restantes había sido tratado con antibiótico - terapia (129) de las que el 48.8% de las mujeres había tenido alumbramiento placentario no espontáneo.

En el año 1998, el 36.8% de las 117 embarazadas que en el SIP registran como condición de egreso "patologías" habían tenido un alumbramiento placentario no espontáneo, cifra que se incrementa en 6 puntos porcentuales para 1999, cuando de las 63 madres que egresan bajo esta condición el 42.8% tuvieron un alumbramiento placentario no espontáneo.

Cuando la condición de egreso fue la defunción materna el 46.2% (6/13) y el 71.4% (5/7) de las mujeres habían tenido un alumbramiento placentario no espontáneo, en los años 98 y 99, respectivamente.

De las 29,071 madres que egresaron sanas en 1998, el 18.8% habían tenido un alumbramiento no espontáneo; en tanto que en 1999 esta condición se presentó en el 19.4% de las 20,413 madres que egresaron sanas.

Al analizar el tipo de alumbramiento en relación con los días de hospitalización post - parto, en 1998 el 69.2% de los alumbramientos no espontáneos tenían registro, de estos el 86.2% egreso entre uno y tres días post-parto y 2.1% tuvo un egreso después de los 30 días post-parto. En 1999, los alumbramientos no espontáneos sumaron 1284 y de estos el 92.7% tuvieron registros, entre los que se destaca que el 91.5% egreso del hospital entre el primer y tercer día post-parto y el 1.3% egreso después de cumplidos los 30 días de hospitalización. El comportamiento, en cuanto a los días de hospitalización de las mujeres cuya placenta tuvo un alumbramiento espontáneo fue similar. (Cuadro N° 60)

**Cuadro N° 60. Embarazadas Por Tipo de Alumbramiento Según Días De Hospitalización Post - Parto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Días De Hospitalización Post - Parto	AÑOS							
	1998				1999			
	No Espontánea		Espontánea		No Espontánea		Espontánea	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	747	100.0	17741	100.0	1190	100.0	17576	100.0
1-3	644	86.2	16399	92.4	1089	91.5	16647	94.7
4 -14	83	11.1	901	5.1	83	7.0	681	3.9
15 - 29	4	0.5	25	0.1	2	0.2	23	0.1
30 y +	16	2.1	416	2.3	16	1.3	225	1.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 - 1999.

El 97% y el 99.1% de los partos ocurridos durante el 98 y 99, respectivamente fueron atendidos en una institución de salud y de estos sólo el 2.7% y el 6.4% ocurrió en instalaciones del primer nivel de atención, lo que indica un incremento porcentual del 137% de los partos atendidos en este nivel durante 1999 en relación con 1998. Ahora bien, por cada dos partos institucionales uno ocurrió en instalaciones del III nivel de atención (Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS y/o Hospital Santo Tomás). La atención domiciliar del parto o en otras áreas afectó al 0.6% y 0.5% de las embarazadas, lo que hace evidente la alta cobertura de atención profesional del parto (Cuadro N° 61). Durante 1998, los profesionales que predominantemente atendieron el parto fueron médicos con 80.3% 85.8% (1998-1999, respectivamente) seguidos de las enfermeras con 14.2% y 12.8% (1998-1999, respectivamente). Este análisis permite indicar un incremento porcentual del 6.8% de la atención médica del parto. (Cuadro N° 62)

**Cuadro N° 61 . Embarazadas Por Año Según Nivel En Que Se Dio La Atención Del Parto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Nivel de Atención Del Parto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Primero	945	2.7	1719	6.4
Segundo	14309	40.6	9522	35.3
Tercero	18951	53.7	15507	57.4
Domiciliario	80	0.2	60	0.2
Otros	127	0.4	78	0.3
Omisión	867	2.5	133	0.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 62 . Tipo de Recurso Humano Que Atendió El Parto República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Recursos Humano Que Atendió El Parto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Médico	28329	80.3	22976	85.8
Enfermera/Partera	5,022	14.2	3462	12.8
Auxiliar de Enfermería	495	1.4	160	0.6
Estd/Empírica	108	0.3	122	0.5
Otro	151	0.4	89	0.3
Omisión	1174	3.3	210	0.8

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Al 41.73% y al 38.4% de las embarazadas se le realizó una episiotomía al momento del parto; por otro lado, el 14.8% y 15.0% sufrió desgarro, durante los

años 1998 y 1999, respectivamente; complicación evitable con una aplicación correcta de protección del periné y una selección adecuada de las pacientes, ya que la episiotomía no se recomienda de rutina. (Cuadros N° 63 y 64)

**Cuadro N° 63. Episiotomías Realizadas Durante La Atención Del Parto  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Episiotomías	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Sin Episiotomía	17738	50.3	14502	53.7
Con Episiotomía	14720	41.7	10385	38.4
Omisión	2821	8.0	2132	7.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° . Desgarros Ocurridos Durante La Atención Del Parto  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Desgarros	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Sin Desgarro	26700	75.7	4054	74.4
Con Desgarro	5010	14.2	20090	15.0
Omisión	3569	10.1	2875	10.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

En un 54.8% y 55.7% de las gestantes el parto ocurrió sin la aplicación de medicamentos, sin embargo la omisión del registro de este dato estuvo alrededor del 20%, durante los años 98 y 99, respectivamente. (Cuadro N° 65)

**Cuadro N° 65 . Medicación Aplicada Durante La Atención Del Parto  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Medicación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Con Medicación	8675	24.6	6331	23.4
Sin Medicación	19321	54.8	15037	55.7
Omisión	7283	20.6	5651	20.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.



La muerte intrauterina se presentó en el 4.2% de las embarazadas durante 1998, es decir que ocurrió la pérdida de 1494 productos, de los cuales el 2.4% fue durante el embarazo y el 0.2 durante el parto. La mayor proporción de pérdida ocurrió Para 1999, en el 9.1% de las HCPS se registraron muertes intrauterinas, lo cual representa 2443 productos, e indica un incremento porcentual de 119% durante 1999. La omisión del registro fue superior en 1998. (Cuadro N° 66)

El 57.6% del total de óbitos fetales ocurridos en 1998 se presentaron durante el embarazo, un 4.1% y 38.4% fueron intraparto y en momento desconocido, respectivamente. Para 1999, se presentó una situación similar, toda vez que de los 2443 óbitos fetales la mayor proporción de muertes ocurrió durante el embarazo (79.4%) seguido de momento desconocido e intraparto, con 19.4% y 1.2%, respectivamente.

**Cuadro N° 66. Embarazadas Por Año Según Momento de Ocurrencia de la Muerte Intrauterina. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Momento de Ocurrencia De La Muerte	AÑOS			
	1998		1999	
Intrauterina	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
No Hubo	31347	88.9	23907	88.5
Embarazo	860	2.4	1940	7.2
Parto	61	0.2	29	0.1
Desconocido	573	1.6	474	1.8
Omisión	2438	6.9	669	2.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Se destaca que el 90% de las puérperas egresaron sanas de la instalación de salud en que fueron atendidas durante 1998, en tanto que 82.4% egresaron en esta condición en 1999. La disminución del porcentaje de mujeres que egresaron sanas puede estar relacionada con un incremento del 7.7% del subregistro para 1999. En 0.1% de los casos ocurrió la defunción de la madre durante 1999. (Cuadro N° 67)

Al analizar las muertes maternas según información registrada en el Sistema de Vigilancia de Muertes Maternas se observó que en 1998 ocurrieron 24 muertes maternas y que en 1999 se presentaron 22. La comparación entre ambas fuentes de registro de dato sobre mortalidad materna indica una diferencia de 10 casos en el 98 y de 13 casos en 1999. Esta situación amerita que se de un mejor registro de la información en la HCPB y en el SIP, con la finalidad de poder efectuar un mejor análisis de las causas del problema, pues muchas se consignan en este instrumento.

La toxemia y la hemorragia se alternan en las primeras posiciones como causas específicas de mortalidad materna durante los últimos 10 años. En 1995 la primera causa de muerte materna fue la hemorragia seguida de la toxemia; en tanto que para 1996, las primeras causas de mortalidad materna fueron las

complicaciones del puerperio, seguidas de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (toxemia).

Para 1997, la Hemorragia, fue principal causa específica de muerte materna con un 38.4%. Al desagregar estas 15 muertes se identificó que 8 de ellas se dieron en el postparto y 7 en el tercer trimestre del embarazo. Como segunda causa de muerte se ubican los Trastornos Hipertensivos del Embarazo con 17.9% (7 muertes) y el 10.3% se relacionaron con el Aborto. El resto de las causas de muertes maternas se registradas fueron la sepsis, embolia de líquido amniótico, complicación anestésica, parto obstruido, e hígado graso del embarazo, entre otros.

**Cuadro N° 67 . Condición De La Mujer Al Egreso  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición de Egreso	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Sano	31764	90.0	22274	82.4
Con Patología	138	0.4	70	0.3
Traslado	9	0.00	10	0.1
Muerto	9	0.0	9	0.0
Muerte Postraslado	5	0.0	0	0.0
Viva Postraslado	1	0.0	1	0.0
Omisión	3353	9.5	4655	17.2

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA. Años: 1998 – 1999.

El porcentaje de embarazadas referidas a programas para el control de la natalidad fue del 69 y 57% durante 1998 y 1999, respectivamente. A un 4% de las embarazadas se les efectuó la salpingectomía, como método de esterilización permanente. (Cuadro N° 68)

**Cuadro N° 68. Condición DeL Programa Anticonceptivo Al Egreso  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición del Programa De Anticonceptivo al Egreso	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
No se hizo	3567	10.1	3888	14.4
Condón	50	0.1	49	0.2
DIU	28	0.1	36	0.1
Píldoras	184	0.5	84	0.3
Salpingectomía	1708	4.8	1132	4.2
Ritmo	3	0.0	1	0.0
Otros	24	0.1	24	0.1
Referida	24530	69.5	15513	57.4
Omisión	5185	14.7	6292	23.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA. Años: 1998 – 1999.

Al relacionar la edad de la madre con la práctica de un método contraceptivo permanente, tal como la salpingectomía, el SIP indica que para 1998 de las 1708 salping realizadas el 74.2% se realizaron en mujeres de 20 – 34 años, es decir en el intervalo de edad fértil de menor riesgo de enfermar y morir de la madre y el producto y el 1.2% en adolescentes entre 15 – 19 años. Para 1999, el comportamiento de estas variables es más o menos similar, aunque llama la atención que se efectuaron dos salpingectomías a adolescentes menores de 15 años y que se da un incremento de 2.4 puntos porcentuales en la proporción de salping efectuadas a madres de 35 años y más, aunque si diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro N° 69)

**Cuadro N° 69 . Embarazadas Con Salpingectomía Según Grupo De Edad República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Grupo de Edad	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	1708	100.0	1132	100.0
10 - 14	0	0.0	2	0.2
15 -19	20	1.2	14	1.2
20 – 34	1279	74.8	824	72.8
35 y +	396	23.2	290	25.6
Omisión	13	0.8	2	0.2

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Al relacionar los antecedentes de partos previos con la realización de la salpingectomía como método contraceptivo permanente, un tercio de las mujeres tenía entre 2 y 3 partos previos al embarazo actual y el 30.2 y 27.1% tenían entre 3 y 5 partos previos, para 1998 y 1999, respectivamente. En cuanto a las mujeres sin partos previos durante 1998 el 85% de sus productos egresaron sanos, el 0.3% con patologías y 2 fueron trasladados, el 14.2% de los registros no consignaba la condición de egreso del recién nacido. En 1999 el comportamiento de estas variables indicó una menor proporción de recién nacidos sanos (73.2%), 0.9% egresaron con alguna patología y uno falleció. La omisión del dato fue del 25.6%. Las diferencias fueron significativas entre los recién nacidos sanos de 1998 y los 1999 ( $X^2 = 11.8$   $p=0.0005$ ). (Cuadro N° 70)

**Cuadro N°70 . Embarazadas Con Salpingectomía Según Antecedentes de Partos Previos De La Madre. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Partos Previos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	1708	100.0	1132	100.0
Ninguno	346	20.2	340	30.0
1 – 2	569	33.3	364	32.1
3 – 5	516	30.2	307	27.1
6 y +	190	11.1	103	9.1
Omisión	87		18	1.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Una tercera parte de las parturientas estuvo hospitalizada de 2 a 3 días en 1998, en tanto que alrededor de la mitad fue hospitalizada por este tiempo en 1999. Un 5.4 y un 2.7% de la mujeres recién paridas estuvieron hospitalizadas por más de un mes, durante los años 98 y 99, respectivamente. El porcentaje de omisión fue alrededor del 25% menos en 1999 con relación al 98. (Cuadro N° 71)

**Cuadro N° 71. Total de Días de Hospitalización República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Total de Días de Hospitalización	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
0	73	0.2	121	0.4
1	5905	16.7	6980	25.8
2-3	12164	34.5	13174	48.8
4-7	4026	11.4	4055	15.0
8 - 15	679	1.9	613	2.3
16 – 30	141	0.4	120	0.4
Más de Mes	1924	5.4	739	2.7
Omisión	10367	29.4	1216	4.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Al indagar sobre la condición de egreso de las madres con 30 días y más de hospitalización el SIP indicó que de 1924 mujeres que habían cumplido con este criterio en 1998, el 96.3% egresaron sanas, el 0.4% (7) y el 0.3% (5) egresaron con patología o muertas, respectivamente. En 1999, el comportamiento de estas variables muestra algunas diferencias, toda vez que el 87.7% de 739 madres que estuvieron hospitalizadas por 30 días y más, egresaron sanas y el 1.1% (8) egresaron con patología. No hubo defunciones maternas relacionadas a este criterio de días de hospitalización. La proporción de omisión del dato fue mayor en 99 (11.2%). (Cuadro N° 72)

**Cuadro N° 72. Condición de Egreso De Las Embarazadas Con 30 Días Y Más de Hospitalización. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición de Egreso	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	1924	100.0	739	100.0
Sana	1853	96.3	648	87.7
Con Patología	7	0.4	8	1.1
Traslado	1	0.0	-	-
Muerta	5	0.3	-	-
Omisión	58	3.0	83	11.2

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Al investigar las patologías registradas en el SIP-98, en relación con las madres que tuvieron 30 y más días de hospitalización destacan la hemorragia del primer trimestre con el 10.2%, seguido de la ruptura prematura de membranas y la anemia crónica con 3.1% y 1.9%, respectivamente. Para el año 99 se sumó a las hemorragias del primer trimestre y a la ruptura prematura de membranas, la amenaza de parto prematuro con 1.9%. (Cuadro N° 73)

**Cuadro N° 73. Patologías Registradas En Las Embarazadas Con 30 Días Y Más de Hospitalización. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Indicación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	1924	100.0	739	100.0
Sub – Total Patologías	400	20.8	195	26.4
HTA	5	0.3	3	0.4
Pre Eclampsia	7	0.4	29	3.9
Eclampsia	1	0.05	2	0.3
Cardiopatía	1	0.05	0	0.0
Diabetes	3	0.2	3	0.4
Infección de Vías Urinarias	3	0.2	1	0.1
Otras Infecciones	6	0.3	1	0.1
Amenaza de Parto Prematuro	8	0.4	14	1.9
Desproporción Cefalo – Pélvica	9	0.5	7	0.9
Hemorragia del I Trimestre	196	10.2	63	8.5
Hemorragia del II Trimestre	2	0.1	0	0.0
Hemorragia del III Trimestre	7	0.7	0	0.0
Anemia Crónica	36	1.9	4	0.5
Ruptura Prematura de Membranas	59	3.1	37	5.0
Infección Puerperal	2	0.1	1	0.1
Hemorragia Puerperal	1	0.05	1	0.1
Otras Patologías	54	2.8	29	3.9
Sin Registro	1524	79.2	544	73.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.

Años: 1998 – 1999.

En cuanto a la necesidad de traslado durante el embarazo menos del 3% de las mujeres requirieron ser trasladadas. La omisión de este dato supera el 35% de los registros. De las 525 gestantes que fueron trasladadas en 1998, el 99.0% no consignaban registro de la instalación de salud hacia donde se había derivado la paciente. Igual situación se presentó en 1999, cuando el 97.4% de las gestantes no contaba con este registro, el porcentaje restante fue trasladada hacia instalaciones hospitalarias. (Cuadro N° 74)

**Cuadro N°74. Embarazadas Según Necesidad De Traslado Durante El Embarazo. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Traslado	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Si	525	1.5	619	2.3
No	21339	60.5	14591	54.0
Omisión	13415	38.0	11809	43.7

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

## La Atención Del Neonato

Durante los años 98 y 99, el 47.2% y 47.0% de los recién nacidos eran del sexo masculino, para una relación mujer-hombre de 0.94 y 0.92, respectivamente. Destaca un porcentaje de omisión entre el 8.1 y 9.6%, a pesar de ser una variable que se identifica claramente durante el examen físico del neonato, quizás por que este dato no se consigna para los abortos, aunque sí para las muertes fetales intermedias y tardías. (Cuadro N° 75)

**Cuadro N° 75. Recién Nacidos Según Sexo República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Sexo	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Femenino	15742	44.6	11721	43.4
Masculino	16667	47.2	12707	47.0
Omisión	2870	8.1	2591	9.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Una condicionante importante de la mortalidad perinatal y de la infantil la constituye el bajo peso al nacer, en este sentido puede decirse, que de los 31957 recién nacidos vivos con más de 20 semanas de gestación, para 1998, el 7.4% tuvo un peso de riesgo (bajo peso al nacer), distribuido en 1.0 % con peso de 500 a 1499 gramos lo que los clasifica como recién nacidos de muy bajo peso al nacer y 6.4% presento bajo peso al nacer (1500 y 2499 gramos). En tanto que el 4.7% de los recién nacidos tuvo un peso de más de 3,999 gramos. Es decir, por cada 7 recién nacido con peso adecuado al nacer uno presentó déficit o exceso de peso al nacer. Al desagregar el riesgo, por cada 11.7 recién nacidos con peso adecuado uno tenía peso entre 500 y 2,499 gramos y por cada 18.7 recién nacidos con peso adecuado uno tenía exceso de peso (4,000 y más gramos). (Cuadro N° 76)

Para 1999, el comportamiento de esta variable presentó un ligero incremento del bajo peso (7.2%) con una distribución similar, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos años (muy bajo peso y bajo peso al nacer).

Llama la atención que los recién nacidos con menos de 500 gms, pasan de 91 en 1998 a 806 en 1999, lo que indica un incremento porcentual de 785.7%, lo cual puede sugerir inconsistencias en el registro de este dato.

**Cuadro N° 76 . Recién Nacidos Vivos Con Más De 20 Semanas Según  
 Peso Al Nacer República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Peso Al Nacer (gramos)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Menos de 500	91	0.3	805	3.6
500 a 1499	297	1.0	177	0.8
1500 a 2,499	1886	6.4	1431	6.4
2,500 - 3,999 Adecuado	25665	87.6	18675	84.2
4,000 y más	1373	4.7	1101	5.0
Omisión	0	0.0	0	0.0

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Los recién nacidos con peso de 500 a 2499 gramos sumaron 2078 y 1608 en 1998 y 1999, respectivamente. Más del 70% egresaron sanos y alrededor del 0.6% egresaron con patologías. Un 5% de los mismos murió y esta fue consignada como su condición de egreso. La proporción de recién nacidos sanos fue mayor en 1998 que en 1999 en 4.1 puntos porcentuales y esta diferencia fue significativa estadísticamente ( $p=0.017$ ) (Cuadro N°77)

**Cuadro N° 77 . Recién Nacidos Vivos Con Más De 20 Semanas, Bajo Peso Al Nacer Según Condición de Egreso. República De Panamá. Años: 1998 – 1999 (500 – 2499 gramos)**

Peso Al Nacer (gramos)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	2078	100.0	1608	100.0
Sano	1552	74.7	1135	70.6
Con Patología	13	0.6	11	0.7
Traslado	28	1.3	32	2.0
Muertos	104	5.0	87	5.4
Omisión	381	18.3	343	21.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA. Años: 1998 – 1999.

Por otro lado, el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional, registra una distribución porcentual del bajo peso al nacer (peso menor de 2.5 Kg.) revela un incremento porcentual de 12.5%, toda vez que para 1960 las cifras se encontraban en 8.8 y en 1997 en 9.7%. Con un marcado descenso en el año 98 y un repunte en 1999. (Cuadro N° 78). Para el año 1990, el 8.1% de los nacidos vivos tuvieron bajo peso; su distribución por área urbano-rural fue de 7.9 y 8.4%, respectivamente.

Según la Contraloría General de la República, al desagregar esta condición de los recién nacidos vivos según provincia, durante 1998, se observa que las de Kuna Yala, Panamá, Veraguas y Herrera presentaron las cifras más elevadas (18.3, 8.8, 8.7 y 8.1%, respectivamente). (Cuadro N°79)

El Sistema de Vigilancia Nutricional, por su parte para el año 1998 establece que los rangos más elevados de prevalencia de este problema se registraron en las regiones de Kuna Yala, Chiriquí y Los Santos. (Mapa N°10 ).

Es importante indicar que las tres fuentes de información de donde se obtiene este dato, presentan diferencias en las cifras de bajo peso al nacer.

**Cuadro N° 78 : Proporción De Bajo Peso Al Nacer. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997-1998-1999**

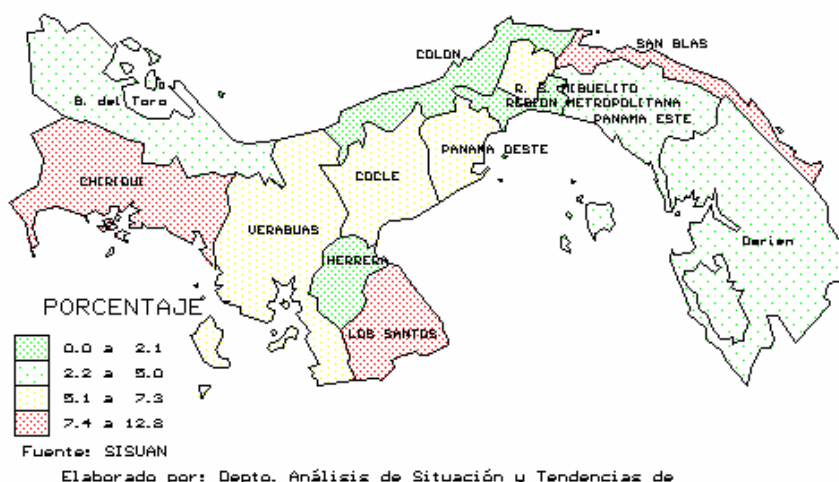
Año	Porcentaje
1960	8.8
1970	8.9
1980	8.2
1990	8.1
1997	9.7
1998	4.5
1999	6.8

Fuente: Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud.



MINSA. . Años: 1998 – 1999.  
**Mapa N° 10**

INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER, EN  
 LA REPUBLICA DE PANAMA, POR REGION DE SALUD,  
 SEGUN SISVAN, AÑO : 1998



**Cuadro N° 79 : Proporción De Bajo Peso Al Nacer Según Provincia.  
 República De Panamá. Año:1998**

Provincia	% (p)
<b>Total</b>	8.4
<b>Bocas del Toro</b>	6.1
<b>Coclé</b>	7.5
<b>Colón</b>	7.9
<b>Chiriquí</b>	7.8
<b>Darién</b>	6.6
<b>Herrera</b>	8.1
<b>Kuna Yala</b>	18.3
<b>Los Santos</b>	7.9
<b>Panamá</b>	8.8
<b>Veraguas</b>	8.7

Fuente: Contraloría General de la República. 1998

El comportamiento del percentil de peso en los recién nacidos da evidencia de que la mayoría de los mismo, al momento del nacimiento, se encontraba en el percentil entre 10 -90 (78.22% y 75.9% para los años 98 y 99, respectivamente). Durante el periodo de estudio la proporción de recién nacidos con percentil menor de 10 fue

el doble que la de recién nacidos ubicados en el percentil mayor de 90. (Cuadro N°80)

**Cuadro N° 80 . Recién Nacidos Vivos Con Más De 20 Semanas  
 Por Año Según Percentil de Peso Al Nacer  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Percentil de Peso Al Nacer	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Menor de PC10	4182	14.3	3561	16.0
10 - 90	22922	78.2	16835	75.9
Mayor de PC90	2041	7.0	1646	7.4
Omisión	167	0.6	147	0.7

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Por otro lado, 6.3% y 4.0% (98 – 99) de los recién nacidos no tenían un peso adecuado a su edad gestacional. Durante 1998, por cada 24 neonatos con peso adecuado al nacer había uno considerado pequeño y por cada 33 recién nacidos con peso adecuado había uno grande para la edad gestacional. En tanto que para el año 99, estas relaciones pasan a ser 23:1 y 29:1, respectivamente. (Cuadro N°81)

Para 1998, es destacable que de los 27,959 recién nacidos vivos con 35 a 42 semanas, 962 tuvieron peso al nacer entre 500 a 2499 gramos, lo que indica que el 3.4% de los recién nacidos presentaron desnutrición intrauterina. Para el año 1999, los recién nacidos vivos que tuvieron entre 35 y 42 semanas sumaron 21,500 de los cuales 1026 (4.8%) presentaron desnutrición intrauterina. Estas cifras evidencian un incremento del 41.2% de los recién nacidos con desnutrición intrauterina al comparar los años 98 y 99. Este análisis deja ver algunas inconsistencias en los datos.

**Cuadro N° 81. Peso De Los Recién Nacidos Vivos Con Más De 20 Semanas Según Edad Gestacional República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Peso	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Adecuado	25811	88.1	19084	86.0
Pequeño	1087	3.7	832	3.7
Grande	771	2.6	658	3.0
Omisión	1643	5.6	1615	7.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

La talla del recién nacido es otro indicador producto de las condiciones de salud y nutrición de la gestante, en el año 1998 uno de cada tres recién nacidos vivos con más de 20 semanas de gestación tuvieron baja talla (menos de 50 cms); cifra más elevada que la proporción de bajo peso al nacer. Para 1999, esta condición se incrementa aún más, cuando la proporción de neonatos con baja talla asciende hasta el 40%, es decir se incrementa en 11.1 puntos porcentuales, con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.000$ ), y a pesar del descenso de 3 puntos porcentuales en la omisión del dato. (Cuadro N°82)

**Cuadro N° 82. Recién Nacidos Vivos Con Más De 20 Semanas Por Año Según Talla Al Nacer República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Talla Al Nacer (cms)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	25298	100.0	22189	100.0
Menos de 50	7320	28.9	8878	40.0
50 y +	16842	66.5	12988	58.5
Omisión	1136	4.5	323	1.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

El 95.4% y 98.1% (98-99, respectivamente) de los neonatos fueron atendidos por personal calificado, sea este médico (alrededor del 80%) o enfermera. La atención del parto por personal empírico u otro personal se encuentra alrededor del 0.3%, con una omisión que se aproxima al 1.0%, en esta base de datos. (Cuadro N°83)

**Cuadro N° 83 . Tipo de Recurso Humano Que Atendió Al Producto República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Recurso Humano Que Atendió Al Neonato	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Médico	23393	79.8	18600	83.8
Enfermera/Partera	4565	15.6	3174	14.3
Auxiliar de Enfermería	815	2.8	144	0.6
Estd/Empírica	81	0.3	99	0.4
Otro	89	0.3	47	0.2
Omisión*	369	1.3	125	0.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Durante el periodo de estudio 98 – 99, el 98% de los neonatos vivos con 20 semanas y más al momento de nacer, tuvieron un apgar al minuto entre 5 y 9 puntos, cifra que se mantiene al momento de efectuar la evaluación del apgar a los 5 minutos (Cuadros N° 84 y 85). En 1999, el 71% de los recién nacidos tuvo un apgar al minuto de 9.

**Cuadro N° 84. Recién Nacidos Vivos De 20 Semanas Y Más Por Año Según Apgar Al Minuto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Apgar Al Minuto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
0	28	0.1	23	0.1
1 - 4	257	0.9	166	0.7
5 - 9	28838	98.4	21910	98.7
Omisión	189	0.6	90	0.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 - 1999.

**Cuadro N° 85. Recién Nacidos Vivos De 20 Semanas Y Más Por Año Según Apgar A Los Cinco Minutos. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Apgar A Los 5 Minutos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
0	35	0.1	35	0.2
1 - 4	92	0.3	56	0.3
5 - 9	28952	98.8	21911	98.7
Omisión	233	0.8	187	0.8

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 - 1999.

Al analizar el apgar al minuto en todos los recién nacidos vivos, independientemente de la edad gestacional al nacimiento, la mayor proporción de neonatos (98%) obtuvo una valoración entre 5 y 9, la cual se mantiene a los 5 minutos. La omisión en el registro de este dato esta por debajo del 1.0% (Cuadros N° 86 y 87)

**Cuadro N° 86 . Recién Nacidos Vivos Por Año Según Apgar Al Minuto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Apgar Al Minuto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	31347	100.0	23907	100.0
0	33	0.1	26	0.1
1 - 4	285	0.9	177	0.7
5 - 9	30759	98.1	23541	98.5
Omisión	270	0.9	163	0.7

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 - 1999.

**Cuadro N° 87 . Recién Nacidos Vivos Por Año Según  
Apgar A Los Cinco Minutos. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Apgar A Los 5 Minutos	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	31347	100.0	23907	100.0
0	41	0.1	42	0.2
1 – 4	109	0.3	64	0.3
5 – 9	30874	98.6	23529	98.4
Omisión	323	1.0	272	1.1

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Por otra parte, se destaca que al 4.9% y 5.0% de los neonatos vivos con 20 semanas y más al momento del nacimiento, para 1998 y 1999, respectivamente, se les efectuó reanimación ya sea con mascarilla o con tubo (Cuadro N° 88). Es decir, por cada 18 recién nacidos no reanimados a uno se le efectuaron prácticas de ventilación asistida. Cuando se analiza el comportamiento de esta variable considerando todos los neonatos independientemente de su edad gestacional al nacer no hubo diferencias.

En cuanto a la condición de egreso de los neonatos nacidos vivos con 20 semanas y más al nacer que fueron reanimados, puede decirse que en 1998, 1007 de los 1419 recién nacidos que fueron reanimados (71%) egresaron sanos, 1.1% tuvieron una patología como condición de egreso, 1.5% fueron trasladados y 77 (5.4%) murieron. Para 1999, el 70.8% de los 1101 neonatos reanimados egresaron sanos, un 0.9% con patología, 1.4% fueron trasladados y un 6.6 fallecieron. Sin diferencias significativas en la distribución de la condición de egreso de los neonatos reanimados entre los años 98 y 99. (Cuadro N° 89)

**Cuadro N° 88. Tipo De Reanimación Efectuada A Los Recién Nacidos Vivos Con 20  
Semanas de Gestación Y Más. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Reanimación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Ninguna	25947	88.5	19392	87.4
Máscara	1253	4.3	966	4.4
Tubo	166	0.6	135	0.6
Omisión	1946	6.6	1696	7.6

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 89 . Tipo De Reanimación Efectuada A Los Recién Nacidos Vivos.  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Reanimación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	31347	100.0	23907	100.0
Ninguna	27672	88.3	20859	87.3
Máscara	1317	4.2	1007	4.2
Tubo	182	0.6	143	0.6
Omisión	2176	6.9	1898	7.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Durante 1998, el 92.8% de los recién nacidos vivos con más de 20 semanas no hospitalizados no fueron reanimados al momento de nacer (20936/22543). Un total de 1419 neonatos fueron reanimados, de estos el 30.5% (433) fueron hospitalizados, el 18.2% de los registros no consignaban esta información y el 51.3% no se hospitalizaron. Para el año 99, la asociación de estas variables guarda más o menos la misma relación, siendo que de los 19,392 recién nacidos que no requirieron de reanimación al momento de nacer, el 2.8% fue hospitalizado. En cuanto a los recién nacidos que fueron reanimados ya sea mediante el uso de la técnica de intubación o de la mascarilla (1,101) el 25.7% requirió de hospitalización y en un 27.1% no se consigna información al respecto, el 47.1% restante no fue hospitalizado. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de recién nacidos reanimados del 98 y 99.

Un 5.3% de los neonatos vivos con 20 semanas y más no fueron alojados conjuntamente a su madre en 1998, cifra que disminuye al 4.2% en 1999, sin embargo, esta variable registra una omisión importante, supera el 15% de los registros. (Cuadro N° 90)

Al tratar de identificar posibles condiciones de los recién nacidos vivos con más de 20 semanas relacionadas con el no alojamiento de los neonatos con su madre, para 1998, de los 1553 recién nacidos que cumplían con factor de riesgo social, el 35.8% (556) tuvieron un apgar al minuto menor de 7 y el 12.6% (195) registraban apgar menor de 7 a los 5 minutos. Además, el 28.3% (440/1419) requirieron reanimación al momento de nacer y el 100% no fue alojado conjuntamente con su madre. Cabe señalar que de los 1553 neonatos que no fueron alojados junto a con su madre el 28.3% fue reanimado, el 64.7% no requirió ser reanimado y un 6.9% no contaba con el dato.

La condición del examen físico de estos recién nacidos fue reportada como anormal en el 46.3% (719) y la edad gestacional al momento de nacer presentó la siguiente distribución: entre 20 y 27 semanas se contaron 77 de los recién nacidos (5.0%) y entre 28 y 34 semanas se clasificaron 291 recién nacidos no alojados con su madre (18.7%), lo que ubica a un 23.7% de este grupo de recién nacidos cuyo

parto ocurrió antes de las 35 semanas, cuando el producto alcanza un nivel de madurez óptimo. El 76.3% de los neonatos restantes tenían más de 35 semanas al momento de nacer.

En cuanto a la alimentación al alta de los recién nacidos vivos de 20 semanas y más (1998), puede decirse que 931 de 1419 (65.6%) recibía sólo pecho, 5.7% pecho más alimentación artificial y que 28.5% de los registros no consignaban este dato. Es importante destacar que el 87.5% de los neonatos que no fueron reanimados recibían sólo pecho al momento del egreso y 11.2% de los registros no consignaban el dato. Este hecho es importante ya que existe una diferencia de 21.9 puntos porcentuales a favor de los neonatos no reanimados, pues una mayor proporción de estos se alimentaba sólo con pecho al momento de su egreso. Para 1999, la situación es similar toda vez que de los 1101 neonatos reanimados 63.2% se alimentaban sólo con pecho, 6.0% con pecho más alimentación artificial y en 30.6% no se consignaba el dato. En el caso de los neonatos que no fueron reanimados el 76% (14746/19392) tenían la lactancia materna como alimentación exclusiva al alta y 22.6% no consignaban este dato.

En el año 1999, 936 de los neonatos no fueron alojados junto a sus madres y el comportamiento de las relaciones antes descritas fue similar. El apgar al minuto menor de 7 se reportó en 353 neonatos (37.7%) y el apgar a los 5 minutos menor de 7 se registró en 135 neonatos (17.6%); con un 20.8% (275) de este grupo específico de recién nacidos que requirió reanimación, ya sea con máscara o con tubo endotraqueal, de los que el 100% no fue alojado junto a su madre. Se destaca que de los 936 neonatos no alojados junto a la madre el 29.3% habían sido reanimados, el 64.1% no habían requerido ser reanimados y el 6.5% carecían del dato.

En cuanto al examen físico del neonato, este fue reportado como anormal en el 55.6% (520) de este grupo de neonatos y la edad gestacional al momento de nacer entre 20 y 27 semanas incluyó al 6.3% de los recién nacidos y la de 28 a 34 semanas al 26.5% (248); es decir al 32.8% de los 936 recién nacidos que no fueron alojados junto a sus madres. Esta última variable registra un incremento porcentual de productos inmaduros y prematuros del 38.4% en relación con el año anterior.

**Cuadro N° 90. Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas y Más Por Año Según Alojamiento Conjunto. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Alojamiento Conjunto	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29317	100.0	22189	100.0
No	1553	5.3	936	4.2
Si	23077	78.7	14991	67.6
Omisión	4682	16.0	6262	28.2

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

A pesar de que la norma de atención del recién nacido no indica que la prueba de VDRL, para el tamizaje por Sífilis, debe realizarse a todo neonato, se destaca que durante los años 98-99, se efectuaron 9,722 pruebas (total gestantes de 51,501 registros de recién nacidos vivos con 20 semanas y más) de las cuales el 99.4% fue negativa (Cuadro N° 90). Estas pruebas se les realizan a los hijos de madres que no se habían efectuado la prueba o bien a aquellos niños cuya madre tuvo un resultado positivo. Es importante destacar, que debido a que la prueba no es rutinaria, la omisión en los registros alcanza cifras del 80%. (Cuadro N° 91)

**Cuadro N° 91 . Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas y Más Por Año Según Resultado Del VDRL. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Resultado del VDRL	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Negativo	5744	19.6	3916	17.6
Positivo	46	0.2	16	0.1
Sin datos	23522	80.2	18257	82.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

La edad por examen físico de los neonatos fue catalogada en el rango entre las 37 y 42 semanas en el 95.6% y 94.8% de los mismos y entre 20 y 36 semanas se ubicó al 3.2% y 3.9% de los neonatos para los años 98 y 99, respectivamente (Cuadro N° 92). Es importante indicar que para 1998, el 6.5% (2035/31347) de los productos de la gestación nacidos vivos tenía menos de 20 semanas, en tanto que para el 99, esta cifra era del orden del 7.2% (1718/23907), con un incremento porcentual del 10.8% para este último año. El total de productos con menos de 20 semanas sumaron 4,312 para 1998 y 4901 para 1999; representando el 13.9% y 16% del total de registros para los años respectivos (98 – 99). De estos productos con menos de 20 semanas el 41.5% nacieron vivos en 1998 y el 39.8% en 1999.

**Cuadro N° 92 . Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas Y Más Según Edad Deducida Por Examen Físico. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Edad Deducida Por Examen Físico (semanas)	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
20 – 27	55	0.2	54	0.2
28 – 36	871	3.0	819	3.7
37 – 42	28011	95.6	21039	94.8
43 – 45	40	0.1	23	0.1
Omisión	335	1.1	254	1.1

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.



En cuanto a la condición del examen físico, el análisis de la base de dato indica que el 15.7% (157/1003) y el 12.3% (87/720) de los productos de la gestación con menos de 20 semanas presentaron anormalidades, para los años 98 y 99, respectivamente. En 1998, por cada producto con examen físico anormal 29 tuvieron un examen físico normal; cuando se toma en cuenta la edad gestacional de 20 semanas o más esta relación cambia a 1:31. Para 1999, por cada producto anormal nacieron 31 recién nacidos normales, y cuando se consideró sólo a los neonatos con 20 semanas y más al nacer la relación fue de 1:32. (Cuadros N° 93 y 94)

**Cuadro N° 93 . Productos De La Gestación Según Condición Del Examen Físico. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición Del Examen Físico	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	35,279	100.0	27019	100.0
Normal	28678	81.3	21681	80.2
Anormal	1,003	2.8	707	2.6
Omisión	5598	15.9	4631	17.1

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 94 . Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas Y Más Según Condición Del Examen Físico. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición Del Examen Físico	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Normal	26432	90.2	20034	90.3
Anormal	846	2.9	620	2.8
Omisión	2034	6.9	1535	6.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

Los recién nacidos vivos con 20 semanas y más al nacer sumaron para 1998 29,312 de los que el 87.4% egresaron sanos; en tanto que, en 1999, 22189 neonatos cumplían con esta condición y el 77.6% fueron dados de alta sanos. En ambos años el 0.2% presentaron alguna patología y entre el 0.3% y 0.4% requirió de traslado. El análisis de la información indica que 143 y 117 recién nacidos murieron, en 1998 y 1999, respectivamente; cifras que representan el 0.5% de los neonatos nacidos en cada año. Es preocupante la proporción de omisión en el registro de este dato, la cual fue de 11.5% en el 98 y se duplico esta cifra para 1999. (Cuadro N° 95)

**Cuadro N° 95 . Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas Y Más Según Condición de Egresos. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Condición de Egreso	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Sano	25626	87.4	17225	77.6
Con Patología	64	0.2	41	0.2
Traslado	98	0.3	90	0.4
Muerto	140	0.5	116	0.5
Muerte Postraslado	3	0.00	1	0.0
Omisión	3381	11.5	4716	21.3

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Por otro lado, puede mencionarse que se hospitalizaron un total de 1,463 niños (5.0% en 1998) y 889 neonatos (4.0% en 1999) para una omisión del dato en 12,290 de los 51,501 registros analizados (98-99). (Cuadro N° 96). Es importante indicar que en 1998 de 1463 neonatos vivos con 20 y más semanas que fueron hospitalizados el 52.4% egresaron sanos y en el 2.5% (37) se registra como condición de egreso patologías, un 3.3% fueron trasladados y 7.3% fallecieron. La omisión alcanzó el 34.4% de los registros. Para 1999 el 57.0% (507 de 889) de los recién nacidos hospitalizados egresaron sanos, en tanto 1.9% tuvieron la patologías como condición de egreso, el 3.9% fueron trasladados y 97 fallecieron (10.9%).

**Cuadro N° 96. Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas Y Más Hospitalizados República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Hospitalización	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Si	1463	5.0	889	4.0
No	22543	76.9	14316	64.5
Omisión	5306	18.4	6984	31.5

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
Años: 1998 – 1999.

Cuando se considera la presencia de patología en el neonato, alrededor del 3.7% de los mismos presentaron alguna patología, siendo que en 1998 de los 1074 recién nacidos vivos con 20 y más semanas y que presentaban una o más patologías el 82.0% (881) fueron hospitalizados, un 5.7% carecía del registro de hospitalización. Para 1999 de los 850 neonatos vivos con 20 y más semanas al nacer y que presentaban una y más patologías el 80.6% (850) fueron hospitalizados y el 8.1% carecía de datos al respecto sobre hospitalización. (Cuadro N° 97)

**Cuadro N°97. Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas y Más Según Patología República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Patología	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Con Patología	1074	3.7	850	3.8
Sin Patología	27116	92.5	20060	90.4
Omisión	1122	3.8	1279	5.8

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

El análisis de los cuadros antes descritos deja una serie de interrogantes entre las que se cuentan:

- El número de traslados puede ser mayor que el número de niños con patologías?
- Los traslados son debido a la existencia de patologías en el recién nacido o debido a observación o para su estabilización?
- Hacia donde se dieron estos traslados?
- Si sólo hubo 305 neonatos no sanos al analizar la condición de egreso, como se hospitalizaron 1463 y como al analizar la variable patologías se registran 1074. Esta situación evidencia las inconsistencias del registro y la importancia de disminuir el porcentaje de omisiones en el registros de los datos, pues esta a variado entre 3.8% y 18.4% en 1998 y entre 5.8% y 31.5% en 1999.

La deficiencia en el registro de los datos se hace aún más evidente cuando al identificar las diferentes patologías se alcanza, en 1998, un total de 1990 patologías registradas, aunque un 1074 de los recién nacidos tuvieron una y más patologías. Las patologías más frecuentemente registradas fueron la hiperbilirrubinemia con 23.3%, otras patologías del recién nacido (códigos 154 hasta 157) con 14.1% y Otros SDR con 13.9%. Durante 1999 se registraron 1340 patologías, manteniéndose las antes enunciadas como las de mayor registro, en tanto hubo un total de 850 neonatos con una o más patologías. (Cuadro N° 98)

Las patologías con proporción de recién nacidos vivos con 20 y más semanas hospitalizados fueron para 1998, as alteraciones hemorrágicas de cualquier tipo (100.0%), Otros SDR con 92.1% de los casos y las patologías metabólicas nutricionales con 87.8%. Para 1999, se destacaron Otras hemorragias con el

100.0%, Otros SDR (96.0%) y las patologías neurológicas con el 91.7% de los casos por esta causa hospitalizados. (Cuadro N° 99)

**Cuadro N°98 . Patologías Registradas En Los Recién Nacidos.  
República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Indicación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	1990	100.0	1340	100.0
Membrana Hialina	131	6.6	143	10.7
Síndrome Aspirativo	108	5.4	63	4.7
Otros SDR	277	13.9	179	13.4
Apneas	20	1.0	20	1.5
Hemorragia	3	0.2	2	0.1
Hiperbilirrubinemias	464	23.3	301	22.4
Infeción	199	10.0	132	9.9
Patologías Neurológicas	43	2.2	36	2.7
Defectos Congénitos	144	7.2	87	6.5
Otras Patologías	70	3.5	48	3.6
Otras Hematológicas	4	0.2	1	0.1
Metabólicas Nutricionales	115	5.8	52	3.9
Otras Patologías (152 – 153)	130	6.5	90	6.7
Otras Patologías Neonatales (154 hasta 157)	282	14.1	186	13.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA. Años: 1998 – 1999.

**Cuadro N° 99 . Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas y Más Según Proporción de Patologías Hospitalizadas. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Patología	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Membrana Hialina	98/131	74.8	129/143	90.2
Síndrome Aspirativo	82/108	75.9	49/63	77.8
Otros SDR	255/277	92.1	172/179	96.0
Apneas	12/20	60.0	11/20	55.0
Hemorragia	3/3	100.0	½	50.0
Hiperbilirrubinemias	375/464	80.0	250/301	83.1
Infeción	171/199	85.9	120/132	90.9
Patologías Neurológicas	37/70	52.8	33/36	91.7
Defectos Congénitos	71/144	49.3	33/87	37.9
Otras Patologías	45/130	34.6	18/48	37.5
Otras Hematológicas	4/4	100.0	1/1	100.0
Metabólicas Nutricionales	101/115	87.8	48/52	77.4

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.. Años: 1998 – 1999.

Al analizar los días de vida al momento del egreso, en 1998, 31.7% de los

neonatos había cumplido entre 0 y 1 día de nacido; un 54.3% tenían entre 2 y 7 días; en tanto que 701 habían cumplido entre 8 y 30 días de vida (2.4%), 2.2% tenían más de 30 días de vida al momento del egreso. La omisión del dato estuvo por el orden del 9.4%. Los datos del 99, reflejan que el 35.7% de los neonatos egreso tenían entre 0 y un día, que el 53.6% habían cumplido entre 2 y 7 días y 2.2% tenían entre 8 y 30 días de vida al momento del egreso. Sólo el 1.7% tenía más de 30 días de nacido al momento de su egreso (Cuadro N° 100).

**Cuadro N° 100. Recién Nacidos Vivos Con 20 Semanas Y Más Según Días de Vida Al Egreso. República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Días de Vida Al Egreso	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Cero	334	1.1	309	1.4
Uno	8972	30.6	7615	34.3
2 - 3	13158	44.9	10232	46.1
4 - 7	2745	9.4	1655	7.5
8 - 15	526	1.8	350	1.6
16 - 30	175	0.6	134	0.6
Más de 30	659	2.2	372	1.7
Omisión	2743	9.4	1522	6.9

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA. Años: 1998 – 1999.

Por cada 60 recién nacidos vivos con 20 y más semanas que se alimentaban sólo con pecho al momento del egreso, uno recibía alimentación mixta, en 1998 y que para 1999, esta relación era de 51:1. La alimentación artificial sólo se registró en 19 y 11 neonatos (98-99, respectivamente) al momento del egreso. (Cuadro N° 101)

Al relacionar el tipo de alimentación del neonato con la condición de egreso de la madre durante 1998 de los 25091 neonatos que se alimentaban sólo con lactancia materna el 91.8% de las madres egresaron sanas, 76 de las mujeres tenían alguna patología (0.3%), 3 fueron trasladadas y 0.03% (8) de las madres fallecieron. Por otro lado, se destaca que de los 19 recién nacidos que reportan alimentación artificial 13 fueron producto de madres sanas (68.4%), dos de ellos perdieron a su madre (madre muerta), en uno de los casos la madre fue trasladada y en tres se carece del dato. En síntesis puede mencionarse que el 15.8% de los recién nacidos alimentados con alimentos artificiales no estaban junto a su madre debido a condiciones de salud de esta. Para 1999, el comportamiento de esta variable fue similar dado que el 86.8% de los neonatos que se alimentaron sólo con pecho tenían una madre sana al momento del egreso, 0.2% de este grupo de recién nacidos tenían una madre que egreso con alguna patología y 2 mujeres habían sido trasladadas. Por su parte, de los 11 recién nacidos alimentados artificialmente 8 tenían una madre sana al egreso (72.7%) y

dos de las madres murieron.

**Cuadro N° 101. Recién Nacidos Vivos Según Tipo De Alimentación Al Momento Del Egreso  
 República De Panamá. Años: 1998 - 1999**

Tipo de Alimentación	AÑOS			
	1998		1999	
	N°	%	N°	%
Total	29312	100.0	22189	100.0
Sólo Pecho	25091	85.6	16482	74.3
Mixta	415	1.4	323	1.5
Artificial	19	0.1	11	0.0
Omisión	387	12.9	5373	24.2

Fuente: Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. Depto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas Del Sector Salud. MINSA.  
 Años: 1998 – 1999.

## SINTESIS

1. Existen iniquidades que afectan las condiciones de salud del binomio madre-hijo las cuales se expresan en el comportamiento espacial diferenciado de indicadores de salud, tal es el caso de la mortalidad infantil, la mortalidad perinatal y la mortalidad materna.
2. La población panameña tiende a envejecer y presenta una expectativa de vida con tendencia hacia el aumento y una fecundidad con tendencia a la disminución.
3. La mortalidad infantil presento un descenso porcentual del 69.7% al comparar las cifras de los años 60 y 97. Con una diferencia rural urbano del 6.2% para 1960 y de 5.2% para 1997.
4. El desarrollo económico, las mejoras en la educación, los adelantos en la higiene de la población, la salubridad y la tecnología medica son factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad, al igual que en el comportamiento de las tasas de infantil y materna y en los cambios de los patrones de mortalidad de los recién nacidos y de las madre.
5. Dado las características de los cambios en las causas de mortalidad infantil, de causas exógenos a endógenas, es destacable que cada vez será mas difícil el logra un descenso de las tasas nacionales de mortalidad infantil, teniéndose que incrementar los esfuerzos por el control del las muertes peri natales en algunas regiones del país, en tanto que en otras será necesario continuar trabajando para disminuir el rezago epidemiológico.
6. El aborto es una de los principales problemas de salud del binomio madre-hijo, con un marco legal que lo proscribe y lo define como una practica ilegal, excepción hecha a los abortos por indicación medica que deben ser aprobados por la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico. Todo ello hace que el sistema de información no sea oportuno, ni veraz., sin embargo en la Encuesta de Planificación Familiar de 1994 el 12.9% de las mujeres entre 15 y 44 años declararon haber tenido un aborto y que en 1998 el 11.0% de los egresos de los servicios de ginecoobstetricia del país fueron por aborto.
7. El cáncer de mama y de cuello uterino se ubican entre las principales causas de muerte por cáncer, encontrándose que para 1997 a las provincias de Veraguas y Coclé como las de mayor tasa de mortalidad por cáncer de cervix.
8. La historia clínica perinatal base es una fuente de información importante que recaba una gran cantidad de variables que permiten un mayor y mejor conocimiento de la situación de salud de la madre y de recién nacido. Sin embargo, es preocupante que no todas las instalaciones reportan de manera regular y sistemáticamente la información lo que ocasiona la perdida de una valiosa cantidad de registros de embarazadas que han sido atendidas en el sistema publico de salud (MINSA – CSS).

9. Las cifras de control prenatal superan el 78.0% (como promedio de cobertura 1998-99) y la atención profesional del parto supera el 75%, la cobertura del SIP alcanza cifras alrededor del 40%.
10. El análisis de los datos hace evidente la existencia de inconsistencias y de un alto porcentaje de subregistros (a veces supera el 50%) en los registros de datos y la información no se canaliza de manera oportuna. Estos hallazgos hacen suponer que la información es utilizada escasamente para la toma de decisiones.
11. Los datos consignados en la Historia Clínica Perinatal Base permiten definir las características generales y obstétricas de la mujer embarazada, incluidos los aspectos nutricionales. De igual forma permiten la caracterización de los productos previos a la gestación actual permitiendo el desarrollo de análisis de riesgos.
12. Como otro elemento destacable mediante el SIP están los hallazgos referidos al control prenatal, que en general puede decirse 1 de cada 4 embarazadas inicia entre la primera y doce semana y que los registros de peso y talla durante el embarazo no permiten el análisis de la ganancia o pérdidas de peso durante el embarazo.
13. El acápite sobre la atención del parto permite obtener información del proceso de atención del parto, un registro óptimo contribuiría con evidencias científicas para el desarrollo de evaluaciones de calidad de estos servicios.
14. Las cifras estimadas de bajo peso al nacer utilizando como fuente el SIP - 1999 coinciden con las arrojadas por el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional para el mismo año (6.4% y 6.8% respectivamente).
15. En general puede decirse que el SIP y la HCPB constituyen:
  - a. una excelente herramienta para la gestión clínica del embarazo, parto y puerperio inmediato; así como del recién nacido.
  - b. una herramienta para el desarrollo de la epidemiología obstétrica y perinatal, pues facilita los insumos para el análisis de riesgos dado que maneja un volumen importante de expedientes clínicos.
  - c. una de las bases de datos que debe ser mejorada para eliminar los vicios de inconsistencia, subregistro, falta de oportunidad y veracidad de los datos que registra. Además, requiere de mejoras en el soporte informático.
  - d. una herramienta que exige del incremento de la capacidad de análisis mediante la integración de equipos multidisciplinarios locales, regionales y nacionales para el análisis sistemático de las evidencias científicas, de modo que se convierta en un verdadero subsistema de información para la gestión clínica. Pues pese a los problemas que confronta aporta información valiosa.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. **CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) /ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).** Procesamiento de datos del Sistema Informático Perinatal. 2ª Edición. F. Simini, M. Rubino, R. López, A.G. Díaz, R. Schawarcz. Publicación Científica. CLAP N° 1362.
2. **CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) /ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).** Estructura de los Archivos de Datos. Publicación Científica. CLAP.
3. **MINISTERIO DE SALUD.** Análisis Prospectivo de la Red de Servicios. Dirección Nacional de Políticas de Sector Salud. Panamá. Septiembre, 2000.
4. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector salud. Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. Sección de Estadísticas. Bases de datos nacionales. Historia Clínica Perinatal Base. Panamá. Años: 1998 y 1999.
5. **MINISTERIO DE SALUD.** Políticas y Estrategias, 2000-2004. Año 2000.
6. **MINISTERIO DE SALUD Y CAJA DEL SEGUROS SOCIAL.** Situación De Salud. Año 1999.
7. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud. Departamento de Atención Integral de la Población. Magalli M. de Zevallos. El Aborto: Aspectos conceptuales, marco legal, incidencia, situación de Panamá. Panamá. 1998

**Cuadro 11. Cuadro Comparativo De Datos De Defunciones  
Fetales Y Aborto Según Fuente. Años 1986 - 1997 (P)**

Región	Fuente	DF	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Herrera	NC	A				232	181			265	322	289	271	274
		DFT				13	21			28	19	23	18	21
	CG	DF	164	152	193	182	165	202	212	218	277	347		
		DFT	14	13	16	16	18	12	25	19	18	21		
	NR	A	163	187	223	232	195	200	209	256	320	287	290	273
		DFT				13	21			28	19	23	18	21
L.Santos	NC	A				78	85			127	111	127	95	112
		DFT				17	10			17	9	14	19	18
	CG	DF	122	118	139	97	104	150	119	165	169	156		
		DFT	12	9	16	4	5	8	4	5	12	18		
	NR	A	88	77	90	78	85	112	105	126	110	125	95	113
		DFT				17	10			17	9	14	19	18

NC=Nivel Central MINSA

CG= Contraloría General

NR= Nivel Regional

(P)= Preliminar

A= Abortos

DFT= Defunciones fetales tardías

DF=Defunciones fetales

(1) H.S.T., CHMCSS , H CHEPO, HNS.

(2) H. Santiago, H. Soná

**Cuadro 11.1. Cuadro Comparativo De Datos De Defunciones Fetales  
Y Aborto Según Fuente . Años 1986 - 1997 (P)**

Región	Fuente	DF	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Panamá	NC	A				2792	2482			4394	4754	4449	3682	3539
		DFT				219	231			322	337	263	290	265
	CG	DF				3076	2803	3104	3618	4320	4910	4520		
		DFT	2951	2893	3056	214	251	199	202	200	231	186		
	NR(1)	A	177	194	188	2825	2600	2849	3776	4227	3805	4544	3711	3667
		DFT	2942	2801	2894	219	231			322	337	263	290	265
Veraguas	NC	A				289	300			345	286	286	362	
		DFT				49	55			40	48	48	55	
	CG	DF	446	315	378	437	385	370	354	389	350	350		
		DFT	34	43	32	40	52	28	34	35	36	36		
	NR(2)	A			145	271	267	202	258	117	275	275	319	35
		DFT				49	55			40	48	48	55	20

NC=Nivel Central MINSA  
CG= Contraloría General  
NR= Nivel Regional  
(P)= Preliminar

A= Abortos  
DFT= Defunciones fetales tardías  
DF=Defunciones fetales  
(1) H.S.T., CHMCSS , H CHEPO, HNS.  
(2) H. Santiago, H. Soná

**Cuadro 11.2. Cuadro Comparativo De Datos De Defunciones Fetales Y Aborto Según Fuente. Años 1986 - 1997 (P)**

Región	Fuente	DF	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
San Blas	NC	A				21	4			15	29	16	21	11
		DFT				3	1			2	11	15	7	20
	CG	DF	7	10	22	23	11	9	28	28	30	29		
		DFT	5	4	8	8	2	2	10	5	9	13		
	NR	A	5	12	12	16	11	8	11	20	29	33	28	35
		DFT				3	1			2	11	15	7	20
B.del Toro	NC	A				167	159			238	285	254	187	137
		DFT				27	22			23	35	18	44	32
	CG	DF	160	183	152	156	163	163	230	226	288	278		
		DFT	31	28	30	20	23	19	30	22	30	19		
	NR	A						185	226	238	293	257	188	134
		DFT				27	22			23	35	18	44	32

NC=Nivel Central MINSA

CG= Contraloría General

NR= Nivel Regional

(P)= Preliminar

A= Abortos

DFT= Defunciones fetales tardías

DF=Defunciones fetales

(1) H.S.T., CHMCSS , H CHEPO, HNS.

(2) H. Santiago, H. Soná

**Cuadro 11.3. Cuadro Comparativo De Datos De Defunciones Fetales Y Aborto Según Fuente. Años 1986 - 1997 (P)**

Región	Fuente	DF	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Coclé	NC	A				214	227			375	454	390	328	338	
		DFT				35	49			40	47	51	45		
	CG	DF	330	339	291	306	333	405	400	437	458	406			
		DFT	52	58	57	45	54	50	45	46	36	43			
	NR	A							291	316	389	453	359	329	338
		DFT									40	47	51	45	
Colón	NC	A				392	396				1011	843	680	655	
		DFT				38	49				34	45	60	58	
	CG	DF	462	474	452	547	525	647	854	1108	990	811			
		DFT	14	71	17	34	41	9	15	13	29	33			
	NR	A	402	434	367	427	396	543	708	999	976	843	680	655	
		DFT									34	34	45	60	58

NC=Nivel Central MINSA

CG= Contraloría General

NR= Nivel Regional

(P)= Preliminar

A= Abortos

DFT= Defunciones fetales tardías

DF=Defunciones fetales

(1) H.S.T., CHMCSS , H CHEPO, HNS.

(2) H. Santiago, H. Soná

**Cuadro 11.4. Cuadro Comparativo De Datos De Defunciones Fetales  
Y Aborto Según Fuente. Años 1986 - 1997 (P)**

Región	Fuente	DF	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Chiriquí	NC	A				737	788			928	979	961	915	1086
		DFT				113	141			112	105	100	112	100
	CG	DF	829	777	799	788	899	806	889	957	1054	1012		
		DFT	76	69	66	67	92	60	81	74	73	60		
	NR	A	753	715	733	764	811	772	816	1040	1087	1063	1026	975
		DFT	132	113	103	111	137	103	112	112	108	102	111	100

Región	Fuente	DF	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Darién	NC	A				31	30			60	92	63	65	23
		DFT				4	8			7	7	10	11	5
	CG	DF	34	49	49	78	53	54	87	83	103	70		
		DFT	6	12	12	14	6	9	12	9	9	9		
	NR	A	80	62	58	68	63	67	60	82	82	72	65	23
		DFT				4	8			7	7	10	11	5

NC=Nivel Central MINSA

A= Abortos

CG= Contraloría General

DFT= Defunciones fetales tardías

NR= Nivel Regional

DF=Defunciones fetales

(P)= Preliminar

(1) H.S.T., CHMCSS , H CHEPO, HNS.

(2) H. Santiago, H. Soná

**Cuadro 16  
Defunciones fetales tempranas e intermedias en la República y por provincias.  
Años 1983 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
83	4717	49	242	418	653	26	121	81	2852	6	269
84	4971	41	284	435	725	32	133	120	2831	23	347
85	4810	106	271	389	659	51	146	112	2720	19	347
86	5084	129	278	448	753	28	150	110	2746	3	412
87	4839	155	281	433	708	37	139	109	2699	6	272
88	5089	122	234	435	733	37	177	123	2868	14	346
89	5228	136	261	513	721	64	166	93	2862	15	397
90	4897	140	279	521	807	47	147	99	2552	9	333
91	5514	144	355	638	746	45	190	142	2905	7	342
92	6333	200	355	839	808	75	187	111	3416	18	320
93	7490	204	391	1095	883	74	199	160	4120	23	341
94	8156	258	422	961	981	94	259	157	4679	21	354
95	7541	259	363	778	952	61	326	138	4334	16	314

Fuente: Departamento Materno Infantil, MINSA

**Cuadro 17**  
**Embarazos registrados\* en la República y por provincias.**  
**Años 1983 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
83	60396	2903	4716	5161	9023	987	2346	1600	26974	773	5913
84	62072	3099	4902	5011	9345	1055	2519	1637	27302	944	6158
85	63276	3495	4785	5260	9628	1104	2437	1651	27960	937	6019
86	63160	3784	4603	5063	9652	1151	2453	1599	28133	922	5800
87	62957	3589	4743	5072	9382	1189	2351	1619	28233	907	5872
88	63990	3774	4822	5421	9535	1175	2388	1555	28447	1031	5842
89	64759	3827	4909	5602	9360	1210	2348	1577	28735	1160	6031
90	65345	3698	5059	5580	9801	1135	2426	1556	28762	1054	6274
91	65990	3668	5309	5659	9570	1239	2356	1611	29263	1144	6171
92	66696	3869	5160	5427	9935	1234	2394	1543	29836	1126	6172
93	67114	3609	5274	5608	9946	1240	2351	1524	30520	1261	5781
94	68585	3541	5124	5469	10386	1312	5201	1619	31697	1160	5806
95	69918	3615	5446	5681	10723	1200	2460	1515	32792	1106	5380

\* Nacidos vivos más Defunciones fetales

Fuente: Departamento Materno Infantil, MINSA

**Cuadro 18**  
**Tasa de aborto\* por 1000 mujeres de 15 a 49 años en la República y por provincias.**  
**Años 1983 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
83	9.4	3.6	7.3	12.0	8.5	3.9	5.3	4.2	11.6	0.7	6.5
84	9.6	2.9	8.3	12.1	9.1	4.5	5.7	6.2	11.2	2.5	8.2
85	8.9	7.1	7.6	10.5	8.0	6.9	6.0	5.7	10.4	2.0	8.0
86	9.2	8.3	7.6	11.8	8.8	3.6	6.0	5.5	10.2	0.3	9.2
87	8.5	9.6	7.4	11.1	8.1	4.6	5.5	5.4	9.7	0.6	6.0
88	8.7	7.2	6.0	10.8	8.1	4.5	6.8	6.1	10.0	1.4	7.4
89	8.7	7.8	6.5	12.4	7.7	7.7	6.2	4.5	9.7	1.4	8.3
90	7.9	6.3	7.0	10.0	8.7	5.1	6.1	5.0	8.3	1.0	7.5
91	8.7	6.2	8.7	12.1	7.9	4.7	7.8	7.1	9.2	0.8	7.6
92	9.7	8.2	8.6	15.6	8.3	7.4	7.6	5.6	10.5	2.0	7.0
93	11.3	8.0	9.3	20.0	8.9	7.0	8.1	8.1	12.3	2.5	7.4
94	12.0	9.7	9.8	17.3	9.7	8.5	10.4	8.0	13.7	2.3	7.5
95	11.0	9.4	8.3	16.5	9.2	5.3	13.1	7.1	12.3	1.7	6.6

\* Defunciones fetales tempranas e intermedias

Fuente: Departamento Materno Infantil, MINSA

**Cuadro 19**  
**Proporción de abortos\* sobre los embarazos registrados\*\* en la República y por provincias.**  
**Años 1983 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
83	7.8	1.7	5.1	8.1	7.2	2.6	5.1	5.0	10.6	0.8	4.5
84	8.0	1.3	5.8	8.7	7.7	3.0	5.3	7.3	10.4	2.4	5.6
85	7.6	3.0	5.7	7.4	6.8	4.6	6.0	6.8	9.7	2.0	5.8
86	8.0	3.4	6.0	8.8	7.8	2.4	6.1	6.9	9.8	0.3	7.1
87	7.7	4.3	5.9	8.5	7.5	3.1	5.9	6.7	9.5	0.7	4.6
88	7.9	3.2	4.8	8.0	7.7	3.1	7.4	7.9	10.1	1.3	5.9
89	8.1	3.5	5.3	9.1	7.7	5.3	7.1	5.9	9.9	1.3	6.6
90	7.5	3.8	5.5	9.3	8.2	4.1	6.0	6.4	8.9	0.8	5.3
91	8.3	3.9	6.7	11.3	7.8	3.6	8.1	8.8	9.9	0.6	5.5
92	9.5	5.2	6.9	15.4	8.1	6.1	7.8	7.2	11.4	1.6	5.2
93	11.2	5.6	7.4	19.5	8.9	6.0	8.5	10.5	13.5	1.8	5.9
94	11.9	7.3	8.2	17.6	9.4	7.2	10.3	9.7	14.8	1.8	6.1
95	10.8	7.2	6.7	17.7	8.9	5.1	13.2	9.1	13.2	1.4	5.8

\*Defunciones fetales tempranas e intermedias

\*\*Nacidos vivos más las defunciones fetales

Fuente: Departamento Materno Infantil, MINSA

**Cuadro 20**  
**Población de mujeres de 15 - 49 años en la República y por provincia.**  
**Años 1983 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
83	502222	13750	33137	34930	77008	6694	22817	18987	244829	8835	41235
84	518395	14301	34350	35898	79676	7023	23497	19327	252882	9092	42349
85	535202	14862	35581	36912	82394	7367	24185	19670	261406	9355	43470
86	551233	15503	36614	37906	85037	7657	24776	19854	269737	9621	44528
87	567614	16159	37691	38971	87742	7963	25372	20039	278196	9891	45590
88	584283	16828	38779	40112	90496	8282	25973	20231	286753	10165	46664
89	601230	17512	39860	41210	93287	8617	26571	20418	295567	10444	47744
90	621586	22038	39843	51857	92584	9155	24088	19933	308949	8804	44335
91	635593	23141	40598	52773	94650	9636	24246	19851	316784	8917	44997
92	649927	24241	41358	53691	96714	10116	24407	19768	324944	9029	45659
93	664576	25342	42113	54608	98777	10593	24566	19684	333431	9141	46321
94	679547	26441	42870	55525	100839	11073	24725	19603	342234	9254	46983
95	686059	27542	43625	47079	102902	11553	24884	19521	351945	9364	47644

Fuente: Dirección de Estadística y Censo, Proyección de población.



**Cuadro 21**  
**Nacidos vivos en la República y por provincia.**  
**Años 1983 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
83	55222	2836	4421	4728	8299	953	2210	1513	23894	760	5608
84	56659	3050	4566	4562	8651	1014	2370	1506	24259	916	5780
85	58038	3378	4471	4844	8897	1045	2273	1531	25037	923	5639
86	57655	3624	4273	4601	8823	1117	2289	1477	25182	915	5354
87	57647	3406	4404	4598	8605	1140	2199	1501	25340	897	5557
88	58459	3622	4531	4969	8736	1126	2195	1416	25391	1009	5464
89	59069	3671	4603	5055	8572	1132	2166	1480	25659	1137	5594
90	59904	3535	4726	5055	8902	1082	2261	1452	25959	1043	5889
91	60080	3505	4904	5012	8764	1185	2154	1461	26159	1135	5801
92	59905	3639	4760	4573	9046	1147	2182	1424	26218	1098	5818
93	59191	3383	4837	4500	8989	1157	2133	1359	26200	1232	5400
94	59947	3253	4666	4479	9332	1209	2224	1450	26787	1130	5417
95	61939	3337	5040	4870	9711	1130	2113	1359	28272	1077	5030

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la Rep.

**Nacidos vivos en la República y por provincias**  
**Años 1975 - 1995**

Año	Rep.	B.T.	Coclé	Colón*	Chiriquí	Darién	Herrera	L. Santos	Panamá	S. Blas	Veraguas
75	53790	2244	4845	4877	9316	857	2198	1602	21942	-	5909
76	53002	2236	4458	4799	8830	897	2355	1546	22256	-	5625
77	52722	2312	4332	4812	8689	766	2280	1472	22142	-	5917
78	53040	2435	4295	4819	8864	825	2281	1407	22277	-	5837
79	52919	2489	4315	4980	8715	624	2249	1535	22523	-	5489
80	52626	2437	4337	4877	8553	647	2287	1483	22465	577	5540
81	53873	2472	4366	4418	8557	883	2201	1531	22999	804	5642
82	54491	2692	4383	4645	8310	853	2186	1490	23474	859	5599
83	55222	2836	4421	4728	8299	953	2210	1513	23894	760	5608
84	56659	3035	4566	4562	8651	1014	2370	1506	24259	916	5780
85	58038	3378	4471	4844	8897	1045	2273	1531	25037	923	5639
86	57655	3624	4273	4601	8823	1117	2289	1477	25182	915	5354

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD  
DEPARTAMENTO ANALISIS DE SITUACION Y TENDENCIAS DE SALUD

<b>87</b>	57647	3406	4404	4598	8605	1140	2199	1501	25340	897	5557
<b>88</b>	58459	3622	4531	4969	8736	1126	2195	1416	25391	1009	5464
<b>89</b>	59069	3671	4603	5055	8572	1132	2166	1480	25659	1137	5594
<b>90</b>	59904	3535	4726	5055	8902	1082	2261	1452	25959	1043	5889
<b>91</b>	60080	3505	4904	5012	8764	1185	2154	1461	26159	1135	5801
<b>92</b>	59905	3639	4760	4573	9046	1147	2182	1424	26218	1098	5818
<b>93</b>	59191	3383	4837	4500	8989	1157	2133	1359	26200	1233	5400
<b>94</b>	59947	3253	4666	4479	9332	1209	2224	1450	26787	1130	5417
<b>95</b>	61939	3337	5040	4870	9711	1130	2113	1359	28272	1077	5030

\*Hasta 1979 incluye S. Blas

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la Rep.