

RELACION ENTRE MORTALIDAD INFANTIL Y
FECUNDIDAD EN PANAMA

Primera Parte:

- Introducción
- I. Aspectos Generales
- II. Tendencias observadas de la
Mortalidad Infantil

14 de julio de 1980

Federico Guerra

PRIMERA PARTE

LA MORTALIDAD INFANTIL EN PANAMA

Introducción

El estudio de la mortalidad en la demografía social es de especial relevancia dado que este componente de la dinámica de población presenta grandes diferencias entre países y entre regiones de un mismo país, atribuibles a factores sociales y económicos. En el caso de la mortalidad infantil, esto es todavía más importante ya que sus valores tienen márgenes de variación más amplios que los de la mortalidad general. Los datos disponibles para el cálculo de las respectivas tasas suelen presentar problemas entre los que se puede mencionar como más importantes la definición de los hechos vitales y la inscripción de los mismos. En Panamá los mayores problemas se presentan en el registro de hechos vitales necesarios para cálculos de mortalidad infantil, es decir la defunción de menores de un año y los nacimientos. En estudios realizados se ha llegado a determinar que la omisión en el registro de defunciones fluctúa entre un 13 y un 15 por ciento, cobrando este fenómeno más importancia en las defunciones de niños de menos de un año de edad, donde la omisión se ha llegado a estimar en más de un 25 por ciento (Médica y Guerra, 1978). Por otra parte, el registro de nacimientos en Panamá se puede considerar bastante aceptable, dado que en el subregistro de los mismos se ha estimado en un 3 por ciento (Médica y Guerra, 1978). De lo anterior, se desprende que las tasas de mortalidad infantil que se calculen con base en las estadísticas vitales estarán sub-estimando los verdaderos niveles y, por lo tanto, llevarán a conclusiones un tanto falsas en cuanto a los logros sanitarios.

Lo antes dicho cobra mayor importancia en áreas con un alto porcentaje de población rural, alta dispersión y dificultad de acceso debido a la falta de vías permanentes de comunicación.

La importancia que tiene la tasa de mortalidad infantil, como un indicador del nivel de vida de una población, ha sido reconocida en muchas reuniones internacionales. Es conocido que gran parte de las defunciones que ocurren en este período de la vida son controlables, en especial aquellas muertes que tienen relación con factores exógenos, tales como los asociados con las enfermedades infecciosas y parasitarias, diarreas, enteritis, etc. Es interesante destacar que las diferencias entre los niveles de mortalidad infantil de diferentes regiones de un país o entre países están estrechamente ligadas a las diferencias que se observan en la proporción de muertes ocurridas entre el primer mes de vida y antes de cumplir el primer año. En este sentido se puede afirmar que en las regiones más desarrolladas la mayoría de las defunciones de menores de un año ocurren en el primer mes de vida, mientras que en las regiones menos desarrolladas éstas se producen en mayor proporción entre el primer mes y antes del primer año. Por ejemplo, en Suecia, Francia, Estados Unidos y Alemania Federal, en 1974, la proporción de muertes ocurridas entre el primer mes de vida y el primer año varió

entre un 22 por ciento para Suecia y un 38 por ciento para Francia (O.M.S., 1976). En cambio para Panamá, en 1975, esa misma proporción fue de un 42 por ciento.

La relación entre la mortalidad infantil y el nivel de vida ha sido estudiada en una serie de investigaciones (Naciones Unidas, 1978) a través de algunos indicadores socio-económicos, tales como educación, nivel de ocupación, etc. En el caso de Panamá este tipo de estudios no se ha llevado a cabo, quizás por falta de la información necesaria. En este sentido la Encuesta Nacional de Fecundidad en Panamá --parte del programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad-- llevada a cabo entre noviembre de 1975 y marzo de 1976, permite llevar a cabo un estudio que entregará una primera aproximación al problema de la relación entre mortalidad infantil y nivel de vida. En esta primera parte del trabajo se proponen los siguientes objetivos:

1. Estimar los niveles de mortalidad infantil para los períodos que permita la información recogida.
2. Establecer diferenciales de mortalidad infantil entre áreas urbanas y rurales.
3. Establecer diferenciales socio-económicas a nivel del país y dentro de las áreas urbanas y rurales.

Por medio de este análisis será posible detectar, aún dentro de las áreas más avanzadas, aquellos grupos de poblaciones que están expuestos a una mayor mortalidad infantil. En este sentido se pretende, además de detectar diferenciales tradicionales, encontrar las características de las poblaciones que tienen tasas más altas de mortalidad infantil. Cuáles son, por ejemplo, las diferenciales de mortalidad infantil en poblaciones con un nivel dado de educación, según patrones de trabajo, número de hijos vivos tenidos y lugar de residencia en la infancia. Este tipo de análisis será de mucha utilidad a las autoridades del Ministerio de Salud, pues conociendo las características de los grupos de poblaciones expuestas a mayores riesgos de mortalidad infantil se podrá determinar las acciones necesarias para bajar tales riesgos, de manera que se reduzcan los diferenciales a este respecto.

4. Tratar de establecer cómo ha influido el descenso de la fecundidad en el descenso de la mortalidad infantil.

A este respecto debe tenerse presente que se ha observado una estrecha relación entre la baja paridad y la baja mortalidad infantil. En general se ha observado que la mortalidad neonatal aumenta con la edad de la madre y con el orden de nacimiento. Datos de los Estados Unidos para 1950 mostraron tasas de mortalidad neonatal relativamente elevadas para los primeros nacimientos y los nacimientos de alto orden, así como para los nacimientos de madres jóvenes (menores de 20 años de edad) y las más adultas (30 años y más de edad) (naciones Unidas, 1978). En Panamá el porcentaje

de nacimiento de orden quinto y más se ha reducido notablemente, tal como se verá cuando se estudie la evolución de los nacimientos vivos, según orden de paridez y edad de la madre.

Tal como se desprende de los objetivos antes mencionados, el presente estudio será una contribución al conocimiento de la evolución de la mortalidad infantil en los últimos años, así como los grupos de mayores problemas, a los cuales las autoridades tendrán que prestarles la debida atención de manera que se vayan incorporando a los beneficios que brindan los adelantos científicos y socio-económicos.

I. Aspectos generales

Los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda, llevado a cabo el 11 de mayo de 1980, indican que Panamá tiene una población aproximada de 1,823,600 habitantes, la que comparada con la que tenía en 1970, implica un aumento porcentual de un 28 por ciento. Relacionando el total de población censado en 1980 con la extensión territorial, que alcanza a 77,082 Km², la densidad por Km² asciende a 23.7. A nivel de provincia las más pobladas son Panamá con 73.3 y Chiriquí con 32.8, en el lado opuesto se encuentran las provincias de Darién y Boca del Toro con densidades de 1.6 y 6.1 habitantes por Km², respectivamente. (Ver cuadro 1).

En la República de Panamá, la migración interna de la población siempre ha tenido gran importancia, pudiendo considerarsela como un indicador de desequilibrios interregionales. En este sentido se puede decir que el volumen y la dirección de las migraciones está indicando diferencias en las oportunidades de empleo y de servicios entre las áreas de salida y llegada. En nuestro país la Región Metropolitana, que está ubicada en las provincias de Panamá y Colón, siempre ha concentrado más población que cualquier otra región. En efecto, según el Censo de 1911 la Provincia de Panamá absorbía el 18.4 por ciento de la población total del país y en 1980, según los datos preliminares, 45 de cada 100 panameños residían en dicha provincia. (Para más información ver gráfico 1).

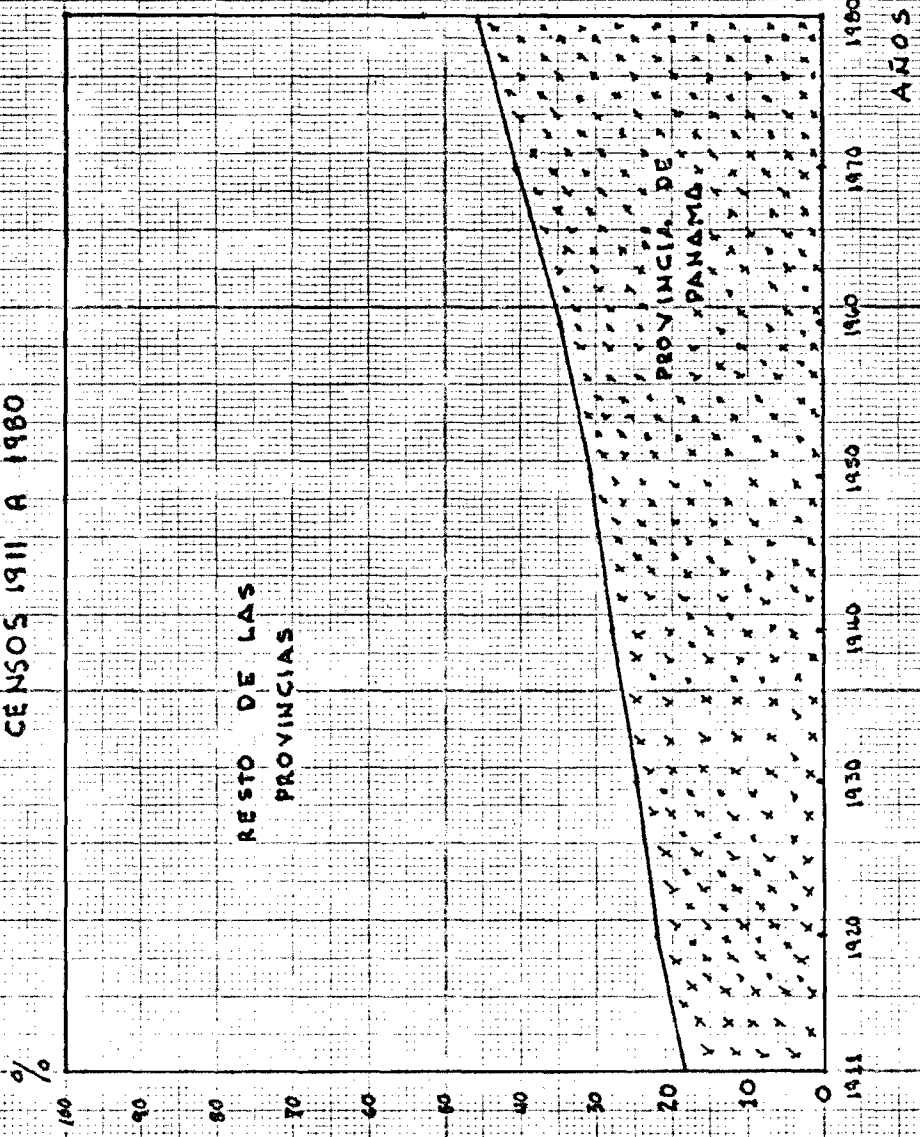
De acuerdo a los tres últimos censos de población el porcentaje de población urbana se ha incrementado notablemente, en 1950, 36 de cada 100 personas residían en las áreas urbanas y en 1970 dicha proporción se había elevado a 49 de cada 100. De acuerdo a las tendencias antes mencionadas, es de esperar que para 1980 el porcentaje de población urbana esté muy cerca del 60 por ciento. En el proceso de urbanización de la población panameña es interesante destacar que sólo la ciudad de Panamá cuenta con una población de 100,000 habitantes ó más; esta ciudad acapara más del 60 por ciento de la población urbana, lo cual está indicando la fuerte atracción que tiene sobre los movimientos migratorios.

De acuerdo a la estructura por edad de la población panameña el 43 por ciento es menor de 15 años, lo cual la cataloga como una población joven, donde los programas materno infantiles deben de tener alta prioridad.

Según datos de la Encuesta de Hogares de 1978 (Contraloría General de la República de Panamá, 1979), el 56 por ciento de la población de 15 años

GRAFICO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, POR PROVINCIA, CENSOS 1911 A 1980



(1) CIFRAS PRELIMINARES.

y más está considerada como económicamente activa, siendo este porcentaje de 79 por ciento en la población masculina y un 34 por ciento en la población femenina.

En la parte educacional, Panamá ha logrado cambios significativos al reducir el analfabetismo de un 28 por ciento en 1950 a un 18 por ciento en 1970. También es importante destacar el hecho de que la población con algún año de secundaria y más se elevó desde un 12 por ciento en 1950 a un 21 por ciento en 1970. (Contraloría General de la República, 1979)

Se puede suponer que esta situación ha mejorado en forma substancial, gracias al apoyo del sector público en dotar al país de infraestructura física y de recursos humanos para la educación de la población panameña. Según los datos disponibles para 1977 (Ministerio de Planificación y Política Económica, 1979), se tiene que la tasa de escolaridad para la población de 6 a 11 años fue de un 93 por ciento, lo cual puede ser un reflejo de la reducción gradual del ausentismo escolar en el nivel primario de enseñanza. Para el grupo de 12 a 14 años, se ha notado también un avance en el porcentaje de niños que asisten a la escuela, ya sea para terminar el de Básica General (en sistema reformado) o al primer ciclo tradicional; en este grupo el 89 por ciento asistía a la escuela en 1977. Por último en el grupo de 15 a 17 años, que normalmente asiste a las escuelas donde se imparte el bachillerato, enseñanza normal, profesional y técnica, se ha logrado elevar la tasa de población escolarizada a un 60 por ciento.

En lo que respecta a la vivienda, la República de Panamá ha logrado cambios significativos. Entre 1950 y 1970, el porcentaje de viviendas sin servicio sanitario se redujo de un 41 a un 28 por ciento; el de viviendas sin agua potable de un 49 a un 36 por ciento; el de viviendas con piso de tierra varió desde un 44 a un 33 por ciento y el de viviendas sin luz eléctrica de un 60 a un 48 por ciento. (Contraloría General de la República de Panamá, 1979). Sin embargo, los cambios no terminan ahí, pues en la década del 70 el Gobierno implementó un programa intensivo de dotación de agua y letrínación, muy en especial en las comunidades con menos de 500 habitantes. Esto trajo como consecuencia que al 31 de diciembre de 1977 el 83 por ciento de la población total del país se abastecía con agua potable, teniendo el área urbana una cobertura de 100 por ciento y el área rural de 64 por ciento. Cabe destacar que los mayores logros corresponden al área rural dado que esta área era donde se encontraban las poblaciones con 500 ó menos habitantes. En cuanto a la situación de la disposición de excretas y aguas servidas, para la misma fecha, estos servicios cubrían el 97 por ciento de la población que residía en el área urbana y el 79 por ciento de la población que residía en el área rural. (Ministerio de Planificación Económica y Social, 1979)

Aún cuando los logros alcanzados en los últimos años han beneficiado en mayor proporción al área rural, hay razones para pensar que aún sigue habiendo grandes diferencias socio-económicas entre regiones. En este sentido el análisis de mortalidad juvenil por grandes regiones pondrá en evidencia cuales son las áreas menos favorecidas con los adelantos socio-económicos.

En los capítulos siguientes se analizará los cambios ocurridos en la mortalidad general, mortalidad infantil y fecundidad.

CUADRO N° 1DENSIDAD DE POBLACION EN LA REPUBLICA DE PANAMA,POR PROVINCIA : AÑO 1980

Provincia	Población	Area en Km ²	Densidad; Habi- tantes/Km ²
Total	1,823,622	77.082	23.7
Boca del Toro	54,202	8.917	6.1
Coclé	139,733	5.035	27.8
Colón	164,791	7.465	22.1
Chiriquí	286,875	8.758	32.8
Darién	26,476	16.803	1.6
Herrera	81,609	2.427	33.6
Los Santos	70,238	3.867	18.2
Panamá	827,559	11.292	73.3
Veraguas	172,139	11.086	15.5

Fuente: Panamá, Contraloría General de la República, Dirección General de Estadística y Censos. (Cifras no publicadas). 1980

II. Tendencias observadas de la Mortalidad Infantil

1. Mortalidad General

Antes de empezar a estudiar la mortalidad infantil es pertinente hacer algunos comentarios sobre la evolución que ha seguido la mortalidad general en la República de Panamá. Según los datos emanados de los registros vitales la mortalidad general ha experimentado un descenso sostenido entre 1952 y 1978 (Contraloría General de la República de Panamá, 1979). Este descenso, sin embargo, no se ha dado con igual intensidad a través del tiempo. En este sentido se puede advertir que entre 1952 y 1961, a pesar de que hay un descenso, este no es tan significativo; en este período se observa también en los primeros años un aumento, que se debe más que nada al impulso que se le dió al registro de defunciones (Ver cuadro 2). Después del año 1961 la mortalidad general empieza a declinar en forma más rápida, tanto es así que para 1970 se había reducido a un 7.1 y para 1978 a un 4.1 por mil.

La reducción en la mortalidad general es la resultante de la combinación de los logros que se mencionan en la sección precedente, lo cual ha permitido una mayor cobertura de los servicios sociales, alcanzando a beneficiar poblaciones que antes estaban marginadas de tales beneficios. Cabe destacar que la sobre mortalidad que experimentaba el área rural sobre la urbana se ha reducido notablemente, al punto de que para 1975 sólo alcanzaba a ser mayor en un 8 por ciento, mientras que en 1970 la tasa de mortalidad del área rural era superior en más de un 52 por ciento. (Ver cuadro 5)

De los comentarios anteriores se desprende que el mayor descenso de la mortalidad general se produjo en el período 1970-1975, período éste que coincide con una ampliación de los servicios de salud, agua potable, letrificación, muy en especial en las áreas rurales y de difícil acceso. Otro factor que ha jugado un papel importante en la reducción de la mortalidad general, es el hecho de que las comunidades se han incorporado al proceso de desarrollo económico y social del país, lo cual ha permitido al Estado llevar en una forma altamente satisfactoria acciones preventivas en el campo de la salud.

Los logros alcanzados, especialmente en el campo de saneamiento ambiental y educación, se han reflejado directamente en una mejora de las condiciones sanitarias de la comunidad, lo cual ha traído como consecuencia el que las enfermedades infecciosas hayan perdido importancia entre las principales causas de muerte, para dar paso a los tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón y otras que serán difíciles de reducir, salvo que se produzcan nuevos descubrimientos científicos que permitan contrarrestarlas.

Los niveles de mortalidad general alcanzados en Panamá, a pesar de la sub-enumeración de las defunciones, la colocan como uno de los países con más baja mortalidad, no sólo en Centroamérica sino a nivel mundial. En el cuadro 3 se puede comparar la tasa de mortalidad general de Panamá, con las de algunos países de América.

Corrigiendo las tasas de mortalidad general (médica y Guerra, 1979) se llega a la conclusión que en el período 1950-1975 la reducción de la mortalidad general fue del orden del 46 por ciento, pasando de una tasa de 11.3 por mil en 1950 a 6.1 por mil en 1975. La esperanza de vida al nacer se

CUADRO N° 2TASA DE MORTALIDAD EN LA REPUBLICA DE PANAMAAÑOS 1952-1978. (1)

Año	Tasa por mil habitantes
1952	8.4
1953	9.2
1954	8.8
1955	9.2
1956	9.2
1957	9.3
1958	8.7
1959	9.1
1960	8.3
1961	8.1
1962	7.3
1963	8.0
1964	7.3
1965	7.3
1966	7.2
1967	6.8
1968	7.1
1969	7.0
1970	7.1
1971	6.7
1972	6.0
1973	5.8
1974	5.6
1975	5.2
1976	5.0
1977	4.5
1978	4.1

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Hoja divulgativa. Natalidad y Mortalidad en la República: Años 1952 a 1978.

(1) Hasta 1959 se excluyen las defunciones de residentes en caseríos netamente indígenas, excepto para las provincias de Boca del Toro y Darién.

CUADRO N° 3COMPARACION DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL DE
LA REPUBLICA DE PANAMA CON ALGUNOS
PAISES AMERICANOS SELECCIONADOS: AÑO 1975

País	Tasa por mil habitantes	
Panamá	5.2	69
Costa Rica	5.9	68
Venezuela	7.1	65
Canadá	7.7	72
México	8.6	63
Colombia	8.8	61
Argentina	8.8	68
Uruguay	9.3	70
Estados Unidos	9.4	71
Suecia	10.5	73
Francia	10.6	73
Perú	11.9	56
Bolivia	18.0	47

Fuente: Population Reference Bureau Inc., Oficina Regional para América Latina (1975)

elevó de 57.6 años en 1950 a 69.1 años en 1975. De lo antes dicho se desprende que la ganancia anual promedio de vida presenta diferencias según el período que se considere; la mayor ganancia en la esperanza de vida se produjo en el período 1970-1975, con una ganancia media anual de 0.33 años. La esperanza de vida para los años 1950-1960-1970 y 1975 son respectivamente, 57.6, 62.4, 65.7 y 69.1 años.

2. Mortalidad Infantil

Los estudios sobre la mortalidad infantil siempre han interesado a los sociólogos y a las personas que tienen que ver con los programas de salud, ya que generalmente este indicador es usado como aproximación al nivel de vida de una población, siendo la tasa de mortalidad infantil muy sensible a los cambios que se producen en las condiciones sociales y ambientales. Dada las tendencias que se han observado en la mortalidad infantil en los países en desarrollo, sin embargo, ya no es tan útil como indicador para diferenciar las áreas más avanzadas de las menos desarrolladas. (Naciones Unidas, 1978)

Tal como se apuntó en la parte introductoria del presente trabajo, la mortalidad infantil presenta más problemas que la mortalidad general para su medición. Los índices de omisión en las defunciones de menores de un año para el año 1975, fluctúan alrededor de un 25 por ciento. (Médica y Guerra, 1978) Sin embargo, pese a la deficiente información estadística disponible, se puede afirmar que ha habido un notable progreso en la lucha para disminuir la mortalidad infantil en Panamá, en especial en las áreas marginales.)

De acuerdo con las estadísticas oficiales publicadas, Panamá en el año 1952 contaba con una tasa de mortalidad infantil de 50.6 por mil nacidos vivos; entre 1952 y 1959 se produce un alza en este indicador a 60.0 por mil nacidos vivos, producto de una mejora en el registro de defunciones de menores de un año. A partir de 1959 se observa un descenso sostenido hasta alcanzar en 1978, una tasa de 24.4 por mil nacidos vivos, que comparada con la tasa de mortalidad infantil prevaleciente en 1959, es inferior en un 59 por ciento. Al igual que se observó en la tasa de mortalidad general, la tasa de mortalidad infantil presentó descensos diferentes en los distintos períodos. Así se aprecia que el mayor descenso se produjo entre 1970 y 1978, al variar la tasa de 40.5 a 24.4, un descenso del 40 por ciento, mientras que entre 1960 y 1970 sólo se redujo en 30 por ciento, al descender de 57.8 a 40.5 por mil nacidos vivos. (Contraloría General de la República, 1979)

Aunque la mortalidad infantil en la República de Panamá ha descendido notablemente, hasta alcanzar niveles muy inferiores a los del resto de los países centroamericanos y de algunos latinoamericanos, sigue teniendo tasas que superan ampliamente a las que se han alcanzado en países avanzados. En el cuadro 4 se comparan las tasas de mortalidad infantil de algunos países seleccionados con la de Panamá, para el año 1975. Como se podrá apreciar en dicho cuadro, a Panamá le queda bastante por hacer hasta reducir su mortalidad infantil a nivel de los países más desarrollados tales como Estados Unidos, Suecia y Francia. De ahí la importancia del presente estudio de la mortalidad infantil y juvenil, ya que interesa detectar a los grupos de poblaciones más afectadas por la mortalidad infantil, así como las determinantes

CUADRO N°4COMPARACION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE PANAMA,
CON ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS: AÑO 1975

<u>País</u>	<u>Tasa por mil nacidos vivos</u>
Suecia	10
Francia	16
Canadá	17
Estados Unidos	18
Panamá	31
Costa Rica	37
Uruguay	40
Venezuela	50
Argentina	60
México	71
Colombia	76
Bolivia	108
Perú	110

Fuente: Population Reference Bureau Inc., Oficina Regional para América Latina. (1975)

de dichos niveles, para encaminar actividades o programas con un alto rendimiento de beneficio a la población.

La mortalidad que ocurre en el primer año de vida se divide generalmente, en mortalidad neonatal (primer mes de vida) y postneonatal (resto del primer año de vida). Esta distinción sirve como aproximación para separar los factores endógenos de los exógenos de la mortalidad infantil, que reflejan la influencia de los factores biológicos y del medio ambiente respectivamente, requiriendo distintos tipos de actividades para controlarlos. Así, por ejemplo, por medio de acciones tendientes a mejorar las condiciones sanitarias y socio-económicas de la población se debe esperar una reducción en la tasa de mortalidad postneonatal. En cambio un aumento en la atención profesional al parto y una mejor atención pre y post natal, deben conducir a una reducción de las tasas de mortalidad neonatal.

Para el estudio de las tendencias de la mortalidad neonatal y postneonatal se considerarán datos a partir del año 1966, pues antes de este año éstos no permiten obtener información de la mortalidad infantil por componentes, ya que excluyen las defunciones de residentes en caseríos netamente indígenas. Atendiendo a los datos contenidos en el cuadro 5, se puede advertir que en 1966 Panamá tenía una tasa de mortalidad neonatal de 23.6 y postneonatal de 21.4. Diez años más tarde dichas tasas se habían reducido a 17.9 y 13.1 por mil nacidos vivos, respectivamente. De lo anterior se desprende que los mayores logros se han alcanzado en la mortalidad postneonatal, ya que su descenso fue de un 39 por ciento, mientras que la neonatal bajó sólo en un 24 por ciento.

3. Mortalidad Infantil Urbana y Rural

Podría pensarse que la densidad ha tenido influencia en los cambios que ha experimentado la mortalidad infantil. Hay también indicios para pensar que las diferencias son consecuencia de los diferentes tipos de servicios sanitarios que se prestan en el área urbana en comparación con los que se brindan en el área rural. En Panamá siempre ha habido una sobre mortalidad rural, en los últimos años, sin embargo, dicha diferencia se ha reducido notablemente. Así, por ejemplo, en 1966 la tasa de mortalidad infantil del área rural era un 41 por ciento mayor que su correspondiente en el área rural diez años más tarde, en 1976, la sobre mortalidad se había reducido a un 20 por ciento.

Cuando se analiza el descenso de la mortalidad infantil por componentes y por áreas, se aprecia que en el área urbana la mortalidad postneonatal fue la que experimentó mayores cambios, con una reducción del orden del 40 por ciento. En cambio en el área rural los descensos fueron significativos tanto en la mortalidad neonatal como postneonatal, la primera se redujo un 33 por ciento y la segunda un 35 por ciento. (Ver cuadro 5)

A pesar de que las cifras de mortalidad infantil por áreas muestran diferencias, se puede concluir que un análisis de este tipo sólo sirve para conocer grosso modo algunas diferenciales de este indicador. Desdichadamente los datos con que se cuenta no permiten llevar a cabo análisis más detallados

CUADRO N°5TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, POR AREA URBANA Y RURAL: AÑO 1967 A 1976

AÑO	TOTAL			URBANA			RURAL		
	Total	Post		Total	Post		Total	Post	
		Neonatal	Neonatal		Neonatal	Neonatal		Neonatal	Neonatal
1966	45.0	23.6	21.4	36.1	20.9	15.2	51.0	25.4	25.6
1967	42.7	22.0	20.7	33.0	19.2	13.8	49.7	24.0	25.7
1968	39.6	19.9	19.7	30.8	16.6	14.2	45.9	22.3	23.6
1969	39.9	20.2	19.7	30.2	18.0	12.2	47.0	21.8	25.2
1970	40.5	20.8	19.7	29.8	17.1	12.7	48.8	23.6	25.2
1971	37.6	19.7	17.9	34.2	20.3	13.9	40.6	19.1	21.5
1972	33.7	17.4	16.3	28.6	17.3	11.3	38.1	17.6	20.5
1973	33.6	16.1	17.2	26.7	14.4	12.3	39.2	17.6	21.6
1974									
1975	31.0	17.9	13.1	28.1	18.9	9.2	33.7	17.0	16.7
1976									
% de des- censo 1966- 1976	31.1	24.2	38.8	22.2	9.6	39.5	33.9	33.1	34.8

Fuente: Panamá, Dirección de Estadística y Censo, Estadísticas Vitales, serie B, de la República de Panamá; años 1966 a 1976.

que permitan conocer en una forma más exacta cuales son los grupos de población más afectados por la mortalidad infantil. A este respecto la Encuesta Nacional de Fecundidad, a pesar de haber excluido la población indígena y la de difícil acceso, brinda una buena oportunidad de llevar a cabo un estudio sobre la mortalidad infantil, que no permiten los datos de las estadísticas vitales.

4. Factores que afectan la Mortalidad Infantil

Tal como se apuntó en secciones precedentes la mortalidad neonatal y postneonatal son sensibles a acciones diferentes. En lo que respecta a la mortalidad neonatal el factor que más ha influido en su descenso es el aumento de la educación, que es una buena aproximación al nivel de vida. Autores como Taylor y Hall (Naciones Unidas, 1978) piensan que la disminución de la mortalidad ha sido producto del mejoramiento general de las condiciones económicas y alimentarias. En este sentido el aumento de la educación tiene más importancia desde el punto de vista de la higiene personal, la cual es de suma importancia en la primera etapa de la vida de los niños. Por otra parte el que la población tenga una mayor educación le ha permitido incorporarse a los planes de desarrollo del Gobierno en busca de solución a los problemas de la comunidad. Es así como se han formado los comités de salud, como una medida de apoyo a las actividades preventivas que viene desarrollando el Ministerio de Salud, tales como dotación de agua potable, huertas agrícolas para elevar el estado nutricional de la población, giras de salud, programas de ayudantes de salud en áreas de difícil acceso, etc. Además de las actividades antes mencionadas, los educadores para la salud llevan también a cabo reuniones con las comunidades para informarle sobre el resto de las acciones que viene desarrollando el Ministerio de Salud, muy en especial en el campo materno infantil. Todas las actividades antes mencionadas han tenido una implementación positiva dado el mayor grado de alfabetismo con que cuenta la población hoy en día. Así se puede advertir en los datos estadísticos que recopila el Ministerio de Salud, que en 1974 (Ministerio de Salud, 1975), sólo el 49 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacido vivo controlaron su embarazo, teniendo un promedio de 2,8 consultas en el período de gestación; cuatro años más tarde, en 1978, la cobertura de la población gestante había aumentado a 81 por ciento, con una concentración de tres consultas. Otro dato importante es que las gestantes están acudiendo a controlarse en su gran mayoría antes de los 6 meses: en 1978 el 70 por ciento de las que acudieron en demanda de este tipo de servicio lo hicieron en este período. Esto trae como consecuencia que los embarazos tengan una mayor probabilidad de terminar en un nacido vivo, pues de antemano se pueden captar los embarazos de alto riesgo, los cuales han de demandar una atención más esmerada durante el período de gestación y del parto.

El incremento en la atención profesional al parto también ha jugado un papel muy importante en el descenso de la mortalidad neonatal. En Panamá en 1966 59 de cada 100 partos tenían asistencia profesional al parto, en cambio en 1978 dicha proporción se había elevado a 77 de cada 100. (Ver cuadro 6) A nivel de áreas urbana y rural, sin embargo, hay grandes diferencias, las cuales se van acortando conforme avanza el tiempo. En 1966 en el área urbana el 96 por ciento de los nacimientos recibieron atención profesional al parto, mientras que en área rural era de 34 por ciento. Doce años más tarde la situación había cambiado notablemente en el área rural, mientras que en el área

urbana, que ya ostentaba niveles altos de atención al parto, cambió muy ligeramente. En este último año en el área rural 58 de cada 100 nacimientos tuvieron asistencia profesional al parto y en el área urbana fue de 99 de cada 100. (Ver cuadro 6)

Los datos anteriores son compatibles con la tendencia que se observó en la tasa de mortalidad neonatal por área, pues los mayores descensos se produjeron precisamente en el área rural, donde también se produjeron los cambios más significativos en la atención profesional al parto.

Por último, el control de niños sanos en el primer mes de vida también ha influido notablemente en el descenso de la mortalidad neonatal, pues la cobertura de estos niños ha aumentado de 31 por ciento en 1974 a 46 por ciento en 1978.

Los comentarios anteriores no signifiquen que esos sean los únicos factores que han incidido en el descenso de la mortalidad pues hay otros, tales como el peso al nacer, el período de gestación, la edad de la madre y el orden de nacimiento que también tienen gran importancia para el estudio de la mortalidad neonatal. A esto hay que agregar otros factores socio-económicos; en países como Estados Unidos e Inglaterra (Naciones Unidas, 1978) se ha demostrado que los factores antes mencionados también están relacionados con otras variables tales como lugar de residencia, tipo de asistencia en el parto, resultado de los embarazos anteriores, etc. Sin embargo, no contamos con datos al respecto para llevar a cabo este tipo de análisis, lo cual puede ser objeto de una investigación aparte.

En relación con el descenso de la mortalidad postneonatal, además de los logros en educación, lo cual ha permitido una mejora en los hábitos alimenticios de los niños, el saneamiento del medio ambiente y la mayor dotación de agua potable, muy especialmente en las áreas rurales, también han jugado un papel importante en la reducción de mortalidad de niños de uno a once meses, pues las enfermedades infecciosas, parasitarias y diarreicas, que otra vez diezaban a los niños han reducido hoy su importancia dentro de las causas de muerte. El control de niños sanos en estas edades también ha sido un factor muy importante en la reducción de la mortalidad postneonatal, pues la cobertura en el control de estos niños ha aumentado de un 24 por ciento en 1974 a un 45 por ciento en 1978, con una concentración de casi cuatro consultas en este período. Si a esto se une el hecho de que en este período de vida del niño es cuando se le suministra una serie de vacunas para prevenir enfermedades transmisibles como el sarampión, la tos ferina, el tetanos, etc. --enfermedades éstas que no hace mucho tiempo atrás también diezaban a la población infantil-- habrá que concluir que el control del niño sano de uno a once meses ha jugado y jugará un papel importante dentro del descenso de la mortalidad postneonatal.

Al igual que la mortalidad neonatal, los factores antes mencionados no son los únicos que han incidido en el descenso de la mortalidad infantil, sino que hay también otros factores socio-económicos que por falta de datos no se pueden analizar aquí. El análisis de la mortalidad por causas representa un serio problema, más que nada en el área rural, donde sólo se certifica el 48 por ciento de las defunciones, en comparación del 98 por ciento en el área urbana. Sin embargo, la tendencia en la certificación médica de las defunciones de menores de un año, muestra que la situación ha mejorado

CUADRO N° 6PORCENTAJE DE NACIMIENTOS VIVOS, CON ASISTENCIA PROFESIONAL AL PARTO,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, AÑO 1966 A 1978

AÑO	TOTAL	URBANA	RURAL
1966	58.9	96.0	34.0
1967	60.8	96.1	35.4
1968	61.5	96.4	36.4
1969	61.7	96.4	36.4
1970	65.0	97.0	39.7
1971	67.7	96.7	41.1
1972	68.2	97.1	42.4
1973	68.9	97.5	44.0
1974	71.8	97.7	47.3
1975	71.8	97.9	48.6
1976	75.4	98.4	54.2
1977	75.7	98.6	55.1
1978 (P)	77.3	98.8	58.2

Fuente: Panamá, Dirección de Estadística y Censo, Estadísticas Vitales, Serie B, de la República de Panamá; año 1966 a 1978.

notablemente, pues en 1966, en el área urbana 54 de cada 100 defunciones de estos niños, tenían certificación médica y en el área rural apenas era de un 31 por ciento.

Según los datos contenidos en el cuadro 7, se puede apreciar que en 1975 la mayor certificación de las defunciones de menores de un año ocurre en el período neonatal, pues en éste se certifica el 77 por ciento de las defunciones, mientras que en el período postneonatal sólo se certifica el 59 por ciento. A nivel de áreas urbanas y rurales también se observa la misma diferencia que para el total, siendo más marcada en el área rural. Así tenemos que en la misma área urbana la certificación médica de las defunciones neonatales y postneonatales era de 98 y 99 por ciento respectivamente, mientras que en el área rural era de 56 y 41 por ciento, respectivamente.

CUADRO N° 7

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO, SEGUN SI TUVIERON
CERTIFICACION MEDICA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
POR AREA URBANA Y RURAL: AÑOS 1966 a 1976

AÑO	TOTAL			URBANA			RURAL		
	Total	Neonatal	Post Neonatal	Total	Neonatal	Post Neonatal	Total	Neonatal	Post Neonatal
1966	52.5	54.6	50.1	95.7	98.1	92.4	32.0	30.7	33.3
1967	51.4	56.4	46.0	95.8	97.8	93.1	30.2	32.6	28.0
1968	54.3	59.9	48.6	96.3	98.1	94.2	34.1	39.7	28.9
1969	52.8	58.1	47.3	96.0	98.5	92.2	32.6	34.0	31.4
1970	58.4	61.6	55.1	98.1	99.8	95.9	39.5	39.9	39.1
1971	61.2	67.5	54.2	97.0	98.7	94.5	33.6	37.2	30.4
1972	62.2	68.6	55.3	96.8	98.7	93.8	39.1	42.3	36.4
1973	59.1	66.8	51.8	95.2	98.6	91.2	37.7	44.2	32.4
1974									
1975	69.6	77.4	58.9	98.2	99.4	95.7	48.3	55.6	40.8
1976									

Fuente: Panamá, Dirección de Estadística y Censo, Estadísticas Vitales, Serie B, de la República de Panamá: años 1966 a 1976.