

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA**  
**LA REDUCCIÓN DE LA**  
**MORBILIDAD Y MORTALIDAD**  
**MATERNA Y PERINATAL**

Panamá

2015 \* 2020



**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud





Golfo de

Veraguas

Los Mosquitos

Catalina

Calovébora

16

San Cristóbal

Belén

Cerro +1314

Peña Blanca

El Copé

Tambo

La Pintada

El Valle

71

a P C e n t r a l

Santa Fé

A

COCLÉ

Penonomé

Olá

Sitio Conte

Antón

Río Hato

Cañazas

Calobre

San Francisco

Pocrí

Aguadulce

VERAGUAS

Sta. María

Bahía de

Cerro Mangote

Nuevo Chagres

Salud

L. Gatún

Miguel de la Borda

Coclé del Norte

Arenosa

La Chorrera

Capira

Cirí

+1219

San

SOBERANÍA N.

# Reconocimientos



La producción del presente documento es el resultado de un cuidadoso proceso de consulta que contó con la participación y los valiosos insumos de representantes de las distintas entidades encargadas del tema de salud en Panamá. El Dr. Raúl Bravo, Coordinador Nacional del programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, lideró el proceso apoyado por la Licda. Maritza Nieto de De Gracia, Enfermera Obstetra. La primera versión del documento estuvo a cargo de la Dra. Enriqueta Davis Villalba, Consultora Externa de OPS/OMS Panamá y Catedrática de la Universidad de Panamá. El proceso de consulta contó con la valiosa participación e insumos de la Dra. Magalli Moreno de Zevallos, Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Región Metropolitana de Salud del MINSa; Dra. Geneva González, Coordinadora de Docencia de la Maternidad del Hospital Santo Tomás; y la Dra. Sara Edith Campana, Jefa del Programa Materno Infantil, CSS.

Para la elaboración del documento se contó con la asistencia técnica y los aportes de la Oficina de Panamá de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, del Dr. Federico Hernández-Pimentel, Representante en Panamá, de la Dra. Hilda Leal de Molina, Asesora de Sistemas y Servicios de Salud y del Dr. Victor Mejía, Consultor de SSyR, VIH y Sida. La Asesoría técnica también incluyó aportes del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), del Representante Auxiliar, el Dr. Jose Manuel Pérez, de la Dra. Alma Virginia Camacho-Hübner, Asesora Técnica Regional en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA LACRO y de la Licda. Martha Icaza, Oficial de Programa de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA Panamá, quienes estuvieron a cargo junto con la Licda. Carla Rivera A., Consultora, de la edición y revisión final del presente documento. Fotografías a cargo de Enrique Castro Ríos y Carla Rivera. La Dirección de Arte del documento fue realizada por Ricardo Alejandro Rojas A. de IMPRESIÓNATE S.A. Diseño, Publicidad e Impresión Digital.



# Autoridades Nacionales



**Ing. Juan Carlos Varela Rodríguez**  
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

## MINISTERIO DE SALUD

---

Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello  
Ministro de Salud

Dr. Eric Ulloa  
Vice Ministro de Salud

Dra. Itza Barahona de Mosca  
Directora General de Salud

Dr. Raúl Bravo  
Coordinador Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Licda. Maritza Nieto de De Gracia  
Coordinación Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Max Ramírez Rosales  
Coordinador Nacional de Niñez y Adolescencia

## CAJA DEL SEGURO SOCIAL

---

Dr. Estivenson Girón Desgrenger  
Director General de la Caja del Seguro Social

Dr. Luis Mendieta  
Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud

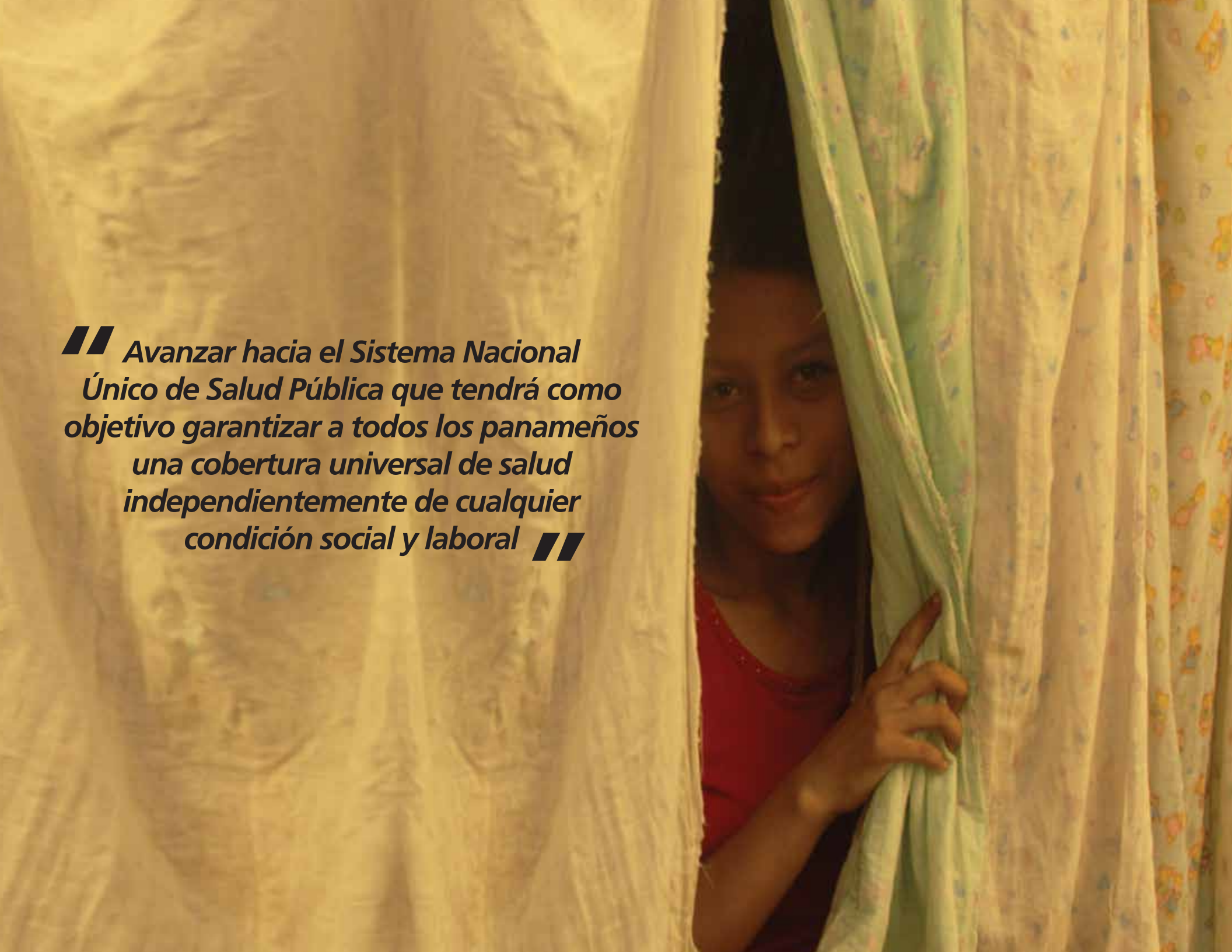
Dra. Sara Edith Campana Soto  
Jefa del Programa Materno Infantil

# Acrónimos

<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>CNMMP</b>	Comisión Nacional Interinstitucional e Intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal
<b>COE</b>	Cuidados Obstétricos Esenciales
<b>COEM</b>	Cuidados Obstétricos de Emergencia
<b>CONE</b>	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
<b>CSS</b>	Caja de Seguro Social
<b>HCP</b>	Historia Clínica Perinatal
<b>IHAN</b>	Iniciativa Hospital Amigos de los Niños y de las Madres
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censo
<b>LS-Suma</b>	Software para el aseguramiento de insumos para planificación familiar
<b>MEF</b>	Mujeres en edad fértil
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>MISP</b>	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos en SSyR (MISP siglas en inglés)
<b>MMMP</b>	Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal
<b>MyE</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>N.V.</b>	Nacidos vivos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OG</b>	Organización Gubernamental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
<b>PF</b>	Planificación Familiar
<b>RMMMyP</b>	Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal
<b>SIP</b>	Sistema Informático Perinatal
<b>SSyR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>VBG</b>	Violencia basada en género

# Contenido

<b>ACRÓNIMOS</b>		2
<b>AUTORIDADES NACIONALES</b>		2
	Ministerio de Salud	2
	Caja de Seguro Social	3
<b>RECONOCIMIENTOS</b>		4
<b>PRESENTACIÓN</b>		5
<b>INTRODUCCIÓN</b>		7
	Reducción de Muertes Maternas en Panamá	8
	Recomendaciones y lecciones aprendidas del Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para el periodo 2006-2009	10
	Nueva agenda de desarrollo post 2015	11
	La reducción de la mortalidad materna: responsabilidad de todos	12
	Metodología de trabajo para la elaboración del Plan	13
<b>CONTEXTO NACIONAL: SITUACIÓN ACTUAL DE LA MORBI – MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN PANAMÁ</b>		14
	Demografía	14
	Análisis de indicadores clave	15
	A) Tasa de Natalidad	15
	B) Tasa de Mortalidad Infantil	17
	C) Razón de mortalidad materna	24
<b>PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2015-2020</b>		30
	Introducción	30
	Contexto y Principios	30
	Metas	31
	Objetivos	32
	I. Fortalecimiento institucional: sistemas y servicios de salud en el marco de acceso y cobertura universal en salud	33
	II. Promoción y prevención: mejorar la salud para todos y todas (individuos, familia y comunidad)	37
	III. Financiamiento: invertir en salud	39
	IV. Monitoreo y Evaluación	41
<b>CONCLUSIÓN</b>		43
<b>DEFINICIONES</b>		45
<b>REFERENCIAS</b>		47
<b>ANEXOS</b>		49
	Participantes en la Primera Validación del Plan	49
	Participantes en la Segunda Validación del Plan	49

A young girl with dark hair and a red top is peeking from behind a white sheet. A green patterned curtain is partially open, revealing her face. The background is a warm, yellowish light.

**// Avanzar hacia el Sistema Nacional  
Único de Salud Pública que tendrá como  
objetivo garantizar a todos los panameños  
una cobertura universal de salud  
independientemente de cualquier  
condición social y laboral //**

# Presentación

Desde la creación del Ministerio de Salud en el año 1969, la República de Panamá ha logrado importantes avances en materia de salud pública y en sexual y reproductiva. Así, por ejemplo, la cobertura relacionada con la atención profesional del parto es superior al 95%, siendo aún más significativo el aumento alcanzado en las áreas rurales, donde se ha logrado una cobertura de atención calificada de alrededor de 88%.

No obstante lo anterior, en materia de atención y cuidado en salud, aún persisten en el país grandes brechas entre la población panameña según el lugar de residencia (urbana o rural), el nivel socioeconómico al que pertenezca, o el grupo étnico del cual se forma parte. Esto se evidencia en los indicadores de morbi – mortalidad materna y perinatal que son mucho más elevados en las áreas indígenas y rurales en comparación con los de las zonas urbanas.

Entre los objetivos del Plan Estratégico de Gobierno 2015 – 2019 se incluye “Avanzar hacia el Sistema Nacional Único de Salud Pública que tendrá como objetivo garantizar a todos los panameños una cobertura universal de salud independientemente de cualquier condición social y laboral”. Particularmente se señala la reducción de la mortalidad infantil y materna, fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), atención integral a las adolescentes embarazadas y garantizar los derechos de las mujeres; así como objetivos específicos para mejorar la calidad de vida de todos los panameños y panameñas, en especial de los y las residentes de las comarcas indígenas.

Desde el inicio de este período de gobierno, el Ministerio de Salud y la Dirección General de Salud (DIGESA), lideraron la revisión y actualización de las “Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de La Mujer” a través de la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En el marco de la implementación del Expediente Electrónico, se ha vinculado la versión electrónica en red del Sistema Informático Perinatal (SIP). También se elaboraron, validaron y distribuyeron los nuevos Formularios de la Historia Clínica Perinatal (HCP) versión-2011 y se inició la socialización del Programa de Familias Fuertes, el cual se enfoca hacia los y las adolescentes y jóvenes y sus padres y familias en siete regiones del país, donde se han implementado estrategias de

servicios amigables en temas de salud sexual reproductiva con el fin de prevenir el embarazo adolescente y mejorar su salud sexual y reproductiva. Asimismo, en el 2014 se actualizaron las “Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo” y se capacitó a un núcleo crítico de profesionales de todas las regiones de salud del país en la Estrategia del Código Rojo, orientada hacia la prevención y manejo de la hemorragia obstétrica, que es una de las primeras causas de muerte materna en Panamá. Todas estas iniciativas tienen como propósito fundamental liderar un esfuerzo coordinado para la reducción de la morbi – mortalidad materna y perinatal en Panamá.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud nacional y proveedor de la población no asegurada, junto con la Caja de Seguro Social como responsable de la provisión de servicios de salud a la población asegurada, demostrando su compromiso por mejorar la salud materna y perinatal, se complacen en presentar el “Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna, la Morbilidad Materna y la Morbi – Mortalidad Perinatal de Panamá 2015 – 2020”. La elaboración de este Plan contó con el apoyo técnico de la OPS-OMS Panamá y del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, organismos a quienes dejamos consignado nuestro agradecimiento.

Estamos convencidos de que el desarrollo y la implementación de este Plan contará con la activa participación de las instituciones públicas de los diversos sectores del Gabinete Social, así como de todos los proveedores de salud —públicos y privados, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones y sociedades científicas, las organizaciones de mujeres, la empresa privada, las comunidades, las organizaciones de base dedicadas a mejorar la salud de las mujeres y niños. Junto con todas estas instituciones, trabajando en colaboración y con el apoyo de organismos internacionales, podremos alcanzar los objetivos trazados en el Plan, con el fin último de garantizar una mejor calidad de vida para las mujeres, sus hijos y familias.

**Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello**

MINISTRO DE SALUD

# Introducción

Desde hace varias décadas Panamá ha mostrado su preocupación y compromiso con la salud de la mujer y en particular lo relacionado con la maternidad y derechos reproductivos, al adoptar los diferentes compromisos y posteriores revisiones, emanados de las conferencias internacionales vinculados a la salud materna y la salud sexual y reproductiva. Panamá participó en la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo (Nairobi, 1987); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); y la Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000).

La revisión del documento Cairo+5 establece que “los Estados deben lograr que la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad constituyan una prioridad del sector salud y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados y dotados [,] el personal adecuado, asistencia de alto nivel profesional en los partos [y] remisión y traslado efectivos a niveles de atención superiores [...]”<sup>1</sup>.

Por otro lado, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS también adoptó resoluciones importantes como por ejemplo, la Resolución de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (2004), en la cual se aprobó la “Primera estrategia mundial sobre la salud sexual y reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo”. Los objetivos de la misma giran en torno a mejorar la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la atención obstétrica prenatal, posparto y neonatal; ofertar servicios de planificación familiar de calidad, incluyendo la atención en infertilidad; eliminar los abortos de riesgo; prevenir las ITS incluido el VIH/sida; evitar y controlar el cáncer cérvico – uterino y otras afecciones ginecológicas.

A nivel regional desde 1990 a la fecha, Panamá ha aprobado todas las resoluciones de la OPS/OMS con relación a las políticas regionales para la Reducción de la Mortalidad Materna en la región. Se adoptó la Declaración de Ministros/as de Salud de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas (Lima, 2011), y más recientemente se comprometió a seguir los lineamientos de la iniciativa de la Promesa Renovada en las Américas (2013), la cual compromete a Panamá a reducir las desigualdades en materia de salud materno-infantil. También firmó el Consenso de Montevideo (2013); la Cumbre de Ministros de Salud del SICA y la Declaración de la XIV Cumbre de Ministros/as de Salud (2014).

Dentro de este marco de compromisos internacionales y regionales adoptados por Panamá en materia de salud sexual y reproductiva, en los últimos años se ha desarrollado una amplia normativa legal entre las cuales vale la pena destacar la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer; la Ley sobre Paternidad Responsable; así como legislación sobre femicidios y violencia doméstica; maltrato al niño/a o adolescente; la salud y educación a las adolescentes embarazadas los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de decisión libre e informada, entre otros. Asimismo, se estableció la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; y se adoptó el Compromiso Nacional a favor de la Reducción de la Mortalidad Materna (Dic. 2004); se estableció “La gratuidad de la atención de salud de los niños menores de cinco años” (Decreto Ejecutivo No. 546 de 2005); y de la “prestación de servicio y asistencia de la maternidad” (Decreto No. 5 de 2006) en todos los establecimientos del Ministerio de Salud.

<sup>1</sup> Naciones Unidas, Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, Doc. NU A/S-21/5/Add.1, Nueva York, 1 de julio, 1999, párs. 72b.



En relación al ODM5 (mejorar la salud materna) el Gobierno de Panamá identificó serias dificultades para alcanzar las metas relacionadas al mismo. Es por ello que ha priorizado sus esfuerzos y se comprometió a diseñar e implementar acciones que permitan acelerar el impacto de las políticas públicas para mejorar la salud materna con especial énfasis en las zonas más vulnerables del país. En este sentido bajo el liderazgo del Gabinete Social, y siguiendo la metodología aprobada por las Naciones Unidas con el Marco de Aceleración de los ODMs (MAF por sus siglas en inglés), se formuló un Plan de Acción para reducir las muertes maternas y perinatales con énfasis en las comarcas indígenas. El mismo toma en cuenta el proceso de revisión de las intervenciones ya en curso y prioriza aquéllas con una mayor viabilidad de aceleración antes de lo que resta para el año 2015, cuando la agenda de los ODM llega a su fin.

La elaboración de este Marco contó con la participación de Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social, la Caja del Seguro Social, Ministerio de Educación junto con el apoyo del PNUD, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, así como la participación de la sociedad civil. Bajo esta iniciativa, en el Consejo de Coordinación Comarcal se Instaló y juramentó la Mesa Local del MAF (ODM5), cuya meta es la reducción significativa de la Mortalidad Materna en la Comarca Ngäbe Buglé, en el marco de la Presentación del Nuevo Sistema de Protección e Inclusión Social (Red de Oportunidades). Asimismo, con el apoyo del BID dentro de la Iniciativa de Salud Mesoamérica, también se ha reforzado el CONE mediante la elaboración del modelo de orientación /consejería en planificación familiar con enfoque un intercultural y plan de parto.

**El sistema de Naciones Unidas diseñó el Marco de Aceleración (MAF) para identificar los nudos y obstáculos que impiden la aceleración de los ODMs, priorizando las intervenciones más efectivas a través de un proceso participativo entre las instituciones de Gobierno, la sociedad civil y las Naciones Unidas.**

**En el caso de Panamá, el MAF se aplicó en el contexto del ODM5, por ser considerado de máxima prioridad y mostrar un progreso lento en los indicadores.**

## Reducción de Muertes Maternas en Panamá

En Panamá se ha llevado a cabo el Programa para la Reducción de las Muertes Maternas en la Comarca Ngäbe Buglé (PERMMMYP) como una estrategia conjunta entre el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Oficialmente este programa se inició desde 1997 con un proyecto diseñado para la reducción de las tres demoras comunitarias a través de un trabajo comunitario y reducir la cuarta demora mediante el fortalecimiento de capacidad institucional. Desde su inicio, el programa ha tenido diferentes fases donde se han desarrollado y fortalecido las alianzas estratégicas, movilización de recursos y fortalecimiento de los servicios de salud. Se implementaron convenios que consolidaron dicho programa y el mismo se extendió a más de 53 comunidades de 5 distritos.

El PRMM-NB utiliza un modelo participativo con un enfoque centrado en derechos, empoderamiento e interculturalidad, con el fin de reducir las cuatro demoras que en esta Comarca son las principales causas de muertes maternas. Entre los mayores logros se encuentran:

- Cambio importante de actitudes y comportamientos positivos en relación a la toma de decisión para cuidados de salud materna y la SSyR de las mujeres y sus familias.
- Fortalecimiento del acercamiento entre comunidades y los servicios de salud.
- Mayor empoderamiento de las mujeres Ngäbes participantes en el PRMM y en la recuperación de saberes tradicionales entre las más jóvenes.
- Mayor responsabilidad en los cuidados de la salud materna e infantil.
- Incorporación paulatina de prácticas más adecuadas culturalmente en los servicios de salud de la Comarca y se implementó un modelo de educación intercultural.
- La mortalidad infantil bajó de 55.5 por 100.000 N.V. a 31.1

Para la implementación del PRMM-NB se han desarrollado iniciativas innovadoras y exitosas entre las cuales vale la pena destacar los siguientes:

- Las bolsas semáforo. Se distribuyeron en dos centros de salud bolsas de tela con los colores representativos de un semáforo, con productos de higiene para la mujer.
- Multiplicadores comunitarios. Se capacitaron a las personas de la comunidad para orientar, educar e informar a sus familiares y vecinos sobre diversos temas de salud y su derecho sobre SSyR.
- Atención intercultural a la población indígena migrante. Se establecieron una serie de intervenciones entre Panamá y Costa Rica para atender a la población indígena migrante para sensibilizar y capacitar a personal de SSyR. Se adecuaron horarios de atención, se estableció un centro de atención continua entre otros.
- Albergue de las embarazadas. Se creó un centro de atención para embarazadas de alto riesgo para mujeres que viven lejos del hospital y que requieren de un lugar de corta estancia, con acceso oportuno y adecuado para la atención calificada del parto.
- Fortalecimiento de capacidades mediante programas especializados. Diplomados de interculturalidad y Maestría en Salud Pública con énfasis en interculturalidad. Postgrado en gineco-obstetricia y formación en atención de emergencias obstétricas con el personal médico y de enfermería y urgencias médicas de Chiriquí y las Comarcas Ngäbe Buglé.
- Abogacía. La campaña de incidencia sobre servicios amigables de salud materna dio como resultado la Apertura de la sala de interculturalidad en la Maternidad José Domingo de Obaldía.
- Plan de Parto. Se diseñó un instrumento con el fin de orientar a las embarazadas de las áreas vulnerables hacia la atención calificada del parto

## Recomendaciones y lecciones aprendidas del Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para el periodo 2006-2009

La evaluación del PERMMMYP (2006-2009) se llevó a cabo con el apoyo técnico de la OPS y de UNFPA, con el objetivo principal de documentar los avances en la implementación del mismo, y poder valorar los logros y lecciones del proceso (OPS/OMS-UNFPA: 2010). Al mismo tiempo se identificaron las dificultades que limitaron el cumplimiento de los ODM 4 y 5 durante este periodo. De la evaluación del Plan también surgieron una serie de recomendaciones que sirvieron para elaborar las bases del Presente Plan 2015-2020, entre las cuales se destacan:

- Establecer un mecanismo práctico y viable de monitoreo y evaluación, que contenga indicadores de procesos, resultados e impacto medibles, flujos de información, medios de verificación y responsables por niveles de recolección de datos, procesamiento y análisis de la información, además de proponer una línea de base.
- Fortalecer el enfoque de Marco Orientador dentro del PRMMMYP para facilitar el diseño y formulación de estrategias de intervención específicas según las realidades socioculturales y necesidades de cada región.
- Desarrollar una estrategia de sensibilización y abogacía basada en evidencias científicas dirigida a los tomadores de decisión, legisladores y posibles aliados, con el fin de lograr el compromiso gubernamental, intra e intersectorial, así como el financiamiento necesario para la implementación del próximo PRMMMYP.
- Lograr la asignación y manejo independiente de recursos financieros, mediante el fortalecimiento de las capacidades en gestión y administración en los recursos humanos.
- El fortalecimiento de la red de servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE) básico e integral, enfatizando las inversiones en las áreas de difícil acceso y las comarcas indígenas, donde las tasas de mortalidad materna y perinatal son más altas. Para este fin, se deben considerar todos los requerimientos de infraestructura, insumos, equipos, medicamentos, recursos humanos y sistemas de información y referencia para garantizar que los procesos de atención sean adecuados y oportunos. Para este fin, se deben considerar todos los requerimientos de infraestructura, insumos, equipos, medicamentos, recursos humanos y sistemas de información y referencia para garantizar que los procesos de atención sean adecuados y oportunos.
- Fortalecer los programas de Planificación Familiar, sobre todo aquellas necesidades relacionadas con la falta de información sobre la oferta anticonceptiva y con la falta de suministro debido al desabastecimiento institucional.
- Con relación al tema de la vigilancia epidemiológica, se identificaron avances importantes en la CNMMP, en cuanto al registro y análisis de las muertes maternas. Es necesario fortalecer las comisiones regionales y locales, así como aspectos del proceso de recibo, registro e intercambio de información entre las instituciones responsables de las estadísticas vitales y de salud.

## Nueva agenda de desarrollo post 2015

En el marco de la nueva agenda internacional, el Sistema de Naciones Unidas ha propuesto los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), que una vez aprobados marcarán la nueva agenda internacional para los próximos 15 años. Se han realizado numerosas consultas nacionales y regionales a todo nivel que han producido los insumos para determinar los nuevos ODS, y que los mismos tomen en cuenta la realidad de cada región con una perspectiva más integral.

En seguimiento al planteamiento de los ODS un grupo de expertos plantean 17 ODS, reformulando los 8 ODMs que sirven como punto de partida para la nueva agenda de desarrollo cuya nueva fecha de cumplimiento es el 2030. De los 17 ODS, el número tres "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos" se enfoca en el tema de salud de manera amplia, incluyendo la salud sexual y reproductiva, la reducción de muertes maternas e infantil, y la cobertura universal en salud. Dentro de las metas propuestas para este Objetivo en particular se encuentran entre otras: Meta 3.1 "Reducir globalmente la razón de mortalidad materna a menos del 70 por 100,000 nacidos vivos. Meta 3.2 "terminar con las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de 5 años". Meta 3.7 "asegurar el acceso universal a los servicios y cuidados de la salud sexual y reproductiva incluyendo la información y educación en planificación familiar y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales".

Otros ODS están muy relacionados con los determinantes sociales de la salud que impactan directamente en los logros de la mortalidad materna e infantil. El Objetivo 4 busca garantizar una educación inclusiva de calidad y equitativa y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos/as y el Objetivo 5 se enfoca en lograr la igualdad entre los géneros y la autonomía de todas las mujeres y niñas. A su vez, estos dos últimos

objetivos son reforzados en otros documentos como La Plataforma para la Acción de Beijing establece que "[...] La alfabetización de la mujer es importante para mejorar la salud, la nutrición y la educación en la familia, así como para habilitar a la mujer para participar en la adopción de decisiones en la sociedad. Ha quedado demostrado que la inversión en la educación y la capacitación formal y no formal de las niñas y las mujeres, que tiene un rendimiento social y económico excepcionalmente alto, es uno de los mejores medios de lograr un desarrollo sostenible y un crecimiento económico a la vez sostenido y sostenible"<sup>2</sup>

Como resultado de las consultas y del análisis arriba mencionado, para el planteamiento de los ODS ha quedado claro que para poder implementar dichos objetivos será necesario el compromiso adquirido por las esferas gubernamentales, el ámbito legislativo, la sociedad civil, el sector privado y el sistema de Naciones Unidas. Será imperativo que las metas y objetivos integren diferentes aspectos económicos, sociales y ambientales, reconociendo sus interrelaciones para alcanzar el desarrollo sostenible en todas sus dimensiones. Será muy importante entonces trabajar de manera conjunta con un enfoque intersectorial.

El monitoreo de la implementación es otro factor importante para el desarrollo de estos objetivos, recalando la necesidad imperiosa de mejorar la calidad, cobertura y disponibilidad de datos y estadísticas desagregados por género, edad, raza, etnia, ingreso económico, discapacidad, localización geográfica y otras, para asegurar que todas han sido incluidas en los registros de cada país.

<sup>2</sup> Naciones Unidas, Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995, Doc. A/CONF.177/20/Rev.1, pág. 69.





# OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE





**// Este nuevo plan de acción propone intensificar las intervenciones clave, que cuentan con una eficacia comprobada para reducir la morbi-mortalidad materna, en áreas estratégicas identificadas hacia el logro de acceso y cobertura universal para la obtención de salud sexual y la salud reproductiva de calidad //**





## La reducción de la mortalidad materna: “Responsabilidad de todos”.

Si bien el sector salud tiene un rol central para la disminución de la mortalidad materna, es importante destacar que se requiere la participación de un conjunto de actores claves de diversos sectores (como educación, desarrollo social, trabajo, juventud, economía, agropecuario, entre otros), para tener un impacto directo y sostenible y que pueden modificar las determinantes socioeconómicas relacionadas a la mortalidad maternal y perinatal.

Para seguir manteniendo los logros y alcanzar nuevas metas en la disminución de la mortalidad materna y perinatal se debe continuar la priorización en los planes nacionales de salud, el bienestar y la supervivencia de la madre, enfocando los esfuerzos en la disminución de las inequidades y desigualdades en salud entre las que se pueden mencionar las desigualdades de género, los derechos humanos, la inversión en materia de salud materna y neonatal, la violencia basada en género, acceso insuficiente a la educación formal y educación integral de la sexualidad acceso a servicios de salud interculturales de alta calidad, que están íntimamente relacionados con las determinantes y causas de la mortalidad materna y perinatal en Panamá. Un instrumento clave y necesario en la prevención de la mortalidad materna es la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y neonatal continua y en tiempo real, que generara los datos e información necesaria y pertinente para mejorar la comprensión de sus determinantes y causas de la defunciones maternas y neonatales permitiendo una organización de la respuesta basada en la evidencia.

Por lo tanto, el nuevo “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna, y Perinatal de Panamá 2015 – 2020” es un instrumento de política nacional clave para responder de manera sistemática y con base a la mejor evidencia disponible, a los desafíos que en esta materia el país aun enfrenta, y viabilice el cumplimiento de los nuevos ya aprobados ODS. Este nuevo plan de acción propone intensificar las intervenciones clave, que cuentan con una eficacia comprobada para reducir la morbimortalidad materna, en áreas estratégicas identificadas hacia el logro de acceso y cobertura universal para la obtención de salud sexual y la salud reproductiva de calidad. Asimismo, este plan enfatiza acciones orientadas a fortalecer la atención pre gestacional, la planificación familiar, la atención prenatal de calidad garantizando la, atención humanizada del parto y del puerperio, que debe ser provista por personal calificado y con modelos de atención que incluyen los enfoques de salud intercultural, de igualdad de género y garantizando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

# Metodología

## de trabajo para la elaboración del Plan

Con base al análisis de situación, las lecciones aprendidas y evidencia científica disponible, en la fase inicial se desarrollaron consultas con expertos del MINSA y CSS. Posteriormente se efectuaron dos talleres los días 2 y 3 de diciembre de 2014 con el fin de validar el Plan, y se contó con la participación de la CNMMP, sociedades y asociaciones científicas relacionadas con salud sexual y reproductiva, la representación de la Defensoría del Pueblo y de la OPS/OMS Panamá y UNFPA Panama. Fue un proceso participativo donde los y las representantes de las distintas instancias pudieron intercambiar experiencias y compartir lecciones aprendidas como resultado de la Evaluación del Plan Estratégico anterior (2006-2009).

Producto de los talleres se elaboró un informe que consolidó las discusiones y la información presentada, sobre el cual se formularon las prioridades y objetivos incluidos en el nuevo Plan. Posteriormente un reducido equipo de trabajo integrado por representantes del MINSA y CSS, contribuyeron y validaron el documento mediante un proceso de revisión que contó con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), para concluir el proceso de elaboración de este Plan.

## CONTEXTO NACIONAL:

### Situación actual de la morbi – mortalidad materna y perinatal en Panamá

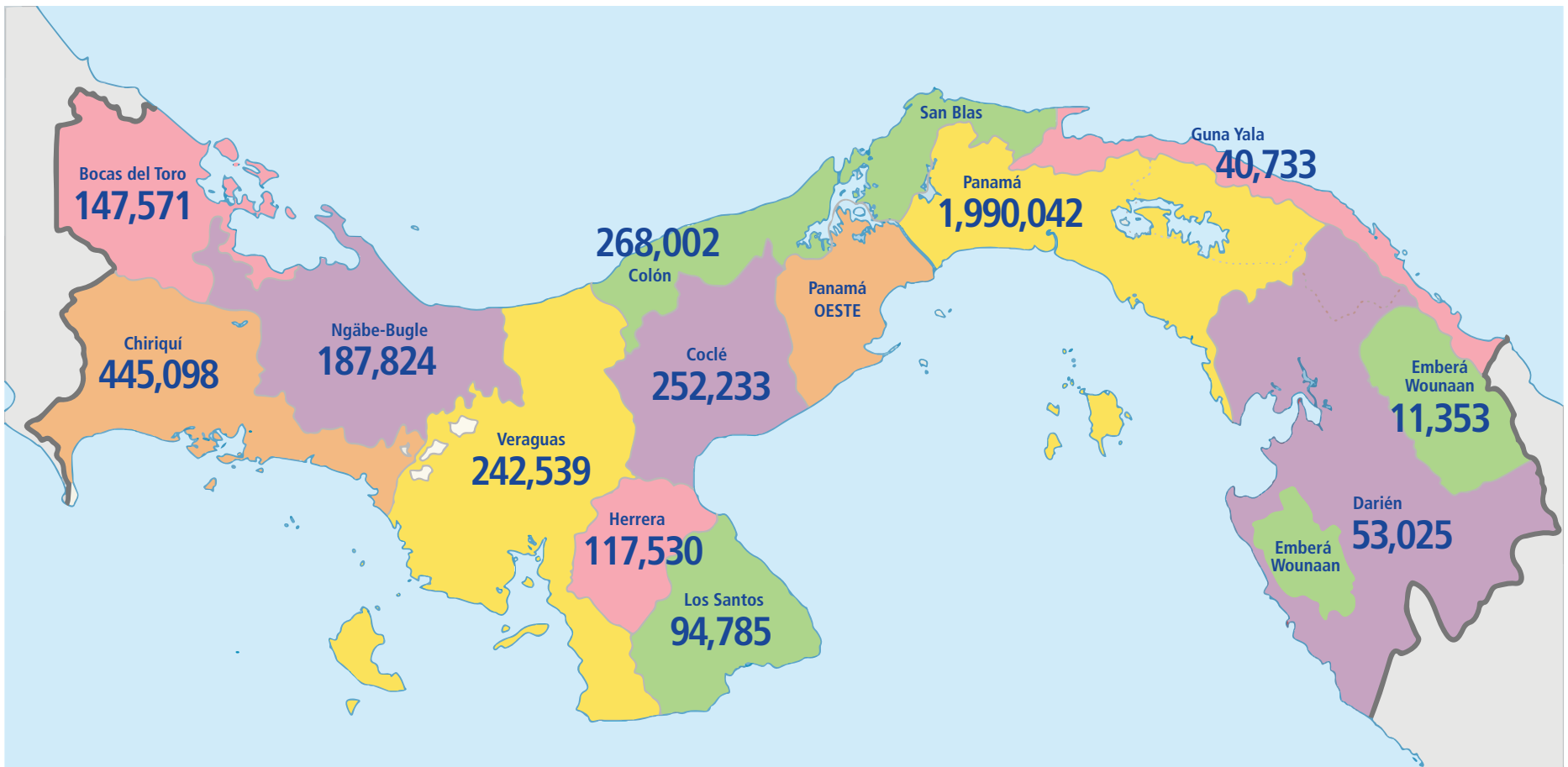
#### Demografía

De acuerdo al Censo realizado en 2010, la población en la República de Panamá pasó en la última década de 2.839.177 a 3.405.813 personas. En cuanto a la estructura por edad, los datos revelan un envejecimiento de la población. Mientras en 1990 los menores de 15 años representaban un 34.8 % del total de la población, en el 2000 este grupo de edad representó el 32.0 %, y un 29.2 % para el censo de 2010. A pesar de que este sector ha tenido un descenso en décadas pasadas, continúa siendo un porcentaje significativo de población que demandará una serie de servicios tanto del sector educativo como del sector salud.

Por otro lado, el 64.2 % de la población está entre 15 y 64 años de edad, lo cual implica un gran volumen de población en edad laboral y por ende, una fuerte presión para el mercado de trabajo. El 6.8 % de la población tiene 65 años y más, lo cual representa un aumento de 1.2 puntos al compararla con la cifra obtenida por el Censo realizado en el año 2000. Estas transformaciones en la estructura poblacional han provocado un incremento en la edad mediana de la población panameña, pasando este indicador de 22 años en 1990, 25 años en 2000, y a 27 años en 2010.

La Contraloría General de la República estima la población de Panamá para el año 2013 en: 3,850,735 habitantes; concentrándose 1,990,042 solo en la provincia de Panamá.

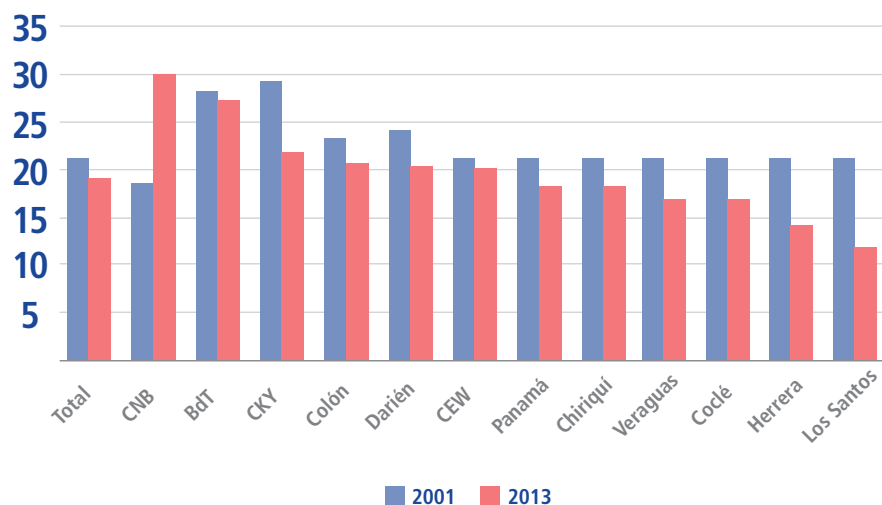




## ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN LA REPÚBLICA POR PROVINCIA a julio de 2013

Fuente: INEC, Contraloría General de la República, 2014

# Análisis de indicadores clave



**GRÁFICA NO.1. TASA BRUTA DE NATALIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMA, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2001 Y 2013**

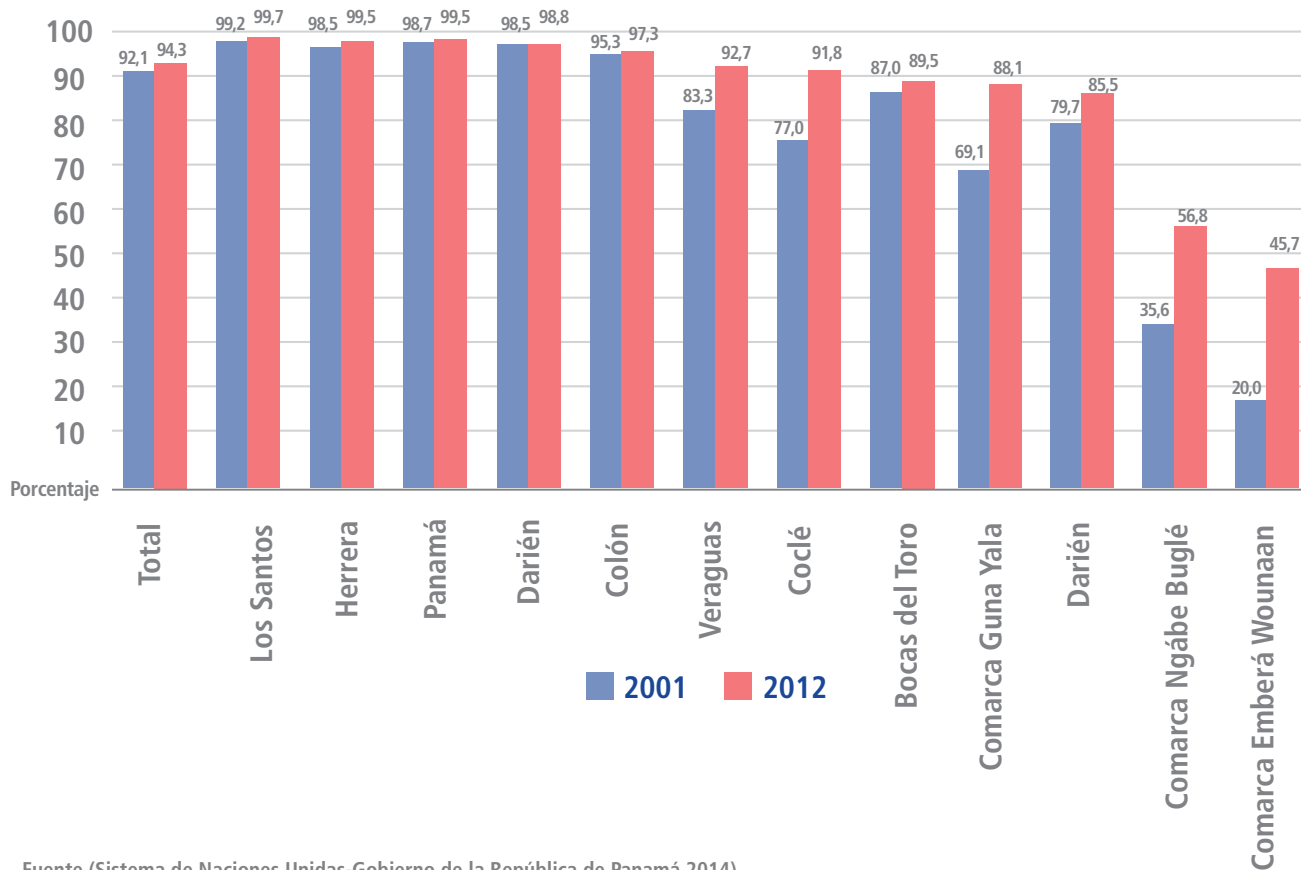
## a) Tasa de Natalidad

Según la información del INEC, para los años 2001 y 2013, la tasa de natalidad refleja diferencias significativas entre las distintas provincias y en particular en las comarcas indígenas de Panamá. A nivel nacional se presentó un descenso de 11%, en tanto que el mayor descenso de 33% se presentó en la Comarca indígena Guna Yala, seguido de Coclé, con un 27 % y Herrera con 26 %. El resto de las provincias registraron descensos que van desde 23 % en Los Santos a 12 % en Colón, mientras que las que menos descendieron fueron Bocas del Toro (2 %) y la Comarca Emberá Wounaán (3 %). Llama la atención que la Comarca Ngäbe Buglé fue la única que aumentó su tasa de natalidad en un 38 %, lo cual sugiere la necesidad de llevar a cabo mayores estudios para explicar e identificar esta marcada tendencia, la cual podría estar vinculada a diversos factores como por ejemplo una mayor cobertura en la asistencia calificada del parto.

## Nacimientos vivos con atención profesional al parto

En el año 2012 se registraron 75,486 nacimientos, de los cuales el 63.3% ocurrieron al área urbana y 36.7% en el área rural. En las zonas urbanas el 99.8% de los partos fueron atendidos por personal profesional, en tanto que en las áreas rurales, dicho porcentaje es de 84.7%. Esta proporción se ha mantenido sin variaciones importantes en los últimos años, destacando grandes diferencias entre las provincias y las comarcas indígenas. Sin embargo en dichas provincias y comarcas se muestra un incremento significativo para este periodo.

**GRÁFICA NO. 2. NACIMIENTOS VIVOS CON ATENCIÓN PROFESIONAL EN LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2001 Y 2012**



Fuente (Sistema de Naciones Unidas-Gobierno de la República de Panamá 2014)

En la gráfica se puede apreciar con claridad las desventajas de las comarcas indígenas respecto a las provincias que integran el territorio nacional. Obsérvese que a lo largo del período las provincias registran cifras que varían muy poco y si bien en las comarcas se presenta una leve mejora, la misma no es para nada comparable con los promedios nacionales de los dos años en análisis.

“En la provincia de Los Santos la cobertura de partos atendidos institucionalmente es de 99.7%, pero en la Comarca Emberá sólo se atiende el 45.7% y dentro de ésta, en el distrito de Sambú solo son atendidos el 25.4% de los partos. En la comarca Ngäbe Buglé también se observan bajos registros de partos atendidos institucionalmente en Kankintú (31.9%), Kusapín (31.4%) y Ñurüm (44.2%). Aunque en el período 2001-2012 se refleja una mejoría en la atención al parto en algunas áreas, estos programas deben ser objeto de atención por parte del Ministerio de Salud”.

## b) Tasa de Mortalidad Infantil

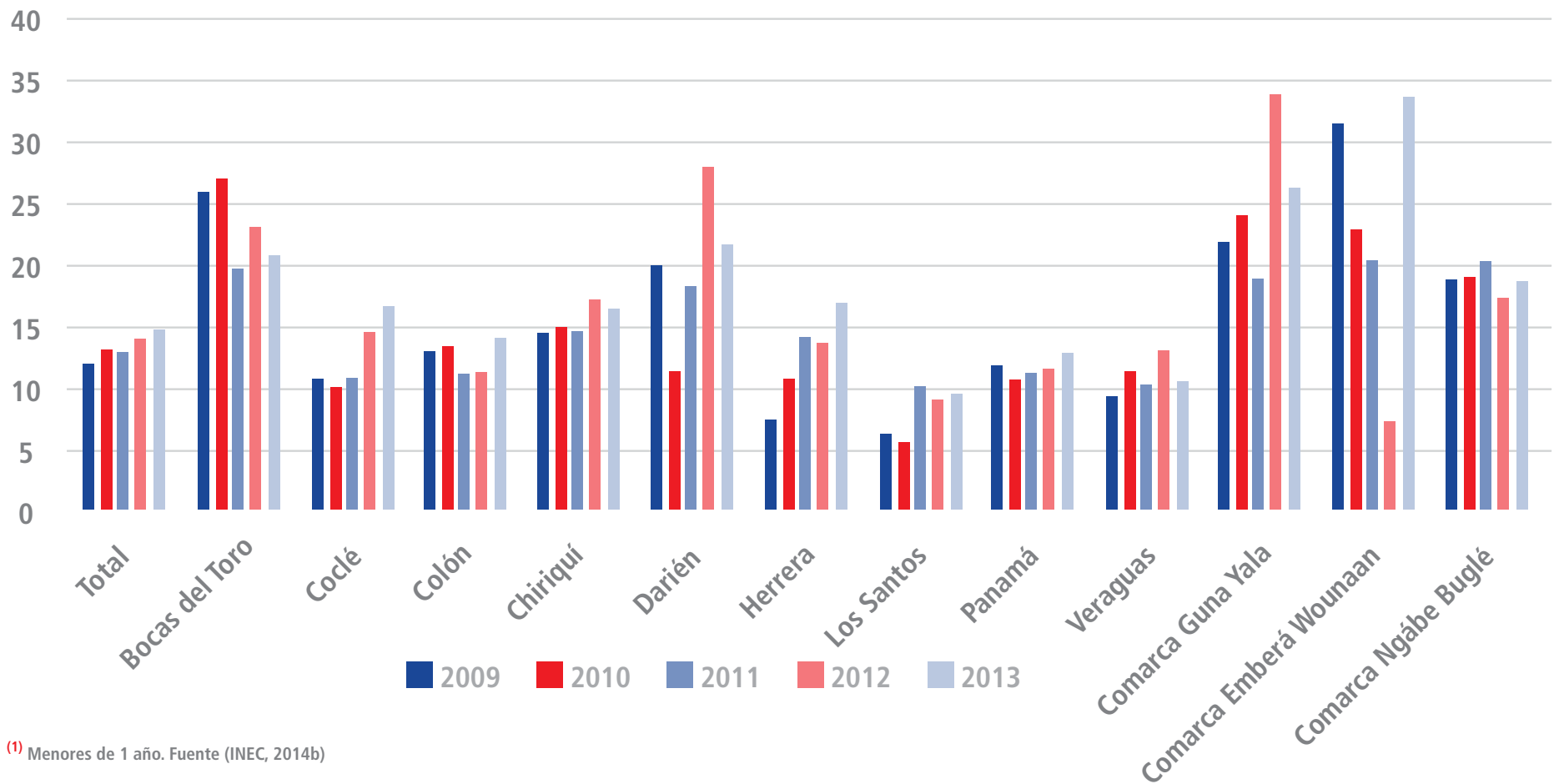
Panamá ha tenido un importante descenso en la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional. En 1990 la tasa de mortalidad reportada era de 18.9 por cada mil nacidos vivos, siendo para el año 2009 de 12.2 muertes por mil nacidos para el año 2009 (INEC), mostrando importante descenso. Sin embargo, el Cuarto Informe de Panamá sobre los ODM si bien destaca esta tendencia positiva hacia la disminución de la mortalidad infantil, indica que continúa existiendo en algunas provincias y áreas indígenas del país unas tasas muy por encima del promedio nacional y establece que la mortalidad es mayor en los lugares donde existe menor cobertura de partos atendidos por personal profesional. El INEC indica que para el año 2014, esta tasa fue mayor en 7 de las 13 provincias y comarcas del país.

Mejorar los indicadores en las áreas rurales de difícil acceso así como en las Comarcas indígenas continúa siendo un gran desafío para Panamá, por lo que se han tomado medidas importantes de políticas y planes para mejorar esta situación, como por ejemplo, la reciente adopción del Marco de Aceleración de los ODMs (MAF por sus siglas en inglés). Vale la pena resaltar que existe un mejor conocimiento de los múltiples factores que inciden en estas desigualdades internas que se han tomado en cuenta a la hora de elaborar las nuevas estrategias. A continuación se realiza un análisis de la situación de mortalidad infantil a nivel nacional y diferenciado por provincias, enfocando en las comarcas indígenas donde viven las poblaciones de mayor exclusión social y desglosado por periodos y años específicos.



GRÁFICA NO.3. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL<sup>1</sup> EN LA REPÚBLICA, POR MIL NACIMIENTOS VIVOS, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDIGENA: PERIODO 2009 – 2013

TASA / 1,000 nv

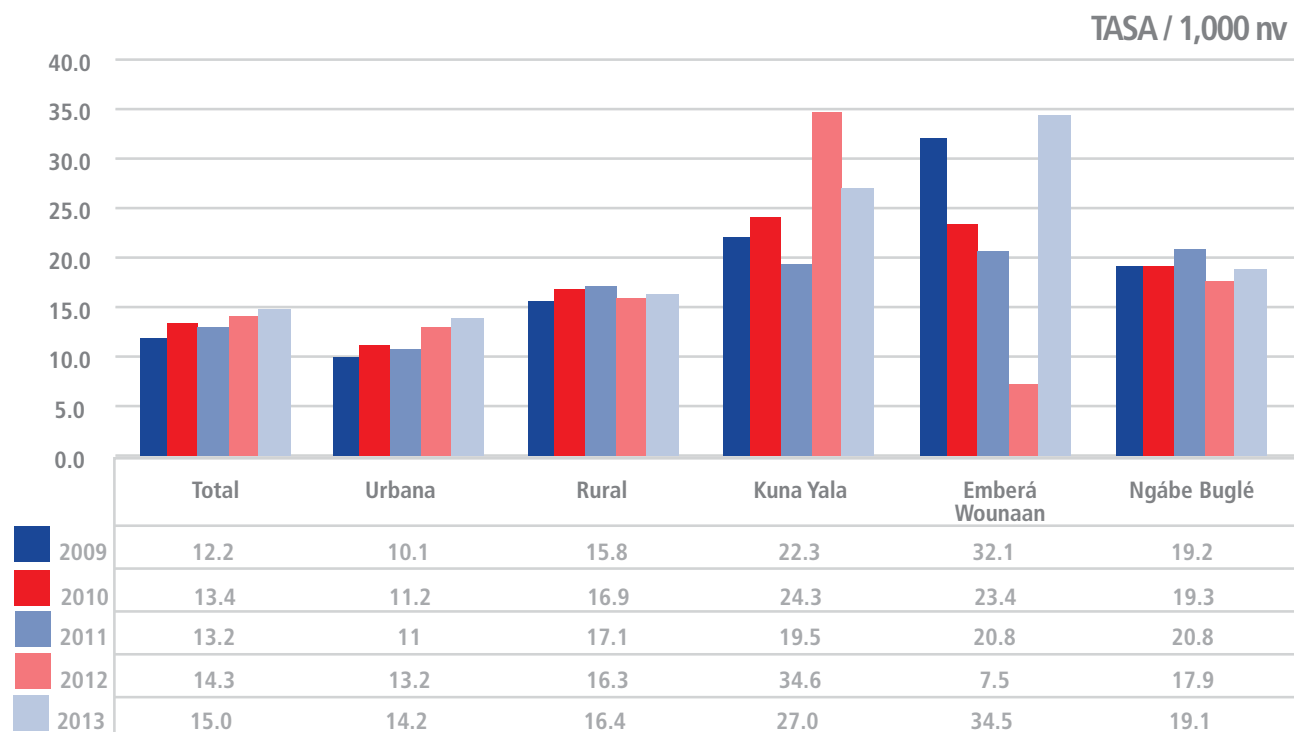


(1) Menores de 1 año. Fuente (INEC, 2014b)

Cuando se analiza el periodo comprendido entre el año 2009 al 2013, se observa que la tasa de mortalidad en menores de un año aumentó en 2.8 puntos (pasó de 12.1 a 15.0 por mil nacidos vivos respectivamente). Entre las provincias, la que registró el mayor aumento fue Herrera (9.6), seguida de Coclé (6.1), Colón y Panamá (3.5 cada una) y, la única que mostró decrecimiento fue Bocas del Toro (5.4).

Entre las comarcas indígenas el mayor aumento lo registra Guna Yala (4.7), en tanto que Emberá Wounaan se incrementa en 2.4 puntos y la Ngáble Buglé disminuye en 0.1 puntos. En el año 2013 las provincias de Los Santos, Veraguas, Panamá, y Colón mostraron tasas más bajas que las encontradas a nivel nacional.

**GRÁFICA NO.4. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL<sup>1</sup> EN LA REPÚBLICA, POR MIL NACIMIENTOS VIVOS, SEGÚN ÁREA Y COMARCA INDIGENA: AÑOS 2009 – 2013**



(1) Menores de 1 año. Fuente (INEC, 2014b)

Al realizar una comparación de las áreas rurales/urbanas y las comarcas indígenas en el período 2009 al 2013, se aprecia nuevamente la situación de desventaja que enfrentan las poblaciones indígenas que vive en las comarcas. Entre los factores asociados se han identificado las persistentes dificultades de acceso geográfico desde y hacia las zonas comarcales lo cual imposibilita la construcción de una oferta de atención en salud adecuada, oportuna y de calidad a las mujeres durante el periodo de preconcepción, embarazo, parto y postparto, así como para el recién nacido. Las mismas incluyen acciones de promoción y promoción de la salud como son la educación para la sexualidad integral, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la nutrición de la mujer y de la familia, la lactancia materna exclusiva, asegurar las condiciones ambientales optimas, entre otras. Énfasis especial se ha puesto, a través de estudios, para mejorar la comprensión acerca de las prácticas culturales que guardan relación con la elevada fecundidad, el inicio temprano de las relaciones sexuales, y el poco espaciamiento entre los embarazos.

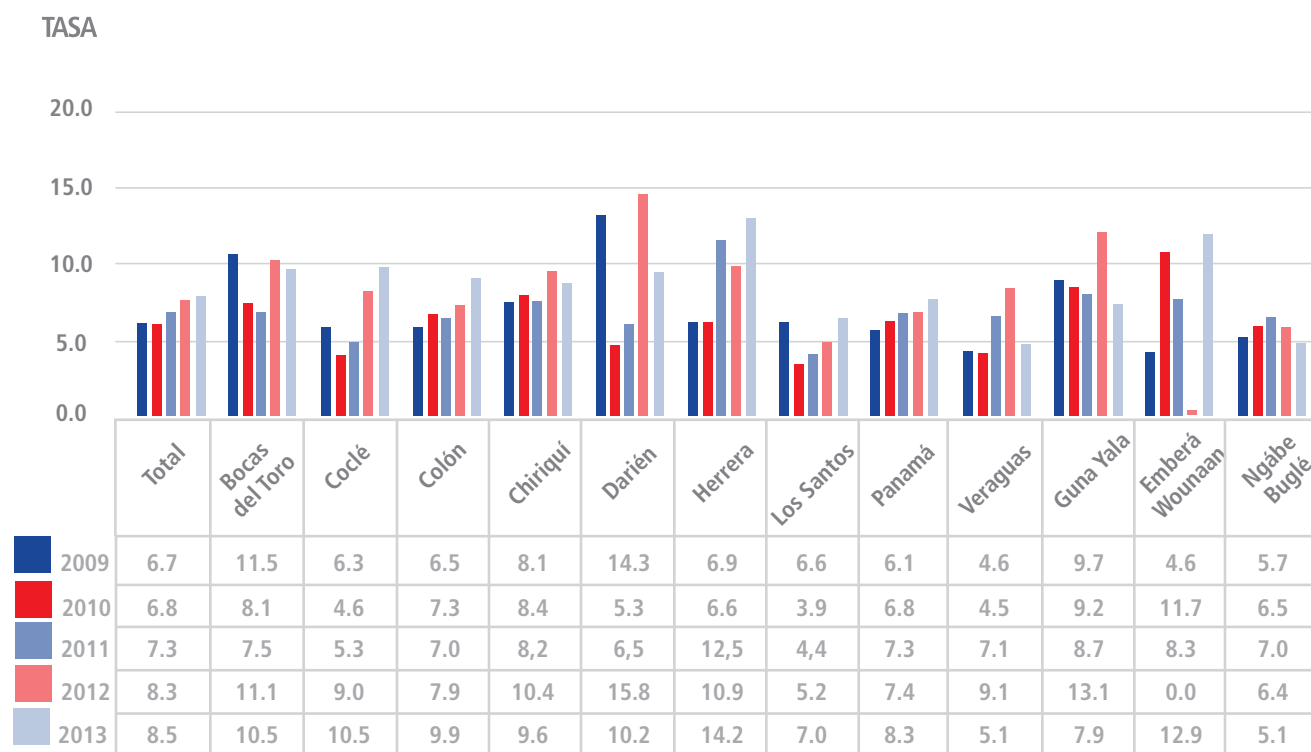
En este sentido se han realizado una serie de intervenciones como la incorporación del programa de Atención Integral a la primera infancia, la actualización de normas y protocolos con base en la evidencia, como por ejemplo el uso de zinc en el tratamiento de la diarrea, y la implementación de la segunda fase de la Iniciativa de salud Mesoamericana, cubriendo a las comarcas Guna Yala y Emberá Wounaán en aspectos clave de salud sexual y reproductiva incluyendo la planificación familiar.



## a) Tasa de mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal en el período 2009 al 2013 se incrementó en 1.8 puntos equivalentes a un aumento de 21%. Entre las provincias que registraron mayor incremento fueron la Comarca Emberá Wounaán (8.3), donde la mortalidad neonatal aumentó en un 64 % o tomando en cuenta que en el 2012 no se reportaron casos en esta Comarca. La provincia de Herrera (7.3), aumentó un 51 % y Coclé (4.2), un 40 %. Las provincias que reportaron descensos en la tasa fueron: Darién (-4.1), 40 % de disminución; Guna Yala -1.8, lo que representa un 23 % de disminución en su tasa, así como la Comarca Ngäbe Buglé -0.6, con una reducción de 12 % y Bocas del Toro (-1), 10 % de reducción.

GRÁFICA NO. 5. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL<sup>1</sup> EN LA REPÚBLICA, POR MIL NACIMIENTOS VIVOS, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDIGENA: AÑOS 2009 – 2013

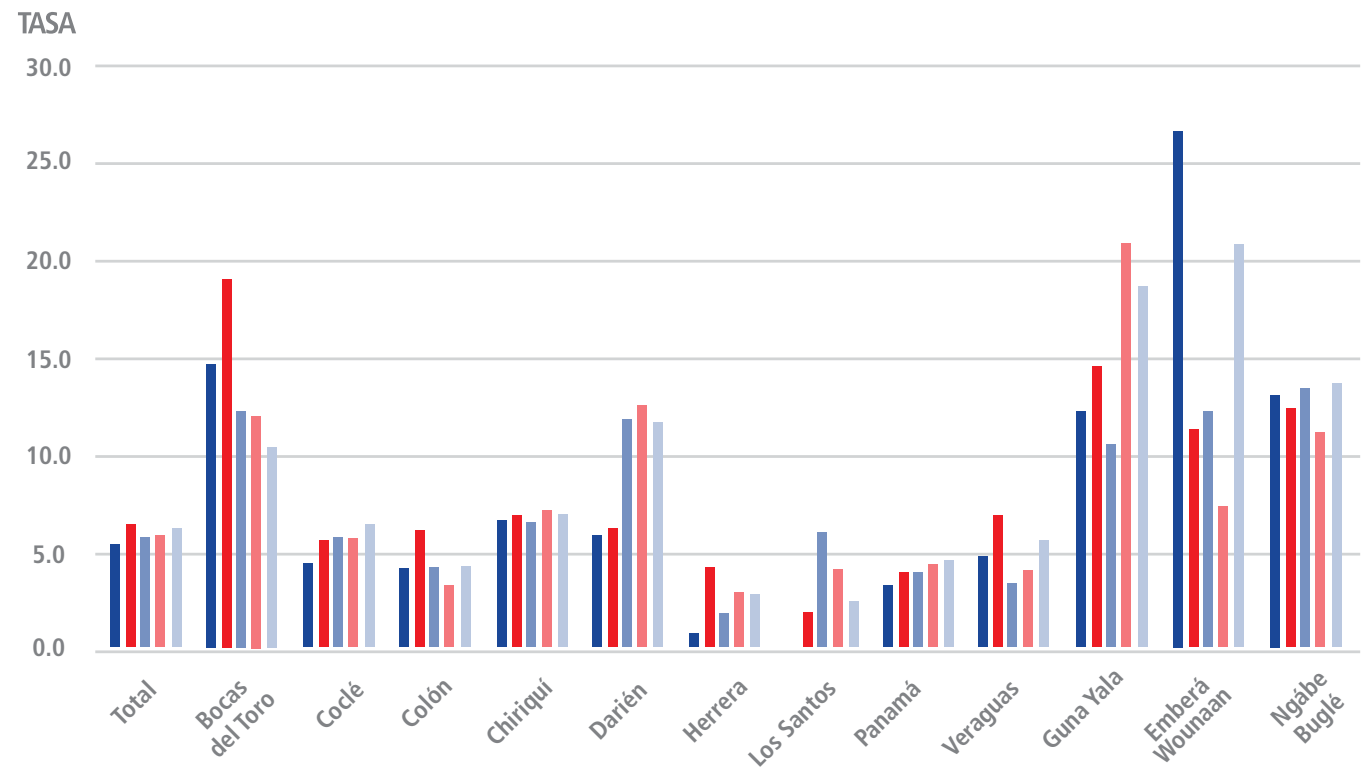


(1) Menores de 28 días. Fuente (INEC, 2014b)

## b) Tasa de mortalidad posneonatal

La tasa de mortalidad posneonatal en el período 2009 – 2013 mostró un aumento en 14 %. Las provincias que registraron mayor incremento podemos mencionar: Herrera con 77 %, Darién con 49 %, Guna Yala 34% y Coclé 30 %. Dos provincias disminuyeron su tasa de mortalidad postneonatal: Bocas del Toro en un 41 % y la Comarca Emberá Wounaán con un descenso del 27 %.

GRÁFICA NO.6. TASA DE MORTALIDAD POSNEONATAL<sup>1</sup> EN LA REPÚBLICA, POR MIL NACIMIENTOS VIVOS, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDIGENA: AÑOS 2009 – 2013

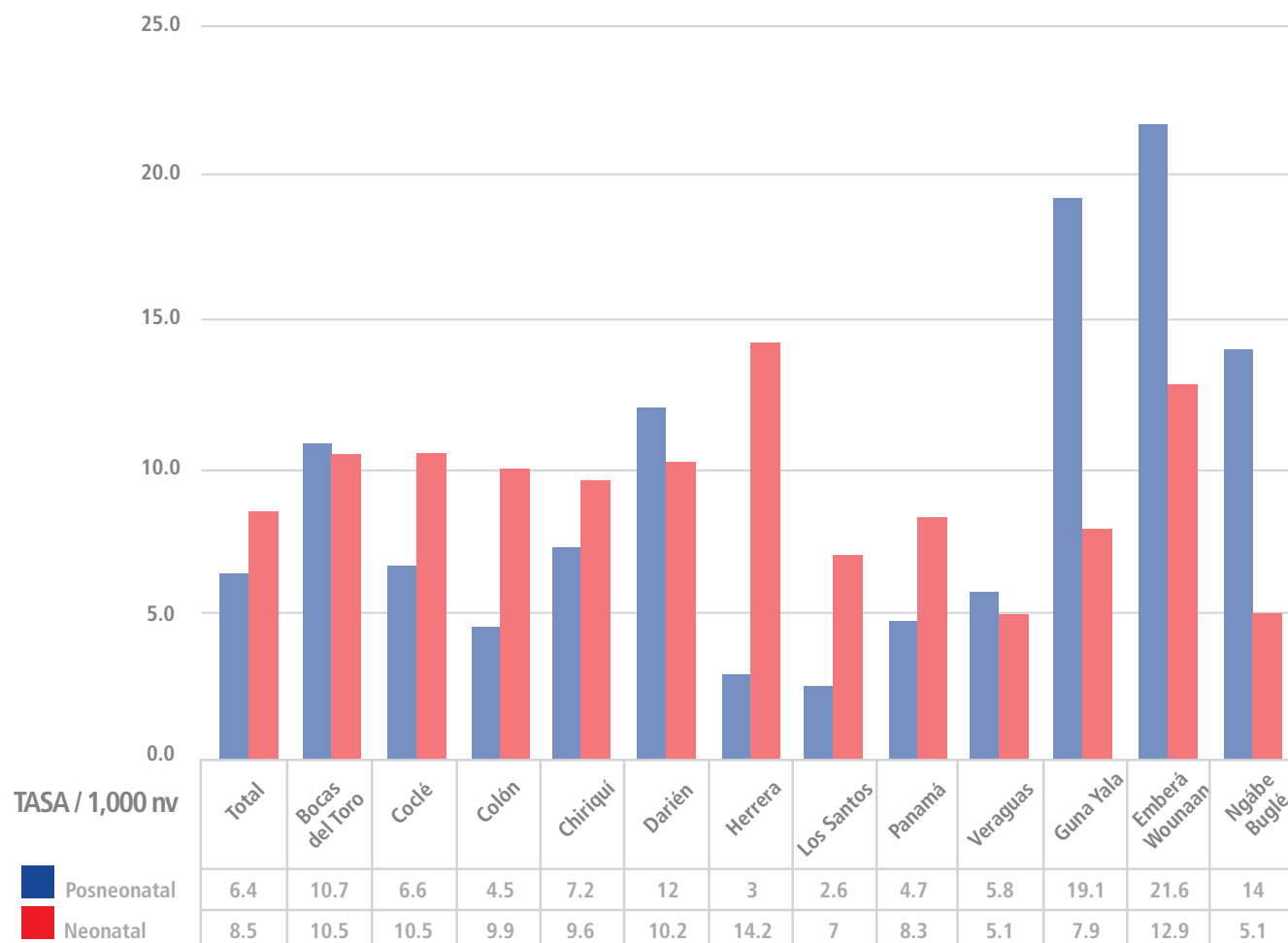


<sup>(1)</sup> 28 días a 11 meses. Fuente ((INEC, 2014b)



En el año 2013, las tasas más elevadas de mortalidad neonatal se registraron en las provincias de Herrera con 14.2, la Comarca Emberá Wounaán 12.9, la de Bocas del Toro, Coclé 10.5 y Darién 10.2. Al comparar la mortalidad neonatal con la posneonatal, vemos que sus tasas neonatales son más elevadas en 50% en las provincias de Herrera, Coclé, Chiriquí, Colón, Panamá y Los Santos. Por otro lado, las provincias que reflejaron las mayores tasas de mortalidad posneonatal fueron Bocas del Toro, Darién y las Comarcas, donde en las Comarcas Guna Yala, Emberá Wounaán, y Ngäbe Buglé se duplican y triplican a nivel nacional. Las mayores tasas de mortalidad infantil se reportan para el 2013 en las Comarcas Emberá Wounaán, Guna Yala, Darién, Coclé, Chiriquí y Bocas del Toro.

**GRÁFICA NO.7. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSNEONATAL EN LA REPÚBLICA, POR MIL NACIMIENTOS VIVOS, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDIGENA: AÑO 2013**



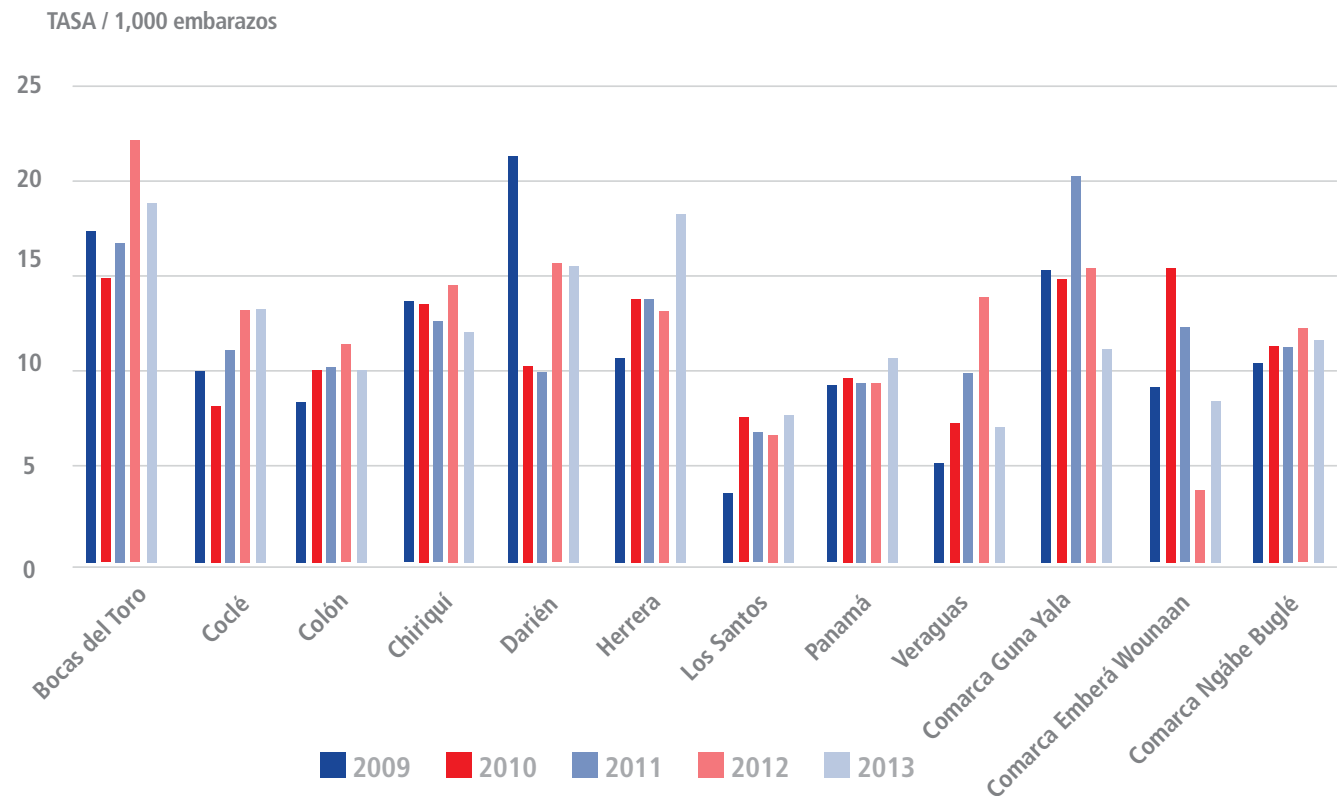
Fuente: (INEC, 2014b)

### c) Tasa de mortalidad perinatal

Para este quinquenio las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Panamá han reflejaron un número de casos arriba del promedio nacional para cada año del periodo, siendo Panamá la que más casos reportó seguida por Chiriquí y Bocas del Toro.

Las tasas más elevadas de este período se concentran en la provincia de Bocas del Toro, seguida por la Comarca Guna Yala y las provincias de Darién, Herrera y Chiriquí. Es de mencionar que en las tasas informadas por Panamá, Comarca Ngäbe Buglé, Chiriquí y Colón se muestra por región una magnitud similar a lo largo del período; en cambio Darién, Comarca Emberá Wounaan, Veraguas, Comarca Guna Yala y Bocas del Toro y Herrera muestran una amplia variación en las tasas durante estos 5 años, debido a valores extremos presentados en uno o varios de sus informes lo que dificulta el análisis estadístico pero que podría significar la necesidad de la estandarización de la atención en SSyR y podría reflejar una mejoría de los sistemas de captación de datos. La prevención de estas muertes perinatales en general responde al desarrollo de las estrategias que han sido mencionadas a lo largo de este documento.

GRAFICA NO. 8. MORTALIDAD PERINATAL EN LA REPÚBLICA POR PROVINCIA. PERIODO 2009-2013

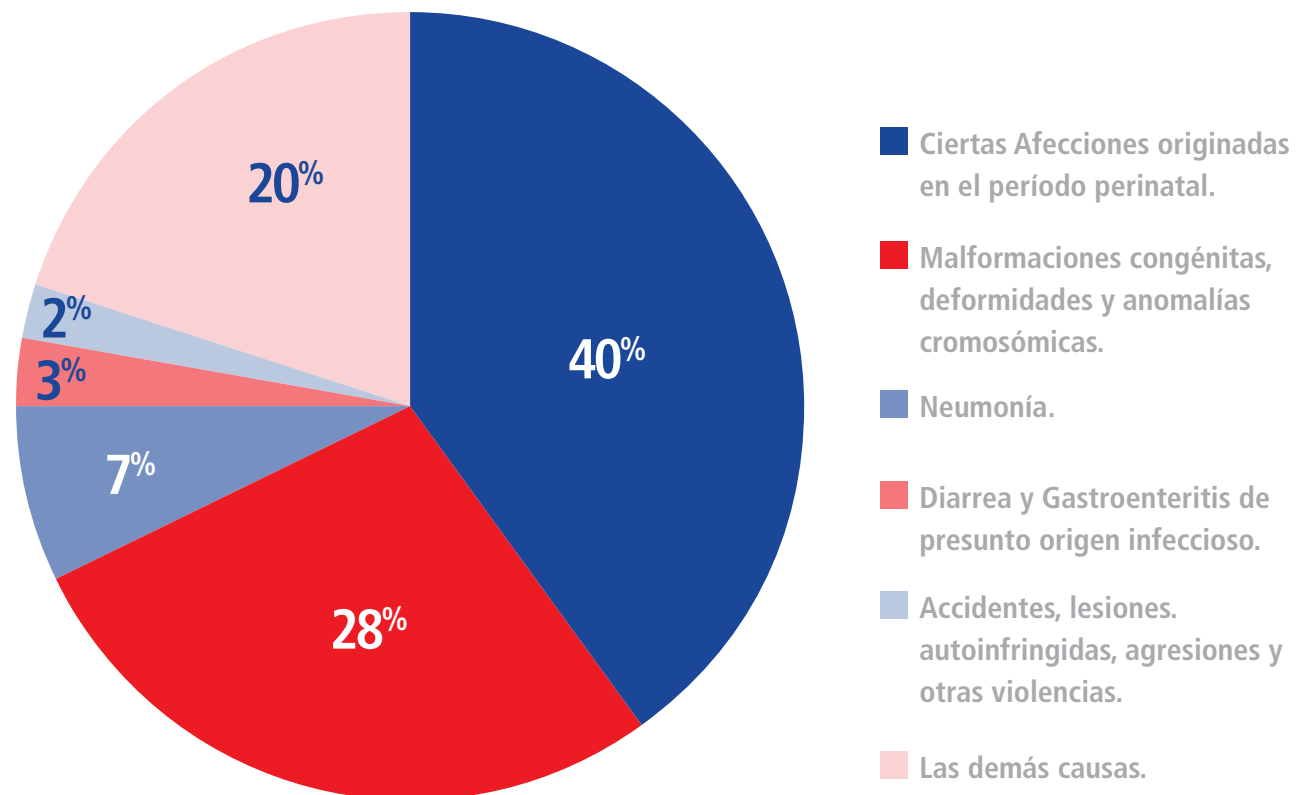


Es importante recordar que alrededor del 60% de las muertes de menores de un año responden a causas potencialmente prevenibles. El 40% de las muertes infantiles están asociadas con afecciones originadas en el período perinatal (35.8%) y el 28% a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Algunas de estas afecciones no dependen solo del cuidado del embarazo, sino de la atención del parto con calidad y capacidad de respuesta de calidad en la atención neonatal inmediata (como la reanimación neonatal adecuada) y del entorno social y ambiental.

Las cifras indican que los niños y las niñas de las comarcas indígenas están en mayor situación de vulnerabilidad frente a la pobreza y sus secuelas, lo que afecta su crecimiento y desarrollo durante su primera infancia.

(Sistema de las Naciones Unidas -  
Gobierno de la República de  
Panamá, 2014)

**GRÁFICA NO.9. PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO DE EDAD (EN PORCENTAJE) AÑO 2012**







**“ Las cifras indican que los niños y las niñas de las comarcas indígenas están en mayor situación de vulnerabilidad frente a la pobreza y sus secuelas, lo que afecta su crecimiento y desarrollo durante su primera infancia. ”**

## C) Razón de mortalidad materna

Desde 1990, se observa una reducción de la razón de mortalidad materna, de 53 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, a pesar de los avances y esfuerzos, no se cumplió la meta 5 de los ODMs de reducir a tres cuartas partes, a una razón de 13 muertes maternas por 100,000 nv). A pesar de los grandes esfuerzos y el progreso realizado por el gobierno en la implementación de políticas para mejorar la salud materna y perinatal, en cuanto a la calidad, el acceso, la atención y el fortalecimiento del sistema de la vigilancia de la mortalidad materna, Panamá continua presentando importantes desafíos en la identificación de casos, recolección de datos a nivel local, y el análisis apropiado de la información para la toma de decisiones, y por ende en la reducción de los índices de morbi-mortalidad materna en el país, específicamente en las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, es importante señalar que las cifras de mortalidad materna pueden ser afectadas por la variación existente en el número de nacimientos y las variaciones que esto implican en el sub registro.

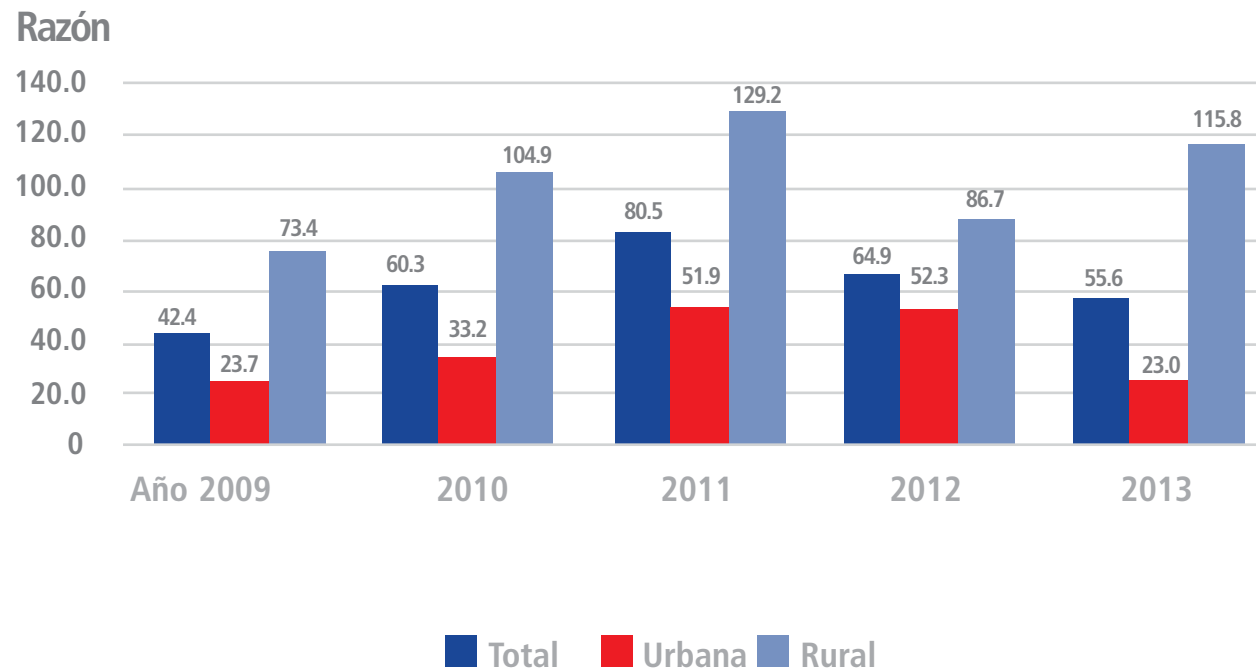
Históricamente las áreas de las Comarcas indígenas han presentado mayores rezagos en comparación con lo que se registra a nivel nacional en Panamá. Al igual que en lo expuesto anteriormente con relación a la mortalidad infantil, a continuación se presenta información de mortalidad materna desglosada por años y periodos específicos, con énfasis en la situación de las Comarcas indígenas y las áreas de difícil acceso que son las que históricamente han representado el mayor desafío.

Gracias a la labor de la CNMMP, que integran el MINSA, la CSS, los Hospitales de IIIer Nivel, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el Registro Civil, la Sociedad de Medicina Perinatal, y la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, el país ha logrado disminuir al mínimo la omisión de registro de casos de muerte materna. Aún se tiene problemas con la precisión de las causas de las muertes maternas domiciliarias reportadas procedentes de áreas de las Comarcas indígenas, por la inaccesibilidad geográfica. En su mayoría se trata de complicaciones que ocurren durante la labor del parto y del postparto inmediato por causas relacionadas a partos obstruidos, hemorragias por retención de placenta o atonía uterina, que se describen de manera insuficiente en los reportes y que se clasifican como muertes por causa obstétrica directa no especificadas.

Por lo tanto se hace necesario presentar información que ponga en evidencia la situación de la mortalidad materna de manera completa, y así identificar obstáculos y desafíos, que aporten a la revisión y al diseño de nuevas estrategias y acciones para el seguimiento de la agenda post 2015 y de los nuevos Objetivos de Desarrollos Sostenible.



**GRÁFICA NO.10. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (POR CIENTO MIL NACIDOS VIVOS) EN LA REPÚBLICA, SEGÚN ÁREA: AÑOS 2009 – 2013**

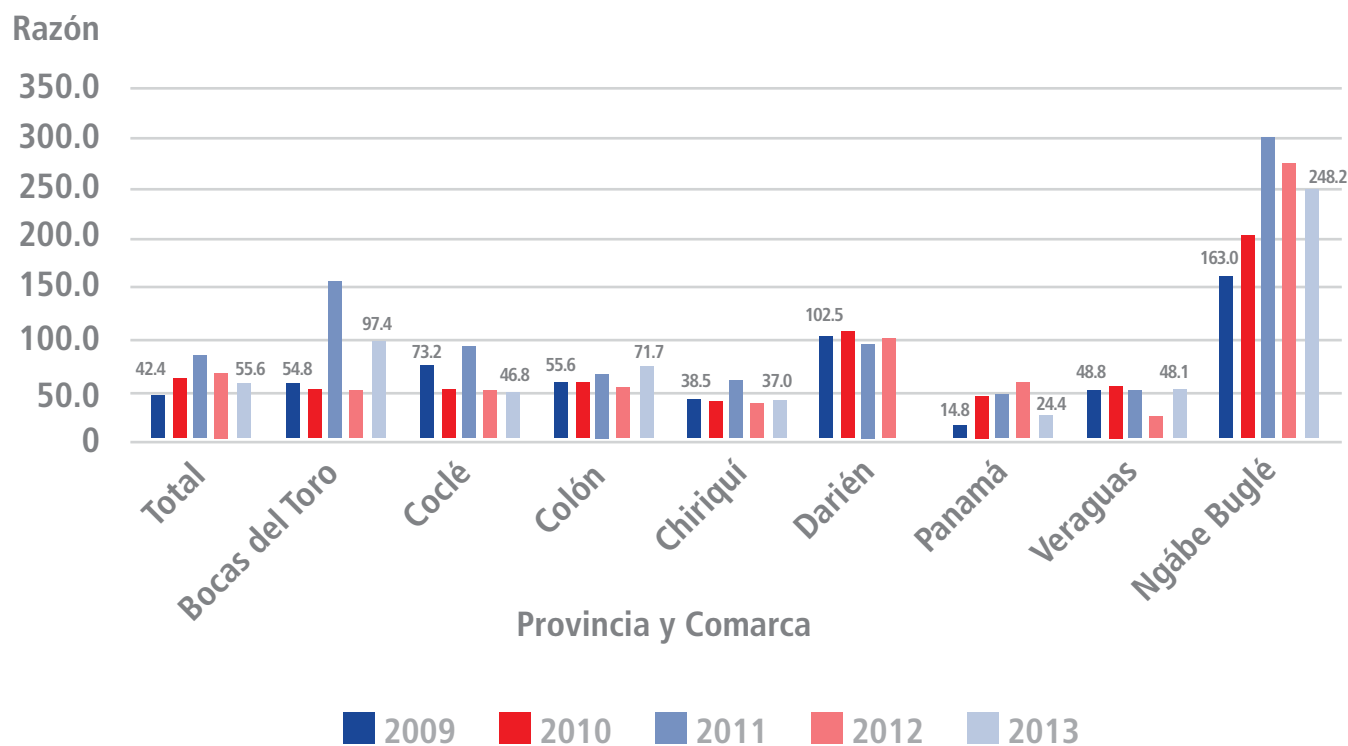


En el año 2000 (INEC) la razón de mortalidad materna fue de 61.7 por 100,000 N.V. y para el año 2013 reportó una razón de 55.6 muertes maternas por 100,000 N.V. Sin embargo, estas cifras han tenido oscilaciones periódicas de 42.4 muertes maternas por 100,000 N.V. en el año 2009 hasta una razón de 83.6 en el año 2006. En el último quinquenio el año 2011 presentó una razón de 80.4 muertes maternas por 100,000 N.V. Entre los años 2009 – 2013 la razón de mortalidad materna presenta datos con mayores niveles en el área rural con un promedio reportado para este período de 102 muertes maternas por 100,000 N.V., en comparación con el promedio urbano de 36.8 muertes maternas por 100,000 N.V. Para este quinquenio la razón de mortalidad materna muestra un incremento de 13.1 puntos, registrándose un descenso de 0.7 en áreas urbanas y un aumento de 42.4 en áreas rurales.



Para el año 2011 se reportaron 15 casos de muertes maternas en la Comarca Ngäbe Buglé, 6 casos en la Comarca Guna Yala, y 7 casos en Bocas del Toro, provincia que también tiene alto porcentaje de población indígena, correspondiendo al 48% de los casos registrados en dicho año. Del total de 599 muertes maternas registradas en el período 2000-2013, el 32% proceden de las Comarcas Ngäbe Buglé y Guna Yala. En el quinquenio 2009 – 2013 este porcentaje aumentó a 33%.

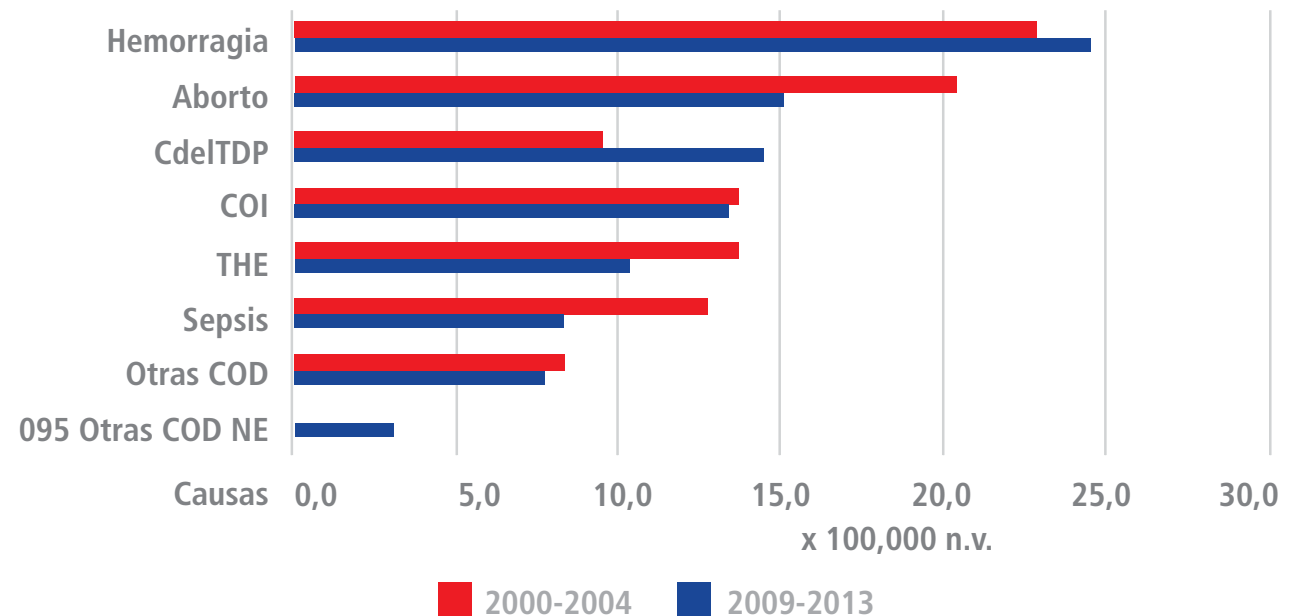
GRÁFICA NO. 11. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (POR CIENTO MIL NACIDOS VIVOS) EN LA REPÚBLICA, SEGÚN ALGUNAS PROVINCIAS Y COMARCAS SELECCIONADAS: AÑOS 2009 – 2013



## a) Causas de muerte materna

Entre el año 2007 y 2013 se clasificaron 239 casos de muertes maternas como causas obstétricas directas correspondiendo a un 79.7% del total y 61 casos como causas obstétricas indirectas, correspondiendo a un 20.3%. A su vez, los estudios realizados por el MINSA/OPS indican que para el año 2012, el 59% de las muertes maternas fueron por causas directas, el 31% por causas indirectas y el 10% fueron asignadas como causas mal definidas. Es importante señalar que las causas directas que agruparon el mayor número de defunciones fueron: 6 casos de muertes por hemorragia post parto, aborto no especificado (4 muertes), hipertensión gestacional con proteinuria significativa (3 muertes) y el embarazo ectópico (3 muertes). En el caso de las muertes maternas por causas indirectas, el mayor número fueron registradas como otras enfermedades maternas que complican el embarazo el parto y el puerperio (14); y, por último, la causas registradas como muerte obstétrica de causa no especificada de grupo desconocido o indeterminado correspondieron a 5 casos de muertes maternas. (MINSA - OPS, 2014)

GRAFICA NO.12. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA.  
2000-2004; 2009-2013



A nivel nacional, la región que más casos de muertes maternas registró en 2012 fue la región Ngäbe Bugle con el 31% (15 muertes) de los casos, en donde las muertes obstétricas de causa no especificada (4 casos de muertes maternas) tienen la mayor ocurrencia; seguida de las hemorragias postparto (3 casos de muertes maternas); otras obstrucciones del trabajo de parto (2 casos de muertes maternas); otras enfermedades maternas que complican el embarazo, parto y puerperio (2 casos de muertes maternas); embarazo ectópico (1 caso); aborto no especificado (1 caso); retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia (1 caso) y sepsis puerperal 1 caso. La segunda región con más casos de mortalidad materna fue Panamá Oeste con 8; seguida de la región de San Miguelito 7 casos de muertes; la región de Panamá Metro registró 6 casos de muertes maternas; Chiriquí y Colón 3 casos cada una; la región de Bocas del Toro 2 casos y Darién, Los Santos y Veraguas registraron 1 caso cada una. (Ibíd.)

Por otro lado, el IV Informe de los ODM de Panamá señala que Panamá ha logrado una disminución de las muertes maternas, sobre todo en las causas debidas a hemorragias y trastornos hipertensivos. Dicho informe señala que en el año 2012 los trastornos hipertensivos, las hemorragias y el aborto fueron las causas de mayor frecuencia notificadas. Con respecto a las causas por trastornos hipertensivos, la pre-eclampsia, representó el 50%, la hipertensión el 33%, mientras que la eclampsia el 17%. El mismo informe señala que “El mayor número de defunciones maternas se da por causas relacionadas con complicaciones del trabajo de parto y del parto, abortos inducidos, hemorragias post parto, parto obstruido, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis”.

Se observa que las hemorragias como causa de muerte han aumentado en el período 2009-2013 lo mismo que las complicaciones del trabajo de parto y otras causas obstétricas directas no especificadas, las causas de muerte que se han disminuido al comparar los dos períodos son aborto, los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), y sepsis. Las causas obstétricas indirectas se han mantenido en el mismo nivel en ambos períodos.

En el quinquenio 2009 – 2013 las cifras son muy similares, con un 80.8% de causas obstétricas directas y un 19.2% de causas obstétricas indirectas. En este último período se observa un aumento en el número de muertes maternas en la Provincia de Panamá, que registra 16 y 21 casos en los años 2011 y 2012 respectivamente. Es preciso aclarar que esta provincia está integrada por 4 Regiones de Salud con características totalmente diferentes, que van desde la Metrópolis del área metropolitana hasta Regiones con características rurales y semi-rurales o semiurbanas marginales con un alto ritmo de crecimiento demográfico, de donde procede el 67% de los casos registrados en la Provincia de Panamá. En el año 2012, en el que se contaron 21 casos, hay que destacar un total de 8 casos coyunturales de causa obstétrica indirecta, lo cual no es usual.

El análisis de las causas específicas de muerte materna de los años 2000 al 2013 contabiliza un total de 134 casos correspondientes a los códigos 098 y 099 de la CIE 10 de “Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio” y “Otras Enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio”. El promedio de casos de causa obstétrica indirecta fue de 9.6 anual en este período y también en el quinquenio 2009 – 2013. La razón de mortalidad materna específica para este grupo de patologías fue de 14.3 por 100,000 N.V. Para el quinquenio 2009 – 2013 la tasa específica fue de 13.4 por 100,000 N.V.

El Aborto se asoció a un total de 74 casos de muerte materna, aclarando que se incluyen en este diagnóstico los códigos 000 de Embarazo ectópico y los códigos 001 hasta el 006 que reporta otros abortos. La razón específica de muerte materna asociada a aborto fue de 7.88 por 100,000 N.V. para el periodo 2000 – 2013. Se destaca el Embarazo ectópico con un total de 22 casos para una tasa específica para este diagnóstico de 2.34 por 100,000 N.V., mientras que el resto de los abortos sumó 54 casos, para una tasa específica de 5.54 por 100,000 N.V. En el quinquenio 2009 – 2013 se contabilizaron 27 casos para una razón específica de 7.5 por 100,000 N.V. De éstos casos 7 fueron embarazos ectópicos, razón de 1.95 por 100,000 N.V. en el quinquenio

Panamá ha decidido desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna grave. Asimismo el país está en proceso de implementar a nivel nacional el expediente electrónico (SEIS) que tendrá un vínculo con el SIP, creándose así una base de datos a nivel nacional.





**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA  
LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y  
MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL**



# Introducción

Por su situación geográfica y al ser ruta de tránsito desde la época de la colonia, el istmo de Panamá ha sido un punto de encuentro de culturas provenientes de todo el mundo, resultando en una gran diversidad étnica y cultural. Asimismo, con una creciente economía, tiene una posición privilegiada en términos de desarrollo en América Latina donde el índice de desarrollo humano 2014 del PNUD, coloca a Panamá en el primer puesto en América Central y quinto de toda América Latina. Sin tomar en cuenta la distribución de la riqueza, el Banco Mundial cataloga a Panamá como de ingresos económicos mediano-altos.

A pesar del progreso en sus indicadores nacionales y del crecimiento económico, persisten enormes brechas de equidad en los indicadores de salud sexual y reproductiva. Esta situación de desigualdad se aprecia en las poblaciones con menores recursos económicos, las que viven en áreas rurales y en situación de mayor exclusión social, siendo las comarcas indígenas las que presentan los mayores desafíos.

## Contexto y Principios

Este nuevo Plan sobre RMMMyP, se basa en las políticas y estrategias de salud que han sido adoptadas y revisadas con el fin de desarrollar una visión común para mejorar la salud de la población y mejorar los indicadores en todo el territorio nacional, priorizando las áreas rurales, indígenas y afro descendientes. Se tomó en cuenta el "Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave" adoptado por la OPS/OMS en 2011 y que cuenta con una serie de lineamientos estratégicos basados en las últimas evidencias disponibles.

Asimismo, este plan incorpora los lineamientos y principios de la nueva Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes la cual está en proceso de

adopción a nivel global. Esta Estrategia Mundial establece un marco general para el compromiso de las partes interesadas y su rendición de cuentas respecto de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños», y es una plataforma pionera que toma en cuenta las enseñanzas adquiridas en el contexto de los ODM y los nuevos datos sobre inversiones y medidas eficaces.

En este sentido, el Plan toma en cuenta los principios relativos a los derechos humanos y la equidad y se enmarca en las siete medidas transformadoras de la nueva Estrategia Mundial donde se reconoce el derecho de todas las personas de todo el mundo a disfrutar plenamente de los derechos humanos y a vivir con dignidad y seguridad y sin discriminación, opresión o persecución.

### Siete medidas transformadoras incluidas en la Estrategia Mundial para mejorar de la salud de la mujer, el niño y el adolescente, por adoptarse en 2016:

1. Desarrollar el potencial y ampliar las oportunidades
2. Realizar y mantener los progresos mediante el liderazgo y los recursos de los países
3. Aumentar la resiliencia y la eficacia de los sistemas de salud
4. Promover la colaboración intersectorial en pro de la salud y el desarrollo sostenible
5. Reducir las inequidades y fragilidades en los distintos entornos
6. Acelerar los progresos mediante la innovación, la investigación y el aprendizaje
7. Fortalecer la rendición de cuentas con iniciativas impulsadas por los países y por múltiples partes interesadas

Las recomendaciones de Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes presenta tres pilares fundamentales que contemplan los objetivos más urgentes:

**Sobrevivir:** poner fin a la mortalidad prevenible de la madre, el niño y el adolescente;

**Prosperar:** crear las condiciones para que todos los recién nacidos, niños(as) y adolescentes desarrollen plenamente su potencial genético, físico, mental y social;

**Transformar:** generar un movimiento mundial, centrado en la persona, en favor de un cambio integral de la salud de la mujer, el niño y el adolescente en el marco de desarrollo sostenible.

La adopción del presente Plan representa la puesta en marcha de una serie de medidas para reducir la inequidad y mejorar la calidad de vida de las y los panameñas, mediante intervenciones y programas que tomen en cuenta la particularidad no sólo la geografía de Panamá, sino sobre todo su diversidad étnica y cultural, fortaleciendo así los planes nacionales de salud y aquellas normativas sobre SSYR ya existentes. Para elaborar las metas se tomó como base los datos de mortalidad materna y perinatal del año 2013, que reporta una razón de mortalidad materna de 55.6 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad perinatal de 11.5 por 1,000.

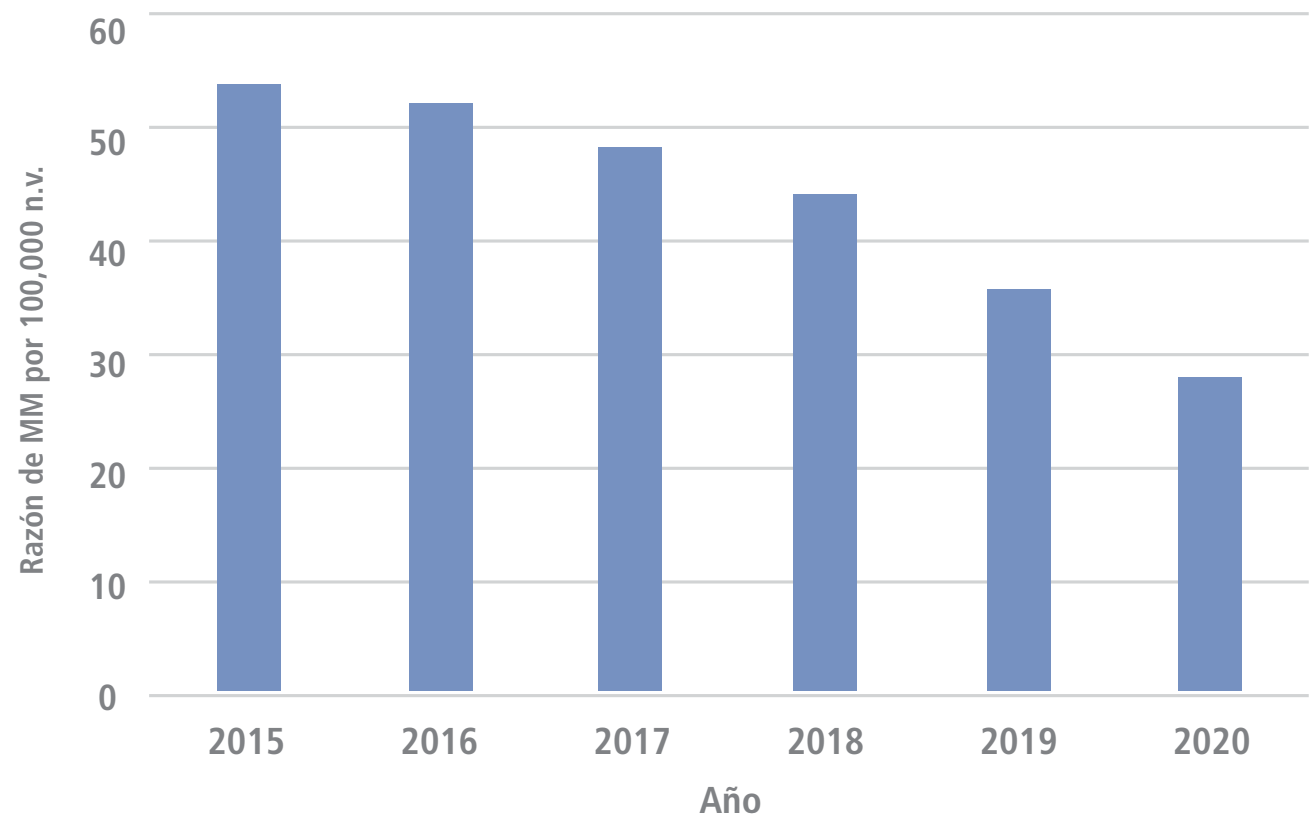


## Metas

1. Reducir la razón de mortalidad materna en las comarcas indígenas, a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos para el 2030, de acuerdo a la meta 3.1 de los ODS.
2. Reducir al mínimo posible las muertes prevenibles maternas y neonatales al 2030.
3. Reducir al 2020 las muertes maternas en un 50% en todo el territorio nacional, tomando como línea de base los datos correspondientes al año 2013.
4. Reducir la mortalidad perinatal en un 30% en todo el territorio nacional al 2020.

Según la gráfica se estima reducir la razón de la mortalidad materna en 5% el primer año (2015) tomando como línea de base los datos del 2013 que indican una razón de 55.6 RMM por 100,000 N.V. La meta planteada para el año 2020 es llegar a un total de 27.8. Para el año 2016 (segundo año del Plan), se reduciría en 5%; para el tercero y cuarto la reducción sería de 15% llegando la reducción al 30% para el quinto año y sexto años (2019-2020). Esta estimación se basa en la hipótesis que el país invertirá recursos financieros y técnicos necesarios para lograr la meta propuesta.

**GRAFICA NO.12. ESTIMACIÓN DE REDUCCIÓN NECESARIA DE LA MORTALIDAD MATERNA PARA LOGRAR LA META DEL 2020.**



# Objetivos

## Objetivo General

Contribuir a mejorar la salud de las mujeres y los recién nacidos de la República de Panamá, en particular en los sectores más vulnerables, a través de la implementación de procesos integrales e intersectoriales que han demostrado ser efectivos y ejecutándolos particularmente en las regiones que muestran mayores índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

## Objetivos Específicos

1. Para el año 2020 haber logrado el compromiso político y financiero para la RMMMyP en todos los sectores de desarrollo socioeconómico.
2. Para el año 2020 el 100% de las mujeres y familias panameñas tendrán acceso y cobertura universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar.
3. Garantizar el acceso universal de CONE en todas las redes de servicios de salud del país, asegurando la respuesta oportuna y con calidad, focalizando las regiones de mayor vulnerabilidad.
4. Vincular los esfuerzos de este plan como un componente esencial de la estrategia de atención primaria de salud del MINSA y del proceso de transformación del sistema público de salud.
5. Incorporar a todos los sectores públicos y privados en las acciones y estrategias necesarias para lograr el desarrollo integral de las áreas más vulnerables.

## I. Fortalecimiento institucional: sistemas y servicios de salud en el marco de acceso y cobertura universal en salud

“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.”<sup>3</sup> En la 66ª Asamblea Mundial de la Salud los países miembros expresaron su compromiso de asegurar que todas las personas obtengan los servicios de salud que necesitan sin riesgo de enfrentar su ruina financiera. La cobertura universal en salud no se trata sólo de financiar la salud, sino que también requiere de sistemas de salud fuertes que provean de un abanico de servicios de calidad, accesibles y en todos los niveles. Siguiendo los lineamientos de la Estrategia Mundial y Regional, se deben fortalecer los sistemas de salud asegurando que los mismos presten servicios integrados y de alta calidad.

<sup>3</sup> OPS/OMS, 53vo CONSEJO DIRECTIVO, 66.a, SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Doc. CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre, 2014. Pár. 6.



## Objetivos:

1. Divulgar y cumplir la legislación existente sobre los derechos sexuales y reproductivos, debido a su relevancia para la RMMMyP.
2. Fortalecer los sistemas y servicios de salud para establecer una cooperación y coordinación intra e interinstitucional del sector público, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal de manera sostenible, con base en el proceso de reforma del sistema de salud.
3. Articular las acciones de todos los sectores del Gabinete Social dirigidas a mejorar las condiciones de vida y salud asociadas a los factores determinantes de la mortalidad materna y perinatal.
4. Fortalecer la coordinación intersectorial (la comunidad, las OGs, ONGs, los gremios, sector privado, organismos internacionales y las universidades) para lograr la apropiación del tema de salud materna y perinatal como prioridad nacional.
5. Formular y ejecutar planes/proyectos de trabajo consensuados con amplia participación de los diferentes sectores en su elaboración, ejecución y monitoreo.



## Fortalecimiento Institucional sistemas y servicios de salud en el marco de acceso y cobertura universal en salud

Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
Al final del 2020 se ha establecido un modelo único de atención en SSyR en los servicios de salud del MINSA y CSS que incluya el enfoque de derechos e intercultural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del modelo de atención en SSyR, que incluya el enfoque de derecho e intercultural.</li> <li>Estandarización del paquete de intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible en SSyR por niveles de atención.</li> <li>Actualización, elaboración de las normas y protocolos de salud sexual y reproductiva que incluyan la atención de la embarazada, parto, puerperio y del recién nacido, con enfoque intercultural en las Comarcas Indígenas.</li> </ul>	<p>Modelo único de atención<sup>4</sup> establecido en el 70% de los servicios de salud del país.</p> <p>80% de los servicios de salud del país, tienen implementadas las normas, protocolos de salud integral de la mujer y las guía de manejo de las complicaciones del embarazo.</p>
Para el 2020 se habrá asegurado el acceso universal a servicios de calidad de SSyR y con pertinencia cultural, que garanticen los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia (CONE).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar que las intervenciones, promocionales, preventivas y clínicas de SSyR estén disponibles en la red atención primaria.</li> <li>Asegurar el funcionamiento de las redes de servicios de CONE de acuerdo a estándares de la OMS y asegurando la pertinencia cultural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de establecimientos de atención primaria fortalecidos con recursos capacitados e insumos para la atención de la salud sexual y reproductivas.</li> <li># de redes CONE funcionando en las regiones de salud priorizadas.</li> <li>Al menos 1 profesional de salud capacitado en atención materno neonatal<sup>5</sup> por establecimiento de salud en distritos priorizados.</li> <li>% de insumos y elementos necesarios de mobiliario en los establecimientos de salud para brindar atención culturalmente adecuada, según la cultura local.</li> <li># de facilitadores o asesores interculturales que hablen el idioma local y estén capacitados en SSyR, disponibles en los establecimientos de salud para traducir, construir la historia, facilitar la adherencia a tratamientos y las decisiones informadas de proveedores, usuarias y sus familias.</li> </ul>

<sup>4</sup> El Modelo Único de atención por ser definido.

<sup>5</sup> Con competencias para tomar decisiones e intervenciones oportunas, de la mayor calidad técnica y con pertinencia intercultural.



## Fortalecimiento Institucional sistemas y servicios de salud en el marco de acceso y cobertura universal en salud

Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
	<p>Para final del 2020 se habrán establecido tres centros de capacitación de manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 centros de capacitación en emergencias obstétricas y neonatales.</li> <li>• 100% de equipos de salud de centros de atención de parto capacitados en código rojo.</li> </ul>
	<p>Haber establecido en todas las maternidades la IHAN (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y de las madres ).</p>	<p>% de hospitales y maternidades que tienen certificación actualizada.</p>
	<p>Fortalecer las competencias del personal de salud de distritos priorizados en el manejo de las principales emergencias obstétricas y de planificación familiar</p> <p>Introducir el implante subdérmico a escala nacional incluyendo una línea de base e indicadores que midan la respuesta en términos de aceptabilidad y continuidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # de capacitaciones efectuadas por distrito.</li> <li>• # de personal de salud de distritos priorizados que recibieron certificación</li> <li>• % de funcionarios de salud capacitados y motivados en el abordaje intercultural y de derechos humanos de la salud.</li> <li>• % incremento de uso de métodos modernos de planificación familiar con relación a línea base 2009 en distritos priorizados incluyendo el implante subdérmico.</li> <li>• Documento de informe técnico de introducción de implantes publicado y disseminado.</li> </ul>
	<p>Adecuar los servicios de CONE en el marco del modelo de atención de calidad con enfoque de derecho e intercultural en distritos seleccionados.</p>	<p>100% de servicios de CONE de distritos seleccionados adecuados al modelo de atención de calidad con enfoque de derecho e intercultural.</p>

## Fortalecimiento Institucional sistemas y servicios de salud en el marco de acceso y cobertura universal en salud

Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
<p>Para fines de 2020, haber asegurado el abastecimiento continuo de equipos, medicamentos e insumos esenciales para la atención calificada del embarazo, parto, posnatal (madre y recién nacido) y planificación familiar, focalizando en poblaciones o áreas geográficas de mayor vulnerabilidad.</p>	<p>Fortalecimiento de sistemas (LS SUMA) de monitoreo y evaluación de las necesidades y abastecimiento de equipos, medicamentos e insumos esenciales para la atención calificada del embarazo, parto, puerperio, el recién nacido y manejo adecuado de las complicaciones obstétricas y neonatales y planificación familiar.</p>	<p>Planificación familiar con relación a línea de base 2009 en distritos priorizados.</p> <p>100% de establecimientos por provincia y distrito abastecidos con insumos esenciales para la atención obstétrica, neonatal y de planificación familiar.</p> <p>100% de establecimientos por provincia y distrito con habilitación adecuada para la atención (infraestructura, equipos, personal de salud) calificada del embarazo, parto, posnatal, y planificación familiar.</p>
<p>Al final del 2020, haber fortalecido y consolidado un marco de acción intersectorial para la RMMMyP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que todos los miembros del Gabinete Social sean sensibilizados sobre el tema de la muerte materna y perinatal y su relación con los factores determinantes sociales de la salud.</li> <li>• Desarrollar e Implementar un plan de trabajo intersectorial liderado por el MINSA para la reducción de la mortalidad materna y perinatal ( que responda a las determinantes sociales de la mortalidad materna).</li> <li>• Acciones de abogacía con legisladores y tomadores de decisión para sensibilizar sobre la RMMMyP.</li> </ul>	<p>Número de acciones intersectoriales implementadas y documentadas de acuerdo al plan.</p> <p>Plan de trabajo intersectorial desarrollado e implementado.</p> <p># de actividades realizadas con legisladores y tomadores de decisión.</p>

## Fortalecimiento Institucional sistemas y servicios de salud en el marco de acceso y cobertura universal en salud

Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
<p>Al final del 2020, se contará con la política de formación de recursos humanos en enfermería obstétrica y neonatal.</p>	<p>Establecer un diálogo interprogramático en el MINSA viable y sostenible de formación de recursos humanos de enfermería especializada en la obstetricia y la neonatología.</p>	<p>Incremento porcentual de enfermeras obstetras, neonatales y en materno infantil formadas en el periodo 2015-2020.</p>
<p>Al final del 2020 se habrá revisado el marco legal que asegure la atención gratuita en la atención de la embarazada, parto y del recién nacido, con participación de la Asamblea Nacional y las instituciones prestadoras de servicios de salud MINSA y CSS, y los patronatos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación entre el MINSA y la Asamblea Nacional para revisar el marco legal en la atención gratuita de salud reproductiva.</li> <li>• Revisión de la política relacionada con la gratuidad de la atención en salud reproductiva, materno y neonatal.</li> <li>• MINSA , CSS y patronatos desarrollan conjuntamente un plan de costeo para la prestación de servicios gratuitos durante el embarazo, parto y atención neonatal.</li> </ul>	<p>Ley de gratuidad de la atención en SSyR aprobada.</p>



## II. Promoción y prevención: mejorar la salud para todos y todas (individuos, familia y comunidad)

En el marco del plan estratégico es fundamental mejorar el conocimiento para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el desarrollo de competencias esenciales de autodiagnóstico, autocuidado y generación de una demanda informada para atención materna y perinatal. Asimismo se busca fortalecer de manera integrada en las comunidades el derecho a la libre elección en salud sexual y reproductiva, la dignidad, la diversidad y la igualdad, con pertenencia intercultural.

### Objetivo:

1. Fortalecer las capacidades de las mujeres, familias y comunidades para la toma de decisiones libres e informadas en salud sexual y reproductiva.

## Promoción y prevención

Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
<p>Al final de 2020, se han implementado intervenciones de prevención, y promoción de la salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.</p>	<p>Diseño de campañas de promoción con enfoque intercultural, género y derechos, para sensibilizar e incrementar la cobertura, del control prenatal y la atención calificada del parto y recién nacido.</p> <p>Mapeo y selección de los distritos de mayor vulnerabilidad con coberturas bajas de control prenatal y atención calificada del parto y planificación familiar.</p> <p>Puesta en marcha de las campañas en los distritos seleccionados.</p> <p>Implementación del paquete de intervenciones efectivas con base a la última evidencia disponible de promoción de la salud reproductiva, materna y neonatal, con presupuesto asignado.</p>	<p>Modelo de campaña de promoción diseñada y socializada en distritos seleccionados.</p> <p># de actividades realizadas en el marco de las campañas programadas en distritos seleccionados.</p> <p>#de distritos donde se aplica el paquete de intervenciones en promoción de la salud reproductiva, materno y neonatal con presupuesto asignado.</p>
<p>Alianzas estratégicas fortalecidas implementando acciones entre diferentes organizaciones gubernamentales, sociedad civil, y líderes tradicionales en todos los niveles del sistema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el comité del MAF ( marco de aceleramiento de la reducción de la mortalidad materna).</li> <li>• Alianzas para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en los diferentes niveles político-geográficos con planes de trabajo aprobados y presupuesto asignado.</li> <li>• Fortalecimiento del observatorio de salud sexual y reproductiva con amplia participación de la sociedad civil, parlamentarios, grupos de mujeres y academia.</li> </ul>	<p>Lista de actores claves e instituciones comprometidas con la reducción de la mortalidad materna y perinatal.</p> <p># de alianzas intersectoriales establecidas y funcionales en todos los niveles del sistema.</p> <p>Observatorio de salud sexual y reproductiva nacional con reportes cuatrimestrales al CNMMP.</p>

### III. Financiamiento: invertir en salud

Un financiamiento adecuado en salud puede aumentar la utilización de los servicios, mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, así como fomentar la equidad. Panamá es considerado un país de ingreso medio, por lo tanto es posible garantizar el acceso y sostenibilidad de un adecuado financiamiento para los programas e intervenciones en salud sexual y reproductiva que incidan en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. La Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes indica que las inequidades en cuanto al acceso a los servicios de salud y la protección financiera pueden verse de manera más acentuada en la prestación de servicios de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, a diferencia de otros ámbitos de la salud. Por lo tanto se debe crear el espacio fiscal para garantizar que el gasto en salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente sea suficiente, sostenible y se utilice con eficacia, para conseguir el máximo efecto.

#### Objetivo:

1. Garantizar e incrementar la asignación y ejecución presupuestaria de fondos para acciones en salud sexual y reproductiva para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
2. Mejorar la coordinación entre el Gobierno y las diferentes agencias y organismos de cooperación externa para optimizar la asistencia técnica en el país.

## Financiamiento

### Resultado esperado

### Línea de acción

### Indicador

Al final del 2020 las acciones de SSyR dispondrán de un Presupuesto asignado y en ejecución, a nivel Nacional, regional y local.

Costeo de paquetes de servicios de SSyR acorde a las necesidades regionales.

Paquetes de servicios elaborados y costeados.

Acciones de abogacía con autoridades nacionales, con legisladores y tomadores de decisión, para la aprobación del presupuesto adicional para la ejecución del plan de reducción de mortalidad materna y perinatal.

Presupuesto anual asignado y ejecutado a nivel nacional, regional y local.

Coordinar con los responsables de promoción y prevención para que se incluya el tema de MMP en el diseño de las campañas de IEC sobre el tema.

Actividades de IEC realizadas sobre el tema de MMP.

Fortalecer la administración de recursos a nivel local y regional.

Acciones de capacitación en gestión

- # de presupuestos institucionales regionales/locales.
- % ejecución presupuestaria a nivel nacional/regional/local.
- % de rendiciones de cuenta a tiempo.

Vigilancia y control de ejecución en el gasto.

Asegurar el financiamiento para la ampliación de cobertura en SSyR de población en mayor exclusión social.

Obligación de fondos públicos a nivel nacional regional y local.

- Evolución del gasto en la infraestructura.
- Evolución del gasto en equipos, medicamentos e insumos.

Para fines de 2020, asegurada la disponibilidad y el acceso a métodos anticonceptivos modernos en todos los establecimientos de salud del territorio nacional.

Implementación de guías de atención en planificación familiar.

- # de personas capacitadas en PF por establecimiento de salud.

Disponibilidad asegurada de insumos de planificación familiar.

- % de establecimientos que han presentado desabastecimiento en el último año (% de semanas sin insumos por año).

Fortalecimiento de la logística para el aseguramiento de insumos de PF en todos los establecimientos de salud.

- % de establecimientos que están utilizando el LS-SUMA.

## IV. Monitoreo y Evaluación

Una de las recomendaciones de la evaluación del Plan anterior era el establecimiento de un mecanismo práctico y viable de monitoreo y evaluación que contenga indicadores de procesos, resultados, e impacto medibles; siendo la primera tarea, la elaboración de una línea de base. Esfuerzos especiales deben orientarse hacia la mejora de la recolección de datos y análisis, especialmente en lugares con deficiencias en información. Asimismo, se deben incorporar procesos de rendición de cuentas en todos los niveles como una actividad central del componente de monitoreo y evaluación.

### Objetivo:

1. Contar con una Comisión Nacional Interinstitucional e Intersectorial de Mortalidad y Materna y Perinatal (CNMMP) funcionando y generando información oportuna para la toma de decisiones.
2. Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal, morbilidad materna grave y la respuesta en salud pública.
3. Crear mecanismos de rendición de cuentas para el monitoreo y evaluación de la mortalidad materna y perinatal con participación intersectorial e interinstitucional asegurando la participación de la sociedad civil



## Monitoreo y evaluación

### Resultado esperado

### Línea de acción

### Indicador

Plan de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2015 - 2020 elaborado y aprobado por todas las instancias correspondientes.

Elaboración y aprobación del plan de MyE a nivel de todas las regiones del país con asignación de recursos, y consistentes con los indicadores establecidos.

Documento de análisis y recomendaciones del plan de monitoreo aprobado.

Revisar, analizar y generar recomendaciones del plan de monitoreo cuatrimestralmente.

Documento de Evaluación de medio término del plan aprobado.

Preparar y llevar a cabo la evaluación de medio término del plan 2017.

Minutas de reuniones de acciones de monitoreo cuatrimestral con indicadores respectivos.

Preparar y ejecutar la evaluación final del plan en el año 2020.

Documento de evaluación final del plan.

Mecanismo de rendición de cuentas con amplia participación social establecidos.

Generar un mecanismo de rendición de cuentas con amplia participación social, e inter-institucional, y desarrollar acciones de veeduría social focalizadas en las poblaciones con mayor mortalidad materna y perinatal.

Mecanismo para la rendición de cuentas con reportes periódicos publicados.

Documento de directorio de organizaciones e instituciones que trabajan con poblaciones indígenas.

Redes de CONE en regiones seleccionadas funcionando de acuerdo a estándares internacionales.

Evaluar anualmente las redes de CONE de acuerdo a estándares internacionales.

100% de redes asistenciales de CONE funcionando de acuerdo a estándares.

Documento de plan para el fortalecimiento continuo de las redes de CONE.

Monitoreo y evaluación		
Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, perinatal y respuesta fortalecido.	Revisar y actualizar la norma nacional de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal.	Norma del SVEMM publicada y diseminada en 2016
	Poner en marcha la nueva normativa en todas las regiones del país.	100% de redes asistenciales de CONE funcionando de acuerdo a estándares.
	Sistema de Identificación de los casos de muertes maternas en tiempo real.	
	Fortalecer las capacidades regionales y nacional en el análisis, elaboración y monitoreo de planes de mejoramiento generados por el SVEMM y perinatal.	
Al final del 2020 la red del SIP, con todas sus herramientas, estará funcionando con cobertura a nivel nacional.	Capacitación, supervisión y retroalimentación continua al personal de salud para el llenado correcto de los formularios HCP.	Porcentaje de error de llenado de la HCP reducida al mínimo de acuerdo al estándar del SIP.
	Establecer grupos de análisis de los datos del SIP por instalación sanitaria y en todos los niveles del sistema de salud.	Generación de informes trimestrales por instalación, con análisis de variables relevantes según tablas de salida acordadas.
	Elaboración del protocolo y puesta en marcha de la vigilancia de la morbilidad materna grave en áreas seleccionadas.	Generación de informes trimestrales de la morbilidad materna y correspondientes planes de mejoramiento.

# Conclusión

El presente Plan representa un paso importante de parte del Gobierno de Panamá para mejorar la salud de las mujeres, los niños y de la población en general, con medidas concretas, buscando resultados cuantificables y medibles. La reducción de los indicadores de las muertes maternas e infantiles desde 1990 no sido fácil, y se han presentado rezagos en algunas regiones del país.

Al igual que el resto de la comunidad internacional, Panamá ha reiterado su compromiso político con el tema de reducción de las MMMP, adoptando una serie de medidas y planes nacionales, firmando acuerdos internacionales, y participando en iniciativas destinadas a mejorar la salud de la mujer y los niños. Los esfuerzos realizados en las comarcas indígenas, zonas donde se presentan los mayores desafíos, han sido significativos pero no suficientes. Si bien queda todavía un largo camino por recorrer, estamos seguros que la adopción de este Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2015-2020, representa un paso importante para continuar trabajando arduamente y de manera integrada, poniendo en marcha innovadoras intervenciones en pro de la salud de las mujeres, los niños, los y las adolescentes.



# Definiciones

**Mortalidad Materna:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OPS/OMS, 1995:139).

**La Razón de Mortalidad Materna:** representa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo y se obtiene al dividir el número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año o un periodo determinado por el número total de nacidos vivos para el mismo año o periodo determinado, por cien mil nacidos vivos durante el mismo periodo.

**La Tasa de Mortalidad Materna:** mide el riesgo obstétrico y la frecuencia con la cual las mujeres están expuestas al riesgo y se calcula con el número de muertes maternas por cien mil mujeres en edad reproductiva, usualmente de 15-49 años, durante un periodo estipulado. Según Cárdenas (2009) su ventaja radica en que el resultado enfatiza que las defunciones maternas ocurren en población femenina, lo que no se obtiene con la RMM, cuyo resultado es expresado en términos de nacidos vivos.

**Tasa de natalidad:** Este indicador se refiere al número de nacimientos vivos que se producen en la población de una zona geográfica determinada, durante un año dado, por cada mil habitantes de la población total de dicha zona geográfica durante el mismo año.

La tasa de mortalidad infantil se obtiene de la relación entre las defunciones de menores de un año entre los nacidos vivos en un año multiplicado por mil.

$TMI = (\# \text{ de defunciones de menores de 1 año} / \# \text{ total de nacimientos}) \times 1000$

**La mortalidad infantil:** se puede descomponer de acuerdo con la edad en la que sucede la defunción. Si la defunción se da en los primeros 28 días (o en el primer mes) se dice que fue en la etapa neonatal, mientras que si se efectúa posterior a estos 28 días (en los siguientes 11 meses) se dice que se produjo en la etapa posneonatal. Por lo tanto, la tasa de mortalidad infantil es igual a la suma de la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad posneonatal.

**Algoritmo:**

**Neonatal:** muerte ocurrida entre 0 y 28 días.

**Posneonatal:** muerte ocurrida entre el 1 y 11 meses.

**Infantil:** suma de neonatal y posneonatal, es decir niños menores a 1 año.

([http://www.cdc.gov/Spanish/EncuestasSR/AnalisisE/aeindcom\\_TMI.html](http://www.cdc.gov/Spanish/EncuestasSR/AnalisisE/aeindcom_TMI.html))

**Mortalidad Perinatal:** es la que incluye los mortinatos y las defunciones de nacidos vivos producidas en los primeros 7 días de vida. La tasa de mortalidad perinatal mide el número de muertes perinatales por 1,000 nacimientos. El periodo perinatal empieza a la semana 28 de gestación y termina al final del séptimo día después del parto. Las muertes perinatales son la suma de partos de un niño muerto y las muertes neonatales tempranas. Para el denominador no se calcula tiempo expuesto si no número de partos.

**Perinatal =** muertes tempranas (< 7 días) + mortinatos / N° de partos

N° de partos (nacidos vivos + mortinatos)

Solo se calcula para los últimos 5 años.

**La Morbilidad Materna Extrema o grave:** es "la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte" Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

# Referencias

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República. 2012. Boletín 14. Estimaciones y Proyecciones de la Población de la República, por Provincia y Comarca Indígena, según sexo y edad: AÑOS 2000-30. 2012.

—. **2014b**. Estadísticas Vitales, Volumen III Defunciones: Año 2013. 2014b.

—. **2014a**. Estadísticas Vitales. Volumen III. Defunciones: año 2012. Panamá : s.n., 2014a.

—. **2014**. Estadísticas Vitales Volumen II: Nacimientos vivos y defunciones fetales. Panamá : s.n., 2014.

—. **2013**. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN TOTAL DEL PAÍS, POR PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y DISTRITO, SEGÚN SEXO Y EDAD: AÑOS 2010-20. 2013.

**MINSA - OPS. 2014**. Informe de Avance del Plan de Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Grave. 2014.

**MINSA. 2013**. Boletín Estadístico. Anuario 2012. Panamá : s.n., 2013.

—. **2006**. Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2006 - 2009. Panamá : s.n., 2006.

**OPS/OMS. 2011**. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2011.

—. **2012**. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2012.

**Sistema de las Naciones Unidas** - Gobierno de la República de Panamá. 2014. Objetivos de Desarrollo del Milenio - Cuarto Informe de Panamá. 2014.



# Bibliografía Consultada

**BID, 2009:** Panamá. Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.

**BID, 2009:** Panamá. Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

**BID, 2011:** Consultoría Para el Análisis de Políticas, Normas y Protocolos de Atención en Salud en Panamá para las Intervenciones de la Iniciativa SM2015, Consultora Nacional Jamilet Gina Román.

**Gobierno Nacional de la República de Panamá – UNFPA, 2012:** Plan de Acción del Programa de País (CPAP).

**INEC – UNICEF, 2014:** Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), 2013.

**MINSa – CSS – Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2014:** Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo.

**MINSa – CSS – Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2014:** Normas técnicas- – administrativas y protocolos de atención del Programa de Salud Integral de la Mujer.

**MINSa – OPS/OMS – UNFPA, 2006:** Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2006-2009

**MINSa – OPS/OMS, Consultor Manuel G. Burgos V. 2014:** PLAN ESTRATÉGICO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA, LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE Y LA MORBI – MORTALIDAD PERINATAL 2015 – 2020 de Avance del Plan de Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Grave.

**MINSa – OPS/OMS, Consultores:** Evelina Aedo, Lorna Jenkins, Daniel Sánchez, Ilenia Forero, 2012: Línea de base del Plan de Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Grave.

**MINSa, 2009:** Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010 - 2015

**OPS/OMS – UNFPA – APLAFA, Consultora Nishma Villarreal, 2014:** Consultoría Sistematización de Avances de Políticas Nacionales para la mejora de la Salud Sexual y Reproductiva en Panamá.

**OPS/OMS-UNFPA, 2010:** Informe final de la consultoría. Evaluación del Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, 2006-2009. Consultora /Coordinadora Natasha Dormoi.

**OPS/OMS, 2012:** Sistematización del Sistema Informático Perinatal (SIP), Proyecto de cooperación técnica entre Honduras, Nicaragua, El Salvador y Panamá. Consultora Enriqueta Davis Villalba.

**OPS/OMS, 2013:** Transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en Panamá. Informe de Situación 2013. Realizado por Diego Postigo.

**OPS-OMS-CLAP, 2012:** Plan de Acción para acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Grave. Estrategia de Monitoreo y Evaluación.

**OMS, 2004:** Doc WHO/RHR/04.8. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Estrategia mundial adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud.

**OPS/OMS, 2014:** Doc. CD53/5, Rev. 2. 53vo Consejo Directivo, 66.A, Sesión del Comité Regional de La OMS para Las Américas. Washington, D.C., 2 de octubre, 2014.

**UNFPA, 2012:** Programa de Reducción de la Mortalidad Materna Comarca Ngäbe Buglé (2001-2011) (Una sistematización de las experiencias)

**UNDP-Gabinete Social del Gobierno de Panamá, 2015.** Marco de Aceleración de los Objetivos del Milenio. Trabajando juntos por la Salud Materna en la Región Ngäbe Buglé (ODM 5) 2014-2015. Gabinete Social del Gobierno de Panamá y Sistema de las Naciones Unidas en Panamá.

Trabajando con individuos familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS Departamento de reducir los riesgos del embarazo.

# Anexos

## Participantes en la Primera Validación del Plan

Lic. Dilia Vergara	MINSA – Hospital Regional de Chepo
Dra. Mariana López	CSS – Policlínica Dr. Manuel Ferrer Valdés
Lic. Suyany Vivero	INEC – Contraloría
Lic. Yamileth de Rivera	INEC – Contraloría/ Comisión MMYP
Lic. Alicia Thomas	CSS – Hospital Regional Docente 24 de Diciembre
Dr. Ismael Montero	CSS – Hospital de Changuinola
Lic. Virginia Muñoz	MINSA – Asesoría Legal/Comisión MMYP
Dr. Alfredo Beitía	Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología/CSS
Lic. Irma R. de Sanmartín	MINSA – Hospital San Miguel Arcángel
Dra. Rosemarie Phillips	MINSA – Hospital San Miguel Arcángel
Dra. Itzamara García	CSS - Hospital Amador Guerrero/ Colon
Dra. Jhoany González	CSS – Hospital de Changuinola/Ginecóloga Obstetra
Dra. Ana Oviero	CSS – Chorrera Ginecóloga Obstetra
Dr. Víctor Mejía Padilla	OPS – OMS Panamá
Lic. Maritza Nieto	MINSA SSyR/ CNMMP
Dr. Raúl Bravo	MINSA – Coordinador SSyR / CNMMP
Dra. Ileana Brea	MINSA – Provisión de Servicios de Salud
Lic. Anayansi Tejada	MINSA/ REGES/Comisión MMYP
Dr. Ricardo Pineda	CSS – Hospital de Changuinola/ Director Médico
José González	CSS - REGES
Dra. Sara E. Campana	CSS – Programa Materno Infantil/ CNMMP
Rita Vernaza	Defensoría del Pueblo
Dra. Enriqueta Davis Villalba	Consultora OPS/OMS Panamá

## Participantes en la Segunda Validación del Plan

Dr. Víctor Mejía Padilla	OPS – OMS Panamá	Dr. Gerardo Lezcano	CSS – Complejo Hospitalario Dr. A.A.M./Comisión MMYP
Lic. Maritza Nieto	MINSa – Coordinación SS y R / CNMMP	Lic. Edith Ortega	MINSa – Coclé Coordinadora SSyR
Lic. Mirta de Madrid	MINSa – Región Metropolitana	Lic. Graciela Ortega	MINSa – Coclé enfermera pediatría Hospital Aquilino Tejeira
Dra. Aracelly Barahona	CSS – Complejo Hospitalario Dr. A.A.M./ CNMMP	Dra. Obdulia de Montilla	MINSa - Coclé
Lic. Gioconda Antonio	MINSa - Colón	Dr. Max Ramírez	MINSa – Panamá Comisión MMYP
Deidamina Mohammed	MINSa – Veraguas	Carmen de Olson	MINSa – Hospital de Las Tablas
Ruth Medina	MINSa - Veraguas	Dra. Sonia Nicolás	MINSa – Hospital de Las Tablas
Dr. Alfredo Juncá	CSS – Policlínica Bethania	Jasmina de Mel	MINSa – Panamá Este
Lic. Natividad Mendoza	CSS – Programa Materno Infantil	Dra Lilibian Barrios	MINSa – Colón Coordinadora SSyR
Lic. Crescencio Gaona	MINSa – Región Panamá Oeste Coordinación SSyR	Dra. Ana Oviero	CSS - Chorrera
Lic. Delfina Rueda	MINSa – Región Comarca Ngäbe Buglé Coordinación SSyR	Lic . Anayansi Tejada	MINSa /REGES /Comisión MMYP
Lic. Janina Rodríguez	MINSa – Región San Miguelito Coordinación SSyR	Dra. Sara E. Campana	CSS – Programa Materno Infantil /Comisión MMYP
Lic. Felipa Víquez	MINSa - Chiriquí	Dra. Felicia Tulloch	MINSa – DIGESA /Subdirectora General de Salud
Lic. Vielka Ramírez	MINSa - Herrera	Dr. Gustavo Gil	MINSa – San Miguelito /Coordinador SSyR
Dra. Magally M. de Zevallos	MINSa – Región Metropolitana Coordinadora SSyR	Dr. Gilberto Edwards	Ginecólogo Obstetra MINSa – Hospital Aquilino Tejeira
Dra. Aura S. de Guerra	MINSa – Chiriquí Coordinadora SSyR	Dra. Enriqueta Davis Villalba	Consultora OPS – OMS Panamá
Dra. Mariel Mendieta	CSS – Hospital Regional Docente 24 de Diciembre		
Dra. Cristobalina Batista	MINSa – Panamá Este Coordinadora SSyR		
Dr. Esteban Ruíz	Ginecólogo Obstetra MINSa		
Lic. Zonia González	MINSa - Herrera		
Dr. Hermes Pimentel	CSS – Complejo Hospitalario Dr. A.A.M. /Comisión MMYP		
Dr. Raúl Bravo	MINSa – Coordinador SS y R/Comisión MMYP		
Dra. Lizbeth Tovar	CSS - Coordinadora Materno Infantil		



*Golfo de*

*Escudo de Veraguas*

*los Mosquitos*

Catalina • Calovébora

*a P* *C* *e* *n* *t* *r* *a*  
Santa Fé

Cañazas •

VERAGUAS

Calobre •

San Francisco

Sta. María

Olá •

Sitio Conte •

Natá •

Pocrí •

Aguadulce

Cerro Mangote

Coclé del Norte •

16

San Cristóbal

Belén

Cerro +1314

Peña Blanca

El Copé

Tambo

La Pintada

El Valle

Penonomé

Antón •

Río Hato

Nuevo Chagres •

Salud •

Miguel de la Borda •

L. Gatún

Arenosa •

La Chorrera

Capira

Cuzco

+1219

71

San

SOBERANÍA M.



**Panamá**

*Bahía de Panamá*

*Archipiélago*

*I. Pedro González  
de las Perlas  
I. San José*

*San Miguel  
I. Cañas  
I. del Rey  
La Esmeralda*

*Punta Garachiné*

atún 3  
L. A  
Chagres  
Cañita  
L. Bayano  
Pi  
Gamboa  
Panama Canal  
Alcaldedíaz  
Tocumen  
Chepo  
Pueblo Nuevo  
934  
Cañaz  
Cò. Chu  
1439  
Venado Beach  
Vacamonte  
Taboga  
13  
ALTOS DE CAMPANA N.P.  
I. Otoque  
I. Saboga  
I. Contadora  
591+  
Chimán  
Río Congo  
Golfo de San Miguel  
Carlos



