# PLAN ESTRATÉGICO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2006-2009

Ciudad de Panamá
2006

304.27
P191 Panamá. Ministerio de Salud
Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Panamá - 2006 - 2009. -- Panamá: Ministerio de Salud, 2006.
63p. ; 27 cm.
ISBN 10 9962- 621-20-8
ISBN 13 978-9962-621-20-1

1. MORTALIDAD MATERNA
2. MORBILIDAD I. Título

# Índice


Lista de acrónimos..... iv

Autoridades nacionales..... v

Agradecimientos..... vi

Presentación OPS/OMS y UNFPA..... vii

Presentación MINSA..... ix

Introducción..... 10

Antecedentes

a. Contexto internacional y regional..... 12

b. Contexto nacional..... 14

c. Mortalidad materna y perinatal..... 18

El Plan

a. Principios..... 32

b. La visión y misión..... 33

c. Marco conceptual y enfoque..... 34

d. Propósito, objetivos generales y metas..... 36

e. Componentes lineamientos estratégicos y resultados esperados..... 37

f. Beneficiarios y ámbito de aplicación..... 49

g. Viabilidad..... 51

h. Seguimiento y evaluación..... 51

i. Aplicación del plan a nivel regional y local..... 52

Glosario..... 56

Referencias bibliográficas..... 59

Anexo: Compromiso nacional a favor de la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal..... 61

# Lista de acrónimos

| | |
|---|---|
| **APS** | Atención Primaria de Salud |
| **AQV** | Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria |
| **CAPPS** | Centro de Atención y Promoción Preventiva de Salud |
| **CINUP** | Centro de Información de las Naciones Unidas |
| **COE** | Cuidados Obstétricos Esenciales |
| **CONE** | Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales |
| **CSS** | Caja de Seguro Social |
| **DSR** | Derechos Sexuales y Reproductivos |
| **IMLHCPB** | Instituto de Medicina LegalHistoria Clínica Perinatal Básica |
| **MEF** | Mujeres en Edad Fértil |
| **MINSA** | Ministerio de Salud |
| **MMMP** | Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal |
| **n.v.** | nacidos vivos |
| **ODM** | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| **OG** | Organización Gubernamental |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud |
| **ONG** | Organización No Gubernamental |
| **OPS** | Organización Panamericana de la Salud |
| **PBI** | Producto Bruto Interno |
| **PES** | Punto de Entrega de Servicios |
| **RMMMP** | Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal |
| **SIP** | Sistema de Información Perinatal |
| **SNS** | Sistema Nacional de Salud |
| **SSR** | Salud Sexual y Reproductiva |
| **ULAPS** | Unidad Local de Atención Primaria de Salud |
| **UNFPA** | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| **UNICEF** | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| **VIH/SIDA** | Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |

# Autoridades Nacionales

**Licenciado Martín Torrijos Espino**
Presidente de la Nación

**Doctor Camilo Alleyne Marshall**
Ministro de Salud

**Doctora Dora Jara Gómez**
Vice Ministra de Salud

**Doctor Cirilo Lawson Collymore**
Director General de Salud Pública

**Doctor Efraín Barreiro**
Coordinador Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

**Doctora Yadira Carrera**
Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia

# Agradecimiento

La elaboración de este plan ha sido un esfuerzo liderado por los funcionarios del Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de las Unidades CLAP/Salud de la Mujer y Reproductiva y de Salud Infantil y Adolescente, del Área de Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), de la Representación de OPS/OMS en Panamá, del Equipo de Apoyo Técnico (EAT) del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y del aporte del personal de la oficina de país en Panamá, a partir de un diálogo nacional amplio y participativo con los trabajadores de salud de los diferentes niveles de atención, representantes de otros sectores y organizaciones del Estado y de la sociedad civil, para generar un consenso nacional en la identificación de las responsabilidades y deberes que cada uno de los actores involucrados debe cumplir para contribuir al cambio de la situación actual.

# Presentación de OPS/OMS y UNFPA

"A pesar de que las intervenciones eficaces son ampliamente conocidas y están disponibles, todavía mueren muchas mujeres por no recibir atención calificada de parto. Y demasiados niños mueren por complicaciones durante el primer mes de vida. Gran parte de estas muertes pueden evitarse si coordinamos acciones y trabajamos juntos".

- Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS/OMS.

"No importa donde viva una mujer: dar a luz debería ser una fuente de alegría no una sentencia de muerte. El Mundo tiene que salvar a las mujeres, para que las mujeres puedan salvar al mundo.

- Thoraya A. Obaid, Director Ejecutivo del UNFPA.

Nada es más trágico que la muerte de un niño o una madre. El mundo pierde más de 11 millones de niños y medio millón de madres cada año. La increíble paradoja es que la mayoría de estas muertes podrían evitarse. Ninguna mujer de la región, ya sea que viva en una gran ciudad o en una zona remota, debería carecer de atención básica y capacitación, necesaria para tener un parto saludable y dar a luz un niño sano. Ningún niño, en cualquier rincón del continente, debe morir por falta de acceso a los servios de salud.

Las muertes maternas son un grave problema de salud pública y la maternidad segura es un asunto de derechos humanos, que está respaldada por acuerdos internacionales de los que Panamá es país signatario: la declaración de Derechos Humanos, la Convención de 1993 sobre todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer, el Programa de Acción de 1994 de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, La Convención de los Derechos del Niño de 1998, la Plataforma de Acción de 1995 de la Conferencia de Beijing de la Mujer, por lo que cada muerte o discapacidad vinculada a la maternidad representan una violación a los derechos humanos.

Para superar esta situación, es necesario que forjemos alianzas más fuertes entre las organizaciones internacionales, los gobiernos, las comunidades y los ciudadanos para que juntos logremos disminuir en forma sostenida las tasas de mortalidad de madres y niños.

El trabajo en esta dirección nos permitirá avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Nº 4 y Nº 5: reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil y reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna, que es un compromiso de los países del mundo para

lograr que todas las personas tengan una vida plena y saludable. La LXI Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada a principios de octubre ha adoptado como nueva meta dentro del quinto Objetivo del Milenio: el "acceso universal a la salud reproductiva en 2015". De esta manera, la ONU reconoce y vincula la importancia de los servicios de prevención, tratamiento y cuidados en este campo para mejorar la salud materna y, de esta manera, contribuir a la erradicación de la pobreza. La OPS/OMS y el UNFPA apoyan estos esfuerzos en los países amparados en el marco de la Declaración conjunta a favor de la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, firmada por el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en Washington, D.C., el 20 de febrero de 2004.

**Dra. Guadalupe Verdejo**
Representante de la OPS/OMS
en Panamá

**Sra. Laura Flores**
Representante Auxiliar
del UNFPA en Panamá

# Presentación MINSA

El inicio del nuevo milenio nos sitúa en un mundo marcado por el fenómeno de la globalización, en que los avances del conocimiento, la tecnología y la información han adquirido un ritmo inusitado acortando las distancias y extendiendo los beneficios de estos avances a muchos países. Sin embargo, las ganancias asociadas a la globalización no han sido suficientes para alcanzar los objetivos de desarrollo social, reducción de la pobreza y de las desigualdades entre los grupos humanos. Por el contrario, esas ganancias sólo están beneficiando de manera desproporcionada a grupos minoritarios de la población. América Latina y el Caribe continúa siendo una región con marcadas inequidades; las mismas que afectan particularmente a niños, mujeres y comunidades indígenas. Para evitar que esas disparidades sigan aumentando, se requiere una distribución más equitativa de las ganancias obtenidas como resultado de la inserción de nuestros países en un mundo globalizado. El nuevo escenario creado por la globalización le exige al sector salud renovar su esfuerzo para proteger la salud de la población.

Panamá refleja de muchas maneras las desigualdades de este panorama global y regional. Por ello, en el marco de los derechos humanos, el Ministerio de Salud, trata de revertir las condiciones de inequidad que enfrentan los grupos más vulnerables de nuestra población, a través de la aplicación de políticas sanitarias, asume la salud como elemento fundamental en el proceso de construcción democrática y a la gestión en salud como herramienta potenciadora para la generación de aquellos cambios que impacten en el desarrollo del país y en las condiciones de vida de todos sus habitantes sin distinción alguna.

En este contexto, la vida y la salud de mujeres, niñas y niños adquieren un significado especial como insumo esencial para el futuro del país. No obstante, y a pesar de los avances en el conocimiento científico y en la tecnología médica, un grupo importante de mujeres, niñas y niños mueren en nuestro país por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, o por complicaciones dentro del primer mes de vida, respectivamente. Más serio aún, es el hecho que la gran mayoría de estas muertes ocurren por causas que son prevenibles o evitables, sí aquellos que murieron hubieran tenido la posibilidad de acceder a una atención segura, efectiva, oportuna y centrada en los/as usuarios/as.

Por ello, el Ministerio de Salud asume el desafío de disminuir al máximo posible estas muertes innecesarias, y reafirma su compromiso de lograr una sociedad más equitativa e igualitaria. En este marco presenta, el "Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" e invita a todos los sectores de la sociedad a unirse y apoyar esta iniciativa poniéndola en acción y al servicio de las mujeres, familias y comunidades de Panamá. El nacimiento no debe ser más el inicio de una cadena de desigualdades, sino el comienzo de una vida plena y saludable durante la cual todos/as los/as panameños/as sin diferencia alguna puedan desarrollar al máximo su potencial.

**Dr. Camilo Alleyne**
Ministro de Salud

# Introducción

En el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Gobierno Nacional de Panamá ha identificado a la reducción de la mortalidad materna y perinatal como uno de los pilares claves para alcanzar la equidad y el desarrollo nacional. Por ello, el Gobierno del Presidente, Martín Torrijos Espino, ha decidido enfrentar esta situación con medidas que resulten en un mejoramiento acelerado que favorezca la salud de las mujeres, niñas, niños y familias de Panamá.

Con esta intención, entre el 13 y el 16 de diciembre de 2004 se llevó a cabo una serie de actividades en el marco de lo que se llamó la "Semana de prevención de la mortalidad materna y perinatal", liderada por el Ministerio de Salud y apoyada por sus socios estratégicos que conforman el Grupo Temático de Salud del Sistema de las Naciones Unidas, así como otros sectores y actores claves para avanzar en este desafío pendiente de la agenda del proceso de desarrollo nacional.

El propósito de estas actividades fue el de reafirmar el compromiso del país en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Dicho compromiso nacional fue suscrito, además, por las agencias de cooperación del Sistema de las Naciones Unidas, que tiene como uno de sus principales mandatos colaborar con el Gobierno en favorecer estrategias destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Durante el acto de compromiso, se presentaron los acuerdos y líneas estratégicas de consenso del Grupo de trabajo interagencial regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

Las principales actividades desarrolladas fueron el lanzamiento del Consenso Regional, la firma del Compromiso Nacional a favor de la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal y la realización del taller participativo de "Diseño Estratégico del Plan Nacional de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal", de carácter intersectorial, interdisciplinario e interinstitucional que se llevó a cabo en la Ciudad de Panamá, entre el 14 y el 16 de diciembre de 2004.

En el marco de este compromiso, el Ministerio de Salud de Panamá decidió reorientar su propuesta estratégica, a través del análisis y construcción de consensos con los diferentes actores sociales que podían contribuir a la identificación de líneas de acción esenciales para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Panamá.

La convocatoria a ese diálogo nacional fue muy importante. Se reunieron 85 representantes de sectores gubernamentales y de la sociedad civil quienes desarrollaron una propuesta de plan estratégico nacional basado en cuatro áreas claves:

- Políticas de salud, incluyendo marcos legales y financiamiento.
- Fortalecimiento de la red de servicios de salud.

- Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal.
- Promoción de la salud.

A partir del consolidado de las discusiones realizadas en el taller, se realizó el análisis estratégico de la situación en estas cuatro áreas claves, se identificaron prioridades de intervención y se formularon objetivos y lineamientos estratégicos y operativos para lograrlos.

En base a ese primer documento, representantes del Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), efectuaron sucesivas revisiones de la propuesta, generando un consenso nacional respecto al Plan, e identificando las responsabilidades de cada uno de los sectores claves con la finalidad de lograr el cambio de la situación actual.

El presente documento recoge y sistematiza el trabajo de los últimos dos años y está organizado en dos partes. En la primera, se presenta una perspectiva general del contexto internacional, regional y nacional de la situación de la mortalidad materna y perinatal en Panamá poniendo de manifiesto que es una violación a un conjunto de derechos de la mujer y que para hacer frente a este problema se requieren estrategias específicas para la atención de las mujeres desde su más temprana edad y el compromiso comunitario, familiar y de los servicios de salud desde una perspectiva de género sensitiva y bajo un enfoque de respeto a la cultura. La segunda parte del documento presenta el plan, que incluye: los principios, la visión y misión, el marco conceptual, el propósito, objetivos generales y metas; así como una matriz que contiene los resultados esperados, líneas de acción y posibles indicadores a medir. La propuesta incluye además las/os beneficiarias/os y el ámbito de aplicación; los mecanismos de seguimiento y evaluación; y finalmente, una guía orientadora para la aplicación del plan a nivel regional y local.

Este documento debe servir como catalizador y guía para promover la acción, involucrando la más amplia participación de diversos actores sociales, hacia la construcción de una maternidad segura con equidad, y que contribuya al desarrollo y al mejoramiento de la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras de Panamá.

# Antecedentes

## a. Contexto internacional y regional

El tema de reducir la mortalidad materna sigue siendo un serio desafío de salud pública, de ética y de equidad en género, pues las mujeres siguen muriendo innecesariamente por causas relacionadas con el embarazo, el parto y puerperio. La disminución la mortalidad materna es una prioridad internacional, regional y nacional. La mayoría de las muertes maternas son evitables; y sus causas y factores están íntimamente vinculados a determinantes culturales y económicos.

La mortalidad materna es todavía un grave problema de salud pública en el continente, que afecta sobretodo a las comunidades indígenas de Latinoamérica y el Caribe. Las causas de esta diferencia son diversas, pero tienen como denominador común el acceso a servicios de calidad y oportunos, donde las barreras culturales juegan un rol preponderante. Una de las razones por las que los servicios de salud no llegan con mayor cobertura a las comunidades, especialmente las indígenas, es la dificultad en la comunicación entre los servicios de salud y las mujeres, sus familias y comunidades. Otro factor importante es el desconocimiento del derecho que tienen las personas acerca de recibir una atención adecuada, incorporando y respetando la cultura de su población. Por ello, la identificación de rezagos y brechas sociales en las condiciones y atención de salud, así como las medidas para superarlos deben considerarse como un componente esencial de la acción pública integral dirigida a romper el círculo de la pobreza y así alcanzar el desarrollo humano sostenible.

A nivel internacional se han desarrollado innumerables consultas, acuerdos y compromisos para la implementación de políticas y estrategias a favor de la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal. Se destaca principalmente los aportes de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo de Nairobi en 1987; la Convención de 1993 sobre todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en El Cairo en 1994; y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing en 1995.

Estas reuniones generaron compromisos para: reducir las cifras de mortalidad y morbilidad maternas, fomentar la autonomía de la mujer y la satisfacción de sus necesidades en materia de Salud Sexual y Reproductiva y trabajar coordinadamente para alcanzar la equidad de género. Los estándares de derechos humanos acordados enfatizan que para lograr reducir las muertes maternas es necesario trabajar desde el respeto a las culturas y costumbres, y rechazar las prácticas nocivas que ponen en peligro la vida de mujeres, adolescentes y niñas.

Más recientemente, las Metas de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas fijaron un conjunto de ocho objetivos para ser cumplidos el año 2015: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) Lograr el acceso universal a la educación primaria, 3) Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres, 4) Reducir la mortalidad en la niñez, 5) Mejorar la salud materna, 6) Combatir el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades, 7) Asegurar la sostenibilidad ambiental, y 8) Desarrollar una colaboración global para el desarrollo. La reducción de la mortalidad infantil en

dos terceras partes y la mortalidad materna en tres cuartas partes del nivel registrado en 1990 son las metas claves para los objetivos 4 y 5.

En el 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas, que insta a los Estados Miembros a que reconozcan que la salud materna es de importancia fundamental para la salud pública en general. Se señala que esto debe hacerse en un marco político de fuerte promoción de la salud, con la participación activa de los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras ONG's como socios claves en los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y asegurar que las mujeres y familias accedan a servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad y oportunos que incluyen las prácticas e intervenciones basadas en evidencias.

También en el año 2002, la OPS/OMS presentó la Iniciativa "Reducir los riesgos del embarazo. Trabajo con individuos, familias y comunidades" para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Dicha iniciativa considera el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades como el enlace fundamental que asegura el proceso continuo recomendado de asistencia durante todo el embarazo, el parto y el puerperio. Además, reconoce que la disponibilidad de servicios de calidad no producirá los resultados esperados si no hay ninguna posibilidad de estar sano, tomar decisiones saludables y poder actuar conforme a esas decisiones saludables.

En el año 2004, se presentó el Consenso Estratégico Interagencial Regional para la Reducción de Morbilidad y Mortalidad Maternas, mediante el cual la OPS/OMS, el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, "The Population Council", y "Family Care International" realizaron una declaración conjunta que propone una estrategia de consenso para los diez años siguientes. La misma incluye cinco áreas de acción prioritaria:

- Apoyar los marcos legales e institucionales para aplicar medidas a escala local y nacional.

- Definir un conjunto integral de medidas necesarias para reducir la mortalidad materna, haciendo hincapié en el cuidado obstétrico, la atención calificada del parto y el acceso a la planificación de la familia.

- Aumentar la demanda pública por servicios de salud de calidad, asequibles y accesibles, y desarrollar la capacidad de las comunidades para tener acceso a estos servicios.

- Crear asociaciones y alianzas entre los organismos en los planos nacional e internacional.

- Establecer sistemas de monitoreo y evaluación, así como mecanismos financieros para lograr efectividad, viabilidad financiera y sostenibilidad.

En septiembre se 2005, en la Cumbre Mundial de Jefes de Estado, se reconoció la importancia de los servicios de prevención, tratamiento y cuidados en salud reproductiva como requisito

indispensable para mejorar la salud materna y, de esta manera, contribuir a la erradicación de la pobreza: la pobreza acrecienta los riesgos intrínsecos del parto, y la mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad agravan la pobreza. Los trastornos de salud reproductiva, se reconoció, agobian a las familias, recargan los sistemas de salud y debilitan las comunidades y las estrategias de desarrollo.

Dentro de sus posibilidades, Panamá ha participado, suscrito y asumido responsablemente, todos y cada uno de estos compromisos internacionales.

## b. Contexto nacional

*Marco Legal*

El plan tiene sustento en los siguientes elementos del marco legal vigente:

- La Constitución Política de la República, que en el Título III, Cap. 6°, Art. 106 establece: "*que es deber del Estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente garantizando una atención integral durante el proceso de la gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y la adolescencia".*
- El Código Sanitario, que en el Libro Tercero, Art. 154 establece: *"Es primordial obligación del Estado la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia que comprende: 1. La atención preventiva y la asistencia médico curativa y social de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio, hasta 8 semanas después del parto y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de la edad escolar".*
- El Código de la Familia, que en el Título III, Cap. II, Sección II, Art. 699 establece: *"El Estado ofrecerá en todos los núcleos de población, servicios de asistencia médico-sanitaria gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, si ella no pudiera sufragarlos y también subsidio alimentario si estuviese desempleada o desamparada".*
- El Decreto Ejecutivo Nº 268, del 17 de agosto de 2001, que en el Art. III establece la notificación obligatoria de las muertes maternas y perinatales.
- El Compromiso Nacional a favor de la Reducción de la Mortalidad Materna en Panamá, firmado por el Presidente de la República, el 13 de diciembre de 2004.
- El Decreto Ejecutivo Nº 546, del 21 de noviembre de 2005, que: *"ordena la gratuidad en la atención de salud a los niños menores de cinco (5) años, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud".*
- El Decreto Ejecutivo Nº 5, del 6 de marzo de 2006, que modificando el decreto Ejecutivo Nº 428 del 15 de diciembre de 2004, *"ordena la gratuidad en la prestación de servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos del Ministerio de Salud".*

Entre 1997 y 2000 se aprobaron varias leyes relacionadas con la salud, entre las que cabe destacar: las que crearon el Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel y el Patronato del Hospital

Santo Tomás, la Ley general sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el Sida; y la Ley especial de medicamentos. Posteriormente, con el fin de combatir la discriminación de género, el 29 de enero de 1999 se aprobó la Ley Nº 4, por la cual se instituye la igualdad de oportunidad para las mujeres.

*Financiamiento y gasto en salud*

Panamá presenta un crecimiento económico sostenido y es clasificado por el Banco Mundial como un país de ingresos medios altos, pero tiene uno de los mayores niveles de desigualdad del mundo: el quintil más rico recibe el 62,7% del ingreso, mientras que el quintil más pobre acumula apenas el 1,5%. En el año 2003, el 14,2% de la población vivía con menos de 1 dólar por día. Esta desigual distribución del ingreso genera inequidad y la polarización social. Así, la encuesta de niveles de vida realizada en el 2003 mostró que el 40% de la población vive en situación de pobreza y que los pueblos indígenas son el grupo social más afectado, pues ellos constituyen el 35% de los pobres extremos.

Como consecuencia del aporte del Estado (US$794 millones) y del esfuerzo de las familias (US$360 millones), el gasto en salud de Panamá se encuentra entre los más altos de la Región (8,4% del PIB). No obstante, estos niveles de inversión en salud no han podido reducir la exclusión o desigualdad en el acceso al cuidado de la salud que afecta a las poblaciones urbano-marginales, rurales y comunidades indígenas. Adicionalmente, la contribución externa no reembolsable en salud representa cerca del 1% de la inversión total en salud hecha en el país.

Por otro lado, el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud no registra datos acerca del gasto efectuado por el componente de salud materno-infantil y tampoco acerca del costo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, pues este no está definido dentro del Ministerio de Salud (MINSA) como centro de gastos. Tampoco cuenta con una asignación de presupuesto por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

*El sistema de salud*

La atención de salud es provista por el MINSA y la Caja de Seguro Social (CSS). El 64% de la población es beneficiaria de la seguridad social. La capacidad instalada de ambas instituciones es de 868 establecimientos distribuidos en 39 hospitales, 36 policlínicas, 1 policentro, 151 centros de salud sin camas, 31 centros de salud con camas, 10 Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS), 9 Centros de Promoción de la Salud (CPS), 116 subcentros de salud y 451 puestos de salud; además de otras dos instalaciones sociosanitarias (el Leprosorio de Palo Seco y el Hogar de la Esperanza).

Esta red de establecimientos tiene una distribución irregular, concentrándose particularmente en las zonas urbanas de alta densidad poblacional. La separación del MINSA y la CSS hace que en ocasiones se dupliquen los recursos, se pierda efectividad y eficacia en el cumplimiento de la tarea de satisfacer la demanda de salud de la población, pues si bien existen convenios de compensación y algún grado de integración operativa entre el MINSA y la CSS, con excepción de la región de San Miguelito en la provincia de Panamá, no hay mecanismos unificados de prestación de servicios.

Por otro lado, los sistemas de información en estas dos instituciones tienen carencias importantes. Los instrumentos y métodos de recolección de información difieren entre sí y existe un importante nivel de subregistro. Adicionalmente, muchos de los datos son procesados de manera manual, en forma no sistematizada y la información no es oportuna para la toma de decisiones y/o para retroalimentar procesos de mejoramiento de la situación actual.

A nivel nacional, el sistema de salud cuenta con 4.321 médicos (14 médicos por c/10 mil hab.), 3.665 enfermeras (12 enfermeras por c/10 mil hab.) y 923 odontólogos (3 odontólogos por c/10 mil hab.). Pero, al igual que la red de establecimientos, el recurso humano tiene también una desigual distribución, aún a pesar de los incentivos económicos del sistema (bonificación de hasta el 40% del salario base) para obtener el desplazamiento de profesionales hacia las áreas rurales y en particular hacia las Comarcas Indígenas. De manera que la disponibilidad de profesionales de salud en las Comarcas está muy por debajo de los promedios nacionales. Así por ejemplo, la Comarca Gnöbe Buglé tiene una tasa de 0,6 médicos por c/10 mil habitantes.

La reorganización de los servicios de salud y la integración de actividades conjuntas, entre los niveles operativos regionales de la CSS y el MINSA, son una necesidad para mantener el rumbo del sector hacia el logro de la visión expresada en las políticas y estrategias de salud 2005-2009:

**"Salud igual para todos, con todos en el siglo XXI"**

Del mismo modo que también nos acerca al cumplimiento de la misión del sector:

> ***"Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de los servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad, con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción de salud"***

**Tanto la distribución de los establecimientos de salud, como de los recursos humanos resulta profundamente inequitativa; ya que los mismos están concentrados en las zonas de mayor densidad poblacional, quedando las regiones con población más vulnerable con una oferta restringida e inadecuada a sus condiciones de salud, económicas y sociales.**

*Programas y modelos de atención*

Los modelos de atención del MINSA y la CSS son predominantemente recuperativos, aún cuando existe también una oferta de programas preventivo-promocionales de atención a los problemas

prevalentes de salud. Estas intervenciones son ejecutadas por el MINSA y la CSS, a través de actividades clásicas como los programas de: salud mental, salud sexual y reproductiva, salud materna, atención a la niñez y la adolescencia, atención a la población adulta y a las personas con discapacidad y atención integral al ambiente, entre otros.

Otros dos programas que dejaron importantes lecciones aprendidas fueron: el programa de capacitación de parteras tradicionales (1992-95) y el programa de capacitación de recursos humanos (2003-05). Dichos programas incrementaron la disponibilidad de personal capacitado para la atención del control prenatal, el parto y el puerperio en las áreas con mayor necesidad. Así como también para la atención del recién nacido, la salud reproductiva y planificación familiar y la atención post-aborto. En ambos casos se privilegió el incremento de los recursos humanos disponibles en las comunidades indígenas.

Adicionalmente, han existido varios esfuerzos para mejorar la recolección de la información materno-perinatal mediante el uso del sistema informático perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la OPS/OMS.

Lamentablemente, ante la falta de un enfoque sistemático de capacitación con enfoque de mejora continua, al igual que la dotación de insumos, medicamentos y equipos de manera no sostenida y la falta de respaldo normativo según las evidencias científicas, las intervenciones para la mejora no podrán ser efectivas.

Complementariamente a estos programas de salud, la Presidencia de la República ha iniciado medidas complementarias de cuidado social *(Sistema de Protección Social)*, que buscan prestar apoyo a 72.000 familias que viven en pobreza extrema para que puedan superar esta situación. La acción sanitaria incluye la prestación de determinados servicios de salud preestablecidos de manera, gratuita y regular a las comunidades distantes y excluidas, usando como mecanismos la contratación de Organizaciones Externas (OE) o mediante métodos institucionales como las Ferias, Caravanas de la Salud y Brigadas Materno-perinatales.

Existen, también, dos experiencias positivas de modelos de atención materna en la región de San Miguelito y en la Comarca Ngöbe-Buglé, que podrían servir de base para su adaptación y expansión a nivel nacional. La primera, tiene una experiencia acumulada en 10 años de operación y cuenta con instrumentos y herramientas que deben ser analizadas para su posible replicación a escala nacional. La segunda, el fortalecimiento de la familia Ngöbe-Buglé en SSR, proyecto realizado bajo la asistencia técnica y financiera del UNFPA, el cual trabajó en el empoderamiento de la mujer en materia de derechos sexuales y reproductivos, en la eliminación de todo tipo de discriminación y apertura de oportunidades para las mujeres. Dicho proyecto, además, movilizó recursos de la cooperación externa para apoyar la capacitación, el equipamiento y el abastecimiento de suministros esenciales logró movilización de recursos de la empresa privada (EGE Fortuna S.A.) para mejorar la infraestructura disponible para la atención materna en el área rural (Hato Chamí).

Finalmente, durante la última década los recursos destinados al componente de promoción de la salud materna, perinatal y salud sexual y reproductiva han sido insuficientes. Es posible que la

abogacía y sensibilización de la Comisión Nacional de SSR y las comisiones regionales intersectoriales de SSR reviertan la situación actual y obtengan los recursos necesarios para fortalecer las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en SSR hacia toda la población.

*Vigilancia de la mortalidad materna*

En el marco de una vigilancia epidemiológica de la muerte materna, se vienen realizando auditorias y reuniones nacionales de análisis durante los últimos 15 años. En 1994 se estableció la Comisión Nacional de Mortalidad Materna. Asimismo y por la Resolución Nº 48 del 7 de mayo de 1998 de la Dirección General de Salud se definió la obligatoriedad del registro e investigación de las muertes maternas. En abril de 2001 se aprobó la Resolución Nº 93 de creación de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal con el fin de unir esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales. Desde agosto de 2001 las muertes maternas y perinatales son eventos de notificación obligatoria. Actualmente, existe una guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal, cuyo contenido e instrumentos deben ser revisados y actualizados para apoyar una recolección sistemática de datos, su procesamiento ordenado y analítico, y la generación de información oportuna para guiar el mejoramiento de la atención y reducir el número de las muertes evitables.

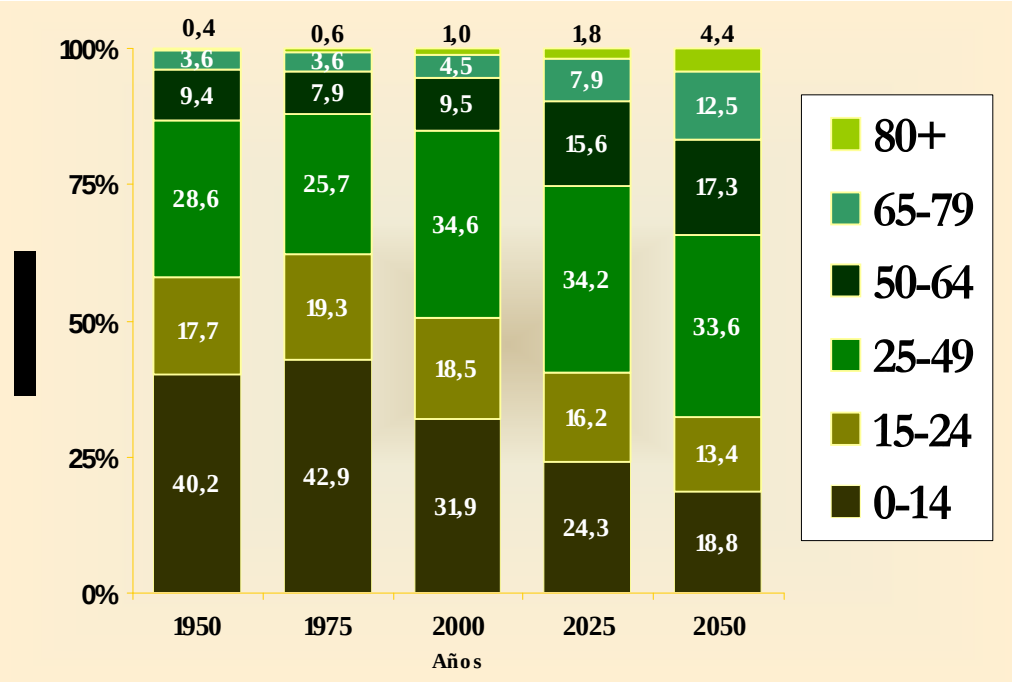
## c. Mortalidad materna y perinatal

*Demografía y estadísticas vitales*

La población proyectada para el presente año 2006 es de 3.283.959 habitantes, de los cuales el 49,6% son mujeres y el 50,4% son hombres. El 53,1% de la población (1.745.308 habitantes) está en edad reproductiva (15 - 49 años); 18,7% son adolescentes (10 - 19 años); y 8.6% son jóvenes (20 - 24 años). Las mujeres en edad fértil constituyen el 26,3% de la población total y el 53,1% de la población femenina total.

Los cambios en fecundidad y mortalidad brindan a Panamá la oportunidad de contar con el llamado "bono demográfico". Es decir, la oportunidad de tener una relación positiva entre la población económicamente activa (entre 15 y 64 años) y la población dependiente (0 - 14 y 65 ó más). A la vez deberá enfrentar y superar el reto de satisfacer las necesidades de una proporción creciente de adultos mayores (Gráfica Nº 1), la mayoría de los cuales serán mujeres.

**Gráfica Nº 1**
**Población panameña por grupos de edad.**
**Panamá, 1950-2050.**

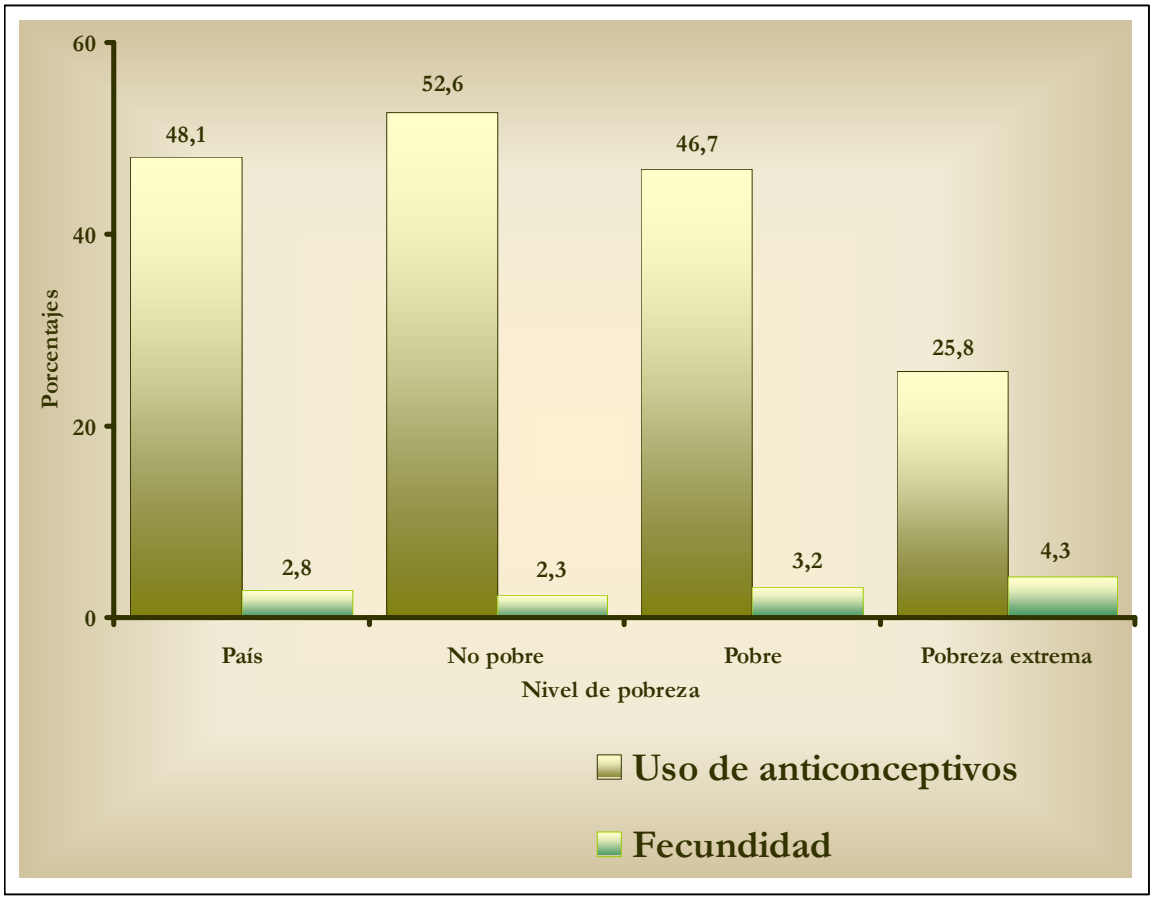



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Es importante considerar que el estado de salud y bienestar de las poblaciones futuras, dependerá de cuán integradas, efectivas y oportunas hayan sido las acciones de cuidado social y sanitario en el siguiente quinquenio. Especialmente, de la atención que prestemos a las necesidades de la población durante la infancia, la niñez y la edad reproductiva.

A pesar de que la tasa de fecundidad global ha disminuido lentamente de 5,3 en 1960 a 2,8 hijos/mujer en el 2003, el crecimiento poblacional se está produciendo prioritariamente por la alta fecundidad que aún tienen las mujeres que viven en situación de pobreza, especialmente aquellas que habitan en el área rural (cinco hijos por mujer en Veraguas) o las Comunidades Indígenas (4,4 hijos por mujer). Esta mayor fecundidad es probablemente el resultado de la falta de acceso a los métodos anticonceptivos que permitan a mujeres y hombres regular su fecundidad (Gráfica Nº 2).

**Gráfica Nº 2**
**Fecundidad y prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil según nivel de pobreza**

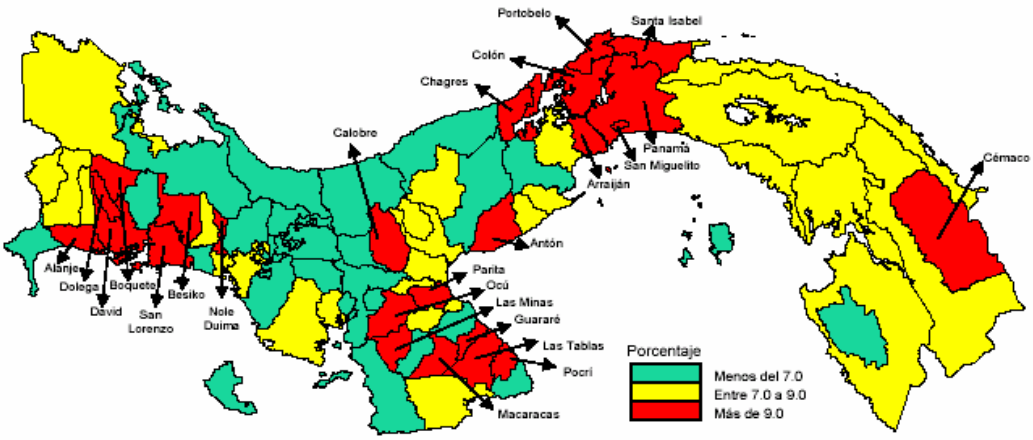



Fuente: Encuesta de Niveles de Vida 2003. Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas 2005.

Para el año 2005, se registró la ocurrencia de 63.645 nacimientos vivos, lo que representa una Tasa Bruta de Natalidad de 19,7 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Las tasas de natalidad más altas se registraron en Bocas del Toro y Kuna Yala, con 28,9 y 28,7 nacimiento por cada 1.000 habitantes respectivamente. Mientras que, debido al tamaño poblacional, la mayor parte de los nacimientos ocurrieron en las provincias de Panamá y Chiriquí, 48% y 12% del total de nacimientos, respectivamente.

El 64,6 por ciento de las madres que registraron un nacimiento en el 2005 residían en el área urbana. Mientras que el 19,2% de dichos nacimientos ocurrieron en madres adolescentes (16,8% en el área urbana y 23,5% en el área rural). Además, en el 9,3% de los nacimientos, el recién nacido presentó bajo peso al nacer (9,6% y 8,5%, en las áreas urbana y rural, respectivamente). El mapa Nº 1 muestra el porcentaje de nacimientos vivos con bajo peso según distrito de residencia de la madre.

**Mapa Nº 1**
**Nacidos vivos en con bajo peso al nacer, por distrito de residencia (%).**
**Panamá, 2005.**




Distritos con mayor porcentaje de nacimientos vivos con bajo peso al nacer

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Santa Isabel | 21.1 | Chagres | 12.4 | Las Minas | 11.0 | Panamá | 9.6 | Guararé | 9.3 |
| Pocrí | 14.8 | Besiko | 12.3 | San Miguelito | 11.0 | Nole Duima | 9.5 | Ocú | 9.2 |
| Taboga | 14.3 | Portobelo | 11.9 | San Lorenzo | 9.8 | Antón | 9.5 | Cémaco | 9.2 |
| Las Tablas | 13.3 | Parita | 11.8 | Boquete | 9.8 | Dolega | 9.5 | Arraiján | 9.1 |
| Macaracas | 12.8 | Colón | 11.3 | Alanje | 9.7 | Calobre | 9.4 | David | 9.1 |

Fuente: Estadísticas vitales. Cifras preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006.

Entre 1990 y 2004, la esperanza de vida aumentó de 72 a 75 años. Las mujeres tienen una diferencia de 4,9 años a su favor, estimándose que la esperanza de vida para las mujeres es 77,6 años. Las principales causas de defunción en mujeres para el año 2003 fueron las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores y neoplasias. Según los datos del registro nacional de cáncer, las cinco principales causas de muerte por tumores y neoplasias en mujeres fueron: el cáncer del cuello de útero, de mama, de piel, de estómago y de colón.

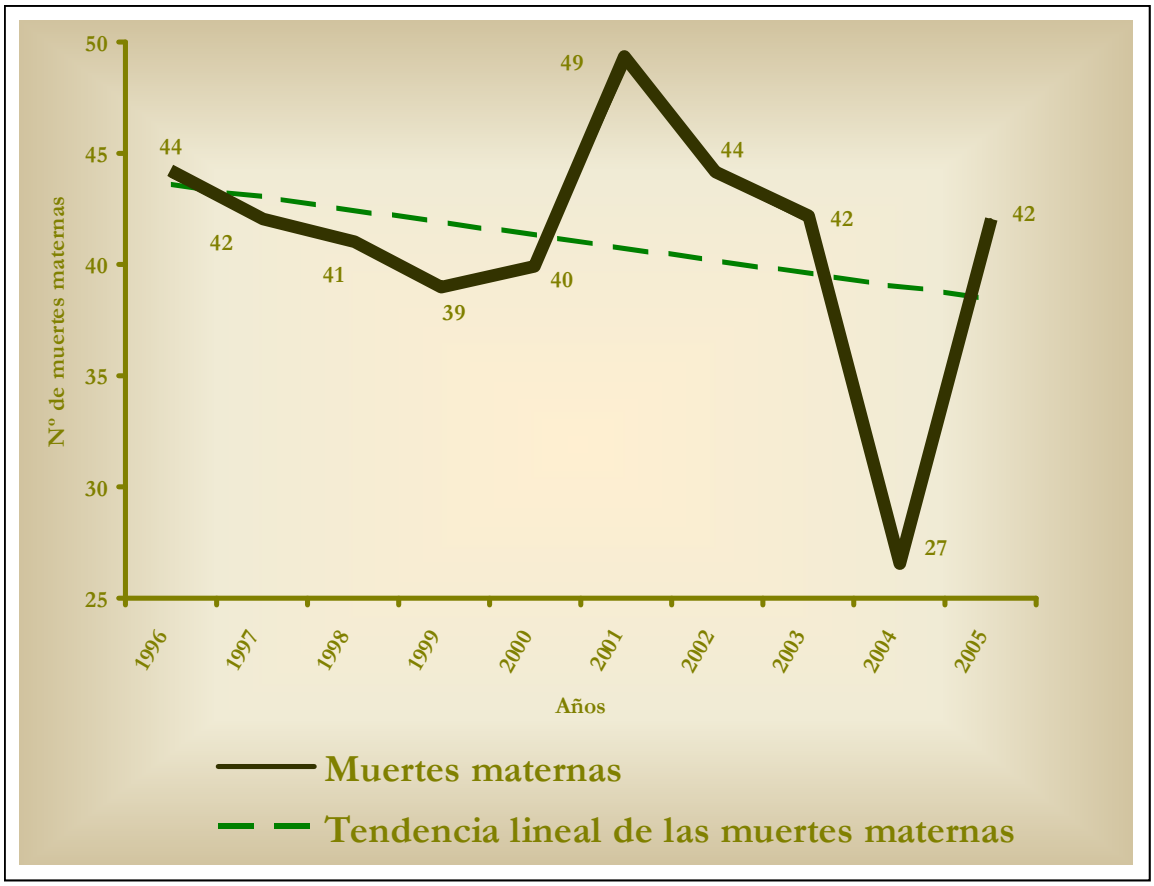
Pero, la mortalidad en mujeres asume características particulares en las diferentes etapas de la vida. Así, durante el primer año de vida, hombres y mujeres tuvieron causas semejantes de mortalidad, excepto que la mortalidad femenina por accidentes, lesiones y otras violencias superó a la masculina. En el grupo de 1 a 4 años, la muerte por desnutrición y la neumonía fue un 30% más frecuente en niñas que en varones. Las muertes por diarrea y gastroenteritis en mujeres duplicaron la cantidad de muertes en varones por la misma causa. En el intervalo de edad comprendido entre los 25 y los 54 años, los tumores ocupan un lugar destacado como causa de mortalidad femenina, superando entre 40% y 120% su frecuencia como causa de muerte en varones. Esta diferencia es mayor entre las edades comprendidas entre los 35 y 44 años, presuponiendo altos costos; tanto en términos de años de vida potencial perdida, como en disfunción familiar por pérdida de la madre.

También, mueren más mujeres que hombres por causa de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Así, la diabetes mellitus tiene una sobremortalidad femenina de 40%. Esta brecha de desventaja en mortalidad por diabetes mellitus para las mujeres se ha ampliado entre 1980 y 2004.

*La mortalidad materna*

A pesar de existir una cobertura relativamente alta de atención profesional del parto (92,5% de los nacimientos vivos registrados en el área urbana y 80% en el área rural) y de atención prenatal (71,8% de las gestantes), el número de muertes maternas registradas no ha variado en los dos últimos decenios (Gráfica Nº 3) a pesar de la disminución de la fecundidad. Por ello, la razón de mortalidad materna para la población total se ha incrementado ligeramente, básicamente por efecto de un incremento en la mortalidad materna en las áreas indígenas y rurales.

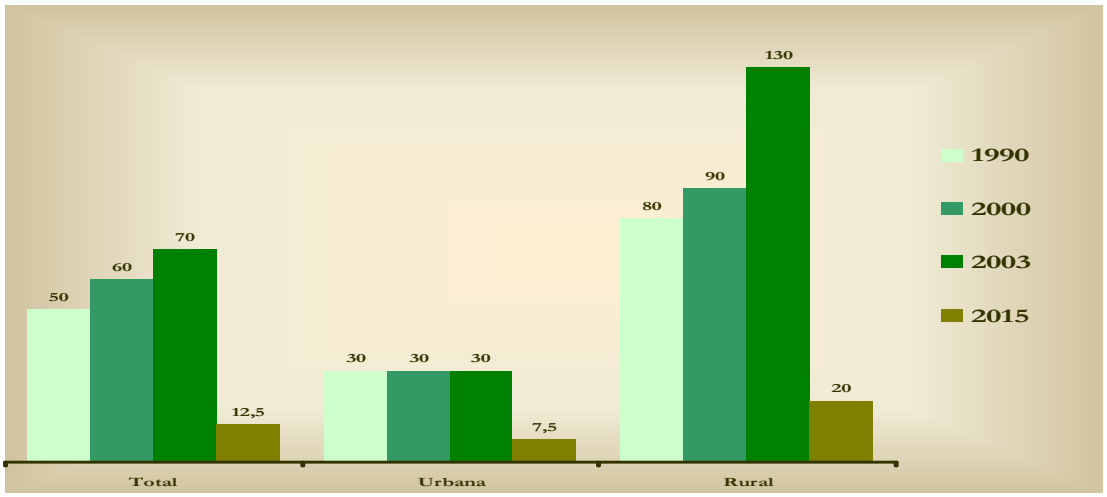
**Gráfica Nº 3**
**Muertes maternas registradas.**
**Panamá, 1996-2005.**




Fuente: Estadísticas Vitales. Cifras Preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006.

En consecuencia, para cumplir con el objetivo Nº 5 de las Metas de Milenio, reducir la razón de muerte materna a 12,5 por 100 mil n.v., Panamá deberá enfrentar un doble desafío: reducir la mortalidad materna, que se ha mantenido sin variaciones, en el área urbana, y a la vez revertir la tendencia actual de incremento de este problema en las áreas indígena y rural (Gráfica Nº 4).

**Gráfica Nº 4**
**Mortalidad materna, según área de residencia.**
**Panamá, 1990-2015.**




Fuente: Segundo informe sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio.
Gabinete Social de la República de Panamá. Sistema de las Naciones Unidas. 2005.

El análisis preliminar del grupo de 204 muertes registradas en el quinquenio anterior (2001-2005), por la Sección de Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República, muestra que la gran mayoría (84%) de las madres fallecidas residían en una de las seis provincias siguientes: Panamá, Comarca Ngöbe Buglé, Comarca Kuna Yala, Colón, Chiriquí y Bocas del Toro. En las tres primeras de dichas provincias se registró la mayor cantidad de muertes maternas por año (14, 8 y 4 muertes registradas por año, respectivamente) (Tabla Nº 1).

**Tabla Nº 1**
**Muertes maternas, según provincia.**
**Panamá, 2001-2005.**

| Provincia | Muertes registradas | | | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | % acumulado | Promedio muertes/año |
| Panamá | 72 | 35 | 35 | 14,4 |
| Comarca Ngöbe Buglé | 38 | 19 | 54 | 7,6 |
| Comarca Kuna Yala | 19 | 9 | 63 | 3,8 |
| Colón | 15 | 7 | 71 | 3 |
| Chiriquí | 14 | 7 | 77 | 2,8 |
| Bocas del Toro | 14 | 7 | 84 | 2,8 |
| Veraguas | 8 | 4 | 88 | 1,6 |
| Darién | 8 | 4 | 92 | 1,6 |
| Coclé | 8 | 4 | 96 | 1,6 |
| Herrera | 4 | 2 | 98 | 0,8 |
| Los Santos | 2 | 1 | 99 | 0,4 |
| Comarca Emberá | 2 | 1 | 100% | 0,4 |
| **País** | **204** | **100%** | | **40,8** |

Fuente: Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República de Panamá. Ciudad de Panamá. 2006.

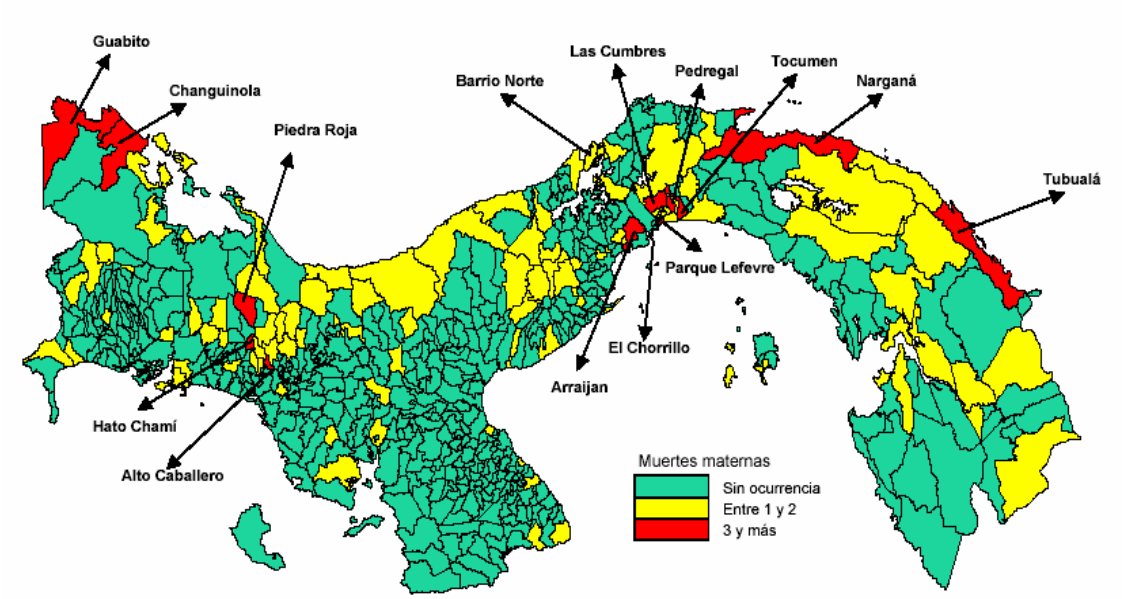
Es importante considerar que cinco de las seis provincias mencionadas en el párrafo anterior tienen una parte importante de la población habitando en el área rural y dos de ellas son Comarcas indígenas. La Sección de Estadísticas Vitales ha reportado que en el área rural, sobretodo en las Comarcas indígenas, un porcentaje significativo de los partos asistidos profesionalmente (88%) ocurren en provincias distintas al área de residencia, lo que significa que las mujeres deben viajar a otra provincia para acceder a una atención calificada del parto; y en segundo lugar las mayores tasas de mortalidad materna registradas por el MINSA para el año 2003, ocurrieron tanto en las Regiones de Salud que atienden a población indígena (Comarca Kuna Yala y Ngöbe Buglé), como en aquellas donde la población habita en áreas rurales dispersas como Bocas del Toro y Darién (Gráfica Nº 5).

**Gráfica Nº 5**
**Mortalidad materna, según región de salud.**
**Panamá, 2003.**

Fuente: Estadísticas de Salud 2005. MINSA 2005.

Por lo tanto, la evidencia indica que la mortalidad materna afecta más a las mujeres que habitan en las áreas indígena y rural. Tal como se muestra en el Mapa Nº 2, donde se aprecian los corregimientos en que habitaban las madres que murieron durante el quinquenio 2001-2005, que sin duda constituyen áreas de intervención prioritaria para reducir la mortalidad materna.

**Mapa Nº 2**
**Muertes maternas, por corregimiento**
**Panamá, 2001-2005**



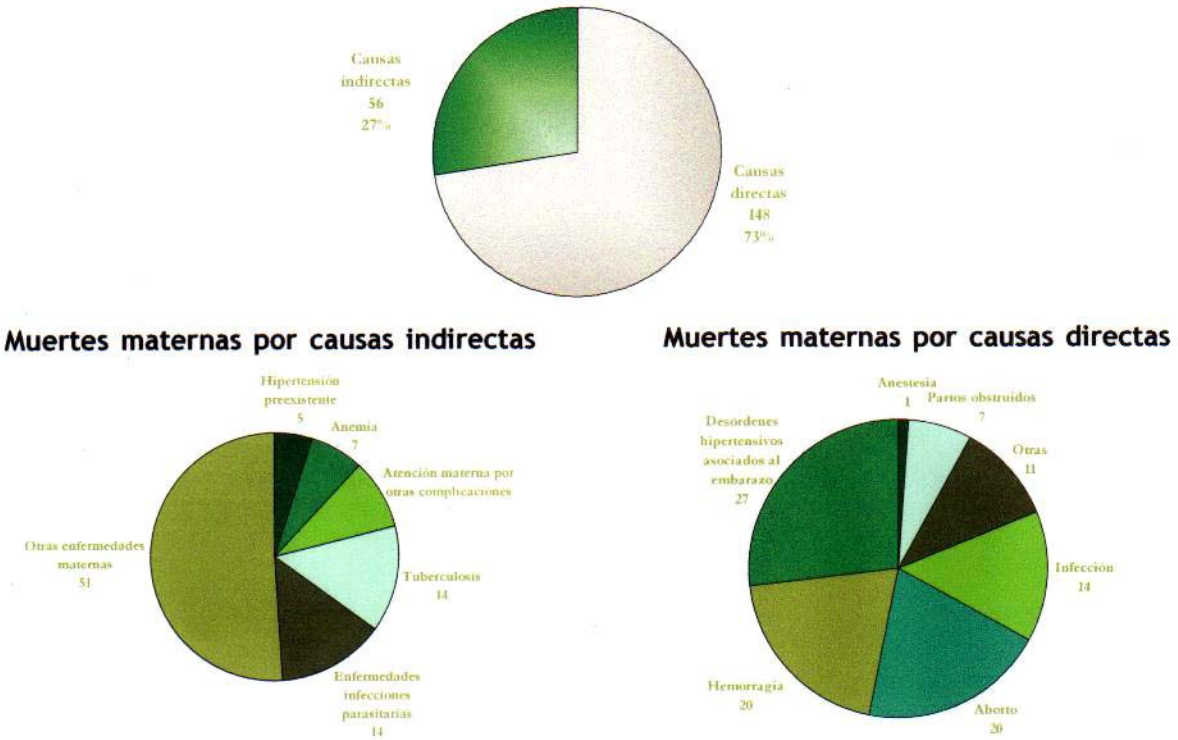

**Corregimientos con más muertes maternas**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Narganá (Cabecera) | 8 | Las Cumbres | 5 | Barrio Norte | 3 | | |
| Tubualá | 8 | Arraiján (Cabecera) | 4 | Guabito | 3 | | |
| Tocumen | 7 | El Chorrillo | 4 | Hato Chamí | 3 | | |
| Pedregal | 6 | Parque Lefevre | 4 | Piedra Roja | 3 | | |
| Changuinola (Cabecera) | 5 | Alto Caballero | 3 | | | | |

Fuente: Estadísticas vitales. Cifras preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006

El análisis preliminar de causas en el mencionado grupo de 204 muertes registradas, revela que casi las tres cuartas partes de las muertes fueron atribuibles a causas obstétricas directas (73%). Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, la hemorragia, el aborto y la infección fueron las causas directas más frecuentes en el referido quinquenio. La tuberculosis, otras enfermedades infecciosas y parasitarias, la anemia y la hipertensión preexistente se cuentan entre las causas identificables del 27% de muertes maternas registradas y atribuibles a causas obstétricas indirectas (Gráfica Nº 6). No obstante, la mitad de dichas muertes han sido incluidas bajo la amplia categoría de Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

**Gráfica Nº 6**
**Muertes maternas registradas, según causa.**
**Panamá, 2001-2005.**




Fuente: Estadísticas Vitales. Cifras Preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006

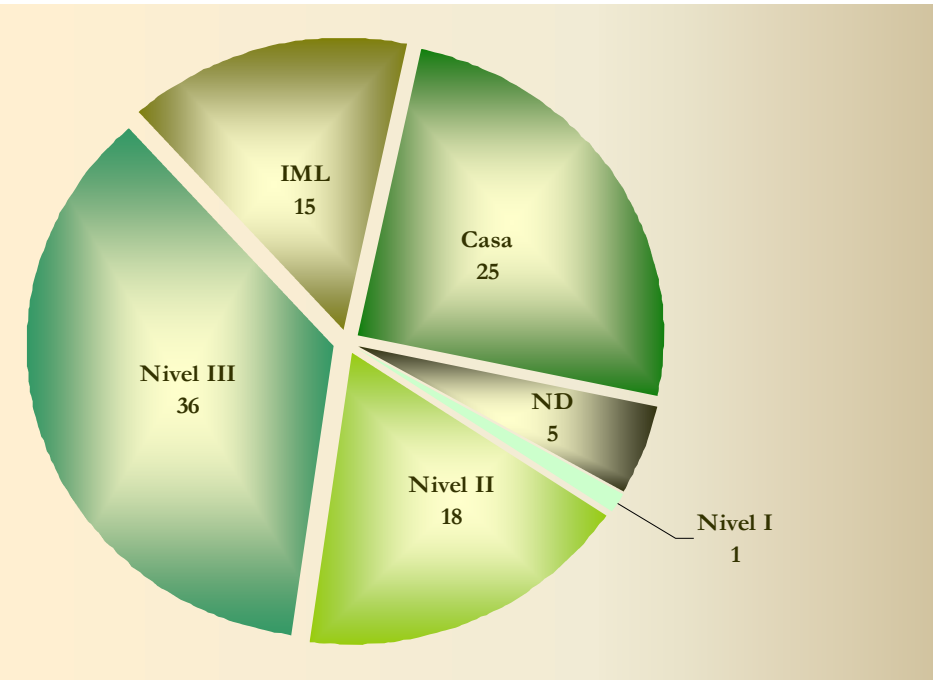
Respecto a la edad de ocurrencia, la mayoría de las muertes registradas ocurrieron en el grupo de edad de 35 a 39 años. Mientras que 18% de las muertes ocurrieron en adolescentes (Gráfica Nº 7).

**Gráfica Nº 7**
**Muertes maternas registradas, según edad.**
**Panamá, 2001-2005.**

Fuente: Estadística Vitales. Cifras preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006.

Finalmente, un poco más del tercio (36%) de las muertes registradas ocurrieron en establecimientos del tercer nivel de atención, 25% en casa y 18% en establecimientos del II nivel (Gráfica Nº 8). La proporción de muertes registradas como ocurridas en establecimientos del I nivel de atención fue escasa (1%) y un 15% de las muertes se registraron en las sedes del Instituto de Medicina Legal.

**Gráfica Nº 8**
**Muertes maternas registradas, según lugar de ocurrencia (%).**
**Panamá, 2001-2005**




Fuente: Estadísticas Vitales. Cifras Preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006

Por lo tanto, la revisión de la evidencia muestra que no se ha cumplido el objetivo del Plan Nacional de Salud formulado en 1997, donde se planteaba lograr para el año 2000 una reducción de la Mortalidad Materna en un 50% (Tasa de 30 por 100 mil n.v.), y la realidad sigue siendo que:

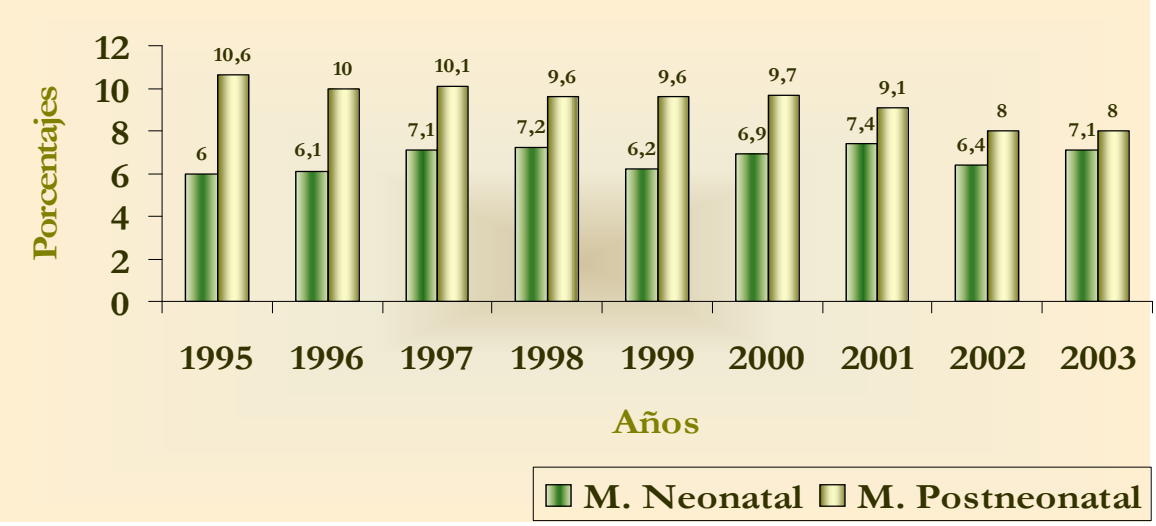
**En Panamá, cada dos semanas muere una mujer por causas relacionadas al embarazo, al parto y al puerperio:**
**SE TRATA DE UNA MUERTE EVITABLE**

*La mortalidad perinatal*

Según la Sección de Análisis Demográfico de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, existe una omisión importante en el registro de defunciones en menores de un año (estimada en 35% para el año 2003). Lo que afecta la estimación de la tasa de mortalidad infantil y sus componentes, en base a los datos del registro de estadísticas vitales. La tasa de mortalidad infantil fue de 15,22 en el 2003 y 14,85 muertes por cada mil n.v. en el 2004. Si bien existe una leve tendencia a la reducción de este indicador, la misma es insuficiente para alcanzar la meta de 6,31 por cada mil n.v., prevista en los Objetivos del Milenio para el año 2015.

Al analizar la mortalidad infantil en sus componentes neonatal y post-neonatal, se puede apreciar dos tendencias distintas. Mientras que la mortalidad post-neonatal tiende a disminuir, la mortalidad neonatal muestra una tendencia en sentido contrario (Gráfica Nº 9). En el año 2003, el 71% de las muertes en niños menores de un año se produjeron en áreas rurales y el 35% de ellas estaban asociadas a afecciones originadas en el periodo perinatal y el 27,6% a malformaciones congénitas. En el año 2004, la mortalidad neonatal (menores de 28 días) se sitúo en 8,4 por 1.000 n.v. y representó una contribución del 56% a las muertes infantiles registradas y la post-neonatal (28 días a 11 meses) en 6,5 por 1.000 n.v.

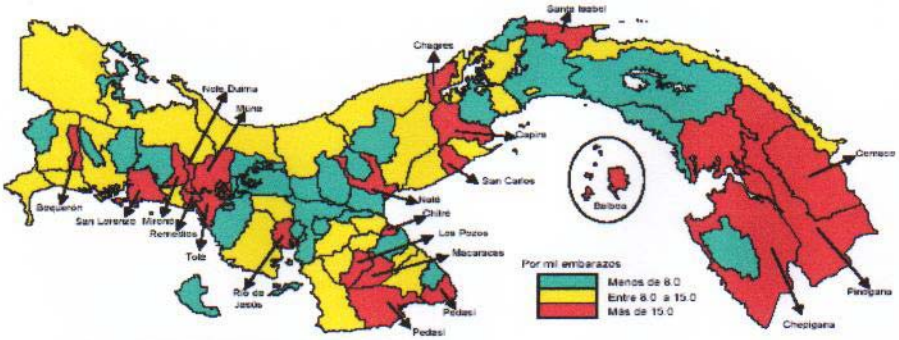
**Gráfica Nº 9**
**Mortalidad infantil neonatal y post-neonatal**
**Panamá, 1995-2003.**




Fuente: Dirección de Estadística y Censos Contraloría General de la República, 2005.

Los datos de los registros estadísticos muestran que los niños que habitan en las áreas indígenas y rurales, así como aquellos que viven en situación de mayor pobreza son los más afectados por la posibilidad de morir en el periodo perinatal. La Dirección de Estadística y Censo ha identificado los distritos con mayor mortalidad perinatal (Mapa Nº 3).

## Mapa Nº 3
## Tasa de mortalidad perinatal, por distrito.
## Panamá, 2005.




**Distritos con mayor Tasa de Mortalidad Perinatal**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Balboa | 91 | Pedasí | 31 | Los Pozos | 25 | Pinogana | 16 | Chepigana | 16 |
| Taboga | 67 | Chagres | 30 | Natá | 25 | Capira | 18 | Tolé | 16 |
| San Lorenzo | 42 | Remedios | 28 | Nole Duima | 24 | Boquerón | 18 | Muna | 16 |
| Cémaco | 33 | Santa Isabel | 26 | Tonosí | 23 | Río de Jesús | 16 | | |
| Macaracas | 32 | Chitré | 26 | San Carlos | 20 | Mironó | 16 | | |

Fuente: Estadísticas Vitales. Cifras Preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006

Una de las causas de la morbilidad y mortalidad perinatal es, sin duda, el acceso a la atención calificada del parto. Si bien la atención profesional ha aumentado de manera sostenida en el país (de 66,3% en 1990 a 92,5% en 2003), aún persiste una menor cobertura en las áreas rurales (de 75,4 en 1990 a 80,4% en el 2003) (Gráfica Nº 10) e indígenas (76,3 en Kuna Yala, 42,8 en Emberá y 34,4% en Ngobe Bublé).

## Gráfica Nº 10
## Atención profesional del parto, según área de residencia
## Panamá 1990-2015.

Fuente: Segundo informe sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio
Gabinete Social de la República de Panamá. Sistema de las Naciones Unidas. 2005.

La sobreutilización de la operación cesárea constituye un factor de riesgo al que son sometidos innecesariamente algunas mujeres y recién nacidos. Pero, en situaciones indicadas, la cesárea es también un procedimiento quirúrgico esencial que puede salvar la vida de la madre y del recién nacido. Por ello, la disponibilidad y frecuencia de este procedimiento es un indicador útil para evaluar la atención materna y perinatal. En el año 2003, el hospital general de referencias para la Comarca Ngöbe Bugle no realizaba cesáreas, mientras que en el hospital de referencia de la Comarca Kuna Yala el índice de cesáreas fue de 1.3 por ciento. En contraste, durante ese mismo año, algunos hospitales de las áreas urbanas de la provincia de Panamá reportaron índices de cesárea altos (entre 28% y 40% del total de partos). El mencionado año, el porcentaje de partos atendidos por cesárea en el país fue de 21.5 por ciento.

Otro indicador de salud perinatal es el bajo peso al nacer. Al respecto, el análisis preliminar de las estadísticas vitales muestra que las provincias de Colón, Los Santos, Panamá y las Comarcas Emberá, Ngöbe Buglé y Kuna Yala presentaron en el año 2005 una mayor frecuencia de bajo peso al nacer que el promedio nacional (Tabla Nº 2). La Dirección de Estadística y Censo también ha identificado los distritos con mayor frecuencia de bajo peso al nacer (Mapa Nº 1).

**Tabla Nº 2**
**Bajo peso al nacer, según provincia.**
**Panamá, 2005.**

| Provincia / Comarca | Bajo peso al nacer (%) |
|---|---|
| Colón | 11.5 |
| C. Emberá | 11.3 |
| C. Ngobe Buglé | 11.3 |
| Los Santos | 9.8 |
| C. Kuna Yala | 9.8 |
| Panamá | 9.6 |
| Total País | 9.3 |
| Herrera | 8.9 |
| Coclé | 8.7 |
| Darién | 8.7 |
| Chiriquí | 8.5 |
| Bocas del Toro | 7.4 |
| Veraguas | 6.4 |

Fuente: Estadísticas vitales. Cifras preliminares Año 2005. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Ciudad de Panamá, 2006.

Finalmente, es importante tener en cuenta algunos otros problemas que afectan la salud perinatal:

- Desde 1995 Panamá sólo ha reportado tres casos de tétanos neonatal, uno en 1995, otro en 1999 y uno en 2004.
- No se ha reportado en los últimos cinco años ningún caso de rubéola congénita. Desde 1992 no ha ocurrido una epidemia de rubéola en el país.
- Según la encuesta nacional de Vitamina A y anemia por deficiencia de hierro de 1999, el porcentaje de embarazadas con anemia asciende al 36,4.
- Panamá es uno de los tres países más afectados en Centroamérica por la epidemia del VIH, con una prevalencia del VIH estimada en 1% de la población en edades entre 15 y 49 años de edad. Esta epidemia se ha feminizado; especialmente en el grupo de edad de 15 a 24 años. En este grupo de edad, el SIDA es la tercera causa de muerte, y las tasas de defunción por esta causa en varones y mujeres son semejantes, 4,9 y 5 muertes por 100 mil habitantes, respectivamente.

Entre los casos registrados de infección por VIH, la transmisión sexual es la principal vía de infección (65,9%) reportada, la perinatal (3,8%) es la segunda vía conocida de infección y ha aumentado 80% en el último quinquenio. Mientras que la transmisión sanguínea se reporta en el 2,3% de los casos y en el 28% restante de casos registrados se desconoce la vía de infección.

# El plan

## a. Principios

El presente plan se enmarca dentro de las Políticas y Estrategias de Salud 2005-2009, las cuales están encaminadas a desarrollar la visión "Salud igual para todos, con todos, en el siglo XXI".

Igualmente, el plan forma parte del conjunto de intervenciones del Programa Integral de Reformas y Modernización del Sistema de Salud que tiene como meta el cumplimiento de la misión del MINSA de *"Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de Atención Primaria y el desarrollo de eficiencia y la calidad con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud".*

Por esta razón, el plan se suscribe a los mismos principios y ejes transversales del sistema sanitario panameño, amparados en las Políticas y Estrategias de Salud 2005 - 2009:

| Principios | Ejes transversales |
|---|---|
| • Igualdad<br>• Universalidad<br>• Integralidad<br>• Sostenibilidad<br>• Solidaridad<br>• Responsabilidad<br>• Participación ciudadana<br>• Interculturalidad<br>• Empoderamiento<br>• Salud para el desarrollo<br>• Bioética<br>• Transparencia<br>• Rendición de cuentas | • Participación ciudadana<br>• Enfoque de género<br>• Derechos humanos<br>• Enfoque intercultural |

Bajo el mandato de dichas Políticas y Estrategias, el plan se propone garantizar los Derechos Humanos relacionados con la maternidad segura:

- Derecho a la vida, la libertad y la seguridad. El mismo que implica el acceso a la atención de la salud apropiada durante el embarazo y el parto, y el libre ejercicio de la pareja al derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

- Derecho a la información y a la educación en salud, que comprende la información sobre salud reproductiva, incluyendo información y servicios de planificación familiar.

- Derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico. Existen los medios para salvar las vidas maternas y el personal especializado que deben ser accesibles a todas las mujeres, así como la información sobre el cuidado antes, durante y después del embarazo.

- Derecho a la equidad y a la no discriminación. De manera que los servicios asistenciales se presten a quien los solicite, sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, clase socioeconómica, condiciones de salud o afecciones preexistentes.

*Los principios que guiarán las acciones del plan a nivel local, con individuos, familias y comunidades, para mejorar la salud de la madre y el recién nacido serán:*

- La búsqueda de la justicia social y la reducción de la pobreza para resolver las inequidades en materia de salud.

- El pleno respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos de mujeres, hombres, adolescentes y recién nacidos.

- El respeto a los valores básicos de libertad de elección, dignidad, diversidad e igualdad.

- El abordaje de los problemas e intervenciones incorporando la perspectiva de género e intercultural.

- El fortalecimiento y apoyo de los recursos sociales, comunitarios y personales existentes.

## b. La visión y misión

La salud de la madre y el niño es una prioridad de salud pública, y un derecho humano, que al inicio del siglo XXI toma una nueva dimensión, enmarcada en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y como parte integral de la reducción de la pobreza. Así, la reducción de la mortalidad materna y perinatal se constituye en un indicador clave de superación de la exclusión, en el mejoramiento del desarrollo humano con equidad y en el cumplimiento del derecho de acceso a la salud, garantizado por el Estado.

### VISIÓN

**Panameñas y panameños gozando de un óptimo nivel de salud y bienestar desde el inicio mismo de sus vidas, sin diferencia alguna que dependa de su nivel de ingreso, sexo, raza, cultura o religión.**

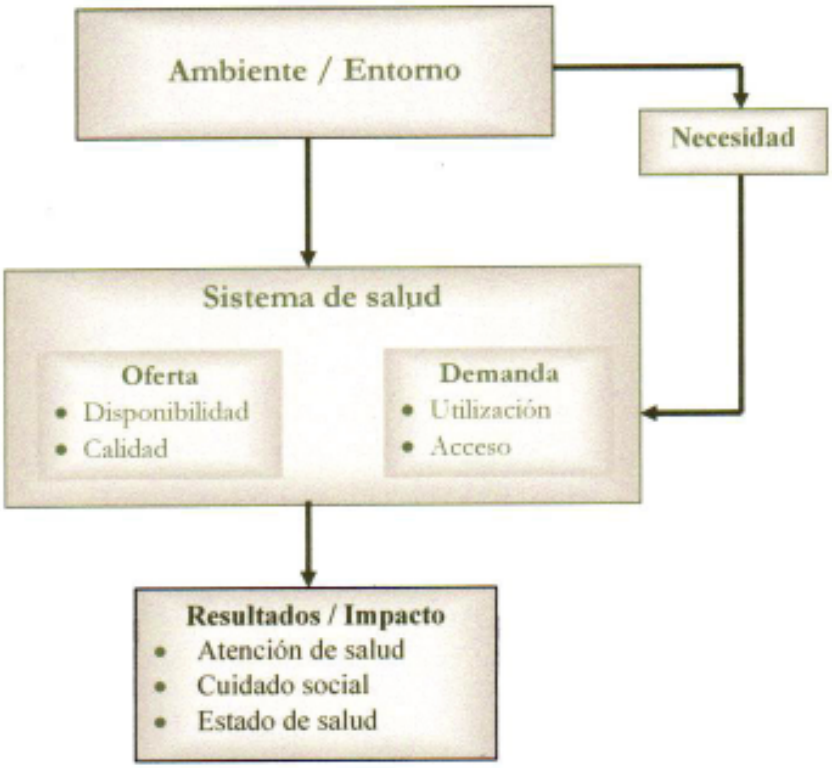
### MISIÓN

**Liderar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a través de intervenciones que disminuyan las brechas de desigualdad en el acceso a la atención calificada para la salud de la madre y el recién nacido, así como en educación y cuidado social para la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños. Haciendo siempre el mayor esfuerzo por ofrecer servicios de atención materna y perinatal seguros, efectivos, oportunos culturalmente sensibles y centrados en las personas con la más activa participación de los diferentes sectores, comunidades, familias e individuos.**

## c. Marco conceptual y enfoque

El análisis de situación realizado, en las secciones anteriores, evidencia que hay dos necesidades importantes que abordar: calidad y cobertura. Estas necesidades deben ser enfrentadas tanto desde el lado de la oferta, como desde la demanda (Esquema Nº 1).

**Esquema Nº 1**
**Marco conceptual para la ejecución y evaluación del Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, 2006-2009.**




- ***Por el lado de la oferta:*** se debe apoyar la disponibilidad universal de una atención materna y perinatal segura, efectiva, oportuna y centrada en las/os usuarias/os. En especial para los grupos de población que más necesitan este tipo de servicios, es decir los habitantes de las áreas indígenas y rurales, y los que viven en situación de pobreza.

- ***Por el lado de la demanda*:** se debe incrementar el acceso y la utilización de los servicios de salud materna y perinatal por parte de toda la población, en especial por parte de los indicados grupos poblacionales.

Según este marco, el plan considera tener acciones a dos niveles: dentro y fuera del sistema de salud.

Las acciones a ejecutarse fuera del sistema de salud incluyen todas aquellas dirigidas a mejorar:

- Los factores de soporte a la prestación de servicios clínicos directos, como: el marco legal institucional y normativo, el financiamiento, la abogacía, información y comunicación, entre otros.

- Fortalecer el proceso de toma de decisiones siendo el primero la decisión de búsqueda de atención y la segunda la demora en el tránsito del hogar al establecimiento de salud en la búsqueda de atención. Lo que implica esfuerzos adicionales hacia el empoderamiento de mujeres, familias y comunidades.

Las acciones a ejecutarse dentro del sistema de salud incluyen tanto la oferta como la demanda de servicios de salud, teniendo como prioridad mejorar la disponibilidad, la calidad, el acceso y la utilización de los servicios de atención materna y perinatal. De esta manera, el plan estará actuando en la reducción de lo que se ha dado en llamar "el tercer retraso", es decir el retraso que se produce cuando a pesar de que la mujer logra llegar al servicio de salud en busca de atención para ella o su recién nacido, no puede acceder a la atención, porque la prestación del servicio no es oportuna, carece de calidad, es inadecuado o inefectivo para prevenir las complicaciones, ya sea por carencias en medicamentos, equipos, insumos, infraestructura o personal calificado, entre otras muchas razones.

Los resultados y el impacto del plan se analizarán en tres niveles:

Primero, en relación a que el balance entre oferta y demanda muestre que:

- ✓ Existen suficientes Puntos de Entrega de Servicios (PES) para la atención materna y perinatal.

- ✓ Los PES están equitativamente distribuidos en el territorio de la República, en relación a la población beneficiaria.

- ✓ Las mujeres y los recién nacidos están usando estos PES.

- ✓ Los segmentos de población "que realmente necesitan atención" están usando estos PES.

- ✓ Los PES tienen la capacidad de proporcionar intervenciones esenciales para salvar vidas de madres y recién nacidos durante el embarazo, el parto, el puerperio y el periodo perinatal, respectivamente.

- ✓ La calidad de los servicios ofrecidos en los PES es adecuada.

En segundo lugar, los resultados o impacto del plan se analizarán en relación a las acciones de cuidado social, prestada por el sector salud. Por ejemplo: complementación alimentaria, etc., o por otros sectores: educación, vivienda, etc.

Finalmente, en tercer lugar, el seguimiento y evaluación del plan considerará los cambios en el estado de salud de las personas beneficiarias, es decir los cambios en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Adicionalmente, en el presente plan se plantea avanzar en la transversalización de cuatro enfoques imprescindibles para dar cumplimiento a sus objetivos: *de derechos humanos, género, interculturalidad, e intersectorialidad.*

## d. Propósito, objetivos generales y metas

El propósito de este plan es contribuir a mejorar la salud de las mujeres y los recién nacidos de Panamá, implementando en todo el país estrategias e intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado ser efectivas, particularmente en las regiones que muestran mayores índices de morbilidad y mortalidad, reduciendo las actuales brechas de salud materna y perinatal entre los pobladores de las distintas regiones de salud.

El plan tiene los siguientes objetivos generales:

- Reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Panamá para lograr el cumplimiento del Objetivo del Milenio de haber reducido para 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes, respecto de sus tasas de 1990.

- Reducir las brechas en salud materna y perinatal en Panamá, focalizando la implementación de las estrategias en las áreas rurales y pueblos indígenas más postergados y vulnerables, a través del fortalecimiento y la mejora de la calidad de atención de la red de servicios en el país.

Las metas establecidas para el plan son:

**Para el año 2009, haber reducido la:**

- **Tasa de mortalidad materna total a 40 por 100 mil n.v.**
- **Tasa de mortalidad materna rural a 75 por 100 mil n.v.**
- **Tasa de mortalidad materna urbana a 19 por 100 mil n.v.**
- **Tasa de mortalidad perinatal a una tercera parte con respecto a la registrada en el año 2000.**

## e. Componentes, lineamientos estratégicos y resultados esperados

A fin de visualizar operativamente la situación, se definieron seis componentes sobre los que resulta prioritario actuar y que constituirán los ejes del plan:

1. Marco legal, institucional y normativo.
2. Financiamiento.
3. Promoción y prevención.
4. Servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales.
5. Vigilancia epidemiológica.
6. Comunicación social y participación comunitaria.

Sin embargo, estos componentes deberán articularse, teniendo en cuenta el marco conceptual planteado anteriormente, durante el desarrollo del plan con el fin de transformar el mismo en una propuesta sustentable.

Del análisis de la situación de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el país, se desprende que realizando intervenciones sobre los seis componentes planteados será posible:

- Revertir para el año 2009 la tendencia de los indicadores y alcanzar las metas propuestas para este plan.
- Ir progresivamente acortando la diferencia que separa los actuales indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

*Componente 1: Marco legal, institucional y normativo*

El MINSA, en su calidad de ente rector de las políticas públicas en salud, efectuará una recopilación, análisis, adecuación de la legislación y actualización de la normativa existente en el campo de la SSR, generando un nuevo plan de Salud Sexual y Reproductiva, que incluirá la RMMMP.

Se seguirán los siguientes lineamientos estratégicos:

- Incrementar la divulgación y cumplimiento de la legislación existente sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, y su relevancia para la RMMMP.

- Fortalecer la coordinación intra e inter-institucional del sistema de salud (MINSA, CSS, medicina privada y medicina tradicional) para el proceso administrativo (planificación, ejecución y supervisión), relacionado a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

- Fortalecer la coordinación intersectorial (la comunidad, las OGs, ONGs, los gremios, sector privado y las Universidades) para lograr la apropiación del tema de salud materna y perinatal como prioridad esencial para el desarrollo nacional, articulando acciones entre los diversos sectores involucrados.

- Lograr planes de trabajo consensuados; a partir de la más amplia participación activa de todos los ciudadanos del país en su elaboración, ejecución y monitoreo.

| ***Componente 1: Marco legal, institucional y normativo*** <br> Actualizar, ejecutar y evaluar las políticas sanitarias y el marco legal y normativo necesario para incrementar, fortalecer y respaldar la más amplia participación ciudadana y coordinación intra e intersectorial. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 1.1 Al final de 2006, haber establecido un marco de acción intersectorial para la RMMMP. | • Información y sensibilización para generar apoyo social.<br>• Desarrollo de iniciativas de trabajo conjunto intrasectorial.<br>• Desarrollo de iniciativas de trabajo conjunto intersectorial. | • Número de instituciones (públicas, privadas y de la sociedad civil) que apoyen la RMMMP.<br>• Número de acuerdos, convenios o planes de colaboración firmados. |
| 1.2 Al final de 2006, haber establecido una acción sectorial organizada y efectiva para la RMMMP. | • Información y sensibilización institucional, gremial y profesional.<br>• Desarrollo de iniciativas de trabajo conjunto intra e interinstitucional. | • Número de acuerdos, convenios o planes de colaboración en ejecución. |
| 1.3 Al final de 2006, haber reglamentado el artículo 55 de la Ley Nº 10 que crea la Comarca Ngöbe-Buglé. | • Consulta.<br>• Abogacía.<br>• Propuesta de reglamentación. | • Reglamento del artículo 55 de la Ley Nº 10 de la Comarca Ngöbe-Buglé. |
| 1.4 Al final de 2007, haber adoptado un criterio normativo común entre las diferentes instituciones prestadoras de salud. | • Elaboración del marco legal y normativo común.<br>• Revisión y aprobación.<br>• Adopción progresiva.<br>• Vigilancia y control.<br>• Evaluación. | • Marco legal y normativo nacional.<br>• Porcentaje de instituciones que adoptan normas nacionales.<br>• Porcentaje de establecimientos por institución que operan bajo las normas nacionales. |
| 1.5 Al final de 2007, haber logrado la gratuidad en la atención prenatal, del parto y del recién nacido. | • Fortalecer el sistema de protección social.<br>• Elaboración del marco legal y normativo.<br>• Revisión y aprobación.<br>• Adopción progresiva.<br>• Vigilancia y control.<br>• Evaluación. | • Marco legal y normativo de gratuidad.<br>• Número de provincias y/o distritos en los que se han realizado procesos de auditoria para vigilar la atención gratuita. |

*Componente 2: Financiamiento*

Se fortalecerá la asignación de recursos del sistema de cuentas nacionales a los presupuestos regionales y locales para el desarrollo y extensión de la cobertura de las acciones e intervenciones para la RMMMP, priorizando la asignación del gasto que permita financiar la prestación directa de servicios de salud.

La Dirección Nacional de Asuntos Internacionales y la Dirección General de Salud del MINSA buscarán incrementar y regular la ayuda de la cooperación externa para apoyar la extensión de la

cobertura de la atención calificada del embarazo, el parto y el recién nacido. Así como, para apoyar proyectos complementarios de mejoramiento del estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Para ello, será necesario fortalecer la capacidad institucional de búsqueda de fondos para mantener y mejorar la prioridad de la atención a la salud materna y perinatal.

Por último, se prestará especial atención a la distribución efectiva y aplicación eficiente de los recursos financieros, para garantizar que se transformen en servicios y prestaciones disponibles para la población. En particular para aquellos grupos de población que tienen limitaciones o están excluidos del acceso a servicios de calidad debido al costo.

Este componente seguirá los siguientes lineamientos estratégicos:

- Garantizar e incrementar la asignación y ejecución presupuestaria de fondos para acciones en RMMMP en particular y de SSR en general.
- Movilizar recursos y mejorar la coordinación con las diferentes agencias y organismos de cooperación externa para apoyar las acciones de capacitación, asesoría, intercambio e investigación.

| ***Componente 2: Financiamiento***<br>Garantizar el financiamiento y sostenibilidad de las acciones dirigidas a la RMMMP. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 2.1 Mejorar la asignación de recursos, a nivel nacional, regional y local, para financiar acciones de RMMMP en particular y de SSR en general, priorizando acciones en distritos con mayor población afectada. | • Elaboración de presupuestos y cuentas nacionales.<br>• Asignación de recursos financieros.<br>• Obligación de fondos públicos a nivel nacional, regional y local. | • Presupuestos nacionales, regionales y locales en RMMMP y SSR.<br>• Porcentaje de ejecución de presupuestos nacionales, regionales y locales en RMMMP y SSR. |
| 2.2 Asegurar financiamiento de cobertura en SSR de población en situación de pobreza. | • Obligación de fondos públicos a nivel nacional, regional y local.<br>• Asignación presupuestaria para la compra nacional de anticonceptivos. | • Evolución del gasto en infraestructura.<br>• Evolución del gasto en medicamentos, equipos e insumos.<br>• Evolución del gasto en servicios.<br>• Incremento de la compra y dotación de anticonceptivos. |
| 2.3 Fortalecer la administración y gestión de los recursos a nivel regional y local. | • Capacitación en gestión.<br>• Presupuesto por objetivos.<br>• Vigilancia y control de ejecución de gasto.<br>• Evaluación financiera. | • Número de presupuestos institucionales, regionales y locales.<br>• Porcentaje ejecución presupuestaria a nivel nacional, regional y local.<br>• Porcentaje de rendiciones de cuentas sometidas a tiempo. |

| ***Componente 2: Financiamiento*** <br> Garantizar el financiamiento y sostenibilidad de las acciones dirigidas a la RMMMP. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 2.4 Asegurar y/o incrementar el volumen de recursos provenientes de la cooperación externa. | • Búsqueda de recursos externos.<br>• Movilización de recursos externos.<br>• Asignación de recursos en áreas prioritarias.<br>• Vigilancia, control y evaluación.<br>• Movilización de recursos de la empresa privada y entidades cívicas.<br>• Alianzas con las universidades. | • Número de agencias u organismos de cooperación que aportan recursos para RMMMP.<br>• Número de líneas de cooperación por agencia u organismo.<br>• Número de proyectos de cooperación financiados. |

*Componente 3: Promoción y prevención*

Considerando la promoción de la salud como *"el proceso de capacitar a las personas y los grupos para ejercer un mayor control sobre su salud y su calidad de vida para mejorarlas" y* teniendo en cuenta que la gestación, el parto y el cuidado del recién nacido no son sólo procesos de carácter individual, sino que revisten una índole familiar y social, resulta entonces imprescindible trabajar en el desarrollo de aptitudes que aseguren entornos familiares y comunitarios favorables para enfrentar estos hechos vitales y trascendentes. Adicionalmente, tomar en cuenta la importancia que guarda el factor cultural para el acceso oportuno y la utilización de los servicios en las Comarcas Indígenas, hace de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad un punto clave de este plan.

Por ello, y en vista de sus antecedentes en Panamá, el plan considera esencial un fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria, en particular en relación a la participación activa de la comunidad en la promoción y prevención en SSR, a través de todas las etapas, desde la planificación hasta la evaluación. Sólo una participación comunitaria activa puede permitir la construcción de un vínculo fuerte y solidario entre el Estado y la sociedad civil para el desarrollo de modelos de atención sostenibles y adecuados a la realidad local. Dentro de la participación, será importante considerar la inclusión de los líderes de opinión, ya que ellos constituyen la figura de referencia para amplios sectores de la población y son parte del capital cultural. Ellos moldean el comportamiento de la población, brindan información y generan redes de apoyo o sanción.

Este componente responderá a los siguientes lineamientos estratégicos:

- Propiciar el empoderamiento de mujeres, familias y comunidades para la toma de decisiones libres, informadas y autónomas sobre su sexualidad y reproducción en general y para la RMMMP en particular.

- Promoción y desarrollo de iniciativas para crear y reforzar entornos favorables para la salud de mujeres, madres y recién nacidos, que hagan posible el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

- Fortalecer la participación de los tomadores de decisiones regionales y locales (autoridades tradicionales y funcionarios públicos) en el desarrollo de estrategias interculturales de atención en SSR.

| ***Componente 3: Promoción y prevención*** <br> Mejorar el conocimiento y las condiciones sociales 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. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 3.1 Al final de 2007, haber realizado actividades de difusión y promoción de los DSR y la importancia social de la RMMMP en los distritos con mayor MMMP. | • Promoción y sensibilización sobre DSR y RMMMP para diferentes audiencias.<br>• Capacitación sobre DSR y RMMMP para diferentes grupos de actores sociales.<br>• Campañas de difusión sobre DSR y RMMMP por medios masivos y alternativos.<br>• Investigación.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Número de actividades de promoción y sensibilización sobre DSR y RMMMP según provincia y distrito.<br>• Número de actividades de capacitación sobre DSR y RMMMP según provincia y distrito.<br>• Número de actividades de difusión por medios masivos y alternativos sobre DSR y RMMMP según provincia y distrito.<br>• Porcentaje de segmentos de población y actores sociales con conocimientos de DSR y RMMMP. |
| 3.2 Al final del periodo, haber logrado una participación efectiva de familias y comunidades, agrupando y compartiendo recursos para intervenciones conjuntas de promoción y prevención en los distritos con mayor MMMP. | • Identificación y capacitación de líderes, grupos organizados e instituciones.<br>• Establecimiento de coaliciones y alianzas estratégicas para la formación de redes de apoyo local.<br>• Información, capacitación y educación para autodiagnóstico y autocuidado para diferentes audiencias y/o actores sociales.<br>• Desarrollo de procesos de empoderamiento y participativos de mujeres, individuos, familias y comunidades en el cuidado de la mujer embarazada y el recién nacido. | • Número de líderes, grupos organizados e instituciones según distrito participando en las iniciativas de RMMMP.<br>• Número de coaliciones y alianzas según distrito.<br>• Número de redes de apoyo social para la RMMMP según distrito y provincia.<br>• Número de albergues maternos según distrito y provincia.<br>• Número de actividades de IEC realizadas según distrito. |
| 3.3 Al final del periodo, haber fortalecido el trabajo conjunto intra e intersectorial para intervenciones conjuntas de promoción y | • Implementación del Programa de Difusión de la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres.<br>• Incorporación de la enseñanza de SSR, DSR y RMMMP a la currícula educativa. | • Número de actividades de difusión y capacitación en derechos humanos, cultura y género según distrito.<br>• Número de intervenciones o proyectos locales que incorporan el concepto de igualdad de oportunidades para las mujeres. |

| ***Componente 3: Promoción y prevención*** <br> Mejorar el conocimiento y las condiciones sociales 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. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| prevención en los distritos con mayor MMMP. | • Campañas de alfabetización funcional para mujeres que habitan en áreas rurales y Comarcas Indígenas.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Número de programas educativos que incorporan SSR, DSR y RMMMP según distrito.<br>• Número de mujeres que concluyen programa de alfabetización funcional. |
| 3.4 Al final del periodo, haber desarrollado e implementado por lo menos tres modelos de intervenciones con adecuación cultural para intervenciones de promoción y prevención en los distritos con mayor MMMP. | • Investigación socio-antropológica.<br>• Reconocimiento y apropiación por sistema y proveedores de salud de diferentes representaciones y significaciones culturales en torno a SSR, especialmente aquellas relacionadas a la gestación, parto, puerperio y recién nacido.<br>• Desarrollo de formas innovadoras de APS y modelos de atención culturalmente adecuados.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Aplicación extensiva de modelos adaptados a cada realidad local. | • Tres modelos APS y atención materna y perinatal con adaptación cultural en operación.<br>• Análisis de sostenibilidad y autogestión de los modelos APS y atención materna y perinatal con adaptación cultural. |

*Componente 4: Servicios de cuidados obstétricos, perinatales y neonatales esenciales*

Los servicios de salud son sustantivos para la formación y desarrollo del capital humano. La consecuencia extrema de la no prestación, prestación inadecuada o inoportuna de servicios puede ser la diferencia entre la vida y la muerte de las mujeres y recién nacidos, en particular para aquellos que forman parte de los grupos más vulnerables.

Por esta razón, el componente de servicios resulta uno de los ejes claves de este plan, ya que una de las mayores inequidades que afecta a la población más vulnerable es la carencia y/o dificultad en el acceso a servicios de calidad.

En este componente será necesario considerar tanto la infraestructura de los servicios en cuanto se refiere a la planta física, disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos, como también la disponibilidad de recursos humanos competentes, como en lo que se refiere a los procesos de la

atención, como el cumplimiento de las normas y procedimientos, la atención interpersonal, la efectividad percibida por las usuarias y la satisfacción percibida por ambos, usuarias y prestadores.

La atención a la SSR será el eje de la atención integral de salud para prevenir las muertes maternas, incluyendo la atención de las complicaciones de emergencias obstétricas y neonatales. Esto implica tener una red de servicios funcionado que incluye la provisión de cuidados obstétricos esenciales y neonatales como ser atención pre y postnatal, atención del parto, atención neonatal, asegurando un ambiente habilitante con un sistema de referencia y contrarreferencia funcionando.

Así mismo el enfoque del SSR guiará las acciones de extensión de cobertura y de mejoramiento de calidad a todo lo largo del ciclo vital relacionado a la reproducción (período preconcepcional, gestación, parto, puerperio y periodo perinatal. Incluyendo la atención post-aborto y la entrega de información y métodos de regulación de la fecundidad). La presencia de una gestación, convertirá a cualquier mujer que concurra a un establecimiento de salud, independiente de su razón o condición, en una usuaria prioritaria para brindarle acciones de consejería, prevención de riesgos y enfermedades, prestación de atención calificada o recuperación de daños y/o discapacidades. Para ello, se realizará la captación activa de embarazadas, en especial en las regiones de más difícil acceso. A todas las mujeres se les facilitará una atención calificada del parto, en un entorno apropiado de respeto a sus valores culturales. Se pondrá especial atención en la continuidad y seguimiento no sólo de ella, sino también del recién nacido.

Será necesario efectuar una evaluación de los servicios de atención obstétrica perinatal neonatal y de salud sexual y reproductiva existentes, a fin de garantizar la calidad de los mismos, la respuesta en red a las principales complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales, y su distribución equitativa en base a las necesidades y demandas de la población. De igual manera, se pondrá especial atención a la calificación y distribución de los recursos humanos, para que también respondan a las verdaderas necesidades del país y de la población beneficiaria. Para lo cual, se implementará un programa de desarrollo de recursos humanos que contemple acciones tanto de sensibilización y capacitación, como de incentivos y evaluación.

Este componente se guiará por los siguientes lineamientos estratégicos:

- Promoción de la equidad y disminución de brechas en disponibilidad, calidad, acceso y utilización de servicios de atención materno-perinatal y salud reproductiva.
- Promoción de una atención calificada que sea gratuita, segura, efectiva, oportuna y centrada en la usuaria y sus familias.
- Desarrollo de servicios proactivos en la integración de la atención especializada calificada, incluyendo las medidas de promoción y prevención.
- Capacidad de respuesta de la red obstétrica, perinatal y neoanatal a las principales complicaciones obstétricas y neonatales y emergencias obstétricas y neonatales.
- Estimulación de la colaboración activa con individuos, familias, parteras comunitarias, autoridades tradicionales y locales, y comunidades para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios.
- Construcción de modelos locales demostrativos de participación y sostenibilidad.
- Promover el desarrollo de los recursos humanos calificados y asegurar su distribución.

- Garantizar el abastecimiento oportuno y continuo de equipos, medicamentos e insumos.
- Coordinar con las auditorías sociales comunitarias la vigilancia de los servicios de SSR.

| ***Componente 4: Servicios de atención obstétrica y perinatal*** <br> Garantizar la disponibilidad, utilización y acceso a una atención materna, perinatal y de salud reproductiva calificada, segura, efectiva, oportuna y centrada en las necesidades de la usuaria. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 4.1 Para fines de 2006, haber incrementado el acceso a la atención calificada en los distritos con mayor incidencia de morbilidad y/o mortalidad materna y/o perinatal. | • Incrementar puntos de entrega de los seis servicios básicos de un COEm (no quirúrgico) en distritos seleccionados. Esto incluye los aspectos neonatales.<br>• Desarrollo de modelos participativos de atención para zonas rurales dispersas.<br>• Desarrollo de modelos participativos de atención a zonas urbanas de alta y baja concentración poblacional. | Para distritos seleccionados:<br>• Porcentaje de madres con atención calificada del parto.<br>• Porcentaje de gestantes que recibieron complementación alimentaria.<br>• Porcentaje de gestantes que recibieron suplemento de hierro.<br>• Porcentaje de gestantes que realizaron prueba diagnóstica para anemia.<br>• Ambiente adecuado, culturalmente sensible y amigable para la embarazada y su familia.<br>• Aumentando el conocimiento del gobierno y sociedad civil sobre la efectividad e los COEm.<br>• Porcentaje de gestantes que realizaron prueba diagnóstica para sífilis e infección por VIH.<br>• Porcentaje de gestantes que realizaron prueba diagnóstica para diabetes. |
| 4.2 Para fines de 2006, haber mejorado la disponibilidad y el acceso a métodos anticonceptivos modernos en todos los establecimientos de salud. | • Información, educación y comunicación.<br>• Guías técnicas y capacitación.<br>• Abastecimiento de instrumental, anticonceptivos e insumos.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Investigación. | • Número de MEF que recibieron información, educación o consejería.<br>• Total de insumos entregados según método.<br>• Porcentaje de abandono según método.<br>• Porcentaje de nuevos aceptantes en relación al total de personas que recibieron información o consejería.<br>• Porcentaje reportado de falla de método. |
| 4.3 Para fines de 2006, haber asegurado el abastecimiento continuo de equipos, medicamentos e insumos esenciales para la | • Desarrollo de sistema logístico de abastecimiento continúo de instrumental, anticonceptivos e insumos.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Porcentaje de establecimientos según niveles de atención equipados y abastecidos por ítem según distrito y provincia. |

| ***Componente 4: Servicios de atención obstétrica y perinatal*** <br> Garantizar la disponibilidad, utilización y acceso a una atención materna, perinatal y de salud reproductiva calificada, segura, efectiva, oportuna y centrada en las necesidades de la usuaria. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| atención calificada del parto, el recién nacido y la entrega de métodos anticonceptivos a todos los establecimientos de salud. | • Investigación. | • Porcentaje de establecimientos por provincia y distrito con desabastecimiento de insumos esenciales para la atención calificada del parto (% de semanas sin insumos por año). |
| 4.4 Para fines de 2007, los establecimientos que atienden a la población indígena contarán con servicios de atención calificada del parto, el aborto, el recién nacido y de entrega de métodos anticonceptivos, adecuados al entorno cultural de las/os usuarias/os (COEm básico y COEm ampliado), incluyendo cuidados neonatales (CONE). | • Evaluación de modelos y experiencias previas.<br>• Desarrollo y prueba de modelos alternativos en distritos prioritarios.<br>• Formación de profesionales ad hoc.<br>• Desarrollo y fortalecimiento de infraestructura disponible.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Investigación sobre accesibilidad, disponibilidad y uso de servicios que ofrecen atención obstétrica de emergencia. | • Cantidad disponible de servicios COEm que brindan atención calificada del parto, aborto, y cuidados neonatales y planificación familiar disponibles por distrito prioritario seleccionado.<br>• Número de atenciones realizadas por establecimiento. |
| 4.5 Para fines de 2009, haber mejorado la disponibilidad de servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, atención calificada del parto, el aborto, el recién nacido y de entrega de métodos anticonceptivos. | • Distribución equitativa de la oferta de servicios.<br>• Redes obstétricas y neonatales funcionando y con capacidad de respuesta a las principales complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales.<br>• Desarrollo de recursos humanos calificados.<br>• Evaluación y garantía de la calidad de la oferta de servicios.<br>• Desarrollo de modelos participativos para mejorar el acceso, la utilización de los servicios, así como su capacidad de respuesta.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Investigación. | • Número de establecimientos para atención calificada disponibles según distrito.<br>• Porcentaje de distritos sin establecimientos que oferten servicios calificados.<br>• Porcentaje de establecimientos con calidad acreditada (según evaluación in situ) por distrito.<br>• Porcentaje de las redes obstétricas y neonatales funcionando. |

*Componente 5: Vigilancia epidemiológica de la MMMP*

Como hemos señalado en la primera parte hay diferencias entre las tasas estimadas y las registradas, debido sobre todo a la falta de confiabilidad en los datos registrados, además de problemas de subregistro, en particular en las áreas rurales y de las Comarcas Indígenas.

Para garantizar un adecuado seguimiento y evaluación del plan, que permita una reducción efectiva de MMMP, se necesitará mejorar tanto la recolección como el análisis de los datos disponibles, para generar indicadores específicos y confiables. Para ello, se capacitará al personal local que desarrolla estas tareas, insistiéndose en la importante relevancia del trabajo de vigilancia y evaluación como base para la toma de decisiones, asignación de recursos y aplicación de intervenciones efectivas y sostenibles para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por último, será importante tener en cuenta la desagregación según etnia, cuartil de ingreso y género.

Este componente se guiará por los siguientes lineamientos estratégicos:

- Mejorar la identificación de casos, la recolección y análisis de la MMMP para la acción y la toma de decisiones basadas en la información y evidencias.

- Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de la MMMP.

| ***Componente 5: Vigilancia epidemiológica de la MMMP***<br>Fortalecer la recolección continua y sistemática de datos y la generación oportuna de información esencial para la toma de decisiones respecto a la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones del plan y el cumplimiento de sus objetivos y misión. | | |
|---|---|---|
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 5.1 Para fines de 2006, haber fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica de la MMMP. | • Actualización y mejoramiento del sistema de vigilancia.<br>• Fortalecimiento y actualización de los mecanismos de coordinación.<br>• Revisión y actualización de los procesos de identificación, recolección de datos, flujo de información y análisis para la acción.<br>• Capacitación.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Difusión de resultados e información a diferentes audiencias a nivel nacional, regional y local. | • Modelo y normas actualizadas, aprobadas y publicadas.<br>• Número de informes publicados por los niveles nacional, regional y local.<br>• Número de recomendaciones por los niveles nacional, regional y local. |
| 5.2 Para fines de 2006, haber establecido un proceso local y nacional de vigilancia epidemiológica activo de la mortalidad materna que | • Actualización y fortalecimiento de un modelo de búsqueda activa de muertes maternas y análisis confidencial de muertes maternas a | • Modelo confidencial de búsqueda y análisis de muertes maternas registradas, a nivel institucional y comunitaria, funcionando. |

| ***Componente 5: Vigilancia epidemiológica de la MMMP*** | | |
|---|---|---|
| Fortalecer la recolección continua y sistemática de datos y la generación oportuna de información esencial para la toma de decisiones respecto a la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones del plan y el cumplimiento de sus objetivos y misión. | | |
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| fortalezca la toma de decisiones | partir de los certificados de defunción y autopsias verbales.<br>• Determinación de un sistema de monitoreo nacional y local.<br>• Revisión y actualización de los procesos de recolección de datos, flujo de información y análisis y generación de información para la acción.<br>• Capacitación de equipos locales y nacionales a nivel interinstitucional.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Difusión de resultados e información a diferentes audiencias a nivel nacional, regional y local. | • Número de informes publicados.<br>• Plan de recomendaciones por niveles nacional, regional y local, ejecutado.<br>• Número de muertes maternas auditadas y analizadas, según grupo etario, etnia y localización geográfica. |
| 5.3 Para fines de 2006, haber establecido un proceso para generar información a partir de registros clínicos y estadísticas de servicio. | • Revisión, actualización e implantación del carné, la HCPB y el SIP en las redes de establecimiento del país.<br>• Determinación de procesos de recolección de datos, flujo de información, análisis y generación de información para la gestión.<br>• Capacitación.<br>• Seguimiento y evaluación.<br>• Difusión de resultados e información a diferentes audiencias a nivel nacional, regional y local. | • Número de establecimientos de salud que usan el carné, la HCPB y el SIP, según provincia y nivel de atención.<br>• Porcentaje de establecimientos que reportan continuamente información obtenida del SIP según provincia y nivel de atención.<br>• Porcentaje de establecimientos que reportan datos del SIP, según provincia y nivel de atención.<br>• Número de establecimientos de salud que reportan información acerca de MMMP a partir del uso del SIP.<br>• Número de reuniones de discusión y análisis a nivel local, regional y nacional.<br>• Número de acciones tomadas para mejorar la atención materna y perinatal en base a la información del SIP, según nivel de atención. |
| 5.4 Para fines de 2007, haber establecido un proceso para generar información a partir de censos. | • Revisión y análisis de datos de encuestas existentes.<br>• Capacitación.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Reporte de encuesta de demografía y salud.<br>• Reunión de presentación de resultados, discusión y |

| ***Componente 5: Vigilancia epidemiológica de la MMMP*** | | |
|---|---|---|
| Fortalecer la recolección continua y sistemática de datos y la generación oportuna de información esencial para la toma de decisiones respecto a la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones del plan y el cumplimiento de sus objetivos y misión. | | |
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| | • Difusión de resultados e información a diferentes audiencias a nivel nacional, regional y local. | análisis de la Encuesta de Demografía y Salud.<br>• Número de reuniones de discusión y análisis.<br>• Número de acciones tomadas para mejorar la atención materna y perinatal en base a la información proporcionada según nivel de atención. |

*Componente 6: Comunicación social y participación comunitaria.*

Es reconocido que la difusión de información selectiva a diferentes audiencias, sobretodo a los tomadores de decisión y a la población general, es una medida efectiva para impulsar la abogacía en los temas de salud y ayudan a la incorporación de aquellos en la agenda pública.

Se reconoce la necesidad de implementar un sistema de información moderno, efectivo y sostenible, que permita acceder a información homogénea y confiable a las diferentes audiencias que existen en la población y tomadores de decisión, en los niveles nacional, regional y local.

Es necesario movilizar los diferentes recursos del Estado y la sociedad civil, mediante una fuerte campaña de difusión de la situación actual del país en relación a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Así como de los compromisos asumidos por el país y de las estrategias e intervenciones de efectividad comprobada para su reducción.

Resulta estratégico para el cumplimiento de las metas planteadas en los ODM, el trabajo de abogacía y mercadeo social, lograr la apropiación del mismo por parte de quienes toman las decisiones en cuanto a asignación de recursos y organización de servicios y programas, así como para el empoderamiento de las familias y comunidades.

La incorporación de la comunicación como componente del plan contribuye de modo significativo a dar visibilidad al mismo, al cumplimiento de sus objetivos e impacto y al involucramiento de socios activos y de organizaciones que trabajan por los derechos humanos de manera comprometida.

Este componente se guiará por los siguientes lineamientos estratégicos:

- Apoyar el desarrollo de los componentes del plan, a través de la difusión de información.
- Desarrollar acciones permanentes de abogacía y mercadeo social en torno a la RMMMP.

| ***Componente 6: Comunicación social*** | | |
|---|---|---|
| Contar con un plan de comunicación social que apoye las acciones del plan con enfoque intercultural y de género, favoreciendo la acción intersectorial, el soporte social para la RMMMP y un incremento de una demanda informada por servicios de calidad. | | |
| **Resultado esperado** | **Líneas de acción** | **Indicador** |
| 6.1 Al final de 2006, haber establecido una iniciativa de posicionamiento y abogacía para generar apoyo social. | • Identificación de líderes de opinión, medios y técnicas de información y comunicación.<br>• Construcción de asociaciones y alianzas.<br>• Plan de posicionamiento y mercadeo social por medios masivos y alternativos.<br>• Campañas de difusión.<br>• Investigación.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Lista de líderes de opinión, y medios disponibles según nivel nacional, regional y local.<br>• Plan de medios según nivel nacional, regional y local.<br>• Número de actividades realizadas según nivel nacional, regional y local. |
| 6.2 Al final de 2006, haber establecido una iniciativa de comunicación intra e intersectorial en cada una de las regiones de salud. | • Identificación de portavoces, medios y técnicas de información y comunicación.<br>• Construcción de asociaciones y alianzas.<br>• Plan de medios.<br>• Campañas de difusión.<br>• Investigación.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Número de regiones de salud con plan de comunicación.<br>• Número de establecimientos que cuentan con plan de comunicación.<br>• Número de actividades realizadas según nivel nacional, regional y local. |
| 6.3 Al final de 2008, haber establecido una iniciativa de comunicación e información a mujeres, familias y comunidad adaptada a la realidad local. | • Identificación de temas, medios y técnicas de información y comunicación.<br>• Construcción de asociaciones y alianzas.<br>• Plan de comunicación e información.<br>• Campañas de comunicación e información.<br>• Investigación.<br>• Seguimiento y evaluación. | • Número de establecimientos que cuentan con plan de información y comunicación según nivel nacional, regional y local.<br>• Número de planes específicos de información y comunicación adaptados para analfabetos en áreas rurales y Comarcas Indígenas.<br>• Número de actividades realizadas según provincia, distrito y nivel de atención. |

## f. Beneficiarios y ámbito de aplicación

Beneficiarios directos: las mujeres en edad fértil, las embarazadas y los recién nacidos en el territorio panameño.

Beneficiarios indirectos: las familias y las comunidades.

El presente plan tendrá como ámbito de aplicación todas las jurisdicciones del sector salud en el territorio panameño. En el desarrollo y cumplimiento exitoso del plan están comprometidos diferentes actores institucionales: sector salud, sector laboral, sector educativo, sociedad civil organizada y organismos de cooperación internacional.

El MINSA conservará la función de rectoría y control y, en su carácter de ejecutor, asumirá la responsabilidad por el cumplimiento de los objetivos del plan en los siguientes niveles:

*A nivel nacional*

El MINSA es la instancia normativa responsable de la conducción, gestión y aplicación del plan y sus lineamientos operativos en todo el país. Desde el punto de vista técnico normativo, la Dirección General de Salud, a través de la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, será el responsable directo y encargado de la gerencia, conducción y gestión del plan, incluyendo el seguimiento y evaluación del mismo. Igualmente, de la coordinación con los otros diferentes actores sociales involucrados como la Caja de Seguro Social, otras instituciones del Estado, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Economía y Finanzas, la Asamblea de Diputados, el Órgano Judicial, la Defensoría del Pueblo, el sector privado, la sociedad civil organizada y la comunidad.

Por otra parte, la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud será responsable de las prestaciones o atenciones en los establecimientos de salud y de supervisar y garantizar la seguridad, efectividad, oportunidad y adecuación de la misma a las necesidades y demandas de la población local en estrecha articulación con las autoridades municipales, tradicionales y locales.

La Dirección Nacional de Promoción de la Salud será responsable de articular los esfuerzos de información, comunicación y educación sobre la salud sexual, salud reproductiva y la participación social.

*A nivel regional*

El Director Regional de Salud, con el apoyo de su unidad de gestión, conformará el equipo responsable de la ejecución local del plan, incluyendo las actividades de programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del plan en los establecimientos de salud de la región. Estas actividades se realizan con el apoyo de la asesoría técnica del nivel central. Este equipo será encargado de elaborar el plan operativo anual a partir de una estrategia intersectorial y con participación de la sociedad civil.

*A nivel local*

Los directores de los establecimientos de salud a nivel local, con participación de todo su equipo de salud, tienen la responsabilidad de la ejecución de las actividades del plan operativo anual. Los mencionados directores tendrán la responsabilidad de garantizar una utilización adecuada y óptima de todos los recursos locales y la más amplia participación de usuarios y la comunidad a lo

largo de todo el proceso de ejecución local, desde la planificación hasta la evaluación, tomando en cuenta en todo momento la diversidad cultural y el respeto por los derechos humanos.

## g. Viabilidad

La participación activa de todos los actores involucrados en la resolución de este importante problema de salud pública y social, el compromiso y la voluntad política del Gobierno para revertir la situación y tendencias actuales de la morbilidad, discapacidad, y mortalidad materna y perinatal, así como el apoyo técnico y la movilización de recursos por parte de los organismos de cooperación internacional garantizan la viabilidad técnico-política de este plan.

## h. Seguimiento y evaluación

Las unidades de gestión del MINSA en todos sus ámbitos de aplicación (nacional, regional y local) en articulación con actores sociales, serán las encargadas de dar seguimiento y evaluar la aplicación del plan, pudiendo sugerir adaptaciones acordes a la realidad local. Dichas unidades deberán articular sus acciones y decisiones con el nivel central, a través de un sistema de información esencial, dinámico y permanente, que apoye un proceso de toma de decisiones oportuno y efectivo.

Se constituirá un equipo de seguimiento del plan integrado por representantes de áreas técnicas seleccionadas del MINSA, las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, un representante de la comunidad y el Consejo de Seguimiento de los ODMs. Este equipo será presidido por el Coordinador Nacional de SSR del MINSA.

Los ejes de las acciones de monitoreo y evaluación serán los que se detallan a continuación:

| | |
|---|---|
| • Brechas de inequidad | A fin de poder identificar inequidades existentes y orientar la asignación de recursos y prioridad de intervenciones los datos e indicadores deberán estar desagregados por grupo de edad, área de residencia (urbana/rural), cuartil de ingreso, distrito y grupo étnico. |
| • Concordancia entre políticas y movilización de recursos | Si bien la generación de políticas y el marco normativo es un elemento esencial, la movilización y asignación de recursos es sin duda un indicador fundamental del compromiso y prioridad política asignada por el Gobierno y los diferentes actores sociales. Por ello, el seguimiento y evaluación del plan deberá analizar la concordancia entre la generación de políticas, documentos y planes; y la movilización y asignación de recursos para poner en práctica los mismos. |

| | |
|---|---|
| • Balance adecuado entre oferta y demanda por servicios de atención materna, perinatales y de salud reproductiva. | El acceso y utilización de la atención calificada del embarazo, de las complicaciones del aborto, el parto y el recién nacido; así como el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos, deberán ser evaluados en forma continua.<br><br>Además, deberá tenerse en cuenta la inclusión de MEF, gestantes y madres lactantes en los diferentes programas de apoyo social, que mejoren la situación social y de salud de las mujeres y sirvan como factores de protección frente a la MMMP. |
| • Análisis de la seguridad, efectividad, oportunidad y adecuación a las necesidades, demandas y cultura de los usuarios de la oferta de servicios en los establecimientos de salud. | El sistema de vigilancia epidemiológica deberá brindar información clave para la toma de decisiones orientada a garantizar la disponibilidad y calidad de la oferta de servicios en los establecimientos según nivel nacional, regional y local.<br><br>Los resultados confidenciales de la auditoria y autopsias verbales de las discapacidades, muertes maternas y perinatales deberán ser insumo y producto de la vigilancia de la calidad y disponibilidad de la oferta de servicios. |
| • Compromiso y participación activa de mujeres, familias y comunidades. | El compromiso y la participación activa y continuada por largo plazo de múltiples actores sociales son el elemento esencial para garantizar la viabilidad y éxito del plan, y deberá ser parte importante de las actividades de seguimiento y evaluación. Los planes operativos anuales a nivel local deberán incluir este aspecto y supervisarán esta actividad desde su esfera de responsabilidad.<br><br>A nivel regional se establecerán medidas de seguimiento participativo y un calendario de reuniones de evaluación bajo la dirección y responsabilidad del director regional de salud.<br><br>Lo mismo ocurrirá a nivel nacional bajo la responsabilidad del Coordinador del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. |

## i. Aplicación del plan a nivel regional y local

Después del lanzamiento del plan a nivel nacional y durante el segundo semestre del 2006 e inicio de 2007 se llevarán a cabo talleres de difusión, articulación y programación local en las 14 Regiones de Salud.

Un equipo del nivel central socializará las normativas, estrategias e intervenciones de efectividad probada que existen para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Los equipos regionales trabajarán con estos insumos en la elaboración de los diferentes planes regionales, con enfoque estratégico local, perspectiva de género y la adecuación cultural correspondiente. En este trabajo participarán representantes de otras instituciones del Estado, la sociedad civil y la comunidad organizada. Estos planes luego serán validados y adaptados por el nivel regional, para elaborar planes detallados a nivel de establecimiento. Los mismos que serán consolidados a nivel regional en un único plan regional, divido por distritos y comarcas, si ese fuera el caso con la participación de las fuerzas vivas de la comunidad, las autoridades locales y tradicionales que son las que apoyan su implementación y seguimiento.

En este proceso deberán tenerse en cuenta los siguientes elementos estratégicos:

- La necesidad de una acción participativa, buscando alianzas con la mayor cantidad de actores sociales y privilegiando el nexo con los usuarios, sus familias y comunidades.

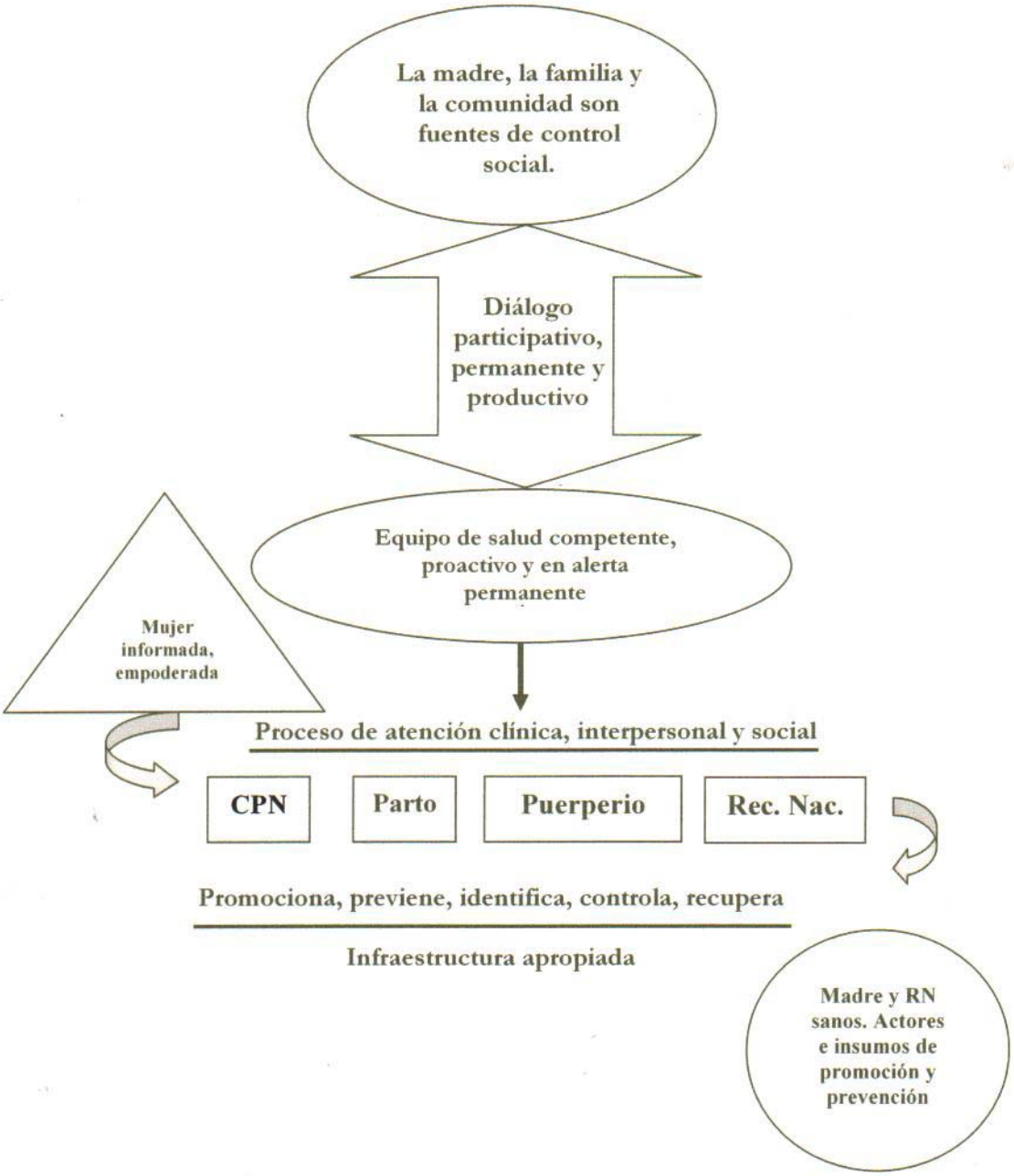
- Desarrollar y construir modelos de intervención adecuados a la realidad y cultura local.

- Generar un proceso de movilización y asignación de los recursos disponibles a nivel local.

- Las inequidades de género como un factor que contribuye a potenciar las muertes maternas.

Será también importante tener en cuenta que el siguiente modelo ideal de atención materna y perinatal calificada puede servir de guía para la adecuación o construcción de los modelos regionales o locales (Esquema Nº 2). En dicho modelo, la madre, la familia y la comunidad constituyen la base del control social, que está en diálogo permanente y participativo con un equipo de salud competente, proactivo y en alerta permanente y que responde a las necesidades y demandas de las usuarias para construir un proceso de atención seguro, efectivo y oportuno que promociona, previene, identifica, controla y recupera la salud y/o bienestar de una mujer informada; y al final del proceso, aporta a la comunidad dos nuevos actores sociales que se constituyen en insumo y producto del proceso de producción social de la salud y el bienestar mediante su participación en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para ellos mismos, su familia y su comunidad.

**Esquema Nº 2**
**Modelo ideal de atención materna y perinatal calificada**




Fuente: Institute for Healthcare Improvement, 2005

La reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal es de hecho un problema estrechamente vinculado al desarrollo humano de las comunidades a nivel local, por tanto el alcance efectivo de las metas de este plan dependerá en gran medida del efecto que las acciones y estrategias del mismo tengan a nivel de cada individuo y cada comunidad.

Los componentes y lineamientos estratégicos del plan serán los orientadores del desarrollo de los planes operativos anuales de nivel local y servirán de referencia para la determinación de prioridades y adaptación de las intervenciones a las particularidades del contexto local y a la diversidad de sus actores.

El monitoreo permanente del plan dará lugar a la introducción permanente de actualizaciones y correcciones, a fin de alcanzar los objetivos y metas planteadas para el año 2009.

# Glosario

| Término | Definición |
|---|---|
| **Atención calificada** | La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud.<br><br>***Referencia: OPS/OMS. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Consulta Técnica Regional. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 9 al 11 de junio de 2003.*** |
| **Personal o proveedor calificado** | El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo: médicos, parteras profesionales, enfermeros), que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto.<br><br>***Referencia: OPS/OMS. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Consulta Técnica Regional. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 9 al 11 de junio de 2003.*** |
| **Mortalidad materna** | De acuerdo con la definición de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, una muerte materna es *"la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y/o su desarrollo, pero no a causas accidentales o incidentales".*<br><br>***Referencia: UNFPA, OMS, UNICEF. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. New York, 1993.*** |

| Término | Definición |
|---|---|
| **Razón de mortalidad materna "Tasa de mortalidad materna" (muertes por 100 mil n.v.)** | • Llamada tradicionalmente 'tasa' de mortalidad materna. Técnicamente, no es una tasa, sino una proporción.<br>• Hasta que se resuelva el uso de estos términos, uno debe estar seguro de especificar qué definición está siendo utilizada.<br>• En este plan usamos el nombre "tasa de mortalidad materna" para referirnos a este indicador.<br>• Mide el riesgo de muerte materna entre mujeres embarazadas.<br><br>***Referencia: UNFPA, OMS, UNICEF. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. New York, 1993.*** |
| **Tasa de mortalidad materna (muertes por 100 mil mujeres en edad de 15 – 49, por año)** | • Esta es la verdadera tasa de mortalidad materna. Aunque citada con menos frecuencia, ésta es importante, porque mide el impacto de muertes maternas en la población de mujeres como un todo, no sólo en mujeres embarazadas.<br>• Es afectada por: (1) el riesgo de muerte entre mujeres embarazadas; y (2) la proporción de mujeres que se embarazan cada año.<br>• En consecuencia, la tasa de mortalidad materna se puede reducir si se ofrecen partos seguros o si se reduce la tasa de fecundidad en la población.<br><br>***Referencia: UNFPA, OMS, UNICEF. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. New York, 1993.*** |
| **Cuidados Obstétricos Esenciales (COE)** | Es el conjunto de acciones de cuidado a la salud que deberían estar disponibles a todas las mujeres embarazadas e incluyen acciones preventivas y curativas. Los Cuidados Obstétricos Esenciales incluyen también acciones de emergencia o para salvar la vida de la madre y su hijo (operación cesárea, remoción manual de placenta), como también acciones de no emergencia (Ej.: partograma, casas de espera de maternidad, oxitócicos intravenosos). Se pueden identificar dos niveles de atención: COEs básicas y ampliados. La diferencia principal está en la realización de cesáreas y transfusiones de sangre en unidades que brindan COE ampliados. |

| Término | Definición |
|---|---|
| | ***Referencias: UNFPA, OMS, UNICEF. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. New York, 1993. OPS/OMS. Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas. 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington DC, USA, 2002.*** |
| **Nivel de atención de COE básico (establecimiento con)** | Establecimientos de salud con el siguiente conjunto de acciones de cuidado a la salud, disponibles a todas las mujeres embarazadas e incluyen acciones preventivas, curativas y de emergencia o para salvar la vida de la madre y su hijo:<br><br>• Tratamiento médico de las complicaciones del embarazo (anemia, diabetes).<br><br>• Tratamiento médico de las complicaciones del embarazo, parto y post-parto (hemorragias, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia).<br><br>• Procedimientos manuales (retirar la placenta, coser desgarros o episiotomías).<br><br>• Vigilar la dilatación (incluido el uso del partograma) y atención neonatal básica.<br><br>***Referencias: UNFPA, OMS, UNICEF. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. New York, 1993 OPS/OMS. Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas. 26ª. Conferencia sanitaria Panamericana. Washington DC, USA, 2002.*** |
| **Nivel de atención de COE integral (establecimiento con) / CONE** | Incluyen todos los servicios de los COE básicos, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea. También brinda las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones del parto.<br><br>***Referencias: UNFPA, OMS, UNICEF. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. New York, 1993..OPS/OMS. Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas. 26ª. Conferencia sanitaria Panamericana. Washington DC, USA, 2002.***<br><br>Nota: Hoy en día se ha incluido la atención neonatal por lo tanto en varias publicaciones se encontrará el concepto de CONE (cuidados obstétricos neonatales esenciales básicos o ampliados). |

# Referencias bibliográficas


- Banco Mundial. World Development Indicators Database 2005. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2005.
- Cherouny PH, Federico FA, Haraden C, et al. Idealized design of perinatal care. IHI Innovation Series white paper. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2005
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto; septiembre de 1994. El Ciro: Organización de las Naciones Unidas; 1994.
- Comisión Económica para América Latina. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Santiago: Organización de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina; 2005.
- Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Cifras preliminares año 2005. Panamá: Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo; 2006.
- Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Declaración conjunta a favor de la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington, D.C.; 2004.
- Instituto del Tercer Mundo. Social Watch. Informe 2005: Rugidos y murmullos**.** Género y pobreza: más promesas que acciones. Montevideo*:* Instituto del Tercer Mundo; 2005.
- La Rosa L. Descentralización de la salud, perspectiva de género y empoderamiento de la mujer. [Internet] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Decentralization2.pdf.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Informe económico anual 2004. Panamá: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Análisis y Políticas Económicas; 2004.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Perfil y Características de los Pobres en Panamá. Panamá: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales; 2003.
- Ministerio de Economía y Finanzas. La pobreza en Panamá. Encuesta de niveles de vida – 2003, principales resultados. Panamá: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales; 2005.
- Ministerio de Salud de Panamá. Objetivos, políticas, lineamientos y estrategias de salud 2005-2009. Panamá: Ministerio de Salud; 2006.

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán. Ginebra: OMS; 2005.

- Organización de las Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing - 1995). [Internet]. Madrid: Centro de Información de naciones Unidas para España; 1995. Disponible en: http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm.

- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. [Internet]. Nueva York; 2000. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html.

- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.

- Organización Panamericana de la Salud. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Consulta Técnica Regional. Santa Cruz de la Sierra: OPS/OMS; 2003.

- Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá. Informe sobre la salud de la mujer en Panamá**.** Panamá; OPS/OMS y Ministerio de Salud; 2006.

- Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá. Atención Primaria de Salud en Panamá. Panamá: OPS/OMS y Ministerio de Salud; 2006.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. PNUD; 2005.

- Santarelli C. Trabajo con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Iniciativa reducir los riesgos del embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

- Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional Nº 14. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies; 2005.

- Sistema de las Naciones Unidas, Gabinete Social de Panamá. II Informe de Panamá sobre los objetivos de desarrollo del milenio. Panamá: Sistema de las Naciones Unidas y Gabinete Social de Panamá; 2005.

# ANEXO