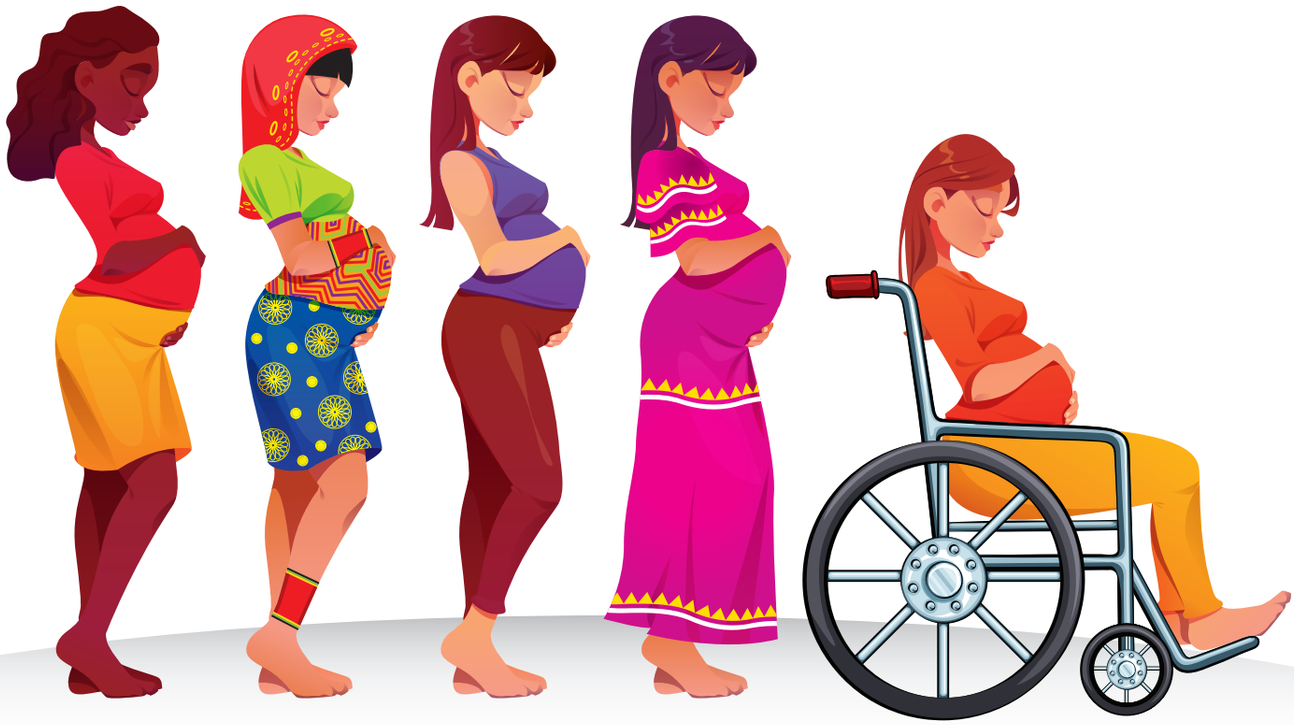


# PLAN ESTRATÉGICO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

## 2021 - 2025

REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

CSS PANAMÁ

UNFPA

REPÚBLICA DE PANAMÁ

# AUTORIDADES

## MINISTERIO DE SALUD

**Dr. Luis Francisco Sucre**
Ministro de Salud

**Dra. Ivette Berrío**
Viceministra de Salud

**Dra. Melva Cruz Pimentel**
Directora General de Salud Pública

**Dra. Caroline E. Niles S.**
Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

**Dra. Geneva M. González T.**
Jefa Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

**Mgtra. Maritza Nieto de De Gracia**
Enfermera Coordinadora Nacional de la Sección de Salud Sexual y Reproductiva

## CAJA DE SEGURO SOCIAL

**Dr. Enrique Lau C.**
Director General

**Dr. Alex González**
Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud

**Dr. José Leonardo González**
Jefe del Programa Materno Infantil

# EQUIPO TÉCNICO

**Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**

Dra. Geneva M González T. Ginecobstetra / Medicina Materno Fetal

Mgter. Maritza Nieto de De Gracia
Enfermera Obstetra / Mgter. en Administración de Recursos Humanos

Dra. Carmen Pérez González
Médico Salubrista

Mgter. Diana Varela
Analista de indicadores y seguimiento informático de la Sección de Salud Sexual y Reproductiva

Mgter. Guadalupe Quiroz
Analista de indicadores del comportamiento y violencia de género

**Médicos colaboradores y equipo de trabajo en la elaboración revisión y validación**

Dra. Magali de Zevallos
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región Metropolitana de Salud

Dr. Marlon Moreno
Yessenia Campos
Coordinadores Regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de salud de Bocas del Toro

Dra. Sarali Chan
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Colón

Lic. Maritza Fernandez
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de salud de Coclé

Dra. Gisela Valdés
Lic. Coralia Villarreal
Coordinadores Regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Chiriquí

Dr. Fernando Espinosa Licenciada Marilin Camaño
Coordinadores Regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Darién

Dr. Gustavo Morales
Coordinador Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Guna Yala

# EQUIPO TÉCNICO

Lic. Xenia Chong
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Herrera

Dr. Gamaliel MClean
Licenciada Ana Cecilia Montenegro
Coordinadores Regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Los Santos

Lic. Delfina Rueda
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Ngäbe Buglé

Dra. Cristobalina Batista Licenciada María de Moreno
Coordinadoras Regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Panamá Este

Dra. Lilia Olaya
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Panamá Oeste

Dra. Ana Salazar
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Panamá Norte

Dr. Gustavo Gil
Coordinador Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de San Miguelito.

Lic. Delfina Mohamed
Coordinadora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Región de Salud de Veraguas

Dr. Jaime Sánchez
Presidente Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología

Dr. José Leonardo González
Jefe Nacional del Programa Materno Infantil
Caja de Seguro Social

Dra. Yamilette Rivera
Jefa del Programa de Niñez y Adolescencia
MINSA

Dr. Gaspar Dacosta
Programa de Cuidados Paliativos
MINSA

# EQUIPO TÉCNICO

Dr. Edwin Aizprúa
Programa Nacional de Tuberculosis
MINSA

Dra. Raquel Mock
Programa Nacional de Salud de Adultos
MINSA

Lic. Felipe Ríos Salud Penitenciaria
MINSA

Dra. Juana Herrera
Coordinadora del  Programa de Salud Mental
MINSA

Dra. Elsa Arenas
Coordinadora del  Programa de Enfermedades Crónicas
MINSA

Dr. Martin Alpirez
Coordinador Programa de Salud Ocupacional
MINSA

Dra. Lissette Chang
Coordinadora Programa Nacional de VIH/SIDA
MINSA

Equipo Multidisciplinario de Promoción de la Salud
MINSA

Equipo multidisciplinario de Provisión de Servicios
MINSA

# CONTENIDO


Índice de tablas . . . . . 7
Índice de mapas . . . . . 7
Índice de gráficas . . . . . 8
Listado de acrónimos . . . . . 9
**INTRODUCCIÓN** . . . . . 10
**ANTECEDENTES DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN PANAMÁ** . . . . . 11
**PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL (2021-2025)** . . . . . 13
**AGENDA A PARTIR DEL 2021** . . . . . 14
**CONTEXTO NACIONAL** . . . . . 16
**ANÁLISIS DE INDICADORES** . . . . . 18
Tasa bruta de natalidad . . . . . 18
Nacimientos vivos en la República de Panamá: . . . . . 19
Tasa de mortalidad infantil . . . . . 21
Tasas de mortalidad neonatal, perinatal y postnatal . . . . . 22
Tasa de mortalidad neonatal . . . . . 22
**MORTALIDAD POST NEONATAL** . . . . . 25
**ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA 2014-2018** . . . . . 26
Razón de mortalidad materna . . . . . 26
Muertes maternas por lugar de fallecimiento . . . . . 29
Análisis de causas obstétricas . . . . . 29
**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL (2021-2025)** . . . . . 31
**CONTEXTO** . . . . . 32
**OBJETIVO GENERAL DEL PERMMMyPN** . . . . . 33
Objetivos específicos . . . . . 33
Metas . . . . . 33
**FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL** . . . . . 34
Objetivo general . . . . . 34
Objetivos específicos . . . . . 34
**INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN** . . . . . 37
Objetivo general . . . . . 37
Objetivos específicos . . . . . 37
**PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO** . . . . . 40
Objetivo general . . . . . 40
Objetivos específicos . . . . . 40
**MONITOREO Y EVALUACIÓN** . . . . . 41
Objetivo general . . . . . 41
Objetivos específicos . . . . . 41
Bibliografía . . . . . 43

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Inmigrantes según sexo. República de Panamá. Periodo 1990-2019 . . . . . 17

Tabla 2. Tasas de natalidad por provincias y comarcas.
República de Panamá. Año 2014 y 2019 . . . . . 18

Tabla 3. Razón de mortalidad materna calculada para el periodo 2014 – 2018
por provincia y comarca . . . . . 28

Tabla 4. Muertes maternas según lugar de defunción 2014-2018 . . . . . 29

Tabla 5. Causas de muerte materna directa según diagnóstico CIE-10 por año.
Período 2014-2018. República de Panamá . . . . . 30

Tabla 6. Clasificación de las muertes obstétricas. Periodo 2014-2018 . . . . . 30

Tabla 7. Estrategias e indicadores de fortalecimiento institucional . . . . . 35

Tabla 8. Estrategias e indicadores de IEC . . . . . 38

Tabla 9. Estrategia e Indicadores de presupuesto y financiamiento . . . . . 40

# ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. División Política. República de Panamá . . . . . 16

# ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá. Periodo 1952 – 2018 . . . . . 18

Gráfica 2. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena. Años: 2014 y 2018 . . . . . 19

Gráfica 3. Porcentaje de nacimientos vivos en la República, con asistencia profesional del parto según área urbana y rural. Años 2014-2018 . . . . . 20

Gráfica 4. Nacimientos vivos con atención profesional del parto en la República de Panamá, según provincia y Comarca Indígena. Años: 2008 y 2018 . . . . . 20

Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil en la República de Panamá, por mil nacidos vivos. Período 2014-2018 . . . . . 21

Gráfica 6. Tasa de mortalidad infantil en la República, por mil nacidos vivos, según provincia y comarca Indígena: Período 2014 - 2018 . . . . . 21

Gráfica 7. Tasa de mortalidad neonatal en la República de Panamá por mil nacidos vivos. Periodo 2014-2018 . . . . . 22

Gráfica 8. Tasa de mortalidad perinatal en la República, por mil nacidos vivos. Período 2014 - 2018 . . . . . 23

Gráfica 9. Porcentaje de defunciones fetales en la República de Panamá, por período de gestación (Semanas). Año 2018 . . . . . 24

Gráfica 10. Tasa de mortalidad perinatal en la República, por mil nacidos vivos, según provincia y comarca indígena. Periodo 2001 – 2008 . . . . . 24

Gráfica 11. Tasa de mortalidad postneonatal en la República de Panamá por mil nacidos vivos. Periodo 2014-2018 . . . . . 25

Gráfica 12. Razón de mortalidad materna. República de Panamá. Periodo 2000 – 2018 . . . 26

Gráfica 13. Razón de muerte materna por 100,000 NV según región de Salud. República de Panamá. Año 2018 . . . . . 27

# LISTADO DE ACRÓNIMOS

| | |
|---|---|
| **AMEU** | Aspiración Manual Endouterina |
| **BID** | Banco Interamericano de Desarrollo |
| **CLAP/SMR** | Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva |
| **CONE** | Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales |
| **CSS** | Caja de Seguro Social |
| **DIGESA** | Dirección General de Salud |
| **DCUR** | Diferencial de Crecimiento Urbano Rural |
| **ENASSER** | Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reprodcutiva |
| **INEC** | Instituto Nacional de Estadísticas y Censo |
| **JICA** | Agencia Japonesa de Cooperación Internacional |
| **MINSA** | Ministerio de Salud |
| **MIDES** | Ministerio de Desarrollo Social |
| **MIPLAN** | Modelo de Impacto de las Inversiones en Planificación Familiar |
| **MMYP** | Mortalidad Materna y Perinatal |
| **MUSA** | Mujeres en Situación de Aborto |
| **NV** | Nacidos Vivos |
| **ODM** | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| **ODS** | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| **OPS** | Organización Panamericana de la Salud |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud |
| **PACO** | Programa de Apoyo Comunitario a la Salud Materno Infantil |
| **PERMMMyPN** | Plan Estratégico de Reducción de Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal |
| **PF** | Planificación Familiar |
| **REGES** | Registros y Estadísticas de Salud |
| **SSR** | Salud Sexual y Reproductiva |
| **SIMEPLANS** | Sistema de Monitoreo y Evaluación de los Planes de Salud |
| **SIP WEB PLUS** | Sistema Informático Perinatal |
| **SUME** | Sistema Único de  Manejo de Emergencias |
| **UNICEF** | Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia |
| **UNFPA** | Fondo de Población de las Naciones Unidas |

# INTRODUCCIÓN

La muerte materna es el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y de procesos de los servicios de salud, lo que representa un serio problema de salud pública; lograr su reducción, ha sido durante mucho tiempo una prioridad de salud; es una meta, dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030) y una preocupación clave de la Estrategia Global para la Salud de la Mujer y el Niño.

El Ministerio de Salud (MINSA) comprometido con la salud de la mujer, ha definido las estrategias enmarcadas dentro de su política de salud y de los compromisos de país con los diversos acuerdos internacionales, mediante diferentes intervenciones en todos los niveles de atención, que conlleven a mejorar el acceso y calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva.

La razón de muerte materna ha disminuido en la última década en este país; sin embargo, al desagregar los datos correspondientes a las regiones de salud y áreas comarcales, es imposible no percatarse que, algunas zonas exhiben condiciones de vulnerabilidad, principalmente las comarcas indígenas del país. El objetivo de mantener baja las causas de muerte materna no se ha logrado en estas regiones; los motivos son diversos, pero básicamente radican en el pobre acceso y cobertura universal de los servicios de salud, asociado a una brecha de pobreza multidimensional que no permite que la salud se brinde de manera adecuada a la población que reside en estas áreas.

Panamá aprobó desde 1990 todas las resoluciones de la OPS/OMS con relación a las políticas regionales para la Reducción de la Mortalidad Materna en la región de las Américas, y ha participado en múltiples acuerdos internacionales tales como la Resolución 57 de la Asamblea Mundial de la Salud (2004) donde se aprueba la “Primera estrategia mundial sobre la salud sexual y reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y metas internacionales del desarrollo”, cuyos objetivos giran en torno a mejorar la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la atención obstétrica prenatal, posparto y neonatal, oferta de métodos para la planificación familiar, incluyendo la infertilidad, eliminar los abortos de riesgo y prevenir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); la Declaración de Ministros/as de Salud de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para mujeres; Cumbre de Ministros de Salud de SICA, Declaración de la XIV Cumbre de Ministros/as de Salud. (2014); Segunda Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, México. 2015 (seguimiento a Montevideo 2013).

En los últimos años se han aprobado una serie de legislaciones como la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer; la Ley sobre Paternidad Responsable; así como legislación sobre femicidios y violencia doméstica; maltrato al niño/a o adolescente; la salud y educación a las adolescentes embarazadas, los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de decisión libre e informada, entre otros. Se estableció la conformación de la Comisión Nacional Interinstitucional e Intersectorial de la Muerte Materna y Perinatal desde el año 2004 y desde entonces se han hecho múltiples esfuerzos y acciones intersectoriales para la disminución de las muertes en nuestro país.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal (2015-2020) se orientó a fortalecer la atención pregestacional, planificación familiar y atención prenatal con enfoques de interculturalidad e igualdad de género con derechos sexuales y reproductivos; siendo éstos, los pilares de continuidad en la confección del nuevo plan estratégico para el quinquenio (2021-2025).

# ANTECEDENTES DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS

En el año 1990 la Asamblea General de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lanzó la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. A partir de esa fecha, el Programa Materno Infantil del MINSA conformó un grupo de trabajo con la participación del Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social (CSS), Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República, Registros y Estadísticas de Salud (REGES) del MINSA y el Departamento Nacional de Epidemiología del MINSA, para organizar un sistema de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas.

En el año 2000, se proclaman los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que promulgó 8 propósitos de desarrollo humano, fijados por los países miembros de las Naciones Unidas, para ser cumplidos en el 2015. Los objetivos 4 y 5 relacionados con la disminución en dos terceras partes la mortalidad infantil y en tres cuartas partes la mortalidad materna, no pudieron ser alcanzados por muchos países, entre ellos Panamá.

A principios del milenio se refleja una tendencia al descenso de la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, persisten diferencias marcadas en las razones de muertes maternas en las comarcas indígenas, donde persisten deficiencias en las condiciones socio culturales, económicas y de salud.

Es por ello que desde 1997, el Fondo de Población de Naciones Unidades (UNFPA), ha participado activamente en mejorar las condiciones de salud de la Comarca Ngäbe Buglé (CNB) con un proyecto diseñado para la reducción de las tres (3) demoras, y en el que se evalúa la Ruta de la Muerte Materna de la Comarca Ngäbe Buglé con el proyecto Ni Kwi ja ngöbere Küim “la familia Ngäbe se cuida bien”, dirigido a reducir estas tres (3) demoras. Las conclusiones de este proyecto reflejaron que en Panamá hoy en día hablamos de que la Ruta de Muerte Materna está conformada por 4 demoras:

1. Saber que algo no funciona bien en su cuerpo
2. Decidir cuándo ir al hospital
3. Llegar al hospital
4. Recibir un tratamiento adecuado

En septiembre del 2015, los 193 estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), definieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecen 17 objetivos, los cuales incluyen la erradicación de la pobreza y el hambre; garantizar una vida saludable en todas las edades; la educación y la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, entre otros, dirigidos a asegurar aspectos de salud ambiental, económica y social.

En la Comarca Ngäbe Buglé, por ser la región de salud con las más altas razones de muerte materna, se desarrolló a partir de los años 90, con apoyo del UNFPA, un proyecto de fortalecimiento de los servicios de salud, con dotación de equipo médico quirúrgico, mejora de la infraestructura del Centro de Hato Chamí, capacitación del recurso humano, creación de albergues comunitarios para embarazadas, incorporación del concepto de interculturalidad, trabajo con las parteras y promoción del empoderamiento de la mujer ngäbe.

Desde el año 1997, UNFPA ha participado activamente con el MINSA en la Comarca Ngäbe Buglé (CNB) en varios proyectos dirigidos a fortalecer las unidades de salud, habilitación de albergues comunitarios, empoderamiento de las mujeres ngäbe, capacitación de parteras y de personal de salud. Se implementaron estrategias tales como la señalización en las instalaciones en idioma ngäbe, elaboración de materiales impresos, manuales de parteras empíricas en su idioma. Durante este periodo, se observó una tendencia al descenso del número de muertes maternas, que osciló entre 40 y 50 defunciones por año.

El compromiso de Panamá con los ODS fue plasmado en el Plan Estratégico de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (PERMMMyPN) (2015-2020).

El modelo del PERMMMyPN ha permitido intervenciones más precisas, pero se requiere de continuidad y supervisión para mantenerlas, puesto que, desde el año 2015 a la fecha, han demostrado ser efectivas y se han adicionado otras.

Durante el quinquenio posterior, se logró un proceso dinámico de revisión y actualización de las normas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, en el que se introdujo al Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR) de la OPS en las Normas de Atención del Embarazo de Bajo Riesgo y se elaboraron las Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Se desarrolló un proceso de capacitación en algunos hospitales responsabilidad del MINSA, en el modelo moderno de atención del aborto, que introdujo la técnica de AMEU, la incorporación del país a la asistencia a Mujeres en Situación de Aborto (MUSA), la consejería y la planificación familiar, para la reducción del aborto inseguro y por ende las muertes maternas.

Se logró trabajar con las parteras tradicionales en todas las regiones de salud, donde fueron censadas y capacitadas con metodología andragógica, para identificar oportunamente los factores de riesgo o complicaciones del embarazo, promover el parto institucional, atender sólo los partos inminentes, asegurar un alumbramiento limpio, el apego inmediato del recién nacido y trabajar con la comunidad para la organización del traslado de parturientas en situaciones de riesgo hacia los hospitales.

Panamá actualizó el PERMMMyPN del periodo (2009 – 2014) en el año 2015 adoptando medidas dirigidas a cumplir con el Objetivo 5 de Salud Materna de los ODM y estableció alianzas con organizaciones gubernamentales (OGs) y no gubernamentales (ONG), para aunar esfuerzos dirigidos a la disminución efectiva y sostenida de las muertes maternas y perinatales con estrategias dirigidas a las áreas de mayor mortalidad.

El apoyo de diversas agencias y organismos de cooperación internacional, tales como la Comunidad Europea, Fondo de la Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), UNFPA, OPS, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), Ipas, la Fundación Bergman, entre otras, que contribuyeron a fortalecer al Programa Materno Infantil, ahora denominado Salud Sexual y Reproductiva durante los años 80 y hasta mediado de los 90, cuando Panamá, por tener una mejor situación económica, dejó de ser un país prioritario para las agencias de cooperación.

En la Comarca Ngäbe Buglé se mantienen las Bolsas Semáforo, estrategia iniciada en el 2011, las cuales se componen de bolsas de tela para la mujer de acuerdo con su trimestre del embarazo y utilizan los colores de prevención vehicular (rojo, amarillo y verde); símbolos reconocidos internacionalmente. Cada bolsa contiene insumos básicos de limpieza y se incorpora información de acuerdo con el trimestre de gestación, y a medida que avanza el embarazo en sus citas de control prenatal, se le entrega una nueva bolsa con el color correspondiente a su trimestre actual siendo esta estrategia muy útil para fortalecer el vínculo entre los servicios de salud, comunidad y multiplicadores comunitarios. (Maria Dolores Castro, 2012).

Actualmente UNFPA lleva a cabo una reorganización y recapacitación del personal no sólo del MINSA sino de líderes comunitarios con la capacidad de convertirse en multiplicadores, no sólo para las embarazadas sino para la vigilancia de vacunación de niños, planificación de adolescentes y educación ante el COVID – 19; se mantiene, la atención intercultural a la población indígena inmigrante con un plan de parto. En el ámbito nacional se están efectuando otras intervenciones como el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil (PACO), Red de Oportunidades; el fortalecimiento del manejo de las complicaciones hemorrágicas obstétricas durante o inmediatamente después del parto, mediante capacitaciones en todo el país en CÓDIGO ROJO y la introducción del uso de trajes no neumáticos antichoque en las regiones de salud con apoyo de la OPS/OMS como otra estrategia más en la disminución de muertes maternas por hhemorragia; Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).

El Ministerio de Salud, con la asistencia técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), desarrolla la Estrategia de Fortalecimiento de los Servicios de Salud de Panamá y la Red de Salud Rural e Indígena (CONTIGO); adicional se incorpora “NutriVidas” proyecto que busca prevenir los problemas comunes de la transición epidemiológica nutricional. Esta última, tiene varios componentes, uno de los cuales se enfoca en el embarazo y los primeros dos años de vida cuando con una adecuada nutrición durante los primeros mil días, es decir, desde el inicio del embarazo hasta los primeros dos años del infante, es fundamental para la promoción del crecimiento, la salud y desarrollo óptimo.

El MINSA inicia la primera fase de implementación de la Sala de Situación de Salud Materna, con el apoyo de la

OPS/OMS, la cual se establece con el objetivo de fortalecer el análisis de la información relacionada con la situación de la salud materna y perinatal, propiciar el trabajo intersectorial e informar de manera oportuna y permanente las decisiones sobre políticas, planes y programas dirigidas a mejorar la calidad de la atención materna y perinatal.

Durante el quinquenio (2015-2020) la coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, se fortaleció con la implementación progresiva en todas las regiones de la última versión de la Historia Clínica Perinatal y el programa SIP WEB PLUS con apoyo de CLAP/SMR y OPS/OMS; la creación de tres centros de capacitación y simulación para la prevención, detección temprana, atención y manejo de la hemorragia obstétrica (CÓDIGO ROJO) funcionando eficientemente; la actualización de la norma de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna; la ampliación del abanico de oferta de métodos anticonceptivos.

Se han establecido y mantenido alianzas durante el quinquenio con programas y proyectos dirigidos a beneficiar la población materna e infantil:

1. BID: confección de normas, consultorías para planificación familiar en áreas vulnerables.
2. Gabinete Social: apoyo en las casas maternas.
3. Se cuenta con la colaboración permanente de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG) en capacitaciones a médicos y enfermeras.

## PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL (2021-2025)

La evaluación del PERMMMyPN (2015-2020) permitió documentar los avances en su implementación, verificar los logros y acciones del proceso, identificar las estrategias eficaces para mantenerlas y reformular otras sobre la base de nuevas competencias adquiridas en las regiones de salud, además de señalar los objetivos que quedaron pendientes o en proceso de ejecución.

En el nuevo plan estratégico plantea mantener los cuatro componentes:

1. Fortalecimiento institucional
2. Promoción y prevención
3. Aseguramiento del financiamiento
4. Monitoreo y evaluación de las actividades y sus resultados.

Se procurará fortalecer el Programa de Salud Sexual y Reproductiva responsable de la ejecución del PERMMMyPN, para avanzar en los procesos en la optimización y uso de la tecnología, la continuidad e incremento de los CONE, el aseguramiento y ampliación de nuevos métodos anticonceptivos en el grupo de adolescentes y adultas jóvenes, incremento de casas maternas a nivel nacional, capacitación y fortalecimiento de promotores y líderes comunitarios, fortalecimiento del sistema de información, incluyendo la modernización de la red informática para la mejora de captación de datos, la renovación y establecimiento de alianzas intersectoriales y los mecanismos de monitoreo y evaluación del plan

# AGENDA A PARTIR DEL 2021

El PERMMMyPN (2021-2025) toma en cuenta las actividades del plan anterior y el análisis de los indicadores de salud asociados a la morbimortalidad materno infantil, indicadores sociodemográficos en el contexto del crecimiento poblacional, la migración interna y externa y la pobreza cuyo impacto sobre la capacidad de desarrollo del país influye en la toma de decisiones políticas, económicas y de salud, permitiendo realizar un diagnóstico situacional enmarcado con la realidad nacional; también, tomando en consideración los cambios tan grandes que el impacto del COVID – 19 ha tenido, en todo el mundo que repercute sobre la salud de las mujeres en el territorio nacional, teniendo muchos retos en la ejecución de este nuevo plan sobre todo en las áreas de difícil acceso.

Panamá, ha sido considerado en las últimas décadas como un país con un crecimiento robusto, con un flujo de inversión creciente, que de manera indirecta favorece una inmigración laboral importante que se refleja en una duplicación de estas cifras importante entre los años 90 (2.5%) al 2019 (4.5%) (OCDE, 2018). Esto ha contribuido a la modificación de los indicadores de país, entre éstos al logro en la reducción de la pobreza; no obstante, existen aún disparidades espaciales y de ingresos.

A través del coeficiente de Gini, responsable de medir el grado de desigualdad en un país, Panamá ha sido clasificado en el puesto 14 con la peor distribución de la riqueza para el 2018, con un índice de 0.48 ubicándose como uno de los más altos en niveles de desigualdad en América Latina.

A pesar de que Panamá se sitúa como uno de los países con mejores indicadores de salud con respecto a otros en la región (CEPAL, 2019) persisten desigualdades muy marcadas en áreas comarcales e inclusive, entre las áreas urbanas y rurales a nivel nacional.

En el año 2018, el índice de pobreza nacional fue de 32.8% (CEPAL, 2019), registrando los niveles más altos en las áreas comarcales. Este factor contribuyó a la persistencia de tasas elevadas de morbimortalidad materno infantil en estas regiones.

La atención institucional del parto en el 2018 fue de 92.9%, pero registra en las áreas rurales como Darién y las comarcas indígenas coberturas más bajas, destacando la Comarca Ngäbe Buglé con apenas un 57.5%.

La cobertura y la calidad del control prenatal permite la detección de posibles morbilidades y vigilancia de las embarazadas, pues es en este nivel donde se realiza el diagnóstico precoz y se facilita el tratamiento oportuno. A pesar de que tenemos una captación de 94 en las embarazadas, en las áreas de difícil acceso la concentración (número de controles prenatales) no supera 3.2 por cada mujer.

La razón de mortalidad materna es un indicador de impacto relevante en salud. Según el Plan de Acción Para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes (2018-2030), la meta es alcanzar una razón de muerte materna de <30 por cada 100,000 nacimientos vivos. Para el año 2018, la razón de muerte materna en el país que de 45.5 por cada 100,000 nacimientos vivos.

En las áreas urbanas, se alcanzó una razón de muerte materna de 30 por cada 100,000 nacimientos vivos, pero en las áreas comarcales aún se registran tasas de tres dígitos (Ministerio de Salud, 2018). La meta del país es llegar a una línea base en el 2025 de 25 por cada 100,000 nacimientos vivos en las áreas urbanas y por debajo de 70 por cada 100,000 nacimientos vivos en las áreas rurales comarcales; para lograrla, se deben establecer políticas integrales, intersectoriales y específicas dirigidas a abordar las necesidades en las regiones postergadas.

En el año el 2020, preliminarmente, las muertes obstétricas directas ocurrieron con mayor frecuencia en hospitales en un 61.1% (Informe Oficial de Muertes Maternas, Año 2021), afectando a pacientes que llegan complicadas, sin control prenatal o controles tardíos, lo que indica que probablemente las embarazadas desconocían los signos de alarma, no buscaron atención inmediata a pesar de presentar signos de morbilidad severa o los controles prenatales no fueron accesibles, suficientes o de calidad para permitir reconocimiento de muerte y permitir una intervención oportuna.

Para abordar los problemas señalados, los esfuerzos deben dirigirse a cumplir los ODS 3 y en el objetivo 3.1 que promueven "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos" y para el año 2030, reducir la razón de mortalidad materna a nivel mundial a menos de 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, respectivamente.

De igual manera deberá cumplirse el objetivo 3.7 que promueve para el año 2030, "Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar, información educación y la integración del componente de salud sexual y reproductiva en las estrategias y programas nacionales."

Los ODS se encuentran interrelacionados, de tal manera que la mejora de uno implica la mejora del otro; por tal razón, la voluntad política deberá coordinar esfuerzos y estrategias intersectoriales que sumen el impacto positivo que se alcance en otros ODS dirigidos a mejorar la educación, accesibilidad a servicios, mejora de la salud ambiental y promoción de igualdad de género, mejorando la salud integral de la mujer.

Para fortalecer estas acciones es menester mantener indicadores, registro de actividades y monitoreo destacando la importancia de mejorar la calidad de cobertura, desagregados por género, edad, etnia y área geográfica.

El MINSA, como ente rector de la salud del país, coordina la ejecución del PERMMMyPN tendientes a alcanzar el éxito. Para mantener lo logrado y mejorar las nuevas estrategias es imprescindible la colaboración de otros sectores que contribuyan a disminuir las inequidades, mejorar la nutrición, la salud y la educación. Este nuevo documento es un instrumento que define la política nacional y el compromiso del MINSA.

# CONTEXTO NACIONAL

La República de Panamá se encuentra en la parte central del continente americano, en la parte oriental y meridional de América Central; es el país más estrecho y alargado del istmo centroamericano. Está dispuesto en sentido oeste-este y limita al norte con el Mar Caribe, al sur con el Océano Pacífico, al este con Colombia y al oeste con Costa Rica (INEC, 2018).

Tiene una superficie terrestre de 75,416.6 Km2, administrativamente se compone de diez (10) provincias, 81 distritos o municipios, tres (3) comarcas indígenas (Guna Yala, Emberá, Ngäbe Buglé) con categoría de provincia, dos (2) comarcas (Guna de Madugandí y Guna Wargandi) con categoría de corregimiento, con los cuales completan un total de 679 corregimientos en todo el país (INEC, 2010).

**Mapa 1. División Política. República de Panamá**

Fuente: INEC. Aspectos geográficos generales de la República de Panamá.

Según datos demográficos del último censo del 2010, la población de la República de Panamá se incrementó a 3,405,813 habitantes, estimando que para el 2020 la población proyectada fué de 4,278,500 habitantes, tomando en consideración el cada vez creciente ingreso de inmigrantes al país.

La creación de una décima provincia el 1 de enero de 2014, ha sido el producto de los cambios efectuados en la estructura poblacional del país. Por su crecimiento demográfico, la provincia de Panamá Oeste se constituye en la segunda más poblada. Estos cambios inciden directamente en las decisiones de realizar una reestructuración del sistema sanitario.

Según el reporte de la Distribución territorial y migración interna en Panamá (INEC, 2010), el grado de urbanización fue de 36%; el ritmo censal se calculó a un 4.4% por lo que para el 2020, se estima que la población urbana residente se incrementaría en 156,516 personas y la rural crecerá a una tasa de 2% aumentando a 113,740 personas, mostrando un diferencial de crecimiento urbano rural (DCUR) de 2.4%.

El incremento de la población en algunas áreas rurales según el cuadro de la población general y la estimación para el 2020 por región y provincia, indica que se deberán reestructurar o diseñar algunas estrategias y tomar las previsiones sanitarias para evitar el deterioro de la salud sexual y reproductiva que conlleve a un aumento de la mortalidad materna y perinatal.

El incremento de la población en las áreas urbanas se debe en gran medida a la migración de personas de las áreas rurales y a la creciente migración extranjera durante la última década, componente que ha tenido un fuerte impacto en el crecimiento poblacional y de manera indirecta en los niveles de pobreza.

Estimaciones basadas en los Censos de Población y Vivienda del año 2010, reflejan que la provincia de Panamá proyecta un saldo migratorio positivo, es decir, como receptora de población; el resto de las provincias y comarcas indígenas con saldos negativos (expulsoras de población).

Panamá no cuenta con registros anuales confiables que permitan establecer de manera precisa los niveles y tendencias de la migración interna e internacional (INEC, 2010). Según el reporte del año 2017, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe a diferencia de otros países latinoamericanos no se observan diferencias significativas en la incidencia de pobreza entre inmigrante y no inmigrantes. De hecho, se reporta que la pobreza en migrantes es menor que en otros países, y participa de la fuerza laboral del país.

**Tabla 1. Inmigrantes según sexo. República de Panamá. Periodo 1990-2019**

| Fecha | Inmigrantes hombres | Inmigrantes mujeres | Inmigrantes | Porcentaje de Inmigrantes |
|---|---|---|---|---|
| **2019** | 94.396 | 90.676 | 185.072 | 4,45% |
| **2017** | 97.931 | 92.797 | 190.728 | 4,65% |
| **2015** | 94.841 | 89.869 | 184.71 | 4,65% |
| **2010** | 80.931 | 76.378 | 157.309 | 4,30% |
| **2005** | 59.812 | 57.751 | 117.563 | 3,51% |
| **2000** | 42.437 | 40.973 | 83.41 | 2,74% |
| **1995** | 36.74 | 34.108 | 70.848 | 2,58% |
| **1990** | 33.148 | 29.596 | 62.744 | 2,54% |

Fuente: INEC

La percepción, desde el punto de vista sanitario ha evidenciado que el fenómeno migratorio ha aumentado la atención de salud a mujeres en etapa reproductiva con énfasis en las áreas urbanas donde se concentran mujeres inmigrantes trabajadoras, que necesitan atención en salud sexual y reproductiva. En la República de Panamá los servicios de salud son brindados a cualquier persona que lo solicite, independientemente de la ciudadanía o situación migratoria; además del acceso gratuito a la atención, se ofrece protección a la salud de los migrantes irregulares, además de albergues que brindan asistencia temporal en cuestiones básicas como alimentación, vivienda, vestido y asesoría legal. (Miguel Ángel Fernández Ortega, 2018)

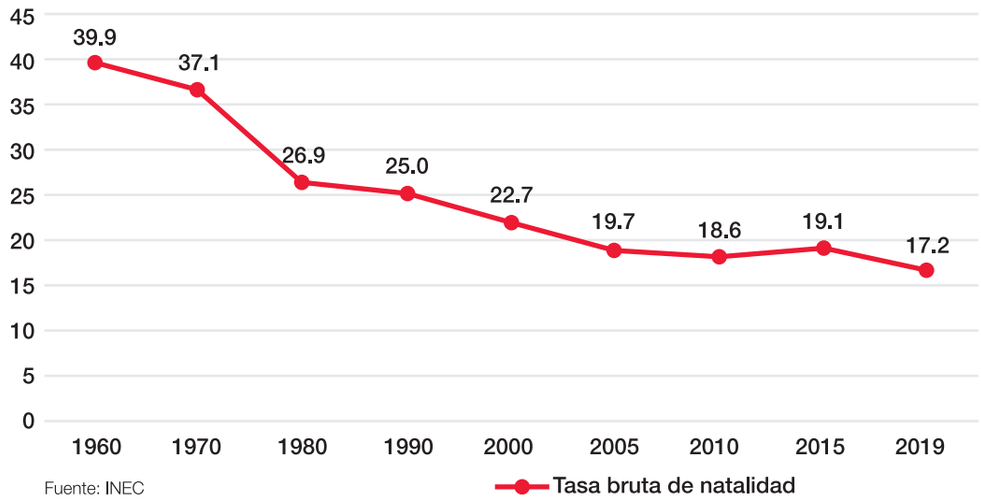
# ANÁLISIS DE INDICADORES

## Tasa bruta de natalidad

Para inicio de los años 60, la tasa de natalidad era de 39.9 x 1,000 nacidos vivos (NV) y en el año 2019 descendió a 17.2 x 1,000 NV (Gráfica 1).

En términos generales la Tasa Bruta de Natalidad ha disminuido, aproximadamente un 17% en los últimos 40 años.

**Gráfica 1. Tasa bruta de Natalidad en la República de Panamá. Periodo 1960-2019**




Fuente: INEC

Cuando se analiza la tasa de natalidad por provincias y comarcas, exceptuando Coclé, Colón, Los Santos y la Comarca Ngäbe Buglé, el resto de las provincias mostraron amento de su tasa bruta de natalidad en comparación con el año 2014.

**Tabla 2. Tasas de natalidad por provincias y comarcas. República de Panamá. Año 2014 y 2019**

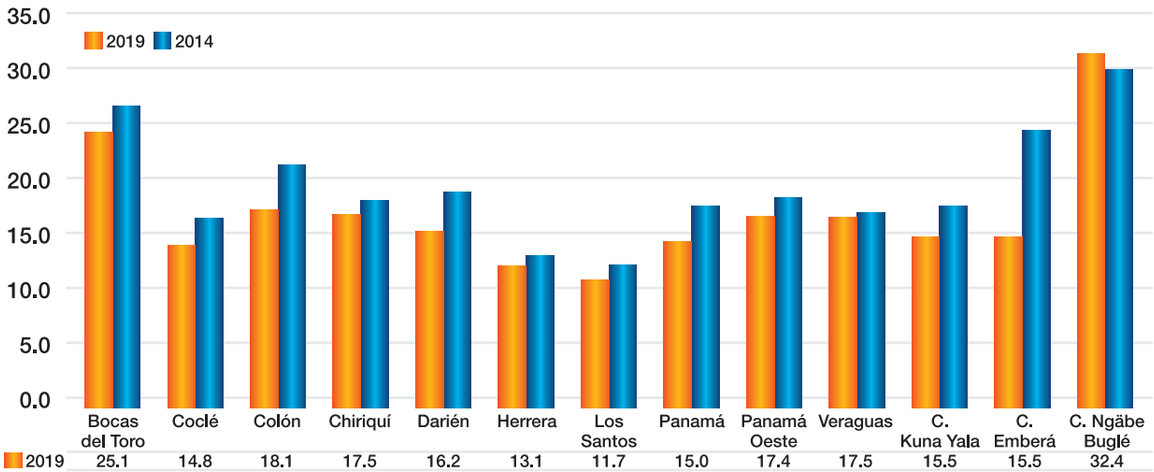
| Provincia | 2019 | 2014 |
|---|---|---|
| Bocas del Toro | 25.1 | 27.1 |
| Coclé | 14.8 | 17.1 |
| Colón | 18.1 | 21.9 |
| Chiriquí | 17.5 | 18.5 |
| Darién | 16.2 | 19.3 |
| Herrera | 13.1 | 13.8 |
| Los Santos | 11.7 | 12.7 |
| Panamá | 15.0 | 18.1 |
| Panamá Oeste | 17.4 | 19.0 |
| Veraguas | 17.5 | 17.6 |
| C. Kuna Yala | 15.5 | 18.4 |
| C. Emberá | 15.5 | 25.3 |
| C. Ngäbe Buglé | 32.4 | 30.8 |

Fuente: INEC/Publicaciones

Darién ha incrementado su tasa por fenómenos migratorios internos y externos debido al aumento de la población en las provincias centrales en busca de mejores tierras para satisfacer sus necesidades y, por otro lado, el incremento de extranjeros que ingresan a nuestro país por la provincia de Darién.

Para las provincias de Herrera y Los Santos la disminución puede estar asociada al bajo porcentaje de partos.

**Gráfica 2. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena. Años: 2014 y 2019**




| | Bocas del Toro | Coclé | Colón | Chiriquí | Darién | Herrera | Los Santos | Panamá | Panamá Oeste | Veraguas | C. Kuna Yala | C. Emberá | C. Ngäbe Buglé |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019 | 25.1 | 14.8 | 18.1 | 17.5 | 16.2 | 13.1 | 11.7 | 15.0 | 17.4 | 17.5 | 15.5 | 15.5 | 32.4 |
| 2014 | 27.1 | 17.1 | 21.9 | 18.5 | 19.3 | 13.8 | 12.7 | 18.1 | 19.0 | 17.6 | 18.4 | 25.3 | 30.8 |

Fuente: INEC/Publicaciones

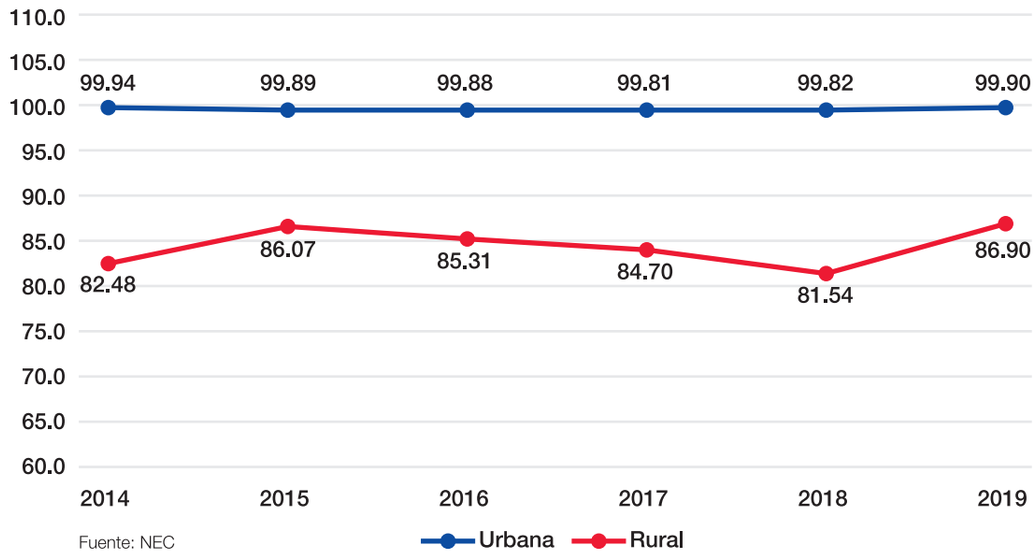
## Nacimientos vivos en la República de Panamá

En el año 2019, Panamá registró un total de 72,456 nacidos vivos de los cuales el 95% fue asistido por un profesional capacitado.

Panamá tiene un alto índice de atención profesional de parto, cobertura que se ha incrementado considerablemente en todas las regiones, siendo especialmente relevante en las áreas comarcales.

En las zonas urbanas el porcentaje de asistencia profesional del parto fue de 99.9%, mientras que en las áreas rurales solo se alcanzó un 86.9% en ese mismo año. (INEC, 2019). Esto refleja que el esfuerzo se centró en ampliar el acceso y cobertura universal e indirectamente, la confianza de las usuarias para acudir a sus centros de salud, reflejando el impacto positivo de las estrategias de los últimos 10 años.

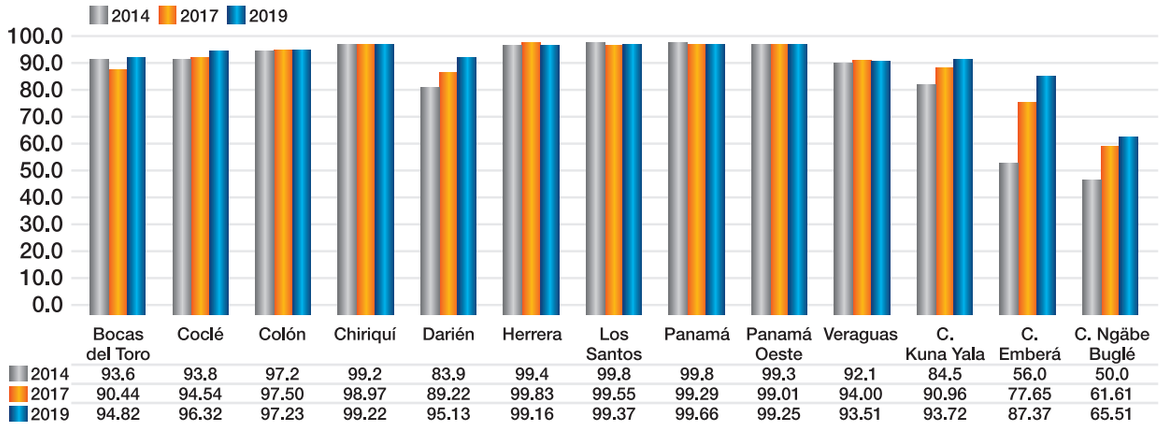
**Gráfica 3. Porcentaje de nacimientos vivos en la República, con asistencia profesional del parto según área urbana y rural. Período 2014-2019**




Fuente: NEC

La provincia de Darién y las tres comarcas aumentaron la asistencia profesional del parto en el último quinquenio.

**Gráfica 4. Nacimientos vivos con atención profesional del parto en la República de Panamá, según provincia y Comarca Indígena. Años: 2014, 2017 y 2019**




| | Bocas del Toro | Coclé | Colón | Chiriquí | Darién | Herrera | Los Santos | Panamá | Panamá Oeste | Veraguas | C. Kuna Yala | C. Emberá | C. Ngäbe Buglé |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | 93.6 | 93.8 | 97.2 | 99.2 | 83.9 | 99.4 | 99.8 | 99.8 | 99.3 | 92.1 | 84.5 | 56.0 | 50.0 |
| 2017 | 90.44 | 94.54 | 97.50 | 98.97 | 89.22 | 99.83 | 99.55 | 99.29 | 99.01 | 94.00 | 90.96 | 77.65 | 61.61 |
| 2019 | 94.82 | 96.32 | 97.23 | 99.22 | 95.13 | 99.16 | 99.37 | 99.66 | 99.25 | 93.51 | 93.72 | 87.37 | 65.51 |

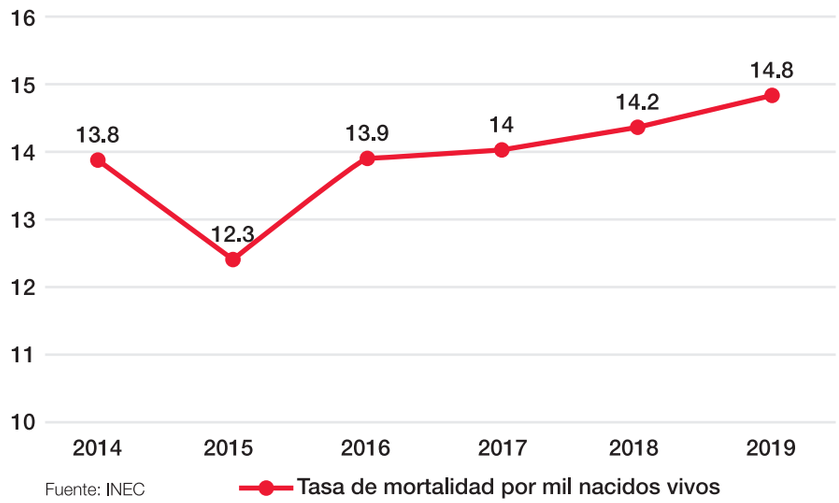
Fuente: INEC

## Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil ha mostrado un discreto incremento en los últimos años. Para el año 2015 la tasa era de 12.3 por 1,000 nacidos vivos y en el año 2018 aumentó a 14.2 por mil nacidos vivos.

La mortalidad infantil está asociada a eventos perinatales, no sólo a morbilidades pediátricas, por lo que se constituye en un indicador indirecto de resultados del manejo obstétrico. En Panamá, las muertes infantiles se asocian a malformaciones congénitas, muchas veces no diagnosticadas en el control prenatal cuando podrían ser detectadas.

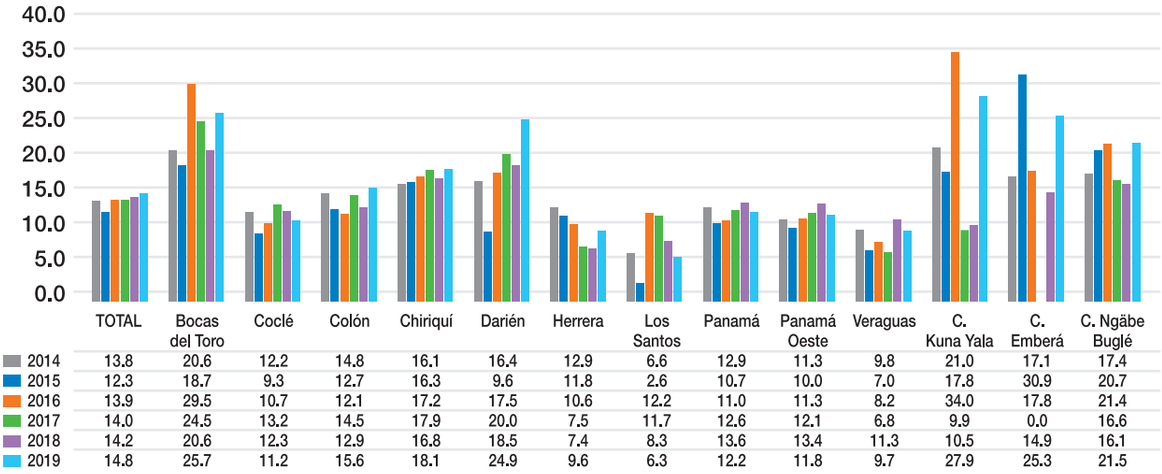
**Gráfica 5. Tasa de Mortalidad Infantil en la República de Panamá, por mil nacidos vivos. Período 2014-2019**




Fuente: INEC

Al analizar los datos por provincias, las tasas de mortalidad infantil se han mantenido; sin embargo, en provincias como Veraguas y Comarca Ngäbe Bugle se registraron aumentos en el año 2019.

**Gráfica 6. Tasa de mortalidad infantil en la República, por mil nacidos vivos, según provincia y comarca indígena. Período 2014 – 2019**




| | TOTAL | Bocas del Toro | Coclé | Colón | Chiriquí | Darién | Herrera | Los Santos | Panamá | Panamá Oeste | Veraguas | C. Kuna Yala | C. Emberá | C. Ngäbe Buglé |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | 13.8 | 20.6 | 12.2 | 14.8 | 16.1 | 16.4 | 12.9 | 6.6 | 12.9 | 11.3 | 9.8 | 21.0 | 17.1 | 17.4 |
| 2015 | 12.3 | 18.7 | 9.3 | 12.7 | 16.3 | 9.6 | 11.8 | 2.6 | 10.7 | 10.0 | 7.0 | 17.8 | 30.9 | 20.7 |
| 2016 | 13.9 | 29.5 | 10.7 | 12.1 | 17.2 | 17.5 | 10.6 | 12.2 | 11.0 | 11.3 | 8.2 | 34.0 | 17.8 | 21.4 |
| 2017 | 14.0 | 24.5 | 13.2 | 14.5 | 17.9 | 20.0 | 7.5 | 11.7 | 12.6 | 12.1 | 6.8 | 9.9 | 0.0 | 16.6 |
| 2018 | 14.2 | 20.6 | 12.3 | 12.9 | 16.8 | 18.5 | 7.4 | 8.3 | 13.6 | 13.4 | 11.3 | 10.5 | 14.9 | 16.1 |
| 2019 | 14.8 | 25.7 | 11.2 | 15.6 | 18.1 | 24.9 | 9.6 | 6.3 | 12.2 | 11.8 | 9.7 | 27.9 | 25.3 | 21.5 |

Fuente: INEC

## Tasas de mortalidad neonatal, perinatal y postnatal

Un indicador más preciso de las estrategias de atención prenatal y los resultados a corto y mediano plazo lo constituye la tasa de mortalidad neonatal, que es una relación entre el número de niños fallecidos antes de los 28 días de vida y el número total de nacidos vivos del mismo período, multiplicado por un factor (usualmente 1,000).

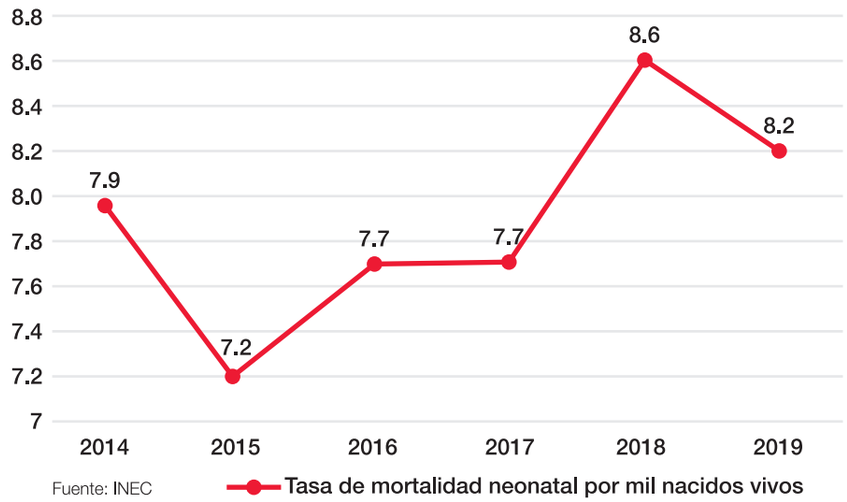
La tasa de mortalidad perinatal representa el número de muertes perinatales por 1,000 nacimientos, cuando el periodo perinatal inicia a la semana 28 de gestación y termina al final del séptimo día después del nacimiento.

Estos indicadores reflejan realmente la oportuna atención en el control prenatal y el parto, no solo en la detección temprana de malformaciones sino en morbilidades maternas que conlleven a prematuridad.

## Tasa de mortalidad neonatal

En Panamá, la Tasa de Mortalidad Neonatal se incrementó un 0.7% en el período de 2014 a 2018 como demuestra la curva, mientras que la tasa de Mortalidad Perinatal no ha mostrado ningún cambio, por el contrario, se mantiene casi estable.

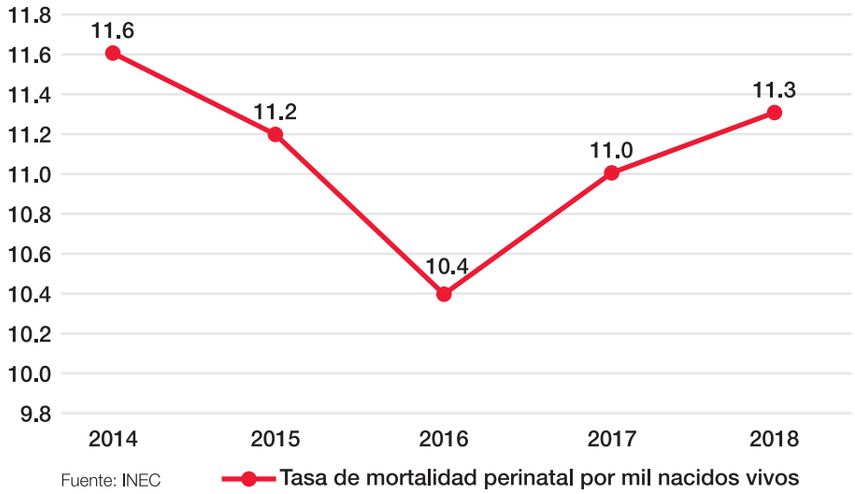
**Gráfica 7. Tasa de mortalidad neonatal en la República de Panamá por mil nacidos vivos. Periodo 2014-2019**




Durante el quinquenio 2014-2019 no se registró cambio en la tasa de mortalidad perinatal. En el período 2010-2015 se registró un descenso para posteriormente ascender y superar la tasa del año 2014.

Por el contrario, la mortalidad neonatal precoz presentó un descenso sensible en los últimos cuatro años para aumentar a una cifra similar al 2014 en el año 2018. Igual tendencia presentó la mortalidad neonatal tardía, la cual superó en el año 2018 la tasa de inicios de periodo.

**Gráfica 8. Tasa de mortalidad perinatal en la República, por mil nacidos vivos. Período 2014 – 2018**




Es conveniente evaluar en los registros médicos las causas de las muertes fetales y los controles que se realizan.

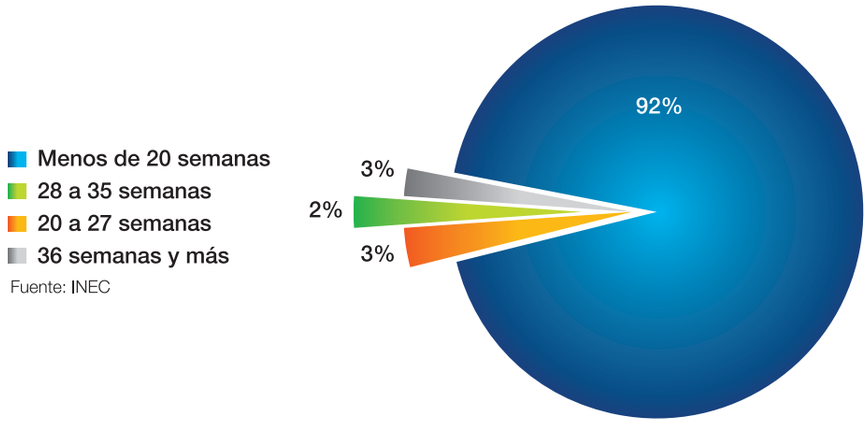
Las 5 primeras causas de defunciones fetales según el INEC 2018 la constituyen:

1. Feto afectado por complicaciones maternas del embarazo.
2. Feto afectado por complicaciones de placenta cordón umbilical y las membranas.
3. Hipoxia intrauterina
4. Trastorno relacionado con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.
5. Feto afectado por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente.

La primera está relacionada con la atención prenatal y atención del parto que inciden grandemente en la tasa de mortalidad perinatal, lo que es relevante pues a pesar de un alto porcentaje de atención profesional y cobertura de controles prenatales no se impiden de manera efectiva estas muertes fetales por lo que la mortalidad perinatal también constituye un agregado importante que no está siendo medido o está subregistrado.

En Panamá, se lleva el registro mediante certificado de defunción fetal de todas las pérdidas, independientemente de la edad gestacional. En el año 2018, se reportaron 9,271 defunciones fetales; de éstas, 8,573 correspondieron a gestaciones menores de 20 semanas (abortos), 277 casos a pérdidas comprendidas en embarazos entre las 20 y las 27 semanas y 421 se reportaron en embarazadas de 28 semanas o más.

**Gráfica 9. Porcentaje de defunciones fetales en la República de Panamá, por período de gestación (Semanas). Año 2019**




Fuente: INEC

Datos de INEC, indican que las defunciones mayores a 20 semanas y hasta las 27 semanas de gestación, están vinculadas a trastornos o afectaciones relacionados a la madre, no necesariamente relacionadas al embarazo actual, lo que involucra mayor vigilancia.

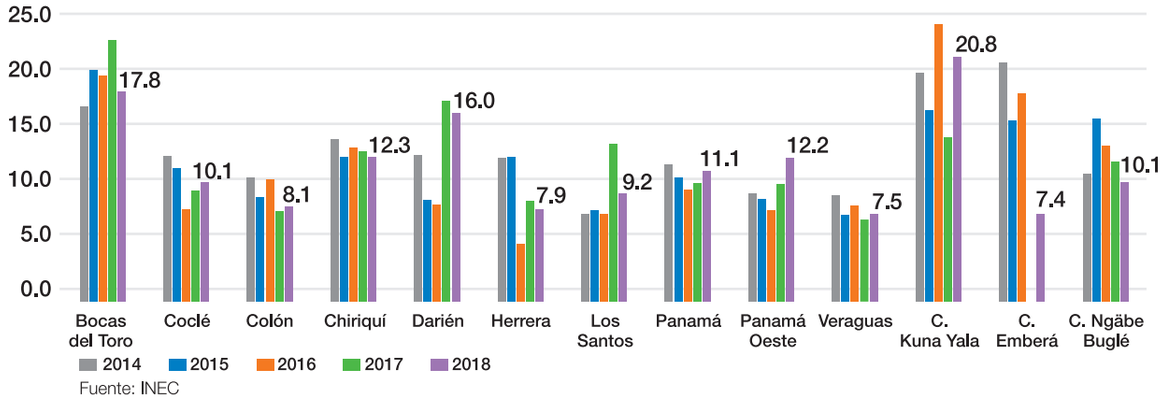
De todas las causas de morbilidad materna, las complicaciones placentarias y los trastornos hipertensivos del embarazo que pueden conllevar a una hipoxemia fetal podrían considerarse como relacionadas con un resultado desfavorable que puede llevar a la muerte fetal.

En un país con un alto porcentaje de atención profesional y cobertura de controles prenatales, la revisión de estas causas es relevante para identificar posibles deficiencias en la calidad de atención obstétrica.

El comportamiento de las tasas de mortalidad perinatal durante el quinquenio 2014-2018 ha sido similar al de la mortalidad infantil.

Las provincias de Bocas del Toro, las comarcas Guna Yala y Emberá presentan las tasas más altas de mortalidad perinatal.

**Gráfica 10. Tasa de mortalidad perinatal en la República, por mil nacidos vivos, según provincia y comarca indígena. Periodo 2001 – 2008**



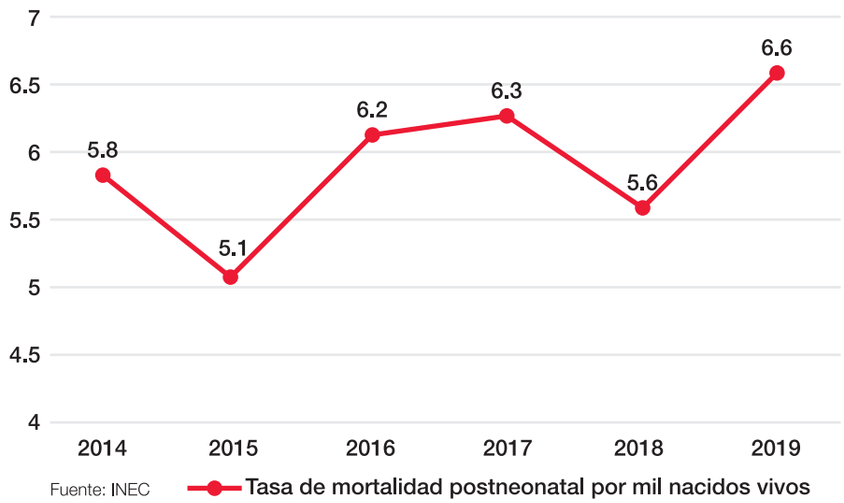

Fuente: INEC

# MORTALIDAD POST NEONATAL

La mortalidad Post neonatal calculada de la relación entre el número de nacidos vivos que muere antes de cumplir un año, pero que vivieron más de 28 días entre 1,000 NV, mide en términos generales, de manera indirecta aquellos niños que nacen con alguna complicación y no sobreviven al año de vida.

En Panamá, en los últimos cuatro (4) años se observó un discreto descenso de la mortalidad postneonatal; este descenso puede estar relacionado a las intervenciones en el manejo neonatal de alta complejidad que han mejorado la calidad de vida y de manera indirecta la mortalidad post neonatal.

**Gráfica 11. Tasa de mortalidad postneonatal en la República de Panamá por mil nacidos vivos. Periodo 2014-2019**




Fuente: INEC

# ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA 2014 - 2018

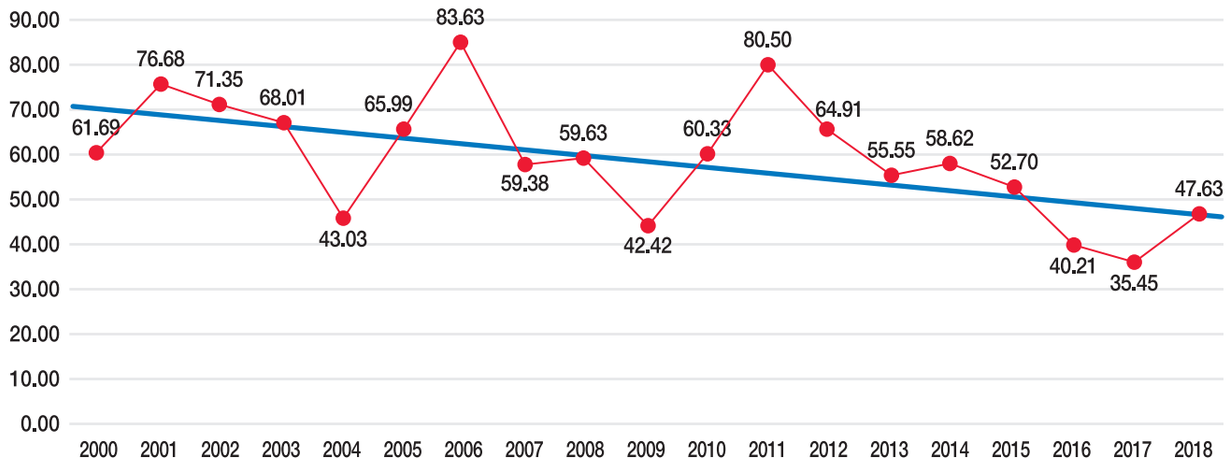
Para realizar el análisis de la mortalidad materna durante la vigencia del PERMMMyPN del 2014-2018 se tomaron en cuenta los datos estadísticos oficiales disponibles, los cuales son aportados por el Instituto de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República de Panamá y están disponibles en su página web hasta el año 2018.

## Razón de mortalidad materna

Se trata de la relación del número de muertes maternas entre el número de nacidos vivos por 100,000. Es un indicador indirecto de desarrollo de un país, y refleja las acciones que en materia de salud pública se efectúan para disminuirlas.

La tendencia de la razón de muerte materna en general ha sido descendente desde el año 2000.

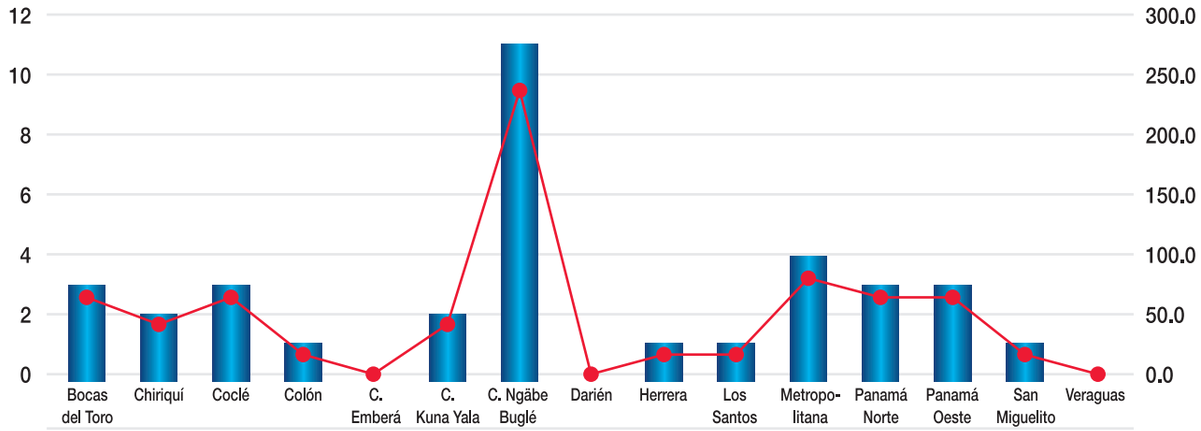
**Gráfica 12. Razón de mortalidad materna. República de Panamá. Periodo 2000 – 2018**




Fuente: Base de Datos de Muerte Materna/SSR/MINSA

En el año 2018 se registraron 35 muertes maternas lo que representa una razón de 45.5 por 100,000 NV, siendo las cifras más altas las correspondientes a las regiones de la comarca Ngäbe Buglé y Guna Yala, seguido por la región metropolitana; Panamá Norte, Oeste, Coclé y Bocas presentaron cifras muy similares para ese año.

**Gráfica 13. Muertes y razón de muerte materna por 100,000 NV según región de Salud. República de Panamá. Año 2018**




| | Bocas del Toro | Chiriquí | Coclé | Colón | C. Emberá | C. Kuna Yala | C. Ngäbe Buglé | Darién | Herrera | Los Santos | Metropo-litana | Panamá Norte | Panamá Oeste | San Miguelito | Veraguas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MM | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 11 | 0 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| Razón MM | 65.2 | 43.5 | 65.2 | 21.7 | 0 | 43.5 | 239.0 | 0 | 21.7 | 21.7 | 86.9 | 65.2 | 65.2 | 21.7 | 0 |

Fuente: BDSSR

Al evaluar la razón de muerte materna por región, del quinquenio 2014 al 2018, sumando el acumulado de casos de muerte materna en cada región o comarca, se destacan la comarca Ngäbe Buglé, región metropolitana y la de Bocas del Toro con la mayor cantidad de casos.

La razón de muerte materna, con base en la suma de los nacidos vivos en cada provincia y comarca, refleja el grado de riesgo presente en cada una. La comarca Guna Yala presentó 8 casos de muerte materna durante el periodo, lo que, en proporción a los 3,551 nacidos vivos registrados, aporta la tasa más alta del país con un valor de 225.3 x 100,000 NV en el quinquenio. La comarca Emberá no presentó casos de muerte materna en el año 2018; sin embargo, con apenas 2 casos reportados en el quinquenio y una cifra de 1,179 nacidos vivos en total, registra la segunda razón más alta con 169.6 por 100,000 NV. El tercer lugar, lo ocupa la comarca Ngäbe Buglé, donde se suman 54 muertes maternas durante estos 5 años, lo cual, en relación con 33,962 nacidos vivos, registra una cifra de 169.6 por 100,000 NV. La región de Darién sigue en el orden, con 8 muertes maternas registradas y un total de 5,335 nacidos vivos, para una razón de 149.9 por 100, 000 NV en el período 2014 – 2018.

Bocas del Toro continúa la lista con 18 casos de muerte materna y 21,695 para una razón de 82.9 por 100,000 NV. Todas estas regiones y comarcas se destacan por tener mayor población indígena y campesina, altos niveles de pobreza y bajo nivel socio económico y cultural, lo cual contribuye a sufrir el deterioro de su condición de salud.

Las regiones de Los Santos y Herrera presentan valores de 88.9 y 60.8 por 100,000 NV respectivamente, por encima del promedio nacional, a pesar de tener registradas pocas muertes maternas, esto se debe a que presentan las tasas más bajas de natalidad del país.

Dentro de las regiones urbanas, se observa que Colón, tiene un alto índice de población urbana marginal y presentó durante el quinquenio con un acumulado de 15 muertes maternas y un total de 28051 nacidos vivos, para una razón de 53.5 por 100,000 NV como promedio en esos cuatro años.

El resto de las regiones muestran una razón de mortalidad materna por debajo de la cifra media del país durante el periodo evaluado.

**Tabla 3. Razón de mortalidad materna calculada para el periodo 2014 – 2018 por provincia y comarca.**

| Año<br>Provincia | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Razón quinquenal |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B. del Toro | 145.5 | 46.7 | 70.8 | 67.5 | 65.2 | |
| Coclé | - | 45.6 | 23.8 | 46.3 | 71.1 | 32.6 |
| Colón | 67.1 | 84.4 | 18.0 | 36.8 | 18.4 | 49.9 |
| Chiriquí | - | 24.6 | 36.8 | 11.5 | 23.4 | 19.1 |
| Darién | 96.4 | 192.5 | 206.2 | 95.4 | - | 149.9 |
| Herrera | 122.9 | - | 124.1 | - | 61.3 | 60.8 |
| L. Santos | - | 86.7 | - | - | 92.2 | 88.9 |
| Panamá | 22.2 | 37.1 | 18.5 | 34.3 | 31.1 | 24.1 |
| P. Oeste | 29.2 | 27.5 | 55.4 | 18.3 | 27.0 | 31.4 |
| Veraguas | 23.4 | 45.0 | 24.9 | - | - | 18.9 |
| Guna Yala | 262.1 | 273.2 | 339.6 | - | 263.5 | 225.3 |
| Emberá | 341.3 | 515.5 | - | 392.2 | - | 169.6 |
| N. Bugle | 303.4 | 130.2 | 162.5 | 83.6 | 138.4 | 159.0 |
| **Total** | **58.5** | **52.7** | **49.2** | **35.4** | **45.5** | 48.2 |

Fuente: Base de Datos MM/SSR/MINSA

La razón de muerte materna de acuerdo con los grupos de edad, para el periodo del 2014 al 2018, fue calculada sobre la base del número de casos en proporción al total de los nacidos vivos de cada grupo etario. Permite expresar el riesgo de mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio específico para cada grupo seleccionado.

Durante este quinquenio, se registró un total de 183 muertes maternas. En el grupo de 10 a 14 años se presentó un (1) caso; en el de 15 a 39 años no hubo diferencias significativas en el número de casos. A partir de los 40 años los casos disminuyeron.

En el caso de las adolescentes de 10 a 14 años, es preciso observar que si bien en el año 2014 presentaron una razón muy alta de muerte materna en proporción a los nacidos vivos, cuando se calcula para el periodo quinquenal la cifra baja significativamente y se comporta parecido al de los otros grupos de edad; no así los grupos de mujeres de 35 años y más, donde se observa la tendencia a presentar altas razones de mortalidad materna a lo largo del periodo.

Este fenómeno sugiere que son precisamente los grupos de embarazadas de más edad, quienes presentan las complicaciones obstétricas más serias, o sufren con mayor frecuencia de comorbilidades que contribuyen a incrementar la mortalidad materna. El grupo de adolescentes no mostró mayor número de casos porque en términos generales, los casos de embarazos en adolescentes no son tan frecuentes como en las mujeres de mayor edad.

## Muertes maternas por lugar de fallecimiento

La distribución de las muertes maternas según el lugar donde tuvo lugar la defunción muestra que, de las 183 muertes ocurridas en el quinquenio, un 65.6% ocurrió en un hospital, lo que muestra una mejor oferta de atención y 7 muertes (3.8%) se dieron en un Centro de Salud; es decir, que 69.4% tuvieron atención por personal de salud.

La mayoría de las muertes que se reportaron ocurrieron en hospitales, por lo que es importante analizar en cada hospital la ruta de manejo ante una paciente embarazada, para asegurar su atención rápida, el diagnóstico correcto y la intervención oportuna que pueda prevenir una complicación y muerte materna; sin embargo, debemos investigar si se trata de pacientes que llegaron en estado crítico por fallas en la primera o segunda demora.

42 casos, que representan el 22.9% ocurrió en el domicilio de la embarazada, generalmente en las áreas de difícil acceso de las comarcas indígenas. Con frecuencia, se hace imposible obtener toda la información necesaria para analizar la causa específica del deceso, por lo que estos casos se clasifican como muertes por causa obstétrica directa.

En trayecto hacia una institución de salud fallecieron nueve (9) embarazadas para un 4.9% y en cinco (5) de estos casos (2.7%) no está definido el lugar del deceso como lo demuestra la siguiente tabla. (Tabla 5)

Estas dos circunstancias, las muertes en casa y aquellas que ocurren en trayecto a una institución de salud, resaltan la importancia de habilitar casas maternas para embarazadas en riesgo, cercanos a las instalaciones sanitarias.

**Tabla 4. Muertes maternas según lugar de defunción 2014-2018**

| Lugar de defunción | Domicilio | | Centro de Salud | | Hospital | | Trayecto | | Sin dato | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 2014 | 14 | | 3 | | 23 | | 1 | | 3 | |
| 2015 | 6 | | 1 | | 30 | | 3 | | 0 | |
| 2016 | 11 | | 2 | | 22 | | 1 | | 1 | |
| 2017 | 5 | | 1 | | 20 | | 1 | | 0 | |
| 2018 | 6 | | 0 | | 25 | | 3 | | 1 | |
| **Total 183** | **42** | 22.9 | **7** | 3.8 | **120** | 65.6 | **9** | 4.9 | **5** | 2.7 |

Fuente: BDSSR

Análisis de causas obstétricas

Desde la década de los 90, el grupo de trabajo interinstitucional que precedió a la Comisión de Muerte Materna logró que el certificado de defunción oficial de la Contraloría General se modificara para incorporar la pregunta sobre el antecedente de embarazo durante los últimos 42 días o durante el último año. A partir de entonces se revisan todas las muertes de mujeres en edad fértil cuyo certificado de defunción haga sospechar una muerte materna. Se ha logrado así reducir al mínimo la posibilidad de omisión de casos de muerte materna; sin embargo, los organismos internacionales siguen aplicando a Panamá un factor o índice por omisión de registro que en la actualidad no le corresponde y que prácticamente duplica la razón de país en sus estimaciones.

La Comisión Nacional Interinstitucional e Intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal realiza la revisión de todos los casos de muertes reportadas en el certificado de defunción, si en el mismo se registra que la paciente estuvo embarazada en el último año.

Un total de 76 casos fueron investigados (QUE AÑO) y descartados como muerte materna de causa relacionada al embarazo. Dentro de estas se investigaron: muertes de embarazadas por accidentes, suicidios, ahogamientos, homicidios; casos de defunción por patologías agudas o crónicas no relacionadas con eventos obstétricos o doce meses post parto y casos sin evidencia de haber estado embarazadas en el último año.

En el período del 2014-2018 se clasificaron 183 casos de muerte materna; de estos, 158 como muerte materna directa (86.4%) y 25 como muerte materna indirecta (13.7%).

Las causas de las muertes maternas relacionadas de acuerdo con el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades) se clasificaron de acuerdo a su codificación.

Las complicaciones del trabajo del parto y del parto ocuparon el primer lugar dentro de las causas directas en un 26%, seguidas de las complicaciones relacionadas con el puerperio (21%); edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio en un tercer lugar (20%).

El embarazo terminado en aborto ocupó un quinto lugar; sin embargo, se destaca que, dentro de estas muertes, el embarazo ectópico se presentó en un 70% (14/20). (Tabla 1)

Entre las causas más frecuentes de muerte por causas obstétricas indirectas se registran casos complicados por enfermedades tales como la tuberculosis, las cardiopatías, hipertensión arterial crónica, leucemia, cáncer, el lupus eritematoso sistémico, la neumonía adquirida en la comunidad, ruptura de aneurisma cerebral o aórtico, meningitis bacteriana, pancreatitis, anemia falciforme, púrpura trombocitopénica, entre otras.

**Tabla 5. Causas de muerte materna directa según diagnóstico CIE-10 por año. Período 2014-2018. República de Panamá**

| CAUSA | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TOTAL** | **44** | **40** | **37** | **27** | **35** | **183** | |
| O00-O08 Emb.term. en aborto | 1 | 3 | 4 | 7 | 5 | 20 | 10.9 |
| O10-O16 Edema, proteinuria, trastorno hipertensivo del emb.parto y puerp | 7 | 11 | 6 | 6 | 7 | 37 | 20.2 |
| O20-O29 otros trastornos maternos rel. principalmentecon el embarazo | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 5 | 2.7 |
| O30-O48 atención materna rel. con el feto y cavidad amniótica y posibles problemas del parto | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 9 | 4.9 |
| O60-O75 complicac. del trabajo de parto y del parto | 14 | 10 | 8 | 8 | 7 | 47 | 25.7 |
| O85-O92 complicac. Princ. rel. con el puerperio | 10 | 6 | 10 | 3 | 9 | 38 | 20.8 |
| O95-O99 otras afecc. obst. no clasific. en otra parte | 11 | 5 | 6 | 1 | 4 | 27 | 14.8 |

Fuente: Base de Datos SSR

**Tabla 6. Clasificación de las muertes obstétricas. Periodo 2014-2018**

| AÑO | COD | COI | NR |
|---|---|---|---|
| 2014 | 35 | 9 | 17 |
| 2015 | 35 | 5 | 16 |
| 2016 | 31 | 6 | 14 |
| 2017 | 26 | 1 | 11 |
| 2018 | 31 | 4 | 18 |
| Total 183 | 158 | 25 | 76 |
| | 86% | 14% | |

Fuente: Base de Datos SSR

La evaluación de medio tiempo del contexto de país y de las tendencias de la mortalidad materna durante la vigencia del PERMMMyPN 2015 – 2020, señalaron que los esfuerzos realizados no fueron suficientes para lograr las metas establecidas para ese quinquenio. La disponibilidad de cifras estadísticas oficiales del INEC permitió el análisis de los años 2014 al 2018. Durante este quinquenio se observó una tendencia al descenso, la cual se ve frenada por la persistencia de altas tasas de mortalidad materna en las áreas indígenas, sobre todo en la comarca Ngäbe Buglé.

Por su situación geográfica, un centro bancario reconocido internacionalmente y el Canal de Panamá, nuestro país se sitúa en una posición competitiva en Latinoamérica y el resto del mundo. El PIB per cápita en el 2019 de $16,245 millones lo que clasifica a Panamá como un país desarrollado y con un crecimiento sostenible; lo que no es acorde a la realidad ya que el país presenta un nivel elevado de una desigual distribución de las riquezas.

Bajo estos parámetros de bonanza económica, la realidad es que persiste la inequidad en el acceso a servicios de salud en general y de salud sexual y reproductiva en especial, así como grandes brechas en el acceso a una educación de calidad, sobre todo en las áreas comarcales, evidenciada por una tasa de natalidad elevada y mayor razón de mortalidad materna.

El pobre acceso geográfico y el bajo nivel socioeconómico puede estar asociado a las muertes maternas en las comarcas; por ejemplo, en el período evaluado se presentaron 42 embarazadas que murieron en sus casas, correspondiendo a un 22.9% del total de los casos registrados en el quinquenio. A eso podemos sumarle nueve (9) casos de embarazadas que fallecieron en trayecto hacia una instalación de salud, es decir el 4.9%, para un total de 27.8% de embarazadas que no tuvieron acceso a una atención profesional del parto.

Cuando se analizan las causas específicas de muerte materna resalta la hemorragia con 34 casos, 27 de los cuales fueron hemorragias postparto ocurridos en casa y atendidos por un familiar o alguna partera tradicional empírica.

Según la ENASSER 2014-2015, la población general tiene un índice de alfabetización elevado y conocimiento de la planificación familiar; sin embargo, la accesibilidad a estos servicios es deficiente y en algunas regiones, no llega a la población. La necesidad insatisfecha de planificación familiar en las comarcas es alta, llegando al 37.9% en la Ngäbe Buglé.

Estos elementos resaltan la importancia de enfocar las estrategias y acciones del nuevo plan hacia la disminución de la brecha existente entre las áreas comarcales, en especial la Ngäbe Buglé y el resto del país. Aun así, las regiones de salud más desarrolladas no escapan a la necesidad de enfatizar en los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención para disminuir las muertes maternas evitables.

La provincia de Panamá, la cual concentra casi la mitad de la población del país, tiene la particularidad de estar divida en 4 regiones de salud, con características diversas en su composición, su población, su grado de urbanización, su nivel socioeconómico, el grado de desarrollo, el acceso a servicios básicos y de salud.

El análisis de la mortalidad materna en esta provincia se realiza de manera general, al no estar la información disponible en el INEC, desglosada por región de salud. El nuevo plan estratégico puede promover que se modifiquen algunos cuadros estadísticos para analizar cada región por separado, identificar los factores específicos asociados a los casos registrados y programar las acciones particulares que contribuyan a evitar las muertes maternas.

El grave impacto a la economía mundial y nacional producto de la pandemia del COVID-19, deberá ser tomado en cuenta a partir de este año 2021.

En Panamá para el año 2020 se reportaron 1,905 embarazadas COVID-19 confirmado, de las cuáles 9 fallecieron como causa indirecta de esta enfermedad. La Razón de Muerte Materna por COVID-19 fue de 13.4 x 100,000 nacidos vivos para este año.

# CONTEXTO

Panamá, se ha comprometido en lograr una reducción anual superior al 5.5% de la razón de mortalidad materna, meta que será alcanzada en la medida que disminuyan las brechas de desigualdad, se empoderen las comunidades y las mujeres, se mejore la atención materna y la accesibilidad a la planificación familiar y disminuyan los niveles de violencia contra la mujer.

Esta realidad define los pilares de ejecución, las metas y estrategias que, en el marco del PERMMMyPN 2021 – 2025 deben proponerse para promover los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a una atención de calidad en salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la eliminación de las inequidades entre las regiones.

La transición demográfica y el envejecimiento de la población, así como el incremento de las enfermedades crónicas, la obesidad, las enfermedades emergentes han producido cambios en la etiología causal de las muertes maternas, sumado al efecto de las alteraciones epigenéticas, los fenómenos migratorios y las limitaciones en la capacidad de respuesta efectiva que tiene el sistema para la resolución de problemas.

En este contexto los importantes avances en la tecnología y la informática se convierten en una fortaleza ya que agiliza la comunicación, favorece la promoción y permite la evaluación de indicadores de manera rápida y temprana para la toma de decisiones en la ejecución y/o cambios de estrategias en el tiempo.

Este plan está diseñado bajo los parámetros de la política de salud 2016 – 2025, definida en el objetivo 3.1 que asegura el acceso universal a la salud en el marco de la Atención Primaria en Salud; la línea de acción 3.1.1. que formula el acceso equitativo de atención integral y de calidad centrado en las personas y la línea de acción 3.1.3. que define el conjunto de prestaciones diferenciadas por grupos vulnerables.

El objetivo estratégico 3.2 que garantiza la atención integral según el curso de vida; la línea de acción 3.2.1. sobre el cumplimiento de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

El objetivo estratégico 3.3 sobre conducir acciones dirigidas a aumentar el acceso a los grupos vulnerables a las intervenciones en salud pública; la línea de acción 3.3.5 para la implementación, vigilancia y control del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

El objetivo estratégico 3.4 para mejorar la calidad de los servicios de salud; la línea de acción 3.4.4. sobre vigilancia del cumplimiento de las normas, guías y protocolos; la línea de acción 3.4.5. para la integración y participación de la comunidad.

Por su parte, el objetivo estratégico 1.4. que promueve el desarrollo de mecanismos para la vigilancia y aseguramiento de la cobertura y en la línea de acción 1.4.3. que define estándares de aseguramiento de la prestación de los servicios de salud.

En el contexto de la salud sexual y reproductiva el modelo de gestión y gerencia del programa se describe en las Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer y las Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo.

El compromiso de Panamá con los ODS fue plasmado en el Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2015-2020. El PERMMMyPN del quinquenio anterior estableció cuatro objetivos generales que siguen vigentes en el nuevo plan estratégico, porque señalan los elementos prioritarios en los cuales se deben enfocar las acciones en este nuevo período.

En cada uno de estos objetivos se evaluaron los logros alcanzados total o parcialmente y se identificaron las acciones que no se realizaron o están en una etapa incipiente.

El nuevo plan estratégico para el quinquenio 2021 – 2025 mantendrá algunas líneas de acción por considerarlas necesarias o porque demostraron ser efectivas. Se fortalecerá la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal y el observatorio de muerte materna, se continuará mejorando la red de servicios CONE, las capacitaciones en CÓDIGO ROJO, la sostenibilidad y oferta del programa de planificación familiar incluyendo el programa APA-AMEU en los hospitales, continuará el proceso de implementar con éxito el SIP WEB PLUS.

En materia de promoción y prevención continuarán los esfuerzos por establecer o fortalecer alianzas intersectoriales e inter programáticas por la educación en salud sexual y reproductiva. En las áreas comarcales se mantendrá el enfoque intercultural, se incrementarán las casas maternas comunitarias, continuará la entrega a las embarazadas de las Bolsas Semáforo, el plan de parto, la organización y capacitación de promotores, líderes y parteras tradicionales.

# OBJETIVO GENERAL DEL PERMMMyPN

Lograr la disminución sostenida de las muertes maternas y perinatales mediante la mejora en la condición de salud integral de mujeres y niños en la República de Panamá, a través de intervenciones de promoción, prevención y atención basados en evidencia científica, integrando avances tecnológicos en comunicación, con participación social, intersectorial e interinstitucional, contribuyendo a la disminución de la inequidad en educación, pobreza y en el acceso a los sistemas sanitarios.

## Objetivos específicos

1. Las políticas públicas de salud en las estrategias y acciones que se generen de las alianzas con organismos gubernamentales y no gubernamentales, que conduzcan a la reducción efectiva y sostenida de la mortalidad materna y perinatal, con énfasis en las regiones más apartadas.
2. Fomentar las coberturas y la calidad de la atención obstétrica y la accesibilidad a métodos modernos de planificación familiar en todas las regiones de salud.
3. La brecha de atención en salud reproductiva en las áreas comarcales mediante el fortalecimiento de los servicios, la promoción de la salud y la implementación de recursos tecnológicos modernos de comunicación e información.
4. El sistema de información en salud reproductiva que facilite y agilice la toma de decisiones en base a un método eficaz de recolección de datos.

## Metas

- Para el año 2025, reducir la mortalidad materna en área urbanas a 30 por 100,000 nacidos vivos.
- Para el año 2025, reducir en un 70% la razón de muerte materna en las áreas comarcales, calculado en base al Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030 – OPS.
- Para el año 2025, reducir la mortalidad perinatal a nivel nacional en 1.6 puntos del valor del año 2018.
- Para el año 2025 haber incorporado el registro y análisis de la morbilidad materna grave en el 50% de los hospitales públicos de mayor complejidad y el 25 % de los hospitales regionales.
- Para el año 2025, haber asegurado la disponibilidad continua de métodos modernos de planificación familiar que disminuya la demanda insatisfecha en un 10%.

El PERMMMyPN 2021 – 2025 se estructura basado en cuatro componentes fundamentales, los cuales tienen definida su justificación, un objetivo general y objetivos específicos, líneas de acción, resultados esperados e indicadores de evaluación.

# FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Para lograr la disminución de las muertes maternas, es importante que se mantenga una red de servicios de atención que no sólo permita la oferta de prestaciones sino también que su personal esté capacitado en derechos sexuales y reproductivos. Igualmente, el sistema debe garantizar una educación integral no excluyente como herramienta que permita a las adolescentes y adultas jóvenes el derecho que tienen de acceder a servicios de salud dignos.

Es por ello, que el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud es fundamental para el logro de los objetivos del PERMMMyPN 2021 – 2025, el cual deberá imprimirle el liderazgo necesario para articular las acciones de todos los componentes del sistema con relevancia en la propuesta de reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

La conducción del PERMMMyPN recae en la coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, donde se ha generado un esfuerzo sostenido en el aspecto técnico-programático, de elaboración, revisión, actualización de normas, protocolos y guías de atención del embarazo de bajo riesgo, de las complicaciones del embarazo, de planificación familiar, de prevención y control del cáncer cérvico uterino, de la morbilidad ginecológica y de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.

La evaluación de los periodos previos ha reconocido los logros alcanzados en cuanto a la definición del modelo de atención, la estandarización del paquete de intervenciones, la creación de tres centros de capacitación del manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales, la extensión de la estrategia de CÓDIGO ROJO para la disminución de las muertes asociadas con la hemorragia obstétrica, la ampliación del abanico de ofertas de métodos anticonceptivos y la actualización de personal de salud en planificación familiar.

En el marco del proceso de aceleración de las metas del Milenio, se logró un acercamiento con los miembros del gabinete social para sensibilizarlos sobre el problema de salud pública que representa la mortalidad materna y la importancia de un abordaje intersectorial.

En los dos últimos años el equipo de la coordinación del programa ha sido reforzado con la asignación de una epidemióloga salubrista, para colaborar con la organización y puesta en marcha del observatorio de muerte materna.

Se ha avanzado en la implementación de la nueva versión de la Historia Clínica Perinatal y la plataforma del SIP WEB PLUS. En las regiones se han hecho capacitaciones sobre el nuevo sistema y se cuenta con apoyo técnico a nivel nacional para resolver consultas.

### Objetivo general

Fortalecer la capacidad institucional mediante estrategias y actividades puntuales a desarrollar en el periodo 2021- 2025 para lograr mejorar la condición de salud sexual y reproductiva de las mujeres, con énfasis en las áreas de mayor vulnerabilidad.

### Objetivos específicos

1. Fortalecer la red primaria de atención materna e infantil y la articulación con los niveles de mayor complejidad.
2. Mejorar los sistemas de registro y análisis de datos de la atención materno perinatal.

**Tabla 7. Estrategias e indicadores de fortalecimiento institucional.**

| ESTRAGEGIA | ACTIVIDADES | RESULTADO ESPERADO | INDICADOR |
|---|---|---|---|
| Articulando la red de servicios de salud sexual y reproductiva como un sistema único interinstitucional. | Definir la cartera de servicios básicos y esenciales en salud sexual y reproductiva en colaboración conjunta MINSA/CSS | Al final del 2025 estará normada la cartera unificada de servicios en salud sexual y reproductiva. | Cartera unificada de servicios en salud sexual y reproductiva aplicada en el 100% de las instalaciones MINSA y CSS. |
| Fortaleciendo la red primaria de atención materna e infantil mediante la integración de servicios Interprogramáticos, interinstitucionales e intersectoriales. | Establecer acuerdos y alianzas entre la DIGESA, el SUME, los programas del MIDES, el ME y otros actores, con énfasis en las comarcas. | Haber transversalizado los objetivos del PERMMMyPN que contribuyan a ofrecer atención integral a los problemas de salud materna e infantil. | Número de instituciones con participación en fortalecer la red primaria / número total de instituciones participantes. |
| Habilitando las instalaciones de la red para ofrecer Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales. | Asegurar la disponibilidad de insumos médico-quirúrgicos en los centros de atención CONE | Haber aumentado el número de instalaciones de la red CONE que cumplen los estándares. | N° de instalaciones funcionado para CONE / N° instalaciones construidas para CONE. |
| Ampliando la disponibilidad de casa maternas comunitarios para embarazadas en áreas de difícil acceso bajo la gerencia de Salud. | Establecer cuatro casas maternas en áreas comarcales o rurales de difícil acceso en las comunidades de mayor mortalidad materna. | Haber mejorado el acceso a un sitio de espera seguro a las embarazadas prontas al parto en los sitios de muy difícil acceso. | N° de casas maternas disponibles/ Nº total de casas maternas. |
| Modernizando la metodología de cálculo de medicamentos con base en necesidades insatisfechas. | Implementar el programa MIPLAN para estimar las necesidades insatisfechas en planificación familiar. | Haber realizado una planificación ajustada a la demanda real de anticonceptivos modernos incluyendo métodos de larga acción. | Programa MIPLAN instalado. |
| | | | N° de mujeres con necesidad satisfecha en planificación familiar / total de mujeres atendidas. |
| | | | N° de mujeres con necesidad insatisfecha en planificación familiar / total de mujeres atendidas. |
| | | | Hospitales que cuentan con el programa APA AMEU / total de los hospitales. |

**Tabla 7. Continuación - Estrategias e indicadores de fortalecimiento institucional.**

| ESTRAGEGIA | ACTIVIDADES | RESULTADO ESPERADO | INDICADOR |
|---|---|---|---|
| Fortaleciendo el programa de atención en el post aborto APA AMEU en los centros hospitalarios. | Asegurar el cumplimiento de los componentes del modelo: consejería pre y post. | Haber evaluado el programa APA AMEU en los hospitales. | Hospitales que ofrecen método de planificación y que cuentan con APA AMEU. |
| | Técnica de AMEU. | Haber dotado de métodos de PF a las unidades de APA AMEU. | |
| | Instalación de método de PF. | | |
| Actualizando las normas, protocolos y guías de atención en salud sexual y reproductiva para la red de servicios de salud. | Revisar las Guías de atención de morbilidades ginecológicas y obstétricas. | Haber actualizado y difundido las normas de atención ginecológica a final del periodo. | Documento de normas de atención ginecológica impreso. |
| Capacitando a los proveedores de atención obstétrica en el manejo de complicaciones hemorrágicas. | Programar y realizar capacitaciones semestrales en CODIGO ROJO. | Haber incrementado el número de médicos especialistas y generales capacitados en Código Rojo. | N° capacitaciones efectuadas por la unidad capacitadora / total de unidades capacitadoras a nivel nacional. |
| Desarrollando un programa de docencia continua sobre morbilidad obstétricas. | Organizar seminarios trimestrales con temas de morbilidad vía web y/o presencial. | Haber actualizado al personal médico y de enfermería en temas seleccionados. | N° de seminarios realizados / total de seminarios planificados. |
| Sistematizando el registro de la información que permita la evaluación del desarrollo del PERMMMyPN. | Definir los indicadores esenciales por sector y establecer la periodicidad. | Haber mejorado la rendición de cuentas de las estrategias implementadas a nivel regional y nacional. | Informes de evaluación de medio tiempo del PERMMMyPN. |

# INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Los programas de información, educación y comunicación, en el marco del nuevo PERMMMyPN, son fundamentales para asegurar que toda la población conozca sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva; empoderar a las mujeres y grupos vulnerables para desarrollar sus habilidades y destrezas en el cuidado de la salud y la prevención de la discriminación y la violencia de género.

## Objetivo general

Implementar o reforzar estrategias de aplicación comunitaria dirigidas a ofrecer información inmediata, favorecer la comunicación y promover la educación en temas de derechos en salud sexual y reproductiva de toda la población, en especial de las mujeres y adolescentes de áreas postergadas, que promueva el empoderamiento para la toma de decisiones responsables.

## Objetivos específicos

1. Promover actividades que incentiven el empoderamiento en mujeres y niñas.
2. Formular acciones innovadoras en conjunto con el Gabinete Social y otras instituciones u organizaciones de la sociedad civil.

**Tabla 8. Estrategias e indicadores de IEC.**

| ESTRAGEGIA | ACTIVIDADES | RESULTADO ESPERADO | INDICADOR |
|---|---|---|---|
| Diseñando y desarrollando planes operativos regionales y locales con enfoque intercultural de promoción y prevención en temas de salud sexual y reproductiva con énfasis en el tema de la mortalidad materna y la planificación familiar. | Elaborar, producir y difundir material informativo impreso adaptado a la cultura local. | A finales del 2025 todas las regiones. | Nº de documentos impresos en idioma nativo. |
| | Realizar campañas de promoción y prevención a través. De medios masivos de comunicación. | Desarrollan un plan de intervenciones en Promoción y prevención de la salud para la reducción de muertes maternas sobre todo en áreas comarcales. | N° de campañas realizadas en medios de comunicación / total de campañas planificadas. |
| | Programar ferias, jornadas, giras de promoción y prevención. | | N° de actividades locales de promoción y prevención / N° de actividades programadas. |
| | Organizar actividades educativas dirigidas a grupos de especial interés en los temas de salud sexual y reproductiva. | Haber logrado con apoyo de los promotores mantener contacto y dar seguimiento a embarazadas, puérperas o recién nacidos inexistentes en áreas de difícil acceso. | N° promotores, líderes y parteras tradicionales capacitadas. |
| | Elaborar mapas de riesgo comunitario para ubicar a las embarazadas captadas y darles seguimiento con apoyo de promotores y parteras tradicionales. | | N° mapas comunitarios de riesgo con ubicación de embarazadas. |
| | Mantener un censo de parteras tradicionales, capacitarlas en factores de riesgo, importancia del uso de los albergues y del parto institucional, atención limpia de partos inminentes, organización del traslado oportuno de embarazadas, masaje uterino, apego inmediato. | | Censo comunitario de parteras tradicionales. |
| Formando y capacitando a promotores y líderes comunitarios para trabajar en apoyo al sector salud en la prevención de la mortalidad materna, la prevención del embarazo de riesgo, la prevención de la violencia de género. | Capacitar a promotores comunitarios para utilizar una aplicación de seguimiento a pacientes en áreas de difícil acceso. | | N° de promotores capacitados en el uso de la APP. |
| | Integrar a líderes comunitarios en las actividades de promoción y prevención organizadas por el equipo local de salud. | | N° de líderes apoyando las actividades programadas. |

**Tabla 8. Continuación - Estrategias e indicadores de IEC.**

| ESTRAGEGIA | ACTIVIDADES | RESULTADO ESPERADO | INDICADOR |
|---|---|---|---|
| | Diseño de un plan de sección educativa con un enfoque de interculturalidad. | Haber incluido en los planes educativos a las madres de la comunidad en la importancia de la prevención de embarazos y usos de planificación familiar. | |
| | | | |
| | Integrar al equipo de salud en las actividades comunitarias del Despacho de la Primera Dama. | Haber colaborado con el desarrollo de las actividades de promoción y prevención dirigidas a la población materna e infantil. | |
| | | | |
| | Lograr que las embarazadas, sus familiares y las parteras sepan identificar y tomen acción oportuna para evitar las 4 demoras asociadas a la muerte materna en la comarca. | Haber concientizado a las embarazadas y sus familias y a la comunidad en el reconocimiento de los riesgos y la importancia de la oportunidad de la búsqueda de atención. | |
| | Apoyar las actividades de promoción, prevención, capacitación, consejería y atención que ofrecen los Servicios Amigables para Adolescentes. | Haber ampliado el acceso de los adolescentes a servicios integrales que incluyan desarrollo de habilidades para la vida, planificación familiar, prevención del embarazo, prevención de la violencia. | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Identificación de aliados estratégicos para el abordaje De la Salud Sexual y Reproductiva. | Haber incluido a líderes y lideresas dentro de las comunidades como aliados en las actividades de educación en SSR. | |
| | Diseño e Implementación de un Plan de Comunicación con Enfoque Intercultural. | Haber efectuado capacitaciones y entrega de materiales educativos con enfoque intercultural. | |
| | Sensibilizar sobre la Salud Reproductiva Materna y Neonatal. | | |
| | Elaboración de materiales educativos con enfoque intercultural. | | |

# PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

## Objetivo general

Procurar que los recursos financieros sean los necesarios y con adecuados mecanismos de rendición de cuentas del uso de los fondos para la ejecución del PERMMMYPN 2021 - 2025, para lograr el acceso a servicios integrales de atención materna e infantil con prioridad en las áreas de mayor vulnerabilidad.

## Objetivos específicos

- Asignar recursos suficientes para el cumplimiento del plan.
- Garantizar rendición de cuentas.
- Fortalecer las acciones destinadas a la planificación familiar de la población femenina.

**Tabla 9. Estrategia e indicadores de presupuesto y financiamiento.**

| ESTRAGEGIA | ACTIVIDADES | RESULTADO ESPERADO | INDICADOR |
|---|---|---|---|
| Solicitando la asignación de los recursos presupuestarios necesarios para financiar las actividades del PERMMMyPN. | Incluir en el presupuesto del MINSA y la CSS las partidas y los fondos necesarios para ejecutar las actividades programadas. | A fines del 2025, se habrá dispuesto cada año de un presupuesto asignado para el PERMMMyPN. | Presupuesto asignado |
| Abogacía en el cumplimiento del Decreto de gratuidad de la atención materna e infantil. | Acceso universal de la embarazada y niños menores de 5 años y un paquete de servicios de salud sexual y reproductiva y salud infantil. | Haber incrementado las coberturas de atención ginecoobstétrica e infantil con énfasis en las áreas comarcales. | Cobertura de atención prenatal, de atención profesional del parto, puerperio y planificación familiar. |
| | | | Cobertura de atención del recién nacido y niños ≤ 5. |
| Asignando los recursos para asegurar la disponibilidad sostenida de métodos anticonceptivos modernos incluyendo de larga duración. | Establecer la gratuidad del programa de planificación familiar a la población vulnerable en todos los establecimientos públicos a nivel nacional. | Haber aumentado las coberturas del programa de planificación familiar. | % Cobertura de planificación familiar por edad y método. |
| | | Haber reducido los embarazos en los grupos de mayor riesgo, adolescentes, mujeres ≥ 35 años. | Nacidos vivos por grupo de edad. |
| Implementando programas tecnológicos automatizados para gerencias la estimación, adquisición, distribución y logística de medicamentos e insumos. | Agilizar los procesos para la adquisición de medicamentos de uso gineco-obstétrico incluyendo anticonceptivos, a bajo costo. | Haber mejorado la disponibilidad sostenida de métodos anticonceptivos y ampliado el abanico tde ofertas. | Programas tecnológicos implementados. |
| | | | Informes administrativos de provisión de insumos y medicamentos por tipo. |

# MONITOREO Y EVALUACIÓN

El PERMMMyPN 2021-2025 requiere de establecer mecanismos eficientes para registrar, monitorear y evaluar periódicamente las acciones que se ejecutan a nivel nacional utilizando diferentes plataformas informáticas disponibles que proveen de forma ágil y oportuna datos estadísticos, datos de interés epidemiológico, datos sobre la salud materno perinatal e información gerencial importantes.

## Objetivo general

Reforzar la capacidad del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA de conducir y coordinar el desarrollo del PERMMMyPN 2021 – 2025 proporcionando la información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

## Objetivos específicos

1. Supervisión, monitoreo y evaluación periódica del PERMMMyPN.
2. Optimización del uso de los recursos tecnológicos disponibles.

**Tabla 10. Estrategias e indicadores de monitoreo y evaluación.**

| ESTRAGEGIA | ACTIVIDADES | RESULTADO ESPERADO | INDICADOR |
|---|---|---|---|
| Evaluando periódicamente los avances del PERMMMYP. | Programar el plan de monitoreo y evaluación cuatrimestralmente. | Dar recomendaciones y toma de decisiones de ajuste al Plan. | Informes de Evaluación cuatrimestral. |
| | Planear la evaluación de medio término. | | |
| Evaluando anualmente las condiciones de eficiencia de los CONE. | Programar la supervisión de la red de CONE de acuerdo con los estándares internacionales. | Haber supervisado la red CONE y verificado el cumplimiento de los estándares. | % de CONE con buena calificación de cumplimiento. |
| Utilizando el SIMEPLANS para presentar evidencias del cumplimiento de las actividades programadas en el POA anual. | Introducir en el SIMEPLANS cada trimestre las actividades realizadas, el porcentaje de cumplimento y las evidencias. | Haber mejorado la rendición de cuentas de la ejecución del Plan con participación social e intersectorial. | % de cumplimiento de actividades en el SIMEPLANS. |
| Ampliando la implementación del Sistema Informático Perinatal SIP PLUS incorporando las áreas de difícil acceso. | Implementar el SIP PLUS a nivel nacional. | Haber mejorado la vigilancia del cumplimiento de normas, calidad de la atención, los indicadores de salud materna y perinatal. | % de cobertura del SIP PLUS |
| Fortaleciendo el Observatorio de muerte materna y la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal. | Incrementar los recursos físicos, tecnológicos y humanos del Observatorio de muerte materna. | Observatorio de muerte materna recibiendo las notificaciones, llevando la vigilancia epidemiológica, haciendo los análisis de situación. | Base de datos de MMYP |
| | Capacitar al recurso humano en la nueva norma de vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal. | Haber logrado la identificación de casos de muerte materna en tiempo real. | Informes anuales de análisis de MMyP. |
| | Elaborar el protocolo de vigilancia de la morbilidad materna grave en áreas seleccionadas. | Haber iniciado el proceso de registro y análisis de la morbilidad materna grave. | % Identificación de casos de muerte materna en tiempo real. |
| | | | N° hospitales llevando registro y análisis de la morbilidad materna grave. |
| Implementado el sistema MIPLAN para gerenciar el programa de PF. | Capacitar al recurso humano en el sistema MIPLAN e implementarlo. | Asegurar el abastecimiento continuo de anticonceptivos modernos. | Informes de gerencia del MIPLAN. |

# BIBLIOGRAFÍA


- **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). Panorama social de América Latina.**

https://cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2-2019

- **Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2010). Censos Nacionales de Población y Vivienda. Panamá.**

https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=362&ID_CATEGORIA=13&ID_SUBCATEGORIA=59

- **Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud (2018). Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva.**

https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENASSER-2014-2015-WEB.pdf

- **Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2014). Distribución territorial y migración interna en panamá: censo 2010.**

https://www.inec.gob.pa/archivos/P0705547520200925152431Distribuci%C3%B3n%20Territorial%20y%20Migraci%C3%B3n%20Interna%20en%20Panam%C3%A1-Censo2010_F.pdf

- **Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2019). Panamá en cifras: años 2013-17.**

https://www.inec.gob.pa/archivos/P9361pcresumen.pdf

- **Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2018). Nacimientos Vivos.**

https://www.inec.gob.pa/archivos/P0705547520191205084734Cuadro%201.pdf

- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2018).**

https://www.oecd.org/development/mdcr/countries/panama/Estudio-Multidimensional-de-Panama-Volumen-2-Espanol-Mensajes-principales.pdf

# PLAN ESTRATÉGICO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2021 - 2025

REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

CSS PANAMÁ

UNFPA

REPÚBLICA DE PANAMÁ