Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

2021-2025

República de Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

CSS PANAMÁ

UNFPA

Autoridades

Dr. Luis Francisco Sucre
MINISTRO DE SALUD

Dra. Ivette Berrío
VICEMINISTRA DE SALUD

Dra. Melva Cruz
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Dra. Caroline Niles
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN

Dra. Geneva M. González T.
COORDINADORA NACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Mgter. Maritza Nieto de De Gracia
ENFERMERA COORDINADORA PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dr. Enrique Lau Cortez
DIRECTOR GENERAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Alex González
DIRECTOR EJECUTIVO NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD

Dr. José Leonardo González
JEFE DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL CAJA DE SEGURO SOCIAL

Equipo Técnico

Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Geneva González T.
Ginecoobstetra / Medicina Materno Fetal

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

Dra. Carmen Pérez González
Médico / Maestra en Salud Pública

Mgter. Guadalupe Quiroz De Loza
Magister en Comportamiento y Desarrollo Organizacional

Mgter. Diana Varela Fuentes
Magister en Gerencia de los Servicios de Salud y Auditoría de Salud

Licdo. Eduardo Návalo
Registro y Estadística de Salud del Ministerio de Salud

Colaboradores en la elaboración, revisión y validación

Dr. Marlon Moreno
Coordinador Salud Sexual y Reproductiva de Bocas del Toro

Licda. Yesenia Campos
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva Bocas del Toro

Dra. Sarali Chan
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Colón

Licda. Maritza Fernández
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Coclé

Dra. Gisela Valdés
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Chiriquí

Licda. Coralia Villarreal
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Chiriquí

Dr. Fernando Espinosa
Coordinador Salud Sexual y Reproductiva de Darién

Dr. Gustavo Morales
Coordinador Salud Sexual y Reproductiva de la Comarca Guna Yala

Licda. Xenia Chong
E**nfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Herrera**

Licda. Ana C. Montenegro
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Los Santos

Dra. Magaly de Zevallos
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de la Región Metropolitana

Dr. Juan C. Montezuma
Coordinador Salud Sexual y Reproductiva de la Comarca Ngäbe Buglé

Licda. Delfina Rueda
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva,
Comarca Ngäbe Buglé

Dra. Cristobalina Batista
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Panamá Este

Licda. María de Moreno
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Panamá Este

Dra. Lilia Olaya
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Panamá Oeste

Dra. Ana Sanjur
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva Panamá Norte

Dr. Gustavo Gil
Coordinador Salud Sexual y Reproductiva de San Miguelito

Licda. Deidamia Mohammad Franco
Enfermera Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva de Veraguas

Contenido

Equipo Técnico 3

Índice de Gráficas 9

Índice de Tablas 11

Introducción 12

Marco Legal 14
Constitución Política de la República de Panamá 15
Título III: Capitulo 2° La Familia 15
Artículo 56 15
Capítulo 6° Salud, Seguridad y Asistencia Sociales 15
Artículos 109 15
La ley 66 de 10 noviembre 1947, por el cual se aprueba el Código Sanitario 15
Ley 4 de 21 de enero de 1999 15
Ley 3 del 5 de enero del 2002 15
Artículo 1 15
Ley 82 del 24 octubre del 2013 15
Artículo 4 16
16. Violencia en los servicios de salud públicos y privados 16
22. Violencia obstétrica 16
26. Violencia sexual 16
Decretos de Gabinetes 16
Decreto del 1 de 15 de enero de 1969 16
Decreto 75 de 27 de febrero de 1969. 16
Artículo 10 16
Artículo 19 16
Decreto Ejecutivo 2 del 9 de febrero de 1999 16
Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004 16
Resoluciones 17
Resolución 322 de 18 de agosto de 2005 17
Declaraciones 17
Declaración de Panamá, de septiembre de 2013 17
Compromisos Internacionales de la República de Panamá 17

Contexto Nacional 18
Mapa 1. Aspectos geográficos generales de la República de Panamá 19

Análisis de indicadores de Salud Sexual y Reproductiva. 20
Tabla 1. Estimación de la población. República de Panamá. Año 2018. 21
Gráfica 1. Porcentaje de mujeres según grupo de edad 21
Tasa global de fecundidad 22
Gráfica 2. Tasa global de Fecundidad 22
Mapa 2. Tasa global de fecundidad 22

Gráfica 3. Tasa de Fecundidad en Adolescentes años 2011 a 2018 23
Gráfica 4. Tasas de fecundidad en adolescentes (15-19 años) por provincia 23
Tabla 2. Tasas de fecundidad en adolescentes (15-19 años) por provincia 24
Nacimientos vivos y atención profesional del parto 25
Gráfica 5. Nacimientos vivos en la República de Panamá 25
Gráfica 6. Porcentaje de nacimientos vivos por país de nacionalidad de la madre . . 25
Gráfica 7. Nacidos vivos en mujeres menores de 20 Años 26
Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos vivos según asistencia profesional del parto en la República de Panamá 26
Gráfica 9. Porcentaje de nacimientos vivos en la República de Panamá, con asistencia profesional del parto según área urbana y rural. años 2014-2018 27
Gráfica 10. Nacimientos vivos con atención profesional del parto en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena. Años 2008 y 2018 . . 27
Tasa bruta de natalidad 28
Gráfica 11. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá 28
Gráfica 12. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena años 2014 y 2018 28
Nupcialidad 29
Uniones Estables 29
Gráfica 13. Porcentaje de personas de 15 a 49 años, casadas o unidas por grupo de edad, según sexo 29
Edad a la primera unión 30
Edad a la primera relación sexual 31

COVID 19 y su impacto en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva . 32
Gráfica 14. Nacimientos vivos en la República de Panamá 33

Salud materna. 34
Tabla 3: Muertes Maternas por grupo de edad 35
Razón de mortalidad materna 35
Gráfica 15. Razón de muerte materna 35
Gráfica 16. Casos y razón de muerte materna 36
Tasa de mortalidad perinatal 37
Gráfica 17. Tasa de mortalidad perinatal 37
Gráfica 18. Tasa de mortalidad perinatal 37

Planificación familiar 38
Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos. 39
Gráfica 19. Uso de anticonceptivos modernos 39
Gráfica 20. Consultas de planificación familiar y cobertura de planificación 40
Gráfica 21. Meta 2030 de la prevalencia de anticonceptivos modernos en Panamá 41
Tabla 3. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes 41
Gráfica 22. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. República de Panamá. Acumulado 2014-2019 42
Necesidades insatisfechas de planificación familiar 42

Mapa 3. Porcentaje de mujeres actualmente casadas o unidas de 15-49 años con necesidades insatisfechas de planificación familiar 42
Gráfica 23. Meta 2030 de las necesidades insatisfechas de métodos modernos (NIPFmod) de Panamá. 43
Gráfica 24. Demanda insatisfecha de métodos modernos de planificación (DSmod) de Panamá 43
Lesiones premalignas cervicales 44
Gráfica 25. Tasa específica de cáncer cervicouterino 44
Papanicolaou 45
Gráfica 26. Acumulado de registros de citologías cervicales 46
Gráfica 27. Comparativo del total de citologías por Papanicolaou. 46
Vacuna contra el Virus del Papiloma humano (VPH) 47
Gráfica 28. Cobertura y dosis aplicadas de vacuna VPH 47
Cáncer de mama 47
Gráfica 29. Defunciones y tasa de defunción de cáncer de mama 48
Sífilis 48
Gráfica 30. Casos reportados de sífilis en la población general, según región de salud del Ministerio de Salud 49
Gráfica 31. Regiones de salud con más casos de Sífilis reportados en las instalaciones MINSA. 49
Gráfica 32. Sífilis según sexo, en las instalaciones MINSA 50
Gráfica 33. Casos acumulados de sífilis según sexo y grupo de edad en las regiones de salud MINSA. 50
Sífilis en el embarazo 51
Gráfica 34. Acumulado de casos de Sífilis en embarazadas y mujeres no embarazadas en las regiones del MINSA 51
Gráfica 35. Acumulado de Sífilis en embarazadas por región de salud MINSA 52
Gráfica 36. Consultas de salud en embarazadas en las regiones de salud MINSA . . 52
Gráfica 37. Embarazadas con Sífilis atendidas por consulta de salud en las regiones MINSA 53
Gráfica 38: Trimestres de gestación que registran mayor captación de embarazadas con Sífilis en las regiones de salud MINSA 53
VIH/SIDA 54
Gráfica 39: Acumulado de casos de embarazadas / puérperas con VIH 54
Gráfica 40: Regiones de salud con más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH 55
Gráfica 41: Corregimientos que reportaron más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH 55
Gráfica 42: Casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH por grupo de edad 56
Gráfica 43. Regiones de salud que presentan más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH en los grupos de edad de 10 a 19 años 57
Modo de transmisión 58
Gráfica 44: Modo de transmisión del VIH en embarazadas/ puérperas 58
Reportes de instituciones 58

Gráfica 45: Instituciones que reportaron casos de embarazadas / puérperas con VIH en el SISVIG 58
Patologias ginecológias 59
Menopausia y climaterio 59
Gráfica 46: Total de pacientes con diagnóstico menopausia atendidas 59
Gráfica 47: Diagnósticos asociados a la menopausia reportados con mayor frecuencia 60
Infertilidad 61
Gráfica 48: Total de pacientes con infertilidad femenina atendidas 61
Violencia contra la mujer 62
Gráfica 49: Acumulado de reportes por sospecha de violencia según región de salud por año 63
Violencia sexual 64
Gráfica 50: Regiones de salud con mayor prevalencia de violencia sexual en supuestas víctimas mujeres por grupo de edad 64
Violencia física 65
Gráfica 51: Regiones de salud con más casos de violencia física en supuestas víctimas mujeres por grupo de edad 65
Violencia psicológica 66
Gráfica 52: Principales regiones de salud con más casos de supuestas mujeres víctimas de violencia psicológica según grupo de edad 66
Supuestas víctimas embarazadas 67
Gráfica 53: Total de embarazadas víctimas de supuesta violencia por región de salud 67

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2021-2025 68
Introducción 69
Principio Rector 70
Pilares Fundamentales 70
Objetivo General 70
Objetivos Específicos 71
Metas 71
Fortalecimiento Institucional 72
Objetivo General 72
Objetivos Específicos 72
Información, Educación y Comunicación (IEC) 74
Objetivo General 74
Objetivos Específicos 74
Presupuesto y Financiamiento 76
Objetivo General 76
Objetivos Específicos 76
Monitoreo y Evaluación 78
Objetivo General 78
Objetivos Específicos 78

Bibliografía 80

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres según grupo de edad 21
Gráfica 2. Tasa global de Fecundidad 22
Gráfica 3. Tasa de Fecundidad en Adolescentes años 2011 a 2018 23
Gráfica 4. Tasas de fecundidad en adolescentes (15-19 años) por provincia 23
Gráfica 5. Nacimientos vivos en la República de Panamá 25
Gráfica 6. Porcentaje de nacimientos vivos por país de nacionalidad de la madre . . 25
Gráfica 7. Nacidos vivos en mujeres menores de 20 Años 26
Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos vivos según asistencia profesional del parto en la República de Panamá 26
Gráfica 9. Porcentaje de nacimientos vivos en la República de Panamá, con asistencia profesional del parto según área urbana y rural. años 2014-2018 27
Gráfica 10. Nacimientos vivos con atención profesional del parto en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena. Años 2008 y 2018 . . 27
Gráfica 11. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá 28
Gráfica 12. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena años 2014 y 2018 28
Gráfica 13. Porcentaje de personas de 15 a 49 años, casadas o unidas por grupo de edad, según sexo 29
Gráfica 14. Nacimientos vivos en la República de Panamá 33
Gráfica 15. Razón de muerte materna 35
Gráfica 16. Casos y razón de muerte materna 36
Gráfica 17. Tasa de mortalidad perinatal 37
Gráfica 18. Tasa de mortalidad perinatal 37
Gráfica 19. Uso de anticonceptivos modernos 39
Gráfica 20. Consultas de planificación familiar y cobertura de planificación 40
Gráfica 21. Meta 2030 de la prevalencia de anticonceptivos modernos en Panamá 41
Gráfica 22. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. República de Panamá. Acumulado 2014-2019 42
Gráfica 23. Meta 2030 de las necesidades insatisfechas de métodos modernos (NIPFmod) de Panamá. 43
Gráfica 24. Demanda insatisfecha de métodos modernos de planificación (DSmod) de Panamá 43
Gráfica 25. Tasa específica de cáncer cervicouterino 44
Gráfica 26. Acumulado de registros de citologías cervicales 46
Gráfica 27. Comparativo del total de citologías por Papanicolaou 46
Gráfica 28. Cobertura y dosis aplicadas de vacuna VPH 47
Gráfica 29. Defunciones y tasa de defunción de cáncer de mama 48
Gráfica 30. Casos reportados de sífilis en la población general, según región de salud del Ministerio de Salud 49
Gráfica 31. Regiones de salud con más casos de Sífilis reportados en las instalaciones MINSA. 49
Gráfica 32. Sífilis según sexo, en las instalaciones MINSA 50
Gráfica 33. Casos acumulados de sífilis según sexo y grupo de edad en las regiones de salud MINSA. 50

Gráfica 34. Acumulado de casos de Sífilis en embarazadas y mujeres no embarazadas en las regiones del MINSA 51
Gráfica 35. Acumulado de Sífilis en embarazadas por región de salud MINSA 52
Gráfica 36. Consultas de salud en embarazadas en las regiones de salud MINSA . . 52
Gráfica 37. Embarazadas con Sífilis atendidas por consulta de salud en las regiones MINSA 53
Gráfica 38: Trimestres de gestación que registran mayor captación de embarazadas con Sífilis en las regiones de salud MINSA 53
Gráfica 39: Acumulado de casos de embarazadas / puérperas con VIH 54
Gráfica 40: Regiones de salud con más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH 55
Gráfica 41: Corregimientos que reportaron más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH 55
Gráfica 42: Casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH por grupo de edad 56
Gráfica 43. Regiones de salud que presentan más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH en los grupos de edad de 10 a 19 años 57
Gráfica 44: Modo de transmisión del VIH en embarazadas/ puérperas 58
Gráfica 45: Instituciones que reportaron casos de embarazadas / puérperas con VIH en el SISVIG 58
Gráfica 46: Total de pacientes con diagnóstico menopausia atendidas 59
Gráfica 47: Diagnósticos asociados a la menopausia reportados con mayor frecuencia 60
Gráfica 48: Total de pacientes con infertilidad femenina atendidas 61
Gráfica 49: Acumulado de reportes por sospecha de violencia según región de salud por año 63
Gráfica 50: Regiones de salud con mayor prevalencia de violencia sexual en supuestas víctimas mujeres por grupo de edad 64
Gráfica 51: Regiones de salud con más casos de violencia física en supuestas víctimas mujeres por grupo de edad 65
Gráfica 52: Principales regiones de salud con más casos de supuestas mujeres víctimas de violencia psicológica según grupo de edad. 66
Gráfica 53: Total de embarazadas víctimas de supuesta violencia por región de salud 67

Índice de Tablas

Tabla 1. Estimación de la población. República de Panamá. Año 2018 21
Tabla 2. Tasas de fecundidad en adolescentes (15-19 años) por provincia.
Año:2011 a 2018 24
Tabla 3: Muertes Maternas por grupo de edad 35

Índice de Mapas

Mapa 1. Aspectos geográficos generales de la República de Panamá 19
Mapa 2. Tasa global de fecundidad en la República de Panamá, por provincia
y comarca indígena. Año 2018 22
Mapa 3. Porcentaje de mujeres actualmente casadas o unidas de 15-49 años
con necesidades insatisfechas de planificación familiar 42

Introducción

Una salud sexual y reproductiva buena y adecuada es una etapa de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, incluye la facultad del individuo de poder realizar el goce completo de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la capacidad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo (UNFPA, 2021). Este concepto ha variado de acuerdo con la época y se ha logrado incorporar el goce pleno de los derechos humanos de diferentes maneras.

La salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy en día, tuvo sus orígenes en 1948 cuando en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el capítulo 25 dicta, que "la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social" (ONU, 1948).

En 1952, la Organización Internacional de Trabajo aprueba el "Convenio relativo a la protección de la maternidad". Posteriormente, en 1978 dentro de la Declaración de Alma ATA se incluye la planificación familiar como parte de la mejora de la salud materna e infantil.

En 1979 en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas, se promulga que es un derecho el tener acceso a material informativo que contribuya a asegurar la salud y bienestar familiar, no sólo a información, sino también al asesoramiento sobre planificación familiar.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas efectuada en el Cairo en el año 1994 marca cambios importantes en el concepto de salud sexual y reproductiva conocidos hasta esa época, en donde por primera vez se describe que esta debe mantener un "enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción" (ONU, 1994) dejando de lado el término de salud materna e infantil y no fue hasta 1995 en Beijing donde se concreta no solo el término, sino se inician movimientos sociopolíticos en los países pertenecientes a la Organización de Naciones Unidas para su implementación.

En el 2008, el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace un llamado a la acción de todo los países miembros en donde la instauración de políticas públicas dirigidas a la población atendida en las redes primarias, era un pilar fundamental de la atención y prevención en salud y que se debían incorporar políticas y estrategias con especial énfasis en la inclusión de leyes regulatorias e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva; este llamado, fue bien recibido por parte de los todos los países miembros y de sus sectores de salud siendo esta conferencia la que impulsa el proceso que se conoce en acciones sanitarias y transforma el concepto de derechos humanos a derechos reproductivos pasando de la mención a la acción. Por esta razón, se pudiera manifestar, que su mayor logro fue que los gobiernos tomasen la responsabilidad de transformar compromisos internacionales en esta materia y convertirlos en compromisos de país mediante leyes, acuerdos interdisciplinarios y acciones que promuevan la salud sexual y reproductiva dentro de los planes de salud y procurar que se cumplan estos derechos a favor de todos de los niños y adolescentes con énfasis en aquellos más vulnerados.

Marco Legal

El Estado panameño contempla múltiples pronunciamientos a favor de los derechos humanos y es el Ministerio de Salud el responsable de los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y mujeres, puesto que éstos son derechos humanos; se encuentran contemplados en nuestra constitución, en leyes y decretos, así como convenios internacionales de las cuales Panamá es signatario.

Constitución Política de la República de Panamá

Título III: Capitulo 2° La Familia

Artículo 56: *"El estado protege el matrimonio, la maternidad y la familia. La ley determinará lo relativo al estado civil. El estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos."*

Capítulo 6° Salud, Seguridad y Asistencia Sociales

Artículos 109: *"Es función esencial del estado velar por la salud de la población de la república. el individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social".*

La ley 66 de 10 noviembre 1947, por el cual se aprueba el Código Sanitario, en su artículo 154 establece como principal obligación del Estado, la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia, comprendiendo atención preventiva y asistencia curativa y social de toda. mujer durante el embarazo parto y puerperio hasta 8 semanas después.

Ley 4 de 21 de enero de 1999

"por medio de la cual se establece la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres capítulo VII trata el tema de salud y dispone el artículo 13 : la política pública debe promover igualdad de oportunidades con enfoque de género , atención integral con enfoque de género, detección temprana de las principales causas de muerte en las mujeres con énfasis en grupos de riesgo, promover una enseñanza de la sexualidad y reproducción como método preventivo para garantizar una buena salud sexual y reproductiva , prevenir la infección por IVH, impulsar programas de prevención del embarazo en adolescente, entre otras cosas."

Ley 3 del 5 de enero del 2002 por la cual se establece la ley general sobre infección de trasmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida.

Artículo 1: *establece el marco jurídico para la educación y promoción de la salud; para la investigación, prevención, capacitación, detección, vigilancia epidemiológica y atención integral sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y para establecer los derechos y deberes de la persona enferma o portadora de infección de transmisión sexual y del virus de la inmunodeficiencia humana, así como de las demás personas en todo el territorio nacional.*

Ley 82 del 24 octubre del 2013 que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el código penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer.

Artículo 4: *Para los efectos de esta Ley, los siguientes términos se entenderán así:*
16. Violencia en los servicios de salud públicos y privados. *Trato desigual en contra de las mujeres por parte del personal de salud. Incluye negarse a prestar atención médica a una mujer, la cual por ley tiene este derecho, no brindar atención integral de urgencia en los casos de violencia contra las mujeres, negligencia en el registro en los formularios de sospecha, violar la confidencialidad, no tomar en cuenta los riesgos que enfrenta la afectada y no cumplir con la obligación de denunciar.*

22. Violencia obstétrica. *Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero.*

26. Violencia sexual. *Acción de violencia física o psicológica contra una mujer, cualquiera sea su relación con el agresor, con el anime de vulnerar la libertad e integridad sexual de las mujeres, incluyendo la violación, la humillación sexual, obligar a presenciar material pornográfico, obligar a sostener o presenciar relaciones sexuales con terceras personas, grabar o difundir sin consentimiento imágenes por cualquier medio, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH, aun en el matrimonio o en cualquier relación de pareja.*

Decretos de Gabinetes

Decreto del 1 de 15 de enero de 1969
Artículo 3: *"La Dirección General de Salud, como órgano directivo, normativo, fiscalizador y asesor del nivel Ministerial, tiene la responsabilidad de dirigir, normalizar, coordinar y supervisar la ejecución de los planes de salud."*

Decreto 75 de 27 de febrero de 1969
Artículo 10: *"Son funciones generales del Ministerio de Salud, las que se indican: Mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de eficiencia comprobada".*
Artículo 19: *"La Dirección General de Salud Pública es el organismo directivo, normativo y fiscalizador del Ministerio de Salud y en este carácter le corresponde dirigir, supervisar y evaluar el desarrollo de los programas que configuran el Plan Nacional de Salud."*

Decreto Ejecutivo 2 del 9 de febrero de 1999.
"Por la cual se crea la Comisión Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Esta Comisión nace de la adopción de la plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing, dentro del marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 1994. El Grupo Parlamentario Interamericano Sobre Población y Desarrollo del cual Panamá forma parte, se comprometen a legislar respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004.
"Por la cual se ordena la gratuidad den la prestación del servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud."

Resoluciones

Resolución 322 de 18 de agosto de 2005

Por medio de la cual se instruye a las instalaciones comarcales de salud del país, administradas por el Ministerio de Salud, a brindar los servicios de salud a la población indígena, en forma gratuita.

Declaraciones

Declaración de Panamá, de septiembre de 2013

"Una promesa renovada para las Américas – Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil."

Compromisos Internacionales de la República de Panamá

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.
2. Convención Interamericana sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.
3. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
4. Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993: concluye que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar, incluidas la alimentación y la atención de la salud, la vivienda y los servicios sociales necesarios.
5. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; El Cairo 1994: Recomienda a los gobiernos e instituciones internacionales fortalecer los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todas las etapas de su vida.
6. X Cumbre Iberoamericana de Panamá, 2000: mejorar la salud nutricional, en mujeres en edad fértil, así como la defensa de la lactancia, prevención de la mortalidad materna, embarazos en adolescentes e infecciones de trasmisión sexual, incrementar esfuerzos en la prevención de tratamiento de VIH/SIDA con énfasis en la niñez, adolescencia y mujeres embarazadas, erradicar la violencia familiar y el principal objetivo fue incorporar con enfoque intercultural de la salud.
7. El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es el llamado a nivel nacional a establecer los lineamientos, actualizaciones y desarrollo de estas necesidades de manera intersectorial e interinstitucional asegurando que las regiones mantengan la atención que, en nuestro caso, se describe como el conjunto de técnicas y servicios ofertados a la población de manera preventiva, educativa y curativa en toda la etapa de la vida con un enfoque intercultural.
8. En 1999, cuando se construye el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se establecen 5 ejes temáticos con enfoque intercultural y se conforma la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
9. Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2015-2020.

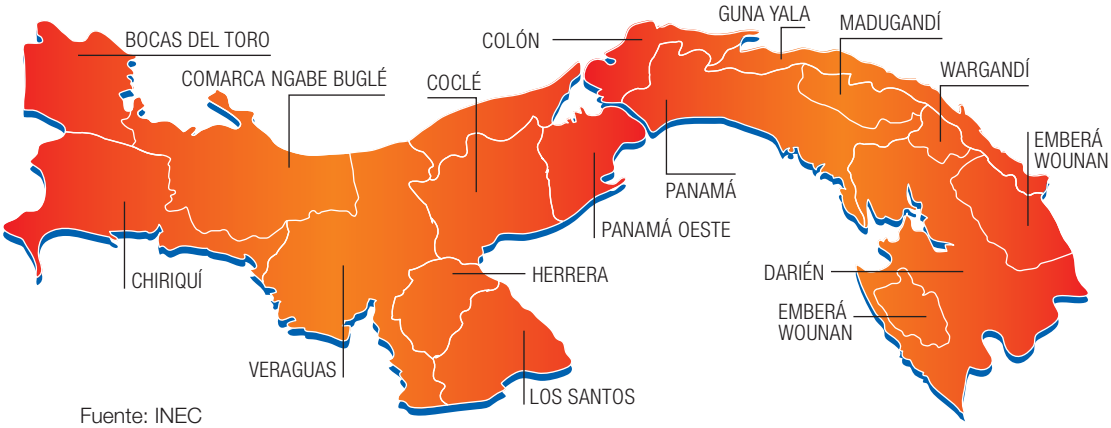
Contexto Nacional

Contexto Nacional

Ubicada en la parte central del continente americano se encuentra Panamá y en la parte oriental y meridional de América Central. Panamá está dispuesta en sentido oeste a este y limita al norte con el Mar Caribe, al sur con el Océano Pacífico, al este con Colombia y al oeste con la República de Costa Rica (INEC, 2018).

Tiene una superficie terrestre de 75,416.6 Km2, administrativamente se compone de diez (10) provincias, 81 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas (Guna Yala, Emberá, Ngäbe Buglé) con categoría de provincia, 2 comarcas (Guna de Madugandí y Guna Wargandí) con nivel de corregimiento con los cuales completan un total de 679 corregimientos en todo el país. (AMUPA, 2019).

Mapa 1. Aspectos geográficos generales de la República de Panamá



Fuente: INEC

Según datos demográficos del último censo del 2010, la población de la República de Panamá se incrementó de 3,405,813 habitantes, estimando para el 2020 la población proyectada fue de 4,314,768 habitantes.

La creación de una décima provincia ha sido el producto de los cambios demográficos de la provincia de Panamá, originando una décima provincia, la de Panamá Oeste, la cual se convierte en la segunda más poblada del país. Estos cambios inciden directamente en las decisiones de realizar una reestructuración del sistema sanitario.

Análisis de indicadores de Salud Sexual y Reproductiva

Análisis de indicadores de Salud Sexual y Reproductiva

La población de la República de Panamá, según estimaciones del INEC en el año 2018 fue de 4,158,783 de panameños aproximadamente; 2,055,950 correspondían al sexo masculino y 2,072,833 al sexo femenino.

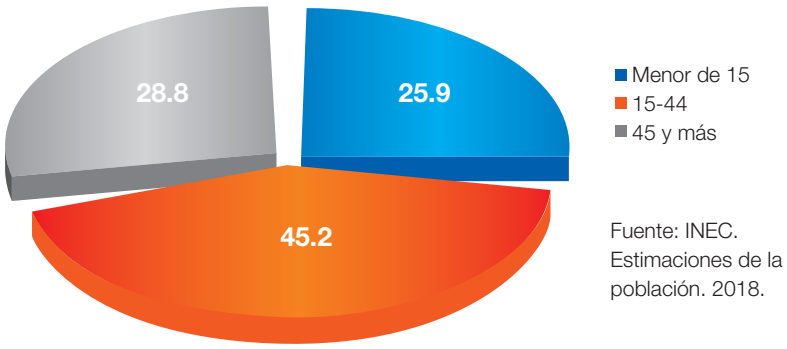
Las mujeres de 15 – 44 años representa un 45 % (937,431) del total, de las cuales 174,790 se encuentran en el rango 15-19 años y 762,641 dentro del rango de 20-44 años. Igualmente, la población entre 45-85 años tiene un 35% de la población total femenina (727,617).

Tabla 1. Estimación de la población. República de Panamá. Año 2018.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
0 - 4	181,083	8.7
5 - 9	179,312	8.7
10 - 15	177,477	8.6
15 - 19	174,790	8.4
20 - 24	166,385	8.0
25 - 29	157,739	7.6
30 - 34	152,722	7.4
35 - 39	145,917	7.0
40 - 44	139,878	6.7
45 - 49	129,975	6.3
50 - 54	112,926	5.4
55 - 59	96,132	4.6
60 - 64	76,281	3.7
65 - 69	59,222	2.9
70 - 74	45,166	2.2
75 - 79	33,088	1.6
80 y más	44,740	2.2

Fuente: INEC. Estimaciones de la población. 2018

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres según grupo de edad. Estimaciones de la población de mujeres. República de Panamá. Año 2018.



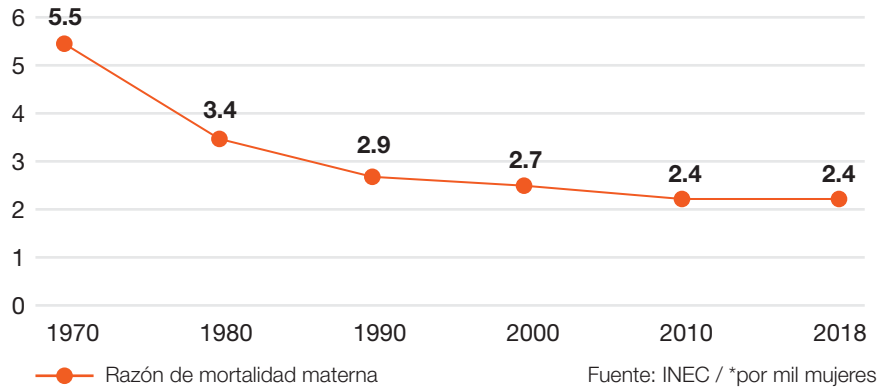
Fuente: INEC. Estimaciones de la población. 2018.

En términos generales la población de responsabilidad en salud sexual reproductiva representa un porcentaje importante de la población panameña; sin embargo, esta población puede verse influenciada por algunos de los principales determinantes que inciden en la salud sexual y reproductiva de un país.

Tasa global de fecundidad

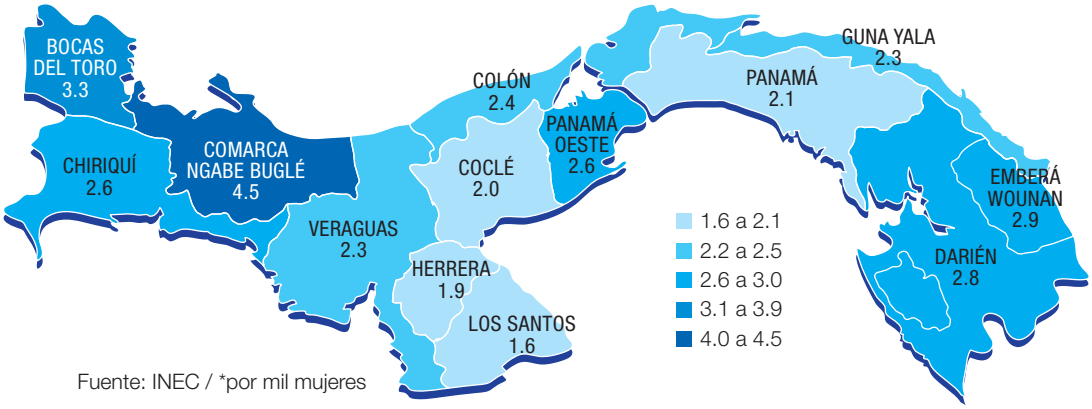
La tasa global de fecundidad ha mantenido una tendencia descendente desde el año 1970 de 5.0 hijos/mujer se encuentra en 2.4 hijos/mujer para el 2018.

Gráfica 2. Tasa global de Fecundidad. República de Panamá. Período 1970-2018.



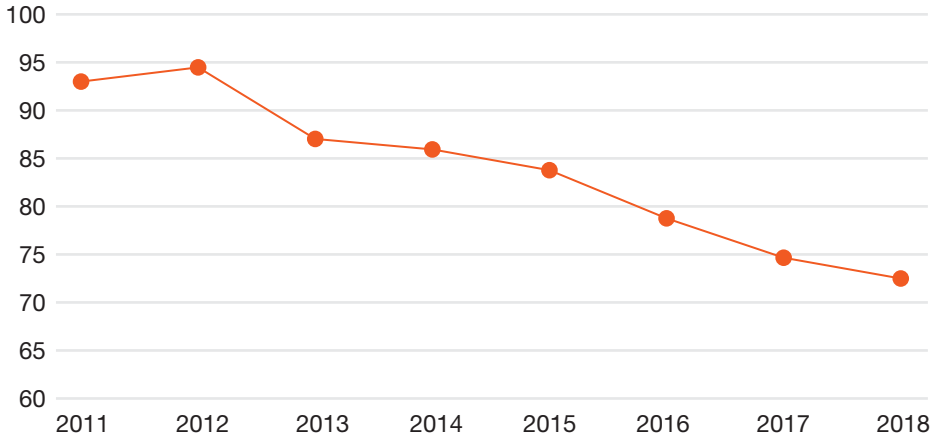
Las diferencias son evidentes cuando se evalúa individualmente por provincia y región de salud, siendo mayor en áreas comarcales.

Mapa 2. Tasa global de fecundidad en la República de Panamá, por provincia y comarca indígena. Año 2018.



Cuando evaluamos la fecundidad, pero en el grupo adolescentes, en términos generales, en los últimos 3 años ha mostrado un discreto descenso y la tendencia está acorde con la tendencia en las mujeres en etapa reproductiva.

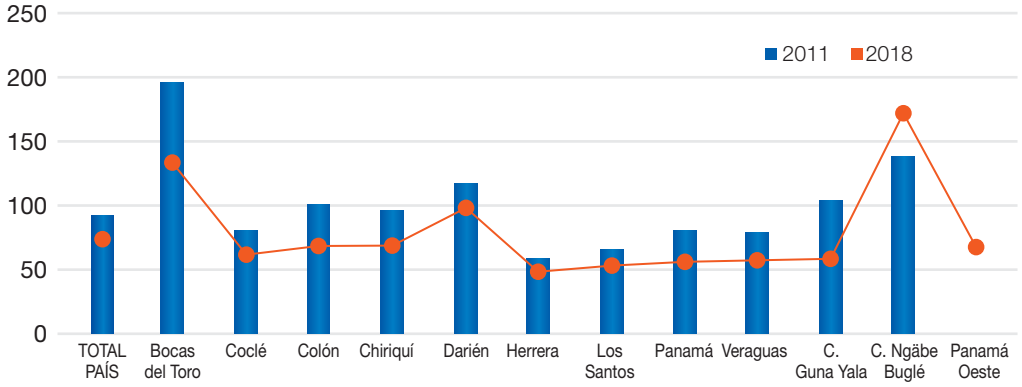
Gráfica 3. Tasa de Fecundidad en Adolescentes años 2011 a 2018.



Fuente: REGES/MINSA / *por cada mil mujeres adolescentes

Al analizar los datos por provincias, se observa que en Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé no se han presentado cambios relevantes, a diferencia de otras regiones en donde ha disminuido; por el contrario, se detecta un incremento.

Gráfica 4. Tasas de fecundidad en adolescentes (15-19 años) por provincia. República de Panamá. Comparativo 2011-2018.



Fuente: INEC / *por mil mujeres de 15 a 19 años

Tabla 2. Tasas de fecundidad en adolescentes (15-19 años) por provincia. Año:2011 a 2018.

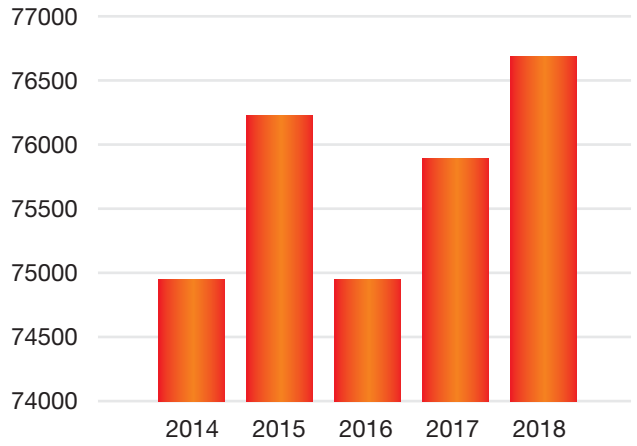
PROVINCIA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL	92.94	94.61	86.95	85.93	84.03	78.78	75.32	73.46
Bocas del Toro	196.28	176.01	152.08	145.23	140.25	129.55	139.2	133.3
Coclé	81.22	78.68	72.63	72.28	69.64	60.04	57.94	61.48
Colón	101.34	102.62	91.48	95.69	95.66	86.24	69.21	68.91
Chiriquí	97.49	101.05	89.57	85.51	80.4	78.68	82.68	68.99
Darién	118.18	119.57	94.95	102.8	85.37	81.09	84.3	99.25
Herrera	59.94	68.83	63.73	54.71	64.06	48.06	53.22	47.27
Los Santos	68.24	64.65	62.65	62.79	53.52	49.46	51.42	54.2
Panamá	81.33	85.46	80.59	78.94	74.95	68.5	61.94	56.96
Veraguas	80.92	79.1	66.56	66.77	65.97	61.81	57.87	57.52
Comarca Guna Yala	104.82	88.73	83.81	72.54	66.24	50.7	51.14	58.23
Comarca Ngäbe Buglé	139.34	143.71	130.92	137.55	146.96	153.63	153.85	172.81
Panamá Oeste 2/	-	-	-	-	81.34	78.67	71.26	68.61

Fuente: REGES/MINSA / *por mil mujeres de 15 a 19 años

Nacimientos vivos y atención profesional del parto

No se observan grandes variaciones en cuanto a los nacimientos en nuestro país. La tendencia se mantiene en los últimos años y está relacionada con la disminución sostenida de la tasa de natalidad y fecundidad.

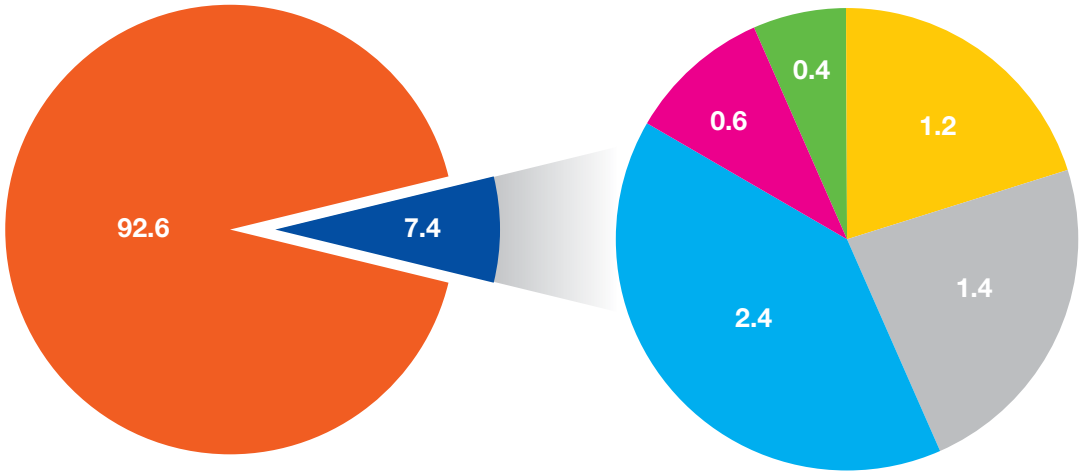
Gráfica 5. Nacimientos vivos en la República de Panamá. Período 2014-2018



Fuente: INEC

Debido a que la migración externa incide en el crecimiento poblacional, sobre todo en las áreas urbanas, vemos que, en el año 2018, un 7.4 % de todos los nacimientos vivos correspondieron a mujeres procedentes de otros países; se destaca que el mayor porcentaje correspondió a las mujeres de nacionalidad venezolana.

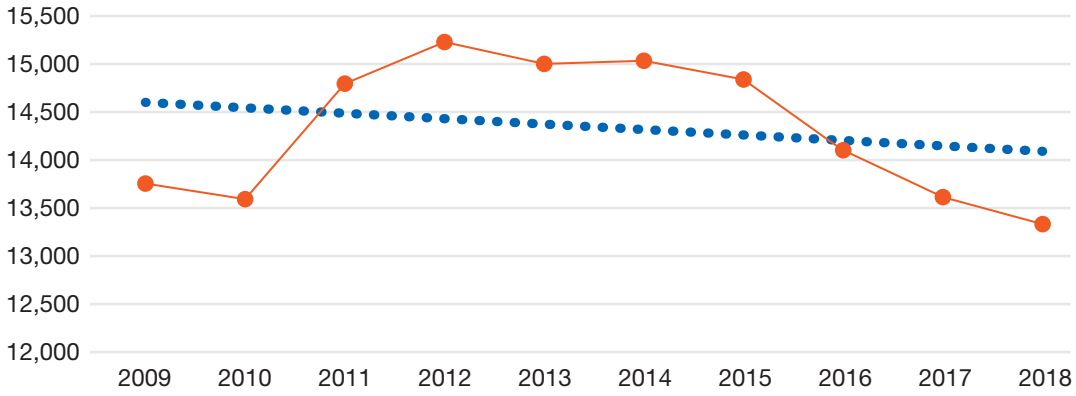
Gráfica 6. Porcentaje de nacimientos vivos por país de nacionalidad de la madre. Año: 2018.



Fuente: INEC 2018

Los embarazos en la población adolescente han disminuido en los últimos años; sin embargo, no se ha presentado variaciones relevantes en el porcentaje de embarazos comprendido en el grupo de 10-14 años con respecto años previos igual que en el grupo de 15 a 19 años. En términos generales no encontramos cambios significativos en ninguno de los dos grupos.

Gráfica 7. Nacidos vivos en mujeres menores de 20 Años. República de Panamá. Años: 2009-2018.

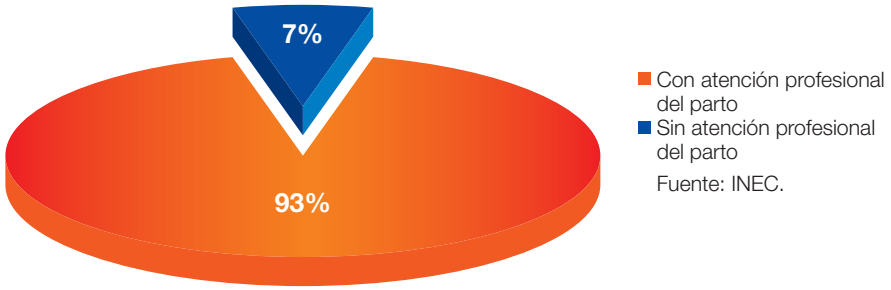


Fuente: INEC

En el año 2018, Panamá registró un total de 76,863 Nacimientos Vivos de los cuales el 93% fueron asistidos por un profesional capacitado. (INEC, 2018).

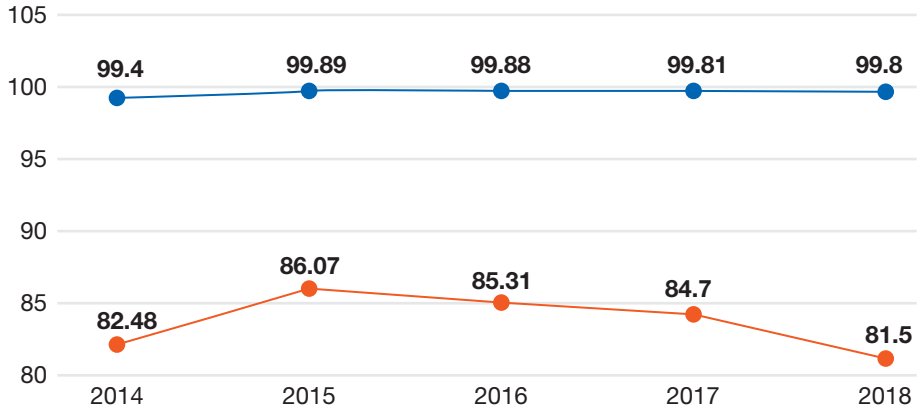
Panamá tiene un alto índice de atención profesional de parto, cobertura que se ha incrementado considerablemente en todas las regiones, siendo especialmente relevante en las áreas comarcales. Se observa, que en las zonas urbanas el porcentaje de asistencia profesional del parto fue de 99.8%, mientras que en las áreas rurales solo se alcanzó un 81.5% ese mismo año. Esto refleja el esfuerzo ministerial y el impacto de las estrategias de los últimos 10 años.

Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos vivos según asistencia profesional del parto en la República de Panamá. Año 2018.



Fuente: INEC.

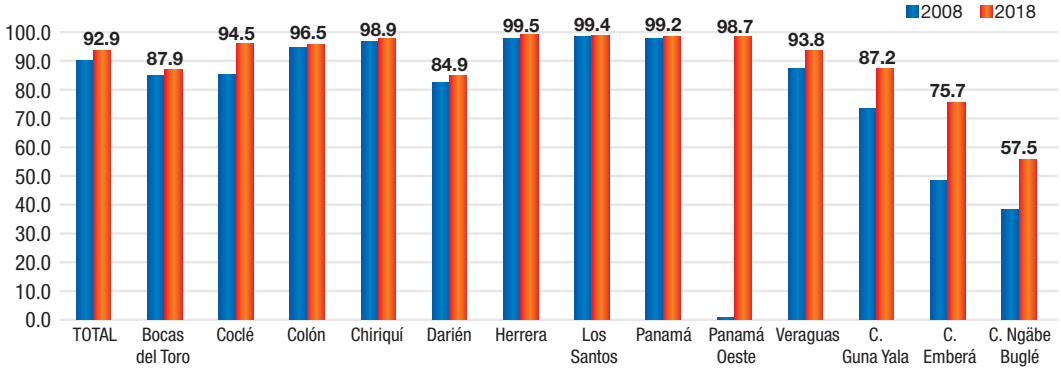
Gráfica 9. Porcentaje de nacimientos vivos en la República de Panamá, con asistencia profesional del parto según área urbana y rural. Años 2014-2018.



Fuente: INEC

Las Comarcas Guna Yala y Ngäbe Buglé reportan un incremento de 16% y 12% respectivamente y en la Comarca Emberá aumentó un 25%, en los últimos 10 años.

Gráfica 10. Nacimientos vivos con atención profesional del parto en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena. Años 2008 y 2018.

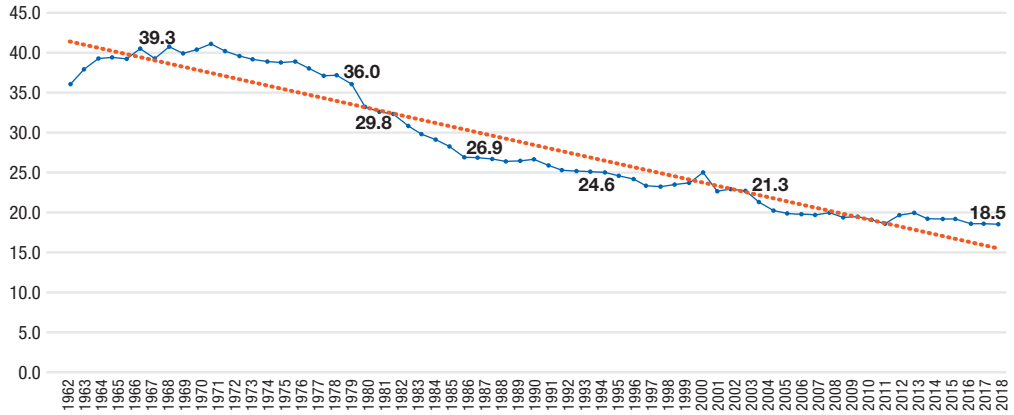


Fuente: INEC

Tasa bruta de natalidad

Los indicadores de fecundidad en el país muestran una tendencia descendente a través de las décadas. Para inicio de los años 60 la tasa de natalidad era de 39.9 x 1,000 personas y para el 2018 de 18.6 x 1,000. En términos generales la Tasa Bruta de Natalidad ha disminuido en las últimas décadas, aproximadamente un 17% en los últimos 40 años.

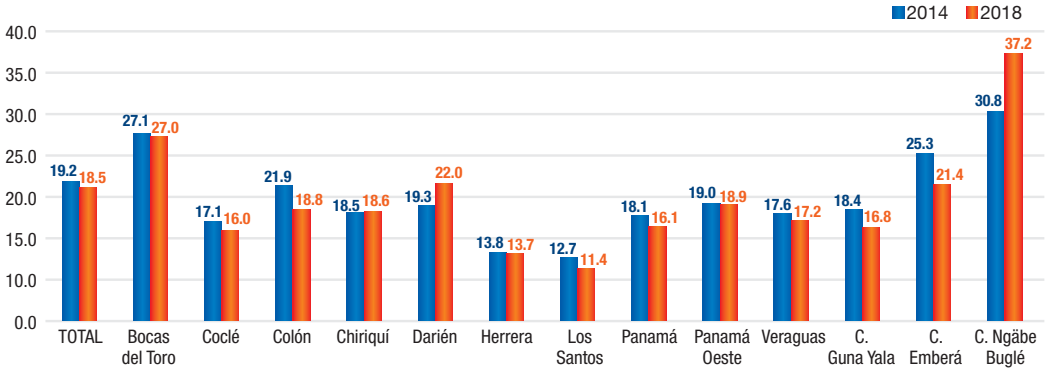
Gráfica 11. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá. Años 1962-2018.



Fuente: INEC

Al analizar la tasa de natalidad por provincias y comarcas, se observa que la Comarca Ngäbe Buglé mostró en el año 2018 un incremento de su tasa de natalidad de 6.4 puntos en comparación con el año 2014, Darién presenta igualmente un incremento de 3.7 puntos en comparación con el 2014. Bocas del Toro no ha variado su tasa de natalidad, provincia en donde los servicios obstétricos son ofrecidos en su mayoría a embarazadas procedentes de la Comarca Ngäbe Buglé. La disminución de esta tasa en Panamá es el producto del descenso en las demás provincias, incluyendo las comarcas Guna Yala y Emberá.

Gráfica 12. Tasa bruta de natalidad en la República de Panamá, según provincia y comarca indígena años 2014 y 2018.



Fuente: INEC

Darién ha incrementado su tasa por fenómenos migratorios internos y externos. Para las provincias de Herrera y Los Santos la disminución está asociada al bajo porcentaje de partos.

Nupcialidad

La nupcialidad corresponde al matrimonio como un fenómeno de la población e incluye su tasa, las características de las personas casadas y la disolución de tales uniones (por divorcio, separación, viudez y anulación) (INEC, 2021).

Aunque esta variable no incurre solamente en la dinámica demográfica, también está relacionada con las tendencias de la fecundidad. Sin embargo, tiene efectos sobre la descendencia final, además de la influencia que tiene al ser considerada un determinante próximo de la fecundidad, que aumenta la exposición al coito y el riesgo de concebir (Aguirre-Barajas, 2021).

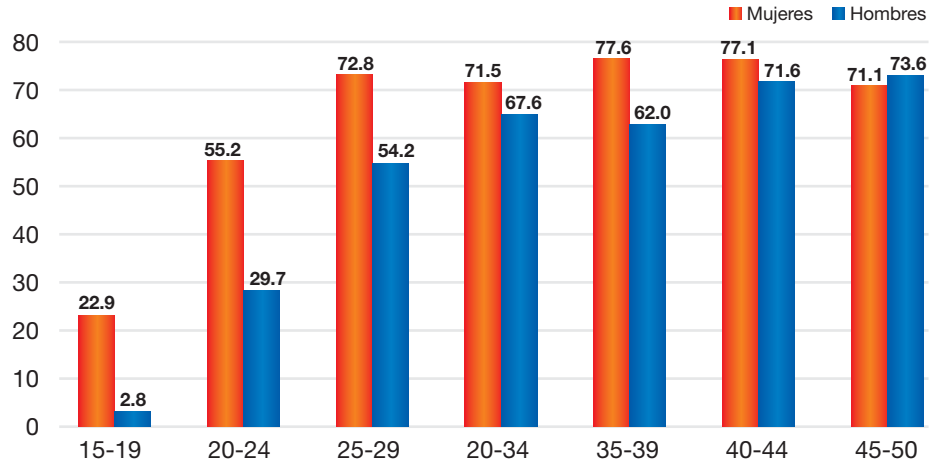
Uniones Estables

Jurídicamente cuando un hombre y una mujer deciden establecer una vida en común, así como un domicilio para su convivencia regular y estar conscientes de que esta unión es susceptible de terminar sin ningún trámite administrativo o judicial bastando la simple decisión, estamos hablando de una unión libre (López, 2017). Este tipo de relación de pareja pude ser visto como un determinante de riesgo de embarazo, ya que el riesgo de embarazo es mayor en mujeres que viven en unión libre (Arango, 2003).

Las uniones legales (casados) al igual que las uniones estables en términos reproductivos son equivalentes. (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2015).

Un hecho interesante es que en comparación con la encuesta ENASSER del año 2009, el porcentaje de mujeres presentó una tendencia aumentada de uniones consensuales; la soltería va disminuyendo a medida que aumenta la edad en este mismo grupo, en términos generales, en los hombres, la soltería es mayor.

Gráfica 13. Porcentaje de personas de 15 a 49 años, casadas o unidas por grupo de edad, según sexo. Panamá 2014-2015.



Fuente: Encuesta ENASSER 2015

Geográficamente según esta encuesta, existe un mayor porcentaje de mujeres casadas o unidas en las áreas rurales (71.3%) y en las indígenas (65.8%) que aquéllas que viven en las zonas urbanas (61,2%).

Edad a la primera unión

Existe un mayor riesgo de embarazo en mujeres unidas, por lo que la edad a la primera unión es una determinante de la fecundidad adolescente. (McDevitt T.M., 1996).

Aquellas adolescentes que iniciaron una vida de unión pueden ejercer un efecto significativo y positivo sobre la probabilidad de embarazarse. Estos resultados reflejan dos situaciones diferentes. Primero, las jóvenes que por estar viviendo en pareja (matrimonio o unión formal) ya están dispuestas a iniciar su trayectoria reproductiva (situación tradicional de unión e iniciación reproductiva dentro de la unión temprana) y, por tanto, tienen más probabilidad de ser madre que aquellas que no viven en pareja.

Entre el 35% y 44% de las adolescentes madres menores de 14 años viven en pareja al momento del nacimiento (en Paraguay, Argentina y Uruguay) y el 50% a 62% en madres en el rango 15 y 19 años (UNFPA/LACRO, 2016).

Los años potenciales de fecundidad son directamente proporcionales al inicio de la unión conyugal; es decir, mientras más temprano en la vida se inicia la unión conyugal más aumentarán los años potenciales de fecundidad, y mientras más tarde en la vida se inicie, menor será la fecundidad de la mujer y probablemente esto influirá de manera positiva en los niveles de educación. (Ruth Graciela De León Richardson, 2015).

La encuesta ENASSER reveló que la mediana de edad al primer matrimonio o unión en el grupo de mujeres 25-49 años es de 22 años. El porcentaje de mujeres con uniones antes de los 20 años fue de 27% y las que se unieron antes de los 22 años fue de 41.3%, lo que indica que en el grupo estudiado más de la mitad de las mujeres se unen o casan antes de los 23 años.

Edad a la primera relación sexual

El inicio de la vida sexual a edades tempranas tiene un efecto negativo sobre el riesgo de ser madre soltera adolescente, lo que demostró lo importante que es este determinante de la fecundidad, no sólo porque incide directamente en esta; sino, porque también varía dependiendo de la influencia sobre el de otros determinantes como el nivel educativo y el nivel socioeconómico; lo que podría traducirse, en que son más importante los factores que inciden sobre el inicio temprano de vida sexual. (Álvarez Castaño, 2015).

En la encuesta ENASSER se observó que el 13.1% de las mujeres y 25.8% de los hombres mantuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años en todos los grupos de edad evaluados, datos similares a la encuesta anterior. Esta encuesta también demostró que existe una asociación entre la edad de la primera relación sexual y la escolaridad, mostrando que a menor escolaridad es más temprano el inicio de vida sexual, cifras que fueron mayores en las mujeres sin escolaridad que en los hombres.

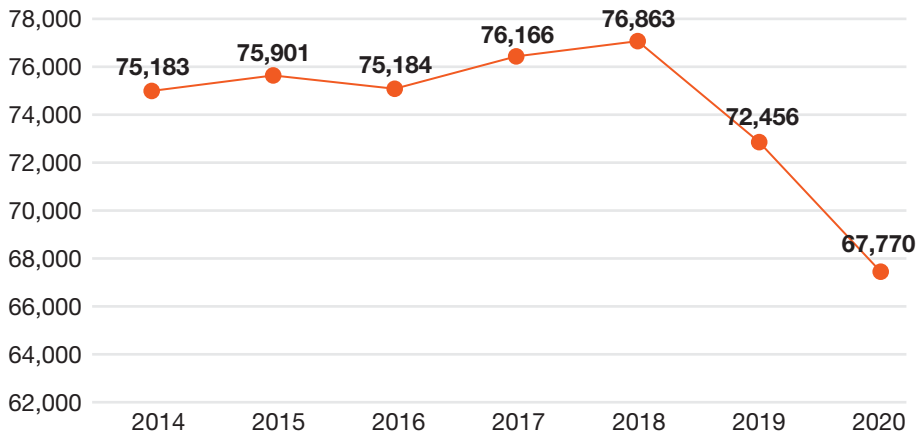
COVID 19 y su impacto en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva

COVID 19 y su impacto en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva

La pandemia del COVID 19 también tuvo un efecto sobre los nacimientos y la natalidad en general.

Los nacimientos disminuyeron en el año 2019, pero su descenso fue más marcado en el año en que se decreta la pandemia (2020).

Gráfica 14. Nacimientos vivos en la República de Panamá. Años: 2014-2020.



Fuente: INEC

Salud Materna

Salud materna

La Organización Mundial de la Salud describe la salud materna como aquellos aspectos de la salud de la mujer desde su embarazo, parto y puerperio; por lo que, contar con instalaciones y personal capacitado no solo en el manejo de la embarazada sino en la atención profesional del parto forma parte de la salud y bienestar no solo de la mujer sino también del niño.

La mayoría de las muertes maternas son evitables y es precisamente la atención profesional en el embarazo y el parto las intervenciones que ayudan a su disminución.

Panamá en el 2019 reportó 29 muertes maternas, y éstas ocurren en su mayoría en unidades hospitalarias; sin embargo, en las áreas comarcales aún persiste la atención domiciliaria.

En el año 2020 hubo un cambio en las atenciones del parto debido a la pandemia por SARS-CoV-2 en donde se presentaron más partos en casa y mayor número de muertes indirectas asociadas al COVID-19.

Tabla 3: Muertes Maternas por grupo de edad. República de Panamá. 2014-2019.

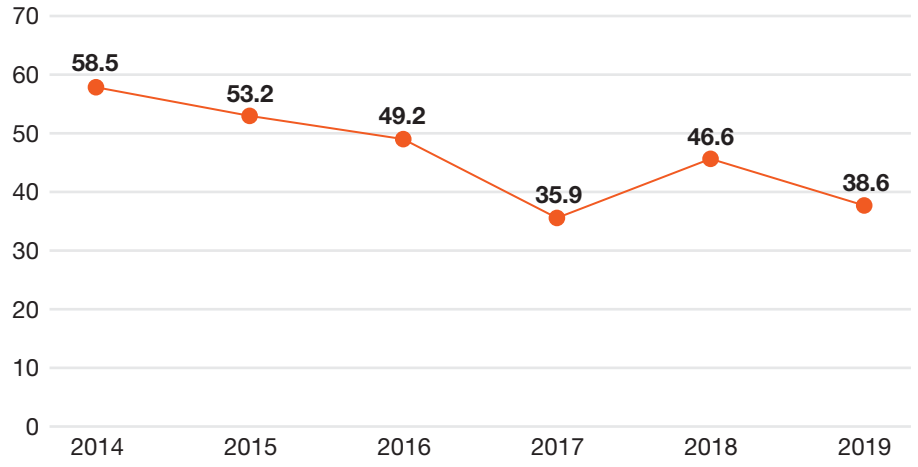
Año	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2014	44	1	8	8	8	6	11	2	0
2015	40	0	9	5	11	6	7	2	0
2016	37	0	8	6	8	6	3	5	1
2017	27	0	5	9	3	4	4	2	0
2018	35	0	3	9	7	4	7	4	1
2019	29	1	4	9	4	2	8	1	0

Base de Datos Comisión Muerte Materna

Razón de mortalidad materna

La tendencia de la razón de muerte materna en forma general ha sido descendente en el último quinquenio.

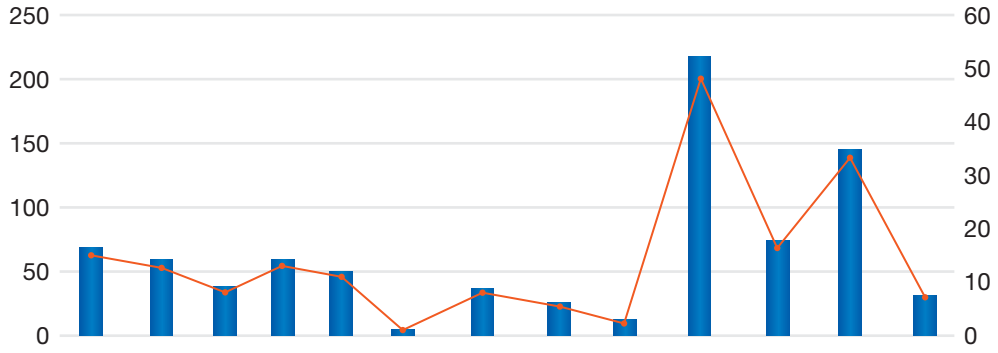
Gráfica 15. Razón de muerte materna. República de Panamá. Período: 2014-2019.



Fuente: BDSSR

Al evaluar el período 2014 al 2019 y sumar el total de casos de muerte materna en cada región o comarca, se destacan la comarca Ngäbe Buglé, la provincia de Panamá y la de Bocas del Toro con la mayor cantidad de casos; sin embargo, la razón acumulada más alta la presentan Panamá, Bocas del Toro y la provincia de Panamá Oeste.

Gráfica 16. Casos y razón de muerte materna. República de Panamá. Acumulado 2014-2019.



	Bocas del Toro	Chiriquí	Coclé	Colón	Darién	C. Emberá	C. Guna Yala	Herrera	Los Santos	C. Ngäbe Buglé	Panamá Oeste	Panamá	Veraguas
MM quinquenal	16	14	9	14	12	1	9	6	3	51	18	35	7
Rmm quinquenal	61.3	53.6	34.5	53.6	46.0	3.8	34.5	23.0	11.5	195.4	69.0	134.1	26.8

Fuente: INEC/BDSSR

La razón de muerte materna de acuerdo con los grupos de edad, para el periodo del 2014 al 2018, fue calculado en base al 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 expuesto. Se registraron un total de 183 muertes maternas durante el período, distribuidas en 1 sólo caso en el grupo de 10 a 14 años; no se presentaron diferencias significativas en el número de casos en los grupos que van de los 15 a los 39 años. Los casos disminuyen a partir de los 40 años.

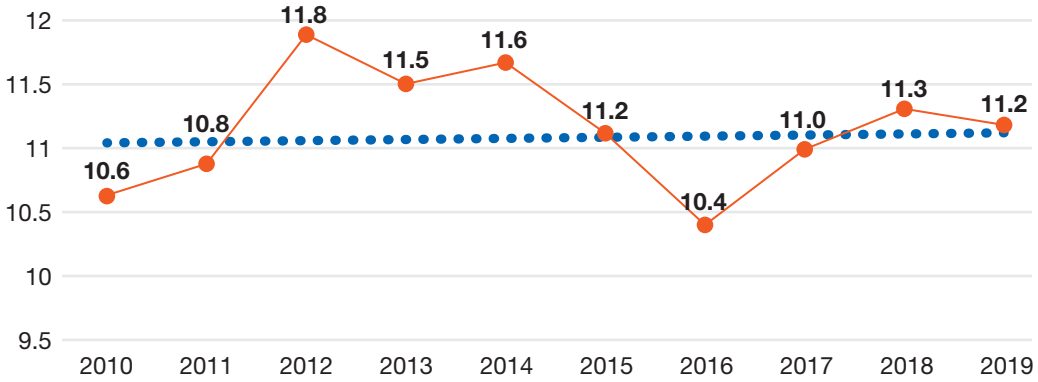
En el caso de las adolescentes de 10 a 14 años, es preciso observar que si bien en el año 2014 presentaron una tasa muy alta en proporción a los nacidos vivos, cuando se calcula para el periodo quinquenal la cifra baja significativamente y se comporta parecida a la de los demás grupos de edad. No así,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

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.

Tasa de mortalidad perinatal

El comportamiento de las tasas de mortalidad perinatal durante el período 2010-2019 ha mostrado una tendencia estable en los últimos años.

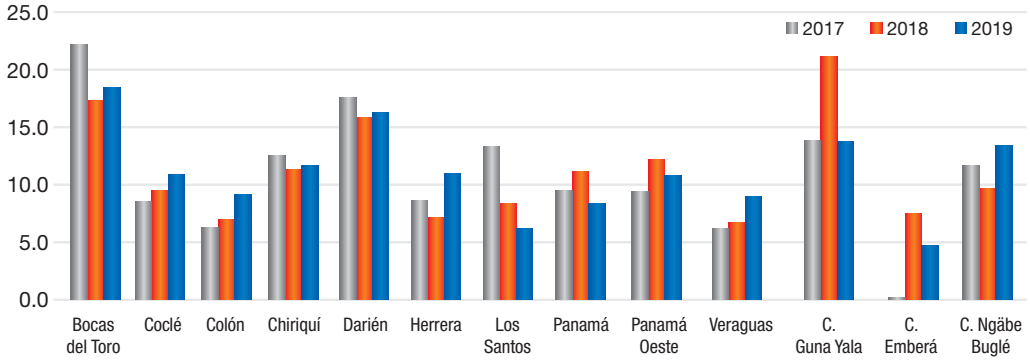
Gráfica 17. Tasa de mortalidad perinatal. República de Panamá. Período: 2010-2019.



Fuente: INEC

Las provincias de Bocas del Toro, Darién y la Comarca Guna Yala, son las que han presentado las tasas de mortalidad perinatal más altas los últimos tres (3) años.

Gráfica 18. Tasa de mortalidad perinatal. República de Panamá. Período: 2017-2019.



Fuente: INEC

Planificación Familiar

Planificación familiar

La Planificación tiene beneficios importantes sobre la salud de la mujer y el desarrollo. Existen evidencias innumerables de que además de prevenir embarazos no deseados y disminuir los abortos manipulados y las muertes maternas, también mejora la salud de los niños, el acceso a la educación infantil favorece el desarrollo de las competencias en la mujer; no solo en el campo laboral, sino también en otras áreas como en lo político y con ello, el concepto de género; favorece a reducir la pobreza, estimulando el desarrollo económico y el nivel de vida de las personas. Ayuda a lograr no solamente uno sino los ocho objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015. (Gutiérrez, 2013).

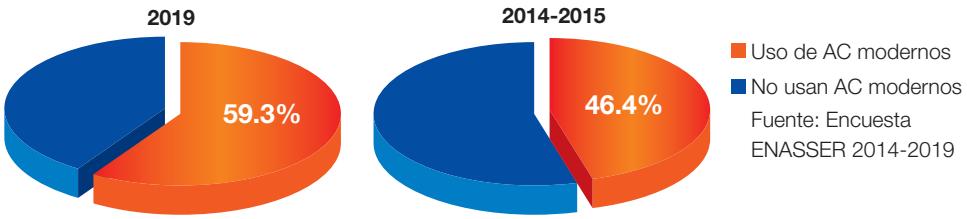
Según datos de la Organización Mundial de la Salud se calcula que, a nivel mundial en el 2019, existían 1900 millones de mujeres en etapa reproductiva, de las cuales 112 millones precisan planificación familiar. De éstas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tiene necesidades desentendidas en materia de anticoncepción.

En Panamá según la encuesta ENASSER 2015, el 99.4% de las mujeres de 15-49 años y el 99.3% de los hombres han escuchado de al menos un método anticonceptivo. A nivel urbano las mujeres en etapa reproductiva conocen de planificación familiar, un 100% mientras que en áreas rurales y comarcales el conocimiento está en un 94.6%.

Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos

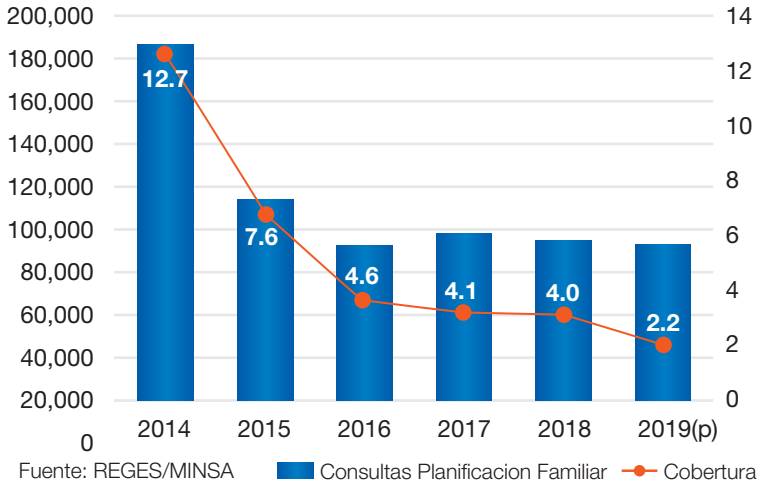
En Panamá, según la encuesta ENASSER 2015, el uso de anticonceptivos modernos disminuyó con respecto al año 2019. La tasa de prevalencia es de 50.8% de uso en las mujeres casadas o unidas. Existen diferencias de uso; existen mujeres que utilizan métodos modernos en un 51,9% en mujeres de 40-44 años, mientras que en menores de 30 años prefieren más los inyectables y el grupo mayor de 30 años prefieren la estilización permanente.

Gráfica 19. Uso de anticonceptivos modernos. República de Panamá. Comparativo 2014-2019.



A pesar de que en la población femenina existe un conocimiento del 94.5%, las consultas en planificación familiar han tenido un descenso en las instalaciones del MINSA como lo demuestra la cobertura de Planificación Familiar que presenta una disminución, y el informe preliminar del 2019 muestra que el porcentaje de cobertura es de 2.2%.

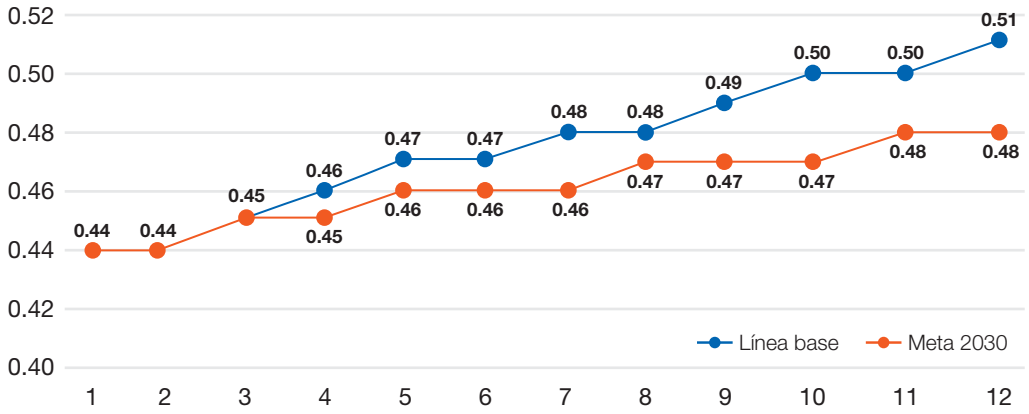
Gráfica 20. Consultas de planificación familiar y cobertura de planificación. Ministerio de Salud. Período 2014-2019.



Durante este período hubo un desabastecimiento importante de los insumos para los métodos de planificación familiar, lo que pudo haber incidido en lo números reflejados en la disminución de cobertura de planificación, reflejándose en las áreas comarcales y/o rurales en donde la accesibilidad esta reducida; a diferencia de las áreas urbanas, en donde la capacidad adquisitiva es mayor. Igual situación ocurre con el uso de anticonceptivos modernos y de larga acción recomendados como otra alternativa de mejora de uso y consecuentemente, disminución de muertes maternas.

En este sentido, una de las líneas base de país en materia de uso de anticonceptivos modernos calculada por un programa logarítmico conocido como Modelo de Impacto de las Inversiones en Planificación Familiar ofrecido por UNFPA (Mi Plan) para el cálculo de insumos en planificación familiar en base a necesidades insatisfechas de planificación, oferta de compra y de costos y además permite un análisis a largo plazo de los logros y metas que en planificación familiar se necesiten; este cálculo indica que para el 2030 debemos tener como meta la prevalencia de anticonceptivos modernos debiese estar 0.51, sin embargo, en el 2018 ésta se encontraba en 0.44.

Gráfica 21. Meta 2030 de la prevalencia de anticonceptivos modernos en Panamá.



Fuente: Estimados y proyecciones de familia. Naciones Unidas

En el grupo adolescentes se observa una tendencia a la disminución de uso para el 2018 según reporte de REGES de 2018.

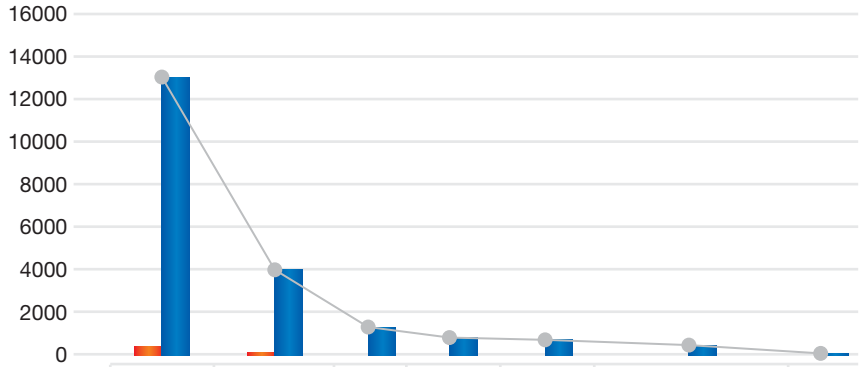
Tabla 3. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. República de Panamá. Acumulado 2014-2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
Método	< 15 años	15-19	< 15 años	15-19	< 15 años	15-19	< 15 años	15-19	< 15 años	15-19
Total	261	4835	194	4721	150	4252	121	3506	148	3092
DIU	4	64	1	18	1	19	1	29	6	55
Barrera	3	64	6	146	10	246	4	111	2	116
Hormonal	32	649	18	698	14	752	34	1035	34	865
Ligadura Tubárica	12	323	3	82	3	80	0	47	1	39
Natural	23	355	6	150	3	108	1	61	1	60
Otro	16	271	4	271	8	339	5	189	5	180
Ninguno	171	3109	156	3356	111	2708	76	2034	99	1777

Fuente: SIP-PLUS/REGES

En el grupo de adolescentes dentro de los métodos anticonceptivos más utilizados, el hormonal es el más frecuente y la ligadura tubárica el menos usado para este grupo de edad; a pesar, que en general este grupo de edad no es frecuente que utilicen algún método anticonceptivo.

Gráfica 22. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. República de Panamá. Acumulado 2014-2019.



	Ninguno	Hormonal	Otro	Natural	Barrera	Ligadura Tubárica	DIU
< 15 años	613	132	38	34	25	19	13
15-19	12984	3999	1250	734	683	571	185
Total	13597	4131	1288	768	708	590	198

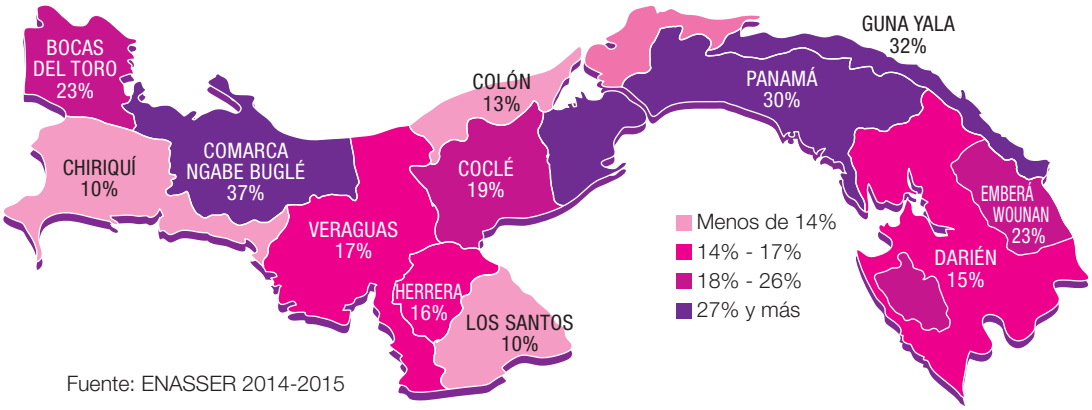
Fuente: SIP-PLUS/REGES

Necesidades insatisfechas de planificación familiar

La demanda insatisfecha de planificación familiar se refiere al "porcentaje de mujeres fértiles, activas sexualmente, que reportan no querer más hijos o que desean retrasar el siguiente embarazo y que no usan ningún método anticonceptivo" (CEPAL, 2020). Se refiere a la brecha entre el propósito de reproducirse que tiene una mujer y su comportamiento anticonceptivo. Evaluado como un indicador, se expresa como la cantidad de mujeres casadas o en unión que desean limitar o espaciar sus familias y no están usando método anticonceptivo alguno, con respecto al total de mujeres casadas o en unión. Puede ser desagregado por grupo quinquenal de edad.

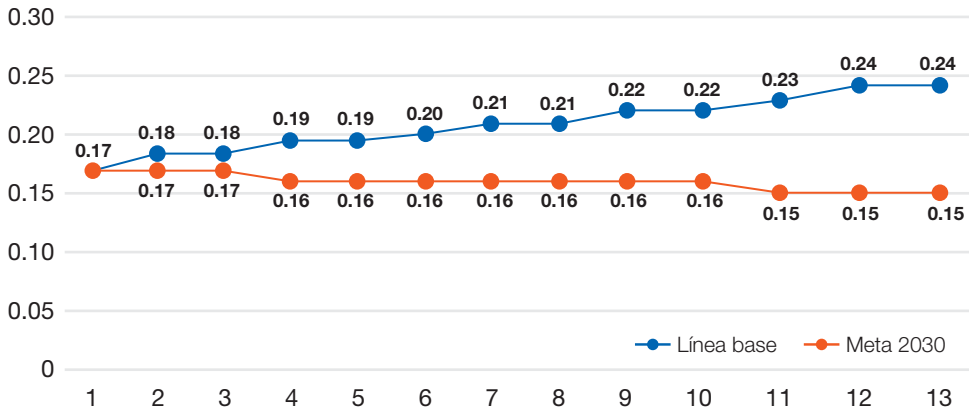
En base al reporte de ENASSER 2015 esta necesidad insatisfecha en mujeres casadas es de 10.2%; en la provincia de Los Santos hasta un 37.7 %, en la Comarca Ngäbe Buglé 37%; siendo menor, en aquéllas con educación superior (16.7) que las que no la recibieron (33.3%).

Mapa 3. Porcentaje de mujeres actualmente casadas o unidas de 15-49 años con necesidades insatisfechas de planificación familiar.



Fuente: ENASSER 2014-2015

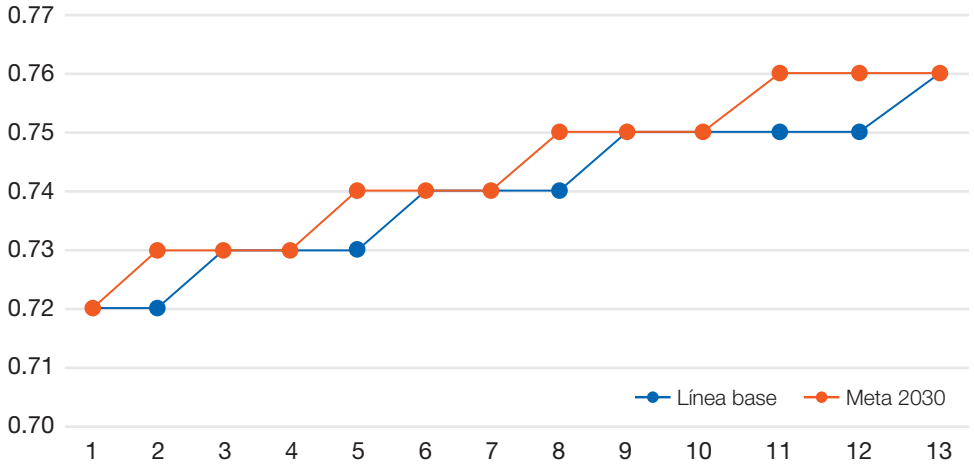
Gráfica 23. Meta 2030 de las necesidades insatisfechas de métodos modernos (NIPFmod) de Panamá.



Fuente: Estimados y proyecciones de familia. Naciones Unidas

Se observó además que la demanda satisfecha de planificación familiar es mayor en mujeres sexualmente activas no casadas o unidas (86.8%) que en el resto de las mujeres. En el grupo de 15 a 19 años sexualmente activas la demanda total de planificación familiar es la más alta (95.3%) cuando se les compara con otro grupo de edad.

Gráfica 24. Demanda insatisfecha de métodos modernos de planificación (DSmod) de Panamá



Fuente: Estimados y proyecciones de familia. Naciones Unidas

Para el 2030, la meta será un 76% de la población en etapa reproductiva (14-40 años).

Lesiones premalignas cervicales

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública a nivel mundial y es el responsable de más de 300,000 muertes cada año, siendo la cuarta neoplasia más común en mujeres con una carga mayor en países de bajos ingreso (OPS, 2018).

En este sentido, La Organización Mundial de la Salud en agosto del 2020 propuso dentro de la 873 ° Asamblea Mundial de la Salud, estrategias en la prevención del cáncer cérvico uterino. La propuesta para acelerar su eliminación se centra en 3 pilares fundamentales:

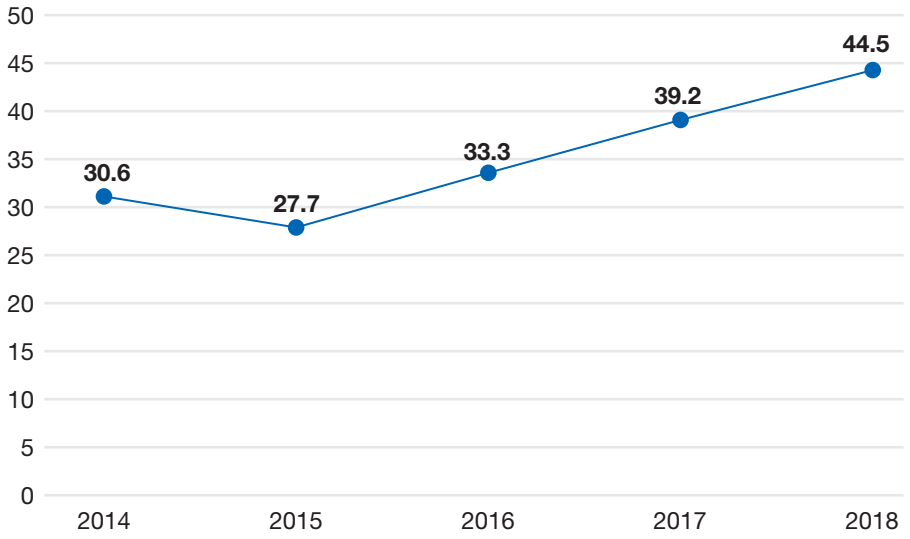
- La prevención a través de la vacunación contra el virus de papiloma humano,
- Detección y tratamiento con lesiones premalignas
- Tratamiento el cáncer cervicouterino invasor, incluido cuidados paliativos.

Todos los países miembros deberán alcanzar y mantener una incidencia menor a 4 casos por 100,000 mujeres al año.

Esta estrategia solicita a los países que para el 2030 tengamos una vacunación de un 90% de niñas menores de 15 años, detección de un 70% de los casos, administrar tratamiento a un 90% de mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino y un 90% de los casos de cáncer invasivo.

En Panamá, el cáncer cérvico uterino ocupó el segundo lugar en el año 2018, con una tasa de incidencia de 44.5 x 100,000 mujeres mayores de 15 años.

Gráfica 25. Tasa específica de cáncer cervicouterino. República de Panamá. Años: 2014-2018.



Fuente: Registro Nacional de Cáncer / MINSA

Papanicolaou

El cáncer de cuello uterino se forma en las células que cubren las paredes del cuello del útero a partir de cambios que poco a poco se pueden convertir en cáncer (Fundacáncer, 2020). Es una enfermedad prevenible, que puede tratarse y curarse con riesgos bajos mientras su detección sea oportuna y temprana (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

El segundo cáncer más frecuente entre mujeres del Caribe y de América Latina es el cáncer de cuello uterino. A pesar de que se posiciona en un cuarto lugar a nivel de la región de las Américas anualmente se diagnostican 83,000 casos y produce alrededor de 35,000 muertes cada año; sin embargo, se prevé que para el año 2030 el número de muertes aumente en un 45% de acuerdo con el Informe Final sobre el Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La tasa de incidencia de cáncer cervicouterino varía entre 1 y 50 por cada 100,000 mujeres, donde los países de América Latina, el Caribe, África, Melanesia y Asia presentan una mayor incidencia de casos (Vargas, Víctor; Acosta, Gustavo, 2012). Toda circunstancia, situación o condición que aumente la probabilidad de padecer una enfermedad es considerado un factor de riesgo.

En este sentido, el virus del papiloma humano mantiene una relación directa con el desarrollo de cáncer de cuello uterino, el cual puede infectar las superficies de las células de la piel y transmitirse mediante la actividad sexual (American Cancer Society, 2020).

Según estudios epidemiológicos, las mujeres contraen papiloma humano de manera precoz, entre los 20 a 30 años y afecta en un 74% a adolescentes de 15 y 24 años, lo que puede conllevar al desarrollo de lesiones de alto grado y de cáncer (Revista Cubana de Medicina General Integral., 2012).

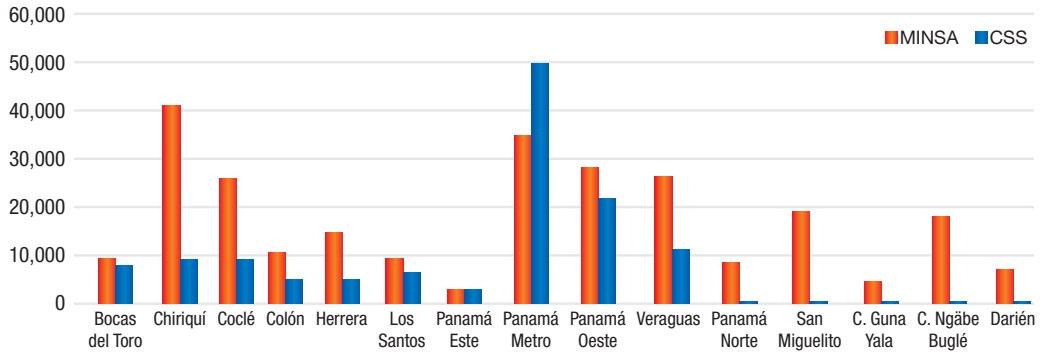
La citología cervical constituye un examen para el tamizaje o determinación del cáncer de cuello uterino como un proceso diagnóstico (Varela, 2005).

En Panamá, a fin de realizar una detección temprana se recomienda la toma de Papanicolau a partir de los 21 años con una periodicidad de cada dos años, si la paciente tiene factores de riesgo para cáncer cervical y priorizar a mujeres de 25 a 59 años (Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer, 2020).

A nivel de las instalaciones del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, se observó que en el periodo comprendido (2018-2019), el MINSA realizó 272,455 citologías cervicales, distribuidas en un 52% en el año 2018 y 48% en el año 2019. Sin embargo, la Caja de Seguro Social reportó un total de 133,910 citologías, de las cuales el 51% se realizaron en el año 2018 y 49% en el año 2019, respectivamente.

En relación con los registros de citologías cervicales presentados por las regiones del MINSA, se observa que en un 15% se efectuaron en Chiriquí, 13% en Panamá Metro y 11% en Panamá Oeste. A diferencia de las instalaciones de salud de la CSS, el 38% de las citologías cervicales se efectuaron en Panamá Metro, 17% en Panamá Oeste y 10% en Veraguas.

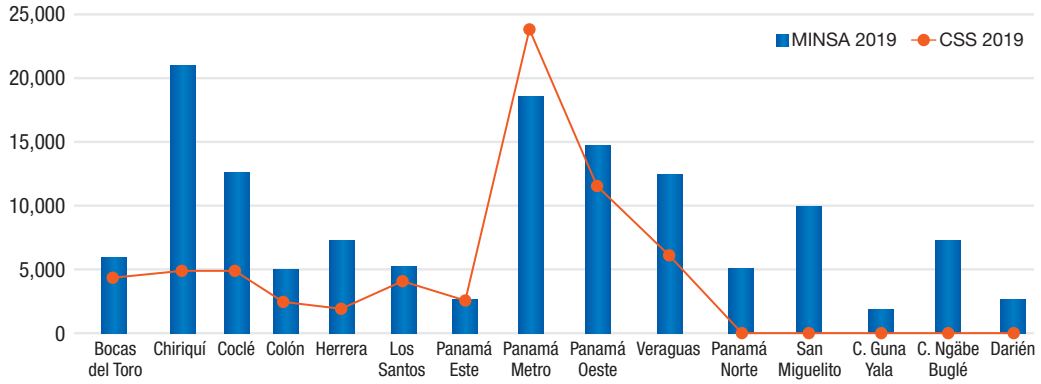
Gráfica 26. Acumulado de registros de citologías cervicales. Instalaciones de salud del MINSA y CSS. Periodo 2018-2019.



Fuente: REGES/MINSA

En el año 2019, a nivel de las instalaciones del Ministerio de Salud, el 16% de las citologías realizadas se registraron en la provincia de Chiriquí, 14% en Panamá Metro y 11% en Panamá Oeste. En este mismo año, la Caja de Seguro Social reportó un 36% en la región de Panamá Metro, 18% en Panamá Oeste y 10% en Veraguas.

Gráfica 27. Comparativo del total de citologías por Papanicolaou. Instalaciones del MINSA y CSS. Año 2019.



Fuente: REGES/MINSA

En el periodo 2018-2019, el MINSA reportó 68% del total de citologías en el año 2018 y 67% en el año 2019; es decir, el Ministerio de Salud tiene una cobertura estimada del 15% en la población de mujeres de 40-49 años en el año indicado. De igual forma, se hizo énfasis que, de acuerdo con el grupo de edad de las pacientes por región de salud, las regiones del MINSA presentaron menor cantidad de citologías cervicales en el grupo de 40 a 49 años y se evidencia un número importante de mujeres menores de 21 años en los registros, lo que puede inferir en que existe una disminución de vida sexual en las mujeres de Panamá.

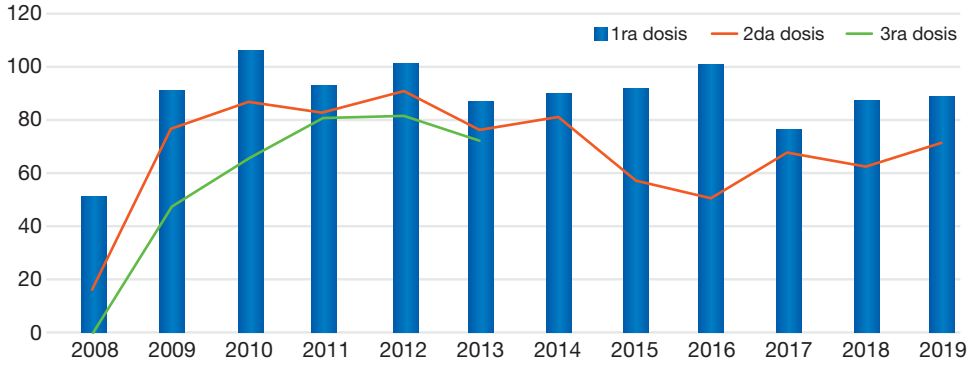
Vacuna contra el Virus del Papiloma humano (VPH)

La vacunación contra la IVPH es una estrategia en la prevención no sólo de lesiones premalignas producidas por VPH, sino para la prevención de las verrugas vulvares por otro sub-serotipo de papiloma humano.

La República de Panamá ha sido el primer país de la Región de las Américas en ofertar la vacunación de manera gratuita y universal, amparada bajo la Ley 48 del 5 de diciembre de 2007, "Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá". En el año 2008 se inicia por primera vez en Panamá la vacunación contra el IVPH a niñas de 10 años 11 meses y 29 días, y en el 2016 a este mismo proceso se incluye a niños de igual edad cuya cobertura se ha incrementado en el tiempo.

En el 2019 la cobertura tanto para primera y segunda dosis aumentó levemente.

Gráfica 28. Cobertura y dosis aplicadas de vacuna VPH. República de Panamá. Años: 208-2019.



Fuente: REGES/PAI/MINSA

*A partir del 2014, solo se colocan 2 dosis.

En términos generales se mantiene una cobertura en más del 50 % de la población de responsabilidad con aceptación en la vacunación de niños, que va incrementándose cada año, tomando en consideración que éstos ingresaron al cuadro de vacunaciones en el 2016.

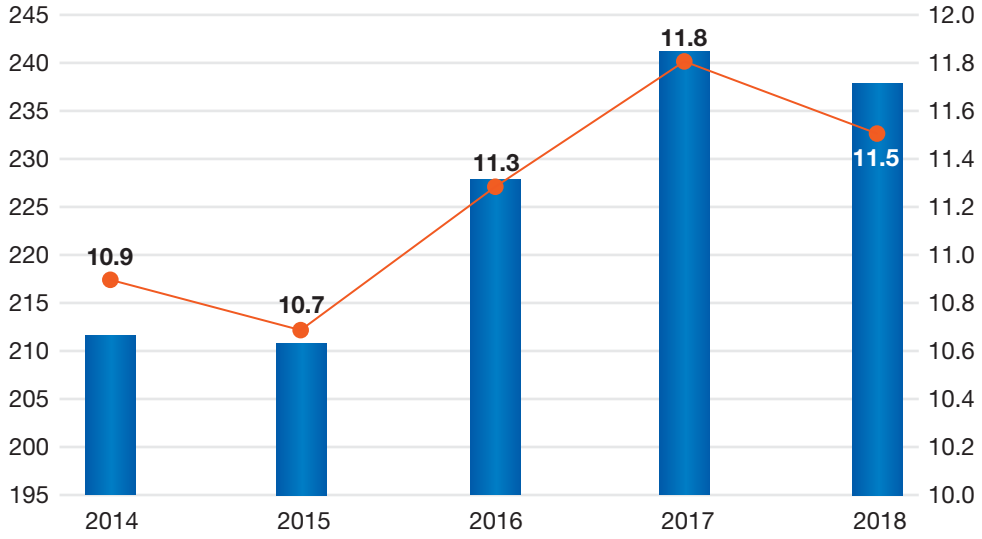
Cáncer de mama

La OMS reporta que para América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y el segundo en mortalidad (OPS, 2019), en donde el grupo de mujeres menores de 65 años es más frecuente en un 56%, en comparación con Estados Unidos y Canadá (37%).

En Panamá el cáncer de Mama es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer, seguido del cáncer cérvico uterino.

En el quinquenio 2014-2018 no se observan grandes cambios, a diferencia del Cáncer Cérvico Uterino que, si ha logrado disminuir los casos, por lo que la detección precoz es un arma de apoyo para su manejo.

Gráfica 29. Defunciones y tasa de defunción de cáncer de mama. República de Panamá. Años: 2014-2018.



Fuente: Registro Nacional de Cáncer

Sífilis

Las Infecciones de Transmisión Sexual son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual (OMS, 2020).

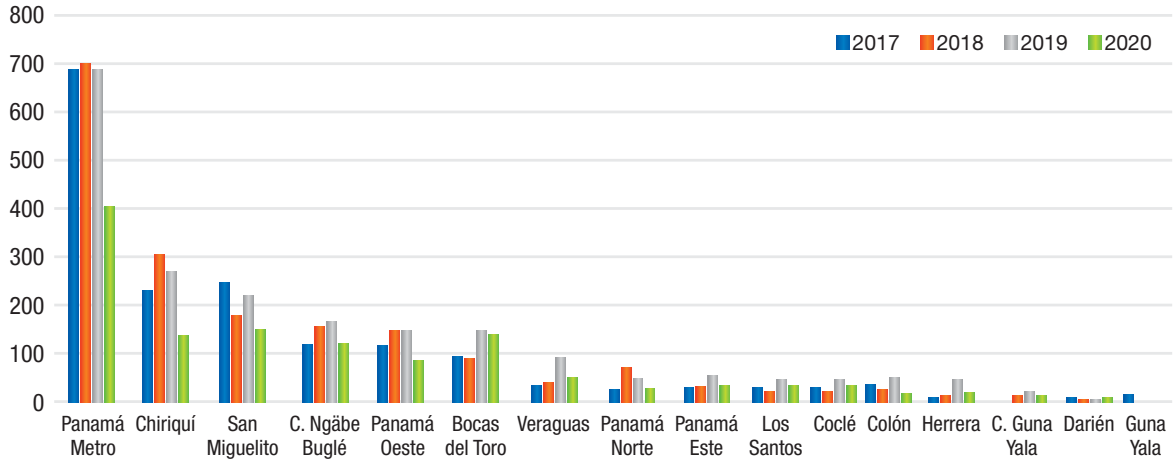
En el 2017 había alrededor de 2 millones de nuevos casos de Sífilis en la Región de las Américas. La OMS estimó que hubo unas 131,000 embarazadas con Sífilis y 51,000 casos de Sífilis congénita en la Región en 2016.

Aproximadamente un 40% de los bebés nacidos de embarazadas con Sífilis no tratadas pueden nacer sin vida o morir a causa de la infección (OMS, 2020).

Entre los años 2017-2020 se evidencia, que la mayor cantidad de casos reportados de Sífilis en la población general de las instalaciones MINSA se encuentran en la región Metropolitana, seguido por Chiriquí, San Miguelito, Comarca Ngäbe Buglé, Panamá Oeste, y Bocas del Toro.

Se destaca que la Comarca Ngäbe Buglé tiene un número importante de casos a pesar de que su población es más baja en comparación con las regiones de Panamá Metro, San Miguelito y Chiriquí.

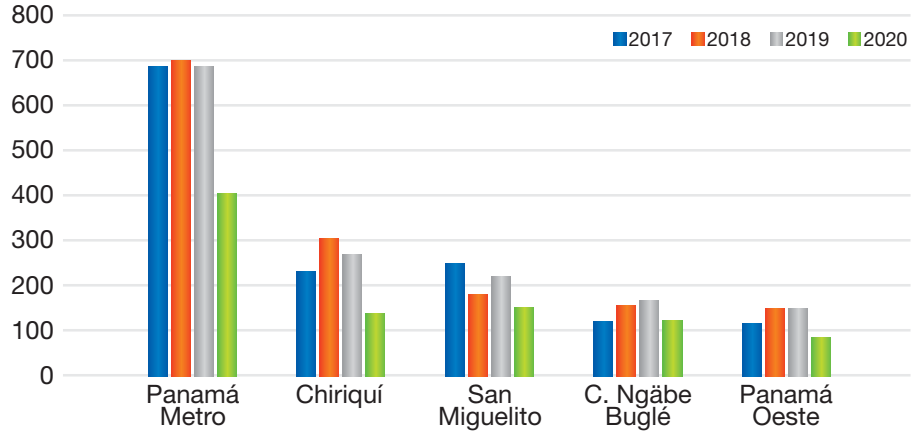
Gráfica 30. Casos reportados de sífilis en la población general, según región de salud del Ministerio de Salud. Periodo 2017 – 2020.



Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud

En los años 2018 y 2019 se registró un aumento de casos de Sífilis en las regiones de Chiriquí, Comarca Ngäbe Buglé y Panamá Oeste, mientras que la región de San Miguelito presentó leve descenso en el mismo periodo; la Metropolitana en los periodos 2017 y 2018 registró un aumento de casos.

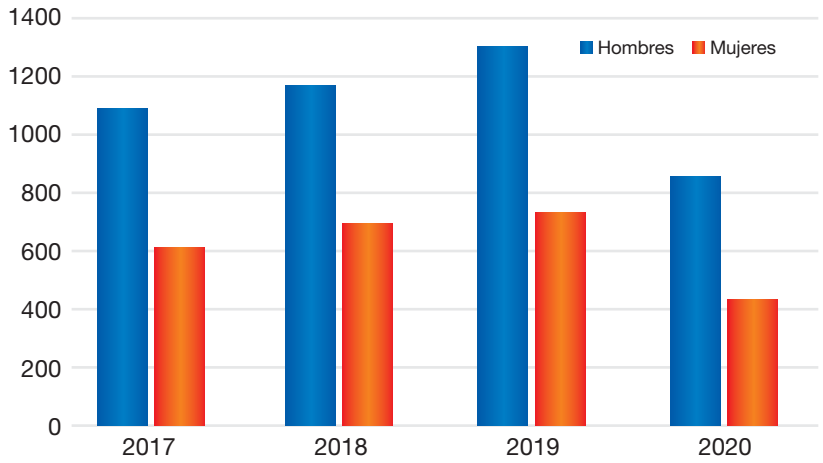
Gráfica 31. Regiones de salud con más casos de Sífilis reportados en las instalaciones MINSA. Periodo 2017 - 2020.



Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud

En los hombres se reportaron la mayor cantidad de casos de Sífilis con un 64% del total de casos notificados a nivel nacional, con mayor prevalencia en los años 2018 y 2019; mientras que las mujeres, representan el 36% de los casos reportados con mayor aumento en el mismo periodo, a razón de dos hombres con Sífilis por una mujer en la misma condición.

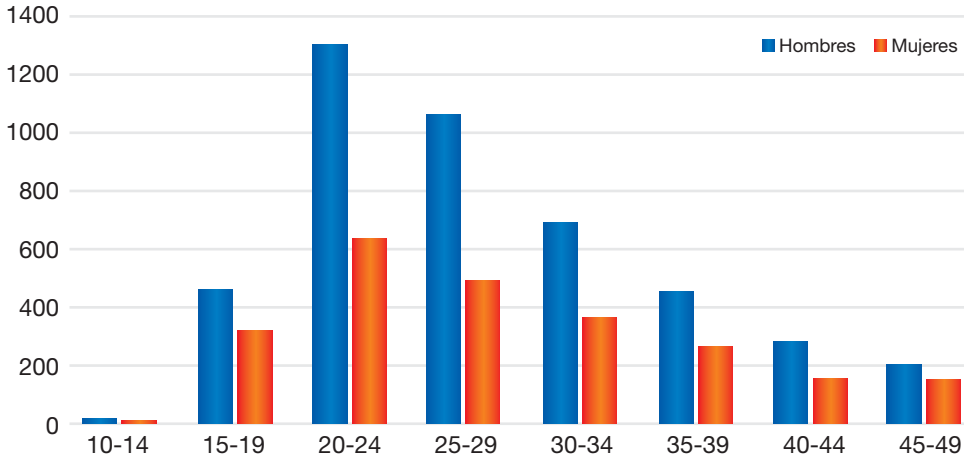
Gráfica 32. Sífilis según sexo, en las instalaciones MINSA. Periodo 2017-2020.



Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud.

El 51% del total de los casos de Sífilis reportados se reflejan en los grupos de 20 a 29 años.

Gráfica 33. Casos acumulados de sífilis según sexo y grupo de edad en las regiones de salud MINSA. Período 2017-2020.

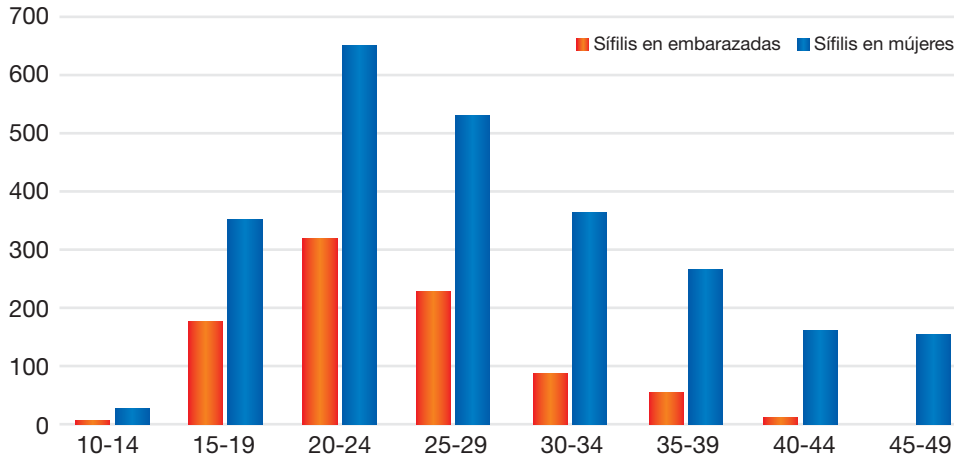


Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud.

Sífilis en el embarazo

Es evidente que los casos de Sífilis en embarazadas son menores con un 35% en comparación con las no embarazadas con Sífilis con un 65%, del total de casos acumulados en las regiones MINSA.

Gráfica 34. Acumulado de casos de Sífilis en embarazadas y mujeres no embarazadas en las regiones del MINSA. Periodo 2017 – 2020.



Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud.

El acumulado entre las edades de 20 a 29 años representa el 61% del total de casos reportados en embarazadas. Las mujeres en el grupo de adolescentes (15 a 19 años) representan un 22% de los casos reportados de Sífilis en embarazadas a nivel nacional.

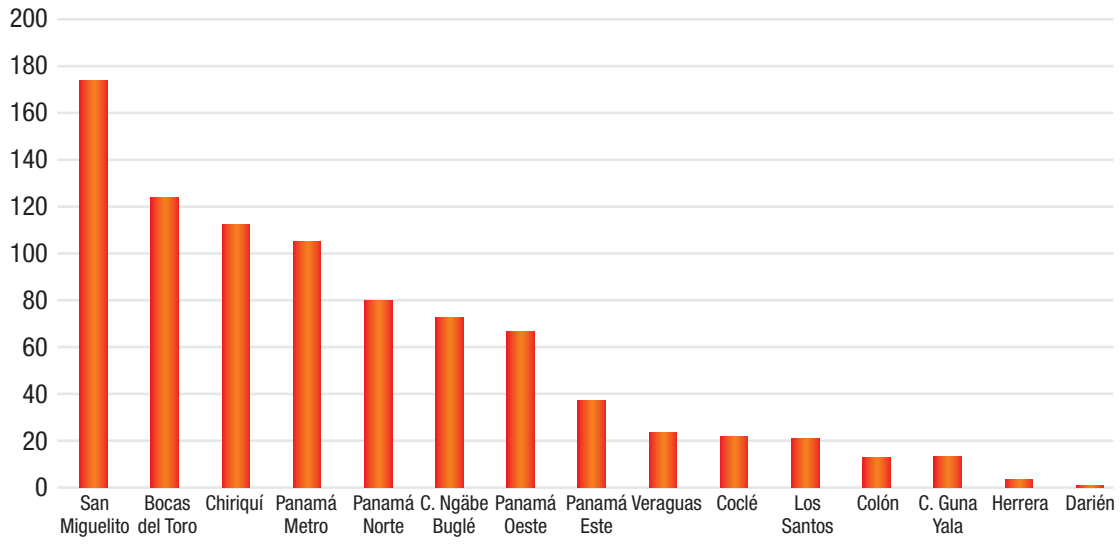
Entre las regiones de salud que reportan mayor cantidad de casos de Sífilis en embarazadas se encuentran: San Miguelito 20%, Bocas del Toro 14%, Chiriquí 13% y Metropolitana con un 12%, mientras que, Panamá Norte 9% y Comarca Ngäbe Buglé con 8% del total de casos reportados a nivel nacional, en el periodo 2017-2020.

Es importante destacar que, mientras las regiones arriba citadas tienen un reporte elevado de casos, Darién reportó 0.12% (1 caso) y Herrera 0.31% (3 casos) lo que demuestra un número muy por debajo de la mediana de casos acumulados esperados (27).

El 60% de las regiones analizadas reportaron casos de Sífilis en embarazadas en el grupo de edad de 10 a 14 años, siendo la región de Veraguas (29%) y Comarca Ngäbe Buglé (20%) las que más casos reportaron en este grupo de edad.

Panamá Metro, Chiriquí, San Miguelito y Panamá Oeste reportaron un 24% del total de casos en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfica 35. Acumulado de Sífilis en embarazadas por región de salud MINSA. Periodo 2017 – 2020.

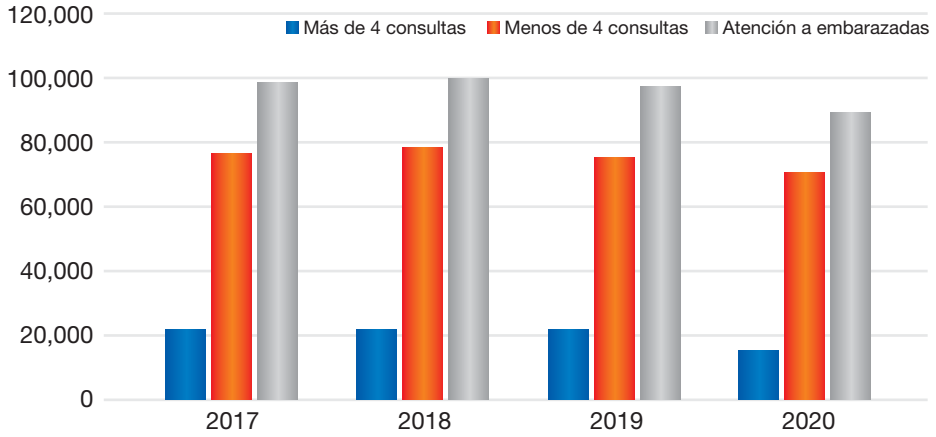


Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud

Los corregimientos que reportaron más casos de Sífilis en adolescentes fueron: Belisario Frías (20), Belisario Porras (8) en San Miguelito, Alcalde Díaz (13) en Panamá Norte; 24 de Diciembre (9) y Curundú (4) en Panamá Metro, Chiriquí Cabecera (12); Changuinola (8) y Cabecera (4) en Bocas del Toro y Las Margaritas de Chepo en Panamá Este (8).

Del total de las embarazadas que se atendieron, el 79% reportaron menos de cuatro consultas prenatales.

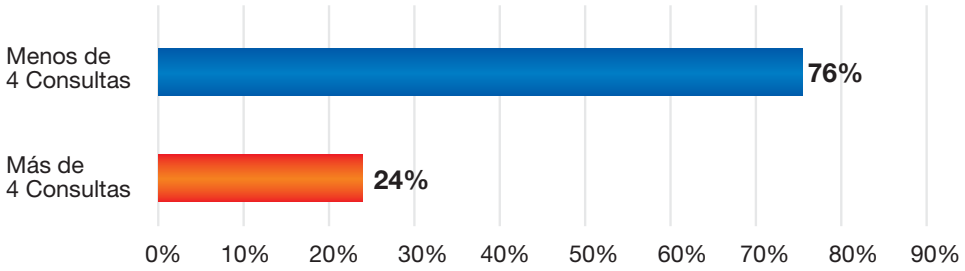
Gráfica 36. Consultas de salud en embarazadas en las regiones de salud MINSA. Periodo 2017 - 2020.



Fuente: Ministerio de Salud. Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

Las embarazadas, con cuatro consultas o más representan el 24% del total de embarazadas atendidas a nivel nacional en las instalaciones MINSA.

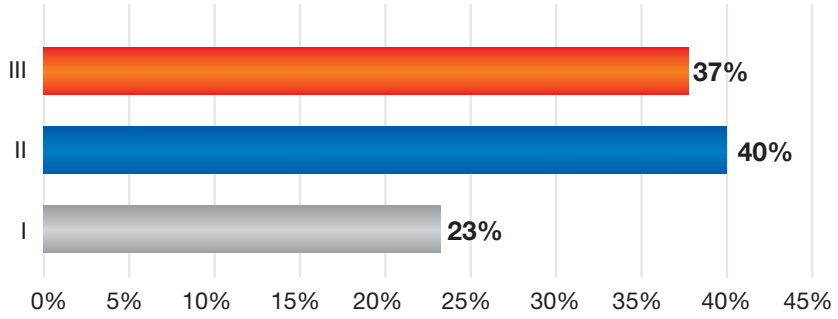
Gráfica 37. Embarazadas con Sífilis atendidas por consulta de salud en las regiones MINSA. Periodo 2017 - 2020.



Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud

Los datos revelan que la mayoría de las embarazadas con Sífilis inician sus controles al 2do y 3er trimestre de gestación (MINSA, 2017-2020).

Gráfica 38: Trimestres de gestación que registran mayor captación de embarazadas con Sífilis en las regiones de salud MINSA. Periodo 2017 – 2020.

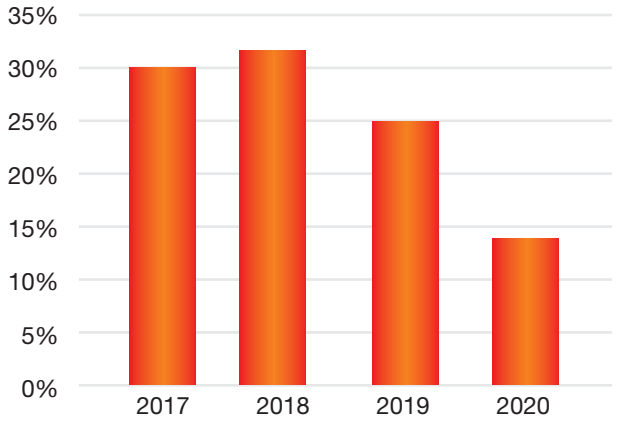


Fuente: Ministerio de Salud. Registros y Estadísticas de Salud

VIH/SIDA

El VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, cobrando casi 33 millones de vidas. Se estima que, a finales de 2019, había 38 millones de personas con el VIH, de los cuales el 81% conocían su estado serológico. Una gran mayoría (85%) de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia con el VIH estaban en tratamiento con antirretrovíricos, lo que no solo protege su salud, sino que también previene que transmitan el virus a sus hijos (OPS, 2020).
t
Se reportaron 1,479 embarazadas / puérperas con VIH en el SISVIG, evidenciando que en los años 2017 y 2018 reportaron el 61% de casos a nivel nacional y el 39% restante se distribuyó entre los años 2019 y 2020.

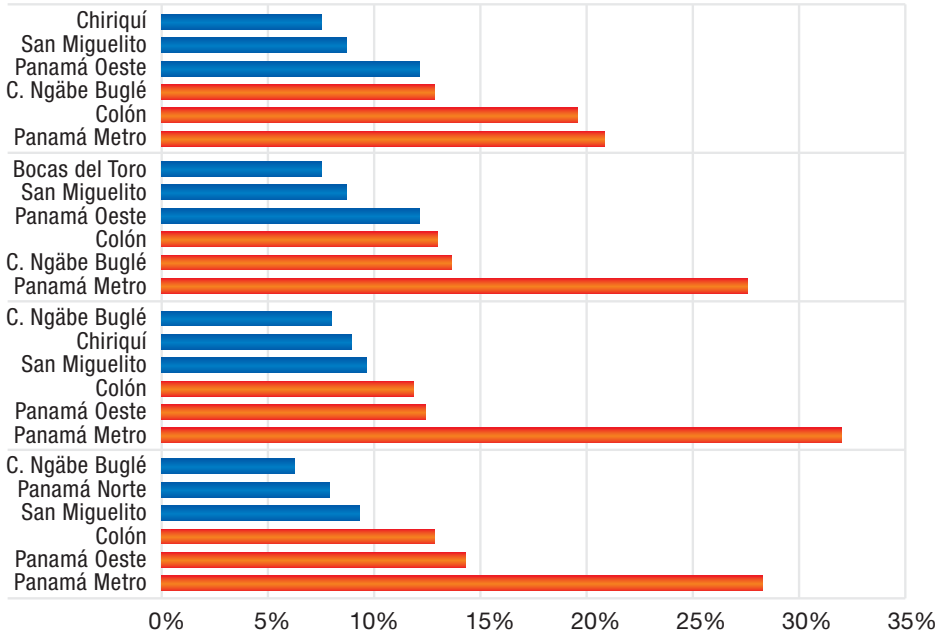
Gráfica 39. Acumulado de casos de embarazadas / puérperas con VIH. República de Panamá. Periodo 2017 – 2020.



Fuente: Base de datos SISVIG - VIH

Entre las regiones de salud que reportaron mayor cantidad de casos de embarazadas/puérperas con VIH se encuentran: Metropolitana 28%, Panamá Oeste y Colón con un 13% respectivamente y la Comarca Ngäbe Buglé con un 10%; acumulando un 63% del total de casos a nivel nacional.

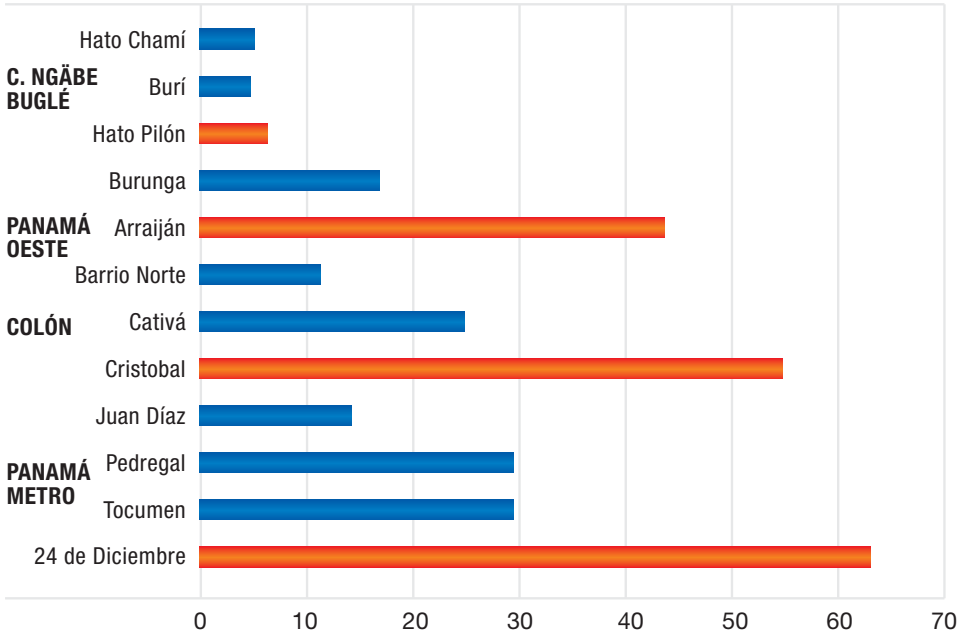
Gráfica 40. Regiones de salud con más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH. República de Panamá. Periodo 2017- 2020.



Fuente: Base de datos SISVIG – VIH

Con respecto a los corregimientos con más reportes, en las regiones de salud más prevalentes se encuentra que en la región de Panamá Oeste, el corregimiento de Arraiján reportó el 76%, en la región de Colón, el corregimiento de Cristóbal el 28%; en la Metropolitana, el corregimiento del 24 de diciembre el 15%.

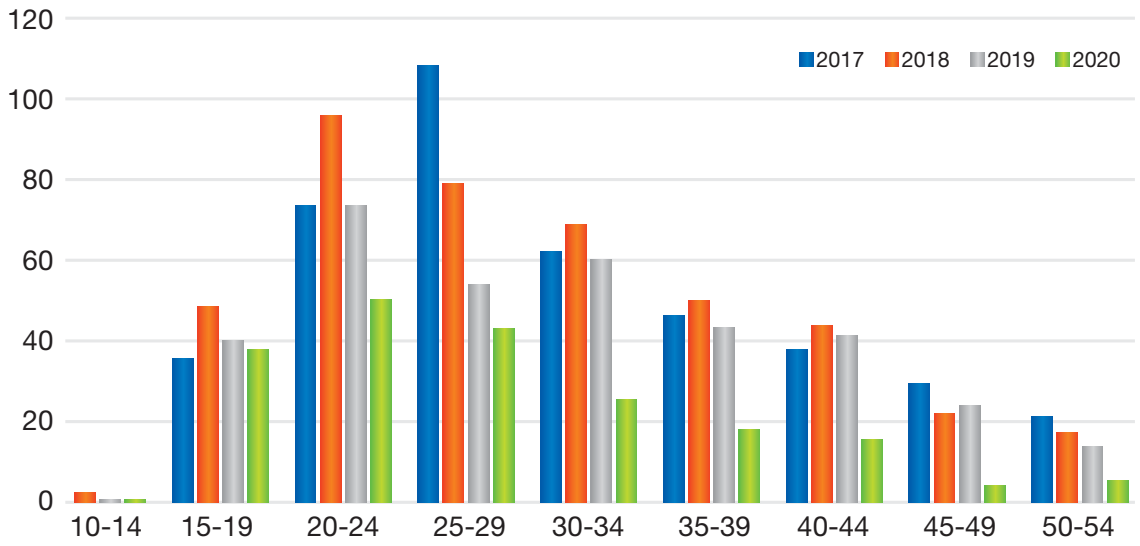
Gráfica 41. Corregimientos que reportaron más casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH. República de Panamá. Periodo 2017–2020.



Fuente: Base de datos SISVIG – VIH

Con respecto a los casos por grupo de edad, el 20% de los casos acumulados se presentó en el grupo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años con un 19% y de 30 a 34 años con un 15% de embarazadas / puérperas con VIH.

Gráfica 42. Casos acumulados de embarazadas / puérperas con VIH por grupo de edad. República de Panamá. Periodo 2017 – 2020.

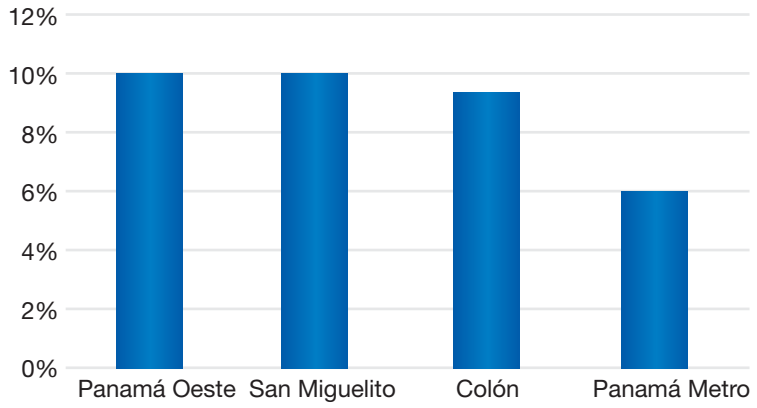


Fuente: Base de datos SISVIG – VIH

De los casos acumulados que registraron las regiones por grupo de edad, las que presentaron más casos de embarazadas/puérperas con VIH entre las edades de 10 a 19 años fueron Panamá Oeste y San Miguelito con un 10% cada una, Colón 9% y la Metropolitana 6%.

Se destaca que en las edades de 10 a 14 años se reportaron 5 casos de embarazada / puérperas con VIH distribuidos en las regiones Metropolitana (2), Chiriquí (1), Panamá Norte (1) y Comarca Ngäbe Buglé (1) en los últimos 3 años evaluados.

Gráfica 43. Regiones de salud que presentan más casos acumulados de embarazadas/ puérperas con VIH en los grupos de edad de 10 a 19 años. República de Panamá. Periodo 2017 – 2020.



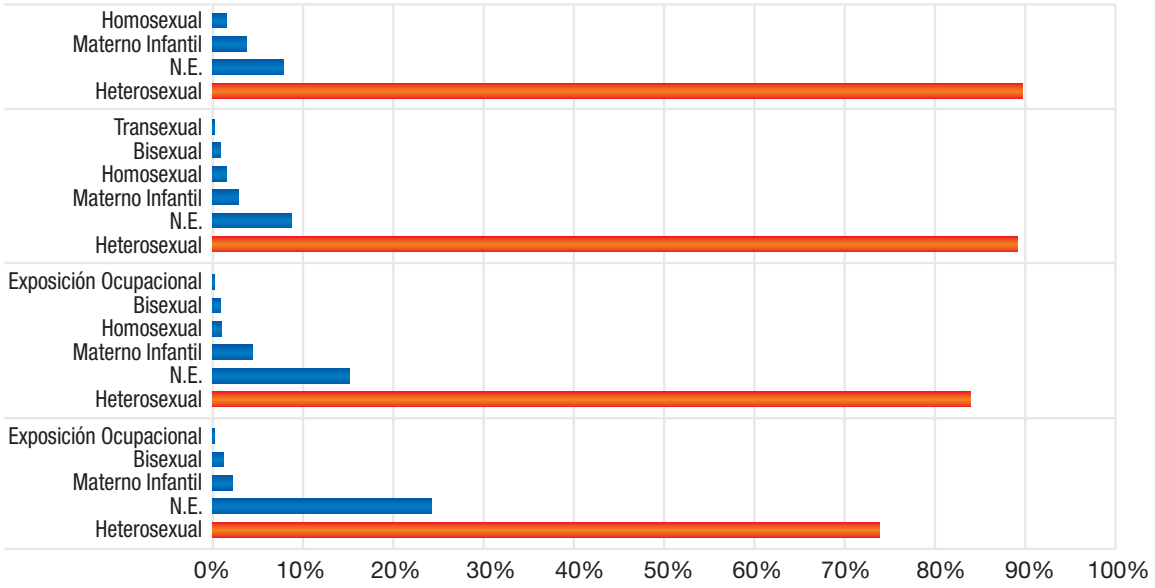
Fuente: Base de datos SISVIG - VIH

Modo de transmisión

Existe mayor frecuencia de embarazadas / puérperas con VIH por contacto Heterosexual con un 83% en el periodo evaluado. En el 15% del total de casos no se especifica el modo de transmisión.

Se destaca que en todos los años se reportaron casos de VIH por transmisión materno infantil con un 3% del total de casos.

Gráfica 44. Modo de transmisión del VIH en embarazadas/ puérperas. República de Panamá. Periodo 2017 – 2020.

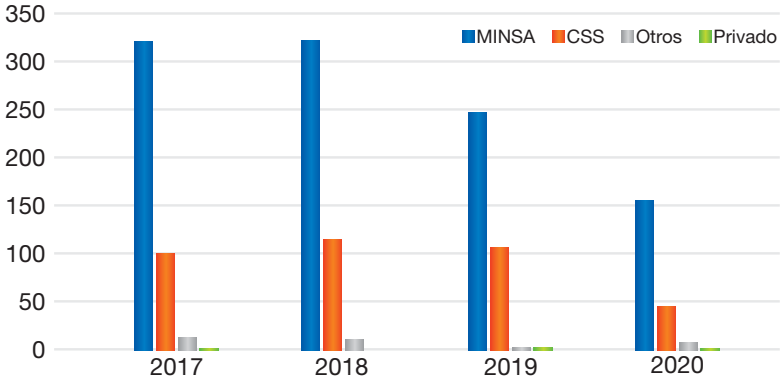


Fuente: Base de datos SISVIG – VIH

Reportes de instituciones

Conforme a los reportes del SISVIG, se observó que las instalaciones pertenecientes al Ministerio de Salud reportaron un 70% del total de casos acumulados de embarazadas/puérperas con VIH, seguido de la Caja de Seguro Social con un 25%, y un 5% entre otras instituciones y clínicas privadas.

Gráfica 45. Instituciones que reportaron casos de embarazadas / puérperas con VIH en el SISVIG. República de Panamá. Periodo 2017–2020.



Fuente: Base de datos SISVIG – VIH

Patologías ginecológias

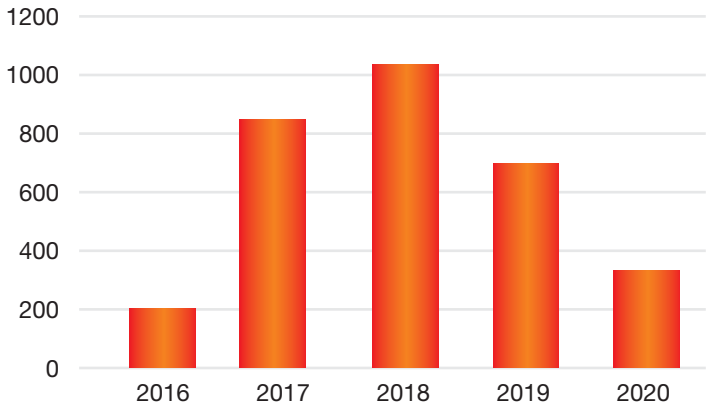
Menopausia y climaterio

Se trata de una población importante en materia de salud integral que amerita atención preventiva y curativa.

La demanda de atención en este grupo es constante y en ocasiones logra intervenciones más complejas.

Los años 2017 y 2018 son los que registraron mayor cantidad de pacientes menopáusicas atendidas en las regiones pertenecientes al MINSA, con el 60% del total de casos reportados en el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS).

Gráfica 46. Total de pacientes con diagnóstico menopausia atendidas. Ministerio de Salud. Periodo 2016 – 2020.



Fuente: REGES / SEIS

El diagnóstico que se reportó con mayor frecuencia durante la menopausia son los Estados Menopáusicos y Climaterios Femeninos con el 77% del total de diagnósticos registrados de las regiones del MINSA en el SEIS.

Gráfica 47. Diagnósticos asociados a la menopausia reportados con mayor frecuencia. Ministerio de Salud. Periodo 2016 – 2020.

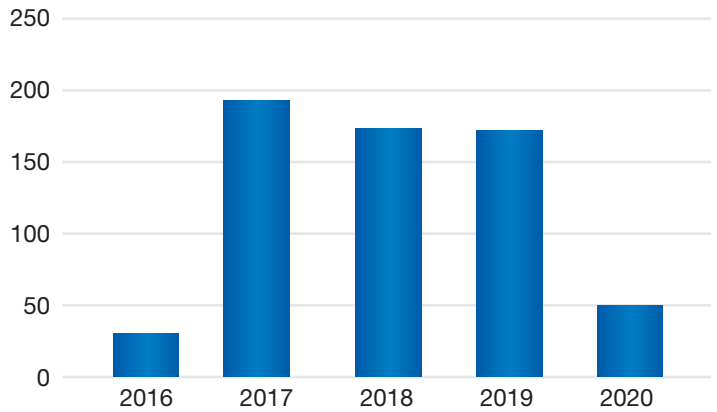
Fuente: REGES / SEIS

Infertilidad

La accesibilidad a servicios de infertilidad es un derecho de salud reproductiva. Las consultas por este rubro se incrementan, siendo la infertilidad femenina de causa no especificada la primera.

El 2017 fue el año que se registró más diagnósticos de infertilidad femenina con un 31% del total de casos reportados en las instalaciones MINSA.

Gráfica 48. Total de pacientes con infertilidad femenina atendidas. Ministerio de Salud. Periodo 2016 – 2020.



Fuente: REGES / SEIS

Violencia contra la mujer

Violencia contra la mujer

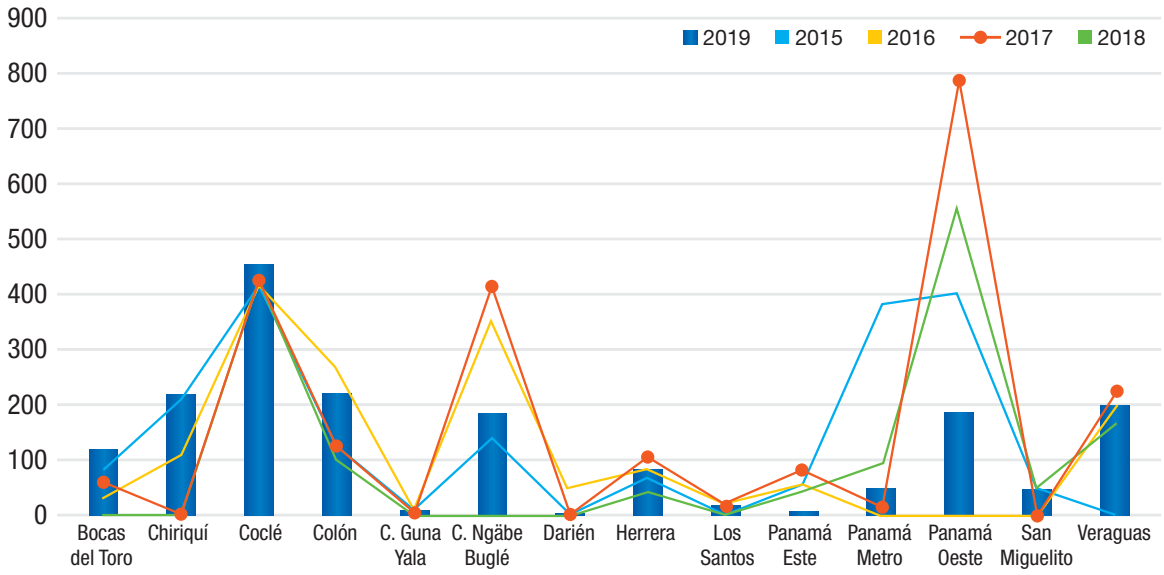
La intervención de los servicios de salud tiene un rol fundamental en cuanto a la detección de la violencia de género y el impacto que conlleva a nivel social y de salud pública por las consecuencias físicas y psicológicas que produce en cada una de las víctimas y victimarios; (INAMU, 2016) por esta razón, la prevención y el abordaje deben enfocarse desde una perspectiva integral En este sentido, el Ministerio de Salud mediante Decreto Ejecutivo No.182 del 8 de junio de 2018 a fin de reiterar su compromiso, aprueba el Formulario denominado, Informe de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor y Adulto Mayor.

En el último quinquenio (2015-2019) de acuerdo con el análisis de situación de violencia (MINSA, 2021), el año 2017 presentó un incremento de reportes por sospecha de violencia con respecto a los años previos y mayor cantidad de casos en los años posteriores. El 41% de estos reportes se registraron en Panamá Oeste, 39% en la Comarca Ngäbe Buglé y 29% en las instalaciones de salud de la región de Veraguas.

En el año 2019, Coclé abarcó el 21% de las notificaciones, misma provincia que reportó un 23% de casos del total; sin embargo, la provincia de Panamá Oeste en los años 2015, 2016 y 2017 sobresale en comparación con las otras regiones, esto pudo deberse a factores sociales y económicos como el índice de pobreza, las debilidades en el sector salud, educación y gran crecimiento de proyectos residenciales sin una planificación (Dirección de sistema nacional integrado. estadísticas criminales, 2019).

El 85% de las supuestas víctimas de violencia reportadas a nivel de las instalaciones de salud eran mujeres entre los 10 a 19 años en el 52% de los casos, de estos el 73% de sus agresores presentaron edades entre los 15 a 24 años. En este sentido, se reportó que el 43% de las mujeres estaban solteras y 41% mantenían una relación unida con su victimario, por ende, las presuntas agresiones se ejercieron en un 40% principalmente por sus cónyuges.

Gráfica 49. Acumulado de reportes por sospecha de violencia según región de salud por año. Instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo 2015-2019.



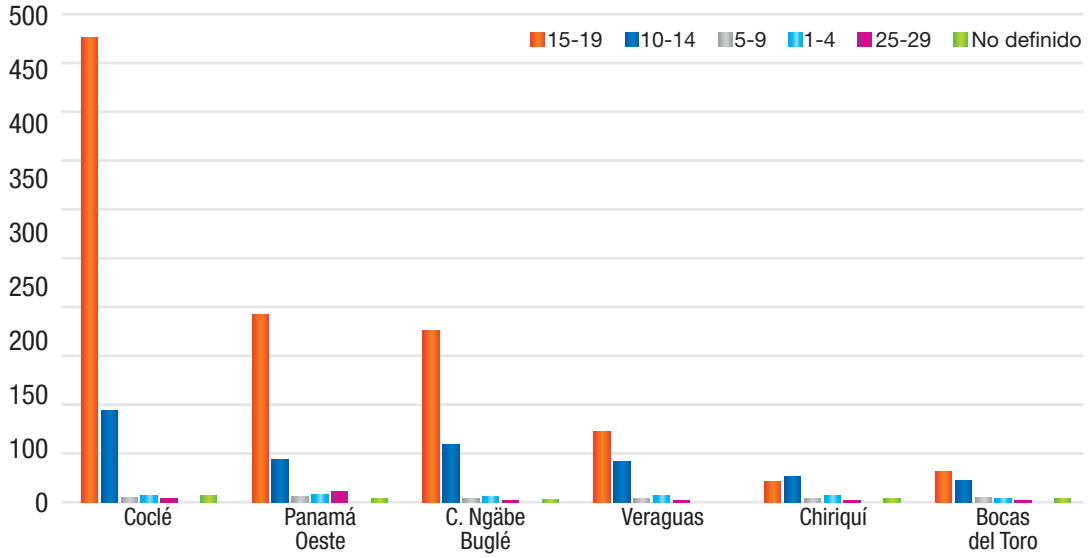
Fuente: Análisis de situación de violencia de género en las regiones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo (2015-2019)

Violencia sexual

La violencia sexual presentó una prevalencia del 21% en general y fue más predominante en el 96% de las supuestas víctimas mujeres entre los 15 a 19 años en un 64%. El 43% de estos casos se notificaron en la región de salud de Coclé, 18% en Panamá Oeste y 17% en la Comarca Ngäbe Buglé.

En el grupo de edad de 10 a 14 años este tipo de violencia prevaleció en el 23% de los casos, donde las instalaciones de salud de Coclé reportaron el 25% de las supuestas víctimas, 19% en la Comarca Ngäbe Buglé y 12% en la región de Panamá Oeste. En un 3% del total se registraron casos en menores de 9 años.

Gráfica 50. Regiones de salud con mayor prevalencia de violencia sexual en supuestas víctimas mujeres por grupo de edad. Ministerio de Salud. Periodo 2015-2019.



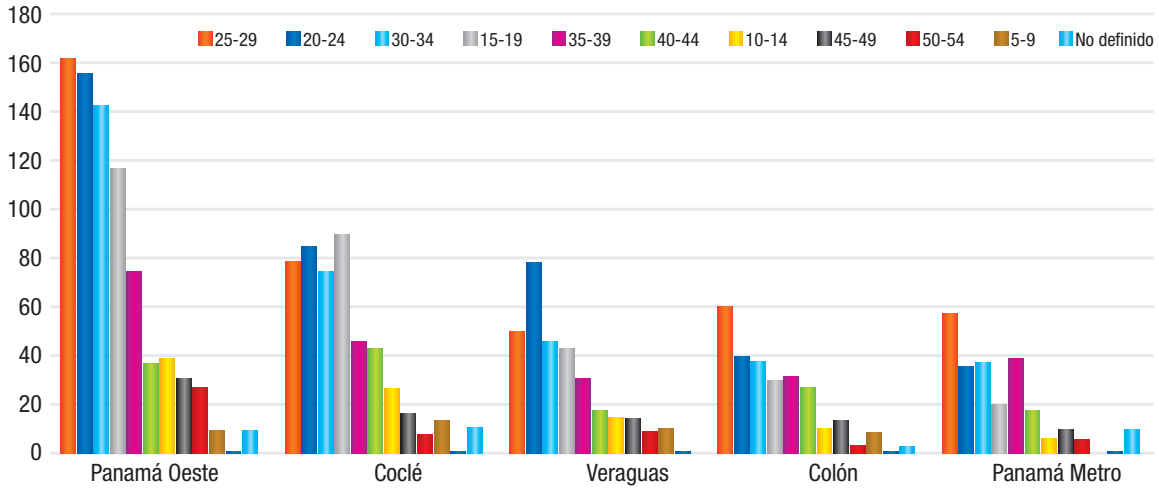
Fuente: Análisis de situación de violencia de género en las regiones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo (2015-2019)

Violencia física

En el 40% de los reportes se consignó la violencia física. De estos un 80% fueron mujeres, de las cuales el 18% se encontraban en edades de 25 a 29 años.

La región de salud de Panamá Oeste reportó el 31% de los mismos, 15% se registraron en Coclé y 12% en Colón; mientras que, en las edades de 20 a 24 años, 32% de los casos se reportaron en Panamá Oeste, 17% en Coclé y un 16% en Veraguas; sólo el 2% fue registrado en menores de 9 años.

Gráfica 51. Regiones de salud con más casos de violencia física en supuestas víctimas mujeres por grupo de edad. Instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo 2015-2019.



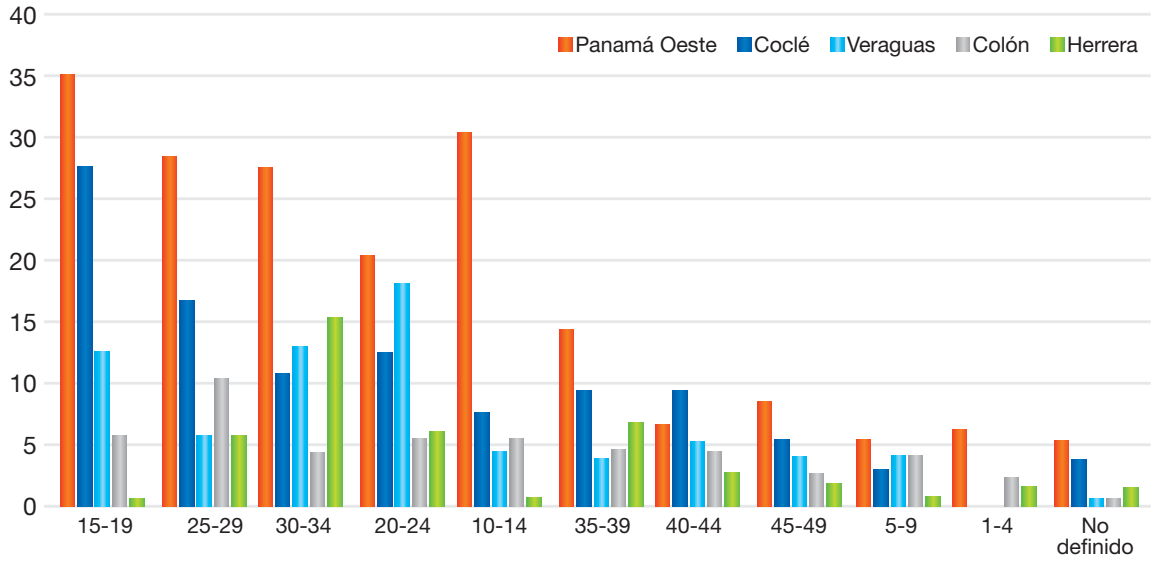
Fuente: Análisis de situación de violencia de género en las regiones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo (2015-2019)

Violencia psicológica

A nivel de las instalaciones de salud, la violencia psicológica en general se registró en el 10% de los reportes y 86% de las supuestas víctimas eran mujeres. De estas el 18% se encontraban en edades de 15 a 19 años.

Panamá Oeste, consignó este tipo de violencia en el 27% de los casos en este grupo de edad, seguido con un 21% por la región de salud de Coclé y un 10% en Veraguas. Se destaca que el 10% de supuestas víctimas se encontraban en el grupo de edad de 10 a 14 años; 41% se reportaron en Panamá Oeste, 11% en Coclé y 9% en Chiriquí.

Gráfica 52. Principales regiones de salud con más casos de supuestas mujeres víctimas de violencia psicológica según grupo de edad. Instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo 2015-2019.



Fuente: Análisis de situación de violencia de género en las regiones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo (2015-2019)

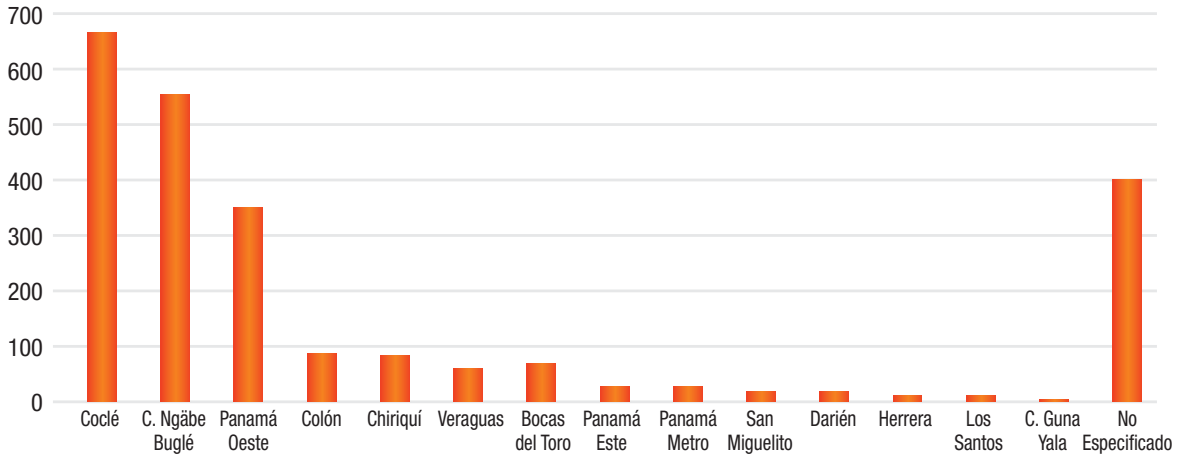
Supuestas víctimas embarazadas

De acuerdo con el total de mujeres reportadas por sospecha de violencia, el 33% estaban embarazadas, 77% de las mismas se encontraban en edades de 15 a 19 años y 15% en el grupo de edad de 10 a 14 años.

La región de salud de Coclé reportó el 26% de los casos, 23% se notificaron en la Comarca Ngäbe Buglé y 17% se registraron en Panamá Oeste.

Con respecto a las relaciones de la víctima embarazada con su presunto victimario, el 43% declaró ser víctima de su cónyuge, 8% reportaron agresiones por su novio y un 4% por su excónyuge. En este sentido en el 41% de los reportes no se define el parentesco con el presunto victimario.

Gráfica 53. Total de embarazadas víctimas de supuesta violencia por región de salud. Instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo 2015-2019.



Fuente: Análisis de situación de violencia de género en las regiones del Ministerio de Salud de Panamá. Periodo (2015-2019).

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2021-2025

Introducción

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es en términos generales, la continuidad de la atención en diferentes etapas de vida, establecida desde la conformación del programa materno infantil primero y posterior separación en dos nuevos programas: Niñez y Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva.

En este sentido, el programa ejecuta 14 actividades a favor de la salud de las mujeres a nivel nacional, cuyo compromiso incluye actividades en conjunto con los otros programas, recordando que el derecho a la salud va más allá de su acceso, sino también enfocado a la educación y accesibilidad en planificación familiar, con derechos, por curso de vida e interculturalidad.

En términos de salud, Panamá ofrece atención integral universal: esto significa que se ofertan los servicios a toda la población sin distingo de raza, credo o religión, migración o culturalidad.

Este plan actualiza las estrategias que se han estado efectuando y agrega otras para fortalecer las regiones de salud.

Principio Rector

Derechos Sexuales y derechos Reproductivos con equidad, accesibilidad e interculturalidad.

Pilares Fundamentales

- Mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal en la etapa reproductiva.
- Ofrecer servicios de planificación familiar modernos que se ajusten a la estrategia APS (Atención Primaria de Salud) que incluyan servicios de atención para adolescentes y prestaciones a personas con problemas de infertilidad.
- Disminuir los abortos en condiciones inseguras.
- Promover la salud sexual y la salud reproductiva reduciendo las infecciones de trasmisión sexual, en particular el VIH / SIDA las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino, cáncer de mama, climaterio y menopausia y otras afecciones ginecológicas.
- Implementar estrategias para la captación oportuna de mujeres víctimas de violencia mediante el correcto llenado del formulario, garantizando una atención integral con el equipo multidisciplinario en las instalaciones de salud.

Es importante destacar que las intervenciones propuestas se encuentran vinculadas entre sí.

Objetivo General

Fortalecer las acciones de salud preventivas y curativas de la mujer en todas las etapas de su vida con equidad e igualdad, respetando su interculturalidad y el libre ejercicio de los derechos y deberes como parte de un desarrollo humano integral.

Objetivos Específicos

- Promover el aumento de las coberturas y mejora de la calidad de atención en salud reproductiva fortaleciendo los servicios mediante la promoción de la salud y capacitación del recurso humano.
- Ofrecer servicios de planificación familiar con Información, Educación y Capacitación (IEC) con énfasis en métodos modernos de larga acción en aquellas mujeres que así lo soliciten incluyendo adolescentes.
- Brindar atención oportuna en los casos de aborto en condiciones inseguras, mediante acciones preventivas, planificación post evento y consejería integral.
- Intensificar y reforzar las acciones interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales para lograr la eliminación de la transmisión vertical de VIH/SIDA y SIFILIS.
- Establecer actividades intersectoriales, interinstitucionales, sociedades científicas y con la sociedad civil en la disminución del Cáncer cérvico uterino y Cáncer de mama.
- Optimizar los servicios de atención en climaterio y menopausia, con el manejo terapéutico correspondiente al grupo de edad.
- Mejorar la captación y manejo oportuno de mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia, como parte de una atención integral.

Metas

- Para el año 2025, reducir la mortalidad materna a 30 /100,000 nacidos vivos y 30% la razón de muerte materna en áreas comarcales.
- Para el 2025, eliminar la transmisión vertical de VIH/SIDA.
- Para el 2025, haber incrementado la Cobertura en Planificación Familiar a una tasa de 12 % en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud con una prevalencia de uso de anticonceptivos modernos a 0.47, incremento en necesidades insatisfechas en planificación familiar de 0.4 % puntos, al igual que las necesidades satisfechas en más de 0.2 puntos para el 2025.
- Fortalecer las acciones preventivas promoviendo la realización de estudios mamográficos en la población femenina.
- Incrementar para el 2025 la cobertura de Papanicolaou en las instalaciones de salud a 25 %, vacunación de IVPH 90%.
- Incrementar los reportes de Papanicolaous tomados con la inclusión de datos estadísticos de la Caja de Seguro Social y clínicas privadas.
- Aumentar en un 10 % las consultas ginecológicas de morbilidad.
- Fortalecer mediante acciones académicas los conocimientos del personal que brinda atención en la red primaria para la detección de parejas en riesgo de infertilidad y su adecuada referencia.
- Incrementar las consultas de climaterio y menopausia 15 % en base a las atenciones del 2018.
- Programar capacitaciones periódicas al personal sobre el correcto registro de los códigos y diagnósticos de atención en salud sexual y reproductiva.

Fortalecimiento Institucional

La atención integral a la mujer es un pilar importante en la oferta de servicios, no sólo por la oferta y demanda de atención médica, sino del personal que reconoce los derechos sexuales y reproductivos implícito en sus atenciones como una actividad completa no excluyente, que permita a las adolescentes, adultas y pacientes de la tercera edad llegar a las instalaciones para recibir un servicio digno.

De manera directa, la adecuada oferta y atención oportuna nos permite disminuir las muertes maternas con control prenatales de calidad, planificación familiar con métodos modernos y de fácil acceso, captar precozmente lesiones premalignas, detectar problemas de violencia y de infertilidad, dando calidad de vida a nuestra población.

Es por ello por lo que el fortalecimiento del Ministerio de Salud es fundamental para estos logros. Es responsabilidad de la Sección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Salud a la Población de la Dirección General de Salud coordinar que estas acciones sean no solo integrales sino también intersectoriales, concatenando sus estrategias para que el objetivo final se cumpla: mejorar la salud física y mental de nuestra población.

Objetivo General

Definir las estrategias y actividades puntuales a desarrollar en el periodo 2021- 2025 dirigidas a fortalecer la capacidad institucional, para el logro de una mejor condición de salud sexual y reproductiva de las mujeres en todos sus ciclos de vida.

Objetivos Específicos

- Fortalecer las intervenciones en la red primaria mediante capacitaciones periódicas en temas relacionado a la atención integral de la mujer.
- Actualizar con evidencia científica normas, proceso y protocolos para mejorar la atención integral de la mujer.
- Establecer parámetros para mejorar el sistema informativo a nivel nacional con inclusión de caja de seguro social y clínicas privadas sobre todo en temas de lesiones premalignas cervicales.
- Fortalecer las actividades intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de la violencia contra la mujer.
- Reforzar las actividades intrahospitalarias en el manejo de abortos en condiciones seguras, incluyendo planificación familiar.

ESTRATEGIA	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.
Estableciendo una provisión de insumos en las actividades de detección y estableciendo parámetros que garanticen el insumo de planificación familiar sobre todo en métodos modernos de larga acción.	Implementar programas informáticos que permitan el adecuado cálculo en base a necesidades por región.	A final del 2025 las regiones cotaran con el adecuado suministro de anticonceptivos.	% de usuarias en utilizando anticonceptivos.
Desarrollando un programa de docencia continua sobre morbilidad ginecológica.	Organizar seminarios trimestrales con temas de morbilidad GO vía web y presencial.	Haber actualizado al personal médico y de enfermería en temas seleccionados de morbimorbilidad ginecológica.	Número de seminarios realizados / Número de seminarios planificados.
			Número de funcionarios capacitados/ número de funcionarios planificados.
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.	Número de médicos capacitados / Número de médicos planificados para capacitar.
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.	Informe de evaluación del programa APA AMEU.
	Técnica de AMEU.		
	Instalación de método de Planificación Familiar.	Haber dotado de métodos de Planificación Familiar a las unidades de APA AMEU.	Número de Hospitales que cuentan con métodos de Planificación Familiar para el programa APA AMEU.
Sistematizando el registro de la información que permita la evaluación de las actividades esenciales en la red primaria.	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.	Haber construido indicadores para la evaluación de actividades.
Capacitando a los proveedores de salud en el manejo de la patología cervical.	Actualizaciones periódicas.	Disminuir la prevalencia de casos a 4/10,000, vacunación de VPH al 100%.	Número de pacientes recuperadas / Total de pacientes tratadas.
	Construcción de indicadores que permitan mejores evaluaciones y reforzamiento de debilidades.		Tasa de mortalidad por CaCu.
			Cobertura poblacional en vacunación.
			Toma de PAP 40% de la población.
Reforzando en los niveles de atención el concepto y manejo de pacientes víctimas de violencia.	Trabajo intersectorial e interinstitucional en sensibilización y diagnóstico oportuno mujeres víctimas de violencia.	Disminuir los casos de violencia.	Prevalencia de violencia: Número casos de violencia captados / Población total del área.
Implementando planes de atención a pacientes en menopausia y climaterio.	Actualización de guías de manejo de manera integral.	Mejora la calidad de vida mujeres > 40 años.	Número de mujeres que usan tratamiento sustitutivo hormonal / Total de mujeres mayores de 40 años.

Información, Educación y Comunicación (IEC)

Los programas de información, educación y comunicación son fundamentales para asegurar que toda la población conozca sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva; empoderar a las mujeres sobre todo los 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 es una actividad que repercute positivamente en la salud de la mujer: La información genera conocimiento, la educación genera empoderamiento con toma adecuada de decisiones y la comunicación empodera a la mujer.

Objetivo General

Reforzar la capacidad del Programa de Salud sexual y reproductiva del MINSA proporcionando la información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

Objetivos Específicos

- Mejorar las condiciones que favorezcan el acceso a los servicios de atención primaria de salud en todos los aspectos de la morbilidad ginecología
- Coordinar y ejecutar giras de supervisión, monitoreo de procesos específicos, reuniones de evaluación de los avances, elaboración de informes.
- Optimizar los recursos tecnológicos disponibles.

ESTRATEGIA	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.	Elaborar, producir y difundir material informativo impreso adaptado a la cultura local. Realizar campañas de promoción y prevención a través de medios de comunicación masiva. Programar ferias, jornadas, giras de promoción y prevención. Organizar actividades educativas dirigidas a grupos de especial interés en los temas de salud sexual y reproductiva. 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.	A finales del 2025 todas las regiones desarrollan un plan de intervenciones en promoción y prevención de la salud para la reducción de muertes maternas sobre todo en áreas comarcales.	Material impreso producido en lengua de los grupos originarios de Panamá. Número de campañas realizadas en medios de comunicación / Total de campañas programadas. Número de ferias, giras y jornadas / Total de ferias, giras y jornadas programadas. N° promotores, líderes y parteras tradicionales capacitadas / Total de capacitaciones programadas. Censo comunitario de parteras tradicionales.
Desarrollo de un Plan de Comunicación.	Diseño e Implementación de un Plan de Comunicación con Enfoque Intercultural Sensibilizar sobre la Salud Reproductiva Materna y Neonatal. Elaboración de materiales educativos con enfoque intercultural.	Haber efectuado capacitaciones y entrega de materiales educativos con enfoque intercultural.	Plan de Comunicación diseñado e implementado n las 15 regiones de salud. (impacto). Número de materiales educativo-distribuidos.
Fortaleciendo el vínculo con el programa de Servicios Amigables para Adolescentes que desarrolla el Programa de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia con asistencia técnica del UNFPA.	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.	Número de Servicios Amigables para Adolescentes. Cobertura de atención de 10-19 y 15-19 años en los Servicios de Atención Amigables. % de Adolescentes en el programa de Planificación Familiar / % Nacidos Vivos de madres 10-14 y 15-19 del total de adolescentes.

Presupuesto y Financiamiento

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se desarrollará en base al presupuesto de todos los planes operativos elaborado por las regiones de salud a nivel nacional, que deberá incluir el recurso humano e insumos necesarios para su correcto cumplimiento.

Objetivo General

Proporcionar los recursos financieros necesarios y los adecuados mecanismos de rendición de cuentas del uso de los fondos para la ejecución de las actividades del programa y mejorar el acceso a servicios integrales de atención materna e infantil con prioridad en las áreas de mayor vulnerabilidad.

Objetivos Específicos

- Solicitar presupuesto para cumplir con los objetivos para el desarrollo del plan,
- Impulsar estrategias que impacten en la disminución de las necesidades insatisfechas de planificación familiar de la población femenina.

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR
Proporcionando la asignación de los recursos presupuestarios necesarios para financiar las actividades del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).	Incluir en el presupuesto del MINSA y la CSS las partidas y los fondos necesarios para ejecutar las actividades programadas. Establecer alianza con organismos internacionales y ONG en la consecución de capacitación al personal de salud.	A fines del 2025, se habrá dispuesto cada año de un presupuesto asignado para el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Actualización en todos los aspectos de SSR enfatizando áreas vulnerables.	Presupuesto asignado.
Asegurando el cumplimiento de la Ley 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 gineco-obstétrica e infantil con énfasis en las áreas comarcales.	Número de instalaciones que cumple con la ley de gratuidad / Total de instalaciones del país.

Monitoreo y Evaluación

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) 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 e información gerencial importantes.

Objetivo General

Reforzar la capacidad del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA para una conducción y coordinación de todas las regiones en el cumplimiento del plan SSR, proporcionando la información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

Objetivos Específicos

• Supervisión, monitoreo y evaluación periódica de las actividades.

Mediante programación de supervisiones presenciales o virtuales de supervisión, monitoreo de procesos específicos, reuniones de evaluación de los avances, elaboración de informes.

• Fortalecer el uso de los recursos tecnológicos disponibles.

A través del análisis y uso de la información que generan los programas informáticos para la planificación y toma de decisiones.

Utilizar el SIP PLUS como herramienta en la toma de decisiones gerenciales en la atención de la mujer embarazada.

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR
Evaluando periódicamente los avances.	Programar el plan de monitoreo y evaluación cuatrimestralmente. Planear la evaluación de medio término.	Dar recomendaciones y toma de decisiones de ajuste al Plan.	Informes de Evaluación cuatrimestral.
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 WEB PLUS incorporando las áreas de difícil acceso.	Implementar el SIP WEB 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 WEB 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. Capacitar al recurso humano en la nueva norma de vigilancia de la MMyP. Elaborar el protocolo de vigilancia de la morbilidad materna grave en áreas seleccionadas.	Observatorio de muerte materna recibiendo las notificaciones, llevando la vigilancia epidemiológica, haciendo los análisis de situación. Haber logrado la identificación de casos de muerte materna en tiempo real. Haber iniciado el proceso de registro y análisis de la morbilidad materna grave.	Base de datos de MMYP Informes anuales de análisis de MMyP. % Identificación de casos de muerte materna en tiempo real. Número de 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.
Utilizando el sistema informático SEIS para evaluación de las consultas ginecológicas, patología cervical.	Capacitaciones del SEIS a nivel nacional en el correcto llenado de las morbilidades ginecológicas.	Asegurar un adecuado registro de información para la toma de decisiones en morbilidades ginecológicas.	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.

Bibliografía

Aguirre-Barajas, Y. M. (2021). Fecundidad, nupcialidad y pobreza en la región Atlántica colombiana 2015. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 13(1), 11--25. doi: https://doi.org/10.17151/rlef.2021.13.1.2

Álvarez Castaño, V. H. (diciembre de 2015). Distribución territorial y determinantes de la fecundidad adolescente en Colombia. REPOSITORIO DIGITAL/ CEPAL, 79-107. Obtenido de http://hdl.handle.net/11362/39374

American Cancer Society. (3 de enero de 2020). Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Obtenido de https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de -cuello-uterino/causas-riesgos -prevencion/factores-de-riesgo.html AMUPA. (2019). Listado de distritos y corregimientos 2019.

Arango, A. S. (2003). Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia. Colombia.

Censo, I. d. (2010). Distribución territorial y migración interna en Panamá.

Censo, I. N. (2015). inec.gob.pa. Obtenido de https://www.inec.gob.pa/archivos /P0705547520200925152334Envejecimiento%20Demogr%C3%A1fico%20 en%20Panam%C3%A1,%20per%C3%ADodo%201960-2050_final.pdf

CEPAL. (2020). Observatorio de Igualdad de género de América Latina y el Caribe. Obtenido de https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha -planificación-familiar

Dirección de sistema nacional integrado. estadísticas criminales. (2019). Boletín informativo. sistema Nacional Integrado de Estadísticas Criminales. Observatorio de la violencia.

Fundacáncer. (21 de diciembre de 2020). Cáncer cervicouterino. Obtenido de Fundacáncer: https://www.fundacancerpanama.org/project /cancer-cervicouterino/#:~:text=Infecci%C3%B3n%20por%20el%20virus %20del,por%20VPH%2016%20y%2018.

Gutiérrez, M. (2013). La Planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 30(3), 465-70. Obtenido de https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2013.v30n3/465-470/es

INAMU. (2016). Protocolo Nacional de atención integral a las Mujeres Víctimas de violencia.

INEC. (2018). Aspectos Geográficos generales de la República de Panamá.

INEC. (2018). Nacimientos Vivos.

INEC. (2021). Obtenido de https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/glosario/WebHelp/Nupcialidad_1.htm

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2015). Encuesta Nacional de salud Sexual y Reproductiva ENASSER. Panamá. Obtenido de https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENASSER%202014-2015-%20version%2030%20abril_0.pdf

Instituto de Estadística y Censo. (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda. Panamá.

Jane Cottingham, E. K. (2010). Using human riights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatoria frameworks. Bulletin World Health Organization.

López, Á. G. (2017). Homenaje a Miguel Ángel Zamora y Valencia. Colección Colegio de Notarios del Distrito Federal. México: Biblioteca Jurídica virtual. Obtenido de https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/5040-homenaje-a-miguel-angel-zamora-y-valencia-coleccion-colegio-de-notarios-del-distrito-federal

McDevitt T.M., A. A.-B. (1996). Trends in adolescent fertility and contraceptive use in developing world. Bureau of the Census. Washington, D.C.: U.S. Goverment printing office.

MINSA. (2017-2020). Análisis de embarazada por trimestre de atención. Registros y Estadísticas de Salud, Panamá.

MINSA. (2021). Análisis de situación de Violencia de género, regiones del Ministerio de Salud de Panamá. Período 2015-2019.

Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. (Enero de 2020). Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. Ciudad de Panamá, Panamá.

OMS. (2017). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.

OMS. (2020). Obtenido de https://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections es/#:~:text=Las%20ITS%20son%20causadas%20por,la%20m%C3%A1xima%20incidencia%20de%20enfermedades.

ONU. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los derechos humanos. Paris, Francia. Obtenido de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

ONU. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Cairo. Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

OPS. (2018). Plan de Acción sobre la Prevención del Cáncer cérvico uterino 2018-2030. Obtenido de https://iris.paho.org/handle/10665.2/49212

OPS. (2019). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:201-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es.

OPS. (2020). paho.org. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/vihsida

Organización Mundial de la Salud, G. D. (2000). Estrategia de Salud Reproductiva: para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (28 de septiembre de 2017). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13746:countries-report-progress-on-preventing-controlling-cervical-cancer&Itemid=42440&lang=es#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino,de%2083.000%20mujeres%20diagnosticadas%20

Panamá, M. d. (2018). Análisis de Situación de Salud (ASIS). Panamá.

Revista Cubana de Medicina General Integral. (2012). Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Revista Cubana de Medicina General Integral. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016

Ruth Graciela De León Richardson, F. C. (2015). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panamá. Obtenido de Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Salud, I. C. (2015). Encuesta nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Panamá.

UNFPA. (27 de mayo de 2021). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Obtenido de https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva

UNFPA/LACRO. (2016). Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común. Obtenido de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version.pdf

Varela, S. (2005). Citología Cervical. Revista Médica Honduras, 131-136.

Vargas, Víctor; Acosta, Gustavo. (Mayo - Junio de 2012). Prevención primaria del cáncer cervicouterino. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc123o.pdf

VIH/SIDA, P. N. (2020). http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/programas/casos_vih_infografico_pnm2020.pdf. Obtenido de MINSA.

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

2021-2025

REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

UNFPA

REPÚBLICA DE PANAMÁ