



MINISTERIO
DE SALUD



AGENDA 2030: RETOS Y DESAFÍOS EN METAS E INDICADORES DE SALUD INFANTIL

Dirección de Planificación de Salud
Departamento de Planificación de Salud Poblacional
Año: 2021

Contenido	Página
A. Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud infantil	1
a. Evolución cronológica de Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	1
B. Indicadores	3
a. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	3
i. Causas de mortalidad	5
ii Estrategias de intervención	5
b. Tasa de mortalidad neonatal	7
C. Indicadores	10
c. Tasa de Mortalidad infantil	10
i. Tasa de Mortalidad infantil en las Regiones de Salud	13
d. Tasa de Mortalidad Perinatal	16
D. Avances en el cumplimiento de metas según indicador	18

A. Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con la salud infantil

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionada con la salud infantil es la meta 3.2 y los indicadores 3.2.1. y 3.2.2, las cuales se enuncian a continuación (Cuadro N°1).

Cuadro N° 1	
META	INDICADOR
3.2. De aquí al año 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos 25 por cada 1000 nacidos vivos.	3.2.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal <ul style="list-style-type: none">• Tasa de mortalidad infantil• Tasa de mortalidad perinatal

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Planificación, incluye la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad peri – natal, entre los indicadores de la meta 3.2, objeto de monitoreo y evaluación.

a. Evolución cronológica de Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

La evolución cronológica de la tasa de estos indicadores durante el período comprendido entre los años 2010 al 2018, nos permiten constatar los pocos avances en la salud infantil y del país.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años, de una tasa de 17.8 x 1000 nacidos vivos en el año 2010, alcanzó una tasa de 17.7 en el año 2018. Los años 2011 y 2015 indican una disminución de estas tasas de 16.7 y 16.2, respectivamente, con elevaciones de 18.3 y 19.1, durante los años 2012 y 2013. Cuadro N°2.

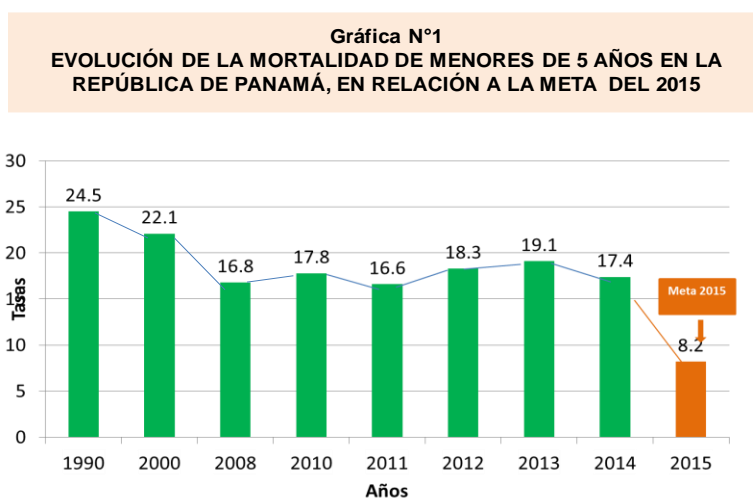
CUADRO N°2
SERIE CRONOLÓGICA DE INDICADORES DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ
OBJETIVO DE DESARROLLO N° 3
Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

META	INDICADOR	SERIE CRONOLÓGICA									
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
3.2. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en niños menores de cinco años.	3.2.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	17.8	16.7	18.3	19.1	17.4	16.2	17.8	17.4	17.7	
3.2.a. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en los menores de 1 año.	3.2. 1.a. Tasa de mortalidad infantil	13.4	13.2	14.3	15.0	13.8	12.3	13.9	14.0	14.2	
3.2.3. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en menores de 28 días de nacidos.	3.2. Tasa de mortalidad neonatal	6.8	7.3	8.3	8.5	7.9	7.2	7.7	7.7	8.6	
3.2. 3.a. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables entre las 28 semanas y los siete primeros días de vida.	3.2.3.a Tasa de mortalidad perinatal	10.6	10.8	11.8	11.5	11.6	11.2	10.4	13.1	11.3	

B. Indicadores

a. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (Objetivo 3.2.1.)

La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años ha mostrado variaciones, fluctuando desde 24.3 en 1990, hasta 16.2 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. Según cifras del año 2015; Panamá avanzó muy poco en esta meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



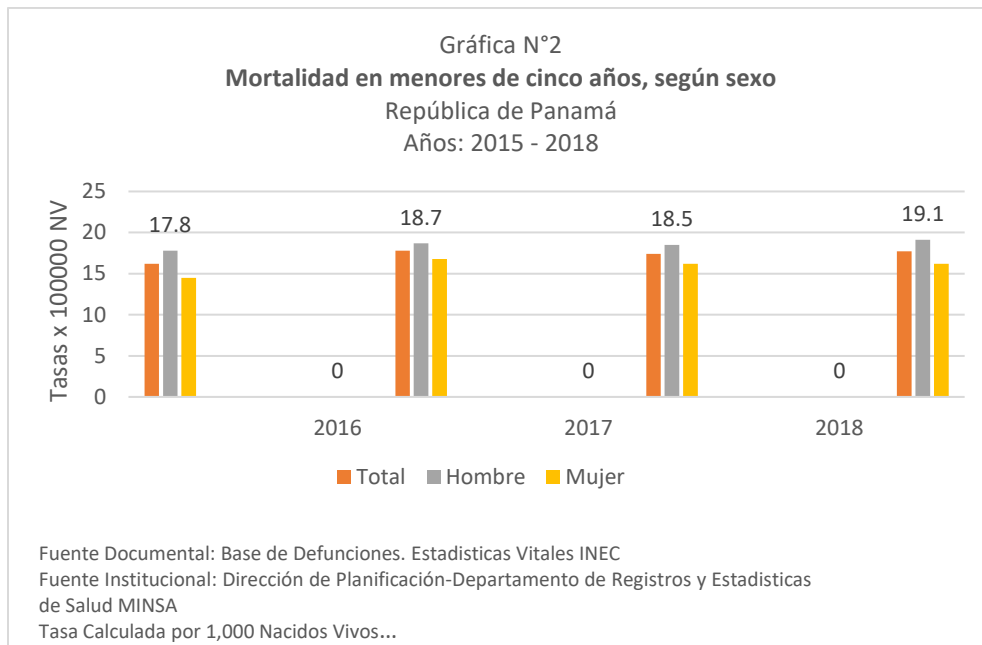
Fuente: Contraloría General de la República – MINSa- Dirección de Planificación - 2014

7

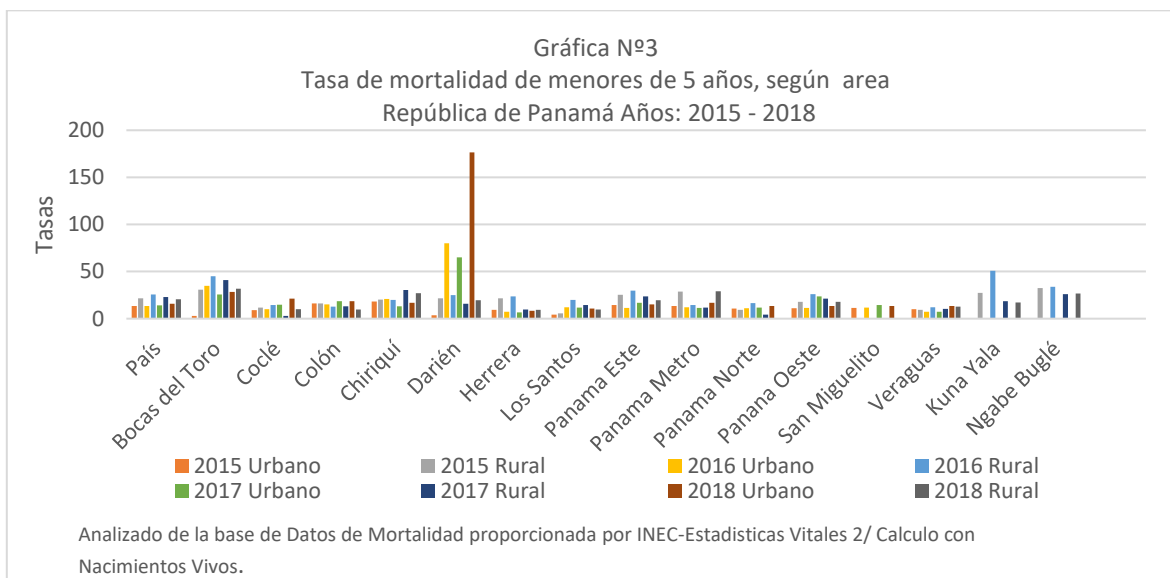
Para el año 2000 la tasa era de 22.1, con descenso de 16.8 en el año 2008, de 17.8 en el año 2010; cursando con bajas y alzas en los años subsiguientes de 16.6, 18.3, alcanzando una tasa de 19.1 en el año 2013 y 16.2 en el 2015, superando la meta definida en los Objetivos del Milenio de 8.2 muertes por 1000 nacidos vivos. Gráfica N°1.

Durante el período comprendido entre los años 2015, 2016, 2017 y 2018, las tasas fluctuaron entre 16.2, 17.78, 17.4 y 17.7 muertes por cada 1,000 nacidos vivos.

El sexo masculino es el más afectado con tasas de 17.8, 18.7, 18.5 y 19.1, respectivamente. Gráfica N°2.



Al desagregar los datos según Región de Salud y área de residencia, para el año 2018, la Región del Darién presenta la mayor tasa de mortalidad de menores de cinco años en área urbana.



i. Causas de mortalidad

Entre las principales causas de muerte, podemos citar: las enfermedades del sistema respiratorio, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, causas externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

ii. Estrategias de intervención

Las acciones del Ministerio de Salud, tales como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que proporciona doce vacunas obligatorias y gratuitas, los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Niñez y Adolescencia, así como la implementación de los Bancos de Leche Humana Pasteurizada, entre otros, contribuyen a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades típicas de la infancia. También se requiere seguir avanzando en la unificación de los sistemas de información del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, particularmente el sistema de información perinatal.

Salud como proceso social, requiere de la participación efectiva de las instituciones gubernamentales (Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Gobierno y Justicia, Ministerio de Obras Públicas, entre otros) y no gubernamentales y la participación social. Ejemplo de estas iniciativas, podemos citar a SENAPAN y otras instituciones que han contribuido a disminuir la desnutrición infantil y evitar la muerte de niñas y niños que viven en situación de vulnerabilidad.

La extensión de cobertura de los programas sociales de transferencia monetaria condicionada en las áreas rurales e indígenas, han de fortalecerse, entre ellos, el Programa de Red de Oportunidades y sus corresponsabilidades en salud y el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI), del Ministerio de Desarrollo Social.

En el Plan de Combate a la Pobreza y a la Desigualdad del gobierno actual (1), se ha considerado crear la “**Secretaría para la Atención Integral a la Primera Infancia**”, adscrita

(1) Plan Colmena Panamá Libre de Pobreza y Desigualdad; Sexta Frontera
www.gabinetesocial.gob.pa/planes-y-proyectos/plan-colmena

a la Presidencia de la República para una alineación interinstitucional y con los gobiernos locales, que comprende nutrición, intervenciones de cuidados prenatales, lactancia, apoyo al recién nacido, cuidados de salud, educativas, estimulación temprana y desarrollo de capacidades de los padres para la crianza de los niños, priorizando las áreas con pobreza multidimensional. A su vez plantea aumentar los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) a nivel nacional para niños de 0 a 4 años, para facilitar que las madres puedan trabajar, capacitarse para el trabajo y estudiar.

Actualmente se implementa el Plan Colmena (1) “Panamá libre de pobreza y desigualdad, la Sexta Frontera”, cuyo objetivo es organizar territorialmente la implementación integral de la política pública a través de la oferta multisectorial articulada que garantice a la población el derecho al desarrollo.



Es una estrategia de intervención territorial a través de la articulación armónica e integrada de la oferta de servicios públicos para llevarlos de manera prioritaria a quienes más lo necesitan. Consiste en:

- Recuperar y fortalecer la acción de gobierno desde las comunidades empoderando las Gobernaciones y las Juntas Técnicas.
- Coordinación con los Gobiernos Locales.
- Organización y participación ciudadana para que se constituyan en actores de su propio desarrollo.

- Alineación de las Instituciones actuando conjuntamente y con efectividad.

Se implementa por medio de las Gobernaciones y Junta Técnicas provinciales, las cuales son las encargadas de alinear, focalizar y dar prioridad a las necesidades básicas de las comunidades.



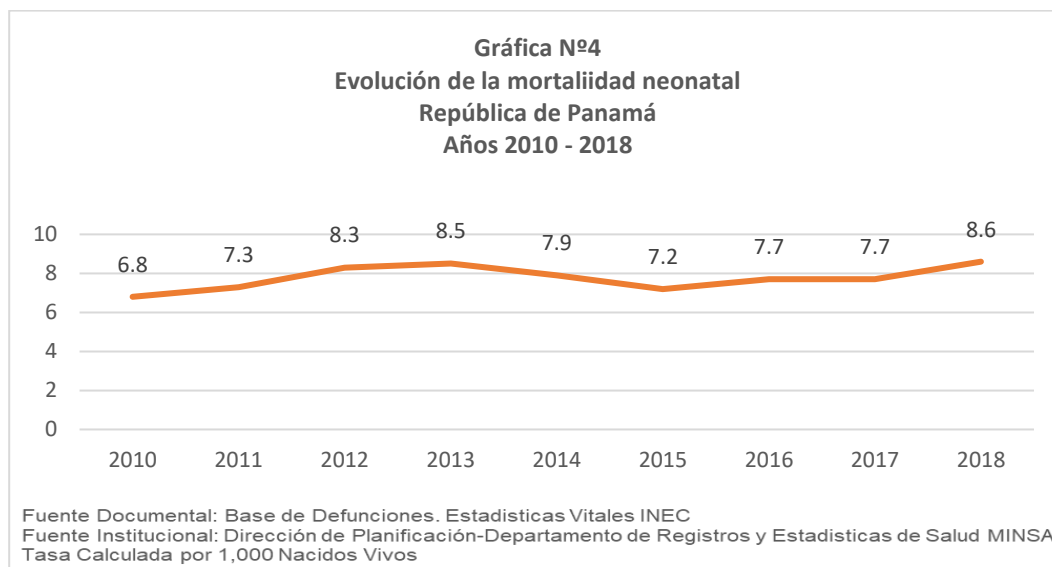
El Proyecto está dirigido a 63 distritos y 300 corregimientos, seleccionados a través de un proceso metodológico bastante riguroso, basado en un enfoque de pobreza multidimensional, complementado por la medición de ingreso y otras técnicas cualitativas.

La cobertura del Plan es nacional, no obstante, en su primera fase llegará a los 300 corregimientos con mayor nivel de pobreza multidimensional y por ingreso en áreas rurales, urbanas y comarcas indígena.

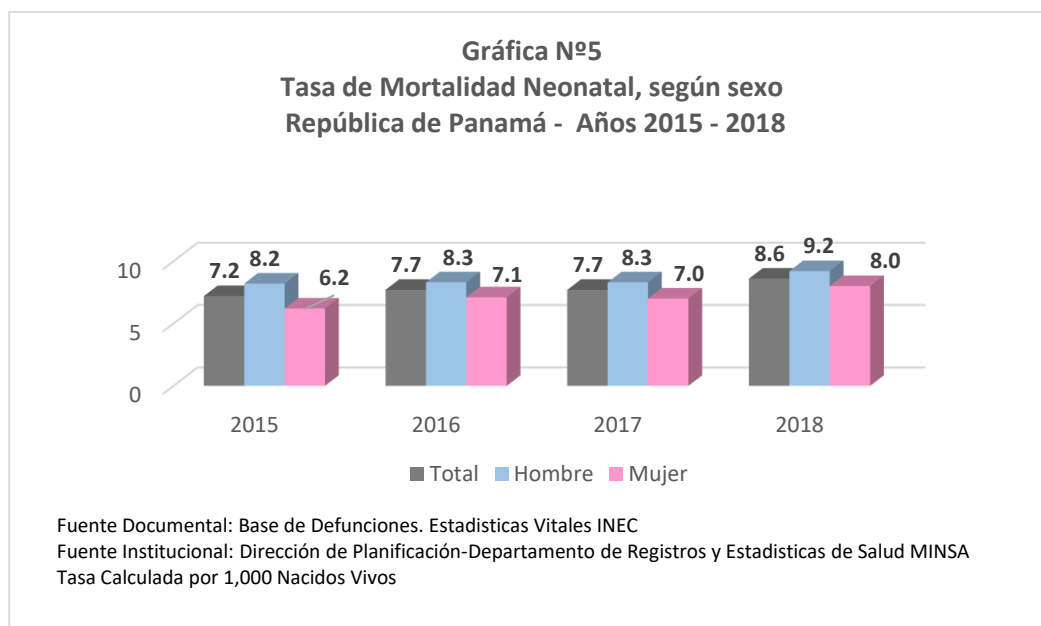
b. Tasa de Mortalidad Neonatal

La mortalidad durante el primer año de vida se ha concentrado en el período neonatal, cuya evolución ha oscilado entre 6.8 en el año 2010 con incremento de 0.5 hasta 1.2 puntos porcentuales hasta el año 2013, disminuyendo en los años 2014 y 2015 y elevándose 0.5

punto porcentuales en el 2016, con una abrupta elevación a 8.6 (0.9 puntos porcentuales) en el año 2018. (Gráfica N°4).

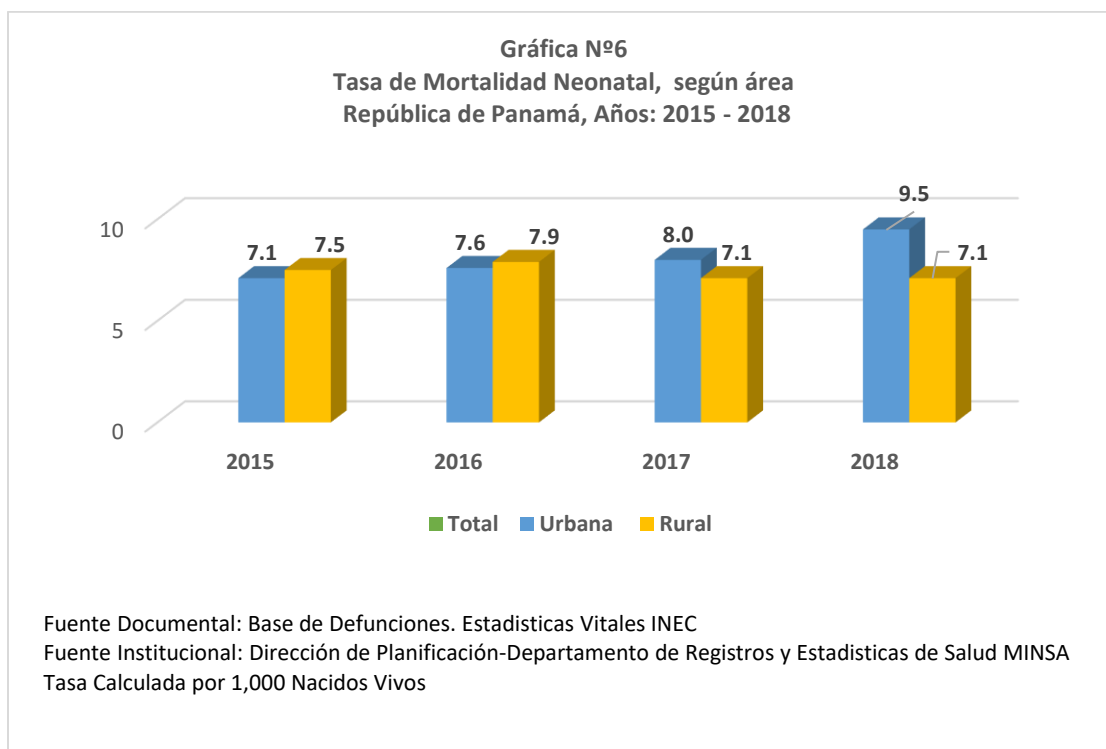


Durante el período de los años 2015 al 2018, el sexo masculino fue el más afectado (Gráfica N°5)

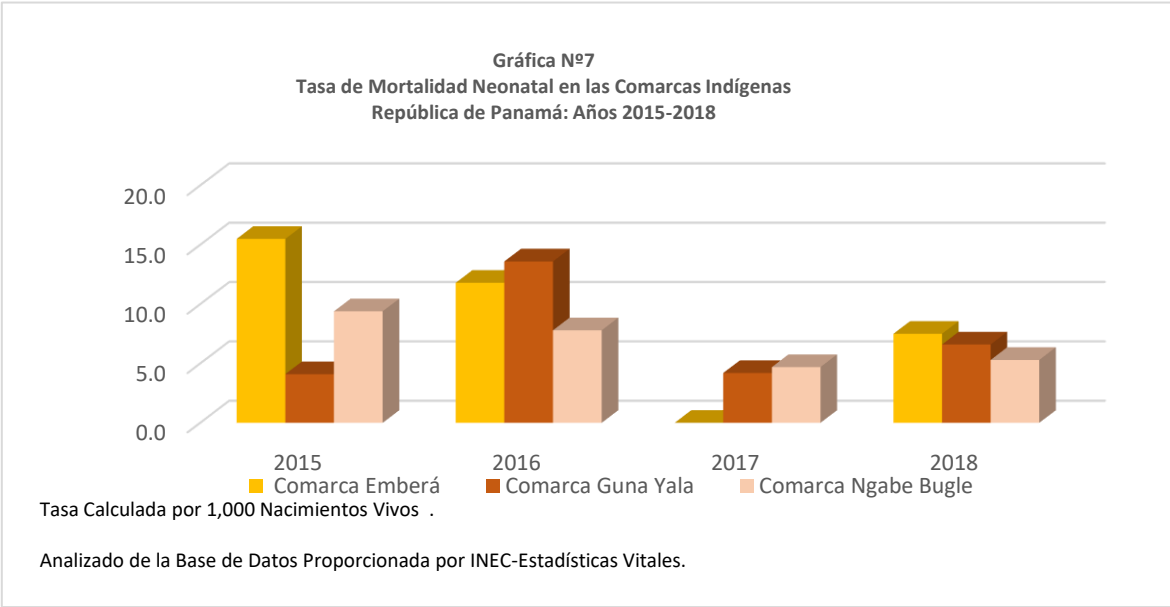


Las causas de mortalidad neonatal, según área de residencia muestra diferencias importantes, con predominio de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias en las áreas indígenas y rurales, mientras que en las urbanas lo son las enfermedades propias del período perinatal y las malformaciones congénitas. Afecta más al sexo

masculino , con mayor predominio en las áreas urbanas, en los últimos años del período 2015 – 2018, con diferencias porcentuales entre 1 a 2 puntos porcentuales. (Gráfica N° 6.)



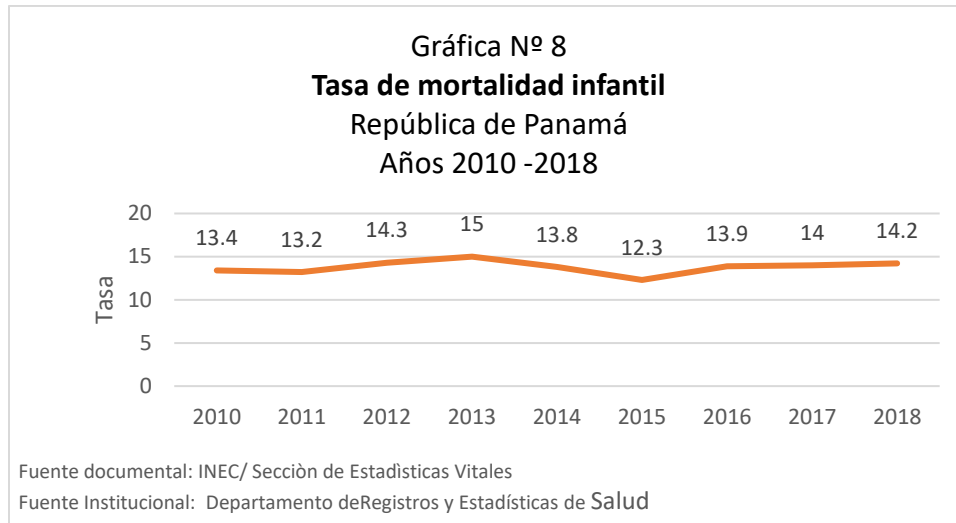
En cuanto a las Comarcas indígenas durante los años 2015 – 2018, la Comarca Emberá ha presentado las tasas más elevadas. Para el años 2017 a 2018, las tasas han disminuido a 7.5 de una tasa de 15.5 en el año 2015 . Gráfica N°7



C. Indicadores

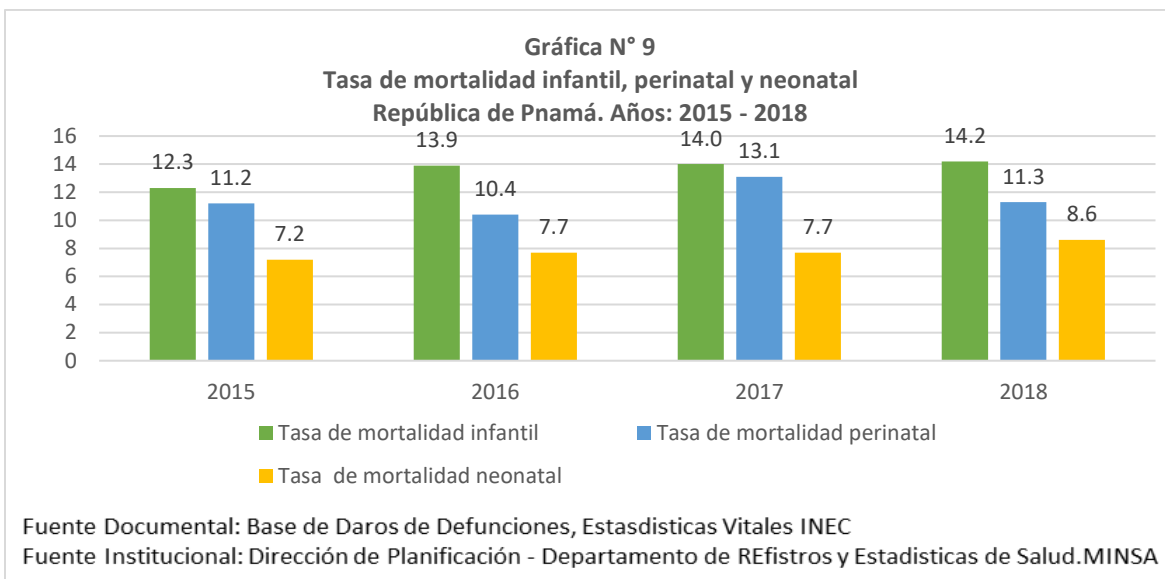
c. Tasa de Mortalidad Infantil

Constituye un reto reducir la mortalidad infantil, entendida como el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos en un determinado año. Incluye la mortalidad perinatal y la mortalidad neonatal que se definen como la muerte del feto o recién nacido desde la 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida (7 días) y la mortalidad de los nacidos antes de alcanzar los 28 días de edad, respectivamente.

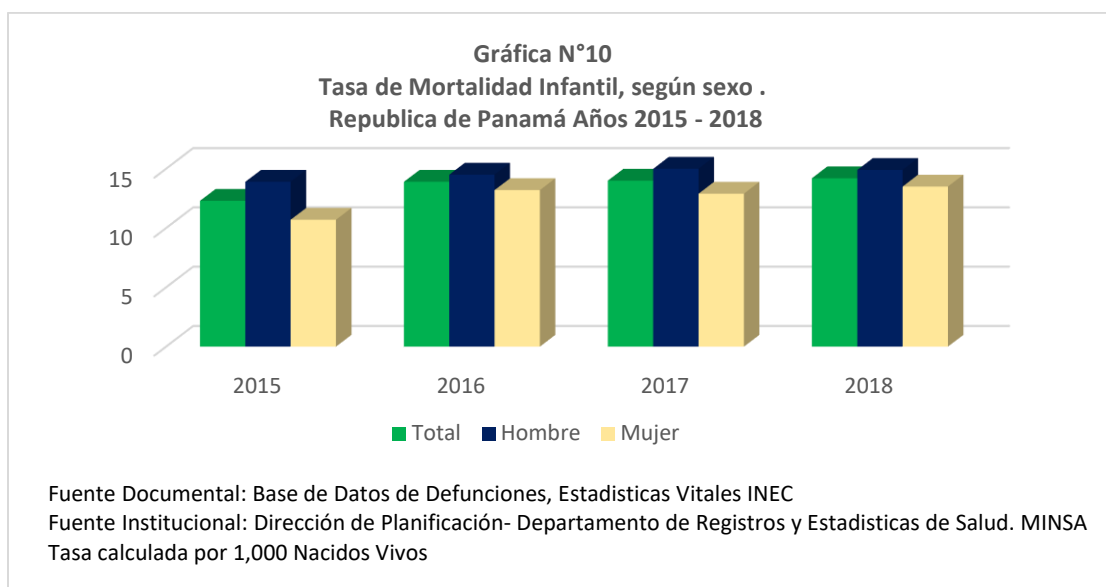


Los datos disponibles indican un aumento de la tasa de mortalidad infantil, desde el año 2010 con una tasa de 13.4, cursando con elevaciones durante los años 2012 y 2013, un ligero descenso en el año 2015 con 12.3 muertes por 1000 nacidos vivos, y sin variaciones significativas en los años 2016 – 2018, con una tasa al final del período de 14.2. Gráfica N°8.

El análisis de las tasas de mortalidad infantil, perinatal y neonatal durante el período comprendido entre el año 2015 y 2018 (Gráfica N° 9), nos indican poca variación sostenida hacia el descenso en las tasas de mortalidad infantil, perinatal y neonatal, a pesar de la implementación de diversas estrategias, entre ellas, la promoción del control prenatal, la educación en salud sexual y reproductiva, la nutrición infantil, la lactancia materna exclusiva, la mejora en las condiciones ambientales, el control de salud de los recién nacidos, la ampliación de la accesibilidad y calidad de la atención de los servicios de salud y el asesoramiento y planeación, incluyendo la consejería genética.

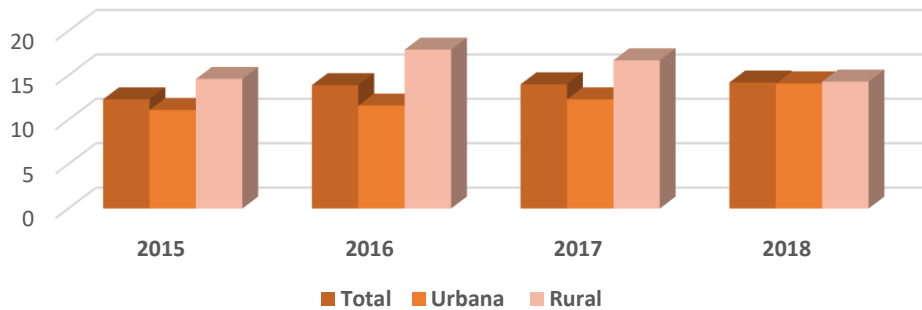


Se aprecia una mayor afectación de muertes en el sexo masculino que en el sexo femenino, superando el promedio nacional del período comprendido entre los años 2015 a 2018. Gráfica 10.



Con una mayor tasa de mortalidad infantil en las áreas rurales durante los años 2015 a 2017, para el año 2018 se aprecia una equiparación entre la mortalidad infantil en las áreas urbanas y rurales. Gráfica N°11.

Gráfica N°11
Tasa de Mortalidad Infantil según Área
República de Panamá. Año 2015 - 2018



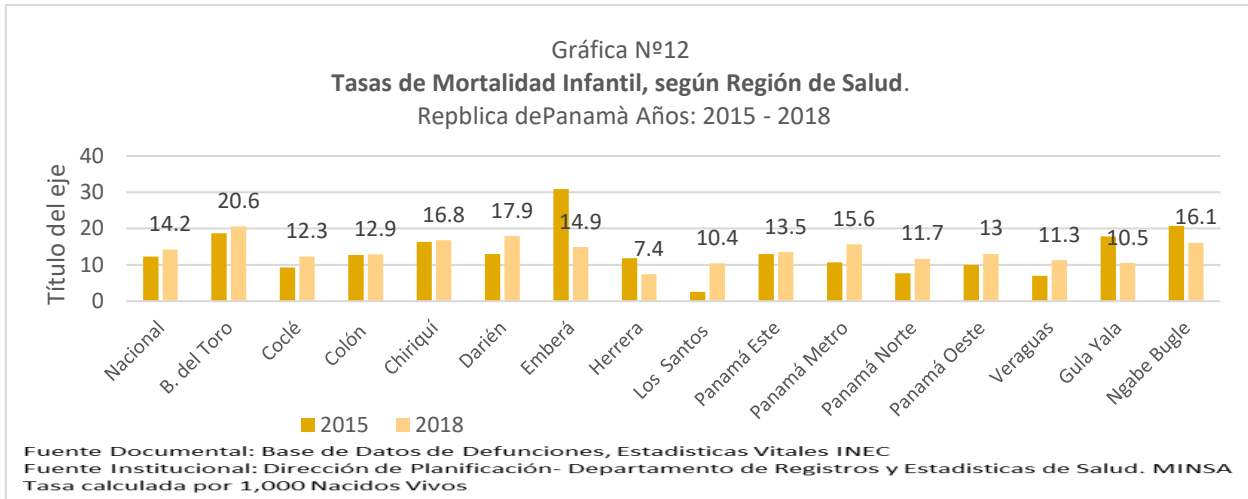
Fuente Documental: Base de Datos de Defunciones, Estadísticas Vitales INEC

Fuente Institucional: Dirección de Planificación- Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA

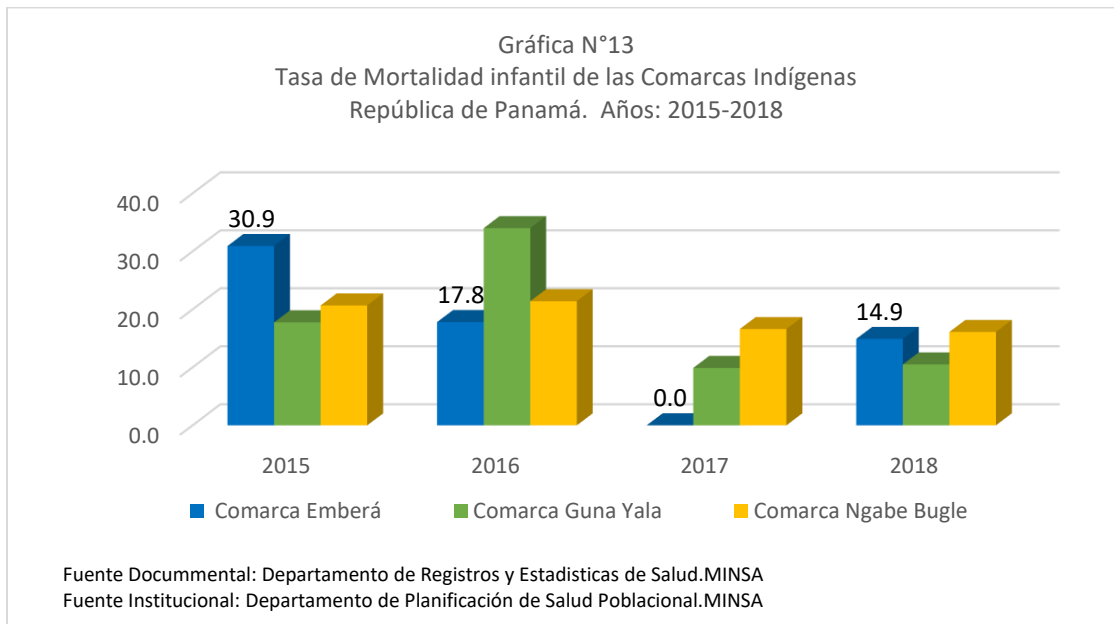
Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos

i. Mortalidad infantil en las Regiones de Salud

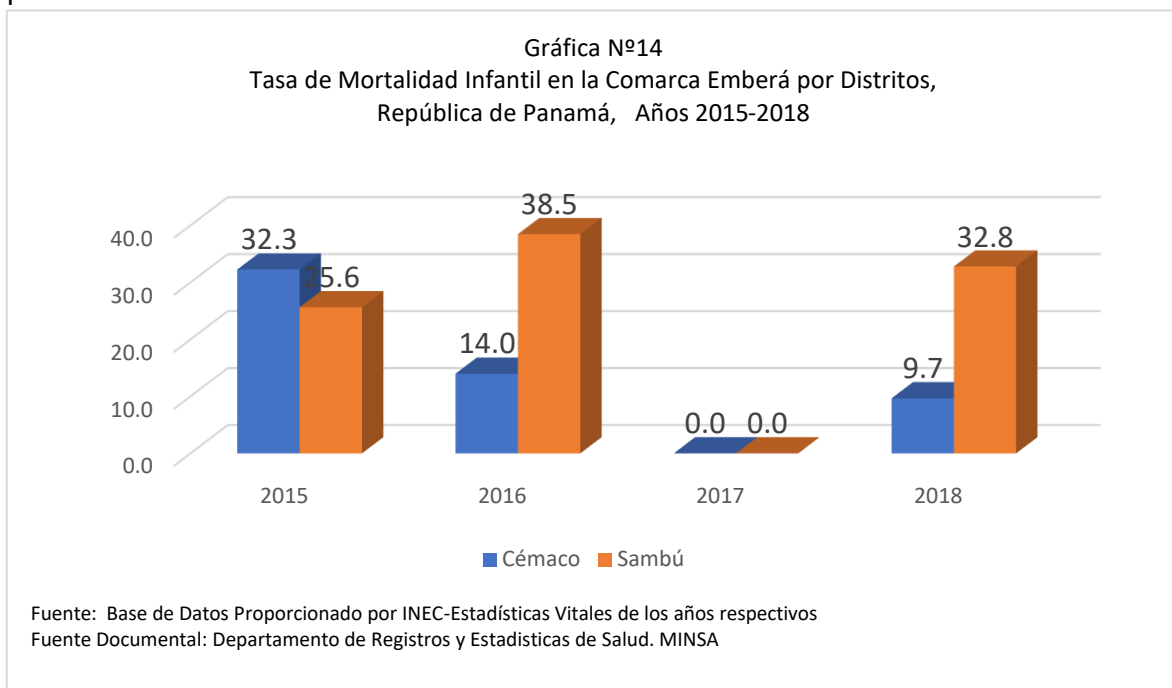
Al desagregar la tasa nacional de mortalidad infantil por Región de Salud, las Regiones más afectadas para el año 2015 fueron: Bocas del Toro, Chiriquí, la Comarca Emberá, Kuna Yala y la Comarca Ngabe Buglé. Entre los Distritos que superaron el promedio nacional de 12.3 por 1000 nacidos vivos podemos citar: Chimán (69.0), Bocas del Toro, Chagres, Boquerón, San Lorenzo(23.8), Cémaco (32.3), Sambú (25.6), Los Pozos, Atalaya(31.6), Kankintun, Kusapin, Mironó(26.7) y Muna (28.4). En el año 2018 se destacan las Regiones de Bocas del Toro (20.6), Darién (17.9), Chiriquí (16.8), y Comarca Ngabe Buglé (16.1). (Gráfica N°12).



Un análisis comparativo entre las Comarcas indígenas, evidencia una mayor tasa de mortalidad infantil en la Comarca Ngäbe Buglé (16.1), para el año 2018. La Comarca Emberá con una tasa de 30.9, ha disminuido a 17.8 en el año 2016, a ninguna muerte en menores de un año en el año 2017 y a una tasa de 14.9 en el año 2018. (Gráfica N°13).

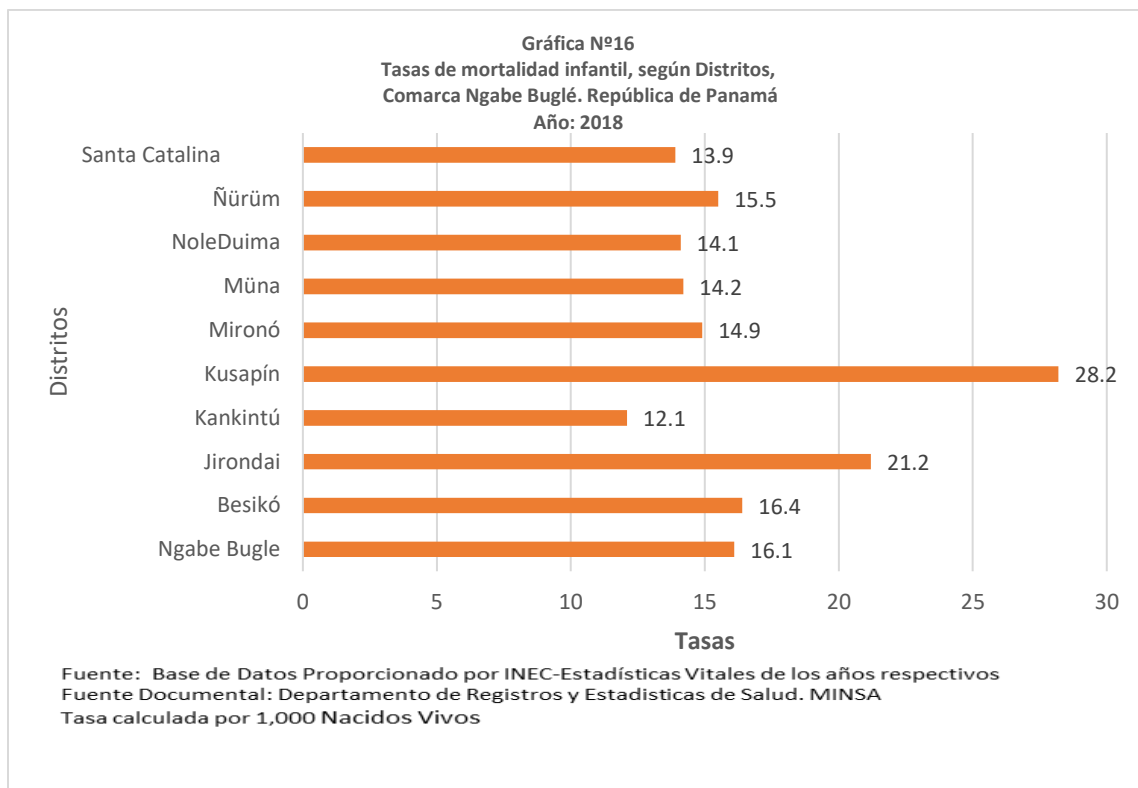


En el año 2015, la Comarca Emberá, presentó la tasa de mortalidad infantil más alta de las Comarcas Indígenas, siendo el Distrito de Cémaco el más afectado con una tasa de 32.3, rebasado en el año 2018 por el Distrito de Sambú, con una tasa de 32.8 muertes infantiles por 1000 nacidos vivos.

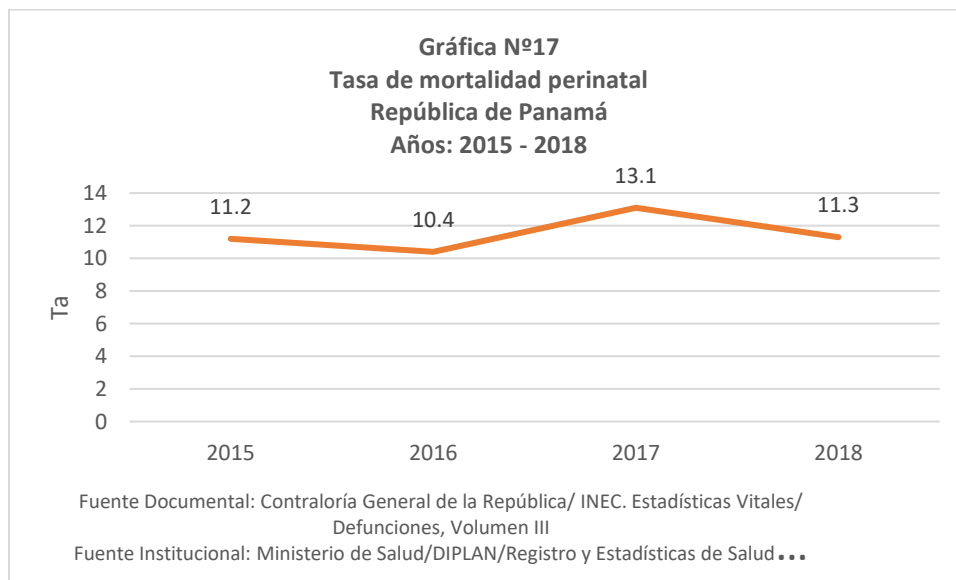


La Comarca Guna Yala presentó durante el año 2016, la tasa de mortalidad infantil más elevada de las Comarcas indígenas (38 muertes por 1000 nacidos vivos), cifras que han disminuido ostensiblemente en los años 2017 y 2018 a 10.5 muertes por 1000 nacidos vivos.

En el año 2018, la Comarca Ngäbe Buglé presentó la tasa más elevada de mortalidad infantil de las Comarcas Indígenas, siendo los Distritos de Kusapin, Jirondai y Besikó, los más afectados. Gráfica N°16.



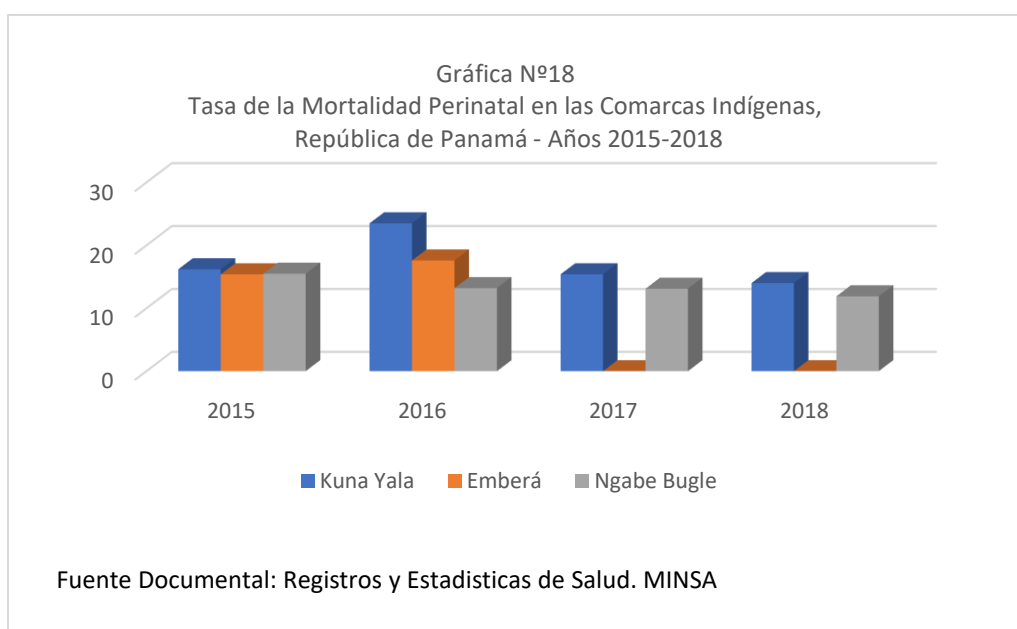
d. Tasa de Mortalidad Perinatal



El comportamiento de la tasas de mortalidad perinatal no han mostrado variación entre los años 2015 y 2018 con tasas de 11.2 y 11.3 respectivamente, sin embargo durante el año 2016 presentó un descenso de 10.4 muertes por 1000 nacidos vivos y un marcado ascenso en el año 2017, con una tasa de 13.1. Gráfica N°17.

Las principales causas de mortalidad infantil se vinculan a Ciertas afecciones originadas en el período perinatal y a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

La mortalidad perinatal contribuye en gran medida a las tasas de mortalidad infantil, en particular en las Comarcas Indígenas. Es mayor en la Comarca Guna Yala, al compararla con las tasas de las restantes Comarcas indígenas.(Ver Gráfica N° 18).



C. Avances en el cumplimiento de metas según indicador

Los datos que a continuación compartimos, señalan que pese a las diversas iniciativas que se implementan, los avances no son ostensible hacia la meta definida para el año 2020. Cada indicador consta de una línea basal al año 2015, una meta alcanzada al año 2018 y se analiza la diferencia porcentual respecto a la meta establecida y los avances en el cumplimiento de la meta al año 2020.

Cuadro N°3						
Avances en el cumplimiento de metas según indicador						
Meta	Indicador	Línea basal (2015)	Meta alcanzada 2018	Meta 2020	Diferencia porcentual	Avance en el cumplimiento Meta 2020
3.2. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en niños menores de cinco años.	3.2.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	16.2	17.7	16.0	1.7 (+)	0%
3.2.a. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en los menores de 1 año.	3.2.1.a. Tasa de mortalidad infantil	12.3	14.2	12.0	2.2(+)	0%
3.2.3. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en menores de 28 días de nacidos.	3.2. Tasa de mortalidad neonatal	7.2	8.6	7.0	1.6 (+)	0%
3.2.3.a. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables entre las 28 semanas y los siete primeros días de vida.	3.2.3.a Tasa de mortalidad perinatal	11.2	11.3	11.0	0.3 (+)	0%