



MINISTERIO
DE SALUD

2021

Salud y la Agenda 2030: Avances y Desafíos Salud reproductiva



DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

Departamento de Planificación de Salud
Poblacional

1-1-2021

Contenido	Página
A. De los Objetivos del Milenio de Desarrollo Sostenible	1
a. Salud Reproductiva, materna	4
B. Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud reproductiva y materna, metas e indicadores	5
C. Indicadores	6
a. Razón de mortalidad materna	6
i. Razón de mortalidad materna en las Comarcas Indígenas	8
1. Región de Guna Yala	9
2. Comarca Ngäbe	10
3. Región de Darién y Comarca Emberá	10
ii. Causas de muerte materna	11
iii. Estrategias de Intervención	11
b. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	12
c. Proporción de mujeres en edad de procrear de (15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos de efectividad comprobada.	14
d. Tasa de fecundidad de los adolescentes (10 a 14 años, de 15 a 19 años) por cada 1000 mujeres de eses grupo de edad.	14
D. Avances en el cumplimiento de metas, según indicador	16

A. De los Objetivos del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

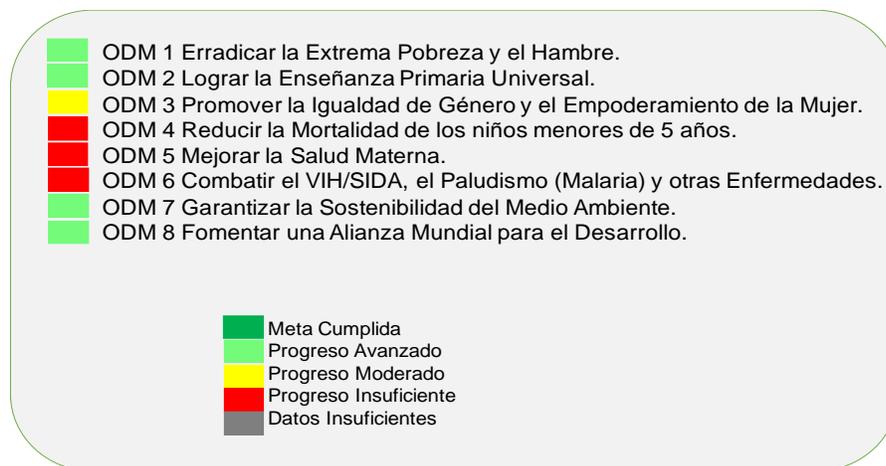
En el año 2000, la comunidad internacional representada por 189 países asumió en la Cumbre del Milenio convocada por las Naciones Unidas, uno de los compromisos más ambiciosos para erradicar la pobreza: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), mejor conocidos como ODM; cuya adopción fue un gran ejemplo del esfuerzo de la comunidad internacional para impulsar el desarrollo mundial. En dichos objetivos se establecieron metas e indicadores con el fin de medir los avances de los Estados ante tal compromiso mundial. Panamá estableció un abordaje interinstitucional, en el que participaron técnicos del sector público, especialistas de la sociedad civil y el Sistema de Naciones Unidas

El primer marco de monitoreo de los ODM describió un compromiso para cumplir ocho (8) Objetivos, veintiún (21) metas y sesenta (60) indicadores que involucraron los temas de empleo productivo, acceso a servicios de salud reproductiva, acceso a tratamiento para el VIH y biodiversidad. Estos indicadores fueron la base fundamental para evaluar cuánto avanzó el país en el cumplimiento de dichos objetivos.

La actualización oportuna de tales indicadores es parte de un proceso interinstitucional, que son proporcionados por las instituciones públicas. Sin embargo, técnicamente es conocido que existe y aún persiste un rezago natural en la producción de información estadística.

Según el último Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) efectuado en agosto de 2015, en el marco de la Septuagésima Asamblea General de las Naciones Unidas, se identificó un avance insuficiente en los ODM correspondientes a salud:

- ODM 4 : Reducir la mortalidad en los menores de 5 años
- ODM 5 : Mejorar la salud materna
- ODM 6: Combatir el VIH / Sida/ Paludismo (Malaria) y otras enfermedades, lo que constituyen desafíos a enfrentar.



Panamá implementó la estrategia “Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio “ (MAF), con el fin de agilizar el avance de estos objetivos con bajo niveles de avances.

Vencido el plazo para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, se establece un nuevo marco global para el desarrollo posterior al 2015 que continúe y fortalezca los balances logrados a través de los ODM y que a la luz de los complejos retos del desarrollo ayuden a la erradicación de la pobreza y al logro de la sustentabilidad con nuevos parámetros.

En Diciembre de 2014, una síntesis del reporte de la Agenda Post 2015, “La ruta para la dignidad para el año 2030: fin de la pobreza, transformando vidas y protegiendo el planeta”, adopta un grupo de diecisiete objetivos, y ciento sesenta y nueve metas propuestas, por un Grupo Abierto de Trabajo. Definen objetivos ambiciosos y transformadores que incidan en las causas estructurales de la pobreza y permitan combatir las desigualdades, generar oportunidades para mejorar los niveles de vida y la prosperidad de todos los miembros de nuestras sociedades en un marco de desarrollo sostenible a nivel mundial, que sea tanto para los países en desarrollo como desarrollados.

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) son el resultado de un proceso de negociación que involucró a los 193 estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas y la participación sin precedentes de la sociedad civil y otros grupos interesados, los cuales guiarán las políticas de desarrollo al año 2030 en los estados miembros que los han adoptado, en el marco de la 70ª Asamblea General de las Naciones Unidas, realizada el 27 de septiembre de 2015.

El objetivo que corresponde a salud, es el N°3: “Garantizando vidas saludables y promoviendo el bienestar para todas las edades” y consta de nueve metas (cuatro de las cuales, se vinculan a los Objetivos del Milenio, Ver Cuadro N°1). Valga comparar los indicadores y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible asociados con la salud, con las metas de los ODM y los determinantes de la salud.

Cuadro N°1

De Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) a Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

<p>4 Objetivos de salud de 8 ODM </p>	<p>I Objetivo Único entre 17 ODS Objetivo 3: “Garantizando vidas saludables y promoviendo el bienestar para todas las edades” consta de nueve metas y 4 estrategias</p>
<p>Objetivo 4 : Reducir la Mortalidad Infantil </p>	<p>Meta 3.2: Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en recién nacidos y en niños menores de cinco años.</p>
<p>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</p>	<p>Meta 3.1:Para el año 2030, reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,00 nacidos vivos.</p>
<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades </p>	<p>Meta 3.3:Para el año 2030, finalizar la epidemia de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.</p>
<p>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental </p>	<p>Meta 3.9:Para el año 2030, reducir substancialmente el número de muertes, enfermedades por químicos, y por contaminación y polución del aire y el agua.</p>

a. Salud reproductiva y materna

Las principales metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con la salud reproductiva corresponden a las metas: 3.1 y 3.7

META	INDICADOR
3.1. De aquí al año 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,00 nacidos vivos.	<ul style="list-style-type: none">• 3.1.1. Razón de mortalidad materna• 3.1.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	<ul style="list-style-type: none">• 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años de edad) que practican la planificación familiar con métodos (de efectividad comprobada) modernos.• 3.7.2. Tasa de fecundidad de los adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.

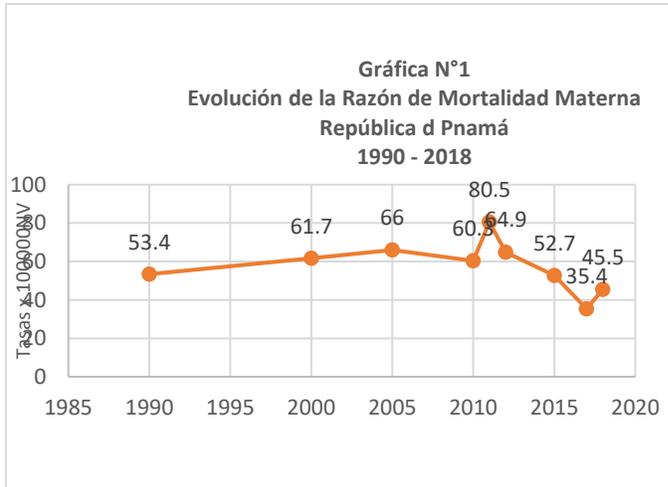
B. Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con la salud reproductiva y materna, Metas e Indicadores

Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con la salud reproductiva y materna son las metas 3.1 y 3.7 :

META	INDICADOR
3.1. De aquí al año 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,00 nacidos vivos.	<ul style="list-style-type: none">• 3.1.1. Razón de mortalidad materna• 3.1.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	<ul style="list-style-type: none">• 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años de edad) que practican la planificación familiar con métodos (de efectividad comprobada) modernos.• 3.7.2. Tasa de fecundidad de los adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.•

C. Indicadores

a. Razón de Mortalidad Materna

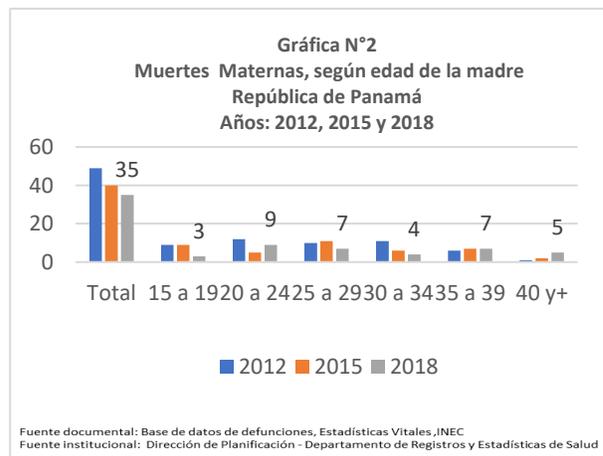


Según el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud, la razón de mortalidad materna en los años 90 fue de 53.4 muertes por 100000 nacidos vivos, oscilando con elevaciones y descensos hacia una razón de 60.3 en el año 2010. Para el año 2011, la razón fue de 80.5 muertes por 100000 nacidos vivos, disminuyendo a una razón de 64.9 en el año 2012, a partir de lo cual, se observa una tendencia hacia la baja de este indicador en el país a una tasa de

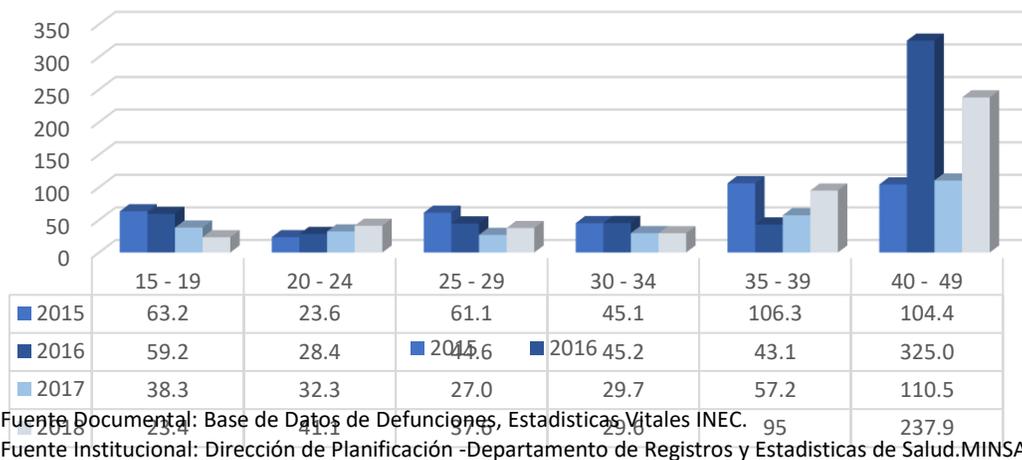
52.7 en el año 2015 (siendo la meta reducirla a 12.5%). El MAF, fue focalizado en las áreas indígenas, específicamente en la Comarca de Guna Yala, en donde se registra y aun persisten, el mayor número de muertes maternas.

En el año 2017, la tasa fue de 35.4, incrementándose a 45.5 en el año 2018 y avanzando en un 36.4% en la meta establecida para el año 2020. (Gráfica N°1).

Durante el año 2015 ocurrieron 9(22.5%) defunciones de embarazadas en el grupo de edad de 15 - 19, y 11 muertes en el grupo de 25 -29 años, de un total de 40 muertes maternas. En el año 2018, de un total de 35 muertes maternas, 3 corresponden al grupo de 15 y 19 y 9 al grupo de 20 a 24 años. Los grupos de edad de 25 - 29 y 35 - 39 años presentaron 7 muertes maternas cada grupo, 4 muertes en el grupo de 30 -34 y cinco muertes en el grupo de 40 y + años.

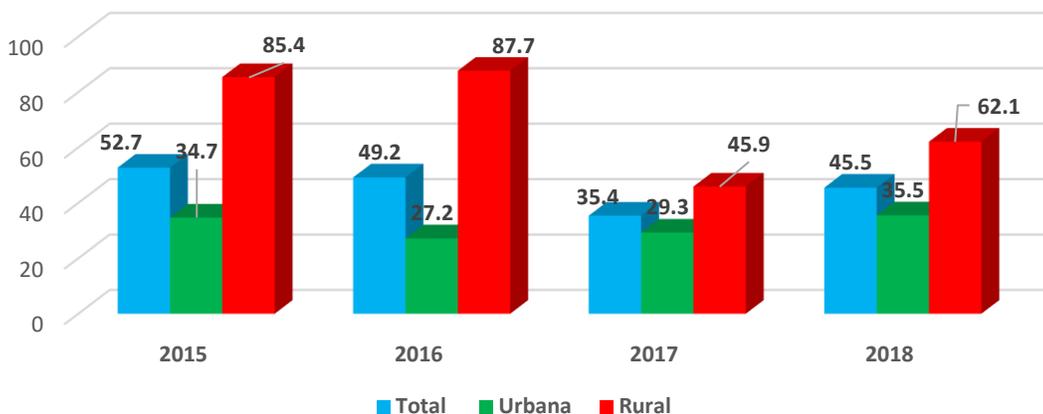


Razon de Mortalidad Materna en la República de Panamá, por Grupo de Edad: Años 2015-2018



Analizando la situación de la mortalidad materna utilizando los criterios de urbano y rural, observamos que la ocurrencia del evento fue mayor en áreas rurales que en las áreas urbanas durante el período de los años 2015 y 2018. Se aprecia un descenso en los años 2017 y 2018 respecto a los años anteriores, asociado a un menor número de nacimientos. Gráfica N°3.

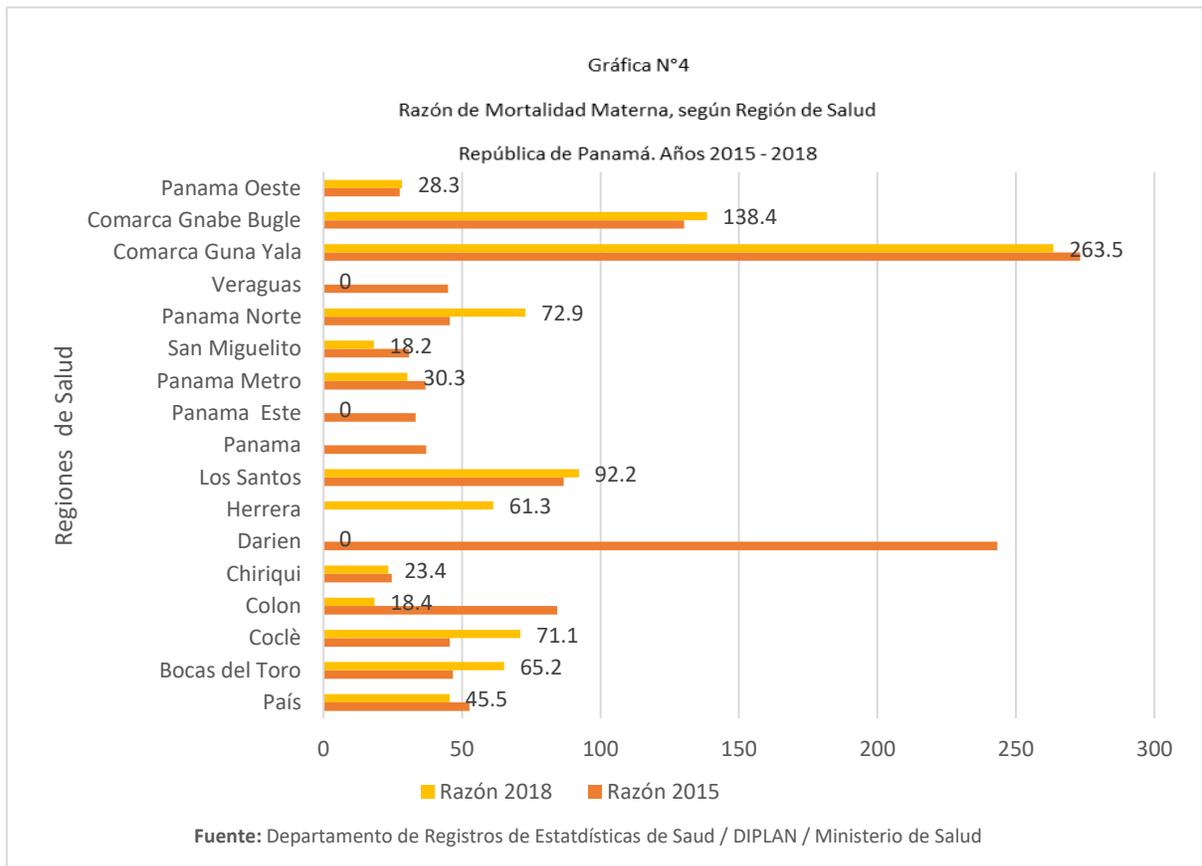
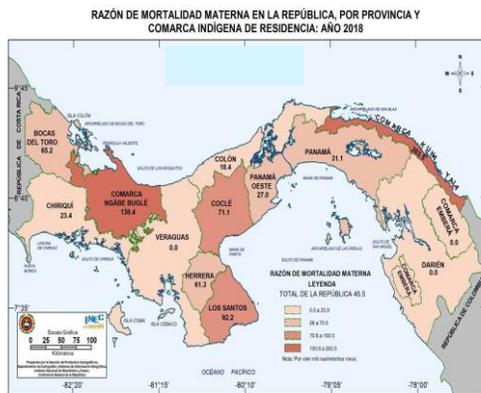
Gráfica N°3
Razón de Mortalidad Materna
Según Área Urbana y Rural
República de Panamá: Año 2015 - 2018



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

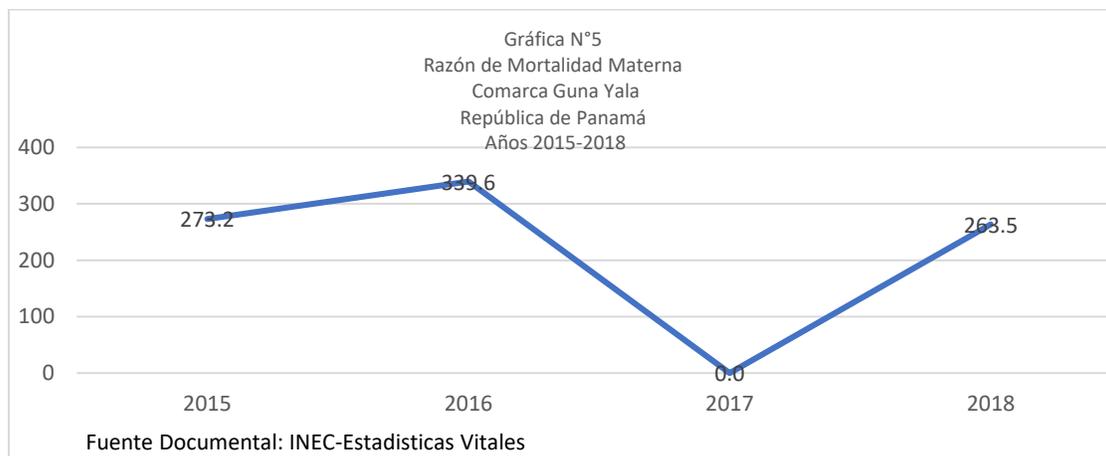
i. Razón de Mortalidad Materna en las Comarcas Indígenas

Una mirada hacia el interior del país nos permiten señalar que para el año 2015, la Comarca Guna Yala (273.2), la Región del Darién (243.3), la Comarca Ngäbe Buglé (130.2) y Los Santos (86.7) presentaron las razones de mortalidad materna más elevadas del país, situación que persistió en el año 2018 para las Comarcas de Guna Yala (263.5) y la Comarca Ngäbe Buglé (138.4); en contraste la Comarca Emberá que no presentó muerte materna. Se evidencian otras Regiones con razones elevadas, tales como las Regiones de Salud de Los Santos (92.2) y Coclé (71.1) . (Mapa y Gráfica N°4).



1. Región de Guna Yala

La Región de Guna Yala presenta razones elevadas de mortalidad materna, con cifras que superan cinco y seis veces el promedio nacional (Gráfica N°5).



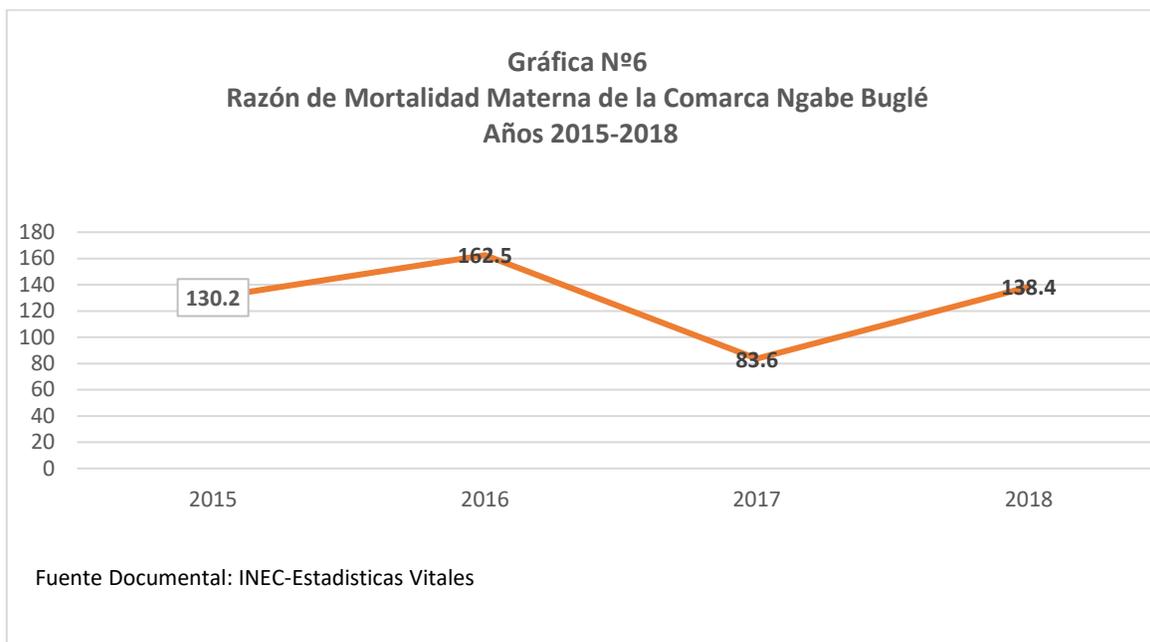
Los Corregimientos con las razones más altas de mortalidad materna de la Región de Guna Yala, durante el período de 2015 – 2018, corresponden a Narganá, Ailigandí, Tubualá y Puerto Obaldía. Cuadro N°2. Durante el año 2017 la Comarca Guna, no reportó muertes maternas.

Cuadro N°2 Razón de Mortalidad Materna Comarca Guna Yala según Corregimientos 2015-2018				
Corregimiento	Años			
	2015	2016	2017	2018
Narganá	384.6	...	...	334.4
Ailigandí	341.3	...	...	...
Tubualá	...	1695.0	...	...
Puerto Obaldía	...	...	...	16666.7

Razón: Cálculo por 100,000 Nacimientos Vivos. ... No hay registro de datos
Analizado de la Base de Datos Proporcionada por INEC-Estadísticas Vitales

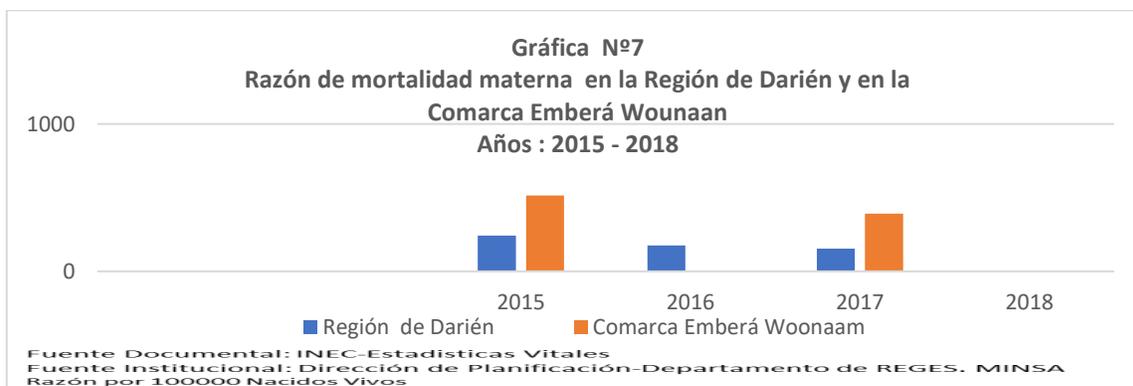
2. Comarca Ngäbe Buglé

La razón de mortalidad materna para el año 2015 en la Comarca Ngäbe Buglé fue de 130.2, elevándose a 162.5 en el año 2016, descendiendo a 83.6 en el año 2017. (Gráfica N°6). En el año 2018 ascendió a 138.4 x 100000 nacidos vivos, afectando más a los Distritos de Santa Catalina (278.6), Kankintun(278.3), Nole Duima (235.30) y a los Corregimientos de Hato Jobo (1724.1), Guoroni (1,273.9), Adaberi (1075.3), San Pedrito (1052.6).



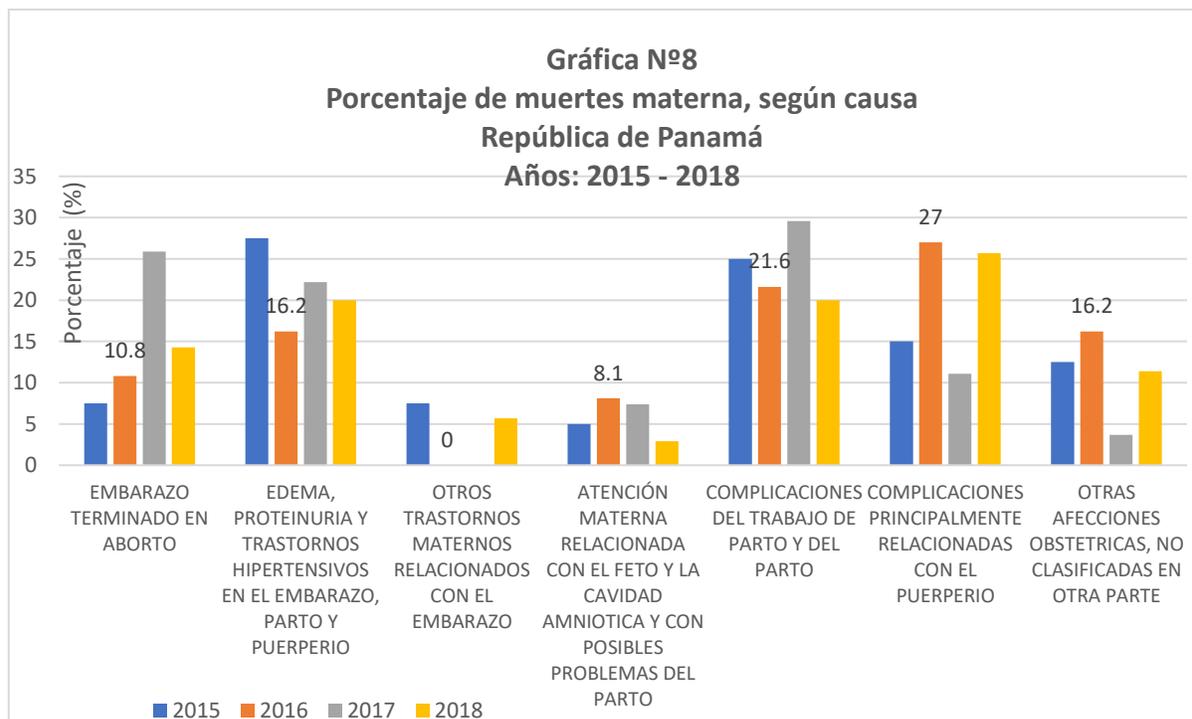
3. Región de Darién y Comarca Emberá

Los Distritos de Chepigama (Tucutí), Pinogana (El Real de Santamaría) y Cémaco (Las Lajas) de la provincia del Darién, presentaron en el año 2015, las tasas más elevadas de razón de muerte materna. En el año 2018 no se reportaron muertes maternas en la Región de Darién. Gráfica N°7



ii. Causas de muerte materna

Las complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio, las complicaciones del trabajo de parto y del parto; edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio se señalan como las principales causas de muerte materna, durante el período del 2015 al 2018.



iii. Estrategias de intervención

Se implementan diversas estrategias, en miras de mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios obstétricos, antes, durante y después del parto, principalmente en las Comarcas, áreas postergadas y de difícil de acceso.

Entre las acciones que se implementan podemos citar el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno-Infantil (PACO) del Ministerio de Salud, que ayuda a que las mujeres cubran parte de los gastos de transporte y alimentación y puedan acceder a los servicios de salud durante su embarazo y el parto. También facilita el traslado de mujeres y niños cuando se presenten signos de alarma.

El objetivo de PACO es proveer información de salud, acompañamiento en la comunidad y apoyos económicos para que las mujeres embarazadas que cumplen los requisitos, asistan al menos a los servicios de salud materno-infantil en Centros de Salud de Referencia y Hospitales públicos.

Se recomienda que las mujeres y sus familiares ahorren y se preparen para cubrir todos los gastos que deban hacer en el embarazo, antes, durante y después del parto. El Programa promueve la realización de al menos cuatro (4) Controles Prenatales en el Centro de Salud

de Referencia, sin embargo, se espera que una mujer embarazada cumpla con los 7 Controles Prenatales recomendados por el Ministerio de Salud.

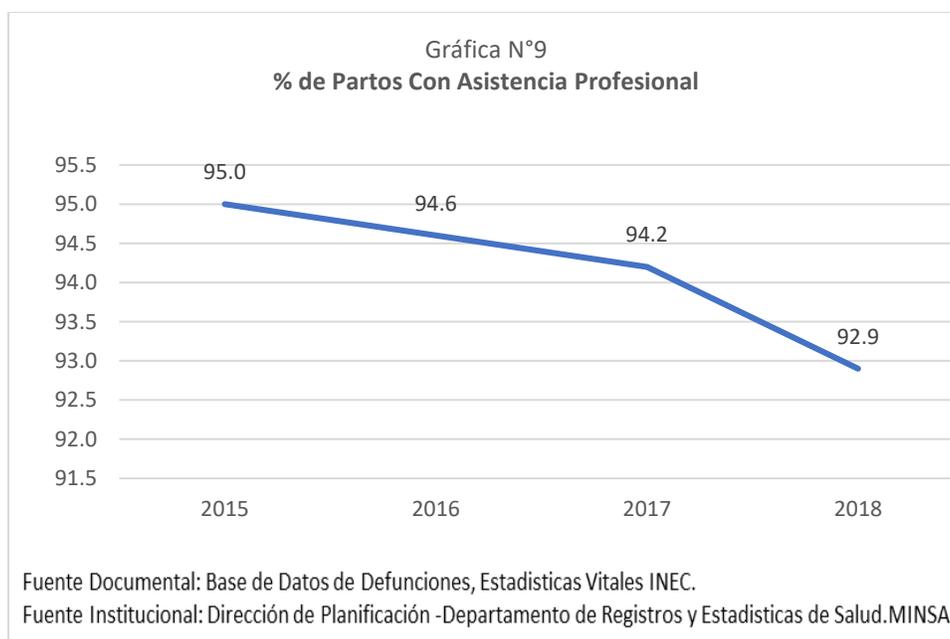
Las mujeres embarazadas han de cumplir con los controles prenatales prioritarios y tener el parto en el Centro de Salud de Referencia u Hospital Público. Una mujer puede recibir nuevamente el apoyo del PACO dos años después de su último embarazo y hasta un máximo de 3 embarazos:

- Han de vivir en una comunidad beneficiaria desde hace un año o más y
- Confirmar el estado de embarazo en el Centro de Salud de Referencia.
- Registrarse en el Programa como beneficiaria.

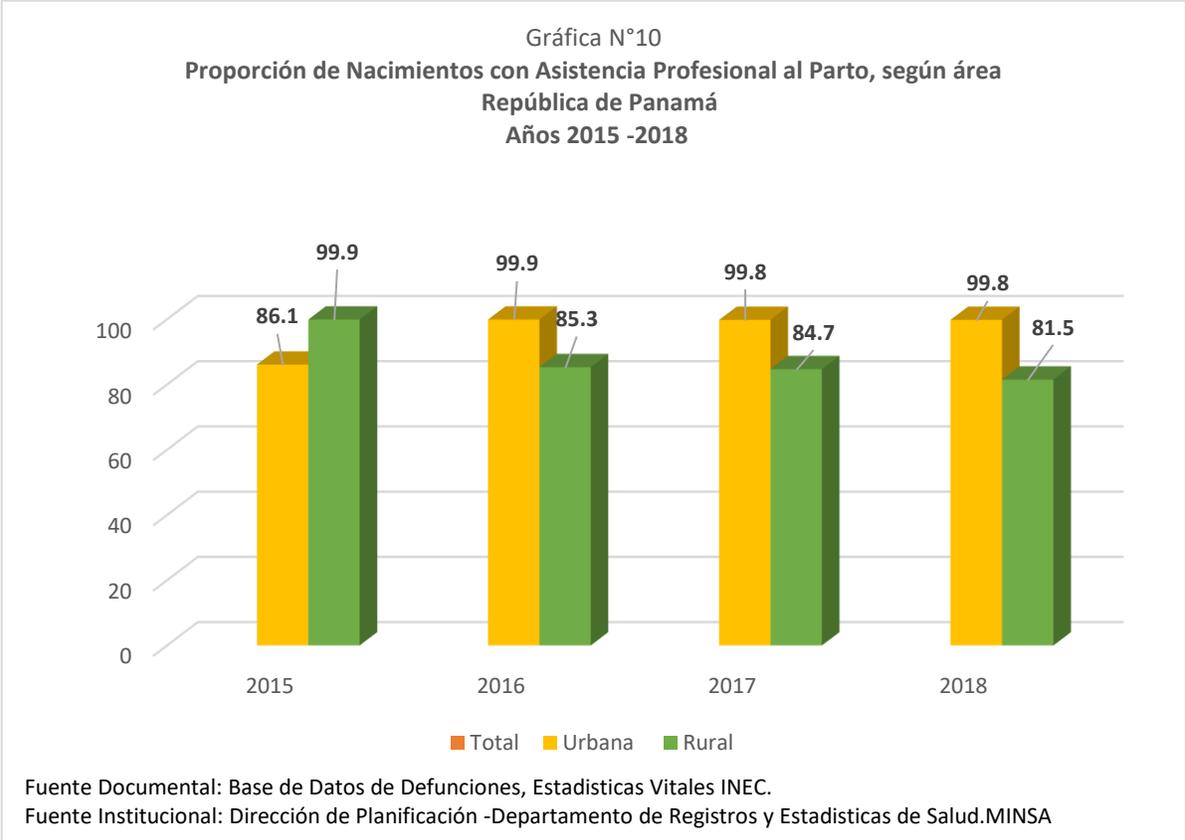
El fortalecimiento de los Programas de Protección Social (Red de Oportunidades), la construcción de Albergues Materno Infantil en la Comarcas, particularmente en Guna Yala y la Comarca Emberá, constituyen otras estrategias a implementar.

La universalización del acceso a la salud reproductiva y su ampliación para contribuir a evitar los embarazos no deseados, embarazos de adolescentes y la mortalidad materna por complicaciones en el parto y el puerperio, como la mejora en el acceso a las y los adolescentes a la educación e información en temas de salud sexual y reproductiva, son prioridades y esfuerzos dirigidos a alcanzar las metas definidas.

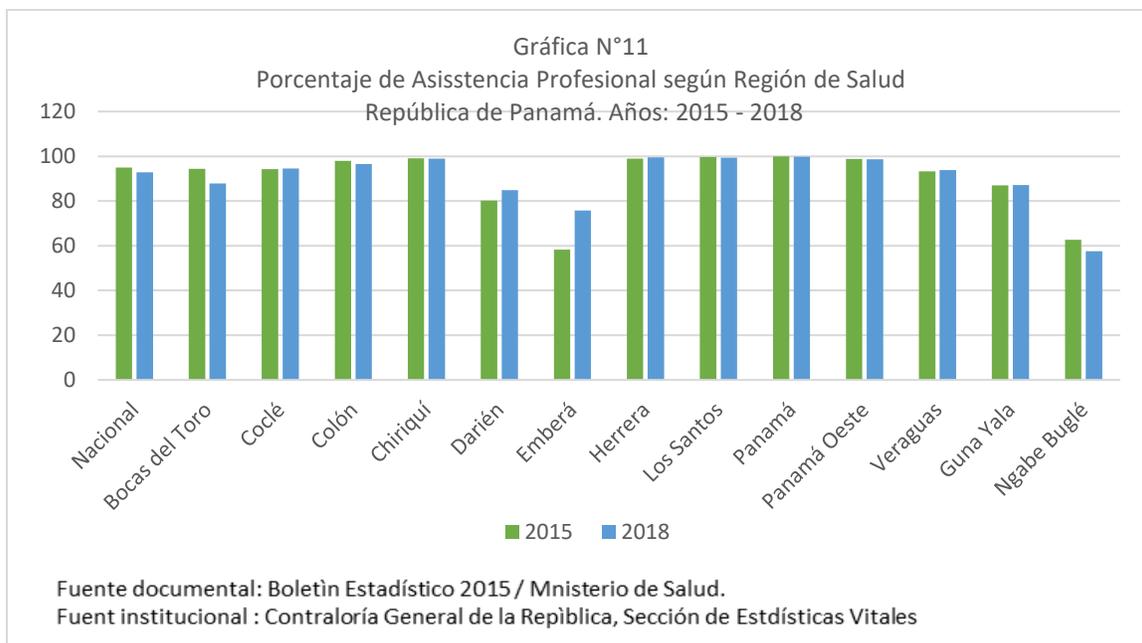
b. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado



La proporción de asistencia profesional al parto a nivel nacional ha oscilado entre los años 2015 a 2018, de un 95% a un 92.9% (Gráfica N°9). Para el año 2015, de un total de 75,901 nacimientos, 72,093 recibieron atención profesional, de los cuales 569 (0.78%) correspondieron a menores de 15 años y 18.6% a adolescentes de 15 a 19 años. El 32% del total de nacimiento vivos ocurre en áreas rurales, el 34 % en las Regiones de Chiriquí (17.2%), en la Comarca Ngäbe Buglé (16.59%) y un 11% en la Región de Coclé. Se observa una descenso del porcentaje de atención profesional al parto, en las Comarcas indígenas y en la provincia del Darién, donde ocurre el 0.2% de los nacimientos vivos de las áreas rurales. Es decir, la asistencia profesional al parto en el período señalado ha disminuido, particularmente en las áreas rurales. (Gráfica N°10).



El análisis de los datos disponibles según Región de Salud, indica que la Comarca Ngäbe Buglé presenta el menor porcentaje de asistencia profesional al parto, seguido de la Comarca Emberá y las Regiones de Darién, Bocas del Toro y la Comarca de Guna Yala. Gráfica N°11.



c. Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años de edad) que practican la planificación familiar con métodos modernos (de efectividad comprobada). Objetivo 3.7.1.

De acuerdo a la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva del 2015, el porcentaje de mujeres casadas o unidas de 15 – 49 años, corresponde a un 50.8% de la demanda de métodos de planificación familiar y un 24.2 no satisfacen sus necesidades.

Por otro lado el uso de anticonceptivos modernos ha disminuido del 2009 al 2014 -2015, de 59.3% a 46.4 %. La esterilización femenina es el anticonceptivo más popular usado por el 16.8 % de las mujeres casadas o unidas.

Seis de cada 10 (58.4%) usuarias de anticonceptivos modernos obtienen sus anticonceptivos en las instalaciones del sector público

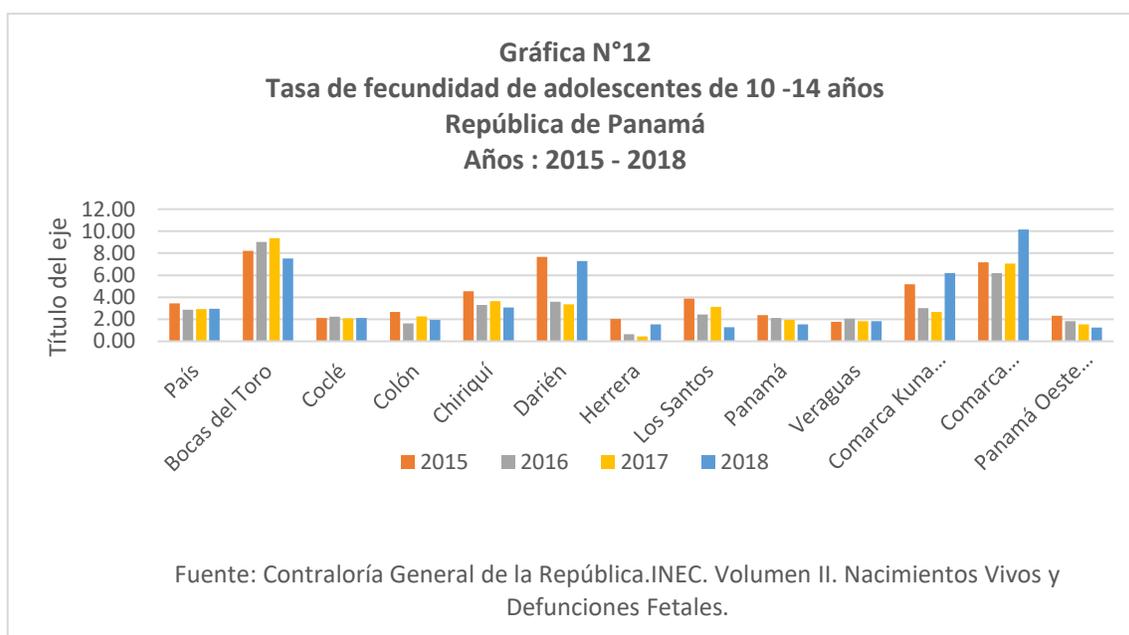
d. Tasa de fecundidad de los adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. (Objetivo 3.7.2)

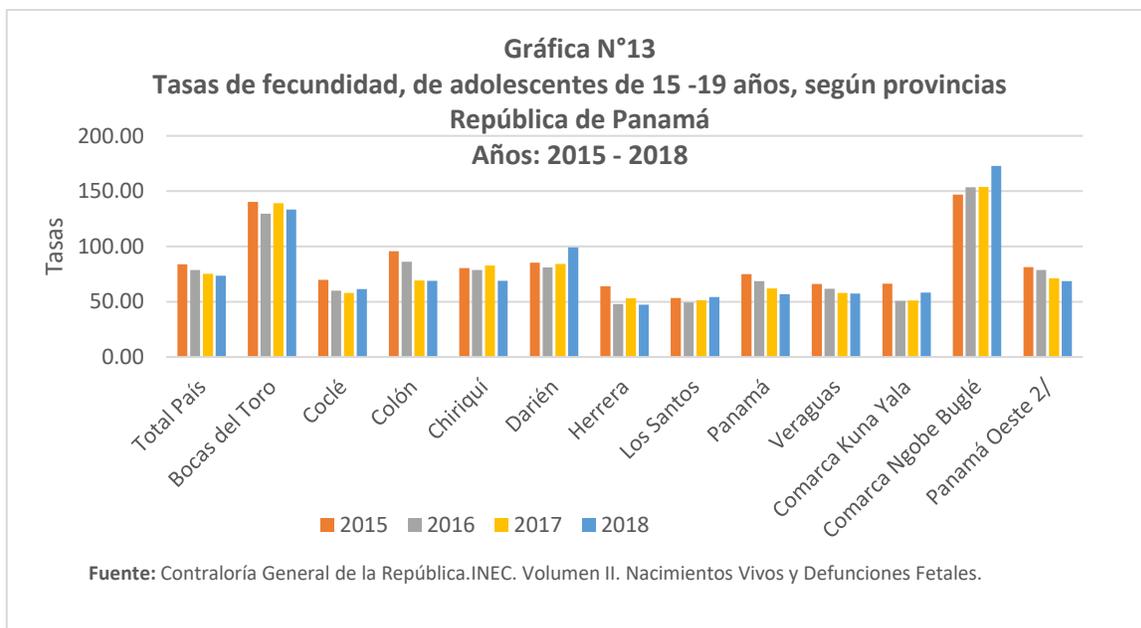
Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República, las tasas de fecundidad en menores de 15 años, se han mantenido estables durante los años 2016 a 2018, con una tasa de 2.9 por cada 1000 mujeres de este grupo de edad y un descenso progresivo de 84.0 a 73.5 de la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años de edad, para el período comprendido del año 2015 al 2018. Cuadro N°3.

Cuadro N°3								
Tasa Específica de fecundidad en la República de Panamá, según edad de la madre								
Tasa Específica de fecundidad								
Años								
Edad de la madre	2015		2016		2017		2018	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Menos de 15 años	603	3.4	506	2.9	517	2.9	522	2.9
15 a 19 años	14,242	84.0	13,519	78.8	13,056	75.3	12840	73.5

Fuente: Contraloría General de la República/ Instituto Nacional de Estadística y Censo

Las Regiones Ngäbe Buglé, Bocas de Toro y Darién, seguido de la provincia de Colón cuyas tasas de fecundidad han disminuido en los dos últimos años, presentaron las tasas más elevadas de fecundidad para el grupo de edad de 10 a 14 años y de 15 -19años. (Gráficas 12 y 13).





a. Avances en el cumplimiento de metas, según indicador

Según los datos disponibles hasta el año 2018, se avanza en un 7.2% en la meta definida de 27.8 para el año 2020. Considerar que la línea basal del indicador de Razón de mortalidad materna para el año 2015 es de 52.7 x 100000 nacidos vivos , alcanzando una razón de 45.5 en el año 2018. (Tabla N°1).

Avances en el cumplimiento de metas según indicador						
Meta	Indicador	Línea basal (Año: 2015)	Meta alcanzada 2018	Meta 2020	Diferencia porcentual	Avance en el cumplimiento Meta 2020
3.1. De aquí al año 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,00 nacidos vivos.	3.1.1. Razón de mortalidad materna	52.7	45.5	27.8	17.7%	7.2%