



**MARCO DE ACELERACIÓN
DE LOS
OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

**Trabajando Juntos por la Salud Materna
en la Comarca Ngäbe Buglé
(ODM 5)**

**PANAMÁ
2015**



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
PANAMÁ



ONU
PANAMÁ



Panamá

Marco de Aceleración de los
Objetivos de Desarrollo del Milenio

Trabajando juntos por la Salud Materna en la Comarca Ngäbe Buglé (ODM 5)

2014-2015

*Gabinete Social del Gobierno de Panamá
Sistema de Naciones Unidas en Panamá
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD Panamá*

Marco de Aceleración de los Objetivos del Milenio

Trabajando juntos por la Salud Materna en la
Región Ngäbe Buglé (ODM 5)

Impreso en Graphic Solutions, S.A.
Junio, 2015

Copyright © PNUD

Derechos Reservados

ISBN 978-9962-663-24-9

Fotos:
Secretaría de Comunicación de Presidencia de la República de Panamá

AGRADECIMIENTOS

Coordinación del proyecto

Ministerio de Desarrollo Social: *Velásquez Vásquez, Alcibiades*
Coordinador Técnico del Gabinete Social.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Santiago Herrero, Martín*
Coordinador Residente del SNU y Representante Residente PNUD.
Representante Residente Adjunto PNUD *Hiraldó, Fernando*.

Equipo técnico

Ministerio de Desarrollo Social y Secretaría Técnica del Gabinete Social: *Sucre, Zulema*; Viceministra del MIDES; *Tejada, Vielka*; *De Gracia Ramírez, Luis*; *Hurtado, Roxana*.

Ministerio de Salud: *Díaz, Temístocles*, Ministro Consejero; *Bravo, Raúl*.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD: *Castillo N., Edith*; *Pérez, José Manuel* y *Fuentes, Martín*.

Consultora del MAF: *Marquez, Amelia de Pérez*.

Participantes de las Instituciones:

A Sánchez, María; *Adames, Yadira*; *Almanza, Yaravy*; *Arauz G., Enedid*; *Arjona, Rocío*; *Arosemena, Rodrigo*; *Ayarza, Adela*; *Barahona de Mosca, Itza*; *Barrera, Gilda*; *Barría, Yeremi*; *Bernal, Dinora*; *Bravo, Raúl*; *Brostella, Irene*; *Cádiz de De Gracias, Vielka*; *Camaño, Noritza*; *Campana, Sara*; *Cárdenas, Yazmín*; *Carrera, Eira*; *Carvajal, Lizmarie*; *Castañedas de, Veyra*; *Castañedas, Fernando*; *Castillo, Nelson*; *Castillero, Virginia*; *Cedeño, Ángel*; *Cedeño, Delsy*; *Centella, Eufracio*; *Chamorro, Fermina*; *Corro Arjona, Franklin*; *De Gracia, Luis*; *De la Vega, Fulvia de Lasso*; *De León, Ana María*; *Delgado, Mónica*; *Díaz, Antonio*; *Díaz, Joaquín*; *Domínguez, Fadua*; *Donado, Enrique*; *Dormoi, Natasha*; *Franceschi, Virgilio*; *Frías, Nicomedes*; *Gallego, Irene*; *García, Lorena*; *García, Lourdes*; *González, Briseida*; *Grimaldo, Roberto*; *Guerra, Ivan Noel*; *Gutiérrez, Fernando*; *Herbert de, Zuleika*; *Hurtado, Roxana*; *Juliao, Kathya*; *Lezcano, Jorge*; *Martínez, Siria*; *Montero, Ismael*; *Nestorovic, Ana*; *Nieto, Maritza*; *Ortega, Miriam*; *Peralta, Onelia*; *Pérez, Ibeth*; *Pérez, Mercedes*; *Pinto, Elena*; *Plicet, Maria*; *Reyna, Sadia*; *Roach de, Fanía*; *Rodríguez, Ana María*; *Rueda, Delfina*; *Ruiz, Andy*; *Sousa, Carmen*; *Sucre, Rubén*; *Sucre, Zulema*; *Tejada de Urriola, Ilka*; *Tejada, Vielka*; *Torres, Tania*; *Tulloch, Felicia*; *Varela de, Susy*; *Vega Tejada, Luis Humberto*; *Yeppez, Yamileth*. **A nivel local:** *Carpintero, Buenaventura*; *Carpintero, Rolando*; *Carrera, Eira M*; *Carrera, Silvia*; *Casés, Marietta*; *De Gracia, Vielka*; *Della Sera, Edgardo*; *Enedid M Araúz*; *Montero Sánchez, Ismael*; *Montezuma, Ariel*; *Perez, Orlando*; *Rodriguez, Bernardino*; *Rueda, Deyina*; *Santos, Briseida del C*; *Uribe, Maribel*.

Instituciones participantes:

Caja de Seguro Social, Despacho de la Primera Dama, Hospital Santo Tomás, Instituto Conmemorativo Gorgas, Instituto de la Mujer, Instituto Nacional de



Estadística y Censo, Ministerio de Desarrollo Agropecuario, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Gobierno, Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Salud, Secretaría Técnica del Gabinete Social, Tribunal Electoral, Universidad de Panamá. **A nivel local:** Alcaldía de Ñurum, Cacica General, Gobernación Comarcal, Hospital de Changuinola, MEDUCA Chiriquí, MIDES Comarca Ngäbe Bugle, Ministerio de Salud Chiriquí (Hospital Obaldía), Ministerio de Salud Comarca Ngäbe Bugle.

Organizaciones Sociedad Civil y participantes:

La Asociación Acción Cultural Ngöbe (ACUN), Asociación de Mujeres Ngobe (ASMUNG), Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), Sociedad Panameña de Obstetricia y PRODESO. CONAMUIP.

Beitia, Alfredo; Caballero, Evis; Casés C., Marietta; Cooke, Juana; Cortés, P. Adonái; Gallardo, Raisa; Guillen, Elvira, Henríquez, Sonia; Pinto, Elena; Quintero, Blas; Rodríguez, Bernardino; Vivar, Everildo.

Agencias del Sistema de Naciones Unidas y Cooperación y Participantes:

OPS/OMS, PNUD PANAMA, PNUD-LARC, PMA, UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), SISCA.

Alma Jenkins; Almonacid, Adriana; Arosemena, Sugeiry; Castillo N., Edith; Farinoni, Noemí; Freire, Carolina; Fuentes, Martín; Henríquez, Maybett; Icaza, Marta; Iriarte, Emma; Mejía, Víctor; Mojica, Eyra; Oliver, Aida; Pinzón, Leonardo; Pizarro, Gonzalo; Ramos, Annie; Rueda, Corina; Salazar, Dayanara.

Edición: Profesora Selvaggi, Gerardina

Índice

MENSAJES.....	9
PRESENTACIÓN.....	13
INTRODUCCIÓN.....	15
I. Identificación y priorización de la Intervención para el MAF.....	19
Propuesta y Proceso del MAF en Panamá: Salud Materna.....	19
II. Características de la Mortalidad Materna en Panamá.....	23
III. Análisis Focalizado de las Muertes Maternas en la Comarca Ngäbe Buglé.....	29
Antecedentes y Contexto General.....	29
Mortalidad Materna en la Comarca Ngäbe Buglé.....	31
Fecundidad y Atención Profesional Prenatal en el Parto y en el Puerperio.....	33
IV. La Respuesta Institucional.....	37
1. Derechos sexuales y reproductivos que demandan una respuesta institucional.....	37
2. Normas, Estructura de Atención y Estrategias en el Nivel Nacional.....	38
2.a. Comisión Nacional de Salud Materna.....	38
2.b. Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE).....	39
2.c. Programa de Reducción de la Muerte Materna Comarca Ngäbe Buglé (2001-2011).....	40
3. Red de Servicios Actuales en la Comarca Ngäbe Buglé.....	41
4. La respuesta institucional desde la perspectiva de las usuarias de los servicios.....	43
IV. Identificando los Nudos y Encontrando Soluciones.....	47
1. Política y Planeación:.....	47
2. Presupuesto y Financiación.....	48
3. Demanda de los Servicios.....	48
4. Oferta de Servicios.....	49
5. Trabajo interinstitucional.....	49
V. Plan de Acción Trabajando Juntos por la Salud Materna en la Comarca Ngäbe Buglé.....	59
1. Objetivos Del Plan de Acción.....	63
2. Marco de Resultados.....	64
Anexos.....	79
Bibliografía.....	85

Índice de Figuras

Figura 1	El Proceso del MAF	19
Figura 2	Síntesis del Proceso del MAF en Panamá. Año 2014-2015	22
Figura 3	Razón de la Mortalidad Materna en la República. 2000-2013	25
Figura 4	Defunciones Maternas Años: 1990-2013	26
Figura 5	Mortalidad Materna. Muerte Materna según Regiones de Salud. 2007-2012	27
Figura 6	Personal de Salud en Misión Oficial dentro de la Región Ngäbe-Buglé	30
Figura 7	Comarca Ngäbe-Buglé según Regiones y Distritos.	31
Figura 8	Razón de Muertes Maternas en la República y en la Comarca Ngäbe-Buglé. Años: 2000-2013	31
Figura 9	Razón de la Mortalidad Materna Acumulada por Distrito en la Región de la Comarca Ngäbe-Buglé (CNB). Años: 2007-2013.	32
Figura 10	Porcentaje de las Defunciones Maternas de la Comarca Ngäbe- Buglé con respecto a las Ocurridas en la República. 2001-2013.	32
Figura 11	Cobertura de Atención Pre Natal por Distrito de la Comarca y República. Años: 2008-2012	33
Figura 12	Atención Profesional al Parto en la República y por Comarca Ngäbe-Buglé y sus Distritos. Años: 2008 – 2012	34
Figura 13	Derechos Sexuales y Reproductivos y Sector Institucional Mayormente Relacionado	37
Figura 14	La Ruta de la Muerte Materna en la Comarca Ngäbe-Buglé.	40
Figura 15	Instalaciones Estatales de Salud de la Región de la Comarca Ngobe Bugle	42
Figura 16	Relación de la Población de Responsabilidad de la Red Móvil e Itinerante. MINSa. Enero, 2011	43



Figura 17 Debilidades y Soluciones en la Atención de la Mortalidad Materna y los temas relacionados con las Metas e Indicadores de ese Objetivo del Milenio 50

Figura 18 Modelo Conceptual de Análisis para la Atención de la Salud Materna 59

Figura 19 Estructura funcional de coordinación institucional para la implementación del MAF. 62

Figura 20 Integración del nivel central institucional y de la mesa de trabajo in situ 63

Figura 21 Objetivos Específicos del Plan de Acción y las Metas del Objetivo 5 (Mejorar la Mortalidad Materna) con las que se relacionan 63

Abreviaturas y Significados

Abreviaturas	Significado
ACUN	Asociación Cultural Ngäbe
ASMUNG	Asociación de Mujeres Ngäbe
CSS	Caja de Seguro Social
GabSoc	Gabinete Social
GIS	Giras Integrales de Salud
GNUD	Grupo de las Naciones Unidas por el Desarrollo
ENV	Encuesta Niveles de Vida
HJDO	Hospital José Domingo de Obaldía
IDH	Índice de Desarrollo Humano
JAAR	Junta Administradora de Acueducto Rural
MAF	Marco de Aceleración de los Objetivos del Milenio
MEDUCA	Ministerio de Educación
MIDA	Ministerio de Desarrollo Agropecuario
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MOP	Ministerio de Obras Públicas
NB	Ngäbe-Buglé
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRODESO	Programa de Desarrollo Social
RdO	Red de Oportunidades Sociales
SENAPAN	Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional
UNACHI	Universidad Autónoma de Chiriquí
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Mensaje de S.E. Alcibíades Vásquez Velásquez
Ministro y Coordinador Técnico del Gabinete Social

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyeron un esfuerzo a escala mundial que generó un gran accionar para combatir el hambre y la pobreza extrema, promover la educación, el empleo productivo y decente, la salud, la mejora de la vivienda, el progreso hacia la igualdad de género, la maternidad segura; en fin todas aquellas iniciativas destinadas a mejorar el bienestar de la población actual sin comprometer a las futuras generaciones.

La nación panameña ha avanzado en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, siguen presentes desafíos en varios temas, entre ellos la Salud Materna, particularmente en las áreas indígenas que históricamente muestra los mayores rezagos.

La muerte de una mujer es una tragedia evitable que afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos (as), especialmente de los más pequeños. De allí la importancia ineluctable de establecer estrategias encaminadas a atender esta problemática.

El Gabinete Social asumió este compromiso con una clara visión de largo alcance que se sustenta en un trabajo coordinado entre los distintos actores y sectores; tarea que sabemos no es fácil, pero constituye un esfuerzo que compromete a la sociedad en su conjunto.

Acelerar los avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en tan corto tiempo no es un tema sencillo, ya que requiere de una gran voluntad y esfuerzo. Para nuestra administración la estrategia MAF (conocida por sus siglas en inglés), Marco de Aceleración de los Objetivos de Milenio, constituye una gran oportunidad para incidir en la realidad social de muchas familias, comunidades y por ende del país.

Resulta oportuno resaltar el apoyo que hemos recibido del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para la implementación de esta iniciativa, la cual pretende atender uno de los rezagos que afectan el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015, fecha en que se cumple el período acordado internacionalmente para medir las metas del milenio.

Igualmente, reconocemos la importante contribución de los diferentes actores del gobierno central, líderes locales, autoridades tradicionales y ONG's los cuales enriquecieron esta iniciativa.

Es evidente que nuestro gobierno bajo el liderazgo del excelentísimo señor Juan Carlos Varela, Presidente de la República, posee una clara visión de Estado, una vocación de servicio y un sólido compromiso de integrar a todos aquellos panameños (as) en el proceso de desarrollo del país, es por ello que los (as) invito a seguir trabajando en esta iniciativa, que busca en última instancia mejorar la vida de nuestra gente.



Alcibíades Vásquez Velásquez
Ministro
Coordinador Técnico del Gabinete Social



Mensaje de la Honorable Señora Lorena Castillo de Varela Primera Dama de la República de Panamá

Nuestra sociedad global se enfrenta a grandes desafíos. La Asamblea General de las Naciones Unidas, transcurridos 15 años desde la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000 ha reconocido que no le ha sido posible a un importante número de países, entre los que se cuenta Panamá, cumplir como Estado, con todas las metas; por lo que el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, promovió la iniciativa conocida como Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, MAF por sus siglas en inglés, como mecanismo para ayudar en la aceleración de los procesos necesarios para alcanzar las metas propuestas y así propiciar un pleno desarrollo para todos y todas.

Al analizar los rezagos más importantes en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se destaca como prioritario el abordaje de la Mortalidad Materna; por lo que nuestro país ha focalizado el MAF en las áreas indígenas, específicamente en la Comarca Ngäbe Buglé, debido al importante número de muertes maternas que pudieron ser evitadas y cuyas causas se encuentran fuertemente enraizadas en situaciones de inequidad de género, pobreza, limitado acceso a los recursos y a servicios de salud oportunos y expeditos, aislamiento y en muchos casos a la ausencia de políticas públicas integrales en las que se priorice a las mujeres en un marco de equidad y de reconocimiento de sus derechos.

Aunque se realizaron algunos esfuerzos en el año 2010, no es sino hasta el primer semestre de 2014 cuando se inicia un proceso de reflexión para avanzar en el MAF; sin embargo, es en el segundo semestre del año 2014, con la entrada del Gobierno de la República de Panamá, que se definen las prioridades y se deciden los pasos para el Plan de Acción que permitirá alcanzar el logro del ODM que ha sido seleccionado.

Alcanzar la significativa disminución de la Mortalidad Materna es una empresa que busca reorientar los esfuerzos ya existentes, en acciones concertadas con los actores estratégicos, entre los que se cuentan las instituciones gubernamentales, sociedad civil organizada, el sector privado y las autoridades locales, en aras de cumplir con el derecho humano primario, la salvaguarda de la vida, incorporando en el proceso a las comunidades y por supuesto a las propias beneficiarias como sujetos de derecho.

Se nos presenta una oportunidad única como Estado para generar las sinergias necesarias entre los diversos actores, aunando esfuerzos para organizar y dirigir en un solo haz de voluntades los esfuerzos hasta ahora aislados y dispersos que han

caracterizado el accionar en la lucha por la significativa disminución de la Mortalidad Materna.

La participación del Excelentísimo Señor Juan Carlos Varela, Presidente de la República, en la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Originarios, realizada en el marco de la Reunión Anual de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en la Ciudad de Nueva York, en septiembre del año pasado, en la que Panamá suscribió compromisos, ha sido uno de los primeros pasos dados en firme por el Gobierno de la República de Panamá con el fin de honrar una Agenda Social que prioriza entre sus temas la exclusión social, uno de los flagelos que afecta a los pueblos originarios en general y que de modo particular se inserta en el tema de las muertes maternas que pudieron ser evitadas.

Insto respetuosamente a toda la sociedad a integrarse, a ir de las palabras a la acción y que hagamos de estos objetivos un asunto de derechos humanos y una responsabilidad de todos.



Lorena Castillo de Varela
Primera Dama

Presentación: Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Trabajando juntos por la Salud Materna en la Región Ngäbe Buglé (ODM 5)

En la Cumbre del Milenio en septiembre de 2000, los líderes de 189 países acordaron llevar a cabo un compromiso universal para reducir la pobreza extrema y trabajar para lograr una serie de metas mínimas antes de 2015. Durante 2010, se revisó el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y se identificaron avances; pero también rezagos y desafíos que enfrentan muchos países y que dificulta el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En ese sentido el Sistema de Naciones (SNU) desarrollo el Marco de Aceleración de los ODM, conocido como MAF. El marco ofrece a los países, y a las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, un enfoque sistemático para la identificación y el análisis de la los cuellos de botella que frenan el logro de los ODM.

Panamá, es una de las naciones que ha realizado grandes esfuerzos en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; el IV informe de los ODM presentado en septiembre del 2014 presenta grandes avances para el país, aunque persisten desafíos como el de Salud Materna específicamente para las Comarcas indígenas. Encontrándonos cerca de septiembre de 2015, fecha límite para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, el país se encuentra lejos de alcanzar la mínima de 12.5 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos, los datos del último informe reflejan la razón de 64.9; lo que evidencia que es uno de los ODM en donde menos progreso se ha realizado. La mortalidad materna es un indicador que muestra las desigualdades sociales y económicas que afectan a las mujeres y niñas e impide el progreso de las metas de desarrollo.

Panamá, a través de la nueva administración de gobierno 2014 -2019, decidió asumir la estrategia MAF para atender la Salud de las Mujeres Ngäbe Buglé; el mismo se traduce en haber concretado este proceso con un plan claramente definido que establece estrategias y ruta a seguir, además de la instalación de los mecanismos de seguimiento nacional y local. Este esfuerzo requerirá de continuidad en el marco de la Agenda Global post 2015; lo que hace aún más pertinente la prioridad otorgada a la reducción de la mortalidad materna en Panamá, como un tema del presente y del futuro inmediato, en el marco de la nueva agenda global de desarrollo sostenible.

Me gustaría expresar mi agradecimiento a los representantes del Gabinete Social, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Ministerio de Gobierno, Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia, Despacho de la Primera Dama de la República, Autoridades Locales y Comarcales, organizaciones de



la Sociedad Civil y todos los demás socios que participaron en esta iniciativa, además a los colegas del Sistema de Naciones Unidas OPS, PMA, UNICEF y UNFPA y del Banco Interamericano de Desarrollo.

Espero sinceramente que este esfuerzo contribuya a mejorar en los próximos años los indicadores que reflejan la situación de la salud materna en el país.



Martin Santiago Herrero

Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas en Panamá y
Representante Residente del PNUD



INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000. La adopción de un conjunto de metas e indicadores mundiales ofreció un mecanismo que facilitaba la medición y las comparaciones internacionales para observar y constatar los avances de los países. Entre los objetivos centrales estaban el de asegurar a las poblaciones en mayor desventaja, alcanzar los estándares mínimos requeridos para asegurar su acceso a los beneficios del desarrollo nacional y mundial en el 2015, tomando como punto de partida la situación existente en 1990.

Con el transcurrir del tiempo, los Informes de Seguimiento de los ODM, mostraron que un gran número de países confrontaba dificultades para cumplir con algunas de las metas establecidas. En respuesta a esta realidad, emerge la iniciativa denominada Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, conocida como MAF, por sus siglas en inglés. La iniciativa, promovida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y presentada ante el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (GNUMD)¹; logró el respaldo del mismo en el año 2010, *con el fin de ayudar a acelerar el avance en el logro de las metas de los ODM en aquellos países cuyo progreso esté por debajo del mínimo necesario para alcanzar su meta en el 2015* (Naciones Unidas, 2011: 10).

En ese marco, se ha recomendado a los países que el tema de prioridad para el MAF se identifique con precisión y sentido de realismo, tomando en cuenta el impacto significativo que tendría para el logro del ODM seleccionado. Algunos países comenzaron sus respectivos MAF desde el año 2010 y cada país ha tenido la correspondiente autonomía para definir sus prioridades, v.g. mientras Costa Rica utilizó el MAF para enfrentar el tema de la discapacidad, en El Salvador, el MAF fue enfocado en la mortalidad materna.

En Panamá, hubo un primer esfuerzo de iniciar el MAF en el 2010, cuyos aportes se presentan en la sección siguiente. No obstante, el mismo no contó con el apoyo gubernamental necesario para llevarse a cabo. Como resultado, Panamá entró, realmente, a este proceso durante el primer semestre del año 2014, coincidiendo con el período electoral y el consiguiente cambio de gobierno. Por lo tanto, si bien el gobierno saliente inició un proceso de reflexión con miras a la elaboración del MAF en el 2014, ha sido a

1 Los organismos de las Naciones Unidas miembros del Grupo de trabajo incluyen a la FAO, OIT, ACNUDH, ONUSIDA, UNDESA, PNUD, PNUMA, UNESCO, ACNUR, UNFPA, UNICEF, ONUDI, ONU-Mujeres, PMA, Comisiones Regionales de las Naciones Unidas y la Campaña del Milenio, la Oficina del Secretario General y OCOD. Los miembros observadores incluyen al Banco Mundial y al Servicio de Enlace con las Organizaciones No Gubernamentales de las Naciones Unidas.



la administración de gobierno instalada en el mes de septiembre de 2014, a la que le ha correspondido definir las prioridades para el MAF y decidir sobre el Plan de Acción que se seguiría y que se presenta en este documento.

Los éxitos recientes muestran que, incluso los países menos adelantados pueden alcanzar las metas de los ODM cuando sus esfuerzos están respaldados por las políticas correctas, una asistencia técnica específica, la financiación adecuada y un firme compromiso político (Naciones Unidas, 2011: 13). Este señalamiento de las Naciones Unidas es de gran importancia, toda vez que la ejecución del MAF podrá llevarse a cabo efectivamente si se cumple con las condiciones antes señaladas.

Al coincidir el inicio del MAF con el inicio de una nueva administración gubernamental, se definieron las prioridades de gobierno paralelamente y se comenzó a organizar la agenda social del mismo, situación que generó la incidencia positiva en las posibilidades de trabajo interinstitucional e interagencial focalizado y racionalizando el uso de los recursos disponibles.

En este contexto, el lanzamiento paralelo del IV Informe sobre el Seguimiento de los ODM en el país, contribuyó positivamente a proporcionar insumos importantes para contar con información actualizada y pertinente y facilitar, de esta forma, la toma de decisiones sobre las prioridades.

El MAF implica un proceso de cuatro pasos (Naciones Unidas, 2011: 11-12) que se resumen en la Figura 1 y que consisten en lo siguiente:

1. Identificación y priorización de la intervención:

Este primer paso se encamina a definir los rezagos más importantes que ha tenido el país para alcanzar las metas de los ODM y la definición de las prioridades nacionales al respecto. Para esta tarea, se designó una Comisión de Alto Nivel que analizó la situación y seleccionó, luego de dos sesiones de discusión, que el tema para el MAF sería la Mortalidad Materna que presentaba los rezagos más críticos entre todos los ODM.

2. Identificación y priorización de los obstáculos:

El segundo paso tiene como propósito identificar y analizar cuáles fueron los obstáculos y dificultades que incidieron en el avance limitado. Para acometer este paso, se convocaron dos talleres, uno de representación nacional y otro de representación local usando metodologías participativas.

3. Identificación y secuencia de soluciones:

El análisis de los pasos anteriores permite abrir el compás para definir las soluciones requeridas y las acciones por tomar, de modo que puedan ordenarse y atenderse según la prioridad otorgada. Como los cuellos de botellas y las soluciones a los mismos están íntimamente relacionados en los talleres antes mencionados, también se abordó este

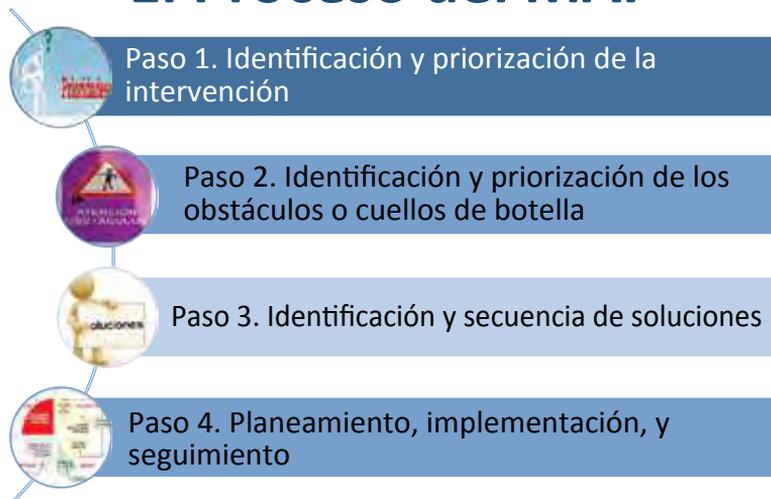
paso. De esa manera y debido a las limitaciones de tiempo, se lograría avanzar con mayor eficiencia.

4. Planeamiento, implementación y seguimiento

Para la elaboración del plan, es importante el compromiso y la participación de todos los actores involucrados de modo que haya la debida apropiación por parte de los actores provenientes tanto del gobierno como de la sociedad civil y el sector privado, tanto en el nivel nacional como en el nivel local. No se trata de un plan de acción, concebido de manera tradicional. Por ello, las Naciones Unidas define este paso como la *creación de un plan común de ejecución y monitoreo de las “soluciones de aceleración” (incluida una matriz de rendición de cuentas para el gobierno y sus asociados). Este puede servir de base para un Pacto de aceleración de los ODM (o un Plan de aceleración de los ODM) para el o los ODM seleccionados que estén desencaminados, a fin de facilitar la participación y la coordinación del gobierno, los asociados para el desarrollo (incluido el UNCT) y la sociedad civil. Dicho pacto puede ayudar a garantizar un respaldo integral a las acciones requeridas y a aprovechar las fortalezas de cada asociado, al tiempo que se racionalizan los esfuerzos y se reducen las redundancias* (Naciones Unidas, 2011: 12).

Figura 1

El Proceso del MAF







I. Identificación y priorización de la Intervención para el MAF

El Marco de Aceleración de los ODM aspira a que el esfuerzo focalizado de este proceso tome como blanco de acción el ODM que presente el mayor rezago y que, por lo tanto, requiere de una atención especial con el propósito de que las acciones, casi siempre interinstitucionales, tengan un impacto importante para alcanzar la meta. Las Naciones Unidas han señalado claramente que *el Marco de Aceleración ha sido ideado para utilizarlo con los ODM que (1) sean considerados de máxima prioridad por los países y (2) estén “desencaminados” o acusen un “progreso lento”, incluidos los que corran serios riesgos que se reviertan sus logros. Asimismo, podría aplicarse a aquellos ODM considerados estratégicamente importantes por su potencial efecto multiplicador con respecto a otros ODM (2011:15). Los éxitos recientes muestran que, incluso en los países menos adelantados, se pueden alcanzar las metas de los ODM cuando sus esfuerzos están respaldados por las políticas correctas, una asistencia técnica específica, la financiación adecuada y un firme compromiso político (Naciones Unidas, 2011:13).*

Propuesta y Proceso del MAF en Panamá: Salud Materna

En el año 2010, se efectuó el primer intento de realizar un proceso del MAF en Panamá, pero no se concretó y no fue sino hasta finales del 2014 cuando se hace un segundo esfuerzo que coincidió con la entrada del nuevo gobierno para el período 2014-2019.

La selección del Objetivo 5 que contempla mejorar la salud materna no fue automática, sino que obedeció a un proceso, al cual el IV Informe de Desarrollo del Milenio y el Plan Inicial de Gobierno, ofrecieron insumos importantes.

La revisión del *IV Informe de Seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Panamá* indicó la existencia de cinco (5) rezagos importantes. Tres correspondían a los Objetivos siguientes: *Objetivo 4 Reducir la mortalidad infantil, Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna y Objetivo 6 Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades*; dos se referían a alguna de las metas dentro de un objetivo, pero que, por su naturaleza, tenían una importancia vital, como la meta de *Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable*. dentro del Objetivo 7 *Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente* y la meta *En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo*, dentro del Objetivo 8 *Fomentar una asociación mundial para el Desarrollo*.

Luego de un análisis detallado, se presentaron tres alternativas: ODM 8 Meta 8 *Proporcionar el acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo en*



cooperación con las empresas farmacéuticas; ODM 7 Meta 7 C Reducir, a la mitad, el número de personas sin acceso a agua potable y saneamiento y ODM 5 Mejorar la salud materna. Estas habían sido seleccionadas por estar directamente relacionadas con dificultades y lentos avances e, incluso, posibles retrocesos con respecto a los ODM; por la gravedad de sus implicaciones y el impacto que estaba teniendo en la ciudadanía, así como por las intervenciones que se estaban realizando con miras al mejoramiento del problema como situación crítica.

La alternativa 3 relativa a la salud materna, emergía como la más viable para el proceso del MAF. Las razones que la sustentaban fueron diversas. Se trataba del Objetivo en el que se habían detectado dificultades para alcanzar la meta desde el año 2010 y se confirmaban en la actualidad; su cobertura se dirigía a velar por el derecho humano de mayor prioridad: salvaguardar la vida humana; existía una importante inversión institucional en acciones programáticas y recursos, que si bien no habían logrado el impacto esperado, evidenciaban un trabajo permanente. Además, los actores locales habían estado promoviendo acciones diversas con el apoyo de agencias del Sistema de las Naciones Unidas, particularmente OPS/PMS, UNFPA, UNICEF y PNUD. Las acciones cubrían acciones puntuales, como el traslado de una mujer a punto de dar a luz, como apoyo de vigilancia organizada a través de un Observatorio de los Pueblos Originarios. Por lo tanto, las condiciones estaban creadas para concitar los esfuerzos aislados y promover un trabajo conjunto que, además del sector salud, incluyera a otras entidades gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y las autoridades locales.

En la reunión efectuada el 3 de Septiembre en la Presidencia, se ratificó que la alternativa sobre la cual el gobierno se comprometía a trabajar para el MAF era la relativa a la salud materna y para iniciar el proceso, se dictarían dos talleres interagenciales con participación de las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, así como de la participación de agencias del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El primer taller tendría la representación en el nivel nacional de los actores involucrados y el segundo se organizaría en el nivel local para contar con las percepciones de los actores que estaban en el campo y, por lo tanto, atendían directamente el problema. En estos talleres, se procedería a cubrir las fases 2 y 3 relativas a la identificación de los cuellos de botella y a las soluciones para avanzar significativamente en el logro del ODM seleccionado.

En la Figura 2, se sintetiza el Proceso del MAF, cuya construcción ha sido participativa por lo que, además de las representaciones de las instituciones, se prestó especial atención a las demandas y consideraciones aportadas por los actores locales, quienes confrontan directamente el problema, sus causas, dificultades y posibles soluciones.

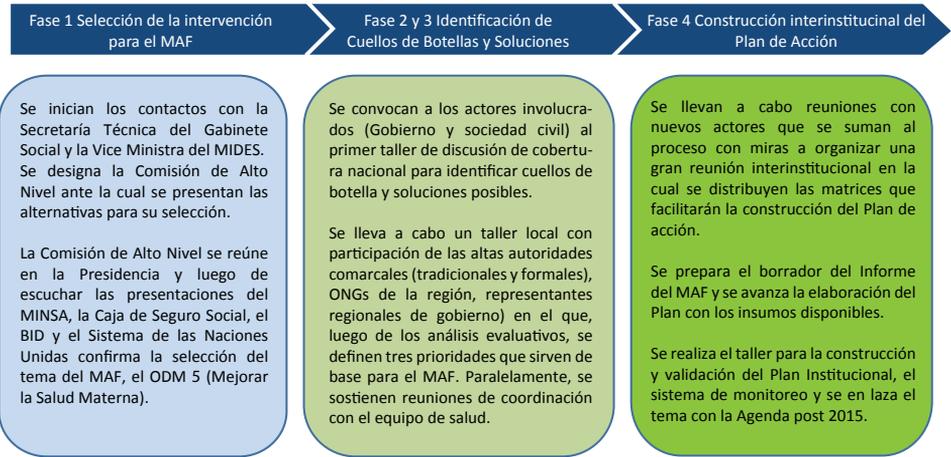
El proceso de construcción del plan de acción del MAF se desarrolló con la participación activa de los actores involucrados y cuya aspiración es la de reducir la mortalidad materna por causas prevenibles. Se consideró el trabajo conjunto y focalizado, de carácter interinstitucional, a fin de potenciar las sinergias y promover cambios sustantivos con



respecto a la salud materna. Resultó interesante observar la respuesta positiva de las diversas instituciones del Estado en sumarse y ofrecer su apoyo a esta iniciativa, al igual que de la sociedad civil, la cual se hizo presente desde el primer taller de discusión y con mucha más fuerza en el taller local efectuado en San Félix. Además, se realizaron tres reuniones interinstitucionales y finalmente, un taller de construcción y validación del Plan de Acción para el MAF.

Figura 2 Síntesis del Proceso del MAF en Panamá. Año 2014-2015

Figura 2 Síntesis del Proceso del MAF en Panamá. Año 2014-2015







II. Características de la Mortalidad Materna en Panamá

El tema de la mortalidad materna se inscribe en el marco de los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva, a partir de la Conferencia de Teherán de 1968, Bucarest en 1974 y Kenia en 1987. No obstante, es en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo cuando se integran los conceptos emanados de las conferencias citadas y de la cual emerge la definición integradora que, tal como aparece en el Plan de Acción, afirma:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (ONU, 1994).

Las muertes maternas, han dejado de ser una preocupación particular de cada país para convertirse en un tema de preocupación mundial y se identifican cuatro pilares básicos para su análisis y atención. Ellos son: Planificación Familiar, Atención Prenatal, Parto Seguro y Cuidados Obstétricos Especiales. El hecho de que el tema haya sido incluido como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, expresa la importancia concedida mundialmente al tema. Según la Dra. Paula Sesia (2006), ha habido dos razones fundamentales para elevar el tema a la agenda política mundial:

- Determinar, desde la perspectiva de salud pública, que se trata de muertes prevenibles y que, por lo tanto, pudieron haber sido evitadas, siempre y cuando las mujeres en riesgo hubieran tenido el acceso a una atención obstétrica de emergencia oportuna, expedita y resolutive (OMS 1999; UNFPA 2002).
- Detallar la relación existente entre discriminación de género y muerte materna, al identificarse que las prevalencias de MM son mucho mayores en situaciones de profunda inequidad genérica y en lugares donde las mujeres no se consideran prioritarias en la agenda de política pública (OMS 1999).

El trasfondo de inequidad que hay detrás de las muertes maternas conlleva situaciones de pobreza y exclusión, bajos niveles de educación, falta de acceso a servicios oportunos



y de calidad, traslados difíciles por residir en áreas geográficas distantes, sin la vialidad adecuada y con pocas facilidades de transporte y, con frecuencia, abusos que tienen una base cultural y que, Comúnmente, se expresan a través de la violencia doméstica.

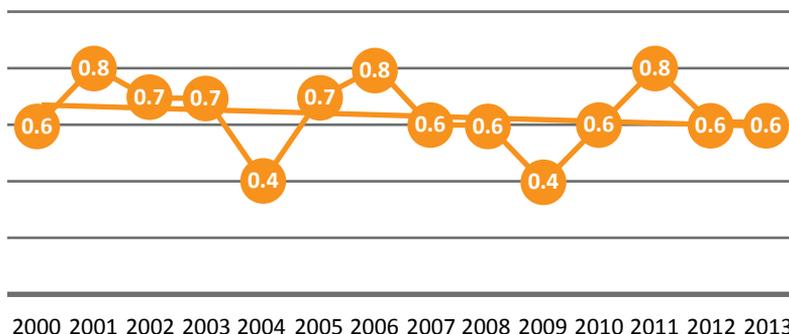
Las organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas han estado ofreciendo su apoyo al país para enfrentar este problema. En el caso de OPS/OMS, se han desarrollado varios informes acerca del aceleramiento de la disminución de la mortalidad materna, líneas de base, trabajo con disminución de embarazo en adolescentes incluyendo una cumbre centroamericana, prevención de aborto inseguro, elaboración de planes de disminución de la mortalidad materna, plan de disminución de embarazo en adolescentes, evaluación de leyes de salud sexual y reproductiva y vigilancia de la morbilidad materna grave (Mejía, 2014). UNFPA, por su parte, se ha concentrado en la región Ngäbe-Buglé desde antes del establecimiento formal de la Comarca, ha apoyado decididamente a la organización de la Asociación de Mujeres Ngäbe y ha ofrecido su aporte en el fortalecimiento de la organización y la educación en Salud Sexual y Reproductiva generando materiales en su propia lengua en el marco del respeto a la interculturalidad, a través del Programa de Reducción de la Muerte Materna en la Comarca Ngäbe-Buglé (2001-2011) y que aún continúa apoyando con asistencia técnica. UNICEF se ha vinculado, en razón de su experticia, con la niñez, porque el tema de la salud de la madre y de los niños está íntimamente relacionado con la mortalidad materna y la mortalidad infantil. El PNUD, por su parte, ha estado apoyando a la Comarca en la elaboración de un Plan Estratégico con miras a impulsar su desarrollo económico y social.

Al incluirse como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Objetivo 5 (Mejorar la Salud Materna) y con miras a medir los resultados del mismo; se introdujeron dos metas fundamentales por lograr en el año 2015 con sus respectivos indicadores. El indicador más conocido y quizá central es el de la tasa de mortalidad materna, también entendido como la razón de mortalidad materna. Este indicador se define como el número de mujeres que fallecen anualmente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (42 días después del parto) por cada 100,000 nacidos vivos. En el caso de Panamá que para el año base, 1990, tenía una tasa de mortalidad materna de 53 casos; la reducción en tres cuartas partes significaba que tenía que llegar a los 13 casos en el año 2015. Ello implicaba una reducción anual de aproximadamente 7%, según los cálculos de los especialistas (SNU, 2010), lo cual no ha sido posible, como se muestra en los próximos párrafos.

En el IV Informe de Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Panamá (2014: 60), se advierte que este indicador (TMM) puede ser afectado por el número de nacimientos y las variaciones en el sub registro, a pesar de los esfuerzos que se hacen para mejorar su cobertura y calidad. Por esa razón, es conveniente observar las defunciones maternas en términos absolutos, como un mecanismo de control y en términos de análisis de las tendencias. De esa manera, quienes toman decisiones cuentan con mayores elementos para adoptar las políticas públicas más adecuadas y establecer un seguimiento más certero y ajustado a la realidad.

1. Magnitud del Problema en el País

Figura 3
Razón de la Mortalidad Materno en la República.
Años: 2000-2013



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Sección de Estadísticas Vitales. Panamá: INEC, febrero 2015.

Los datos proporcionados y estimados en función de la razón o tasa de mortalidad materna (TMM) tomando como base el año 1990, tal y como establece la metodología de los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestran una ligera tendencia a la reducción, representada por la línea transversal, manteniéndose estable en los años 2012-2013. Una estimación anterior, basada en el quinquenio 2007-2011, mostraba una tendencia ascendente, situación que varía cuando se expande el período de observación en el largo plazo. Estos resultados son preocupantes, porque si bien ha habido un comportamiento cíclico de año en año, la tendencia en el largo plazo, en este caso catorce (14) años, revela muy pocos cambios, a pesar de los esfuerzos realizados institucionalmente y que se presentarán en otro apartado de este mismo trabajo. De allí que, la determinación de los cuellos de botella se torna en un factor crítico si se quiere modificar la situación existente.

La tasa o razón de mortalidad materna constituye una medida efectiva, según la óptica de la salud pública, es universal, al punto de que se ha tomado como una de las medidas básicas del Objetivo.5. Sin embargo, es conveniente aclarar que la observación de las defunciones maternas sin la afectación del número de nacimientos vivos es de importancia vital, desde una perspectiva de género. Es la cifra que muestra la magnitud real de las muertes maternas y que evidencia que el problema tiene un impacto significativo entre la población de mujeres y, particularmente, en aquellas que viven en situaciones de mayor desventaja.

La figura 4, relativa a las Defunciones Maternas a partir del año base, muestra una historia un poco diferente a la de la TMM. Desafortunadamente, no existe el dato para los años 1995-1999, pero, aún con esta limitación, puede observarse una tendencia ascendente en el fenómeno de las muertes maternas, lo cual indica que el problema

es más profundo de lo que se puede observar a simple vista. Como se ha señalado en estudios anteriores, este dato es importante por las desigualdades que subyacen y que ponen de manifiesto la falta de equidad de género, no solo en relación con los hombres, sino entre las mismas mujeres, por sus contrastantes condiciones de educación, ingreso y acceso a los servicios de salud y de la seguridad social.

Figura 4
Defunciones Maternas. Años 1990 - 2013



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Sección de Estadísticas Vitales. Panamá: INEC, Febrero 2015.

De los resultados del IV Informe de Seguimiento a los ODM, se desprende que, en la relación rural urbana, la tasa de mortalidad materna de las áreas rurales supera más de dos veces a la urbana. La revisión de otros temas importantes relacionados con la mortalidad materna indica que las principales causas de muerte materna son las denominadas causas directas, o sea, aquellas relacionadas con el embarazo y el parto que, en su orden, son: las hemorragias post-parto, parto obstruido, sepsis y trastornos hipertensivos del embarazo. Las hemorragias post parto mantienen una clara tendencia a ser la causa principal de muerte materna cuya atención requiere de la asistencia de personal especializado. Las mismas se consideran prevenible, porque de haber sido tratada a tiempo, se hubiese evitado la muerte de la madre (Gobierno de Panamá-ONU, 2014: 60-66).

En el término de la asistencia profesional al parto, se ha utilizado un proxy que da cuenta de los casos de atención profesional en los que ha habido nacimientos vivos, el cual presenta una tendencia ascendente en el nivel de la República. No obstante, este indicador no recoge las defunciones por otras causas también relacionadas con el embarazo y el parto en el que hubo muerte de la madre. En las áreas de difícil acceso, particularmente en las Comarcas, se usan soluciones alternativas como la asistencia de parteras empíricas o de familiares y, por lo general, los nacimientos o las defunciones no siempre son registradas ante los organismos oficiales, lo cual genera un subregistro de nacimientos y defunciones, ya sea de la madre o de los recién nacidos. A eso, se suma el hecho de que el mismo indicador por la atención prestada que alcanzaba casi la totalidad de casos (96.4%), según cifras del Ministerio de Salud, durante el puerperio; ha venido descendiendo y, para el 2011, había llegado a las $\frac{3}{4}$ partes.

2. Fecundidad y Planificación Familiar

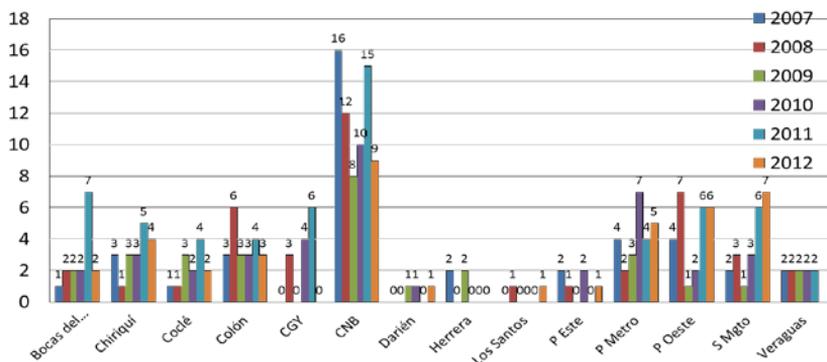
La tasa de fecundidad bajó drásticamente durante la primera década del 2000, pero ha mostrado una tendencia a recuperarse a partir del año 2011. Sin embargo, ya para el año 2009, las áreas indígenas mostraban tasas de fertilidad de más del doble del porcentaje (71.7% versus 32.8%) que el valor nacional de mujeres fértiles de 15 a 49 años (Gobierno de Panamá-ONU, 2014: 60-66).

Según el IV Informe de Seguimiento de los ODM (2014: 60-66), dos terceras parte de las mujeres casadas o unidas usaban algún método anticonceptivo en las áreas urbanas y rurales, mientras que, en las áreas indígenas, apenas superaban una quinta parte (64.5%, 66.8% y 22.3% respectivamente). La comarca Ngäbe Buglé fue la que mostró el menor porcentaje de mujeres casadas o unidas que usaban algún método anticonceptivo con 18.7% solamente.

3. Focalización del Problema

El análisis del comportamiento de la tasa de mortalidad materna por regiones de salud puso en evidencia que el problema se concentraba en la Comarca Ngäbe-Buglé, seguida del conjunto de las tres regiones de Panamá (Panamá metro, Panamá Este y Panamá Oeste) y, en tercer lugar, la Comarca Guna Yala. En la Figura 11, se presentan estos resultados, los cuales llevaron a los decisores a focalizar el MAF en la Comarca Ngäbe-Buglé, no solo por las magnitudes de muertes maternas, sino por la asociación de esta con problemas de pobreza, de educación, de acceso a los servicios básicos y de salud, por lo que se espera que la reducción de la muertes maternas en la Comarca tendría un fuerte impacto en la reducción del volumen total. No obstante, no se desconocen las magnitudes de las otras regiones de salud señaladas, pero sí que cuentan con condiciones más favorables.

Figura 5
Mortalidad materna
Muertes Maternas según Regiones de Salud. 2007-2012



Fuente: Bravo Raúl, Ministerio de Salud. Tomado de la presentación en el taller con los actores sociales sobre el MAF, efectuado en Panamá el 4 de septiembre de 2014.

Las cifras analizadas en este apartado a la luz del Objetivo 5 (Salud Materna) confirman que Panamá no pudo cumplir la meta de reducir a las dos terceras partes la tasa o razón de mortalidad materna. Por el contrario, la observación del comportamiento de las cifras a partir del año base de 1990, muestra una tendencia bastante estable con apenas un leve descenso. La observación paralela de las defunciones maternas presenta un ascenso preocupante por la asociación conceptual entre la ocurrencia de muertes maternas y su asociación con la pobreza, la desigualdad de género y la violencia.

Aunque se pueden encontrar algunos esfuerzos importante de focalización, la atención ha sido usualmente generalizada por lo que un esfuerzo de focalización, como el que plantea el MAF, que además concite los esfuerzos interinstitucionales, de la sociedad civil y del sector privado, resulta interesante para generar sinergias que tengan un impacto positivo en la reducción de las muertes maternas.

El análisis focalizado en la situación de la Comarca Ngäbe-Buglé facilitará la determinación de los cuellos de botella y las bases para un Plan de Acción, considerando la canalización de los esfuerzos interinstitucionales hacia la Comarca.





III. Análisis Focalizado de las Muertes Maternas en la Comarca Ngäbe Buglé

Antecedentes y Contexto General

La atención otorgada a los pueblos originarios constituye una prioridad que se fundamenta en varios instrumentos internacionales como son:

- *La Declaración de las Mujeres Indígenas de América Latina sobre Salud Reproductiva Intercultural del 30 de junio de 2011.*
- *La Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre salud sexual y reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas.*
- *Los Planes de Acción acordados en el Cairo y en Beijing y la preparación de Beijing+20,*
- *La Declaración del Milenio y los respectivos informes de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sus metas e indicadores*
- *Las Recomendaciones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas.*
- *Los movimientos de Mujeres indígenas de las Américas rumbo a Cairo + 20, Uruguay 2013.*
- *Una Promesa Renovada para las Américas, Panamá, 2013.-*

Además, en representación de Panamá, el Presidente de la República participó en la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Originarios, efectuada en septiembre del año 2014 en Nueva York, en el marco de la Reunión Anual de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En el evento, se formularon compromisos y se compartieron buenas prácticas en el marco de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Originarios. Panamá ha suscrito compromisos que muestran su disposición de priorizar los temas de exclusión social que afectan a los pueblos originarios, dentro de los cuales se inserta el tema de las muertes maternas que pudieron ser evitadas.

Según el INEC, la población estimada que reside en la Comarca Ngäbe-Buglé para el año 2014 alcanza los 192,862 habitantes, de los cuales 94,827 son hombres (49%) y 98035; o sea, el 51% son mujeres. Siguiendo la tendencia de la población nacional, los hombres tienen una esperanza de vida (EVN) menor que la de las mujeres, de tal forma que, mientras que para las mujeres la EVN es de 72 años, la EVN de los hombres es de 68. En promedio, se ha estimado en 70 años la esperanza de vida al nacer de la población de la comarca. Es importante señalar que el gran número de recién nacidos de los diversos grupos que conforman la comarca, no son registrados por su etnia, sino por la nacionalidad panameña, cuando residen en otras partes del territorio nacional. Esto significa que existe un subregistro de la población

originaria, atendida fuera de las instalaciones de salud cercanas la Comarca. El sub registro es aún más crítico debido a los movimientos migratorios de esta población. Hay que recordar que, en períodos de cosecha, los trabajadores de la etnia Ngäbe-Buglé se movilizan buscando fuentes de trabajo, casi siempre en plantaciones de grandes fincas cafetaleras de Panamá y Costa Rica. Como resultado, las mujeres embarazadas no controlan sus embarazos, no se informan de los nacimientos y defunciones de la madre o el niño que hayan ocurrido y no es extraño encontrar casos de mujeres embarazadas cuya existencia nunca se formalizó en el Registro Civil. Este es un tema serio que ha despertado el interés de las autoridades por sus implicaciones en materia de ciudadanía.

El grupo de los Ngäbe-Buglé, si bien presenta las condiciones de pobreza y pobreza extrema más severas del país (ENV, 1997; MEF, 1999; ENV 2003), es el más numeroso de los pueblos originarios que habitan en Panamá y su territorio comarcal es bastante extenso (alcanza los 6,968 kilómetros cuadrados), pero físicamente irregular, ubicado en la región montañosa más alta del país a la que no se tiene acceso fácilmente, con pocas carreteras, cruzado por ríos, que, en algunas zonas, se convierten en la única vía de salida.

Figura 6

Personal de Salud en Misión Oficial dentro de la Región



Fuente: MINSA, 2014

El territorio comarcal comprende tres regiones segregadas de tres provincias: Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas y se divide en 70 corregimientos agrupados en 9 distritos, los cuales aparecen en la Figura 7.

Figura 7

Comarca Ngäbe Buglé según regiones y distritos

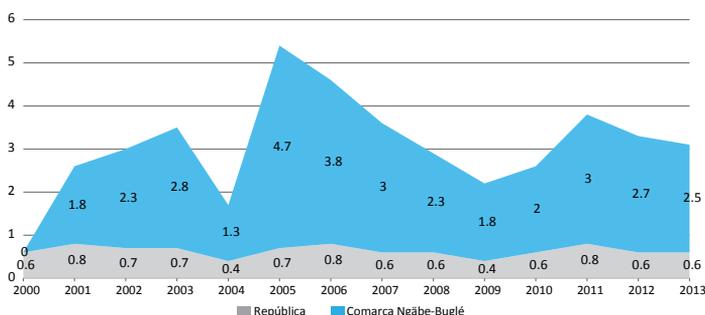
Ño Kribo (Segregada de Boas del Toro)	Nedrini (Segregada del Chiriquí)	Kodri (Segregada del Veraguas)
<ul style="list-style-type: none"> • Jironday • Kankintú • Kusapín • Bledeshia 	<ul style="list-style-type: none"> • Besico • Minoró • Nole Duima 	<ul style="list-style-type: none"> • Muna • Ñurum

Mortalidad Materna en la Comarca Ngäbe Buglé

La relación de la razón de muertes materna de la Comarca con respecto al volumen de TMM en el país; se puede observar en la Figura 8, en la cual se hace evidente que las tasas de MM de la comarca superan los promedios nacionales durante los 22 años observados. La baja en el año 2004 no necesariamente responde a progresos, sino, más bien, a deficiencias en la información disponible.

Figura 8

Razón de Muertes Maternas en la República y la Comarca Ngäbe-Buglé. Años 2000-2013



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Sección de Estadísticas Vitales. Panamá: INEC, febrero 2015. (Gráfica basada en el cuadro preparado a solicitud de la autora)

Es importante señalar que los datos de las tasas de muertes maternas en la Comarca Ngäbe-Buglé cuentan con registro a partir del año 2001 y, por lo tanto, se puede observar fácilmente las mejoras logradas para disponer de un registro focalizado y reducir las omisiones. El análisis del período 2007-2013 del acumulado de la TMM elaborado por el INEC y el Ministerio de Salud y presentado en la Figura 9, muestra que el Distrito con mayor concentración de muertes maternas durante el período citado ha sido Muna, seguido de Kusapín y Besico. Los distritos de Ñurum y Nole Duima presentan los volúmenes más bajos de la TMM.

Figura 9

Razón de Mortalidad Materna Acumulada por Distrito en la Región de la Comarca Ngäbe-Buglé (CNB). Años: 2007-2013

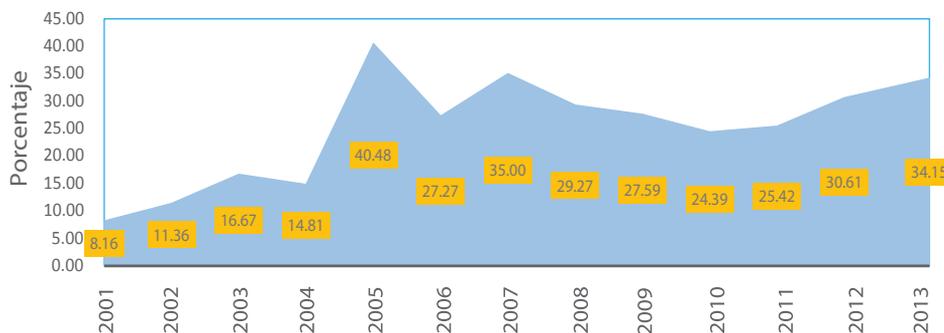


Fuente: Contraloría Nacional de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Sección de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud. Datos presentados en la reunión interinstitucional del 17 de diciembre de 2014.

El análisis de las defunciones maternas como se observa en la Figura 10, indica que las defunciones maternas de la Comarca en estudio representan un porcentaje considerable de las muertes en toda la República. Los bajos registros entre 2001 y 2004 pueden estar asociados con el inicio del proceso de recolección de la información específica, en vista de que, anteriormente, las muertes maternas no se registraban por comarca. Aunque en el año 2005 el porcentaje se elevó al 40%, la tendencia parece mostrar que, aun teniendo en cuenta los sub registros, representa un poco menos de la tercera parte del total de las defunciones maternas del país, pero, aun así, es una magnitud considerable. Como era de esperarse, el volumen de defunciones maternas es un poco más alta que la TMM, pero la tendencia es muy parecida.

Figura 10

Porcentaje de las Defunciones Maternas de la Comarca Ngäbe-Buglé con Respecto a las ocurridas en la República. Años: 2001-2013



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Sección de Estadísticas Vitales. (Panamá: INEC, febrero 2015. (Gráfica basada en Información solicitada y enviada por vía electrónica).

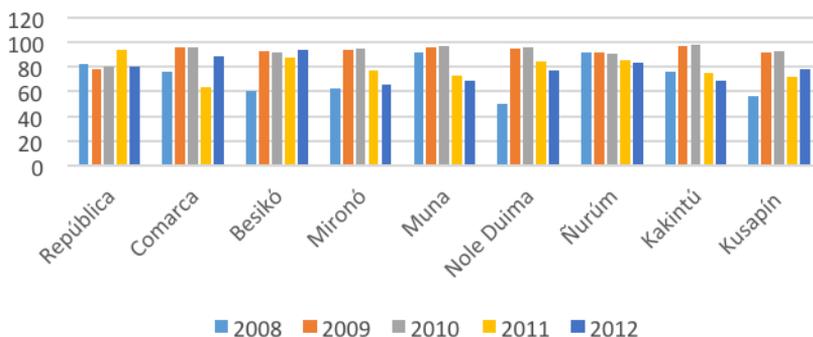
Las causas de las defunciones maternas son muy parecidas a las del nivel nacional. Predominan las hemorragias y otras causas directas. Los datos proporcionados por el INEC indican que el grupo de edad más afectado por las muertes maternas es el de 35-39, casi siempre mujeres multíparas con un promedio de más de 4 a 5 hijos. Si bien el grupo de 20-24 años le sigue en frecuencia, la cifra es bastante menor, por lo que el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres Indígenas de Panamá, atribuye el hecho a que las mujeres jóvenes tienen una mayor apertura a recibir asistencia médica, mientras que las mayores se acogen a las prácticas más tradicionales (Observatorio SSR, 2012: 13)

Fecundidad y Atención Profesional Prenatal en el Parto y en el Puerperio

La comarca Ngäbe Buglé presenta la tasa más alta de fecundidad. De 6.5 hijos por mujer, en el año 2000, pasó a 4.9 hijos por mujer en el 2010, ubicándose en un nivel de fecundidad alto, según la clasificación realizada por el Instituto de Estadísticas y Censo. Su proyección indica que en el año 2030, será la única comarca que alcance una tasa de 3.1 clasificándose como una fecundidad intermedia (Observatorio de SSR-MI, 2013:7). En contraste, presenta la tasa más baja en uso de anticonceptivos, no solo del país, sino también comparada con el resto de las comarcas.

La observación empírica parece indicar que, en un buen número de casos, las mujeres embarazadas no reciben atención prenatal, por lo que se examinaron los datos emanados del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud para observar el comportamiento por Distrito. Se dispone de la información desagregada a partir del año 2008 por lo que esta observación cubre el quinquenio 2008-2012.

Figura 11
Cobertura de Atención Pre Natal por Distrito de la Comarca y República. Años: 2001-2013



Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Panamá: MINSA, 2014.

La observación de la Figura 11 muestra que en el nivel de la Comarca y en el de los distritos hubo avances importantes en atención prenatal durante los años 2009 y 2010.

Luego se observa una tendencia a la baja, con excepción de Besikó y Kusapín. Esa baja es notoria en los promedios de la comarca del año 2011, no así en el 2012, que muestra un nivel más alto, posiblemente, por el peso de los Distritos que incrementaron la cobertura de atención prenatal. No obstante, en términos promedio, se cubre un poco más de las tres cuartas partes, lo cual resulta positivo, pero hay que trabajar por el incremento de la cobertura.

Con respecto a la maternidad adolescente, la cifra de la que se dispone es la relativa al grupo de edad de 15-19 años que deja por fuera los embarazos en edades menores. Usualmente, la actividad sexual se inicia a edades tempranas. Sin embargo, las cifras encontradas indican que menos de una tercera parte de las madres corresponden a ese grupo de edad (29.1%).

La atención profesional del parto, como se explicó anteriormente, se estima sobre la base de los nacimientos vivos y, por lo tanto, quedan excluidos los casos de nacidos muertos, los abortos, los embarazos ectópicos y los embarazos molares. Por lo tanto, los datos que se examinan son una aproximación, debido al sub registro.

Figura 12

Atención Profesional al Parto en la República y por Comarca Ngäbe-Buglé y sus Distritos. Años: 2008-2012



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Sección de Estadísticas Vitales

La atención profesional al parto en la Comarca indica que aún la cobertura es sumamente baja, a pesar de que ha estado aumentado en algunos distritos como Nole Duima, Mironó y Besikó, principalmente. La reflexión que se desprende de esta realidad es que las dos terceras partes de los nacimientos en Distritos como Kusapín, Kankintú y Ñurúm no han recibido atención profesional en el parto y, posiblemente, tampoco durante el embarazo. Como se recordará, en Kankintú el único hospital es el de la Caja de Seguro Social adonde acude la tercera parte que logra llegar a buscar asistencia profesional al momento de su parto.

Los resultados que presenta la figura 19 también sugieren la búsqueda de mecanismos que acerquen los servicios de salud a una población que requiere de atención, pero



que aún no logra beneficiarse de esos servicios. En términos generales, más de la mitad de las mujeres de esta etnia, y como se señaló en algunos casos, las dos terceras partes, no reciben atención profesional, sino de parteras con o sin entrenamiento o de otras personas. La comparación con el promedio nacional refuerza el hecho de que la cobertura en la Comarca está muy por debajo del promedio nacional, lo que explica, en parte, el problema de las altas tasas de mortalidad materna. Es evidente que esta situación plantea un desafío al sistema de salud pública nacional, regional y local.

El Observatorio de las Mujeres Indígenas (2012: 17), al analizar este tema, señala que *todavía existen porcentajes altos de nacimientos en los domicilios (86.5% y 74.8%) y la mayoría de las muertes maternas se producen, precisamente, en esos domicilios. La lejanía de los centros de salud, además de su no adecuación para atender emergencias obstétricas y, posiblemente, una mayor conciencia de la necesidad de atención médica, serían algunos factores que estarían influyendo en este comportamiento.*

En consecuencia, las distancias y el acceso a las instalaciones de salud se convierten en dos temas críticos para incidir en la reducción de las muertes maternas de la Comarca.

Los datos de atención durante el puerperio, o sea, durante los cuarenta días siguientes al parto, se registran desagregados por corregimiento a partir del año 2009. Sin embargo, a pesar de que se trata de pocos años para observar una tendencia, los resultados indican que los corregimientos de Muná, Besikó y Nole Duima, seguidos por Ñurum y Kusapín presentan significativos porcentajes de atención médica. Gran parte de esta atención no solo es de rutina, sino que, en muchos casos, se refiere a las complicaciones obstétricas de la madre o complicaciones del recién nacido que se presentan en el puerperio. En el nivel de la República, la atención durante el puerperio representa un poco menos de la mitad de las mujeres y, en el nivel de la comarca, unas tres cuartas partes asistió a las instalaciones de salud por asuntos relacionados con el puerperio (Observatorio SSR, 2012: 18-19).

Sintetizando y tomando como referencia los Indicadores de las Metas dentro del Objetivo 5 (Mejorar la Salud Materna), la Comarca Ngäbe-Buglé presenta las tasas más altas de mortalidad materna de la República y la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado más bajo. Estos indicadores han tenido un peso específico (casi una tercera parte) en el rezago presentado por Panamá para cumplir la *Meta 5 A de Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.*

Con respecto a los indicadores relativos a la tasa de uso de anticonceptivos, como se señaló, anteriormente, menos de la quinta parte de las mujeres en edad fértil, los utilizan. En ninguno de los estudios, se logra determinar cuánto obedece a ignorancia al respecto y cuánto obedece a valores culturales relacionados con el machismo, la subordinación femenina o creencias religiosas. Relacionado con este indicador, está el de las necesidades de planificación familiar insatisfechas que muestra que alrededor de tres cuartas partes de mujeres casadas o unidas de la Comarca estarían interesadas en tener acceso a métodos anticonceptivos para espaciar los hijos o planear el número de los hijos que desean.

En términos de la atención prenatal, se han logrado avances importantes que muestran disparidades entre los distritos y una ligera tendencia a no recibirla en los últimos años, contrastando con los años 2009 y 2010 en los que hubo un repunte de la atención prenatal.

En consecuencia, la Meta de 5 B Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva tampoco se cumple en la Región Ngäbe Buglé, pero no es imposible de lograr si se trabaja, respetando los aspectos culturales que implican la participación de los cónyuges, además de las autoridades tradicionales y si se refuerzan los niveles educativos y expectativas de vida de las personas y las familias.





IV. La Respuesta Institucional

En este apartado, se examina la respuesta institucional existente en el país que, de alguna forma, estaba inserta en la cobertura de atención de los indicadores revisados. La respuesta institucional esperada es la que debiera existir de acuerdo con la normativa nacional e internacional y con las necesidades de los y las usuarias de los servicios (antes descritas). La respuesta institucional real es la que se evidencia a través de la red de servicios, sus limitaciones y las percepciones de la población atendida.

1. Derechos sexuales y reproductivos que demandan una respuesta institucional

En la Figura 13, se presentan aquellos Derechos Sexuales y Reproductivos que tienen claras implicaciones para las responsabilidades institucionales y facilitan el análisis de la gestión pública relacionada con sus avances y sus restricciones. El cuadro presenta los sectores institucionales mayormente involucrados, sin querer ser excluyente, en vista de la diversidad y complejidad de aristas que tiene la mortalidad materna.

Figura 13

Derechos Sexuales y Reproductivos (con implicaciones institucionales)	Sector Institucional mayormente relacionado
Acceso en igualdad de condiciones a la educación y los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Protección contra todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión o cualquier otro estatus.	Educación (todos los niveles) Salud (nivel central, hospitales y niveles locales) Desarrollo Social (programas relacionados) Presidencia (programas relacionados) Gobierno (dependencias relacionadas) Órgano Judicial Sistema de justicia administrativa
Derecho a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en materia de sexualidad y reproducción. Derecho a la información sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad	Educación Salud Seguridad Social Desarrollo Social Gobierno
Derecho de las personas a acceder a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y accesibles para la regulación de la fertilidad. Derecho de las mujeres a la protección de la salud reproductiva, la maternidad y el aborto seguros.	Salud Seguridad Social
Derecho a la atención de la salud reproductiva de las personas infértiles o cuya fertilidad está amenazada por enfermedades de transmisión sexual.	Salud Seguridad Social
Derecho a servicios completos de atención a la salud sexual y reproductiva. Protección de las niñas y las mujeres contra las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud.	Salud Seguridad Social Desarrollo Social Educación Presidencia

Acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad, anticoncepción y aborto.	Salud Seguridad Social
Derecho a reunirse, asociarse y tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y reproducción.	Desarrollo Social Educación Salud Seguridad Social Gobierno Presidencia
Protección a las personas contra cualquier tratamiento degradante y violencia en relación con su sexualidad y reproducción, especialmente en tiempos de conflicto armado.	Órgano Judicial Salud Seguridad Social Desarrollo Social Gobierno

Extracto de “International Planned Parenthood Federation”, Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos. Londres: IPPF, 1995

Un análisis transversal de estos derechos permite apreciar las áreas a las que apuntan, las cuales se resumen en educación/capacitación, cultura, acción contra la violencia en todas sus formas, acceso a la información, seguridad y calidad de los servicios y la incorporación de la tecnología.

2. Normas, Estructura de Atención y Estrategias en el Nivel Nacional

Con base en la Constitución, las Leyes y los acuerdos firmados en la República de Panamá; el Ministerio de Salud (MINSAL), como ente rector y la Caja de Seguro Social (CSS), son las organizaciones responsables de los servicios de salud más grandes del país, dentro del sector público y les atañe ser los *garantes de derecho* en materia de la salud sexual y reproductiva. Los planes de acción específicos se enmarcan en La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015. A estas instituciones, les cabe, además, la responsabilidad primaria de asegurar el Objetivo 5 (Mejorar la Salud Materna) y, por lo tanto, ofrecer la gama de servicios que aseguren el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos adoptados tanto en la región por el Sistema Interamericano como, internacionalmente, por el Sistema de las Naciones Unidas. Sin embargo, como el problema es sumamente complejo y no solo es clínico, sino social, la acción del sector salud requiere ser respaldada por otros sectores de gobierno y de la sociedad civil como se observa más adelante.

2.a. Comisión Nacional de Salud Materna

El documento Normas Técnico- Administrativas y Manual de Procedimientos, revisado y actualizado en el año 2014, desarrolla, en detalle, la normativa del país en materia de salud sexual y reproductiva y cubre todo el proceso de atención, acompañado de una diversidad de instrumentos de seguimiento que requieren de la capacitación permanente del personal que rota por las diversas instalaciones de salud. El Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como objetivo el *mejoramiento del nivel de salud biopsicosocial de la población femenina, mediante acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de su salud, basadas en la evidencia científica, que conlleve al*



desarrollo integral de la mujer, la madre, el recién nacido y se proyecte hacia el bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto (MINSA, 2014). Es ejecutado por el MINSA con estrecha coordinación con la Caja de Seguro Social. Ambas organizaciones trabajaron, en 2014, la revisión de la normativa y los procedimientos para el desarrollo de cuatro áreas, a saber: Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido; Atención Integral de la Mujer; Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal.

Otro instrumento de carácter normativo, directamente relacionado con el Objetivo 5 (Mejorar la Salud Materna), es la Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Esta guía orienta las investigaciones de las muertes maternas y cubre a las mujeres en edad fértil que estaban embarazadas en los 42 días previos a su fallecimiento y, también, a las mujeres fallecidas en el lapso de un año después del parto.

El seguimiento del cumplimiento de la normativa ha sido confiado a una comisión interinstitucional denominada Comisión Nacional de Muerte Materna y Perinatal en el nivel central que luego desciende a los niveles regionales, hospitalarios y locales, en aquellas instalaciones de salud, tanto públicas como de la seguridad social, que tengan incidencia en la salud materna, lo cual incluye Centros de Salud, Puestos de salud, Policlínicas, ULAPS y otras instalaciones relacionadas.

2.b. Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE)

Entre los esfuerzos organizados para atender este problema, el personal del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social diseñaron y han venido ejecutando la Estrategia Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) para las áreas rurales apartadas y las áreas indígenas, la cual es auspiciada a través del BID por dos años, iniciada primero en Guna Yala y, este año, en la región Gnäbe Buglé.

CONE es una estrategia operativa que ha demostrado alta efectividad y que organiza la entrega de la cartera de servicios en tres niveles de atención de complejidad y capacidad resolutoria creciente desde la comunidad hasta los hospitales. Estos niveles de atención se dividen en CONE ambulatorio (que tiene una expresión comunitaria e institucional), CONE Básico y CONE completo, estos dos últimos funcionan las 24 horas del día, todos los días del año. Estos niveles de atención se organizan en redes de servicios CONE los cuales son apoyados por medio de sistemas organizacionales del MINSA que aseguren las condiciones de operación óptimas. Esta estrategia ha sido aplicada en las Comarcas de Guna Yala y Emberá Wounan la cual llega a 107 comunidades y beneficia a 56,515 mujeres en edad reproductiva (15-49 años). (MINSA, 2014)

La estrategia CONE se encamina al fortalecimiento institucional del MINSA para ofrecer un mejor servicio, pero tiene que levantar la información que permita adaptarla a cada región indígena, sus características poblacionales y del territorio. No obstante, el trabajo participativo con la comunidad ocurre, mayormente, en la fase preventiva sobre planificación familiar y el cuidado del embarazo (MINSA, 2014).

Por lo tanto, el MAF, promovido por el Sistema de las Naciones Unidas, complementa este esfuerzo de fortalecer, institucionalmente, al MINSA, con la promoción de un trabajo interinstitucional e interdisciplinario que optimice las sinergias que se generarán del trabajo en equipo. Además, facilita la articulación de la sociedad civil para crear capacidades para el monitoreo y seguimiento ciudadano y para rescatar y apoyar las iniciativas que parten de la misma comunidad. Igualmente, puede ayudar a articular con el sector privado, con las organizaciones locales y con la cooperación internacional.

2.c. Programa de Reducción de la Muerta Materna Comarca Ngäbe Buglé (2001-2011)

Este programa del Ministerio de Salud que contó con los auspicios de UNFPA y el FIDA y que integró a organizaciones de la sociedad civil como la Asociación de Mujeres Ngäbe (ASMUNG), la Fundación Barú; tuvo como objetivo la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil y fue ejecutado entre los años 2001-2011. El Programa se basó en un modelo participativo con enfoque de derecho, empoderamiento e interculturalidad para reducir las cuatro demoras que en la Comarca Ngäbe Buglé causaban las muertes maternas. Sus orígenes parten del Proyecto *Ni Kwija Ngäbere Küim* (La Familia Gnäbe se cuida bien) con el propósito de reducir las tres demoras comunitarias mediante el trabajo con multiplicadores comunitarios y reducir la cuarta demora relativa al fortalecimiento de las capacidades institucionales del MINSA. Con el apoyo del FIDA, el programa se extendió a más de 53 comunidades de 5 distritos (UNFPA, 2012)

Figura 14



El programa se desarrolló en tres fases: La primera que constituye los antecedentes, a partir de 1997 con la iniciativa de ASMUNG-MINSA, antes señalada; la segunda que se refiere a la implementación del 2000 al 2005 y la tercera que amplía la cobertura del programa y se propone su consolidación del 2007 al 2011.

3. Red de Servicios Actuales en la Comarca Ngäbe Buglé

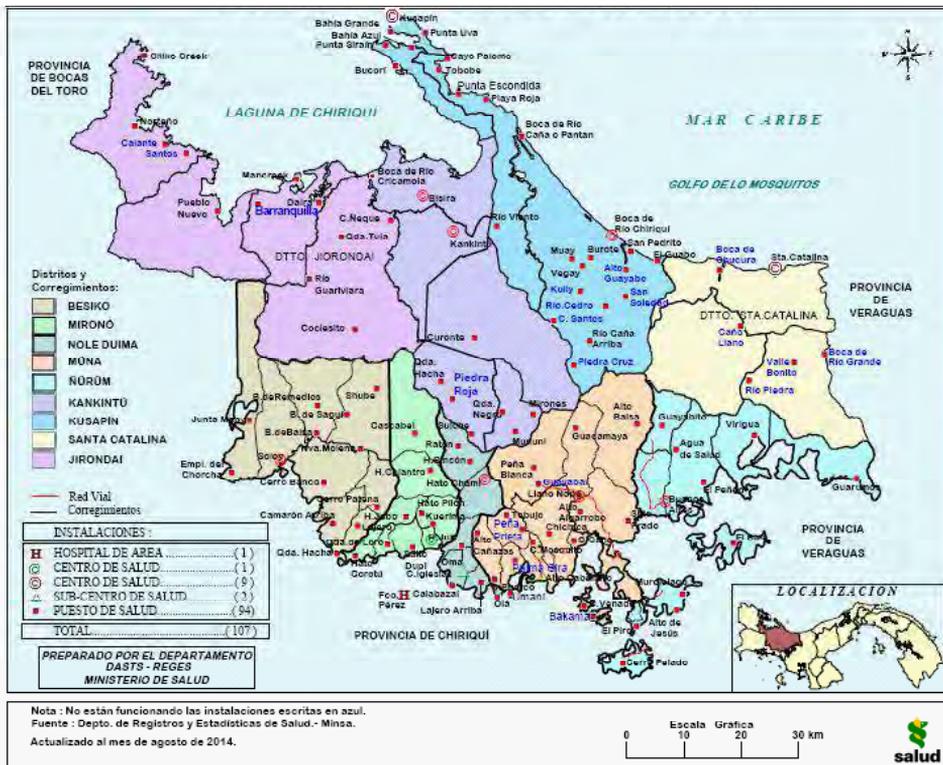
En la Comarca, se cuenta con 110 instalaciones activas que, a primera vista, resulta interesante. De ese total, 10 son Centros de Salud (9 con cama y funcionando 24 horas); 2 subcentros de salud y 98 puestos de salud. Sin embargo, la situación de un gran número de los puestos de salud es bastante precaria por diversas razones: falta de equipo, falta de medicamentos, instalaciones dañadas, falta de recurso humano y, en algunos casos, se trata de instalaciones cerradas. Uno de los temas planteados por funcionarios de salud en algunas de las reuniones sostenidas con ellos, señala que hay que revisar y evaluar la ubicación geográfica de esos puestos, para determinar si hay que reubicarlos, cerrarlos o convertirlos en Centros de Salud.

Según los datos aportados, las mujeres embarazadas son atendidas, en primera instancia, en los puestos de salud y, al momento del parto, en aquellas instalaciones que cuentan con el equipo necesario. El recurso humano está formado por médicos generales entrenados, así como enfermeras también entrenadas. No se cuenta con especialistas. Por otra parte, aunque el Normas Técnicas Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer, es explícito y reconoce la posibilidad de que las mujeres puedan escoger el parto horizontal o vertical - este último parte de su cultura - solo se cuenta con el equipo adecuado en algunas instalaciones. Los traslados del lugar de origen a la instalación de salud, debido a las características topográficas, las distancias y la falta de un desarrollo vial; se hacen en hamaca, caballos o por lanchas y, excepcionalmente, en helicóptero. Las distancias, por lo tanto, constituyen uno de los factores importantes de riesgo, como ya fue señalado.

El mapa de la Figura 15 ofrece una idea más clara de la dispersión de la población y las distancias con respecto a los centros de salud. Puede observarse que los hospitales más cercanos de carácter público son los de San Félix, en un extremo de la Comarca y el José Domingo de Obaldía en la ciudad de David y, completamente, fuera de la Comarca. Es conveniente anotar que el Hospital de San Félix no cuenta con toda la capacidad para resolver las urgencias gineco-obstétricas y, en consecuencia, las mujeres son trasladadas o al Hospital José Domingo de Obaldía o, aún más lejos, al Hospital Chicho Fábrega, en la Provincia de Veraguas (Farinoni, 2014). No puede ignorarse, por lo tanto, que en estos casos, el riesgo de muerte es alto por la limitada capacidad de respuesta institucional. Para la región de Bocas del Toro, la alternativa para las mujeres de la comarca es el Hospital de la Caja de Seguro Social en Kankintú, al cual asiste un bajo porcentaje, como fue señalado, en razón de la movilización y las distancias, sin considerar el factor económico que es crítico. Debe recordarse que la provincia de Bocas del Toro, a pesar de su progreso turístico, es una de las provincias con las poblaciones más pobres y con los precios más altos.

Figura 15

Instalaciones estatales de Salud de la Región de la Comarca Ngöbe Buglé. Año: 2004



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Asuntos Indígenas. Mapa presentado en la Reunión interministerial efectuada en el PNUD, el 12 de diciembre de 2014

El personal del Ministerio de Salud, en una primera revisión, ha identificado siete instalaciones de salud que deben convertirse en Centros de Salud por la población a la que sirve y que oscila entre 3,245 y 5,642 habitantes. Esas instalaciones deberán ser reevaluadas: los puestos de salud de El Hacha, Cerro Pelao, el Peñón, Guariviara, Peña Blanca, Playa Roja y el Pueblo Nuevo y a los sub centros de salud de Alto Caballero y Cerro Iglesias (MINSA, 2014). Sin embargo, independientemente de lo que se decida al respecto, otro tema discutido y que requiere de revisión es el relativo al horario de atención. Las instalaciones de Salud funcionan en un horario estándar de 7:00 a. m. a 3:00 p.m. Debido a las distancias y las formas de traslado, usualmente, las mujeres llegan después de las 10:00 a.m. y, en ocasiones, más tarde. Se ha planteado la posibilidad de establecer un horario especial para poder cubrir sus necesidades de atención.

Además, se cuenta con una Red Móvil e Itinerante que organiza giras de salud y que tienen la población organizada en 25 grupos con una cobertura de responsabilidad de casi 200,000 personas como se puede apreciar en la Figura 16.

alrededores; ofrece una dimensión que habría que profundizar por el tamaño de la muestra, pero que tiene una gran utilidad para el análisis que promueve el MAF.

Una pregunta usualmente utilizada para observar niveles de satisfacción se refiere a “si recomendaría usted el servicio utilizado”. En el caso que ocupa, un 82% contestó afirmativamente. Sin embargo, de esa cifra, un 7% lo haría con dudas. Un 13% no regresaría por nada y otro 7% regresaría, pero con desconfianza. En otras palabras, un poco más de la cuarta parte no estuvo del todo satisfecha con la atención recibida. Aumentó a 17% el porcentaje que no regresaría por nada al preguntárseles si regresarían a la misma instalación para ser atendidas con la misma persona, 11% regresaría con desconfianza, otro 11% regresaría con alguna condición y el 60% regresaría con seguridad. Si bien las cifras podrían verse como positivas para los servicios de salud, es preocupante que alrededor de una tercera parte no esté del todo satisfecha con el servicio debido al efecto multiplicador que ello conlleva.

Para evaluar las respuestas de la satisfacción al momento del parto, se asignaron puntos sobre los cuales las encuestadas debían calificar. Todos los hospitales recibieron baja calificación y solo un mínimo de mujeres manifestó estar satisfecha con el Hospital José Domingo de Obaldía. Con respecto al parto, solo el 2% de las mujeres consideró que había sido atendida satisfactoriamente (5 de 236). El Centro de Salud de Hato Chamí fue el que sacó el porcentaje más alto en cuanto a la recomendación de la instalación a otras mujeres y el regreso de la encuestada para ser atendida por la misma persona. Farinoni (2014:18) afirma que pareciera ser que las mujeres indígenas, se sienten más cómodas con los servicios dentro de la comarca, a pesar de que no se siguen conductas médicas en cuanto a la observación de pautas culturales de esta etnia.

Entre las conclusiones que presenta la autora sobre la atención al parto, destacan las siguientes:

- *En la observación de los ítems individuales, un 70% dijo sentir comodidad o indiferencia con las personas que estaban presentes durante el parto. Las mujeres dijeron que las escuchaban y les respondían, así como también recibieron consejos de cómo hacer, pero siempre desde la visión médico hegemónica de los servicios de salud.*
- *Cuando se indagan los ítems que tienen que ver con las costumbres y creencias del pueblo Ngäbe, allí los porcentajes bajan, como aquellos que tienen que ver con la utilización de sus tradiciones: corte del cordón umbilical, baño y otros cuidados del recién nacido y la posición deseada del parto. Al respecto, es importante ver cómo la tradición cultural frente a estos acontecimientos de la vida, se va perdiendo, sobre todo en aquellas mujeres que viven más cerca de los servicios de salud. Un 45.3% de las mujeres dijo haber tenido el parto en la posición que ella quería, entre ellas, la gran mayoría dio a luz acostada.*
- *Algunas mujeres sienten vergüenza de sus costumbres y pierden su identidad, pues desean ser aceptadas por la cultura occidental, no desean recibir maltrato e intentan asumir el modelo occidental.*

- *A pesar de no sentirse satisfechas en cuanto al respeto de sus costumbres y tradiciones, da la impresión de que las mujeres están cambiando su cultura y están siendo asimiladas a la cultura médico hegemónica. Esto es visible, ya que el 71% de las mujeres dijeron sentir satisfacción con el servicio recibido durante su parto, solo el 7% estuvo totalmente insatisfecha. Un 83% recomendaría el servicio y un 13.3% no regresaría por nada.*
- *En la medida en que se sube de nivel de atención, es mayor la insatisfacción de las usuarias, posiblemente, se debe a que hay una mayor despersonalización y encuentro con personal, aparatos e instrumental totalmente desconocido para ellas. Aun así, prefieren el servicio, porque son conscientes del alto riesgo de morir en el caso de una complicación.*

Otro dato interesante derivado de esta investigación es que las limitaciones de comprensión del lenguaje estuvo alrededor del 20%. El 90% de las mujeres se sintieron cómodas con la atención prenatal y solo un 13% manifestó que no habían sido advertidas sobre los riesgos durante el embarazo. Dos terceras partes informó que el personal que las atendió había manifestado interés y que les había hecho preguntas sobre sus costumbres y tradiciones. Un área de dificultad fue la comprensión sobre el tratamiento que les dieron; menos de la mitad (47%) manifestó haber entendido las explicaciones. Igualmente, un 66% manifestó no haber entendido lo que les habían dicho sobre el Plan de Parto. En este sentido, habría que orientar al equipo de salud para que verifique y se asegure de la comprensión de las instrucciones.

Una quinta parte de las entrevistadas señaló que les había dado miedo preguntar para satisfacer sus dudas, un 47% preguntaron poco, porque no se atrevían. Como señalaba Oscar Lewis en sus escritos sobre la cultura de la pobreza, el ambiente institucional cohibe e intimida a las personas que no están acostumbradas a lidiar con el trato impersonal de las grandes organizaciones. No obstante, un punto sobresaliente fue que el 93% de las entrevistadas prefería dar a luz en una instalación de salud para no correr el riesgo de morir. Sin embargo, la gran mayoría afirmaba que no se les había permitido seguir sus costumbres relacionadas con el parto y el 92.3% prefería ser atendida por una doctora. Finalmente, Farinoni (2014:24) recomienda, con respecto a los albergues, *hacer una revisión de su organización, funcionamiento y de los reglamentos, conjuntamente con la participación de las mujeres y su familia, para incorporar aquellas necesidades que se expresen, ya que cumplen una importante función en la prevención de una muerte materna, sobre todo para las mujeres que vienen de lugares alejados.*

El examen de la capacidad de respuesta institucional revela, en el nivel nacional, la existencia no solo de políticas bien definidas y protocolos sumamente detallados para la atención desde el embarazo, el parto y el puerperio, sino que también contempla la posibilidad de que las mujeres indígenas puedan optar entre el parto horizontal y el vertical. Sin embargo, como se podrá apreciar en el nivel local, las deficiencias institucionales no se corresponden con la normativa existente, ni con la formulación de programas, sino con otros factores más complejos que van desde la voluntad política para

haber abordado este problema con la prioridad y recursos requeridos, hasta factores de carácter cultural, que no solo incluyen creencias y significados, sino también factores económico-sociales expresados en la pobreza extrema que predomina en la Comarca. De allí que el tema no se restringe a cuestiones sanitarias, sino que presenta aristas bastante complejas que no pueden ser ignoradas. No obstante, es importante señalar que las representaciones institucionales para la elaboración del MAF han mostrado el interés y motivación por la elaboración de un Plan de Acción y la coordinación de actividades interinstitucionales, lo cual constituye una nueva ventana de esperanza para mejorar la situación de la maternidad en los pueblos originarios, particularmente, en la Comarca Ngäbe Buglé.

No obstante, este apartado pone de relieve que hay severas debilidades en la capacidad de respuesta institucional a través de los servicios de salud y, en ese marco, se comprende que los avances en materia de mortalidad materna, en vez de reducirse hayan aumentado, a pesar de los intentos de mejorar la capacidad de respuesta institucional pasados y presentes. Se requerirá de una buena dosis de voluntad política y recursos para mantener lo logrado y un trabajo interinstitucional bien focalizado para lograr un impacto significativo con miras a alcanzar las metas del Objetivo 5 (Mejorar la Salud Materna).





V. Identificando los Nudos y Encontrando Soluciones

Con el propósito de potenciar las sinergias que surgen del trabajo compartido, se convocó a tres talleres, varias reuniones de grupos de trabajo y una gran reunión interinstitucional. Los dos primeros talleres se dedicaron al examen de la situación para determinar cuáles eran los cuellos de botella o los obstáculos que han estado impidiendo que, a pesar de los esfuerzos realizados, el impacto sobre la TMM ha sido prácticamente inexistente y, por el contrario, las defunciones maternas se han incrementado. En estos talleres, se contó con la participación de actores gubernamentales, de la sociedad civil, del Sistema de las Naciones Unidas y del Banco Interamericano de Desarrollo.

Los nudos o cuellos de botella se agruparon en las cinco categorías que aportan las Guías Técnicas del MAF, las cuales, según su contenido, son: política y planeación, oferta de servicio, presupuesto y financiación y trabajo interinstitucional.²

1. Política y Planeación:

La *Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2011*, está compuesta por 3 ejes, 9 políticas, 39 objetivos estratégicos y 125 líneas de acción. Aunque no es fácil separar los ejes, los que mejor cobertura ofrecen al Objetivo 5 (Mejorar la Salud Materna) son los ejes dos y tres cuya definición y contenido se sintetizan a continuación:

Eje 2 Mejorando la calidad y el acceso a los servicios de salud

Este eje comprende las siguientes políticas:

- a. Mejorar el acceso a los servicios integrales de la salud con equidad, eficiencia y calidad
- b. Vigilancia de los determinantes de la salud
- c. Modernizar la red pública de los servicios de salud

Eje 3 Promoviendo la salud con participación social

- a. Promover la salud con participación social

El documento de política enmarca los programas específicos que desarrolla el Ministerio de Salud y la atención de los asuntos referentes a la mortalidad materna, su prevención y atención que le corresponde al Programa de Salud Sexual y Reproductiva. El programa, a su vez, cuenta con una normativa, recientemente revisada, y que establece, al detalle,

² Las categorías se originan en las orientaciones del MAF, con fines comparativos. Se adopta la categoría de interinstitucional en vez de la intersectorial planteada en las guías metodológicas del MAF para ofrecer mayor amplitud a la misma, porque abre el compás para cubrir diferentes organizaciones dentro de un mismo sector, organizaciones de diferentes sectores y organizaciones extragubernamentales.



todos los protocolos de prevención y atención relacionados con los cuatro ejes temáticos mencionados antes en este documento los cuales se recuerdan:

1. Atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido
2. Atención Integral de la Mujer
3. Planificación familiar
4. Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal

A pesar de que la normativa es excelente y que el Ministerio de Salud cuenta con una producción documental y cuenta con eventos que demuestran el esfuerzo invertido en el tema; los talleres y, particularmente los locales, mostraron una serie de debilidades institucionales, algunas atribuibles a la demanda, pero otras corresponden a la oferta de servicios. Entre las primeras, se encuentran las condiciones geográficas difíciles que limitan el acceso a los servicios, pero en las segundas, están el desabastecimiento de las unidades más pequeñas, la desproporción en la relación médico por habitante y enfermera por habitante, así como algunas dificultades relacionadas con las diferencias culturales.

El MAF, basado en las evidencias y recomendaciones de otros estudios, propone focalizar las acciones en la Comarca Ngäbe-Buglé, pero, a diferencia de esfuerzos anteriores, se pretende fortalecer el trabajo interinstitucional para generar sinergias que logren un impacto significativo y así mejorar la salud materna.

2. Presupuesto y Financiación

Panamá no cuenta con un Presupuesto por resultados, a pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo en ciclos pasados. En consecuencia, se aprueba un presupuesto global para cada Ministerio o entidad autónoma que, luego a lo interno del Ministerio, es distribuido en forma gruesa y no por resultados. Por lo tanto, no se cuenta con un presupuesto específico para el tema de las muertes maternas o la Salud Sexual y Reproductiva, ni tampoco con un presupuesto específico para la Región Ngäbe-Buglé. De allí que los apoyos de los organismos internacionales sean básicos tanto en asistencia técnica como en apoyo financiero para proyectos específicos. Por otra parte, se reciben donaciones de empresas, pero estas son muy puntuales y coyunturales, por lo que no necesariamente contribuyen a resolver los problemas de fondo, a menos de que se les proporcione la debida orientación y participen como socios para el desarrollo.

3. Demanda de los Servicios

El Ministerio de Salud ha tenido progresos en los estudios para caracterizar las necesidades de la demanda de servicios. Particularmente, en el caso de las comunidades indígenas, ha levantado los perfiles para precisar sus características, necesidades y problemas y ha demostrado un conocimiento profundo de la región. Es importante observar que, a pesar de que el manejo de este tema lo lleva técnicamente el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Asuntos Indígenas ha contribuido con una información detallada, basada en la organización del territorio.



Se trata de una población con su propia cultura y autoridades comarcales que, en su mayoría vive en condiciones de pobreza extrema, bajos niveles educativos y diversos tipos de carencias que se expresan en su vivienda y en su salud. Además, confrontan los efectos del cambio climático oscilando entre sequías e inundaciones, en un territorio de difícil acceso, en la que solo 508 comunidades se abastecen de agua de acueductos rurales por gravedad; solo 302 casas cuenta con fosas sépticas, lo que pone en evidencia los riesgos por las condiciones ambientales deficitarias. El MINSA estima que, en 1,478 comunidades, los pobladores originarios se siguen abasteciendo de quebradas y ríos. No obstante, estudios recientes muestran cómo avanzan los procesos de asimilación cultural, sobre todo entre los y las jóvenes. Dentro de ese panorama, es alentador que las jóvenes manifiestan su preferencia por asistir a las instalaciones de salud al momento del parto, porque “no quieren morir” (Farinoni, 2014).

4. Oferta de Servicios

La oferta de servicios se ve afectada por la falta de un presupuesto específico y las distancias. Las políticas de personal ofrecen algunos incentivos, pero no los suficientes como para garantizar la presencia de especialistas, la existencia de un hospital, la provisión oportuna de insumos y apoyos tecnológicos trabajados eficientemente. A falta de una política de mantenimiento y de suministros a tiempo y a falta de una política de incentivos para el personal; la oferta de servicios se ha debilitado y ha perdido capacidad de respuesta. Por lo tanto, para un abordaje integral del problema de la mortalidad materna, habrá que invertir esfuerzos en mejorar la oferta de servicios.

5. Trabajo interinstitucional

La mortalidad materna es un problema de múltiples aristas que cubre desde el estado nutricional hasta la violencia doméstica, pasando por diversos tipos de problemas educativos, culturales, religiosos, económicos y conyugales. Por esa razón, aunque el MINSA y la Caja de Seguro Social sean los responsables oficiales del tema, se requiere del concurso de otras instituciones del Estado, como también del concurso de las autoridades regionales y locales, las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. Sin embargo, ese concurso debe ocurrir con base a un plan de trabajo, por lo que el examen de los nudos o cuellos de botella constituye un elemento crucial. Además, en el caso de Panamá, este tipo de esfuerzo dinamiza y fortalece al Gabinete Social el cual emerge como ente coordinador natural de las intervenciones interinstitucionales.

Los cuellos de botella identificados aparecen acompañados de las intervenciones, el tipo de cuello de botella u obstáculo, la solución propuesta y los posibles socios.

Figura 17

Debilidades y Soluciones en la Atención de la Mortalidad Materna y los temas relacionados con las Metas e Indicadores de ese Objetivo del Milenio

Metas e Indicadores	Intervención Prioritaria	Tipo	Cuello de Botella Priorizado	Soluciones de Aceleración	Socios en la Implementación
Meta 5 A Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes					
5.1. Mortalidad Materna	Disminuir la tasa de mortalidad materna a nivel nacional	Oferta de servicios	Voluntad política para contar con los apoyos presupuestarios y personal requerido	Sensibilizar e informar a los tomadores de decisiones sobre la magnitud y posibilidades de solución del problema	MINSA CSS MIDES GAB SOC
		Oferta de servicios	Manejo del problema que, usualmente, se ha hecho global, hasta que, recientemente, se ha ido localizando	Focalizar para fortalecer las intervenciones de salud en los grupos priorizados, a fin de disminuir las muertes maternas por causas prevenibles	MINSA CSS
		Oferta de servicios	Existencia de evidencias del idioma como problema lo cual dificulta la comprensión de asuntos como el plan de parto	Implementación de planes de salud materna focalizada a grupos de riesgo, con enfoque intercultural en áreas rurales y comarcas indígenas	MINSA CSS UNFPA
		Oferta de servicios Presupuesto y financiación	Ausencia de instalaciones dentro de la comarca habilitadas para partos con los insumos y de equipo requerido	Centros Obstétricos y neonatales Básicos y Completos y reestructuración de la red de servicios (puestos de salud, centros de salud y hospitales)	MINSA CSS BID
		Trabajo Interinstitucional	Existencia de poca comunicación entre instituciones y programas, lo que incide en el bajo impacto y la duplicación de servicios	Articular acciones con los diferentes proyectos y programas que trabajan en estas áreas para lograr un mayor impacto de las intervenciones.	MINSA CSS Presidencia MIDES MINGOB MIDA GAB SOC

<p align="center">5.1. Mortalidad Materna</p>	<p>Promoción y Concienciación de Autoridades locales y tradicionales</p>	<p>Trabajo Interinstitucional</p>	<p>Presencia de autoridades tradicionales cuya decisión tiene peso y no pueden ser ignoradas</p>	<p>Informar, motivar y conciliar el apoyo de las autoridades tradicionales y también de las locales</p>	<p>MINSa CSS MINGOB Congresos Autoridades regionales Autoridades locales</p>
	<p>Auditoría de las Muertes Maternas a nivel nacional (Sistemas de Información Oportunos y efectivos)</p>	<p>Política y Planeación Trabajo interinstitucional Demanda</p>	<p>Escapes de registro que impiden determinar la magnitud real del problema</p>	<p>Incrementar la captación de Muertes Maternas utilizando los recursos de la propia comunidad como las multiplicadoras</p>	<p>MINSa CSS Registro Civil INEC Multiplicadoras</p>
	<p>Fortalecimiento del Sistema de Información Perinatal</p>	<p>Política y Planeación</p>	<p>Falta de la auditoría de los expedientes por los Comités Regionales</p>	<p>Instar a los Comités Regionales a asumir esta tarea y capacitarlos si es necesario</p>	<p>MINSa CSS</p>
	<p>Presencia de autoridades tradicionales cuya decisión tiene peso y no pueden ser ignoradas</p>	<p>Incumplimiento en el llenado de los formularios y envío retrasado de la información (Auditoría de muerte materna/perinatal: autopsias verbales; resultados de necropsias)</p>	<p>Investigar las causas de este incumplimiento e introducir los correctivos del caso</p>	<p>Evaluar los costos de la conexión electrónica para que la información se registre y se reciba oportunamente ahorrando costos de transporte y riesgos de pérdidas</p>	<p>MINSa Universidad Tecnológica/ Universidad de Panamá INEC</p>
	<p>Escapes de registro que impiden determinar la magnitud real del problema</p>	<p>Incumplimiento de las autopsias. Se hacen menos de la mitad de las delunciones (48%)</p>	<p>Proponer modificaciones a los formatos correspondientes</p>	<p>Investigar las causas de este incumplimiento e introducir los correctivos del caso</p>	<p>MINSa CSS</p>
	<p>Falta de la auditoría de los expedientes por los Comités Regionales</p>	<p>Invisibilidad de la variable cénica en los registros médicos de los hospitales</p>	<p>Implementar y capacitar sobre el sistema de información perinatal (SIP)</p>	<p>Proponer modificaciones a los formatos correspondientes</p>	<p>MINSa CSS</p>
	<p>Escapes de registro que impiden determinar la magnitud real del problema</p>	<p>Las muertes perinatales están asociadas con el problema de la mortalidad materna cuyo seguimiento debe ser más estrecho para una mejor dimensión del problema</p>	<p>MINSa, CSS, UP OPS</p>	<p>Implementar y capacitar sobre el sistema de información perinatal (SIP)</p>	<p>MINSa, CSS, UP OPS</p>

			Revisión reciente de la normativa por parte de la Comisión Nacional que requiere ser difundida y compartida tanto con las áreas operativas como con las comisiones regionales de muerte materna y perinatal	Política y Planeación Trabajo interinstitucional e interprovincial y local		MINSAL, CSS OPS
	Comisión Nacional de Muerte Materna y Perinatal	Política y Planeación Presupuesto y Financiación	Limitaciones presupuestarias para el desarrollo de tareas de seguimiento provincial y local, por parte de la Comisión Nacional y para talleres de capacitación, sistemas de comunicación, divulgación y conexión de la red	Política y planeación Presupuesto y Financiación		MINSAL CSS MEF Asamblea Legislativa
		Política y Planeación	Recepción incompleta de los formularios para recoger y sistematizar la información en la sede, a pesar de que existen los formularios	Política y Planeación		MINSAL, CSS
	Vigilancia Epidemiológica	Políticas y Planeación	Debilidades en la obtención de información y en la gerencia por falta de recursos	Políticas y Planeación		MINSAL
	Relación con el Ministerio Público	Trabajo intersectorial	Dificultad para obtener los informes de necropsia del Ministerio Público	Trabajo intersectorial		MINSAL INEC Ministerio Público
5.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	Iniciar para disminuir el impacto de Las Demoras por sus efectos sobre la Mortalidad Materna	Demanda Oferta de servicios	Concentración en el análisis de las primeras demoras relativas a la falta de identificación del riesgo y la dificultad en el acceso a las instalaciones; pero poca focalización en la tercera demora relativa al tratamiento adecuado y oportuno, el cual tiene que tomar en cuenta factores culturales importantes para los pueblos originarios	Demanda Oferta de servicios		MINSAL CSS Autoridades locales y comarcales
			Velar por la aplicación de las normas de atención integral de la Mujer (revisadas) y capacitar a las áreas operativas y a las comisiones regionales y hospitalarias en el tema materno infantil			MINSAL, CSS OPS
			Reactivar y fortalecer las Comisiones Regionales de Muerte Materna y Perinatal			MINSAL CSS MEF Asamblea Legislativa
			Gestionar presupuesto interinstitucional para la capacitación al menos de las comisiones regionales y hospitalarias y la edición de un boletín informativo			MINSAL, CSS
			Aumentar la vigilancia epidemiológica, gerencia y calidad de la atención			MINSAL
			Establecer un mecanismo de coordinación con el Ministerio Público para el intercambio de información oportuna			MINSAL INEC Ministerio Público
			Dirigir la atención a las cuatro demoras, ya que tienen igual importancia para disminuir su impacto en la mortalidad materna			MINSAL CSS Autoridades locales y comarcales

<p>5.2. Proporción de partos con asistencia sanitaria especializada</p>	<p>Instalaciones de salud dotadas de recursos (humanos, equipo e insumos) con atención de calidad y calidez, incorporando la interculturalidad en la asistencia del personal sanitario</p>	<p>Demanda Oferta de Servicios</p> <p>Oferta de servicios</p> <p>Políticas y Planeación Demanda de los Servicios Presupuesto de Salud y Financiación</p> <p>Demanda Oferta de Servicios Presupuesto y financiación</p> <p>Oferta de servicios Presupuesto y financiación</p> <p>Oferta de servicios Presupuesto y financiación</p> <p>Demanda Oferta de servicios</p>	<p>Presencia de puestos de salud con problemas de abastecimiento sin suficientes medicamentos y, en ocasiones, sin personal</p> <p>Inexistencia de un lugar para mantener un inventario de los medicamentos e insumos con personal debidamente capacitado y con transporte que facilite su distribución oportuna</p> <p>Incremento de la demanda los servicios de un Hospital debido al volumen de población en la región Gnabe-Buglé y sus necesidades de salud</p> <p>Dificultades en el traslado por las distancias y los medios (lancha, caballos, hamacas)</p> <p>Insatisfacción de un 30 y 40% de las embarazadas por no sentirse bien atendidas y por haber tenido problemas de comprensión de las instrucciones sobre el parto según las encuestas administradas</p> <p>Confrontación de problemas por equipos datados, falta de técnicos especializados o por dificultades de conexión a la internet, a pesar de contar con tele radiología, telemedicina y clínicas virtuales</p> <p>Desconocimiento de que gran parte de las hemorragias causantes de la muerte materna son post parto</p>	<p>Evaluar las instalaciones de salud y definir su ubicación y estatus (si deben convertirse en Centros de Salud por la población que atienden)</p> <p>Evaluar la apertura de un almacén regional para medicamentos e insumos con personal y transporte</p> <p>Iniciar los estudios y los procedimientos para la Construcción de un Hospital dentro de la Comarca lo más equidistante de las tres subregiones</p> <p>Priorizar giras médicas dirigidas al control de los embarazos y a la orientación sobre las medidas por tomar para un traslado oportuno, coordinado con los GAC</p> <p>Investir en la capacitación del personal en aspectos básicos de la cultura y lengua Ngäbe</p> <p>Evaluar el estado del arte en materia de tecnología y elaborar una política de mantenimiento y rápida atención</p> <p>Incrementar la atención profesional del parto y del puerperio y profundizar en las causas que las precipitan</p>	<p>MINSA Autoridades regionales y locales de salud</p> <p>MINSA Autoridades regionales y locales de salud</p> <p>MINSA MEF Presidencia MINGOB</p> <p>MINSA Gobiernos Locales Grupos de articulación comunitaria (GAC)</p> <p>MINSA y UNACHI apoyados en materiales editados por UNFPA</p> <p>MINSA - CSS</p> <p>MINSA CSS Multiplicadoras</p>
--	--	---	---	--	---

<p>5.2. Proporcion de partos con asistencia de personal sanitario especializada</p>	Aumentar la cobertura de atención al parto y de la atención puerperal	Oferta de servicios	Rotación del personal que requiere capacitación permanentemente para que conozca, comprenda y respete los significados culturales del grupo étnico y aprenda a manejar situaciones que eviten frustraciones con el servicio de salud	Diseñar sesiones de capacitación del Profesional en la atención del parto (horizontal y vertical) así como en los significados culturales alrededor del parto y el nacimiento	MINSA CSS Traductora-asistente Ngabe
	Eliminación de las Brechas de Acceso	Oferta de servicios	Vulnerabilidad de los neonatos de las madres indígenas	Prevenir y diagnosticar complicaciones del Neonato	MINSA CSS GAC
		Oferta de servicios Presupuesto y financiación	Resistencia a trasladarse a las instalaciones de salud de difícil acceso y desproporcion en la relación médico paciente y enfermera paciente	Formar enfermeras especialistas: obstetras, neonatologas y atención primaria	MINSA CSS Universidades
	Albergues Maternos	Demanda Oferta de Servicio	Presencia de gran número de parteras empíricas y familiares debido a las distancias y que son quienes están más cerca de las embarazadas al momento del parto	Capacitación de parteras empíricas	MINSA
		Demanda Oferta de Servicio Presupuesto y Financiación	Fragilidades en el sistema de salud público en el ofrecimiento de sus servicios por la dispersión y la carencia de presupuesto adecuado	Priorizar la Inicialiva Salud Mesoamérica 2015 para el fortalecimiento de la Red de Servicios Institucionales	MINSA BID
	Consulta y participación	Demanda Oferta de Servicios	Subutilización de los albergues y su funcionamiento que requieren de evaluación	Evaluar el funcionamiento de los albergues y estimular su uso para aprovechar la inversión	MINSA Autoridades locales Autoridades tradicionales
		Oferta de Servicios	Reducción número de consultas maternales a las instalaciones de salud, que aunque ha crecido, dista aun de ser la esperada, al igual que la atención de los partos	Diseñar redes de atención primaria con participación de la gente	MINSA Autoridades locales Multiplicadores ONGs
	Atención primaria en salud	Oferta de Servicio	Descontinuación de esta orientación en el último quinquenio	Promover los servicios de atención primaria y su utilización	MINSA Autoridades regionales y locales de salud Multiplicadores Educadores de la Salud
		Condiciones de Vida alrededor de la Mortalidad Materna	Demanda Presupuesto y financiación	Pobreza Extrema, destrucción, áreas de difícil acceso, la mayoría sin acueductos rurales, bajos niveles de educación, violencia doméstica y poligamia. Embarazos sin vigilancia, especialmente entre las migrantes durante los periodos de cosecha. No se registran todas la muertes (madre o hijo), ni los nacimientos ocurridos en las áreas de difícil acceso	Diseñar una acción focalizada e interinstitucional para aminorar el impacto que estos elementos tienen sobre la mortalidad materna y los embarazos de adolescentes

Metas e Indicadores	Intervención Prioritaria	Tipo	Cuello de Botella Priorizado	Soluciones de Aceleración	Socios en la Implementación
5.3 Tasa de uso de anticonceptivos	Aumentar el acceso de las mujeres a los métodos modernos de regulación de la fecundidad	Oferta de Servicio Demanda	Limitación en el acceso a la información de planificación familiar y a diversos métodos de planificación familiar por parte de las tres cuartas partes de las mujeres en edad fértil aunque muestren interés por utilizarlos	Facilitar el acceso a insumos para la anticoncepción e informar sobre sus efectos, utilidad y riesgos	MINSA Multiplicadoras ¹ Educatrices de la Salud Promotores comunitarios
		Oferta de Servicio Demanda	Desconocimiento claro sobre estos métodos y sus efectos	Fortalecer la Capacitación en los Métodos Modernos para la Regulación de la Fecundidad	MINSA Multiplicadoras Educatrices de la salud Promotores comunitarios
		Oferta de Servicio Presupuesto y financiación	Insuficiente coordinación de los educadores de la salud, los promotores comunitarios y las multiplicadoras	Empoderar a los promotores y educadores de la salud, así como a las multiplicadoras para que trabajen coordinadamente	MINSA Personal de promoción comunitaria (ya mencionado) Multiplicadoras
		Oferta de servicio Presupuesto y financiación	Existencia de la sensación de que el MINSA no reconoce a los multiplicadores al mismo nivel que los promotores comunitarios como tampoco su carácter voluntario	Incorporar a los multiplicadores voluntarios de la etnia apoyándolos con el pago de viáticos y transporte. Existe una inversión de más de 10 años en experiencia y capacitación que no puede ser desaprovechada	MINSA Autoridades centrales, regionales y locales

<p>5.4 Tasa de natalidad entre los adolescentes</p>	<p>Información y educación oportuna para evitar los embarazos de adolescente</p>	<p>Demanda Trabajo Interinstitucional</p>	<p>Observación de un crecimiento acelerado de los embarazos adolescentes en la comarca, cada vez a edades más tempranas, por lo que no quedan reflejados en el grupo de 15-19 años. (Las familias desconocen cómo contribuir en la prevención oportuna y requieren orientación)</p>	<p>Diseñar programa de Familias Fuertes</p>	<p>MINSA Ministerio de Educación MIDES Autoridades locales y comarcales</p>
	<p>Información y Educación con enfoque de género apropiada para las adolescentes, a fin de contrarrestar la tendencia creciente de los embarazos a edades tempranas</p>	<p>Trabajo Interinstitucional</p>	<p>Desconocimiento por parte de la familia, las adolescentes y por la comunidad en general de que existen riesgos y cuidados del embarazo, parto y puerperio</p>	<p>Ofrecer educación e información apropiada, desde los centros educativos para evitar los embarazos de adolescentes y desde la misma comunidad con la participación de los padres, conyuges y jóvenes de ambos sexos</p>	<p>MINSA Ministerio de Educación MIDES Autoridades locales y comarcales Multiplicadoras (con apoyo del MINSA y el MEDUCA)</p>
	<p>Participación comunitaria (con énfasis en las autoridades tradicionales y líderes comunitarios).</p>	<p>Trabajo Interinstitucional</p>	<p>Desconocimiento de que el apoyo de las autoridades locales y, particularmente las tradicionales, es vital para introducir cambios en el problema</p>	<p>Dar a conocer a las autoridades locales, particularmente a las tradicionales el Plan para el desarrollo del IMAF y su importancia para la comarca</p>	<p>MINSA Ministerio de Educación MIDES Autoridades locales y comarcales</p>

<p>5.5 Cobertura de Atención Pre natal (al menos de una a cuatro consultas)</p>	<p>Orientación adecuada a las mujeres embarazadas sobre su cuidado y preparación para el parto y el puerperio</p>	<p>Oferta de servicios Presupuesto y Financiación</p>	<p>Inexistencia de los pobres extremos a los servicios de salud, porque les resulta costoso y no pueden pagar por los medicamentos y que; sin embargo, con el curandero pueden hacer arreglos más aceptables para ellos según informe de la ENVI-93</p>	<p>Decretar la gratuidad de la atención del embarazo, parto y puerperio de la mujer y suministro del paquete de medicamentos para la maternidad sana</p>	<p>MINSA CSS</p>
		<p>Demanda Oferta de servicios</p>	<p>Desconocimiento y acceso más cercano a médicos tradicionales y a parteras que incide en que las embarazadas no asistan a las instalaciones de salud</p>	<p>Asegurar la calidad del control del embarazo mediante la ampliación de la cobertura del control prenatal en las áreas indígenas, mejorando la calidad y calidez de los servicios básicos.</p>	<p>MINSA Parteras entrenadas Multiplicadoras</p>
		<p>Oferta de servicios</p>	<p>Débil coordinación entre el MINSA y la Rdo que requiere afinarse para que sea más eficiente y se mejoren los controles conjuntos</p>	<p>Incluir la atención del embarazo en la Red de Protección social a través de los PAISS ahora UBAS y coordinación de las giras médicas con la entrega del subsidio de la Red de Oportunidades</p>	<p>MINSA MIDES (RDO)</p>
		<p>Oferta de Servicios Presupuesto y financiación</p>	<p>Crecimiento rápido de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA, el cual afecta a la madre y al bebé según datos del MINSA</p>	<p>Disminuir las Infecciones de transmisión vertical, a través de un control y educación sobre las ETS y particularmente el VIH, asegurando el acceso a los tratamientos recomendados</p>	<p>MINSA CSS Multiplicadores</p>
		<p>Oferta de servicios</p>	<p>Débil control prenatal y, aunque está creciendo, todavía existen los casos en los que no hay vigilancia del embarazo</p>	<p>Promover el control durante el embarazo de al menos 4 visitas, a fin de disminuir los trastornos en la duración del embarazo y del tamaño fetal.</p>	<p>MINSA CSS</p>
		<p>Demanda Oferta de servicios Presupuesto y financiación</p>	<p>Mínimo acceso a los métodos de planificación familiar por ignorancia o por recursos. (Son utilizados por una cuarta parte de las mujeres en edad fértil en la comarca)</p>	<p>Mejorar la provisión y red de distribución de métodos anticonceptivos (DAIA)</p>	<p>MINSA Facilitadoras Educadores de la Salud Promotores de la salud</p>
<p>5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar</p>	<p>Facilitar la información y el acceso oportuno para dar respuesta a la demanda insatisfecha</p>				

Los cuadros de la Figura 17 fueron elaborados luego de las consultas tanto con el personal técnico del gobierno, como con las representaciones de los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil y las autoridades tradicionales, durante los talleres nacional y local en los cuales se utilizaron matrices diseñadas por la Consultoría³ para captar las percepciones y valoraciones de los actores descritos. También, se recogieron los insumos de las representaciones del Sistema de las Naciones Unidas y del Banco Interamericano de Desarrollo, las cuales, además de participar en los talleres, facilitaron documentación de referencia.

Como se observará, los cuellos de botella y las soluciones recomendadas han sido elaboradas, no solo en función de las categorías de análisis temático, aportado por el MAF, sino en función precisamente del Objetivo 5 (Mejorar la salud materna), sus metas e indicadores. Estos cuadros permiten a los actores participantes contar con una base de monitoreo y evaluación que describe el punto de partida, en función de los problemas identificados y las soluciones propuestas. Igualmente, permitirán identificar, con rapidez, los esfuerzos que el Estado Panameño hace y aporta a los indicadores, metas del V Objetivo del Milenio por ser integradas próximamente en la Agenda para el Desarrollo Sostenible, post 2015. Por lo tanto, se convierte en un instrumento importante para la evaluación de los avances frente a problemas específicos. Difiere del Plan de Acción, porque este último, si bien se basa en la información vertida, responde más a cómo se organizan las entidades de gobierno para asumir responsabilidades concretas en los diversos ámbitos, mediante la coordinación de acciones y recursos para cumplir con el Objetivo de Mejorar la Salud Materna y las metas previstas. Como se ha mencionado a través del documento, el Gobierno requerirá de la incorporación y apoyo de las autoridades tradicionales y de las autoridades locales, así como de las organizaciones de la sociedad civil que han venido trabajando en la Comarca y del sector privado que ha manifestado su interés en respaldar esta iniciativa.



3 Los talleres tenían el propósito de identificar los cuellos de botella y las posibles soluciones, desde la perspectiva de los actores. Para facilitar las discusiones y la sistematización de la información se elaboraron 4 matrices para el taller nacional y 6 para el local en las que se recogieron los resultados de las percepciones, discusiones y valoraciones grupales.

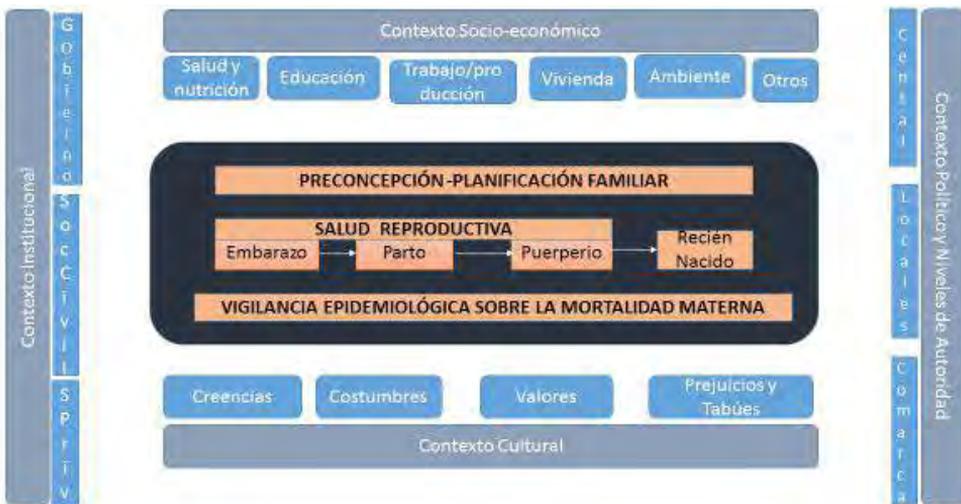


VI. Plan de Acción Trabajando Juntos por la Salud Materna en la Comarca Ngäbe Buglé

En las secciones anteriores, se explicó que la selección del ODM 5 Salud Materna, como objeto del Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MAF), obedeció al hecho de que es el ODM en el que Panamá muestra un rezago evidente que no puede continuar, porque atenta contra el primer derecho humano: el derecho a la vida. Se focalizó la Comarca Ngäbe-Buglé por concentrar el número mayor de muertes maternas. Además, se ha podido constatar que las muertes maternas, en su mayoría, son por causas prevenibles.

Figura 18

Modelo Conceptual de Análisis para la Atención de la Salud Materna



Fuente: Elaboración propia para ilustrar los contenidos y relaciones del Informe del MAF

El análisis realizado en los apartados anteriores se resume en la Figura 18 en la cual aparece, en el centro, el tema de la salud materna a partir de la preconcepción que implica educación y formación en planificación familiar para evitar embarazos adolescentes y embarazos no deseados, seguido del ciclo de la salud reproductiva compuesto por las fases de embarazo, parto y puerperio, además del cuidado del recién nacido y, finalmente, incluye también el monitoreo de ambos procesos por la vigilancia

2 Las categorías se originan en las orientaciones del MAF, con fines comparativos. Se adopta la categoría de interinstitucional en vez de la intersectorial planteada en las guías metodológicas del MAF para ofrecer mayor amplitud a la misma, porque abre el compás para cubrir diferentes organizaciones dentro de un mismo sector, organizaciones de diferentes sectores y organizaciones extragubernamentales.



epidemiológica de la mortalidad materna. Estos ciclos son afectados por componentes de la demanda como son las condiciones del contexto socio-económico en el que viven y que abarca desde la generación de ingresos, la educación, las condiciones laborales y de vida, así como por el contexto cultural integrado por el conjunto de creencias, costumbres, hábitos, valores, prejuicios y tabúes. En los extremos derecho e izquierdo, aparecen los componentes de la oferta cuya incidencia en el cambio también es clave y ocurre a través de actores de gobierno, de la sociedad, civil y del sector privado, así como por parte de la gestión de los gobiernos centrales, locales y comarcales.

Ese contexto que rodea el ciclo de la salud reproductiva sirvió de base de análisis en los capítulos preliminares para poder determinar las acciones por seguir. Sin embargo, en este apartado solo se abordarán aquellos claves para asegurar el éxito del Plan de Acción.

La revisión de la actuación institucional revela que el tema de la mortalidad materna ha estado presente durante todo el período de 14 años, en los planes de salud del país y que se han hecho esfuerzos conjuntos con la Caja de Seguro Social, además de diversos eventos regionales en los que Panamá ha participado como sede y como ente activo. La pregunta que emerge es dónde están los desencuentros entre la oferta y la demanda de servicios, al punto de que, a pesar de todos los esfuerzos invertidos, no fue posible alcanzar la meta de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015.

Los estudios efectuados anteriormente y los talleres realizados, así como las consultas y reuniones con los especialistas y con dirigentes permiten establecer algunos vacíos que este Plan intenta llenar, por lo que considera imprescindible tenerlos presente como premisas básicas para la acción. Ellos son:

a. Focalización:

Usualmente, el tema se ha abordado de manera global. Sin embargo, la revisión de las regiones de salud revela que la concentración mayor ocurre en la región Ngäbe-Buglé. Por lo tanto, una primera premisa es que si se focalizan los esfuerzos interinstitucionales hacia esa comarca para mejorar la salud materna en el corto plazo, los resultados tendrán un impacto positivo en la cifra nacional, por el peso que tiene la región en la misma. Por supuesto, que no se desconoce que habrá que seguir, posteriormente, con la Comarca Guna Yala y con las tres regiones de la Provincia de Panamá que muestran cifras significativas.

b. Reconocimiento de la diversidad étnica y cultural:

Panamá, como país, es signatario de Declaraciones y acuerdos de las Naciones Unidas con relación al derecho de las poblaciones indígenas a que se respeten su cultura, su lengua y su organización. El compromiso más reciente fue adquirido durante la celebración de un encuentro mundial, especializado en el tema, realizado durante la Asamblea de Naciones Unidas, en septiembre de 2014, en el que participó el Presidente de la República y la Cacica General de la Comarca Ngäbe- Buglé. Los



estudios efectuados indican que la lengua constituye una limitación importante que ocasiona interpretaciones encontradas y sentimientos de exclusión social por parte de un segmento importante (De Souza, 2010; Farinoni, 2014) de aquellas mujeres que logran llegar a una instalación de salud. De allí que, el Plan de Acción contempla la formación básica permanente, especialmente del equipo de salud, en la lengua y la cultura Ngäbe.

c. Coordinación Interinstitucional y Trabajo de Equipo:

La construcción de este esfuerzo ha puesto de manifiesto que existe y ha existido una inversión social importante en la región Ngäbe-Buglé, pero con niveles de comunicación, intercambio y coordinación interinstitucional casi inexistentes. En la medida en que se ha avanzado en el proceso, los representantes de las diversas instituciones han comprendido que el trabajo conjunto es imprescindible para racionalizar los recursos, incrementar la efectividad de la acción gubernamental y aprovechar la coyuntura de un gobierno que ha mostrado, nuevamente, interés por el desarrollo social y un compromiso con los pueblos originarios, incluido en su plan nacional.

d. Sistemas de Información Oportunos y Efectivos:

La preocupación por los sistemas de información surge de varias deficiencias detectadas. En primer lugar, hay escape de registros de aquellas mujeres que mueren en sus lugares de residencia y son enterradas sin ninguna notificación a las autoridades. Por lo tanto, no es de extrañar, observando la tendencia, que la cifra sea mayor a la reportada. Algo parecido ocurre durante el puerperio en el que puede morir la madre o el niño y en ambos casos la vinculación al parto es bastante directa, según los especialistas. Otra fuga de información ocurre en las mismas instalaciones de salud, fuera del área comarcal, cuando los registros no recogen la información de la etnia o cuando se registran otras causas de muerte y no se vinculan al parto.

Es evidente que este Plan de Acción, requerirá de un monitoreo muy estrecho de la evolución, participación y aporte institucional en cada una de esas áreas. Por su carácter multisectorial, el marco institucional para la ejecución del Plan de Acción del MAF es el Gabinete Social, con la capacidad de crear grupos de tareas especializados como los tres que se derivan del proceso del MAF y que han asumido la responsabilidad de continuar trabajando y coordinando acciones.

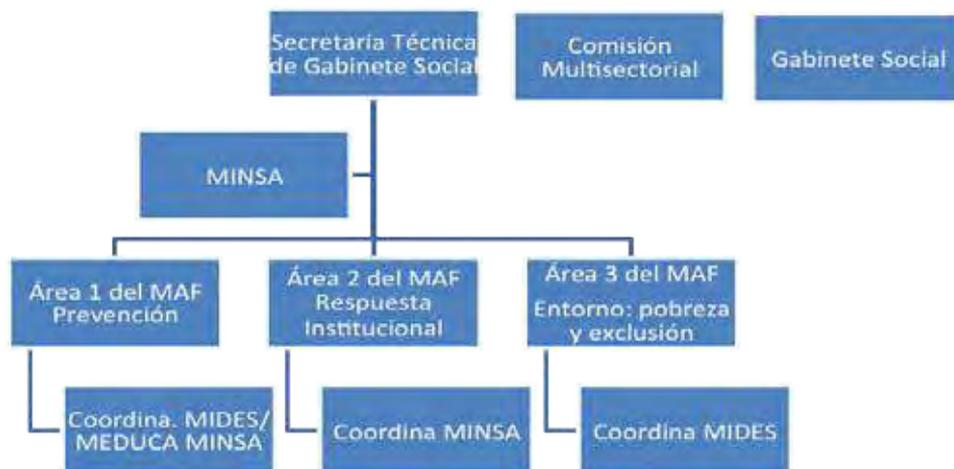
En razón de su contenido, el liderazgo de los grupos de tarea, según decisión de ellos mismos, será el siguiente: El liderazgo del grupo de prevención ha sido asumido por el MIDES hasta tanto el sector educativo se integre; el liderazgo del grupo de atención lo ha asumido el sector salud por la naturaleza de sus funciones y responsabilidades, con participación de sus comisiones especializadas como la Comisión Nacional de Salud Materna y el liderazgo del tercer grupo sobre el Entorno de Pobreza y Exclusión, lo ha asumido el MIDES, a través de la Red de Oportunidades

Sociales y en este grupo participan entidades relacionadas tanto con los temas de pobreza y exclusión como con el desarrollo de capacidades productivas, los registros de información civil y los temas de caminos y comunicación. El Gabinete Social coordinará los tres grupos. No obstante, por la naturaleza de sus funciones, el Ministerio de Salud acompañado de la Caja de Seguro Social, ejercerá un liderazgo orientador en la determinación de las regiones prioritarias de atención en apoyo a la Secretaría Técnica del Gabinete Social.

De igual manera, para la implementación del MAF, se requiere la instalación de una Mesa de trabajo “in situ” que integre la coordinación de esfuerzos a través de distintos sectores; en ese sentido, se instalará una MESA DE TRABAJO LOCAL integrada por el gobierno: Presidencia, MINSA, MIDES, CSS, MIDA, MINGOB, MEDUCA, entre otros. Por la sociedad civil, las organizaciones comunitarias que desarrollan acciones vinculadas a mejorar la salud y la nutrición en la provincia de Chiriquí y Comarca Ngäbe Buglé; además de representantes del sector privado y la Academia. Esta mesa de implementación local guardará relación con las áreas de trabajo de los grupos de tareas a nivel institucional (figura 19).

Figura 19

Estructura funcional de coordinación institucional para la implementación del MAF



Fuente: Elaboración de la Consultoría sobre la base de los acuerdos grupales

En el diagrama que se presenta en la Figura 20, aparece delineada la integración funcional de los grupos de trabajo a nivel institucional los cuales contribuyen a la dinamización del Gabinete Social, desde su base organizacional. Este diagrama se ha elaborado para facilitar la comprensión del esquema organizacional para la implementación del MAF. Igualmente, se encontrará una figura que integra el nivel de coordinación central a través de las áreas de trabajo a nivel institucional y la ejecución “in situ” de la mesa de trabajo local con la participación de distintos sectores.



Figura 20

Integración del nivel central institucional y de la mesa de trabajo in situ.



1. Objetivos Del Plan de Acción

Objetivo General

Coordinar los esfuerzos de las instituciones del Gobierno Panameño, en conjunto con las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para que el país pueda insertarse en la nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible, con avances significativos en materia de salud materna en la región Ngäbe Buglé.

A continuación, se presentan los Objetivos Específicos y las Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con las cuales están relacionadas.

Figura 21

Objetivos Específicos del Plan de Acción y las Metas del Objetivo 5 (Mejorar la Mortalidad Materna) con las que se relacionan.

Objetivos específicos del Plan de Acción	Metas del Milenio relacionadas
<p>Priorizar las acciones preventivas de educación sexual y reproductiva, a fin de disminuir los embarazos de adolescentes, así como los de las mujeres en situaciones de riesgo. Empoderar a (hombres y mujeres) con capacidad para la toma oportuna de decisiones que incluye el retraso de inicio de relaciones sexuales.</p>	<p>Meta 5.A.: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes Meta 5.B.: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.</p>
<p>Mejorar las instalaciones, cobertura, funcionamiento de las instalaciones, así como asegurar la capacitación técnica y actitudinal de los equipos de salud para lidiar con la diversidad cultural y ofrecer servicios de calidad y con calidez a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Meta 5.A.: Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.</p>

Actuar sobre factores del entorno que inciden en la mortalidad materna como la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades sociales y de educación y oportunidades en Salud Sexual y Reproductiva, así como las dificultades de movilización y transporte.

Meta 5.A.: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
Meta 5.B.: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

2. Marco de Resultados

En las páginas siguientes, se presenta el Marco de Resultados el cual se refiere a las intervenciones que surgieron de los talleres de consulta, acompañado de los productos esperados de tales intervenciones. Igualmente, se establecen las actividades, los montos disponibles, fecha de inicio y de terminación y la o las entidades responsables. El Marco de Resultados será, además, el instrumento básico de evaluación de la gestión de este Plan.



**Plan de Acción para el Marco de Aceleración de los ODM (MAF)
Trabajando Juntos por la Salud Materna en la Comarca Ngäbe Buglé**

Componente 1: Prevención

Objetivo Específico: Priorizar las acciones preventivas de educación sexual y reproductiva, a fin de disminuir los embarazos de personas adolescentes, así como los de las mujeres en situaciones de riesgo. Empoderar a (hombres y mujeres) con capacidad para la toma oportuna de decisiones, que incluye el retraso de inicio de relaciones sexuales con el apoyo de las autoridades tradicionales y líderes comunitarios.

Naturaleza de la Intervención	Producto Esperado	Actividades	Presupuesto Indicativo	Inicia	Termina	Entidades Responsables	Observaciones
<p>1. Información y educación con enfoque de género apropiada para las:</p> <p>a. Adolescentes para contrarrestar la tendencia creciente de los embarazos a edades tempranas</p> <p>b. Familias a fin de que puedan contribuir en la prevención y orientación.</p> <p>c. Participación comunitaria (con énfasis en las autoridades tradicionales y líderes comunitarios).</p>	<p>Reducción de los embarazos en adolescentes y la mortalidad materna en la Comarca Ngäbe Buglé a través de la información y educación familiar en salud sexual y reproductiva con enfoque de género e interculturalidad</p>	<p>Coordinar interinstitucionalmente con los Ministerios de Salud y Educación, con participación de organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación externa, para la definición de los contenidos temáticos por priorizar y análisis de los servicios que se ofertan. (Programa de Salud Escolar, Programa del Fondo de Naciones Unidas, otros)</p> <p>Elaborar una propuesta para la implementación en el contexto escolar</p> <p>Presentar la situación de la mortalidad materna y embarazos en adolescentes y el Plan de capacitación en salud sexual y reproductiva a los líderes de la Comarca (Caciques y Congresos) con miras a establecer diálogos de comunicación intercultural y respeto a la planificación familiar.</p> <p>Realizar un inventario y estimación del recurso mínimo necesario para el desarrollo de actividades educativas en las Regiones Comarcales: promotores sociales, promotores de la salud, líderes comunitarios, parteras tradicionales, etc.</p> <p>Formar el recurso humano institucional para la capacitación con énfasis en las escuelas y la comunidad</p>	<p>Financiado SM2015 Segunda fase de implementación</p>	<p>2015</p> <p>Marzo</p> <p>2015</p> <p>Junio</p> <p>Julio</p> <p>Agosto</p> <p>Agosto Septiembre</p>	<p>2015</p> <p>2016</p> <p>2016</p> <p>2016</p> <p>2015</p> <p>2016</p>	<p>MEDUCA MINSAP(Promo-ción de la Salud) ASMUNG ACUN UNFPA (materiales de apoyo)</p> <p>MINSAP- CSS (Direcciones a las que corresponda)</p>	<p>Las estadísticas del Ministerio de Educación en la comarca y en la provincia deberían ofrecer la línea de base para evaluar los avances</p> <p>Borrador validado con regiones pendiente de editar para impresión y divulgación Capacitación para el personal de Changüinola en Métodos de LARCS</p>



<p>1. Información y educación con enfoque de género apropiada para las:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Adolescentes para contrarrestar la tendencia creciente de los embarazos a edades tempranas b. Familias a fin de que puedan contribuir en la prevención y orientación. c. Participación comunitaria (con énfasis en las autoridades tradicionales y líderes comunitarios). 		<p>Enseñar y orientar a los y las adolescentes sobre la salud y los deberes y derechos de SSR y la educación para la vida familiar, así como sobre los riesgos de los embarazos a edades tempranas en los centros educativos y a través de trabajo de pares y de los multiplicadores comunitarios</p> <p>Modelo de Orientación/ Consejería</p> <p>Enseñar y orientar en anticoncepción con enfoque de género y con pertinencia cultural diferenciado para adolescentes operando en los servicios de salud de las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diagnóstico: revisión del modelo institucional y análisis de brecha b. Modelo de Orientación y Consejería en anticoncepción con materiales de orientación y consejería adaptado para cada comarca c. Programa y materiales para desarrollo de competencias por audiencia (personal de salud y personal comunitario) d. Informe de validación del Modelo de Orientación y Consejería e. Plan de implementación del Modelo de Orientación/ Consejería <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de Cambio de _Comportamiento y materiales validados para incentivar la demanda de servicios materno-infantiles en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas, con enfoque de género e interculturalidad. _Análisis de percepciones, actitudes, prácticas y conocimientos <p>Identificación de modificaciones a las prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> _Diseño y validación de materiales _Plan de implementación _Capacitación en el uso de materiales de estrategia de cambio de comportamiento <p>Ampliar el uso de programa de acción prolongada</p> <p>Planificación reversibles de larga duración (LAPCS)</p> <p>Capacitar al personal del PMI regional para realizar docencia en las UNIDADES EJECUTORAS de la CSS del área de BOCAS DEL TORO en S. S. R. a los grupos de adolescentes del área</p>	<p>2015</p>	<p>2019</p>	<p>MINSA-CSS (Direcciones a las que corresponda) MEDUCA ASMUNG ACUN</p>
--	--	--	-------------	-------------	---

<p>1. Información y educación con enfoque de género apropiada para las:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Adolescentes para contrarrestar la tendencia creciente de los embarazos a edades tempranas b. Familias a fin de que puedan contribuir en la prevención y orientación. c. Participación comunitaria (con énfasis en las autoridades tradicionales y líderes comunitarios). 		<p>Brindar acompañamiento familiar a través del Promotor Social de la RdO, con el objetivo de fortalecer y consolidar la relación entre los hogares beneficiarios y el programa para que estos aprovechen las acciones de la RdO, y cumplan con las metas institucionales</p>	<p>Sujeto al censo que termina en marzo (B/. 600.00 anuales por hogar más costos de logísticas que pueden incluir hasta un helicóptero, Comisión del Banco, víaticos combustible y otros)</p>	<p>Abril 2015</p>	<p>Marzo 2016</p>	<p>MIDES (Protección Social-RDO)</p>	<p>Al 2014, la RDO cubría un total de 16 962 hogares como beneficiarios (Fuente: Ficha técnica de la RDO)</p>
		<p>Incrementar la orientación, educación e información a las familias sobre planificación familiar, con material de fácil comprensión y, si es posible, en su lengua</p>		<p>2015</p>	<p>2019</p>	<p>MINSA MIDES ASMUNG ACUN UNFPA</p>	<p>Modelo elaborado y validado como parte de Tera Fase de SM2015 acompañado de Plan de Implementación y estrategia de monitoreo y seguimiento. Linea de Base: Mujeres en edad reproductiva que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar Linea base: 90.3% Meta a 36 meses: 84.6% UNFPA cuenta ya con guías con ilustraciones y en la lengua indígena.</p>

Plan de Acción para el Marco de Aceleración de los ODM (MAF) Trabajando Juntos por la Salud Materna en la Comarca Gnäbe Buglé

Componente 2: Fortalecimiento Institucional

Objetivo Específico: Mejorar las instalaciones, cobertura, funcionamiento de las instalaciones de salud, así como asegurar la capacitación técnica y actitudinal de los equipos de salud para lidiar con la diversidad cultural y ofrecer servicios de calidad y con calidez a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio coordinado con otras instituciones del Estado y con representaciones de la sociedad civil y el sector privado.

Naturaleza de la Intervención	Producto Esperado	Actividades	Presupuesto Indicativo	Inicia	Termina	Entidades Responsables	Observaciones
Fortalecimiento de las instalaciones y el sistema de salud, para la Comarca, incluyendo la capacitación periódica del equipo de salud y dotarlas de la asignación presupuestaria requerida, así como readecuación administrativa y técnicamente para asegurar un servicio efectivo a las necesidades de la población	Autoridades sensibilizadas y comprometidas en la reducción de la mortalidad materna	Informar y concientizar a los más altos niveles para que la voluntad política opere a favor de otorgar prioridad al tema con los consiguientes apoyos presupuestarios		2015	2015	MEF Ministerio de la Presidencia Gabinete Social (Assumiendo Liderazgo MINSA, CSS)	La asignación presupuestaria y el seguimiento estrecho son indicadores del compromiso gubernamental
	Primer Hospital de la Comarca construido, equipado y funcionando	Efectuar los estudios para determinar tipo y ubicación e iniciar el proceso de licitaciones para la construcción del primer hospital de la comarca, cuya necesidad está plenamente justificada		2015		MINSA MEF	Los Congresos Indígenas deben ser incorporados a la discusión para respaldar la iniciativa
	Mujeres embarazadas, parejas y actores comunitarios y de la red social conocen y demandan los servicios de salud materno infantil	Diseñar estrategia de incentivos para la captación temprana, atención prenatal, parto institucional, atención post natal y cuidado del recién nacido implementada (Estrategia de incentivos diseñada a 6 meses) Reforzar la presencia de Salud en las áreas Reforzar la coordinación y monitoreo MINSA/MIDES (ROP) Giras monitoreadas mínimo 3 veces al año Procurar las coordinaciones técnicas (atención médica y corresponsabilidad)	Sujeto al censo y recertificación de los beneficiarios al finalizar el primer cuatrimestre de 2015		2015		MINSA (Promoción de la Salud- Dirección Regional de Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro) Organizaciones de la sociedad civil: ASMUNG ACUN Comités de Salud MIDES Y CSS

<p>Fortalecimiento de las instalaciones y el sistema de salud, para la Comarca, incluyendo la capacitación periódica del equipo de salud y dotarías de la asignación presupuestaria requerida, así como readecuación administrativa y técnicamente para asegurar un servicio efectivo a las necesidades de la población</p>	<p>Puestos y centros de salud reforzados en su infraestructura para asegurar un servicio oportuno y de calidad.</p>	<p>Desarrollar la Estrategia CONE implementada en todas las regiones de salud que comprende entre otros: Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales diseñada.</p> <p>En su plan de implementación para las comarcas indígenas y áreas rurales dispersa, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guía Metodológica para la Referencia y Respuesta Adecuada para casos de CONE en el marco del SURCO - Flujos de organización de los servicios de CONE - Plan de implementación CONE (Definición en área específica para avanzar con plan piloto articulado con MIDES RDO, MINSA, CSS) 		<p>Abril 2015</p>	<p>Maizo 2016</p>	<p>MINSABID Dirección Regional Veraguas y Bocas del Toro</p>	
		<p>Realizar una evaluación con lo que se cuenta (Centros y subcentros de salud) en las áreas para poder fortalecerlo</p>					
		<p>Verificar y asegurar el equipo necesario para que las mujeres puedan optar por partos verticales u horizontales en el marco del respeto a sus cultura</p>				<p>MINSA (Programa SSR y direcciones correspondientes) Traductoras de la etnia Ngäbe-Buglé</p>	
		<p>Abastecer las instalaciones de salud con los medicamentos indispensables</p>				<p>MINSA (direcciones correspondientes) Direcciones regionales de Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro MINSA (direcciones correspondientes)</p>	
		<p>Reforzar el mantenimiento de equipos médicos, equipo rodante y telemedicina</p>				<p>MINSA (direcciones correspondientes)</p>	
		<p>Implementar horarios y cupos con mayor flexibilidad, considerando el problema de las distancias</p>				<p>MINSA (direcciones correspondientes)</p>	
		<p>Evaluar el funcionamiento de los albergues para hacer los ajustes y la divulgación correspondiente para que esta inversión cumpla su cometido.</p>		<p>2015</p>		<p>MINSABID</p>	

			2015		Realizar estudios para el desarrollo de la electrificación rural (para comunidades, instalaciones de salud y escuelas)		MINSA MEF MEDUCA Electrificación Rural Empresa Privada	
			2016	2018	Iniciar y desarrollar la Red			Hogares en el área focalizada que consumen agua con calidad adecuada Línea base: 1% Meta: 16%
			2015	2018	Planes de Agua elaborados y ejecutados en 98 comunidades para mejoramiento de la calidad del agua. 47 comunidades con intervenciones para mejorar acceso a agua de calidad y 1100 hogares con agua de calidad		MINSA apoyado por la empresa privada	
			2015	2019	Asegurar condiciones de mantenimiento		MINSA	
			2015	2015	Organizar y capacitar a las JAAR		MINSA apoyadas por ONGs	Existe material de apoyo para estos fines que habría que traducir
			2015	2015	Actualizar las normas, guías y protocolos de atención en salud Actualizar la Norma Técnico-Administrativa del Programa de SSR 1. Guías de Atención del Embarazo de Alto Riesgo 2. Curricula del plan de desarrollo de competencias materna Ampliar la cobertura del control prenatal en los corregimientos de la Comarca, mejorando la calidad y calidez de los servicios básicos		MINSA/CSS	Borrador validado con regiones pendiente de editar para impresión y divulgación
			2015	2015	Incluir a las embarazadas detectadas por la Red de Protección social a través de los PAISS ahora UBAS		MINSA MIDES (RdO)	
			Marzo 2015		Incluir becas para formación del personal de salud		MINSA/ENACYT/IFARHU	
			2015	2015	Capacitar en Orientación y Consejería en PLAFa al equipo de salud (locales)		MINSA/BID	
			2015	2015	Actualizar el Plan Estratégico para la reducción de la morbilidad materna y perinatal	A Marzo	MINSA/OPS/CSS Sociedad civil (SPOG)	
			2015	2015	Desarrollar estrategias de fortalecimiento y extensión de cobertura.	En ejecución actualmente	MINSA/BID	
			2015	2015	Definir estrategias de cambio y adopción de prácticas en salud (implementada a 6 meses)		MINSA/BID/MIDES	
Red de Electrificación Rural establecida								
Red de Acueductos Rurales establecida								
		Fortalecimiento de las instalaciones y el sistema de salud, para la Comarca, incluyendo la capacitación periódica del equipo de salud y dotarlas de la asignación presupuestaria requerida, así como reestructurar administrativa y técnicamente para asegurar un servicio efectivo a las necesidades de la población						

<p>Fortalecimiento de las instalaciones y el sistema de salud, para la Comarca, incluyendo la capacitación periódica del equipo de salud y dotarlas de la asignación presupuestaria requerida, así como readequarlas administrativa y técnicamente para asegurar un servicio efectivo a las necesidades de la población</p>	<p>Gratuidad de los Servicios ofrecidos de orientación y atención sobre los cuidados y los riesgos del embarazo, parto y puerperio y la importancia de la atención médica durante todo el proceso</p>	<p>Orientar adecuadamente a las mujeres embarazadas sobre su cuidado y evolución del embarazo y los síntomas y signos que requieren atención</p>	2015	MINSA/CSS Multiplicadoras
		<p>Insistir en asegurar al menos 4 visitas de control durante el embarazo</p>	2015	MINSA/CSS
		<p>Informar y orientar sobre los síntomas del parto apoyado por traductoras</p>	2015	MINSA/CSS Traductora
		<p>Plan de parto en ejecución apoyado por traductora</p>	2015	MINSA/BID Traductora
		<p>Difundir el servicio de los albergues</p>	2015	MINSA Multiplicadoras
		<p>Informar y orientar sobre los cuidados del puerperio para el niño y la madre</p>	2015	MINSA Multiplicadoras
		<p>Identificar y registrar los núcleos familiares en general y en especial de las beneficiarias de la RdO que están planificando su primer hijo y/o que están embarazadas. Se abarcan desde valores y principios de vida, deberes y derechos sociales, hasta los elementos constitutivos del programa</p>	2015	MIDES (RdO) MINSA

<p>Fortalecimiento de las instalaciones y el sistema de salud, para la Comarca, incluyendo la capacitación periódica del equipo de salud y dotarías de la asignación presupuestaria requerida, así como readecuación administrativa y técnicamente para asegurar un servicio efectivo a las necesidades de la población</p>	<p>Interculturalidad incorporada en programas y proyectos para mejorar la interacción equipo de salud con la comunidad Ngäbe-Buglé, con base en información más válida y confiable</p>	<p>Mantener personal médico y paramédico capacitado permanentemente en interculturalidad para el manejo del vocabulario local básico y en los significados culturales, así como en la planificación familiar con seguimiento, culturalmente amigable</p> <p>Capacitación continua de las parteras y su vinculación al Sistema de salud</p>			<p>MINSABID</p>	
<p>Desarrollar el Plan de Parto PARA LAS 3 COMARCAS con pertinencia cultural elaborado e implementado, además firmados por Congreso General y locales</p>		<p>Traductoras de la etnia Ngäbe-Buglé capacitadas e incorporadas durante el proceso de parto, replicando la experiencia del HJDO</p>	<p>2015</p>		<p>MINSA Nacional y Direcciones regionales de Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro</p>	<p>Estimar cifras presupuestarias</p>
		<p>Conformar Comités Locales de Plan de Parto, activación de fondos comunitarios para emergencias obstétricas-neonatales en regiones de salud</p>	<p>2015 Iniciar en febrero</p>		<p>MINSABID ASMUNG Multiplicadores comunitarios, promovidos por UNFPA Congreso Gen</p>	
		<p>Mejorar los sistemas de información para captar la etnia, en todas las situaciones de embarazo, parto y puerperio tanto en todas las instalaciones de salud en el nivel nacional como local</p> <p>Incorporar un sistema estadístico de muerte materna y de niños por etnia</p>	<p>2015</p>		<p>MINSA-CSS (Oficinas respectivas de Estadística) - Registro civil- Contraloría (INEC)</p>	<p>Las muertes maternas y situaciones críticas de mujeres indígenas en otras provincias quedan invisibles dentro de categorías generales</p>

**Plan de Acción para el Marco de Aceleración de los ODM (MAF)
Trabajando Juntos por la Salud Materna en la Comarca Ngäbe Buglé**

Componente 3: Factores del Entorno

Objetivo Específico: Actuar sobre factores del entorno que inciden en la mortalidad materna, optimizando los programas y proyectos existentes en esta materia y mejorando su focalización, así como también la coordinación interinstitucional y la cobertura poblacional.

Naturaleza de la Intervención	Producto Esperado	Actividades	Presupuesto Indicativo	Inicia	Termina	Entidades Responsables	Observaciones
Fortalecer los esfuerzos para reducir la pobreza extrema en la comarca, así como las prácticas de exclusión social por constituir problemas de trasfondo que inciden en tanto en la mortalidad materna y otros aspectos vinculados como el acceso a la alimentación adecuada, a los medicamentos básicos, así como en las facilidades de movilización y el transporte	Trabajo interinstitucional debidamente coordinado para aprovechar las sinergias en materia de reducción de la pobreza, mediante acciones que mejoren el ingreso familiar y favorezcan la cohesión social, incorporando a organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, interesadas en estos temas.	Prestar atención a los desequilibrios sociales y territoriales de Panamá, reducidos, en la Comarca Ngäbe Buglé (23,632 beneficiarios en Besikó, 15,010 en Mironó, 14,928 en Nole Duiima, 36,075 en Muna) en el marco de los procesos de modernización institucional y las políticas de cohesión social de País	13,150,000 (ajustar a la cifra correspondiente a la Comarca Ngäbe)	2015		MIDES (Proyecto Apoyo para la Cohesión Social en Panamá)	
		Asegurar la vigilancia y el apoyo nutricional, así como la equidad en salud, implementando las Guías alimentarias para las regiones de salud		2015		MINSA CSS SENAPAN	
		Detectar, vigilar y promover con el concurso de los multiplicadores voluntarios los casos que requieren de apoyo nutricional o de medicamentos				MINSA ASMUNG ACUN PRODESO APEDE	
		Diseñar acciones de orientación sobre el presupuesto familiar, su administración y el desarrollo de recursos potenciales. Para ello habrá que participar en los Comités de Familia; en talleres y cursos de desarrollo de habilidades para desarrollar un proyecto que genere ingresos tales como: Huertas Agroecológicas - Familias Unidas (distritos de: Muna, Nürum, Besikó, Mironó, Kusapin y Kantintú) Proyecto de Productividad Rural: 113 familias de Región Kádriri distrito de Nürün, corregimientos de Buenos Aires, Agua de Salud, Alto de Jesús, Cerro Pelado, El Bale, El Paredón, El Piro, Guayabillo, Gulbale Fomento de Cultivos para el Desarrollo de Comunidades Rurales e Indígenas. Participan 200 mujeres Ngäbe-Buglé	24,865	2015		IMDES/RDO	
			490,000	2015		MIDA	
				2015		MIDA	
			838,338	2015		MIDA	Iniciado 2014

<p>Fortalecer los esfuerzos para reducir la pobreza extrema en la comarca, así como las prácticas de exclusión social por constituir problemas de trasfondo que inciden en tanto en la mortalidad materna y otros aspectos vinculados como el acceso a la alimentación adecuada, a los medicamentos básicos, así como en las facilidades de movilización y el transporte</p>	<p>Fortalecer la capacidad de interacción y coordinación interinstitucional</p>	<p>Unificar y fortalecer el monitoreo de programas y actividades focalizadas en la Comarca Ngäbe Buglé por parte de las diferentes instituciones a nivel central y local.</p> <p>Unificar y definir los Montos presupuestarios asignados por los diferentes programas desarrollados en la comarca en este Plan de Acción</p> <p>Relomar los mecanismos de coordinación y articulación en base a la plataforma ya establecida por la Red de Oportunidades</p> <p>Aprovechar las fechas de Pago de la Red de oportunidades y SENAPAN para llevar atención médica de todo tipo.</p> <p>-Retroalimentación periódica del trabajo realizado en la comarca</p> <p>Fortalecer los Comité de Familia de la RdO</p> <p>Asegurar la vigilancia y el apoyo nutricional, así como la equidad en salud, implementando las Guías alimentarias para las regiones de salud y la Estrategia Integrada de Nutrición con énfasis en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas que contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la implementación de AIN-C mediante 250 monitoras comunitarias (en implementación). • 250 médicos y enfermeras y 205 monitoras entrenados e la administración del ZIN • Revisión de la composición de la Nutricrema(bajo análisis) • Incorporación de chispitas de micronutrientes (bajo análisis) <p>Distribuir Bonos Familiares para Alimentos (BFA)</p>	<p>2015</p>	<p>MIDES, MINSA, MIDA, MEDUCA, Registro Civil, MINGOB (Gobiernos Locales), Municipalidades, ONGS Locales, CSS</p>	<p>Niños de 0 a 5 meses que durante el día anterior fueron alimentados exclusivamente por leche materna. Línea base: 45.3% Meta: 60.3%</p> <p>Niños de 12 a 59 meses que recibieron 2 dosis de tratamiento antiparasitario en el último año Línea base: 8.7% Meta: 38.7</p>
--	---	---	-------------	---	---

<p>Fortalecer los esfuerzos para reducir la pobreza extrema en la comarca, así como las prácticas de exclusión social por constituir problemas de fondo que inciden en tanto en la mortalidad materna y otros aspectos vinculados como el acceso a la alimentación adecuada, a los medicamentos básicos, así como en las facilidades de movilización y el transporte</p>		<p>Detectar, vigilar y promover, con el concurso de los multiplicadores voluntarios, los casos que requieren de apoyo nutricional, o de medicamentos.</p>			<p>MINSA ASMUNG ACUN PRODESO APEPE</p>	
		<p>Canalizar a los beneficiarios los pagos de los programas 120 a las 65 y Angel Guardián</p>	<p>2015</p>		<p>MIDES (Protección Social-RDO; Programas/ proyectos específicos)</p>	
<p>Organizaciones de la sociedad civil y el sector privado se comprometen en los esfuerzos para sensibilizar a la población contra las prácticas discriminatorias que ayuden a reducir la mortalidad materna y la prevención de los embarazos adolescentes</p>		<p>Promover, con el concurso de las ONGs y el sector privado, campañas de sensibilización y prevención de la mortalidad materna, de los embarazos en adolescentes y compromiso en educar y sensibilizar contra las prácticas excluyentes hacia las jóvenes y mujeres de los pueblos originarios</p>	<p>2015</p>		<p>MIDES MINSAMINGOB/ Vice ministerio de Asuntos Indígenas UNACHI APEPE ASMUNG ACUN PRODESO</p>	
	<p>Aprovechar la información del Trabajo realizado por el Proyecto COHESAL con la sociedad Civil a través de ONGs de la Comarca subvencionadas y beneficiadas</p> <p>Revisar, evaluar y replicar los modelos exitosos</p>		<p>2015</p>		<p>MIDES (Proyecto Apoyo para la Cohesión Social en Panamá) MINSAMINGOB/ Vice ministerio de Asuntos Indígenas UNACHI APEPE ASMUNG ACUN PRODESO</p>	

Fortalecer los esfuerzos para reducir la pobreza extrema en la comarca, así como las prácticas de exclusión social por constituir problemas de trasfondo que inciden en tanto en la mortalidad materna y otros aspectos vinculados como el acceso a la alimentación adecuada, a los medicamentos básicos, así como en las facilidades de movilización y el transporte	Conciencia creada en los grupos de la región Gnábe-Buglé sobre el derecho de cada persona a la nacionalidad y a un nombre y, por lo tanto, a sus registros de nacimiento y fallecimiento	Divulgar y orientar sobre los requisitos para reconocer, inscribir y ceder a los niños y niñas	2015	2015	Tribunal Electoral, Direcciones Nacionales del Registro Civil y Cedulación	
			2015	2015	MEDUCA MINSA	
Acceso a la movilización/ transporte hacia las instalaciones de salud, facilitado a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio	Promover, en el caso de las madres y padres adolescentes, que los mismos hayan obtenido su cédula de identidad personal antes del nacimiento del niño o niña que esperan, a fin de que puedan inscribirlos tan pronto nacen	Gestionar la canalización de recursos de la programación del MOP para facilitar el acceso a los servicios de salud y educación	2015	2015	Ministerio de Obras Públicas	
			2015	2015	MINGOB/Vice ministerio de Asuntos Indígenas y Gobiernos Locales Grupos de Articulación Comunitaria (GAC)	
		Estimular y potenciar los esfuerzos que han venido realizando algunos gobiernos locales en facilitar el transporte				



El proceso de construcción colectiva del Plan de Acción del MAF, le ha ofrecido al gobierno panameño la oportunidad para dinamizar el Gabinete Social, al mantener un enfoque interinstitucional e integral sobre el tema de la Mortalidad Materna. Por ello, no solo están involucrados el MINSA y la Caja de Seguro Social que llevan el liderazgo en el tema, sino que también se involucran otras organizaciones gubernamentales como los Ministerios de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Desarrollo Agropecuario, el Ministerio de Gobierno (Viceministerio de Asuntos Indígenas), el Ministerio de Obras Públicas, autoridades regionales de salud y de la seguridad social y autoridades locales del gobierno formal y de las estructuras tradicionales de la comarca. No obstante, a pesar de los esfuerzos, aún falta por sumar al Ministerio de Educación.

El MAF también complementa el esfuerzo de fortalecer al MINSA, con la promoción de un trabajo interinstitucional e interdisciplinario que optimice las sinergias que se generarán del trabajo en equipo. Además, facilita la articulación de la sociedad civil para crear capacidades para el monitoreo y seguimiento ciudadano y para rescatar y apoyar las iniciativas que parten de la misma comunidad. Igualmente, puede ayudar a articular con el sector privado, con las organizaciones locales y con la cooperación internacional. En este esfuerzo, han estado participando organizaciones de la sociedad civil comprometidas con los temas indígenas y con la pobreza como son la Asociación de Mujer Ngäbe (ASMUNG), la Asociación Cultural Ngäbe (ACUN), el Programa de Desarrollo Social (PRODESO) y la Fundación Nuestra Señora del Camino.

Sin embargo, este esfuerzo no será completo sin el apoyo, comprensión y colaboración de las autoridades comarcales reunidas en los Congresos, sin el concurso de las autoridades locales y sin el respaldo del sector privado y de las organizaciones de la cooperación internacional que ofrecen su concurso en asistencia técnica y proyectos de desarrollo.



Anexos

Anexo 1 Los ODM con mayores dificultades para alcanzar su respectiva meta al 2015, según el IV Informe de Panamá sobre el Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2014)

El informe ODM hizo advertencias sobre algunos indicadores que, posiblemente, no lograrían la meta, razón que los convertía en posibles temas para el MAF. Como se recordará, el MAF hace énfasis en enfocar aquellos ODM más rezagados y que requieren de atención especial. La revisión de este IV Informe permitió ver más allá de la meta e identificar componentes e indicadores importantes de un determinado objetivo que podrían ser objeto del MAF. También, permitió identificar las intervenciones que se estaban llevando a cabo. A continuación, se señalan los ODM con mayores rezagos:

ODM 4 Reducir la mortalidad Infantil

Respecto a la mortalidad infantil y de menores de 5 años, a pesar de las acciones implementadas durante el periodo de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se observa poco avance en esta meta en el período 1990-2012, y es muy probable que el país no la cumpla. No obstante, se reconoce la contribución de los programas que adelanta el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social dirigidos al control de la salud de los menores de 5 años, con énfasis en los menores de 1 año, que ha permitido mantener la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años y orientar la tendencia hacia el logro de la meta. Cabe mencionar que la mortalidad infantil no es homogénea en las áreas urbana y rural, ni en el nivel provincial/comarcal; esta situación será analizada en el capítulo III punto A donde se estudian las tendencias y desigualdades en el logro de los ODM.

Al analizar esta situación, el Informe hace mención de algunas intervenciones importantes que habría que considerar en el marco de un MAF. Estas son:

- Unificar los sistemas de información del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.
- Mantener el programa ampliado de inmunizaciones (12 vacunas obligatorias y gratuitas).
- Mejorar la oferta en salud mediante la incorporación de elementos que den cuenta de la interculturalidad, así como desarrollar planes concretos, fortalecer la educación, reducir los factores de riesgo y mejorar los servicios básicos con la participación de la comunidad para contribuir a cerrar las brechas existentes.

- Fortalecer la oferta y calidad de servicios de salud en las áreas rurales e indígenas, aumentar la cobertura y mejorar la calidad del control prenatal, así como facilitar el acceso a estos servicios, incluyendo la promoción de la salud de la mujer.

Si bien pareciera tratarse de un tema específico de salud, su relación con la pobreza, con la ignorancia y con las restricciones de la actividad productiva en las zonas rurales e indígenas, destaca la necesidad del enfoque interinstitucional para abordar la iniciativa que se escoja a este respecto.

ODM 5 (Mejorar la salud materna)

Los resultados alcanzados no han sido suficientes para mejorar la salud materna, lo que genera muertes por causas totalmente prevenibles. El informe destaca que no se han considerado otras cosmovisiones distintas a la occidental y, por lo tanto, las brechas y los problemas se agudizan.

Entre las intervenciones que podrían ser materia de un MAF, el informe señala las siguientes:

- Crear canales de consulta y diálogo para atender los reclamos de las comunidades sobre el acceso a los servicios de salud.
- Garantizar la presencia continua de personal especializado en los centros de atención para atender las complicaciones y las urgencias en vista de que, según el informe, la participación de parteras y médicos generales no resuelve el problema.
- La urgencia de incorporar el tema de la salud sexual y reproductiva, tanto en la educación formal como en el hogar, a fin de incrementar la responsabilidad de los adolescentes en el desarrollo de una sexualidad integral como hombres y mujeres con derechos y deberes.
- Asegurar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que no solo incide en la disminución de la mortalidad materna por complicaciones en el parto y en el puerperio, sino que también puede contribuir a evitar embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.

ODM 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo (malaria) y otras enfermedades

El Informe advierte que no se dispone de toda la información necesaria para un seguimiento efectivo, de modo que puedan establecer las políticas y programas requeridos. En otras palabras, **no se cuenta con información suficiente para poder enfrentar este problema que ha ido creciendo en las poblaciones más jóvenes.** Este objetivo tiene una importancia estratégica al referirse a poblaciones cuya productividad y bienestar se verán seriamente afectados, con su consecuente aumento del costo social para el país. El Informe que, además, arroja poca información disponible; atribuye el incremento de los casos, a la falta de una adecuada educación sexual y la falta de adopción de las medidas preventivas. Por lo tanto, las intervenciones para un posible

MAF podrían estar relacionadas con los temas siguientes:

- Actividades educativas de prevención dirigidas fundamentalmente a los jóvenes.
- Identificación y elaboración de la propuesta que mejore los sistemas de información y que facilite la elaboración de políticas efectivas, aterrizadas a la situación de Panamá en contextos diversos (área urbana, áreas rurales, zonas costeras y mineras, áreas indígenas).

ODM 7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

El informe, a pesar de que señala que se han logrado las metas de este objetivo, advierte que **existen factores que afectan el suministro en relación con el abastecimiento de servicios de agua, como la continuidad y sostenibilidad en el servicio, la calidad del agua y la distribución y el uso eficiente.** Una de las causas de la falta de continuidad es la pérdida de agua, que el IDAAN estima en 20%, debido al mal estado de las tuberías antiguas. En los últimos años, el Estado ha construido potabilizadoras que han aumentado la cobertura del servicio para 125,000 personas aproximadamente. Debido a la importancia que el acceso al agua potable tiene para la salud y el bienestar de la población y considerando **las quejas recientes que han llevado a protestas populares por deficiencias en el suministro o por la calidad del agua; este podría ser un tema para el MAF, ya que muestra que un ODM puede haberse logrado en lo formal, pero con un riesgo alto de perder el avance alcanzado debido a una serie de deficiencias que se señalan en el Informe.** En el periódico el Panamá América del 28 de julio del presente año, en primera plana, se señala que “3 de cada 10 casas no tienen agua del IDAAN”, tomando como fuente a Estadística y Censo.

Incluso, el Informe recomienda incluir como desafíos pendientes **la capacitación de la comunidad sobre el cuidado del agua** y suma el tema del **mejoramiento sustancial del transporte público a fin de aumentar su uso y reducir el consumo de sustancias que agotan la capa de ozono. continuar la incorporación de energías renovables como la energía solar y el parque eólico, ampliar la protección de recursos marinos costeros y reducir la producción de gases de efecto invernadero.**

ODM 8 Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

La meta 8 E establece que *En cooperación con las empresas farmacéuticas, hay proporcionar **acceso a los medicamentos esenciales** en los países en desarrollo **a precios asequibles.*** Se presentan grandes desafíos en lo referente al abastecimiento en las áreas rurales e indígenas. Por otra parte, la población cubierta por la Caja de Seguro Social que se sitúa cerca del 80% de la población total en Panamá, entre cotizantes activos y dependientes; **tiene acceso a los medicamentos necesarios, siempre y cuando estén disponibles,** con solo pertenecer al sistema de seguridad social.

El informe indica que existe una canasta de 40 medicamentos que toda farmacia debe tener; sin embargo, no profundiza en el tema de los precios exorbitantes de los

medicamentos y en las implicaciones de “cuando estén disponibles”, que ha generado múltiples quejas entre la población, particularmente, la de los adultos mayores. No se ha informado al público la composición de esa canasta de 40 medicamentos y no se ha ofrecido el seguimiento adecuado que permita constatar que los precios sean asequibles. No hay una línea de base, ni tampoco un análisis que relacione las variables interactuantes con las características del consumo.

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio mencionados, el de la Mortalidad Materna es el que presenta el mayor rezago registrado en la información disponible en el país.



Anexo 2. Logros del Programa de Reducción de la Muerta Materna Comarca Ngäbe Buglé (2001-2011)

Entre los más sobresalientes, se pueden mencionar los logros siguientes (UNFPA, 2012):

- La identificación de la Ruta de Muerte Materna en la Comarca Ngäbe-Buglé: Se refiere a los cuatro momentos críticos en los que pueden encontrarse cuellos de botella que interfieren, principalmente, con el embarazo y el parto.
- La creación de capacidades comunitarias a través de la formación de los multiplicadores: Se trata de personas capacitadas para orientar, educar e informar a sus familiares y vecinos, sobre bases voluntarias, acerca de diversos temas de salud y sus derechos a la salud, principalmente, sobre salud materna y salud sexual y reproductiva. A través de un proceso de concertación, legitimidad y compromiso con las comunidades; se seleccionaron las personas voluntarias quienes respondían al perfil consensuado con la comunidad y asumieron esta responsabilidad, mediante la firma de un Acta de Compromiso.
- Grupos de voluntarios de articulación comunitaria: Como resultado del enfoque participativo y el empoderamiento de la comunidad y como iniciativa de los multiplicadores; surgieron los Grupos de Articulación Comunitaria (GAC) para la resolución de emergencias, especialmente relacionadas con la salud de las embarazadas, la atención del parto y la atención de los recién nacidos. Tres de ellos, habían gestionado su personería jurídica a partir del año 2012.
- La adecuación y la sensibilización Intercultural: Ha sido uno de los elementos claves y abarca desde la investigación sobre la cosmovisión indígena y la capacitación del personal y del profesional, hasta el respeto de sus costumbres y prácticas v.g. participación de los cónyuges en el control prenatal y la recuperación de los saberes tradicionales. La participación de una de las multiplicadoras en la sala de gineco-obstetricia del Hospital José Domingo de Obaldía, como Asistente intercultural; ha probado ser una de las experiencias exitosas para superar las limitaciones del personal médico y paramédico que no manejan ni la lengua indígena, ni los significados culturales de colores y prácticas. Otro ejemplo, son las bolsas semáforo, que utilizando la simbología y significados culturales de los colores, resultan estimulantes para el seguimiento de los cuidados prenatales.
- La creación de la sala de atención intercultural en el Hospital José Domingo de Obaldía: En esta sala se han prestado servicios tanto a mujeres como a adolescentes de la etnia Ngäbe y se ha logrado una respuesta positiva de la población. Tan solo en 6 meses, se cubrió un total de 1,362 mujeres de las cuales, la quinta parte eran adolescentes.

- 
- La creación de nuevas alianzas que contribuyeron a atender problemas específicos: Se estableció, durante la creación del proceso de desarrollo del proyecto, una red de organizaciones relacionadas con el tema de la Salud Sexual y Reproductiva que incluyó 21 organizaciones entre ONGs nacionales, internacionales, empresas, hospitales, universidades y otros Ministerio del Gobierno de Panamá. Entre las alianzas, destacaron: Asociación de Mujeres Ngäbe (ASMUNG) que garantiza la legitimidad de las acciones en las comunidades; Acción Cultural Ngäbe (ACUN) que acompaña procesos organizativos y entre sus investigaciones, destaca Mujeres embarazadas en la ruta del café, entre otras; Programa de Promoción y Desarrollo Social (PRODESO) cuya finalidad es mejorar las condiciones y calidad de vida de campesinos e indígenas y capacitar en cuidado del embarazo y del parto; Centro de Capacitación y Formación Nuestra Señora del Camino que tiene como meta mejorar la calidad de vida de las personas del Oriente Chiricano y sirvió de base para el desarrollo de un modelo de albergue de embarazadas; Asociación Panameña para la Planificación de la Familia (APLFA) de una larga trayectoria en el tema, y que ofrece servicios de salud y educación integral en salud sexual y reproductiva.

Finalmente, el programa promovido por el UNFPA fue transferido, en su totalidad, al MINSA para que fuese incorporado al funcionamiento programático regular.



Bibliografía

Asamblea General de las Naciones Unidas

DECLARACIÓN DEL MILENIO.— Nueva York, Naciones Unidas, 6-8 de septiembre de 2000.

Banco Interamericano de Desarrollo –

SALUD MESOAMERICANA, 2015.— Washington: BID, Bill y Melinda Gates Foundation, AECID, Instituto Carlos Slim, 2013.

Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

PANORAMA DE LA SITUACIÓN DE AMÉRICA LATINA— Chile: CEPAL, 2013.

De Souza Peixoto, Clara

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS COMARCAS INDÍGENAS. ESTRATEGIA DE ACELERACIÓN HACIA EL LOGRO DE LOS ODM EN PANAMÁ.— Panamá: PNUD-Proyecto ODM, 2010.

Farinoni, Noemí

SATISFACCIÓN DE USUARIAS NGÄBE POR LA ATENCIÓN DEL PARTO.— Panamá: Fundación Barú, FCE, UNFPA, febrero 2014.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fundación Barú, ASMUNG, Ministerio de Salud, FIDA

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA COMARCA NGÄBE-BUGLÉ (2001-2011). Panamá: UNFPA, 2012.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Autónoma de Chiriquí, Universidad de Panamá, Fundación Barú

GUÍA DIDÁCTICA SOBRE SALUD INTERCULTURAL Y DERECHOS HUMANOS. Panamá: UNACHI, UP, UNFPA, 2014.

Gobierno Nacional de Panamá — Sistema de las Naciones Unidas en Panamá

IV INFORME DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.— Panamá: Gabinete Social - Proyecto ODM, 2014.

Keuleers, Patrick

REALIZING THE RIGHTS OF INDIGENOUS PEOPLE.— New York: UN System, 2014.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y PLAN DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE PANAMÁ. 2008-2010 Panamá: MINSA-OPS/OMS, 2011.

Ministerio de Salud
ESTRATEGIA CONE PARA EL MINSA ADECUADA A LAS COMARCAS INDÍGENAS Y ÁREAS RURALES DISPERSAS.— Panamá: MINSA, Julio 2014

Ministerio de Salud, Sistema de las Naciones Unidas
MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM. CONDICIONES DE ÉXITO PARA EL LOGRO DE LAS METAS DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL (ODM 4 Y 5)— El Salvador: MINSA-SNU, 2013

Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER. ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. Panamá: MINSA-CSS, 2007

Molina, Urania Cecilia
PROPUESTA LEGISLATIVA. PROPONEN SUBSIDIO PARA EMBARAZADAS SIN SEGURO.— Panamá: La Prensa, 13 de septiembre de 2014.

Mujeres Indígenas de Panamá
OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.—Panamá: MIP, 2014 - 2015

Murillo, Mónica
EL DERECHO INDÍGENA.— En: Defensoría de los Universitarios, Año3, Edición 18, julio, agosto, septiembre, 2014: pp. 8-9.

Naciones Unidas
LA SALUD MATERNA, CONSIDERADA UN DERECHO HUMANO.— ONU: Conferencia de Nairobi, “Llamado a la Acción”, 1987

Naciones Unidas. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM)
MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM.—Nueva York: Naciones Unidas, 2011 (versión en español)

Naciones Unidas. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM)
MARCO PARA ACELERAR EL LOGRO DE LOS ODM: NOTA OPERACIONAL.-- Nueva York: Naciones Unidas, 2011 (versión en español)

Ng de Jaén, Ivette (Relatora)

INFORME DEL TALLER 5 MORTALIDAD MATERNA. PANAMÁ: Proyecto ODM, Julio 3, 2013 (42 participantes)

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres Indígenas de Panamá

MORTALIDAD MATERNA EN LAS COMARCAS INDÍGENAS, ESPECIALMENTE EN LA COMARCA NGÄBE BUGLÉ.—Panamá:

OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD

ESTRATEGIA PARA ELABORAR UN PLAN DE ACELERAMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5 EN PANAMA (MORTALIDAD MATERNA Y DE LOS MENORES DE 5 AÑOS).—Panamá: Panamá: SNU mayo, 2011.

Pettinato, Stefano

EL MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM. ELEMENTOS METODOLÓGICOS. República Dominicana: UNCT, Noviembre 23, 2011.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

LOGRANDO LOS ODM. EL MAF EN ACCIÓN.—Nueva York: UNDP, 2012.

Roach, Fanía de (Dra.)

DESCRIPCIÓN Y ESTADO DE LOS INDICADORES.—Taller 5 Salud Materna. Panamá: Proyecto ODM, Julio 3, 2013 (41 participantes)

Sesia Paola

MUJERES INDÍGENAS QUE MUEREN EN LA MATERNIDAD: POBREZA, ETNICIDAD E INEQUIDAD EN OAXACA.-- Ponencia presentada en el XXVIII Congreso de Americanística.-- Mérida, Yucatán, 25 a 29 de octubre de 2006.

World Food Programme

NUTRITIONAL DIMENSION OF THE SOCIAL SAFETY NETS IN CENTRAL AMERICA AND THE DOMINICAN REPUBLIC. Panama: WFP – ROLAC, 2010.

Noticias relativas al tema y a las acciones de Salud en la WEB

Anderson, Eric

POVERTY REDUCTION AND MDG ACHIEVEMENTS. In: <https://undp.unteamworks.org/node/439183> Mayo, 15, 2014.

Ministerio de Salud

IMPULSAN ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA. Panamá: MINSA, 11 de marzo de 2008 (Sitio Web)



Ministerio de Salud

CIENTÍFICOS EVALÚAN MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.—Panamá: MINSa, 11 de junio de 2009 (Sitio Web)

Ministerio de Salud

PROCURAN REDUCIR MUERTES EN LA COMARCA GNOBE BUGLÉ CON ALBERGUES MATERNOS.—Panamá: MINSa, 11 de diciembre de 2011 (Sitio Web)

Ministerio de Salud

GOBIERNO DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE FIRMAN DECLARACIÓN DE PANAMÁ, PARA ELIMINAR DESIGUALDADES. Panamá: MINSa, 10 de septiembre de 2013.

Ministerio de Salud

ACUERDO MINSa- UNFPA SE PONE EN MARCHA.—Panamá: MINSa, 11 de agosto de 2009.

Ministerio de Salud

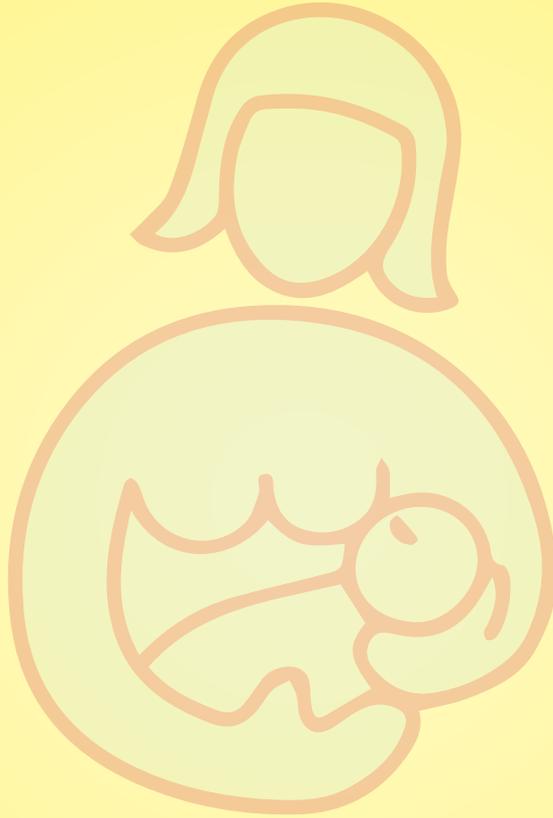
REALIZAN REUNIÓN DE AVANCES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.—Panamá: MINSa, 29 de agosto de 2014.

Ministerio de Salud

PANAMÁ INCUMPLIÓ OBJETIVO DEL MILENIO SOBRE MUERTES MATERNAS.— Panamá: La Prensa, 9 de septiembre de 2015.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD

EL MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO.—En: <http://www.undp.org> 2014.



*Al servicio
de las personas
y las naciones*



**GABINETE
SOCIAL**