



Derecho a la vida, crecimiento y desarrollo

Mientras que los avances en la sobrevivencia de madres y niños son desiguales, las disparidades territoriales siguen siendo preocupantes. Pese a que la salud materna ha logrado avances importantes, pues del 2012 al 2017 la mortalidad materna bajó de 64 a 35 muertes por cada cien mil nacidos vivos, no hay logros similares en la reducción de la mortalidad infantil. Catorce niños menores de un año por cada mil nacidos vivos no sobreviven a enfermedades prevenibles, comparado con los doce de 2012. En áreas rurales estos valores están muy por encima de los promedios nacionales: la mortalidad materna alcanza una tasa de hasta 50 por cada cien mil y la mortalidad infantil registra una tasa de 24.5 para Bocas del Toro y de 20 para Darién. Entre las principales causas de las brechas evidenciadas, se encuentra la desigual distribución territorial de instalaciones y personal de salud.

La ausencia de una nutrición adecuada afecta el ciclo de vida completo: solamente el 28.1% de los niños y niñas menores de 6 meses recibe lactancia exclusiva; en los adolescentes atendidos en los centros de salud del MINSA, el sobrepeso afecta al 20.6%, mientras que la obesidad lo hace al 9.1%. Aunque los registros muestran una disminución del número de nacimientos vivos de madres adolescentes desde 2012, en el 2017 las provincias de Bocas del Toro, Herrera y Chiriquí y las comarcas Kuna Yala, Emberá-Wounaan y Ngöbe-Buglé presentaron un aumento en el número de nacimientos vivos de madres menores de 20 años en relación con el 2016.

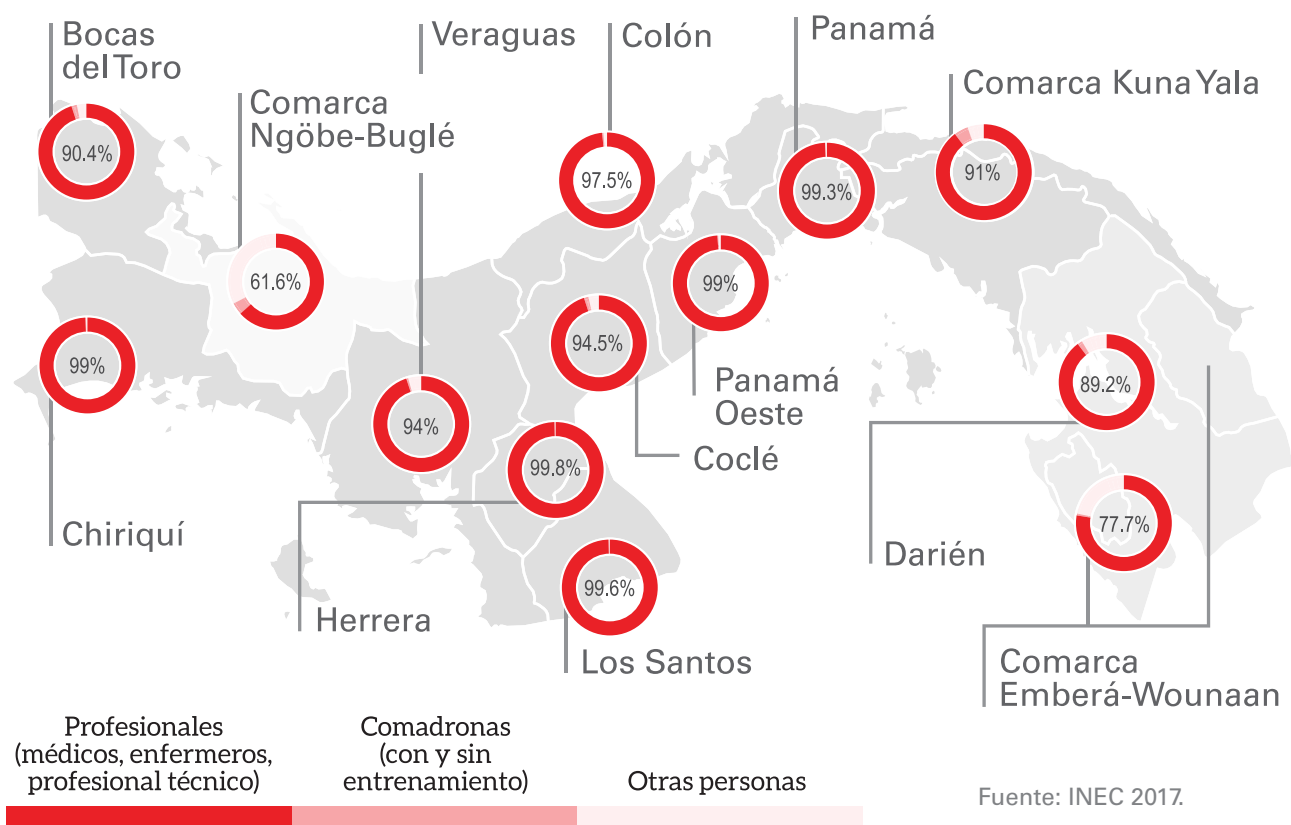
Estado del derecho a la vida, crecimiento y desarrollo

Todos los niños y las niñas tienen derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo. Para ello, es imprescindible que tengan los más altos niveles posibles de salud y acceso oportuno y de calidad a tratamientos para cualquier tipo de enfermedad.

La gran mayoría de los partos en Panamá

son atendidos por profesionales de salud. Sin embargo, en las comarcas y en las provincias de Darién y Bocas del Toro existe una cuota importante de partos que se dan fuera de instalaciones de salud, normalmente en el hogar, y que son atendidos por comadronas, madres, amigas, vecinas y paramédicos, entre otros.

Nacimientos vivos y atención al parto, República de Panamá, 2017



Nota: las secciones en rojo corresponden al porcentaje de nacimientos vivos en cada provincia y comarca ocurridos en instalaciones de salud o asistidos por profesionales de salud (médicos, enfermeros, obstetra o técnicos en enfermería) en el hogar; las secciones en rosado corresponden a los nacimientos ocurridos en el hogar, trayecto al hospital o en cualquier otro sitio fuera de una instalación de salud y atendidos por comadronas (con y sin entrenamiento); las secciones en rosado claro se refieren a los porcentajes de nacimientos vivos atendidos fuera de las instalaciones de salud por madres, amigas, vecinas, paramédicos, entre otros. Los colores de los territorios se han establecido en base al porcentaje de nacimientos atendidos por profesionales de salud.

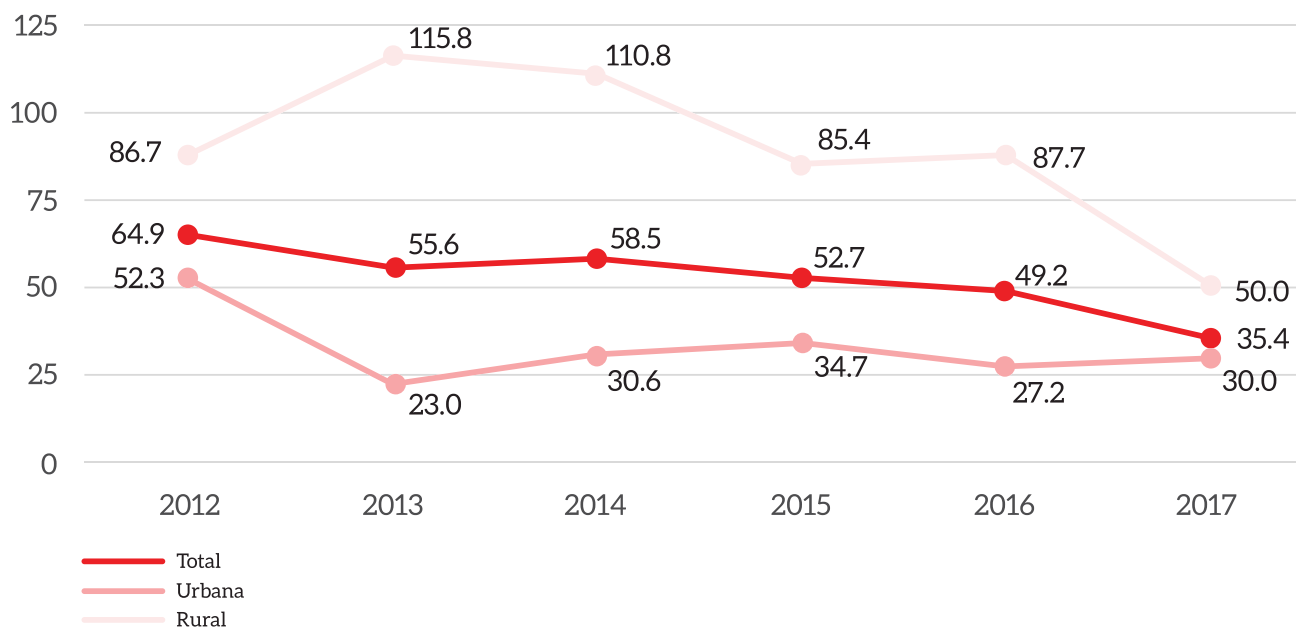
Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna, es decir el número de mujeres que fallecen por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por cien mil nacimientos vivos, ha bajado 30 puntos entre 2012 (64.9) y 2017 (35.4), constituyendo un avance importante para el país. Estos avances son parcialmente el resultado de la implementación de políticas públicas como el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2015-2020 y la Red de Oportunidades. La tasa de mortalidad materna para el 2017 es de 35.4, para las áreas urbanas es de 30.0 y para las áreas rurales es de 50.0, observándose las mayores tasas en las comarcas y la provincia de Darién: 392.2 en la comarca

Emberá-Wounaan, 339.6 en Kuna Yala (último dato disponible relativo a 2016), 95.4 en Darién y 83.6 en la comarca Ngöbe-Buglé. En 2017, en relación con el año 2016, en el área urbana se observa un incremento de 27 a 30, mientras que en el área rural se refleja una disminución de 88 a 50.

Las Comarcas Emberá-Wounaan, Kuna Yala y Ngöbe-Buglé y la provincia de Darién tienen las mayores tasas de mortalidad materna del país.

Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos), por área, años 2012 a 2017



Fuente: Boletín Estadístico. Estadísticas Vitales, INEC, 2012-2017.

Entre los factores que inciden en el número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, se destacan las que fueron consecuencia de emergencias derivadas durante el parto como hemorragia, la enfermedad hipertensiva, la retención de fragmentos de la placenta o de las membranas y la sepsis.

El embarazo adolescente también conlleva graves riesgos para la salud tanto para la madre como para su bebé, especialmente en las mujeres menores de 15 años, quienes tienen más probabilidades de presentar abortos o partos prematuros y complicaciones graves como la preeclampsia o eclampsia, que las pueden llevar a la muerte.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, ENASSER 2014-2015, refleja un inadecuado control prenatal de la madre: el 71.4% de las mujeres embarazadas asiste 9 veces o más a citas de control prenatal. En el caso de las mujeres indígenas, el porcentaje desciende a 56.4%. El promedio nacional de meses de embarazo al momento de la primera consulta prenatal es de 3.8 meses, lo que representa un factor de riesgo al considerarse los primeros tres meses vitales en el desarrollo del feto (ENASSER, 2014-2015).

A estos factores se añaden otros como las deficiencias en la asistencia sanitaria a la madre, la dificultad de acceso a los centros de salud y las condiciones de infraestructura en muchas áreas del país, así como las alternativas de transporte y vías de acceso a las instalaciones.

Por ejemplo, en las comarcas Emberá-Wounaan y Ngöbe-Buglé no se cuenta con oferta de atención hospitalaria, por lo que las mujeres cuando están cercanas a la fecha de parto deben trasladarse a zonas alejadas de su vivienda para recibir atención especializada.

“Tenemos que construir más carreteras para llegar a los centros de salud. Algunos doctores en los centros no son amables” (Niño, Los Santos, 15 años)

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil en menores de un año se ha mantenido relativamente estable y ha mejorado muy ligeramente en los últimos años. En 2018, la tasa de mortalidad infantil en Panamá era de 14.13 niñas y niños menores de un año fallecidos por cada 1,000 nacimientos vivos registrados; en 2012 era de 15.40. No se cuenta aún con datos desagregados para 2018 aunque los de 2017 presentaban diferencias marcadas entre el área urbana y el área rural, como se puede observar en la siguiente tabla. La provincia de Bocas del Toro presenta la mayor tasa de mortalidad infantil en comparación con las demás provincias y comarcas a nivel nacional.

Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos), año 2017

Área	Año 2017
Total	14.0
Hombres	12.3
Mujeres	16.7
Bocas Del Toro	24.5
Chiriquí	17.9
Coclé	13.2
Colón	14.5
Darién	20.0
Herrera	7.5
Los Santos	11.7
Panamá	12.6
Panamá Oeste	12.1
Veraguas	6.8
Comarca Kuna Yala	9.9
Comarca Emberá-Wounaan	-
Comarca Ngöbe Buglé	16.6

Fuente: Boletín Estadístico. Estadísticas Vitales, INEC, 2017.

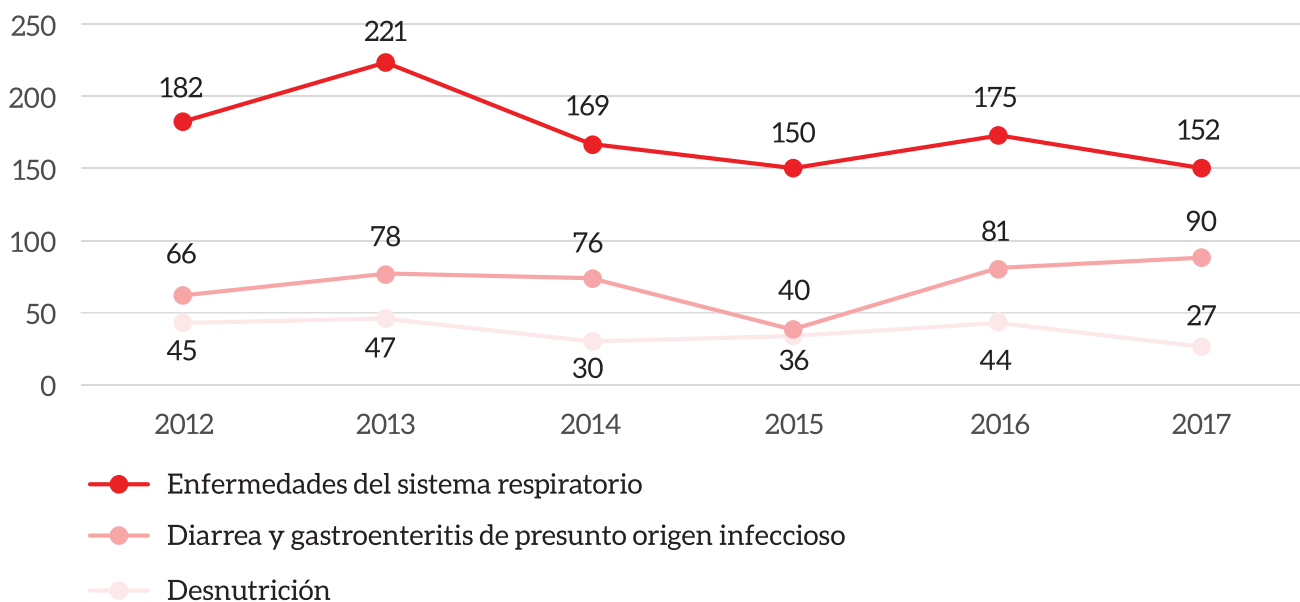
La tasa de mortalidad neonatal para 2017 refleja que fallecen 7.7 recién nacidos durante las primeras cuatro semanas de vida por cada 1,000 recién nacidos vivos. En este tramo de edad, los mayores riesgos se asocian a causas endógenas entre las que se encuentran malformaciones congénitas, nacimiento prematuro y otras afecciones relacionadas con la vida uterina y el proceso de parto. A partir del primer mes de vida, cobran cada vez más importancia las condiciones ambientales y del medio familiar y social en que el niño o la niña se desarrollan.

En cuanto al número de niños y niñas menores de 5 años fallecidos en Panamá en el año 2017, según datos del INEC, a nivel nacional se registraron 1,326 (731 niños y 595 niñas). La provincia de Panamá fue la que registró un mayor número de defunciones (386), seguida por la comarca Ngöbe-Buglé (186), Chiriquí (186) y Bocas del Toro (159). La pronta atención en estos tramos de edad resulta clave para el ejercicio del derecho

a la vida, especialmente en el acceso a la atención calificada del parto y cuidados obstétricos y neonatales de emergencia, como la reanimación neonatal adecuada. Por ello, la necesidad de personal calificado a nivel nacional se revela como uno de los factores fundamentales. Según datos del INEC, la media nacional de nacimientos atendidos por personal de la salud calificado es del 94.2% para 2017, existiendo diferencias importantes entre la cobertura urbana (99.8%) y la rural (84.7%).

Para el año 2017, respecto a las principales causas de defunciones en niños y niñas menores de 5 años, se evidencia una disminución en las enfermedades del sistema respiratorio y la desnutrición. No obstante, se presenta un incremento en las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, que para el año 2016 generó 81 muertes de niños y niñas en el territorio nacional y para 2017 aumenta a 90 el número de fallecidos por esta causa.

Número de defunciones en personas menores de 5 años, por causas seleccionadas, años 2012 a 2017



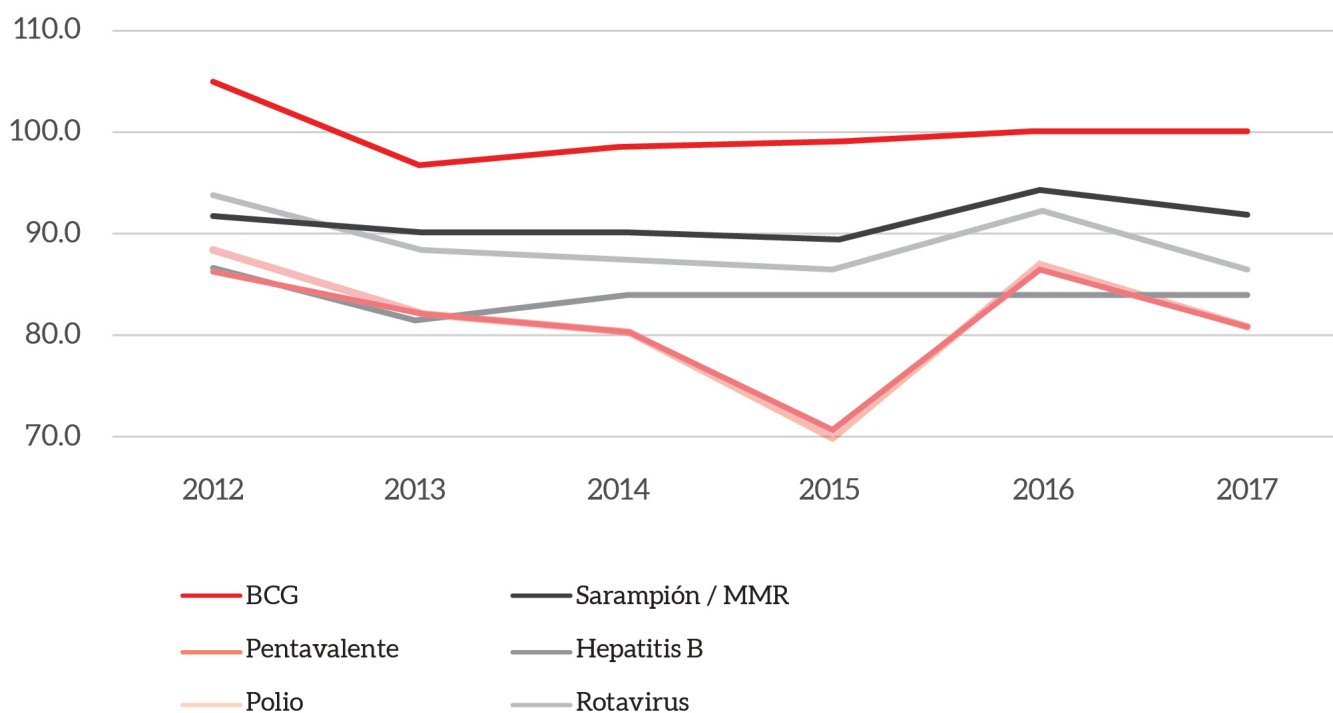
Fuente: Boletín Estadístico. Estadísticas Vitales, INEC, 2012-2017.

Vacunación

En 2017, la proporción de niños y niñas menores de un año vacunados oscila entre el 80% y 100% según el tipo de vacuna. La vacuna de BCG proporciona inmunidad o protección contra la tuberculosis y, según datos del INEC, se constata que en 2017 se aplicó al 100% de los niños y niñas menores de un año. La vacuna contra el sarampión se administra al 91.9%, la del rotavirus

al 86.4%, la vacuna contra la poliomielitis al 81.1%, y la de hepatitis B al 83.8%. En relación con el año 2016, para 2017 se disminuye el porcentaje de vacunación en los siguientes rubros: sarampión, poliomielitis, rotavirus y pentavalente. Sin embargo, se mantiene el 100% de cobertura en la vacuna contra BCG.

Proporción de niños y niñas menores de un año que reciben todas las vacunas, años 2012 a 2017



Fuente: Boletín Estadístico, MINSA, 2012-2017.

Embarazo adolescente

El embarazo adolescente tiene repercusiones negativas en el derecho a la salud y al desarrollo integral de las adolescentes y contribuye a la perpetuación del ciclo intergeneracional de la pobreza. En 2018, 254 niñas embarazadas entre 10 y 13 años y 7,502 entre 14 y 17 años fueron atendidas en las instalaciones del Ministerio de Salud.

Las relaciones sexuales con menores de 14 años constituyen delito según el artículo 175 del Código Penal de Panamá. El 53% de los casos de embarazo adolescente en menores de 14 años correspondían a niñas de etnia indígena, principalmente Ngöbe. En el 47% restante de estos casos la niña no se autoidentificó como indígena.

Niñas y adolescentes embarazadas entre 10 y 17 años atendidas en las instalaciones del Ministerio de Salud, año 2018

Región de Salud	10-13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Bocas Del Toro	23	50	106	158	202
Chiriquí	29	89	185	234	319
Coclé	15	48	95	193	257
Colón	10	24	82	114	205
Darién	13	30	41	66	79
Herrera	1	7	31	46	95
Los Santos	2	7	16	57	60
Panamá	44	141	342	559	988
Panamá Oeste	11	38	79	169	292
Veraguas	24	25	42	101	216
Comarca Kuna Yala	9	16	32	41	57
Comarca Ngöbe Buglé	73	159	330	415	564
Total	254	634	1381	2153	3334

Fuente: MINSA, base de datos proporcionada por el MINSA y analizada por UNICEF Panamá.

Con excepción de la comarca Ngöbe-Buglé, el país ha experimentado una disminución del número de nacimientos vivos de madres adolescentes desde 2012. Para el año 2017, se mantiene la tendencia a la disminución del número de nacimientos vivos de madres de 10 a 19 años. No obstante, no se dio de manera igualitaria en el territorio nacional. En 2017, las provincias de Bocas del Toro, Herrera, Chiriquí y las comarcas Kuna Yala, Emberá-Wounaan y Ngöbe-Buglé presentaron un aumento en el número de nacimientos vivos de madres menores de 20 años en relación con el año 2016.

La planificación familiar es parte del derecho a la salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que favorece la disminución de la mortalidad materna e infantil y previene las enfermedades de transmisión sexual. El uso de anticonceptivos modernos por parte de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años ha disminuido de 59.3% a 46.4% entre 2009 y 2014-2015, según las dos Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). El uso de los anticonceptivos modernos presenta valores muy reducidos en la comarca Ngöbe-Buglé (26%), en la comarca Emberá-Wounaan (27%) y entre las mujeres sin nivel educativo (20.2%). Las mujeres con educación superior (54%) y las mujeres de la provincia de Chiriquí (67.6%) utilizan en mayor medida los métodos anticonceptivos modernos.

Malnutrición

Los últimos indicadores representativos a nivel nacional sobre el bajo peso para la edad, el retraso en el crecimiento y el sobrepeso en niños y niñas vienen de la Encuesta de Niveles de Vida de 2008. La falta de información actualizada, representativa y confiable sobre el estado nutricional de los niños y niñas presenta un desafío para generar políticas públicas que garanticen el derecho a la vida, el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas en Panamá.

La falta de información actualizada, representativa y confiable sobre el estado nutricional de los niños y niñas representa un desafío para generar políticas públicas que garanticen el derecho a la vida, al crecimiento y al desarrollo de los niños y niñas en Panamá.

A continuación, se analizarán los datos del Informe de Monitoreo del Estado Nutricional (MONINUT) de 2017. La principal limitación es que estos datos no son representativos a nivel nacional ya que incluyen solamente a los niños, niñas, adolescentes y mujeres atendidas en los centros de salud del Ministerio de Salud.

El principal problema de malnutrición en los niños y niñas menores de 5 años según el MONINUT 2017 fue la baja talla para la edad, con una prevalencia del 16.3% a nivel nacional, en disminución de 1.4 puntos respecto al 2014. La severidad de este problema se clasificó como muy alta en la comarca Kuna Yala (prevalencia del 59.1% y en aumento) y como moderada en la comarca Ngöbe-Buglé (25.6%, en disminución). El resto de las regiones de salud presentaron valores inferiores al 20% (severidad leve). La baja talla es una consecuencia de la desnutrición crónica y una barrera para el pleno desarrollo físico y cognitivo de los niños y niñas.

“No desayunamos porque no había comida. Me siento triste” (Niño, Ngöbe-Buglé, 8 años)

El 11.7% de los niños y niñas menores de 5 años monitoreados por el MINSA presentaron exceso de peso, un aumento del 1.1% respecto a 2014 y con valores elevados en Los Santos (20.2%), Veraguas (19.0%) y Chiriquí (16.2%). La obesidad infantil se asocia a dificultades respiratorias y efectos psicológicos, así como a una mayor probabilidad de discapacidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes en la edad adulta.

La prevalencia del bajo peso y de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años presentaron valores muy reducidos a nivel nacional, respectivamente del 5.8% y del 2.9%. Sin embargo, hace falta fortalecer el monitoreo en la región de salud de Kuna Yala, donde ambos indicadores han aumentado entre 2014 y 2017.

El estado nutricional de los niños y niñas de 5 a 9 años presentó una prevalencia preocupante del exceso de peso: 29.9% a nivel nacional (18.8% sobre peso y 11.1% obesidad). Los adolescentes entre 10 y 17 años presentaron valores parecidos: el 29.7% tenía exceso de peso (20.6% sobre peso y 9.1% obesidad). Las mujeres embarazadas atendidas por el MINSA presentaron una incidencia aún más elevada, con un 48% de exceso de peso (29.2% sobre peso y 18.8% obesidad).

El 15.6% de los niños y niñas que viven en pobreza multidimensional carece de una

alimentación variada, lo que representa un factor de riesgo para contraer enfermedades. Según el Informe sobre el Índice de Pobreza Multidimensional de Niños, Niñas y Adolescentes de Panamá de 2018, esta vulneración del derecho se hace más grave en las comarcas indígenas: el 62.6% de las personas menores de 18 años en pobreza multidimensional de la Comarca Kuna Yala están privados en este indicador, seguidos por los de la Comarca Ngöbe-Buglé (59.3%), los de la Comarca Emberá-Wounaan (49.9%), los de la provincia de Darién (27.7%) y los de la provincia de Bocas del Toro (23.9%).

Una práctica adecuada de alimentación incluye la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, la cual es un factor fundamental para la supervivencia de los niños y niñas. Según datos de ENASER 2014-2015, sólo el 28.1% de los niños y las niñas menores de 6 meses son amamantados exclusivamente.

Solamente el 28.1% de los niños y niñas menores de 6 meses recibe lactancia exclusiva. Las prácticas de lactancia inadecuadas se relacionan directamente a los riesgos de contraer enfermedades respiratorias, diarreicas y desnutrición, además de otras enfermedades crónicas como obesidad y diabetes.

La probabilidad de lactancia materna inmediatamente después del parto varía según el nivel de educación, siendo mayor en mujeres con baja educación (93.6%) y menor en aquellas con educación superior (53.0%). Las prácticas tempranas de lactancia tienen valores extremadamente positivos en las comarcas (Kuna Yala 94.5%, Ngöbe-Buglé 86.4%) y en la provincia de Bocas del Toro (83.1%). En la provincia de Panamá llega

solamente al 61.6% (ENASSER 2014-2015). Las prácticas de lactancia artificial (fórmulas lácteas) se relacionan directamente a los riesgos de contraer enfermedades respiratorias, diarreicas y desnutrición, además de otras enfermedades crónicas como obesidad y diabetes (ENASSER 2014-2015).

Perfil de niños y niñas que empezaron a lactar inmediatamente después del parto, en porcentajes según características seleccionadas

Características	%	Características	%
Hombre	63.6	Área rural	72.9
Mujer	71.1	Área indígena	87.0
Quintil de riqueza inferior	88.4	Educación primaria	80.8
Quintil de riqueza intermedio	70.1	Educación secundaria	68.4
Quintil de riqueza superior	58.6	Educación superior	53.0
Área urbana	63.2	Promedio nacional	67.3

Fuente: ENASSER, 2014-2015.

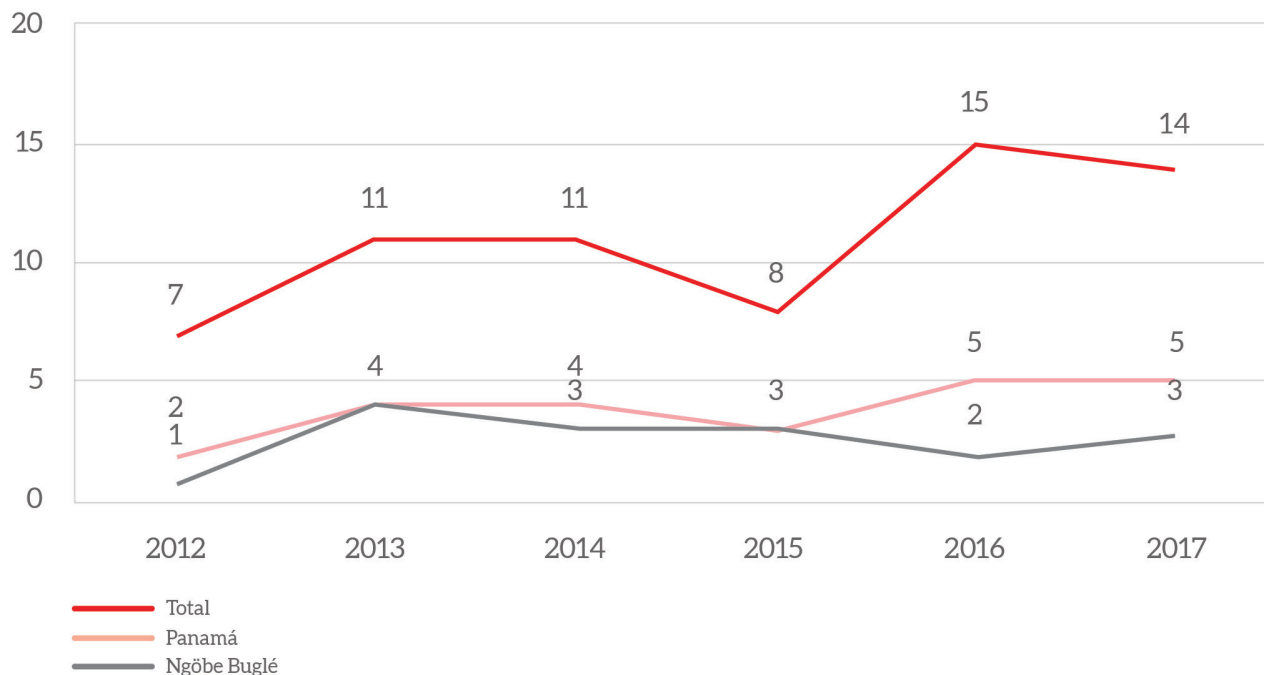
VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual

Entre 2016 y 2018 se ha registrado un incremento de nuevos casos de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) entre niños, niñas y adolescentes de 0 a 19 años (2016: 81 casos; 2017: 102 casos; 2018: 107 casos). Esta tendencia se debe al aumento de casos entre adolescentes de 15 a 19 años (2016: 69 casos; 2017: 72 casos; 2018: 92 casos). No se notan diferencias significativas por género en el total de casos entre 0 y 19 años: 142 casos correspondían a niñas y 148 a niños. En el mismo periodo, la región de salud

que ha concentrado más casos de VIH en niños, niñas y adolescentes ha sido la Comarca Ngöbe-Buglé con 56 casos, seguido por Panamá Metro con 54 casos (MINSA). Cabe mencionar que el país no ha logrado eliminar aún la transmisión del VIH de madre a niño/a durante el embarazo, el parto o la lactancia materna ya que entre 2016 y 2018 se registraron 33 nuevos casos en personas menores de 5 años.

Según datos del INEC en 2017, se registraron 14 defunciones por enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre adolescentes de 10 a 19 años (9 hombres y 5 mujeres), principalmente concentradas en la provincia de Panamá y en la Comarca Ngöbe-Buglé.

Defunciones en adolescentes (10-19 años) por enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), años 2012 a 2017



Fuente: Boletín Estadístico. Estadísticas Vitales, INEC, 2012-2017.

Se ha logrado un aumento progresivo en el acceso a las pruebas del VIH/SIDA en mujeres embarazadas y un mayor acceso a la profilaxis antirretroviral a las mujeres embarazadas con VIH. La Encuesta ENASSER 2014-2015 señala que el 99.3% de las mujeres encuestadas que tuvieron hijas/os en los últimos cinco años se hicieron la prueba del VIH/SIDA durante el embarazo, a diferencia del 78.6% de la Encuesta ENASSER 2009. El porcentaje señalado para 2014-2015 baja considerablemente para las mujeres con bajo nivel educativo (81.2%).

El conocimiento en relación con el VIH/SIDA es mayor en las áreas urbanas que en las áreas rurales e indígenas, y solo el 71.4% de adolescentes mujeres reporta el uso de condón en todas las relaciones sexuales. El 36.2% de las mujeres y el 34.9% de los varones de 15-24 años tienen buen conocimiento sobre el VIH/SIDA. A mayor educación mayor conocimiento (ENASSER, 2014-2015). La prueba de VIH/SIDA es un elemento importante para la prevención y el diagnóstico de la enfermedad. Las y los adolescentes representan un grupo vulnerable, si bien solo el 6.3% de los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales se han hecho la prueba en menos de 12 meses y han recibido los resultados (3.5% de 14 a 17 años y 9.1% de 18 a 19 años), a pesar de la vigente normativa para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana y para regular la gratuidad de la prueba diagnóstica de VIH y su tratamiento (ENASSER, 2014-2015).

En relación con la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual entre los y las adolescentes panameños, cabe mencionar los resultados de un estudio del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud llevado a cabo en 2015 con 592 adolescentes de 14 a 18 años del distrito de Panamá. Las adolescentes mujeres de la muestra presentaron una incidencia de

enfermedades de transmisión sexual del 33.5%, significativamente superior al valor promedio encontrado entre los varones (10.1%) (Gabster et al., 2016).

Análisis de brechas

Brechas de información

Se constata una falta de información actualizada y representativa sobre los indicadores de nutrición, específicamente peso para la edad, talla para la edad y sobrepeso. El último dato sobre el estado nutricional de los niños y niñas a nivel nacional es de 2008. La falta de información actualizada, representativa y confiable sobre el estado nutricional también representa un desafío para generar políticas públicas que garanticen el derecho a la vida, el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en Panamá.

Por el otro lado, según datos del MINSA de 2017, 196,649 niñas, niños y adolescentes son atendidos por empresas privadas de salud, aunque se desconocen las enfermedades atendidas, programas desarrollados, recurso humano contratado, instalaciones y equipamiento en funcionamiento, entre otros aspectos. Es apremiante contar con la integración de los sistemas de información, registros y estadísticas de salud del MINSA, Caja de Seguro Social y el sector privado. Además, se presenta un retraso en la disponibilidad de la información brindada por el sistema público de salud. El conjunto de estos elementos representa un desafío importante para la formulación de políticas públicas que garanticen el derecho a la vida, el crecimiento y el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

Brechas territoriales

La mayoría de las instalaciones de salud y los recursos humanos de las instituciones oficiales y privadas se distribuyen en las cabeceras urbanas. Según datos del INEC para 2017, en las comarcas Ngöbe-Buglé y Emberá-Wounaan había, respectivamente, 1 médico por 7,189 habitantes y 1 médico por 6,142 habitantes, mientras que Ciudad de Panamá tenía una proporción de 1 médico por cada 164 habitantes. Se registra una asimetría en la disponibilidad de camas en relación con el tamaño de la población, agudizada en Panamá Oeste, Bocas del Toro y las comarcas Ngöbe-Buglé, Kuna Yala y Emberá-Wounaan (en esta última ni siquiera se registra disponibilidad de camas en establecimientos de salud por cada 1,000 habitantes). Además, se evidencia una diferencia significativa entre el área urbana (2.7 camas por 1,000 habitantes) y el área rural (1.5 camas por 1,000 habitantes).

Las provincias de Darién y de Bocas del Toro, así como las comarcas presentan en muchos indicadores una situación desfavorable comparativamente con el resto del país, por ejemplo, en términos de cobertura de partos seguros, de mortalidad infantil y materna y de desnutrición. En relación con la cobertura de lactancia inicial, la brecha es favorable para las comarcas, por tradición, cultura y economía, y desfavorable para la provincia de Panamá. Este último caso es un reflejo del desafío de la compatibilización entre la lactancia materna y la vida laboral en la capital del país.

Brechas de género

Un análisis de género de los indicadores de salud infantil indica que existen brechas importantes por cerrar. El 71.1% de las niñas recibe lactancia materna inmediatamente después del parto frente al 63.6% de los niños; la mortalidad infantil es de 15.0 en niños y de 12.9 en niñas; la baja talla en los varones menores de 5 años atendidos en centros de salud es de 16.6% y en las niñas 15.9%.

En términos de salud sexual y adolescente, por un lado, no hay brechas de género significativas en las infecciones de VIH, por el otro, la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual según el estudio del Instituto Gorgas es de 33.5% entre adolescentes mujeres, significativamente superior al valor promedio encontrado entre los varones (10.1%). Finalmente, cabe mencionar que el embarazo en las mujeres adolescentes tiene repercusiones negativas en el goce del derecho a la salud y al desarrollo integral y contribuye a la perpetuación de la pobreza.

Brechas socioeducativas y socioeconómicas

El uso de los métodos anticonceptivos modernos aumenta al elevarse el nivel educativo de las mujeres, pasando del 20.2% de las mujeres sin educación, al 43.8% con primaria, al 44.2% con secundaria y al 54% con educación superior. La prevalencia de prueba del VIH/SIDA en mujeres embarazadas y el buen conocimiento sobre el VIH/SIDA se incrementa también con el nivel educativo.

Los indicadores de lactancia inicial, al contrario, presentan un cuadro más desfavorable a medida que aumenta el nivel educativo y el ingreso de la mujer, debido probablemente a una menor disponibilidad de tiempo por parte de las mujeres profesionales y a la falta de medidas que favorezcan de manera efectiva la conciliación de la vida familiar y laboral. Por ejemplo, según el estudio “¿Qué están haciendo las empresas por la niñez en Panamá?”, solamente el 28% de las empresas encuestadas respondieron que ofrecen salas de lactancia en sus instalaciones.

Brechas en la prestación del servicio

A nivel nacional faltan especialistas médicos, profesionales de salud mental y promotores de salud comunitaria, especialmente en los sectores donde se ven mayores necesidades de servicios de salud pública.

Análisis causal del estado del derecho a la vida, crecimiento y desarrollo

Niños y niñas no sobreviven el primer año de vida por causas prevenibles; la oferta de servicios de salud para los niños y niñas es insuficiente; el embarazo adolescente existente perpetúa el ciclo de pobreza de muchas adolescentes.

INMEDIATAS	Insuficientes chequeos prenatales	Falta de atención durante el parto	Limitada lactancia materna	Enfermedades prevenibles	Acceso limitado a formas de planificación familiar
SUBYACENTES	Brechas en acceso a agua y alimentación saludable	Limitada oferta de personal de salud para niños, niñas y adolescentes	Insuficientes servicios de salud integral en los primeros años de vida	Falta de educación para prevenir ETS y embarazo adolescente	Falta de pertinencia cultural en la entrega de servicios de salud
ESTRUCTURALES	Inequidad en la inversión de salud	Fragmentación de los sistemas de servicios de atención de salud		Pobreza multidimensional y monetaria	Servicios concentrados en áreas urbanas

Análisis de determinantes del derecho a la vida, crecimiento y desarrollo

hace evidente que los estándares de calidad difieren según el prestador del servicio, y esto afecta a la calidad de la atención a los pacientes.

Factores contextuales

Falta de cobertura universal y un sistema unificado de salud

El sector público de salud está conformado por los servicios que ofrecen el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social. Esto provoca en muchas ocasiones una duplicación de los servicios en ciertas áreas y ausencia de cobertura en otras. También se

Inequidad en la inversión en salud

Medido por su distribución en provincias y comarcas, el gasto público en salud es muy desigual y no garantiza una adecuada cobertura de servicios con personal calificado en las áreas rurales y en las comarcas.

Oferta

Oferta insuficiente de servicios de desarrollo infantil

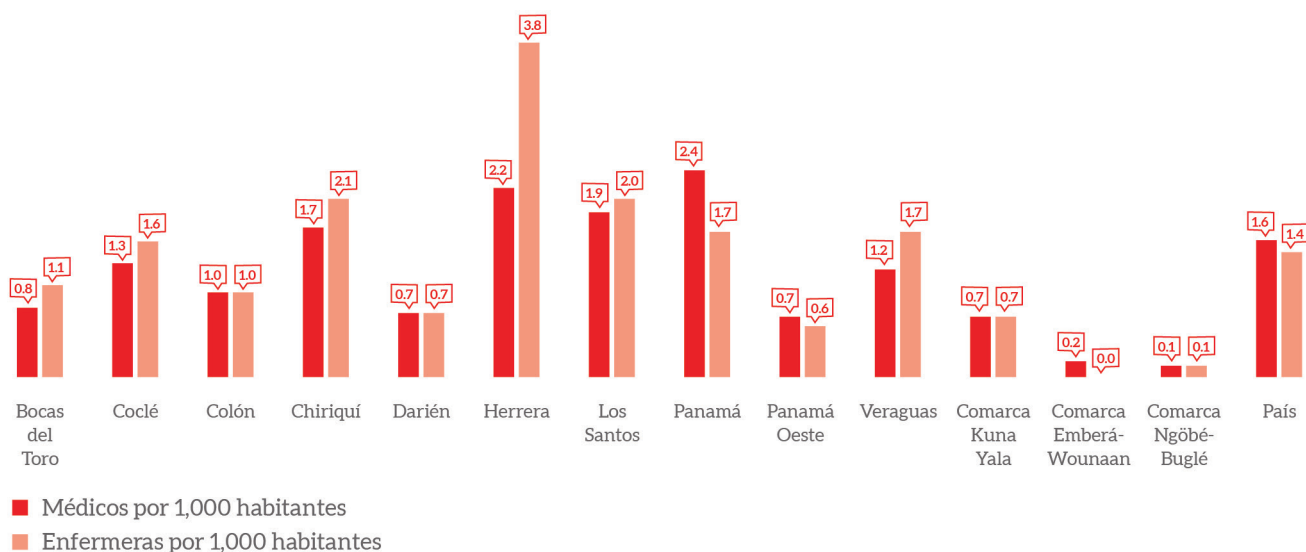
No existe una oferta suficiente de servicios de desarrollo infantil en el país. Se estima que la tasa de matrícula para los servicios oficiales de desarrollo infantil temprano llega solamente al 2.7%. No se cuenta con cifras sobre la oferta de servicios particulares (ver capítulo "Derecho a la Educación").

las comarcas: la Ngöbe-Buglé presenta los peores datos en relación con el número de médicos (0.1 médicos por 1,000 habitantes en 2017) y la Emberá-Wounaan en relación con el número de enfermeras (ninguna enfermera en 2017). Herrera, Los Santos y Panamá presentan las mejores coberturas, muy por encima de los promedios nacionales. La provincia de Panamá concentra el 38% de la población del país, sin embargo, cuenta con el 57% de los médicos y el 44% de las enfermeras.

Cobertura de profesionales de la salud

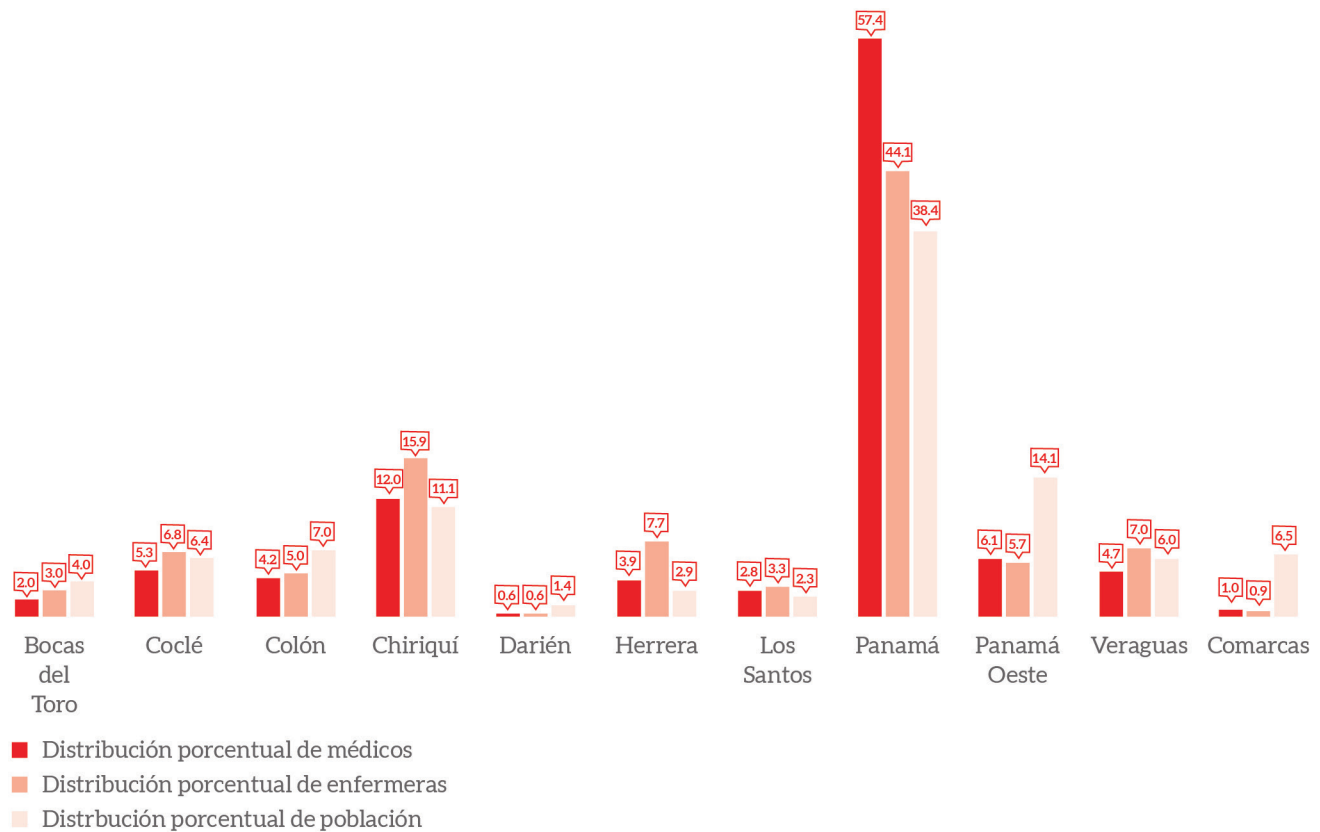
Las zonas rurales presentan limitaciones en la oferta de personal calificado en medicina y enfermería, lo cual se agrava en

Médicos y enfermeras por 1,000 habitantes, año 2017



Fuente: INEC, 2017.

Distribución porcentual de médicos y enfermeras en los territorios, año 2017



Fuente: INEC, 2017.

Cobertura de peditras

Respecto a la especialidad de pediatría, se presentan áreas críticas en cuanto a su oferta: las comarcas indígenas no cuentan con médicas/os peditras. Las provincias con mayores dificultades en el acceso a peditras son: Darién, Bocas del Toro, Coclé y Colón.

Centros de salud amigables para niños, niñas y adolescentes

Es necesario ampliar la cobertura de servicios para prevenir consumo de alcohol, drogas, tabaco, problemas de salud mental y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Para ello se requieren mayor cantidad de servicios comunitarios amigables para la población.

Programas de salud sexual y reproductiva

Es necesario reforzar la presencia de programas y servicios universales de atención y promoción de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Demanda

Bajo nivel educativo

El bajo nivel educativo se relaciona con el acceso a controles prenatales, suplementos vitamínicos en embarazadas, la frecuencia del embarazo adolescente y el poco conocimiento en relación con el VIH/SIDA.

Inequidades socioeconómicas

La limitada cobertura de los servicios de transporte público hace que los bajos ingresos restrinjan el acceso a instalaciones de salud de calidad y alimentos nutritivos. Relacionadas con las inequidades socioeconómicas, se encuentran diferencias culturales (por ejemplo, entre madres urbanas y madres indígenas) que demandan servicios de salud adaptados y pertinentes.

Diferencias de acceso a un seguro social

Solo el 44.9% de los niños, niñas y adolescentes se benefician de un seguro social. En las comarcas se observan menores coberturas: Kuna Yala (2.3%), Ngöbe-Buglé (3.7%) y Emberá-Wounaan (8.4%). Las coberturas mayores se encuentran en Herrera (63.1%), Los Santos (62.7%) y Panamá Oeste (58.7%). Los niños y niñas que no están cubiertos por el seguro social no pueden acceder a los servicios de salud ofrecidos por la Caja del Seguro Social y solamente se pueden beneficiar de los del Ministerio de Salud.

Análisis de riesgos

El MINSA cuenta con el Sistema Institucional de Salud para Emergencias y Desastres (SISED), cuya función es implementar todos los componentes de la gestión de riesgo que van desde el análisis de riesgo, prevención, mitigación, preparación, manejo de respuesta y recuperación, procurando la mayor capacidad de las instalaciones de salud con el fin de responder oportunamente en asistencia sanitaria ante situaciones de emergencia y desastres.

Con el fin de brindar orientación institucional se crea el Plan de Respuesta Multi-ame-

nazas en el sector salud que unifica criterios entre el MINSA y la CSS para la atención de desastres, y se crea la Comisión Nacional de Hospitales Seguros Frente a Desastres, que tiene pendiente la elaboración de los lineamientos técnicos para que los nuevos hospitales sean construidos con criterios de hospitales seguros y se reduzca el riesgo en los existentes. No se cuenta con la plataforma que permita el monitoreo del programa de hospitales seguros y se carece de evaluadoras y evaluadores capacitados en el índice de Seguridad Hospitalaria (Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres, 2015).

Al Ministerio de Desarrollo Social se le asigna la labor de fungir como enlace del Centro de Operaciones de Emergencia, para lo cual se crea una guía institucional que se encuentra en proceso de validación. En relación con la primera infancia, se elabora la "Guía para la Gestión Integral del Riesgo en los Centros de Atención Integral para la Primera Infancia -CAIPI" si bien se encuentra en proceso de validación, por lo que no ha iniciado su implementación. En ella, se establece que cada CAIPI debe contar con un plan de respuesta y un listado de niños, niñas, adolescentes, familiares y cuerpo administrativo ante una situación de emergencia y un mapeo de riesgos. En el año 2017 se inició con la capacitación de personal administrativo y docentes de los CAIPI en materia de gestión del riesgo por desastres naturales y antrópicos.

A pesar de los avances, existen brechas de información ya que no existen sistemas que permitan conocer los centros de salud usados o considerados como albergues o refugios temporales.

Adicionalmente, se requieren sistemas de georreferenciación de las instalaciones de salud y de los CAIPI, y la realización de una evaluación integral del impacto de los desastres en el sector de salud.

Desafíos para la garantía del derecho



- Para garantizar la universalidad en el acceso a la salud para todos los niños, niñas y adolescentes, el Estado debe elevar la calidad de los servicios de atención primaria de salud, con enfoque de equidad territorial en la inversión pública y pertinencia cultural en la entrega de servicios.



- Para el cierre de brechas en el derecho a la vida y a la salud, se hace necesaria la implementación efectiva de programas de nutrición y alimentación saludable desde la primera infancia, incluido el reforzamiento de la lactancia materna.



- Los centros especializados en salud adolescente son una respuesta escalable para garantizar el derecho de esta población a acceso a información en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención de embarazos adolescentes, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, así como atención de salud mental.





- Urge un enfoque intercultural en los procesos de formación del personal en salud y en los centros de desarrollo infantil, tomando en cuenta las tradiciones y valores de los 7 pueblos indígenas de Panamá.



- Es necesario fortalecer los sistemas de información para identificar oportunamente las brechas relacionadas con la nutrición y el acceso y calidad de los servicios, lo que permitiría establecer criterios de prioridad para la inversión y desarrollo de políticas públicas.



Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible e indicadores del Plan Estratégico Nacional "Panamá 2030" relacionados

OBJETIVO	METAS	INDICADORES
<p>2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible</p> <p>2 HAMBRE CERO</p> 	<p>2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.</p> <p>2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, y las personas de edad.</p>	<p>Indicador: Prevalencia de la subalimentación.</p> <p>Indicador: Prevalencia del retraso en el crecimiento (estatura para la edad, desviación típica < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud) entre los niños y niñas menores de 5 años.</p>
<p>3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades</p> <p>3 SALUD Y BIENESTAR</p> 	<p>3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.</p> <p>3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1,000 nacidos vivos.</p> <p>3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.</p> <p>3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.</p> <p>3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.</p> <p>3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p>	<p>Indicador: Índice de mortalidad materna.</p> <p>Indicador: Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.</p> <p>N/D</p> <p>N/D</p> <p>N/D</p> <p>N/D</p>

Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño a Panamá (2018)

Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales (2018)	Artículo de la CDN
Concientizar sobre las consecuencias de la cohabitación entre hombres mayores y niñas, con énfasis en embarazos precoces, salud física y mental, así como el bienestar de las niñas.	Art. 24 y 39
Investigar si existen casos de mutilación genital femenina entre la población indígena que vive en la frontera con Colombia y, en su caso, adoptar las medidas que sean necesarias para su erradicación.	Art. 24.3
Garantizar la universalidad en el acceso a la asistencia sanitaria de calidad, con pertinencia cultural.	Art. 24 y 30
Combatir las tasas de mortalidad de lactantes y niñas y niños de hasta 5 años, así como las tasas de mortalidad materna.	Art. 6 y 24.2.a y d
Promover la sensibilización sobre los beneficios de la lactancia materna y fortalecer la Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna.	Art. 24.2.e
Difundir información sobre los servicios brindados a los niños y niñas afectadas por la enfermedad del Zika a nivel nacional.	Art. 24.1 y 24.2.c
Monitorear y evaluar periódicamente las políticas y programas sobre seguridad alimentaria y nutrición infantil, y garantizar la inclusión de las poblaciones indígenas.	Art. 24.2.c y e y 27.3
Incorporar en el plan de estudios obligatorio la educación en salud sexual y reproductiva dirigida a las y los adolescentes y adoptar una estrategia de comunicación integral al respecto, prestando especial atención a la prevención de los embarazos precoces y las enfermedades de transmisión sexual.	Art. 28.1.d y 17.a
Garantizar a las y los adolescentes un fácil acceso a anticonceptivos asequibles.	Art. 24.2.f
Fortalecer el Consejo Nacional de Atención a la madre adolescente embarazada para aplicar la Ley no. 60 sobre el derecho a la educación de las menores embarazadas.	Art. 24.2.3 y 28
Velar por que las niñas puedan abortar en condiciones seguras, salvaguardando el interés superior de las niñas embarazadas.	Art. 24.2.b
Desarrollar servicios sanitarios adaptados a las necesidades de las y los adolescentes, incluyendo atención médica, asesoramiento en materia de nutrición y apoyo a la salud mental.	Art. 24
Garantizar que los niños, niñas y adolescentes tengan en todos los casos acceso a pruebas de detección y asesoramiento confidenciales, así como a prevención y tratamiento del VIH de calidad.	Art. 24.1 y 24.2.c
Mejorar el acceso de los niños y niñas infectados por el VIH y sus madres a la terapia antirretrovírica y a tratamiento de seguimiento.	Art. 24. 1 y 24.2.a y d
Adoptar medidas de prevención de la transmisión materno – infantil del VIH/SIDA y elaborar una hoja de ruta que incluya medidas eficaces, diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento.	Art. 24.2.d y f
Recabar asistencia técnica de ONUSIDA y UNICEF.	Art. 24.4