



KIT Royal
Tropical
Institute



Informe de País: PANAMÁ

EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN *ADVOCACY* SOBRE ABORTO SEGURO

PARA LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SPOG)

COMISIONADO POR LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO)
REALIZADO POR KIT-ROYAL TROPICAL INSTITUTE – UNIDAD DE SALUD

Lisa Juanola, Ana de Obaldía

Abril 2018

KIT - Health

Mauritskade 63

1092 AD Amsterdam

Telephone +31 (0)20 568 8711

Fax +31 (0)20 568 8444

www.kit.nl/health

Agradecimientos

El equipo consultor quiere agradecer a todas las personas que hicieron posible esta evaluación de necesidades.

En primer lugar, a los miembros de la Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia (SPOG) por compartir con nosotras sus opiniones y perspectivas.

Un agradecimiento muy especial al Presidente Dr. Roberto Epifanio, la Dra. Ruth de León, el Dr. Raúl Bravo y la Dra. Isabel Lloyd por su activo compromiso a lo largo de la evaluación de necesidades tanto con sus insumos, asesoría, tiempo y apoyo logístico.

El equipo quiere también dar las gracias a todos los y las participantes del taller por su activa participación.

Finalmente, agradecer también el apoyo y las retroalimentaciones del equipo de la sede regional y global de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), especialmente a la Dra. Marina Gil.

Índice

0.	Resumen Ejecutivo	i
1.	Introducción	1
1.1	Propósito de la Evaluación de Necesidades.....	1
1.2	Objetivos de la Evaluación de Necesidades	1
2.	Metodología	2
2.1	Revisión de Literatura	2
2.2	Encuesta en línea	2
2.3	Entrevistas	2
2.4	Taller con Actores Clave.....	3
2.5	Retos y limitaciones	3
3.	Resultados	4
3.1	Revisión documental y de literatura	4
3.2	Encuesta online.....	8
3.3	Entrevistas semiestructuradas.....	11
3.4	Taller con actores clave	13
4.	Conclusiones.....	17
5.	Recomendaciones.....	18
6.	Referencias	19
7.	Anexos	20
	Anexo 1: Listado de Entrevistas	20
	Anexo 2: Programa del taller con actores clave	21
	Anexo 3: Complementos a la Revisión de literatura.....	23
	Anexo 4: Respuesta a la encuesta en línea	26
	Anexo 5: Redes Sociales y Alianzas	27
	Anexo 6: Análisis FODA.....	28
	Anexo 7: Plan de acción.....	29

0. Resumen Ejecutivo

La evaluación de necesidades tuvo el propósito de identificar y analizar las capacidades y necesidades de la Sociedad Panameña de Obstetricia y ginecología - SPOG sobre *advocacy* de aborto seguro. Forma parte de una evaluación de necesidades en diez países y se realizó a solicitud de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) donde apoyará intervenciones en los próximos años.

La evaluación se realizó en base a una revisión de literatura sobre el tema de aborto en Panamá, la aplicación de una encuesta en línea la cual tuvo una respuesta de 62 personas miembros de la SPOG, la realización de 14 entrevistas en profundidad dirigidas a representantes de la SPOG, Ministerio de Salud de Panamá, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia, Caja de Seguro Social, Gineco-obstetras de Hospitales de II y III nivel y Médicos Generales. Asimismo, se realizó un taller participativo con actores clave para identificar las necesidades y prioridades en materia de *advocacy* sobre aborto seguro en Panamá y generar insumos para el plan de acción de la SPOG.

Los resultados de la revisión de literatura, entrevistas y taller con actores clave confirman que, a pesar de la legalidad del aborto terapéutico y la disminución del aborto inseguro por el creciente uso del aborto médico, el acceso al aborto seguro es restringido en Panamá, especialmente para las mujeres con menores recursos y fuera de la capital. Esto es debido a la desinformación sobre el marco legal y sobre las normas técnicas del aborto terapéutico entre el personal médico, usuarias y la población en general, los limitados tiempos para el aborto con indicación legal en caso de violación, y un fuerte y generalizado estigma alrededor del aborto. En consecuencia, prevalece el secretismo y la clandestinidad lo cual lleva a riesgos para la salud de las mujeres y a una falta de visibilidad de la prevalencia del aborto por la ausencia de datos y registros.

Las recomendaciones del estudio son las siguientes:

- **Asegurar un mayor y mejor uso del marco legal** existente para ampliar el acceso al aborto seguro a través de la difusión de la Guía Nacional sobre el Manejo de Complicaciones del Embarazo, el debate sobre la interpretación del concepto salud, y el desarrollo de Guías Técnicas sobre el Manejo de casos de Violencia Sexual.
- **Promover la transformación de actitudes entorno al aborto seguro a todos los niveles**, especialmente entre los profesionales médicos, incluyendo además de gineco-obstetras, médicos generales, enfermeros/as, y especialistas de la salud mental (psicólogos/as, psiquiatras)
- **Expandir la red de apoyo al acceso al aborto seguro** con la involucración de nuevos sectores como el académico, legal y social.
- **Asegurar la generación y sistematización de datos sobre aborto** así como su traducción en materiales de comunicación para apoyar esfuerzos de *advocacy* sobre aborto seguro.
- **Fortalecimiento de la SPOG y del Grupo de Salud Sexual y Reproductiva** tanto a nivel organizacional como a nivel de sus capacidades en materia de *advocacy*, especialmente habilidades de comunicación y clarificación de valores entre los miembros.

1. Introducción

Este informe de país es el resultado de una evaluación de necesidades realizada por KIT Royal Tropical Institute con la Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia (SPOG) sobre *advocacy*¹² en aborto seguro. Panamá es uno de los diez países que participan en una Evaluación de Necesidades más amplia para un próximo proyecto multinacional liderado por FIGO que busca aumentar la capacidad de las sociedades nacionales de obstetricia y ginecología para convertirse en líderes nacionales en el trabajo de *advocacy* sobre aborto seguro.

1.1 Propósito de la Evaluación de Necesidades

Esta evaluación de necesidades es la primera fase de un próximo proyecto sobre aborto seguro. El propósito es proporcionar una mejor y más profunda comprensión de las capacidades y necesidades de la SPOG que permita identificar las principales acciones en materia de *advocacy* sobre aborto seguro que el proyecto multinacional podría abordar. Además, debería proporcionar insumos sobre cómo la FIGO puede fortalecer de manera más efectiva las capacidades de las sociedades nacionales, en este caso la SPOG. Esto incluye la provisión de recomendaciones sobre el contenido del programa de desarrollo de capacidades mediante el desarrollo de planes de acción nacionales con presupuesto, así como una propuesta de programa integral para los diez países.

1.2 Objetivos de la Evaluación de Necesidades

Los objetivos específicos son que al final de la evaluación de necesidades en diez países, la FIGO debería tener:

- Información sobre la situación del aborto en cada país
- Comprensión de las capacidades y las necesidades de cada Sociedad Nacional de Obstetricia y Ginecología en materia de *advocacy* sobre aborto seguro
- Planes de acción para cada Sociedad Nacional de Obstetricia y Ginecología desarrollados a través de un proceso colaborativo
- Recomendaciones sobre el papel de la FIGO para fortalecer la capacidad de las diez Sociedades Nacionales para realizar *advocacy* sobre aborto seguro, traducidas en una propuesta integral

¹Esta palabra se utiliza sin traducción porque no existe un equivalente en español. Las traducciones más cercanas y comunes como 'defensa' o 'promoción' son menos precisas y su uso en relación al aborto seguro puede ser mal interpretado y problemático en ciertos contextos. Es común el uso del término inglés en las publicaciones en español de organizaciones especializadas en *advocacy* en aborto como IPAS.

²En este informe y a lo largo de la evaluación de necesidades realizada, *advocacy* se define como el uso estratégico de información y acción para desarrollar opiniones, políticas y prácticas que afectan la vida de las personas (IPAS, 2009) (Adaptado de Hord, 2001 y Sharma 1997)

2. Metodología

La evaluación de necesidades fue de carácter formativo con un enfoque altamente participativo. Hubo una comunicación constante y fluida con la SPOG para lograr un entendimiento común sobre los objetivos de la evaluación. A lo largo del proceso se compartieron insumos a modo de retroalimentación mutua fortaleciendo el trabajo conjunto y colaborativo.

Los métodos utilizados para alcanzar los objetivos de la evaluación de necesidades fueron los siguientes:

2.1 Revisión de Literatura

La revisión de literatura se realizó entre Febrero y Marzo de 2018 en base a una herramienta guía común desarrollada para los 10 países. La SPOG compartió una selección de documentos y artículos sobre el contexto del aborto en Panamá. Se consultaron informes de actores clave nacionales e internacionales en materia de salud reproductiva como el Fondo de Población de las Naciones Unidas o el Ministerio de Salud de Panamá. También se realizó una búsqueda de artículos académicos en revistas científicas y se consultó literatura gris para complementar las diferentes áreas de la herramienta marco para la evaluación de necesidades.

2.2 Encuesta en línea

Se envió una encuesta auto administrada en línea a los 285 miembros de la SPOG utilizando la plataforma Survey Monkey. La encuesta fue diseñada en inglés para los diez países por lo que se solicitaron los insumos de la SPOG para asegurar que tanto la terminología en la versión traducida al español como las preguntas fueran apropiadas para el contexto de Panamá. Debido a restricciones de la SPOG para compartir los datos de contacto de sus miembros por motivos de privacidad³, la encuesta fue enviada directamente por la SPOG a través de un web link. Como mecanismo de seguridad se programó el requerimiento de introducir una contraseña para poder responder la encuesta. La contraseña fue compartida por la SPOG a través de un correo aparte.

La encuesta estuvo abierta durante dos meses del 20 de Febrero hasta el 20 de abril con el objetivo de conseguir más respondientes durante el Congreso nacional de la SPOG que tuvo lugar entre el 16 y el 20 de abril. La SPOG mandó alrededor de diez recordatorios por correo electrónico y se obtuvieron 62 respuestas equivalente a una tasa de respuesta de 22%. La tasa estimada de completación fue de 71%.

2.3 Entrevistas

Se realizaron un total de 14 entrevistas, la mayoría de las cuales tuvo lugar los días 7, 8 y 9 de marzo en la Ciudad de Panamá. Algunas se realizaron en fechas posteriores o en la Región de Chiriquí con el objetivo de incluir miembros de las filiales de SPOG en regiones. Las entrevistas se realizaron con representantes de la SPOG, Ministerio de Salud de Panamá (MINSA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLFAFA), Caja de Seguro Social (CSS), Gineco-obstetras de Hospitales de II y III nivel y Médicos Generales. Las entrevistas se realizaron en las oficinas de las organizaciones y en los propios centros hospitalarios y tuvieron una duración promedio aproximada de 45 minutos. Todas fueron audio grabadas con el consentimiento de las personas entrevistadas y se tomaron notas durante el transcurso de la entrevista. Las notas se limpiaron a posteriori complementándose con los audios y se analizaron con base a áreas temáticas utilizadas también para presentar los resultados en el informe.

³ Durante la fase de inceptión se acordó con la FIGO optar por un mecanismo de envío que no permitiera el reenvío de la encuesta lo cual requería contar con el listado de correos electrónicos para poder enviar la solicitud de respuesta de manera personalizada a través de la plataforma. El cambio en el mecanismo de envío fue consultado con la FIGO.

2.4 Taller con Actores Clave

Junto con la SPOG y en MINSA se organizó un taller de dos días con actores clave que tuvo lugar en el Hotel Occidental de la Ciudad de Panamá los días 12 y 13 de Marzo. El propósito del taller era identificar las necesidades y prioridades en materia de *advocacy* sobre aborto seguro en Panamá y generar insumos para el plan de acción de la SPOG para el proyecto de la FIGO que se desarrollará en los diez países.

Los objetivos específicos eran los siguientes:

- Discutir e identificar las oportunidades y barreras para hacer *advocacy* sobre aborto seguro en Panamá con base a la presentación de la revisión documental y la experiencia propia de los y las participantes
- Explorar valores personales y profesionales relacionados con el aborto e identificar actividades para mejorar el acceso a servicios de aborto seguro y legal y de atención post aborto basados en la ética profesional
- Explorar las implicaciones de los marcos legales y políticos sobre el aborto
- Discutir el concepto de *advocacy* e identificar los desafíos y las barreras para hacer *advocacy* sobre aborto seguro en Panamá
- Identificar las fortalezas y debilidades de la SPOG en *advocacy* sobre aborto seguro
- Proporcionar puntos de acción para un proyecto de *advocacy* sobre aborto seguro

El taller contó con la participación de 28 personas el primer día y 23 el segundo incluyendo representantes del MINSA, SPOG, CSS, UNFPA, y Policía Nacional. La SPOG también tomó el rol de facilitadores con una presentación sobre los avances en materia de aborto seguro en los últimos años. El Anexo 1 detalla del programa del taller.

2.5 Retos y limitaciones

Si bien la SPOG proporcionó un listado preliminar de personas a entrevistar con la mayoría de los teléfonos de contacto y correos electrónicos, agendar entrevistas fue un reto. Se dieron casos de gineco-obstetras que directa o indirectamente se negaron a participar a la entrevista por sus posicionamientos contrarios al aborto. Representantes de algunas organizaciones requerían solicitudes formales a los niveles directivos para poder conceder la entrevista. Tras proceder con dichas solicitudes, algunas concedieron las entrevistas pero otras no dieron respuesta. Por ende, uno de los retos fue poder incluir las perspectivas de la mayor variedad posible de actores.

Las principales limitaciones metodológicas fueron la baja tasa de respuesta de la encuesta en línea y la sobre representación de testimonios favorables al aborto seguro. La encuesta en línea tuvo una tasa de respuesta del 22% a pesar de múltiples recordatorios y a partir de la semana posterior al taller los recordatorios ya no trajeron nuevas respuestas. Tanto en las entrevistas como en el taller se contaron con los insumos de las personas más favorables al avance del aborto seguro en el país, lo cual no parece ser la posición mayoritaria en el país ni entre las personas miembro de la SPOG.

3. Resultados

3.1 Revisión documental y de literatura

Los principales hallazgos de la revisión de la literatura se presentan en las siguientes subsecciones: situación demográfica y socioeconómica, derechos sexuales y reproductivos, contexto político y legal sobre el aborto, y provisión de servicios.

3.1.1 Situación demográfica y socioeconómica

Según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) Panamá tiene una población estimada de 4,158,783 personas conformada por 2,085,950 hombres y 2,072,833 mujeres, con una mayoría concentrada en la provincia de Panamá (2,186,747). La esperanza de vida al nacer es de 78 años; 75 años para los hombres y 81 para las mujeres.

Panamá presenta un desarrollo humano medio alto, con grandes inequidades que se concentran en la población indígena y rural y a nivel global en las mujeres jóvenes. Según datos del Banco Mundial⁴, Panamá ha sido una de las economías de más rápido crecimiento en la última década (7,2% entre 2001 y 2013). Si bien el país ha experimentado una reducción de pobreza general de 21 a 17% entre 2011 y 2015, dicha reducción ha sido desigual. En las zonas rurales la pobreza extrema es de 27% versus 4% en zonas urbanas, y en territorios indígenas la pobreza es superior al 70% y la pobreza extrema superior al 40%.

El sistema sanitario panameño lo regenta el Ministerio de Salud, quien además de establecer las normas, provee servicios a las personas no aseguradas y ejecuta el presupuesto del Estado, que se alimenta de los tributos. La Caja del Seguro Social provee servicios de salud a la población asegurada, por lo que administra los fondos que aportan trabajadores y patronos.

3.1.2 Salud sexual y reproductiva

a) Mortalidad Materna

A pesar de los avances que Panamá ha tenido en relación a la disminución de las muertes maternas y perinatales, el país no ha logrado cumplir con la meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De acuerdo a los datos del INEC, la razón de mortalidad materna pasó de 64.9 muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos en 2012 a 49,2 en 2016. Sin embargo, estas cifras han tenido oscilaciones periódicas de 42.4 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en el año 2009 hasta una razón de 83.6 en el año 2006. En 2016, las provincias/comarcas que presentaron una mayor razón de mortalidad materna fueron Guna Yala (339.6), Darién (206.2) y Ngâbe Buglé (162.5). Colón (18) y Panamá (18.5) presentaron la menor razón de mortalidad materna (INEC, 2016a).

Según los registros del MINSa de 2016, las causas de muertes maternas en la República de Panamá fueron de mayor a menor: complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (27%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (21.6%), toxemia, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (16,2%), otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (16.2%), embarazos terminados en aborto (10.8%) y atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica con posibles problemas de parto (8.1%) (INEC, 2016b)

⁴<http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>

Los datos más específicos sobre los casos de muertes materna por embarazos terminados en abortos en los años 2000, 2005, 2010 y 2015 señalan el embarazo ectópico como la causa más común seguido del aborto no especificado (INEC, 2016c).

**Cuadro 221-12. DEFUNCIONES MATERNAS EN LA REPÚBLICA, SEGÚN CAUSA: AÑO 2016
EN COMPARACIÓN CON LOS AÑOS 2000, 2005, 2010 Y 2015**

Código (1)	Causa (1)	Defunciones maternas (Complicaciones del embarazo, parto y puerperio)				
		2000	2005	2010	2015	2016
	TOTAL	40	42	41	40	37
O00-O08	Embarazo terminado en aborto	5	1	6	3	4
O00	Embarazo ectópico	1	1	1	2	4
O01	Mola hidatiforme	-	-	2	-	-
O03	Aborto espontáneo	1	-	-	-	-
O05	Otro aborto	-	-	2	-	-
O06	Aborto no especificado	3	-	1	1	-

B) Planificación familiar y embarazos adolescentes

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá (2009) revela que el 27.4% de las mujeres casadas o unidas tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar. Esta necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área indígena, entre mujeres sin educación y mujeres de menor ingreso. Los datos muestran que la necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor para limitar (20.1%) que para espaciar (7.3%). La Comarca Ngöbe Bugle presenta la mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar como para limitar (24.3% y 50.9%, respectivamente); mientras que la Provincia de Los Santos presenta la mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar (4.1%), y Herrera muestra la menor para limitar (4.3%). Una reciente evaluación de necesidades sobre planificación familiar en población Ngöbe Bugle identificó como principales barreras para la obtención de planificación familiar la falta de recursos económicos y el limitado acceso (Longracre, 2017).

De acuerdo los datos de cobertura de atención en adolescentes embarazadas según provincia, distrito y corregimiento del MINSA de 2016, un 29.3% de los embarazos ingresados al control eran en mujeres de entre 10 y 19 años. El informe de proporción de adolescentes embarazadas indica que San Miguelito, Chiriquí y la región de Panamá Metro son las que presentan la mayor incidencia de casos, mientras que el resto se distribuye en las demás provincias del país. Según la ENASSER 2009, el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que tiene hijos es de 17.3%. Los mismos datos indican que una de cada cinco mujeres embarazadas en el país es adolescente, proporción que en áreas indígenas es de una de cada tres. El nivel educativo es un factor que incide en los embarazos adolescentes, el 43.65 de las encuestadas sin educación reportó haber estado alguna vez embarazada, mientras que entre las mujeres con educación superior el porcentaje es menor (11%) (ENASSER, 2009).

C) Aborto

No se disponen de datos precisos y confiables sobre la magnitud del aborto en Panamá debido a la situación de ilegalidad, secretismo y clandestinidad. Los estudios e informes sobre el aborto en Panamá son limitados y la información más reciente proviene básicamente de los sistemas de registro a nivel de los centros sanitarios del sistema de salud de Panamá o de los registros de denuncias en el sistema judicial. En 2008, en una colaboración entre la SPOG, FIGO, UNFPA, IPPF y APLAFA se realizó un informe nacional sobre la situación del aborto inseguro en Panamá. Dicho informe resaltaba que el 84,9% del total de defunciones fetales de 2007 fueron por abortos (defunciones fetales menores de 20 semanas) de los cuales el 84,6% fueron codificados como abortos incompletos, 7% sin diagnóstico específico, 4,2% como abortos incompletos infestados y un 4.2% como abortos completos (UNFPA, SPOG, IPPF, APLAFA, FIGO, 2008).

TIPOS DE ABORTOS SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA
AÑO 2007

TIPO DE ABORTO	TOTAL	%
Aborto incompleto	6,112	84,6
Aborto infectado	301	4,2
Aborto completo	302	4,2
Aborto inducido	1	0,01
Aborto legal	2	0,02
Desconocidos	516	7
TOTAL	7,234	100

Fuente Documental: Registro de defunciones fetales. Año 2007.

Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Año 2008.

TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS EN EL
ÁREA METROPOLITANA, SEGÚN AÑOS
DE OCURRENCIA. AÑOS 2003 - 2007

Años de Ocurrencia	Total	%
Total	443	100.0
2003	69	16.0
2004	62	14.0
2005	89	20.0
2006	107	24.0
2007 ^(P)	116 ^(P)	26.0

Fuente: Estadísticas del Departamento Investigación Judicial.

(P)/... Cifras preliminares.

Como estimación de abortos inseguros, el informe destaca que según los datos de la Dirección General de Investigación Judicial (DIJ), entre 2003 y 2007 se reportaron un total de 443 abortos inducidos. Según el registro de incidentes policivos sobresalientes registrados constan en el año 2013 un total de 33 abortos provocados (0.1%) y 43 en el 2014 (0.1%) (Ministerio Público, 2017).

Los datos sobre abortos seguros y legales son más precisos, sobre todo los abortos terapéuticos puesto que todos deben ser aprobados por la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico. Según los registros de dicha Comisión llegaron un total de 16 solicitudes de abortos terapéuticos en 2015, 34 en 2016 y 41 en 2017 de los cuales fueron aprobados 14, 33 y 39 respectivamente siendo la mayoría por malformaciones congénitas (ver anexo 3). Por su parte, los hospitales llevan un registro del número de abortos atendidos, incluyendo abortos incompletos, y a toda pérdida fetal se le llena un Certificado de Defunción Fetal independientemente de la edad gestacional, el cual es enviado a la Contraloría General de la República. Según el Boletín Estadístico 2016 del MINSa se atendieron un total de 6015 abortos en las instalaciones del MINSa, siendo el Hospital Santo Tomás donde se realizaron un mayor número (1688) seguido por el Hospital San Miguel de Arcángel de San Miguelito (1211) y el Hospital José Domingo de Obaldía de Chiriquí (1017) (MINSa, 2017) (ver anexo 3).

3.1.3 Contexto político y legal

En Panamá, el aborto inducido está penalizado con penas de prisión de 1 a 3 años para las mujeres que se provocan un aborto y de 3 a 6 años para quienes realizan el aborto, aunque sea con consentimiento de las mujeres (Código Penal, Artículos 141-143). Sin embargo, desde 1982 se liberalizó el marco legal sobre el aborto despenalizando dos causales: salud, en el caso de que la vida de la madre o del producto de la concepción estén en riesgo, y violación. Más específicamente, el artículo 144 sobre aborto legitimado establece que no se aplicarán penas si:

1. Si el aborto es realizado con el consentimiento de la mujer para provocar la destrucción del producto de la concepción ocurrida como consecuencia de violación carnal, debidamente acreditada en instrucción sumarial, y
2. Si el aborto es realizado con el consentimiento de la mujer, por graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción.

El mismo artículo indica que en el caso de violación, el delito debe ser de conocimiento de la autoridad competente y el aborto sólo puede practicarse dentro de los dos primeros meses de embarazo. Para la causal salud, se establece que la autorización depende de una comisión multidisciplinaria designada por el Ministerio de Salud y se puede realizar en las 22 primeras semanas de embarazo. Adicionalmente, se especifica que el médico designado para la realización del aborto tiene el derecho de objetar objeción de conciencia por razones de cualquier índole para abstenerse de realizar el procedimiento.

El funcionamiento de la Comisión Multidisciplinaria se especificó en la resolución nº 1 del MINSA el 21 de abril de 1989. La mujer embarazada debe presentar por escrito una solicitud, la cual debe ir acompañada de un diagnóstico médico que justifique la solicitud y el consentimiento del representante legal en el caso de que la mujer sea menor de edad. El Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia del hospital regional verifica la solicitud y la transmite a la Comisión Multidisciplinaria para que analice el caso a la mayor brevedad posible y emita una autorización por escrito. La composición de dicha comisión, de acuerdo a la resolución del MINSA nº 02007 del 2 de agosto de 1988, incluye diferentes especialistas médicos y un representante del departamento legal del Ministerio de Salud. Adicionalmente, la Comisión puede solicitar apoyo de otros profesionales de la salud si lo considera oportuno.

En 2009 se aprobó la Guía de Manejo de las Complicaciones del Embarazo que es la herramienta dirigida a los y las profesionales de salud para asegurar que las mujeres reciban una atención de calidad en todo lo relacionado con complicaciones del embarazo. En la versión actualizada de 2015, el capítulo III detalla el abordaje del aborto y sus complicaciones, con énfasis en el modelo de atención post aborto y la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) ya de uso en las instalaciones de salud (MINSA & CSS, 2015). En el anexo 3 se presenta la clasificación y definición de aborto según esta guía.

Varios Comités de las Naciones Unidas se han pronunciado en los últimos años sobre el contexto legal y político del aborto en la República de Panamá. En 2001, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CESCR) llamó al Estado a promover la reducción de las tasas de abortos ilegales (CESCR, 26º período extraordinario, abril 2011). En 2008, el Comité de Derechos Humanos (CCPR) expresó su preocupación por la restrictiva legislación sobre el aborto en el Código penal, especialmente la limitación de la causal violación a los dos meses de embarazo que debe ser debidamente documentada en procesos judiciales (CCPR, 92º período de sesiones, abril 2008). Finalmente, en 2010, el Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) instó al Estado de Panamá a establecer reglamentos para ejecutar las leyes existentes sobre el derecho de las mujeres al aborto e invitó al Ministerio de Salud a emprender una investigación a fondo sobre los abortos en condiciones de riesgo (CEDAW, 45º período de sesiones, febrero 2010).

3.1.4 Estigma sobre el aborto

Prácticamente no existen estudios sobre el estigma en torno al aborto en Panamá. De acuerdo a una investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe del Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro-CLACAI (2015), el estigma asociado al aborto es un campo de estudio nuevo y poco desarrollado a nivel global, y especialmente en América Latina. El estudio argumenta que la condena social del aborto está relacionada con el choque de dicha práctica con el mandato de género de la maternidad como destino de la mujer. Además, se señala que en el contexto latinoamericano se observa una correlación entre la percepción social del estigma y el estatus legal del aborto. La percepción social del estigma, señala el estudio, debe ser analizada a nivel de las mujeres y a nivel de los y las profesionales de salud.

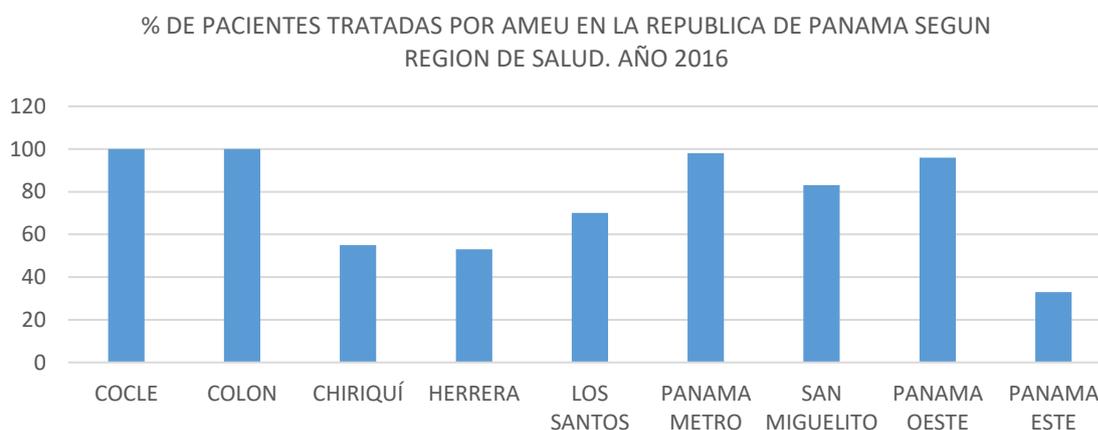
Un estudio sobre opiniones de médicos gineco-obstetras sobre el aborto en Panamá concluyó que un 22.3% no estaba de acuerdo con el aborto, incluso aunque la vida de la madre estuviera en peligro (Flores Castro et al., 2015). Las razones para la interrupción del embarazo que obtuvieron mayor acuerdo fueron: malformación incompatible con la vida extrauterina (87.7%), si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o parto (77.7%), en caso de violación de una mujer menor de 15 años (66.6%), violación en una mujer adulta (61.1%), en una mujer con retardo mental o con demencia (55.5%), y cuando una mujer fuera embarazada por un familiar que no es su pareja (34.4%). La mayoría consideró que la ley debía penalizar el aborto en caso de condición social y económica adversa (74.4%) y un importante porcentaje consideró que también debía penalizarse en caso de violación (23.3%), y en todos los casos (20%). Varios respondientes consideraron el dispositivo intrauterino (DIU) un abortivo y no valoraron la anticoncepción como medida de prevención (Flores Castro et al, 2015).

3.1.5 Provisión de servicios

Panamá proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.2% en el 2013). El país cuenta con un total de 910 instalaciones de salud, 831 instalaciones del MINSA y 79 de la CSS de las cuales 37 son hospitales, 18 del MINSA, 15 de la CSS y 4 de Patronato.

Sobre los métodos para el aborto y la atención del aborto incompleto, las Normas técnicas administrativas y Protocolos de atención del programa de salud integral de la mujer indican que se utilizarán, de preferencia, procedimientos que reduzcan los daños debido a la dilatación del cuello uterino: uso del misoprostol y/o la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) de acuerdo a lo establecido en la Guía de Manejo de las Complicaciones del Embarazo. Desde 2004, en Panamá se ha venido trabajando en la capacitación sobre un modelo moderno de atención post aborto y, especialmente desde 2008, en implementar el modelo de atención post aborto con AMEU. Dicho modelo de atención también incluye la consejería post aborto y la promoción de métodos anticonceptivos de larga duración. En este marco, el porcentaje de uso de AMEU aumentó de un 67.5% en 2007 a un 79.1% en 2008. Los registros de los hospitales evidencian que, en 2016, en la mayoría de las regiones, gran parte de las pacientes fueron atendidas con AMEU en lugar de Legrado Intrauterino (LIU), en varias regiones llegando al 100% o superando el 80%.

En 2008 se realizó una comparación estimada de la relación costo-efectividad del AMEU y el LIU. Se calculó que la estancia hospitalaria promedio era de 1.66 días para los casos tratados con LIU, 1,83 días con AMEU-LIU y 0.97 días en los casos tratados con AMEU. El costo estimado por estancia para el LIU por cada paciente era de 332 USD, 526 USD con AMEU+LIU y 194 USD cuando se realizaba sólo con AMEU. Dichas estimaciones no incluían los costos adicionales que los procedimientos de LIU tienen por el uso de medicamentos anestésicos más complejos y caros, el costo de oportunidad por el uso del quirófano, la depreciación de equipos anestésicos, el personal extra que interviene en el quirófano y la atención especializada de las complicaciones que pueden presentar los procedimientos de LUI (UNFPA y SPOG, 2008).



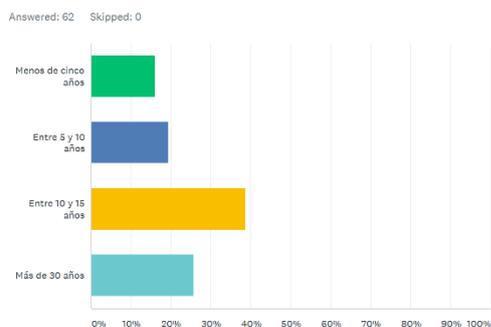
3.2 Encuesta online

Si bien la tasa de respuesta de la encuesta fue baja y por ende los resultados no son representativos de todas las personas miembro de la SPOG, los resultados proporcionan información valiosa sobre la posición de la SPOG a nivel de fortalecimiento, organización y sobre los posicionamientos alrededor del aborto. En el anexo 4 se incluye una visualización de las respuestas a todas las preguntas de la encuesta.

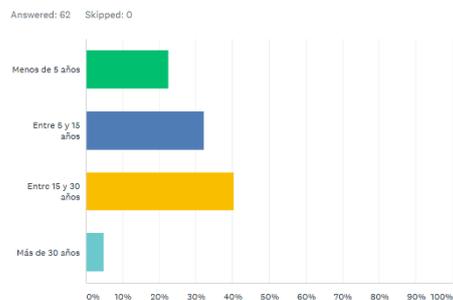
3.2.1 Miembros de la SPOG

Los resultados indican que las edades de los y las miembros de la SPOG son variadas, que la membresía a la SPOG suele ocurrir tras unos años de ser gineco obstetras y que hay presencia de jóvenes. Los respondientes indicaron que son gineco-obstetras desde hace 10'15 años (39%), más de 30 años (26%), entre 5 y 10 años (19%) y menos de 5 años 16%; y miembros de la SPOG desde hace entre 15 y 30 años (40%), entre 5 y 15 años (32%), menos de 5 años (23%) y más de 30 años (5%).

¿Cuánto tiempo hace que es obstetra / ginecólogo/a?



¿Cuánto tiempo hace que es miembro de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología?



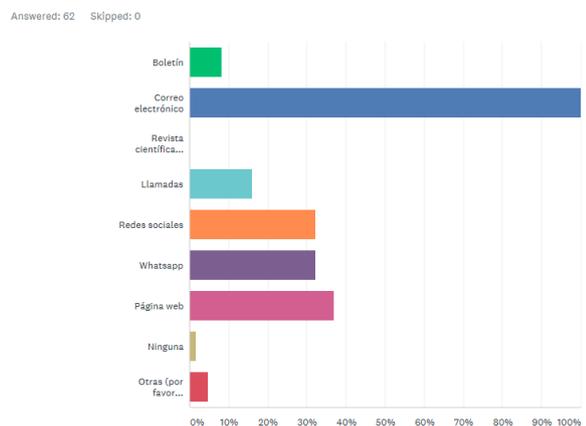
Adicionalmente, el 66% reportaron ser miembros de otros cuerpos profesionales además de la FIGO y FLASOG, siendo algunas de las más mencionadas el Cuerpo Colegial Médico de Panamá, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FECASOG).

3.2.2 Involucramiento y comunicación con la SPOG

La mayoría de respondientes afirmaron estar involucrados con la SPOG (muy involucrado, 11%; involucrado, 19%; y moderadamente involucrado, 45%). Las actividades que más se atienden son conferencias (66%), reuniones regulares (56%), reuniones temáticas (47%) y formaciones (39%). En otras (12,9%), todas las especificaciones de refirieron a los congresos.

La comunicación entre la SPOG y sus miembros es generalmente por correo electrónico (100%). Algunos respondientes también mencionaron la página web (37%), el WhatsApp (32%), las redes sociales (32%), llamadas (16%) y el boletín (8%). La mayor parte de las comunicaciones parece ser mensual (68%) y, en general, los y las miembros están satisfechos con la comunicación existente, aunque una mayoría reportó que se puede fortalecer (69%).

¿Cuáles son las rutas de comunicación existentes entre la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología y sus miembros? (puede marcar multiples respuestas)

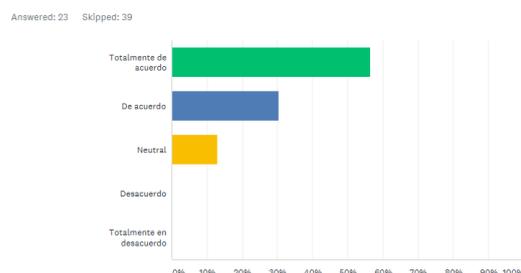


3.2.3 Sobre la posición de la SPOG en relación al aborto

Los resultados sugieren que no hay mucha claridad entre los y las miembros de la SPOG sobre la posición de la SPOG en relación al aborto. El 41% de los respondientes reportaron no saber si dicho posicionamiento existía, y un 15% dijo no existir una posición clara. Si bien el 44% afirmaron que existe un posicionamiento claro, las descripciones de dicha posición fueron en dos líneas. Algunas respuestas mencionaban la seguridad del aborto y

el derecho de las mujeres al aborto seguro sin referencias al marco legal mientras que otro grupo de respuestas enfatizaban el aborto seguro siempre que sea dentro del marco de la ley.

¿En qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con la posición de la SPOG respecto el aborto seguro?



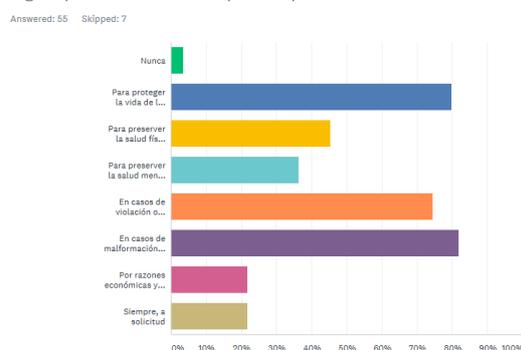
La mayoría de respondientes manifestaron estar de acuerdo con la posición de la SPOG (57% totalmente de acuerdo y 30% de acuerdo). Si bien hubo un 13% de respondientes que se reportaron como neutral, ninguno reportó estar en desacuerdo. Igualmente, la mayoría (70%) considera que la SPOG informa sobre su posición y que lo hace sobre todo en reuniones (94%) y formaciones/capacitaciones (63%).

3.2.4 Sobre la información y posición de las personas respondientes respecto el aborto

Las respuestas sobre si la SPOG informa a sus miembros sobre nuevas evidencias y materiales sobre el aborto fue diversa; un 40% dijo que sí, el 26% no, y 33% no sabía. No obstante, la gran mayoría (95%) afirmó querer recibir más información sobre temas relacionados con el aborto. Las especificaciones de los temas señalaron varios intereses los más comunes de los cuales fueron: marcos y aspectos legales sobre el aborto en Panamá, aborto médico, concepto de aborto seguro, y experiencias en otros países.

Los resultados sobre en qué situaciones el aborto seguro debería estar permitido y ser legal demuestran que hay una posición general favorable de las causales que ya son legales en Panamá: protección de la vida de la vida de la mujer (80%), en casos de malformación del feto (82%) y en caso de violación (75%). Las siguientes circunstancias más mencionadas, aunque no por la mayoría, fueron preservar la salud física (45%) y preservar la salud mental (36%). Además, un 22% indicaron que el aborto seguro debería estar autorizado también por razones económicas y sociales y siempre, a solicitud. Hubieron también 2 respondientes (4%) que indicaron que el aborto seguro nunca debería ser permitido y legal.

¿En qué circunstancias cree que el aborto seguro debería ser permitido / legal?(puede marcar múltiples respuestas)



Respecto al papel de los trabajadores/as de salud como proveedores de servicios de aborto, los respondientes reportaron estar de acuerdo con las siguientes afirmaciones (de mayor a menor):

- La atención postaborto es parte de la atención médica y no debe separarse del resto de la medicina

- Los trabajadores/as de la salud deben estar obligados a proporcionar atención post aborto a todas las mujeres, sin importar si el aborto fue legal o no.
- Los trabajadores/as de salud tienen un papel que desempeñar como defensores del aborto seguro
- Los trabajadores/as de la salud deberían tener el derecho de decidir si realizan o no abortos seguros de acuerdo con sus valores personales y su posición hacia el aborto.
- El aborto seguro es parte de la atención médica y no debe separarse del resto de la medicina
- Los trabajadores/as de salud que se oponen a realizar abortos seguros deben ser obligados a derivar a las mujeres a otros trabajadores de la salud que realizarán un aborto seguro.
- Los trabajadores/as de salud deben informar a las autoridades respectivas casos con signos de abortos ilegales
- Los trabajadores/as de salud especializados (ginecólogos y obstetras) deben estar obligados a realizar abortos seguros en los casos en que lo permita la ley

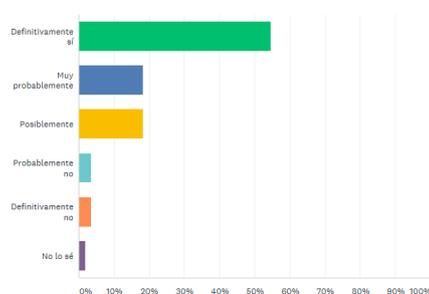
Y en desacuerdo con:

- Los abortos seguros solo deben realizarse en clínicas privadas, no en el sistema de salud pública

Finalmente, en relación a la disposición de los y las respondientes a apoyar a la SPOG en la defensa del aborto seguro, más de la mitad (55%) respondieron que definitivamente sí. Otros indicaron que muy probablemente (18%) o posiblemente (18%). Una minoría de los respondientes dijeron que definitivamente no (4%) o probablemente no (4%) y hubo un caso que manifestó no saber.

¿Apoyaría a la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología en la defensa del aborto seguro?

Answered: 55 Skipped: 7



3.3 Entrevistas semiestructuradas

A partir del análisis de las 15 entrevistas realizadas, se estructura la presentación de resultados en los siguientes puntos:

- Contexto del aborto en Panamá
- Métodos para el aborto
- Atención post aborto
- Posiciones sobre el aborto
- Retos y oportunidades para realizar *advocacy* sobre aborto seguro
- Roles de la SPOG sobre aborto seguro

3.3.1 Contexto del aborto

Los respondientes explicaron que la idea que la mayoría de la población tiene sobre el aborto es que no es legal y que está penalizado y se desconoce la despenalización por la causal salud y causal violación. Varios gineco-obstetras entrevistados indicaron que la mayoría de abortos legales que se realizan son bajo la causal salud, especialmente por casos de malformación congénita. Los casos de abortos por la causal violación parecen ser menos comunes debido a la falta de denuncias y a las dificultades de que los procesos se realicen dentro de los limitados tiempos permitidos para el aborto en casos de violación: 8 semanas. Los abortos aprobados por dichas causales son realizados en hospitales públicos de segundo y tercer nivel. Los gineco-obstetras señalaron que en

un inicio la mayoría se concentraban en el Hospital Santo Tomás pero que ahora se empiezan a realizar también en otros hospitales.

Se cuenta con el registro de los casos de abortos realizados por la causal salud y aprobados por la Comisión de Aborto Terapéutico del MINSA, y también se procura registrar el número de AMEUS que se realizan en los hospitales. Sin embargo, existe una falta de datos para poder hacer estimaciones precisas sobre la magnitud del aborto en el país. Hay poca visibilidad e información sobre los abortos provocados⁵. El tabú y estigmatización del aborto lleva a una situación de secretismo y clandestinidad que hace difícil saber dónde se están dando los abortos provocados, entre qué grupos, en qué condiciones o cuáles son las complicaciones. Varios entrevistados mencionaron que es bien conocida la práctica de abortos en clínicas privadas, pero tampoco sobre estos se tienen datos.

En líneas generales, todas las personas señalaron que existe en el país un fuerte estigma respecto el aborto, fuertemente marcado por creencias religiosas y que van más allá del aborto. Temas como la educación sexual, la planificación familiar o el 'género' son temas que causan mucha tensión en el país por ser vistos y señalados como amenazas al concepto tradicional de familia.

3.3.2 Métodos para el aborto

Actualmente, los métodos más comunes para el aborto son el misoprostol y el AMEU.

En los años 90 se realizaron los primeros esfuerzos para introducir el AMEU sin mayores éxitos. A partir de 2004 se logró introducir como modelo de atención y se realizaron estudios sobre el ahorro que significada el AMEU en comparación con el legrado y las diferencias en la calidad de atención de las mujeres. Las personas entrevistadas resaltaron que en los últimos años se han dado en Panamá importantes avances en la formación sobre AMEU y distribución de dichos equipos en los diferentes hospitales del país. Si bien en general son los gineco-obstetras los responsables de AMEU, en hospitales regionales donde no hay dichos especialistas se han capacitado también médicos generales sobre el uso del AMEU. La técnica del legrado, si bien ya no es el método más común, también se utiliza.

La mayoría de entrevistados señalaron que los abortos inseguros habían disminuido debido al aumento del uso del misoprostol ya que llegaban mucho menos abortos sépticos a los hospitales. Sin embargo, algunos enfatizaron que el uso de misoprostol no estaba libre de complicaciones y que llegan mujeres con hemorragias y abortos incompletos debido al uso de dosis incorrectas, sin tomar en cuenta el estado gestacional y sin asesoría. Algunos criticaron que se da un sobreuso de misoprostol y que es utilizado como método de planificación familiar. El misoprostol está registrado sólo para uso en gastroenterología y no puede ser utilizado en gineco obstetricia, pero se consigue en el mercado negro por un precio de entre 10 y 40 dólares. Aunque es menos frecuente, todavía se dan casos de abortos inseguros realizados con la introducción de objetos, sobretodo sondas.

3.3.3 Atención post aborto

Los entrevistados explicaron que la atención post aborto es obligada por ley, lo cual incluye la atención de abortos incompletos tanto provocados como espontáneos. Legalmente, los profesionales médicos deben reportar al Ministerio Público casos de abortos incompletos que hayan sido provocados ya que el código penal sanciona tanto a la mujer que aborto como a la persona o profesional que le brinda ayuda. Sin embargo, de acuerdo a varios entrevistados estos reportes al Ministerio Público, son procesos muy largos, burocráticos y con poco seguimiento lo que hace que a menudo no se traduzca en sanciones para las mujeres. Adicionalmente, algunos optan por evitar en la medida de lo posible dichos reportes anteponiendo la perspectiva de la confidencialidad profesional.

⁵ Se utiliza el termino aborto provocado en referencia a abortos inducidos fuera del sistema de salud tanto auto-inducidos por la propia mujer como por una tercera persona

La atención post aborto, al igual que el aborto terapéutico y por indicación legal, se realiza con el modelo de atención AMEU. Dicho modelo está basado en una idea de atención integral que incluye consejería y provisión de métodos de planificación familiar, con especial énfasis en métodos de larga duración.

3.3.4 Posiciones sobre el aborto

A nivel de la SPOG se reconoce que no hay un posicionamiento explícito ya que no se menciona el aborto en los estatutos de la Sociedad. Sin embargo, se considera que la posición a favor del aborto seguro queda manifiesto en los documentos de los diferentes proyectos que se hacen. Entre la membresía hay diferentes opiniones y por ende la SPOG enfatiza que hay un trabajo todavía importante que hacer para sensibilizar sobre el concepto de aborto seguro.

Dentro del Ministerio de la Salud las posiciones son variadas y públicamente poco abiertas al aborto. Sin embargo, dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva hay apertura en llevar a debate la ampliación de las causales actualmente permitidas. Una de las ideas es trabajar la integralidad del concepto de salud, inclusive la salud mental, para que un mayor número de casos de abortos terapéuticos puedan ser aprobados bajo la causal salud. Al mismo tiempo, la perspectiva de dicho programa es continuar fortaleciendo la planificación familiar de larga duración, divulgación de los marcos legales y la guía de aborto terapéutico en todas las instituciones del país, y abordar con mayor profundidad la objeción de conciencia y el sistema de referencia con el personal médico.

Organizaciones internacionales como el UNFPA focalizan su estrategia en la planificación familiar y prevención de embarazos adolescentes y analizan el aborto desde el punto de vista de la relación con la mortalidad materna. A nivel personal, la mayoría de entrevistados se mostraron de acuerdo con el aborto terapéutico y con el aborto por indicación legal y enfatizaron la importancia de mantener los esfuerzos sobre el aborto seguro dentro del marco legal actual.

3.3.5 Obstáculos, retos y oportunidades para realizar *advocacy* sobre aborto seguro

Todas las personas entrevistadas señalaron que el principal obstáculo son los grupos que se oponen a diferentes temas relacionados con la salud sexual y reproductiva como la planificación familiar y la educación sexual que tienen una fuerte capacidad de movilización de la población en general y ejercen una importante influencia en tomadores de decisión. La coordinación con el Ministerio Público para agilizar los tiempos para las solicitudes de aborto en casos de violación, la transformación del concepto del aborto y su estigmatización, o la formación del personal médico de primer nivel son algunos de los retos mencionados en relación al aborto seguro. Adicionalmente, algunos ven el actual proyecto de ley sobre salud reproductiva en curso como una oportunidad para profundizar y generar mayor debate sobre el aborto seguro.

3.3.6 Roles de la SPOG sobre el aborto

La SPOG es vista como una organización científico técnica de fuerte credibilidad entre los especialistas gineco-obstetras y con buenas relaciones con el Ministerio de Salud. Los líderes de la SPOG consideran que en su trayectoria la Sociedad ha sido de carácter más científico técnico que político. Los roles han sido más a nivel de formación y asesoría de normas técnicas. Se expresó la voluntad de que la SPOG tome un rol más activo, combinando más la parte científica y la política, buscando nuevas alianzas como, por ejemplo, con el sector académico o legal.

3.4 Taller con actores clave

A continuación, se presentan los principales insumos resultantes de las discusiones y actividades de las diferentes sesiones del taller.

3.4.1 Posicionamientos personales y responsabilidades profesionales

Todos los y las participantes se mostraron a favor del aborto seguro en las causales aprobadas en el marco legal de Panamá. Fuera del marco legal, el enfoque señalado como prioritario era el de mejorar la planificación familiar y promover educación sexual. Al mismo tiempo, algunos participantes mostraron posicionamientos más abiertos incluyendo el derecho del aborto en caso de fallo de métodos anticonceptivos de larga duración o incluso por razones socioeconómicas. Existen algunas ideas particulares incipientes sobre interpretaciones amplias del concepto salud que pudieran permitir incluir mayores casos de acceso a aborto seguro dentro del marco legal existente.

En relación a las responsabilidades profesionales se indicó que la objeción de conciencia no era una problemática en el país debido a la centralización y manejo de las aprobaciones de abortos terapéuticos las cuales se refieren directamente a profesionales que no son contrarios. Sin embargo, esto no implica que entre los profesionales médicos no haya personas reticentes al acceso al aborto terapéutico o legal y no hay visibilidad de los potenciales obstáculos que pueden haber en el acceso al aborto terapéutico antes de que la solicitud llegue a la comisión de aborto nacional.

3.4.2 Advocacy

A pesar del acuerdo respecto la conceptualización del término *advocacy*, no se encontró un término adecuado en español. Adicionalmente, mientras que algunos optaron por el uso de la palabra acceso para tomar una posición más frontal, otros precisaron que podía ser más adecuado hablar de atención integral del aborto seguro sin mencionar explícitamente 'acceso'. Los principales temas, principales roles y niveles mencionados para que la SPOG realice *advocacy* sobre aborto seguro fueron los siguientes:

a) Temáticas

En general, los y las participantes argumentaron que habría que enfocar el debate sobre aborto seguro desde la perspectiva del aborto como un problema de salud pública y de derechos humanos. Algunas de las temáticas específicas que los y las participantes más resaltaron para enfocar los esfuerzos de *advocacy* en aborto seguro fueron:

- Difusión de la legalidad del aborto terapéutico y el aborto por indicación legal
- Seguir promoviendo la atención integral del aborto terapéutico con AMEU y métodos anticonceptivos de larga duración
- Registro del misoprostol
- Ley de salud sexual y reproductiva y de educación sexual

b) Roles y niveles

Sobre los roles y niveles⁶ para hacer *advocacy*, el rol de educador fue el más señalado especialmente dentro de la práctica profesionales y con colegas y otras asociaciones profesionales. Se identificaron posibilidades de trabajar en el rol de persuasor con formuladores de políticas públicas, especialmente en relación al registro del misoprostol. El rol de testigo fue poco mencionado y si sugerían posibles actividades donde utilizar las experiencias que derivan de la práctica profesional era siempre para estar focalizadas entre colegas y otros profesionales médicos.

⁶ Roles: educador, persuasor, testigo. Niveles: dentro de la práctica profesional, colegas y asociaciones profesionales, entornos personales, medios de comunicación, formuladores de políticas.

3.4.3 Redes Sociales

Durante el taller se realizó un ejercicio en grupos para mapear organizaciones, grupos y personas aliadas, potenciales aliadas y oponentes y discutir cómo se podría llegar a ellos. El mapeo de actores se detalla en el cuadro del Anexo 5.

3.4.4 Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Los principales resultados del FODA realizado por grupos se presenta en el Anexo 6

3.4.5 Plan de Acción

En base a las discusiones y resultados de las diferentes sesiones a lo largo del taller, se propusieron 4 niveles generales alrededor de los cuales generar insumos: i) marcos políticos y legales, ii) inclusión y alianzas, iii) transformación de actitudes y iv) generación y uso del conocimiento. Adicionalmente, se acordó que cada grupo tuviera disponible una copia del primer borrador de plan de trabajo ya desarrollado por la SPOG en 2016 para que ese trabajo pudiera ser tomado en cuenta. Ese primer borrador de plan se ha incluido en el Anexo 7.

1. Difusión, revisión y posibles ajustes en los marcos políticos y legales existentes sobre el aborto

- Difundir la legalidad del aborto por indicación médica (aborto terapéutico) y el aborto por indicación legal (causal violación)
- Revisar la Guía Nacional del Manejo de Complicaciones del Embarazo y considerar el desarrollo de materiales más didácticos sobre el aborto terapéutico o una guía específica sobre el manejo del aborto terapéutico
- Desarrollar una Guía Nacional del Manejo de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual
- Promover la aprobación del uso del misoprostol en obstetricia
- Revisar los tiempos establecidos para el aborto por indicación legal y argumentar/solicitar su ampliación
- Incluir en la Comisión Nacional del Aborto Terapéutico profesionales de la salud mental

2. Promover cambios de actitudes en todos los niveles respecto el aborto seguro

- Facilitar talleres de clarificación de valores entre los y las gineco obstetras miembros de la SPOG
- Capacitar y formar a los y las profesionales gineco obstetras sobre la técnica del AMEU y el modelo de atención integral del aborto
- Incluir a médicos generales y enfermeras en las actividades de formación y sensibilización sobre el aborto seguro
- Desarrollo de materiales de comunicación con pertinencia cultural dirigidos a las usuarias y la población en general sobre la legalidad del aborto terapéutico y el aborto por indicación ilegal así como sobre el enfoque integral del aborto seguro
- Aumentar la consejería postaborto y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente de larga duración) en mujeres que reciben atención por aborto
- Clarificar conceptos clave sobre el aborto (seguro-inseguro-médico) y desmontar los discursos y percepciones que sitúan el uso del aborto como un método de planificación familiar.
- Fortalecer la asociación del aborto seguro con la preservación de vidas y no con la interrupción de vidas

3. Mayor inclusión y alianzas

- Generar mayor vínculos con Sociedades de otras especialidades como Psiquiatría o Pediatría
- Mapear medios de comunicación y periodistas más afines a la temática del aborto seguro a través de los cuales se puedan transmitir mensajes

- Buscar la cooperación de entidades del sector legal para discutir y revisar cómo agilizar y mejorar los procesos para el acceso a un aborto seguro por indicación legal en casos de violación
- Fortalecer la coordinación e involucración de los aliados dentro del grupo de salud sexual y reproductiva de Panamá: UNFPA, OPS, MINSA, CSS y SPOG
- Construir nuevas alianzas con organizaciones de la sociedad civil activas en materia de derechos y salud sexual y reproductiva, especialmente aborto seguro y planificación familiar

4. Generación y uso de conocimiento

- Recopilar los estudios realizados por miembros de la SPOG sobre aborto seguro y aborto médico y considerar su publicación
- Evidencia la relación entre el aborto seguro y la disminución de la mortalidad materna
- Evidencia sobre la prevalencia de abortos en Panamá (terapéuticos, por indicación médica, otros)
- Publicación de las evidencias sobre los beneficios a nivel de salud y a nivel económico del modelo de atención integral del aborto
- Fomentar el registro y monitoreo de datos sobre el abastecimiento de métodos de planificación familiar en los hospitales

5. Fortalecimiento de la SPOG

- Mejorar los vínculos con las filiales de la SPOG en las regiones y asegurar su participación en las diferentes actividades. Contar con puntos focales en todas las regiones
- Desarrollar habilidades de comunicación entre los y las miembros de la SPOG
- Capacitación en *advocacy*
- Buscar alternativas para evitar la centralización de responsabilidades en pocas personas con sobrecargas de trabajo

El Anexo 6 incluye un plan de acción preliminar desarrollado en base a los insumos de los y las participantes del taller sobre potenciales objetivos específicos y actividades para los próximos 3 años. Este plan se continuará desarrollando en estrecha colaboración con la SPOG y FIGO.

4. Conclusiones

Los resultados de la revisión de literatura, entrevistas y taller con actores clave confirman que, a pesar de la legalidad del aborto terapéutico y la disminución del aborto inseguro por el creciente uso del aborto médico, el acceso al aborto seguro es restringido en Panamá, especialmente para las mujeres con menores recursos y fuera de la capital. Esto es debido a la desinformación sobre el marco legal y sobre las normas técnicas del aborto terapéutico entre el personal médico, usuarias y la población en general, los limitados tiempos para el aborto con indicación legal en caso de violación, y un fuerte y generalizado estigma alrededor del aborto. En consecuencia, prevalece el secretismo y la clandestinidad lo cual lleva a riesgos para la salud de las mujeres y a una falta de visibilidad de la prevalencia del aborto por la ausencia de datos y registros.

En este contexto, es necesario, pertinente y relevante un trabajo enfocado a mejorar y aumentar el acceso de las mujeres a un aborto seguro. Si bien existen oportunidades para que la SPOG lidere un trabajo de advocacy sobre acceso al aborto seguro, también existen múltiples retos para lograr avances. La evaluación resalta las siguientes oportunidades y retos:

Oportunidades:

- **El marco legal existente.** Las causales despenalizadas en el marco legal sobre el aborto en Panamá (Salud y Violación) pueden permitir el acceso a un aborto seguro y legal un mucho mayor número de casos de los que se están dando. Por un lado, la causal salud se está centrando en casos de malformación congénita y una mayor y mejor difusión de dicha causal podría utilizarse con más frecuencia y para un mayor y más variado número de casos. Adicionalmente, existe la posibilidad de trabajar en la interpretación de un concepto de salud más integral, que incluya la salud mental, y que permita ampliar más el alcance de dicha causal. Por otro lado, la causal violación está siendo poco utilizada debido a las limitaciones, especialmente de tiempo, en los procedimientos establecidos. Una mejora de dichos procesos en términos de agilización permitiría el acceso a un aborto seguro y legal a muchas más mujeres que han sufrido violación sin necesidad de cambiar el código penal.
- **Los estrechos vínculos con el MINSA** a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva así como la existencia del grupo de salud sexual y reproductiva son una oportunidad única para que la SPOG realice un rol más activo de advocacy sobre el aborto seguro.
- **Los logros con el modelo de atención integral con AMEU** son un punto de entrada para continuar expandiendo el acceso al aborto seguro y la sistematización de datos sobre dichos avances pueden apoyar los futuros esfuerzos de advocacy sobre aborto seguro.

Retos:

- **El estigma generalizado alrededor del aborto.** Este estigma lleva a un desconocimiento entre la población en general de la legalidad del aborto terapéutico y del aborto por indicación legal, así como posiciones contrarias al aborto, inclusive para dichas causales, entre algunos profesionales médicos y un silencio público sobre el aborto entre líderes políticos.
- **Grupos conservadores y religiosos** contrarios a temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva bien posicionados con influencia en tomadores de decisión y con amplia capacidad de movilización social. Esta oposición va más allá del aborto y es especialmente fuerte en relación a la planificación familiar, educación sexual y lo que llaman 'ideología' de género. Algunos de los logros más recientes de estos grupos son la anulación de las guías de educación sexual y una marcha multitudinaria contra los matrimonios entre personas del mismo sexo.

5. Recomendaciones

Para que la SPOG se fortalezca y posicione como actor líder en advocacy sobre aborto seguro y tomando en cuenta el contexto del aborto en el Panamá así como las fortalezas y debilidades organizacionales de la SPOG se formulan las siguientes recomendaciones generales

- **Asegurar un mayor y mejor uso del marco legal existente** para ampliar el acceso al aborto seguro a través de la difusión de la Guía Nacional sobre el Manejo de Complicaciones del Embarazo, el debate sobre la interpretación del concepto salud, y el desarrollo de Guías Técnicas sobre el Manejo de casos de Violencia Sexual.
- **Promover la transformación de actitudes entorno al aborto seguro a todos los niveles**, especialmente entre los profesionales médicos, incluyendo además de gineco-obstetras, médicos generales, enfermeros/as, y especialistas de la salud mental (psicólogos/as, psiquiatras)
- **Expandir la red de apoyo al acceso al aborto seguro** con la involucración de nuevos sectores como el académico, legal y social.
- **Asegurar la generación y sistematización de datos sobre aborto** así como su traducción en materiales de comunicación para apoyar esfuerzos de advocacy sobre aborto seguro.
- **Fortalecimiento de la SPOG y del Grupo de Salud Sexual y Reproductiva** tanto a nivel organizacional como a nivel de sus capacidades en materia de advocacy, especialmente habilidades de comunicación y clarificación de valores entre los miembros.

6. Referencias

- CCPR, 92º periodo de sesiones, abril 2008. CCPR/C/PAN/CO/3, 17 de abril de 2008
- CEDAW, 45º período de sesiones, Febrero 2010. CEDAW/C/PAN/CO/7
- CESCR, 26º período extraordinario, abril 2011. E/C.12/Add.64, 24 de Septiembre de 2011
- CLACAI (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.
- ENASSER (2009). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009.
- Flores Castro, H.; Mendoza, A.; Grajales, B.; Ruiz, E. (2015). Opiniones de médicos gineco-obstetras sobre algunos aspectos de salud sexual y reproductiva y el aborto en Panamá. *Revista Centroamericana Obstetricia y Ginecología*, vol 20, nº2.
- INEC (2016a). Estadísticas Vitales, Volumen III- Defunciones: Año 2016. Cuadro 221-03, Tasa de Mortalidad General, Infantil, Neonatal, Posneonatal y Materna en la República, por provincia y comarca indígena de residencia: años 2012-16. Disponible en https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Subcategoria.aspx?ID_SUBCATEGORIA=7&ID_IDIOMA=1
- INEC (2016b). Estadísticas Vitales, Volumen III- Defunciones: Año 2016. Gráfica 6, Porcentaje de Muertes Maternas de Causas según causa: año 2016. Disponible en https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Subcategoria.aspx?ID_SUBCATEGORIA=7&ID_IDIOMA=1
- INEC (2016c). Estadísticas Vitales, Volumen III- Defunciones: Año 2016. Cuadro 221-12, Defunciones Maternas en la República, según causa: Año 2016 en comparación con los años 2000, 2005, 2010 y 2015. Disponible en https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Subcategoria.aspx?ID_SUBCATEGORIA=7&ID_IDIOMA=1
- Longacre, M. (2017). A Needs Assessment of Family Planning Within a Ngöbe–Buglé Patient Population in Bocas Del Toro, Panama. Doctoral dissertation, Harvard Medical School.
- Ministerio Público (2017).
- MINSA(2015). Guía de Manejo de las complicaciones en el Embarazo.
- MINSA (2015). Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención. Programa de Salud Integral de la Mujer
- MINSA (2017). Boletín Estadístico: Anuario 2016. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin_estadistico_del_2016.pdf
- MINSA & CSS (2015). Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Materno Infantil. Disponible en http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
- UNFPA, SPOG, IPPF, APLAFA, FIGO (2008). Informe Nacional de la Situación del Aborto Inseguro en Panamá. El compromiso con la situación del aborto inseguro en Panamá: Un desafío Nacional.

7. Anexos

Anexo 1: Listado de Entrevistas

	Persona	Fecha y hora	Lugar
1	Representante de la SPOG	07.03.2018, 13.00 h	Oficina SPOG
2	Grupo SSR MINSa	08.03.2018, 09.30 h	Hospital Santo Tomás, Maternidad
3	Ginecología y Docencia Maternidad	08.03.2018, 10.30 h	Hospital Santo Tomás, Maternidad
4	MINSa- Cooperación Internacional	08.03.2018, 14.00 h	Oficinas MINSa
5	Presidente SPOG Chiriquí- Jefe de Ginecología- Hospital José Domingo De Obaldía	08.03.2018, 10.00 h	Hospital José Domingo De Obaldía- Provincia de Chiriquí
6	Hospital José Domingo De Obaldía-Secretaria de la SPGO- Chiriquí	08.03.2018, 8:00 h	Hospital José Domingo De Obaldía- Provincia de Chiriquí
7	Responsable MINSa	09.03.2018, 14.00 h	Oficinas MINSa
8	UNFPA	09.03.2018, 16.00 h	Oficinas UNFPA
9	Hospital Paitilla Clinique Femme	09.03.2018, 16:00 h	Hospital Paitilla
10	Ginecología, Complejo Hospitalario	10.03.2018, 07.00 h	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
11	APLAFa	10.03.2018, 9:00 h	Instalación de APLAFa-San Miguelito
12	Hospital San Miguel Arcángel	7.03.2018, 15:00 h	Hospital San Fernando
13	Hospital MAE Lewis	12.03.2018, 8:00 h	Hospital De Obaldía
14	Caja de Seguro Social	13.03.2018, 8:00 h	Complejo Hospitalario

Anexo 2: Programa del taller con actores clave



KIT



Agenda del Taller de validación y discusión de las Barreras y oportunidades para la defensa del aborto seguro en Panamá

Fecha: 12 y 13 de Marzo 2018

Lugar: Hotel Continental- Ciudad de Panamá

Participantes: 30 personas

Objetivo general del taller.

El objetivo del taller es validar el análisis preliminar sobre el contexto del aborto seguro en Panamá y proporcionar insumos sobre oportunidades y limitantes para la defensa del aborto seguro en Panamá que alimenten los planes de acción a desarrollar para el futuro proyecto de la FIGO sobre fortalecimiento de capacidades para la defensa del aborto seguro.

Objetivos específicos

Al final de los talleres, se habrá:

- Discutido e identificado oportunidades y barreras para proporcionar aborto seguro en el país a través de la validación de los resultados preliminares de la evaluación y testimonios sobre experiencias propias de los y las participantes
- Explorado posicionamientos personales y profesionales en relación al aborto seguro e identificado actividades para mejorar el acceso a servicios de aborto seguro y post-aborto desde la ética profesional
- Explorado las implicaciones de la ley nacional sobre el aborto y las políticas para el acceso al aborto seguro.
- Abordado el concepto de *'advocacy'* en sus diferentes niveles e identificado los desafíos y barreras para la defensa del aborto seguro
- Identificado las fortalezas y debilidades de la SPOG para la defensa del aborto seguro
- Formulado puntos de acción para un programa de fortalecimiento de capacidades en material de defensa del aborto seguro.

Agenda

Lunes 12 de Marzo del 2018		
7.30– 8.00	Bienvenida e introducción al taller	Presidente de la SPOG
8.00 - 9.45	Presentación de los resultados preliminares de la evaluación e insumos de los participantes	KIT
<i>Pausa</i>		
10-10.30	Implicaciones del marco legal en materia de aborto seguro	KIT
10.30-11.00	Posicionamientos y responsabilidades profesionales	KIT
11.00-12.00	‘Advocacy’: concepto, niveles, riesgos y beneficios	KIT
<i>Almuerzo</i>		
13.00-14.30	‘Advocacy’: roles y dimensiones de poder	KIT
14.30-15.15	‘Advocacy’ para aborto seguro	KIT
15.15-15.30	Evaluación del día	SPOG
Martes 13 de Marzo del 2018		
07.30-8.00	Bienvenida y recapitulación del día anterior	SPOG
8.00-9.00	Comunicación para la defensa del aborto seguro	KIT
09.00-09.45	Presentación sobre trabajo de la SPOG sobre aborto Seguro	SPOG
<i>Pausa</i>		
10.00-10.45	FODA	KIT/SPOG
10.45-12.00	Desarrollo de planes de acción	KIT/SPOG
<i>Almuerzo</i>		
13.00-14.30	Continuación del desarrollo de planes de acción	KIT/SPOG
14.30-15.15	Presentación y discusión de los planes de acción	KIT/SPOG
15.15-15.30	Evaluación y cierre	KIT/SPOG

Anexo 3: Complementos a la Revisión de literatura

Clasificación y definiciones de aborto según la Guía Técnica para el Manejo de Complicaciones del Embarazo

- **Aborto:** Antes de las 20 semanas de gestación o de un feto nacido que pesa menos de 500 g (OMS). Las definiciones y el punto de corte para la gestación varían.
- **Aborto espontáneo.** Interrupción de la gestación antes de las 22 semanas, sin que haya mediado alguna intervención instrumental o por medicamentos
- **Aborto inducido o provocado.** Interrupción voluntaria de la gestación antes de las 22 semanas, mediante alguna intervención instrumental o por medicamentos
- **Aborto por indicación médica o aborto “terapéutico”.** Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas indicada por razones médicas, por causas que ponen en peligro la vida de la madre y/o causas graves que afectan la integridad del producto de la gestación, aprobados por la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico
- **Aborto por indicación legal:** Interrupción del embarazo de menos de 8 semanas de gestación, producto de una violación carnal debidamente acreditada en instrucción sumarial y aprobada en un juzgado.
- **Aborto criminal:** No existen causas médicas o legales para la interrupción
- **Aborto inseguro o realizado en condiciones de riesgo:** Se define como un procedimiento para interrumpir el embarazo que es realizado, ya sea por personas que no tienen las habilidades necesarias o en un ambiente donde no se aplican las normas médicas mínimas o por ambos factores simultáneos. La sepsis, la hemorragia y la perforación son las principales complicaciones de esta práctica, y se ha constituido en la mayoría de los países con legislaciones restrictivas al aborto como una de las principales causas de muerte materna
- **Aborto por indicación médica o aborto “terapéutico”:** Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas indicada por razones médicas, por causas que ponen en peligro la vida de la madre y/o causas graves que afectan la integridad del producto de la gestación, aprobados por la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico

Solicitudes de aborto terapéutico recibidas y aprobadas por la Comisión Multidisciplinaria del Aborto Terapéutico

2015				
	APROBADO	NO APROBADO	DECISION HOSPITALARIA (+20SEM)	TOTAL
CAUSAL MATERNA	2	1 RUBEOLA 1	1	4
LEUCEMIA	1			
OSTEOSARCOMA	1			
CAUSAL FETAL	11	0	0	11
TERATOGENICOS	1	0	0	1
TOTAL	14	1	1	16

2016				
	APROBADO	NO APROBADO	DECISION HOSPITALARIA (+20SEM)	TOTAL
CAUSAL MATERNA	3	1	0	4
Cardiopatía	1	Leucemia		
Leucemia	1			
Ca Gástrico	1			
CAUSAL FETAL	29			29
Malformaciones	28	0	0	
Zika	1	0	0	
TERATOGENICOS	1	0	0	1
TOTAL	33	1	0	34

2017				
	APROBADO	NO APROBADO	DECISION HOSPITALARIA (+20SEM)	TOTAL
CAUSAL MATERNA	3	1	0	4
Lupus Eritematoso	1			
Glioblastoma	1			
Ca tiroides	0	1		
Ca mama	1			
CAUSAL FETAL	36		0	37
Malformaciones	35			
Zika	1			
TERATOGENICOS	0		0	0
TOTAL	39	1	0	41

Registro de abortos incompletos atendidos en las diferentes regiones

Región/ Instalación	Abortos
Total	6,015
Coclé	270
Hospital Aquilino Tejeira	270
Chiriquí	1,017
Hospital José Domingo De Obaldía	1,017
Darién	17
Hospital San José (La Palma)	1
Centro de Salud Materno Infantil de Boca de Cupe	4
Centro de Salud Materno Infantil Garachine	4
Centro de Salud Materno Infantil de Jaque	6
Centro de Salud Materno Infantil de Sambú	2
Herrera	271
Hospital Cecilio Castellero	271
Los Santos	114
Hospital Joaquín Pablo Franco	114
Panamá Metro	1,688
Hospital Santo Tomas	1,688
San Miguel	
Hospital San Miguel Arcángel	1,211
Panamá Oeste	
Hospital Nicolás A Solano	952
Veraguas	
Hospital Luis Fábrega	434
Comarca Kuna Yala	38
Hospital Manuel Iglesia	14
Hospital de Inabaguinya	3
Centro de Salud Carti Sugdup	3
Centro de Salud Nargara	6
Centro de Salud Ustupu	3
Centro de Salud de Playon Chico	3
Sub-Centro de Salud	3
Comarca Ngobe Buglé	3
Hospital General del Oriente Chiricano	1
Centro de Salud de Santa Catalina	2

Anexo 4: Respuesta a la encuesta en línea

Las respuestas detalladas de la encuesta se presentan en el documento pdf adjunto "Respuestas Encuesta Panamá"

Anexo 5: Redes Sociales y Alianzas

NIVELES/ SECTORES	ALIADOS	POTENCIALES ALIADOS	OPONENTES
Sector Salud	Ministerio de Salud- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Clínicas privadas Caja de Seguro Social	Comités de Salud de los hospitales Sociedades médicas de otras especialidades: pediatría, psiquiatría Sociedad de Mujeres Médicas	
Organizaciones de la Sociedad Civil Peruana	APLAFA	Club rotario de Panamá Fundamujer Organizaciones feministas y de Mujeres	
Sector Político Nacional		Ministerio de Educación Instituto Nacional de la Mujer	Congresistas conservadores
Sector legal		Asociación de Esposas de Abogados Secretaría técnica del Gabinete Social	
Academia			
Organizaciones internacionales	UNFPA OPS		
Grupos religiosos			Alianza Evangélica de Panamá Iglesia Católica Fundación Provida Alianza Panameña por la Vida y la Familia
Medios de comunicación		Medios de comunicación	
Comunidades		Clubes Cívicos de Panamá Juventudes con opciones	Dirigentes indígenas

Anexo 6: Análisis FODA

Análisis FODA de la SPOG en materia de <i>advocacy</i> sobre aborto seguro	
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal calificado y especializado trabajando en los diferentes hospitales del país • Experiencia y logros en el nuevo modelo de atención de mujeres en situación de aborto con AMEU • Conocimiento directo de las consecuencias del embarazo no deseado y aborto inseguro • Estatus de la Sociedad como entidad respetada y técnica • Fuertes y buenos vínculos con el MINSA a través del programa nacional SSR • Sociedad consultada para el desarrollo de guías técnicas nacionales en manejo del aborto • Diversidad etaria en la membresía de la SPOG que incluye jóvenes 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar y sensibilizar sobre el aborto seguro a profesionales gineco obstetras de otros hospitales • Generar mayor conocimiento entre las usuarias sobre las causales que permites aborto seguro • Posibilidades de hacer una comunicación más efectiva y dirigida a través de múltiples canales • Generar evidencia sobre el uso del misoprostol en ginecología para promover su registro • Posibilidad de solicitar la revisión la Guía Técnica Nacional • Médicos Jóvenes más abiertos al aborto seguro y derechos y salud sexual y reproductiva en general • Existencia de actores en varios sectores que son más favorables al aborto seguro y con quienes se pueden desarrollar alianzas
<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna y externa mejorable • Limitado recurso económico para actividades de comunicación y para traslados a y desde las áreas de las filiales • Sobrecargas de trabajo y limitado recursos humanos para el trabajo administrativo y de gestión • Diferencia de posicionamientos en relación al aborto entre los y las miembros • Relaciones limitadas con organizaciones de la sociedad civil y ausentes con el sector académico 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oposición de grupos religiosos con fuerte capacidad de movilización y con influencia en tomadores de decisión • Señalamiento y ataques personales • Barreras culturales especialmente en poblaciones indígenas • Peticiones de retrocesos en el marco legal existente sobre el aborto • Tensiones alrededor de temas relacionados con la planificación familiar, educación sexual y género

Anexo 7: Plan de acción

El plan de acción preliminar se presenta en el archivo Excel adjunto "Plan de Acción Preliminar Panamá"