

Del silencio A LA Acción

Voces invisibles en el sistema de salud

Tipo de estudio: Investigación de observación clínica nacional

Carácter: Independiente

Investigadora Principal: Sielka Sánchez Menchaca

Investigadora Secundaria: Mibzar Powell

No. de Registro: 4187

No. de Protocolo: 2025-P014

Panamá 2025



Índice

Presentación	4
Créditos	5
Introducción general	6
Resumen	8

PRIMERA PARTE

Marco de referencia y metodología	11
Resultados generales	17

SEGUNDA PARTE

Cruces clave de la muestra	20
Salud ginecológica y pertenencia étnico - racial	21
Conclusión	23

TERCERA PARTE

Salud reproductiva y vida cotidiana	26
Ejes temáticos del análisis	28
Perfil sociodemográfico	29
Conocimiento sobre Salud Reproductiva	34
Situación laboral y seguridad social	36
Acceso a la salud pública	39
Análisis de Diagnóstico	43
Barreras económicas y redes de apoyo	46
Pérdidas gestacionales, un duelo invisibilizado y sospechado	49
Percepciones sobre la atención médica	52

CUARTA PARTE

Experiencias significativas	59
Sobre los testimonios	61
Lectura transversal de los testimonios	62

Conclusión	73
------------------	----

QUINTA PARTE

Voces que proponen	76
Sobre los testimonios	78
Conclusión	82

SEXTA PARTE

Reflexiones finales	85
Políticas y leyes vigentes	87
Violencia ginecologicas y obstetricas	93
Exigencias para la transformación del sistema de salud	96
Proyección y llamado a una segunda fase nacional / Conclusión	102

Presentación

Voces invisibles en el sistema de salud

Este informe recoge los resultados del estudio de observación clínica “Del Silencio a la Acción: Voces invisibles en el sistema de salud”, una investigación centrada en las experiencias ginecológicas, reproductivas y emocionales de mujeres, mujeres negras, afropanameñas y racializadas en Panamá.

El proyecto nació como una extensión del proceso narrativo y testimonial del libro: “Perdóname por ser una mujer negra en un país que sana del colonialismo”, trasladando una voz personal a una dimensión colectiva, estadística y política.

Ante la ausencia de datos y evidencias científicas específicas sobre la salud de las mujeres afrodescendientes en el país, esta investigación se propuso visibilizar las brechas de acceso, el trato recibido, los diagnósticos clínicos y la calidad del cuidado dentro del sistema de salud panameño.

A través de una encuesta virtual estructurada, avalada por el Comité de Bioética de la Universidad Santa María La Antigua (CBI-USMA) y registrada en el sistema RESEGIS del Ministerio de Salud (N.º 4187), se recopilieron respuestas de 769 mujeres mayores de 18 años, residentes en distintas provincias del país, con diversas condiciones médicas y experiencias personales.

El análisis de los datos evidencia patrones de exclusión institucional, violencia ginecológica y obstétrica, subregistro diagnóstico y el impacto del racismo estructural en la salud de las mujeres negras.

Este informe forma parte del proyecto de Sielka Sánchez, cuyo sitio web (www.naturalyansi.com) alberga recursos narrativos, el libro, la guía emocional por capítulos y el club de lectura con acompañamiento profesional psicológico y nutricional.

Más que un cierre, este documento es un punto de partida. Su propósito es nutrir el debate público, orientar políticas de salud interseccional y abrir espacios de escucha y acción en un país donde muchas voces aún son tratadas como ruido de fondo.

Escrito con la esperanza de que ninguna mujer atravesase sola este camino.

Créditos

Investigadora Principal:

Sielka Y. Sánchez Menchaca

Certificada en Herramientas para el Fortalecimiento Institucional de ONGs por la Quality Leadership University (2019).

Activista afrofeminista y autora del libro “Perdóname por ser una mujer negra en un país que sana del colonialismo”.

Formación profesional en diseño de interiores, visual merchandising y espacios comerciales.

Creadora de contenido y fundadora de Natural Yansi.

Investigadora Secundaria:

Mibzar Asabi Powell Cuadra

Licenciada en Ciencias de la Enfermería

Diplomada en Salud Pública y Epidemiología

Certificada en Estudios Afrolatinoamericanos por Harvard University

Experiencia en investigación comunitaria con OPS y MINSA.

Análisis de Datos:

Ylenia Tahireh Martínez

Licenciada en Lengua y Literatura Española

Analista comunitaria y voluntaria de la Cruz Roja Panameña

Especialista en manejo de información y análisis de encuestas

Formación en participación comunitaria, apoyo psicosocial y decisiones humanitarias basadas en evidencia

Introducción general

La salud reproductiva de las mujeres en Panamá sigue siendo un campo profundamente descuidado, tanto en la atención médica como en la producción de datos oficiales. Para muchas mujeres, hablar de su cuerpo, su dolor o sus condiciones ginecológicas implica atravesar un terreno lleno de silencios, prejuicios y desinformación. Sin embargo, dentro de esa realidad compartida, las mujeres negras, afropanameñas y racializadas enfrentan desigualdades adicionales: mayor exposición a condiciones ginecológicas crónicas, menor acceso a recursos económicos, mayor probabilidad de recibir trato deshumanizado y una histórica invisibilización institucional atravesada por el racismo estructural.

Este estudio surge como una respuesta a esa deuda histórica. La investigación “Del Silencio a la Acción: Voces Invisibles en el Sistema de Salud” es un estudio de observación clínica con enfoque cualitativo–cuantitativo, autorizado por el Comité de Bioética de la Universidad Santa María La Antigua (CBI–USMA) y registrado ante el Ministerio de Salud de Panamá bajo el código RESEGIS N.º 4187.

Su objetivo general fue identificar las condiciones ginecológicas más frecuentes entre mujeres negras, afropanameñas y racializadas, así como sus experiencias en el acceso a servicios, diagnóstico, trato, seguimiento y apoyo emocional dentro del sistema de salud panameño. A partir de un instrumento estructurado aplicado en formato virtual, se exploraron dimensiones como:

- Tipos de diagnósticos.
- Acceso, cobertura y calidad de atención médica recibida.
- Percepción de empatía, discriminación, violencia ginecológica y obstétrica.
- Impactos económicos y emocionales derivados de la atención.
- Formas de agencia, autocuidado y redes de apoyo.

La población encuestada fue seleccionada a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, participaron mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, accedieron voluntariamente al formulario virtual y decidieron compartir sus experiencias.

Si bien esta metodología no permite generalizar los hallazgos a toda la población panameña, sí aporta información valiosa para comprender patrones frecuentes y desigualdades estructurales en salud ginecológica.

Este informe busca contribuir a una comprensión más amplia de la salud ginecológica como un derecho humano afectado por dinámicas históricas de exclusión. Los hallazgos aquí presentados no solo dan cuenta de diagnósticos y percepciones, sino también de memorias corporales, silencios impuestos y formas de resistencia cotidiana.

Para facilitar su lectura, este informe está dividido en partes. La primera sección ofrece el contexto demográfico y metodológico del estudio: ¿Quiénes participaron?, ¿desde qué territorios y condiciones hablan?, ¿Qué tan representativa es su experiencia?

A continuación, se presentan los resultados organizados por bloques temáticos, en correspondencia con las secciones del cuestionario. Cada bloque combina datos numéricos, interpretaciones narrativas y sugerencias gráficas. Esta estructura busca sostener tanto la rigurosidad del análisis como la profundidad ética de las voces que confiaron en este proceso.

El diseño del instrumento se nutrió de experiencias personales y colectivas, desde una perspectiva interseccional, territorial, antirracista y centrada en las mujeres.

Resumen

El presente informe expone los resultados del estudio cuantitativo–cualitativo clínico–observacional “Del Silencio a la Acción”, realizado entre abril y junio de 2025, con la participación de 769 mujeres, afropanameñas y racializadas residentes en Panamá. A través de una encuesta virtual con 78 preguntas, se recabó información sobre condiciones ginecológicas, acceso a servicios de salud, experiencias de trato, diagnósticos, violencia y apoyo emocional.

Los hallazgos revelan un panorama alarmante:

- Más de la mitad reportó falta de empatía y trato distante o negligente por parte del personal de salud.
- Un número significativo evitó o postergó consultas médicas por miedo al juicio, la discriminación o la falta de recursos económicos.
- Se identificaron formas sistemáticas de violencia ginecológica y obstétrica, incluyendo procedimientos sin consentimiento, minimización del dolor y negación de diagnóstico.
- Muchas mujeres recibieron diagnósticos confusos o tardíos y reportaron ausencia de información clara sobre sus condiciones médicas.
- El acceso a la atención médica fue percibido como costoso e inaccesible, lo que obliga a algunas a endeudarse o abandonar tratamientos.
- El estudio evidenció además un preocupante subregistro diagnóstico: mujeres con síntomas consistentes nunca recibieron diagnóstico formal, lo que limita la formulación de políticas públicas efectivas.

Este informe constituye una herramienta crítica para comprender la intersección entre salud, racismo estructural, género y desigualdad económica en Panamá. Sus resultados buscan nutrir el trabajo de profesionales de la salud, instituciones públicas, organizaciones comunitarias, investigadoras, activistas y tomadoras de decisiones comprometidas con un sistema más justo, representativo y respetuoso de los cuerpos negros.

PRIMERA PARTE



MARCO DE REFERENCIA Y METODOLOGÍA

Mapa de Panamá



Mapa de Panamá, N° 1

¿A quién escuchamos y desde dónde hablaron?

Antes de presentar los resultados, es necesario entender desde qué cuerpos y territorios se ha construido este estudio. Esta primera sección ofrece un panorama del perfil de las mujeres participantes: edad, identidad étnico-racial, lugar de residencia, nivel educativo y condiciones laborales. También explora qué tan representativas son estas voces en relación con la población afrodescendiente del país.

En Panamá, más de 633,000 mujeres afrodescendientes habitan el territorio nacional, según estimaciones basadas en el Censo de 2023. Sin embargo, sus experiencias rara vez aparecen en las estadísticas oficiales o en las prioridades del sistema de salud. Esta investigación parte del reconocimiento de esa ausencia y propone una lectura situada, interseccional y crítica de la salud ginecológica en mujeres negras y racializadas.

Las páginas que siguen no solo describen datos: visibilizan una realidad comúnmente ignorada. Escuchar quién responde y desde dónde lo hace es el primer paso para comprender la profundidad estructural de las desigualdades que aquí se exponen.

Contexto poblacional: mujeres negras en edad reproductiva en Panamá.

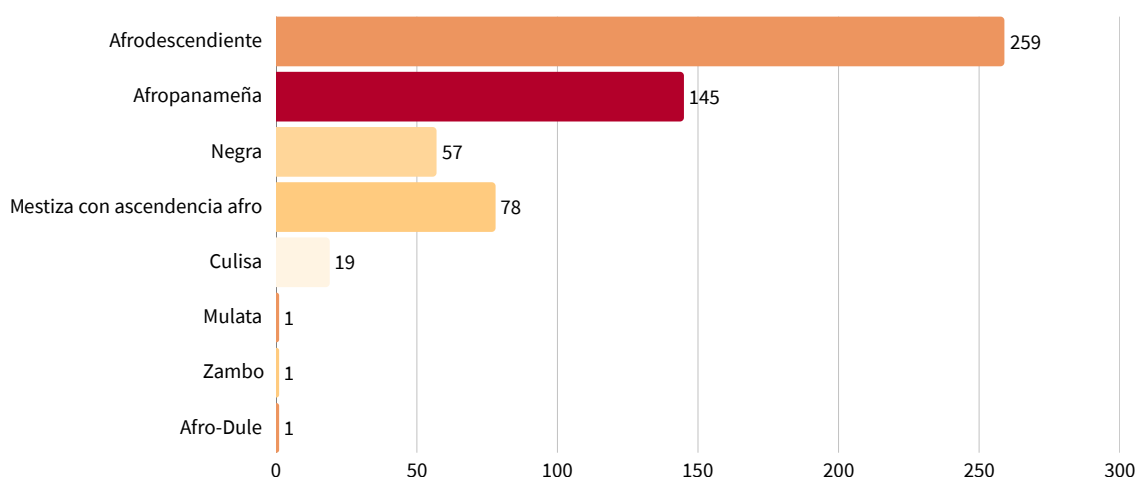
Para dimensionar adecuadamente los hallazgos de este estudio, es necesario ubicarlo dentro del contexto poblacional del país, específicamente en relación con las mujeres afrodescendientes en edad reproductiva.

En cuanto a la identificación étnica, el 31.7 % (Fuente: cuadro 32 del INEC) de la población se autoidentifica como afrodescendiente, lo que representa unas 1,258,915 personas. Si se mantiene esa proporción de forma general, se puede estimar que alrededor de 633,234 mujeres en Panamá se identifican como afrodescendientes.

Además, los datos oficiales estiman que aproximadamente el 57 % de las mujeres en Panamá están en edad reproductiva (entre 15 y 49 años), lo que permite calcular que hay alrededor de 360,944 mujeres afrodescendientes en edad reproductiva en el país.

Cabe señalar que estas cifras son aproximadas, ya que el INEC no publica datos desagregados simultáneamente por sexo, edad y etnicidad. No obstante, este ejercicio permite contextualizar la magnitud de la población objetivo de este estudio en relación con la estructura demográfica del país.

¿A cuántas mujeres representa este estudio?



Gráfica N° 1 - ¿Cómo te identificas étnicamente?

Este estudio recogió las voces de 769 mujeres de todo el país, de las cuales al menos 561 se identificaron como afrodescendientes utilizando etnónimos culturalmente reconocibles en el contexto panameño: afrodescendiente, afropanameña, negra, mestiza con ascendencia afro, mulata, zambo y culisa.

Estos términos permiten afirmar con mayor certeza que esas participantes se autoidentifican —de forma directa o indirecta— como parte del linaje afropanameño.

Sin embargo, existen otros etnónimos que generan ambigüedad, como “trigueña” (75 respuestas) y “mestiza” (80 respuestas), los cuales, aunque son categorías recurrentes en Panamá, pueden o no estar vinculados con ascendencia afro dependiendo del contexto personal, histórico y geográfico de cada mujer. Esta ambigüedad no debe verse como error, sino como un reflejo de los vacíos persistentes en la educación étnico-racial del país.

Etnónimos que no pertenecen a la población afrodescendiente.

Por otro lado, respuestas como “blanca” o “indígena” se presentan en menor proporción, y aunque no son el foco de este estudio, aportan al análisis de diversidad y representación dentro de la muestra.

Nota metodológica sobre la autoidentificación étnica:

Este estudio reconoce que en el contexto panameño, la forma en que las personas se autoidentifican étnicamente no siempre coincide con las categorías oficiales utilizadas por el Estado o la academia. Muchas personas afrodescendientes prefieren términos como trigueña, mestiza o culisa en lugar de negra o afrodescendiente, debido al estigma histórico, la educación deficiente en temas de identidad racial y el racismo estructural presente en las instituciones.

Esta realidad debe ser considerada al interpretar los datos, ya que muchas mujeres negras pueden no haberse identificado directamente con un término reconocido por el censo, pero sí con categorías culturalmente arraigadas que también denotan linaje afrodescendiente.

En consecuencia, este informe incluye como parte del universo afrodescendiente a las participantes que se identificaron como afrodescendiente, afropanameña, negra, mestiza con ascendencia afro, mulata, zambo y culisa.

Esta agrupación permite una lectura más honesta y situada de los datos, sin invisibilizar la diversidad de formas en que se nombra la identidad negra en Panamá.

Metodología

Este estudio se desarrolló bajo el diseño de una investigación de observación clínica transversal, utilizando una encuesta virtual autoadministrada como instrumento de recolección de datos.

La investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Santa María La Antigua (CBI-USMA) y registrada ante el Ministerio de Salud de Panamá en el sistema RESEGIS (código N.º 4187), cumpliendo con los principios de confidencialidad, consentimiento informado y resguardo de datos.

El enfoque metodológico fue mixto, combinando:

- Variables cuantitativas estructuradas (edad, diagnósticos, acceso, etc.)
- Preguntas abiertas cualitativas para captar emociones, testimonios y percepciones subjetivas.

El análisis se realizó bajo un marco interseccional, territorial, antirracista y centrado en las mujeres, reconociendo que múltiples dimensiones como raza, condición médica, género y ubicación geográfica afectan las experiencias de salud.

Diseño del instrumento

El instrumento fue desarrollado a partir de experiencias personales, revisión de literatura científica, referencias nacionales (MICS, INAMU- Ministerio de la mujer, PNUD) y consultas con profesionales de salud.

El formulario incluyó 46 ítems estructurados, con preguntas cerradas, abiertas y condicionales. Las secciones abordaron aspectos sociodemográficos, conocimiento médico, experiencias diagnósticas, acceso y trato en el sistema de salud, impactos económicos, redes de apoyo y percepciones sobre discriminación, empatía, justicia y equidad sanitaria.

Todas las participantes debieron aceptar el consentimiento informado digital antes de responder.

Población y criterios de inclusión

La población objetivo fueron mujeres afrodescendientes, negras, indígenas, blancas, mestizas y racializadas mayores de 18 años, con experiencias ginecológicas recientes o condiciones médicas relacionadas con la salud reproductiva. El instrumento fue difundido de forma digital entre enero y mayo de 2025.

Población y criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron:

- Identificarse como mujer cis o persona con útero.
- Residir en Panamá (cualquier provincia o comarca)
- Tener historial de síntomas, diagnósticos o intervenciones ginecológicas
- Aceptar el consentimiento informado
- Panameñas y residentes en Panamá

Los criterios de exclusión incluyeron:

- Personas menores de edad
- Formularios incompletos o duplicados
- No residentes en Panamá.
- No aceptación del consentimiento informado

Análisis de datos.

El análisis cuantitativo fue realizado por la Analista comunitaria Ylenia Martínez, y consistió en limpieza de base, codificación de variables, categorización de respuestas múltiples, cálculo de frecuencias y cruces temáticos. Las respuestas cualitativas fueron sistematizadas por la investigadora principal y su co-investigadora, Mibzar Powell, identificando patrones narrativos, emociones frecuentes y memorias compartidas.

El total de respuestas válidas fue de 769 mujeres. Todas las cifras y gráficos presentados en este informe provienen de esa base limpia y validada.

Nota metodológica sobre la participación médica.

Durante el proceso de revisión de este informe, se invitó a varias ginecólogas con experiencia en el sistema público panameño a colaborar en la validación de contenidos médicos. De todas las profesionales consultadas solo una accedió a revisar exclusivamente el cuadro sobre condiciones ginecológicas frecuentes del libro, señalando que, debido a su posición, no podía extender su participación al análisis crítico general ni a las exigencias propuestas en este informe de investigación.

Este hecho expone una de las tensiones estructurales que esta investigación busca visibilizar: las limitaciones éticas y profesionales que enfrenta el personal médico dentro de un sistema que no solo precariza a las pacientes, sino también a quienes cuidan.

Lejos de restar rigor al informe, esta ausencia confirma que la posibilidad de alinear la práctica médica con los derechos humanos, la justicia reproductiva y el enfoque interseccional sigue siendo un desafío en contextos de jerarquía institucional, vigilancia profesional y castigo al disenso.

Resultados Generales

Este estudio contó con la participación válida de 769 mujeres de distintas provincias y comarcas de Panamá, en su mayoría afrodescendientes. La información recabada a través del instrumento —estructurado en ocho bloques temáticos— evidencia una profunda desigualdad en salud reproductiva, tanto en términos de acceso, trato y diagnóstico como en el costo emocional y económico que enfrentan las mujeres.

Entre los principales hallazgos destacan:

- Diagnósticos frecuentes como miomas, síndrome de ovario poliquístico, endometriosis y condiciones sin diagnóstico clínico formal.
- Altos niveles de síntomas persistentes sin seguimiento médico o con atención desarticulada.
- Falta de conocimiento accesible sobre síntomas, enfermedades ginecológicas y alternativas de cuidado.
- Trato deshumanizado en múltiples niveles: médicos que no escuchan, minimización del dolor, invalidación emocional, racismo institucional y prácticas negligentes.
- Violencia ginecológica y obstétrica reportada en testimonios que describen maltrato físico, verbal, coerción o prácticas invasivas sin consentimiento informado.
- Impacto emocional severo: miedo, ansiedad, culpa, tristeza, desamparo y frustración aparecen como emociones dominantes, especialmente en mujeres jóvenes o con menor acceso económico.
- Gastos elevados en atención privada como única vía para obtener diagnósticos, medicamentos o seguimiento adecuado.
- Precariedad laboral y exclusión del seguro social en un número significativo de participantes, afectando la continuidad del cuidado.
- En los testimonios analizados, muchas mujeres afrodescendientes no solo relataron su dolor, sino también formas de agencia y resistencia cotidiana: desde el autocuidado, la búsqueda de acompañamiento, hasta la denuncia pública de prácticas discriminatorias. Esta dimensión —aunque no cuantificada de forma estadística— resalta la capacidad de respuesta ante un sistema que históricamente las ha desatendido.

Aunque el enfoque de esta investigación prioriza las voces de mujeres negras y racializadas —por su mayor exposición a desigualdades estructurales—, también reconoce que muchas de las situaciones descritas afectan a mujeres indígenas, mestizas y blancas, especialmente cuando confluyen otras condiciones de vulnerabilidad como pobreza, discapacidad, zonas rurales o falta de acceso a la información. En particular, estudios médicos internacionales y testimonios recogidos indican que las mujeres negras son más propensas a desarrollar ciertas condiciones ginecológicas, como miomatosis uterina, y a recibir diagnósticos tardíos o inadecuados.

SEGUNDA PARTE



SALUD GINECOLÓGICA DE LAS MUJERES AFRODESCENDIENTES

Salud ginecológica y pertenencia étnico-racial

La riqueza de este estudio no radica únicamente en la cantidad de respuestas obtenidas, sino en las posibilidades de análisis interseccional que ofrece. En esta segunda parte se presenta un cruce fundamental entre dos dimensiones clave: la identidad étnico-racial y la presencia de condiciones que afectan la salud ginecológica y reproductiva.

A lo largo del cuestionario, las participantes compartieron si habían sido diagnosticadas con alguna condición médica relacionada con su salud reproductiva. En paralelo, cada mujer eligió de forma libre y anónima la manera en que se autoidentificaba étnicamente, dentro de una lista que incluía términos culturalmente diversos como “negra”, “afrodescendiente”, “mestiza”, “culisa” o “trigueña”.

Este apartado no busca clasificar ni homogeneizar identidades, sino más bien visibilizar cómo las condiciones médicas se distribuyen en relación con las formas de identificarse y habitar el cuerpo en un país marcado por el racismo estructural.

El análisis de este cruce permite responder preguntas clave:

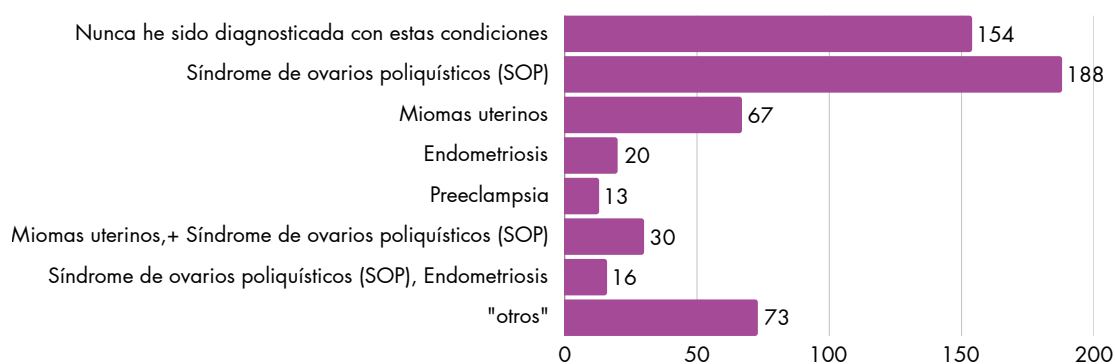
- ¿Qué porcentaje de las participantes afrodescendientes reportó condiciones ginecológicas crónicas o frecuentes?
- ¿Existe una diferencia notable entre mujeres negras y no negras en la aparición de estas condiciones?
- ¿Cómo se refleja en los datos lo que han denunciado históricamente los movimientos de mujeres negras sobre el abandono institucional en salud?

Este cruce no reemplaza los bloques temáticos que se presentan más adelante, sino que abre el camino a una lectura más crítica y estructural de los hallazgos, permitiendo entender que los cuerpos no son neutrales, y que la salud tampoco se distribuye de forma equitativa.

Diagnostico de mujeres afrodescendientes

Los resultados de esta investigación confirman que las mujeres afrodescendientes no solo representan la mayoría de la muestra (561 de 769 participantes, es decir, un 73 %), sino que también concentran la mayor proporción de diagnósticos de salud ginecológica adversa.

La siguiente gráfica muestra con claridad que el síndrome de ovarios poliquísticos (188 casos) es la condición más reportada, seguido de los miomas uterinos (67) y la endometriosis (20). También aparecen diagnósticos como la preeclampsia (13), que aunque menos frecuente, tiene implicaciones graves para la salud materna. En contraste, 154 mujeres afirmaron nunca haber recibido un diagnóstico.



Gráfica N° 2 - Diagnostico de mujeres afrodescendientes

Sin embargo, la tabla completa revela un panorama más complejo: varias mujeres reportaron combinaciones de diagnósticos, como “SOP + miomas” (30 casos) o “SOP + endometriosis” (16 casos), y en menor medida asociaciones aún más graves como “miomas + cáncer de útero + preeclampsia”. Estos cruces confirman que no se trata de padecimientos aislados, sino de cuerpos que cargan múltiples condiciones de forma simultánea, con consecuencias físicas, emocionales y económicas más severas.

En total, más del 70 % de las afrodescendientes encuestadas reportó haber enfrentado al menos una condición ginecológica a lo largo de su vida. Esto coincide con evidencia internacional que señala que las mujeres negras presentan mayor prevalencia de miomas, SOP y diagnósticos tardíos de endometriosis. Lo innovador aquí es que, por primera vez en Panamá, se documenta esta realidad con datos desagregados por identidad étnico-racial.

Cabe subrayar que, mientras la población afrodescendiente en Panamá representa aproximadamente un 31.7 % según el Censo 2023, en este estudio constituyen casi tres cuartas partes de las voces recogidas. Esa sobrerrepresentación refleja no solo el interés en participar, sino la urgencia de narrar experiencias de salud históricamente invisibilizadas.

Conclusión

Este apartado se concentra exclusivamente en las 561 mujeres afrodescendientes de la muestra, ya que una de las motivaciones iniciales de esta investigación fue constatar una realidad que rara vez aparece documentada en los registros oficiales.

Muchos médicos lo saben por la práctica clínica diaria: las mujeres afrodescendientes no solo son más propensas a desarrollar condiciones ginecológicas como miomas, endometriosis o síndrome de ovario poliquístico, sino que con frecuencia las enfrentan en formas más complejas, recurrentes y difíciles de tratar, lo que incrementa las complicaciones, acelera la necesidad de intervenciones quirúrgicas y agrava los efectos sobre su salud integral.

Este hallazgo adquiere un peso aún mayor cuando se cruza con el contexto económico. La salud ginecológica en Panamá implica gastos elevados en consultas, tratamientos, cirugías y medicamentos; al mismo tiempo, las estadísticas nacionales muestran que las mujeres afrodescendientes encabezan las cifras de desempleo y de empleos informales. Esta combinación genera un escenario de doble exclusión: por un lado, cuerpos que enfrentan mayor riesgo y recurrencia de diagnósticos complejos; por otro, la falta de recursos para sostener la atención médica necesaria.

El impacto de esta realidad va más allá de lo clínico. Se traduce en estilos de vida condicionados por el dolor crónico, el endeudamiento para cubrir tratamientos, la renuncia a proyectos personales o laborales y el peso emocional de enfrentar diagnósticos repetidos en hogares donde, muchas veces, madre e hija requieren atención ginecológica al mismo tiempo. La ausencia de programas con enfoque étnico-racial y de políticas públicas que reduzcan las desigualdades económicas amplifica este abandono, obligando a las mujeres a sostener en soledad tanto el costo económico como el desgaste psicológico.

Por estas razones, este bloque cumple una función clave dentro del informe: abrir la puerta hacia la lectura de los demás resultados. Aquí se muestra, de manera concentrada, cómo la pertenencia étnico-racial condiciona la salud ginecológica de las mujeres afrodescendientes en Panamá, y cómo ese condicionamiento se convierte en una carga estructural que exige ser reconocida en las políticas públicas y en las prácticas médicas.

TERCERA PARTE



TEMAS CLAVE EN SALUD REPRODUCTIVA Y VIDA COTIDIANA

Introducción

En esta sección, el informe presenta los hallazgos organizados por bloques temáticos, en correspondencia con las secciones del cuestionario aplicado. Cada bloque responde a un eje de análisis específico que atraviesa la salud ginecológica de las mujeres negras y racializadas en Panamá: conocimiento del propio cuerpo, diagnósticos recibidos, barreras de acceso al sistema de salud, percepción del trato, impactos económicos y emocionales, y formas de agencia y resistencia cotidiana.

Los datos no se presentan aquí como cifras neutras ni como estadísticas sueltas. Cada número es una pista de una vivencia; cada patrón, una señal de algo más profundo que se repite en múltiples cuerpos. Por eso, esta segunda parte combina análisis cuantitativo y lectura cualitativa: se incluyen gráficos sugeridos, descripciones interpretativas, fragmentos de testimonios (cuando corresponde) y conexiones con el contexto estructural del país.

Este enfoque busca ir más allá del registro técnico. Se trata de sostener una lectura ética, situada y sensible, que permita comprender cómo el racismo, el clasismo o el silenciamiento institucional se filtran en las experiencias ginecológicas de muchas mujeres, pero también cómo esas mujeres generan respuestas, cuidan sus cuerpos, construyen redes y exigen otra forma de atención.

Ejes temáticos del análisis

Bloque Temático	Enfoque del análisis
Perfil sociodemográfico	Caracterización general de las participantes: edad, lugar de residencia, identidad étnica, nivel educativo y situación laboral. Esta sección contextualiza las condiciones materiales desde las que se vive la salud reproductiva.
Conocimiento sobre salud reproductiva	Autoevaluación del conocimiento que tienen las mujeres sobre síntomas, enfermedades ginecológicas comunes. Este bloque permite observar los vacíos de información y los esfuerzos personales por acceder a saberes confiables.
Situación laboral y seguridad social	Tipos de empleo (parcial, tiempo completo, sector formal o informal). Estos datos evidencian cómo la precariedad económica condiciona las posibilidades de cuidado ginecológico, diagnóstico y seguimiento.
Acceso a la salud pública	Frecuencia de consultas, suspensiones de citas, motivos de no atención, y respuestas institucionales frente a síntomas o condiciones persistentes.
Análisis de Diagnóstico	Condiciones más reportadas (como miomas, SOP o endometriosis), y calidad del seguimiento recibido. También se incluyen los casos sin diagnóstico clínico, a pesar de los síntomas.
Barreras económicas y redes de apoyo	Gastos personales en salud, impacto financiero de condiciones y presencia o ausencia de redes de acompañamiento familiar, comunitario o profesional.
Racismo, violencia y deshumanización en el sistema de salud	Prácticas discriminatorias y de violencia ginecológica y obstétrica: maltrato verbal, racismo institucional, falta de escucha y minimización del dolor, especialmente en mujeres negras e indígenas.
Hacia el cambio y la esperanza	Expectativas, propuestas y reflexiones de las participantes sobre lo que debería transformarse en el sistema de salud. Se incluyen también experiencias positivas o resilientes, desde el acompañamiento colectivo hasta el acceso a atención digna.

Tabla N° 1 - Ejes temáticos del análisis



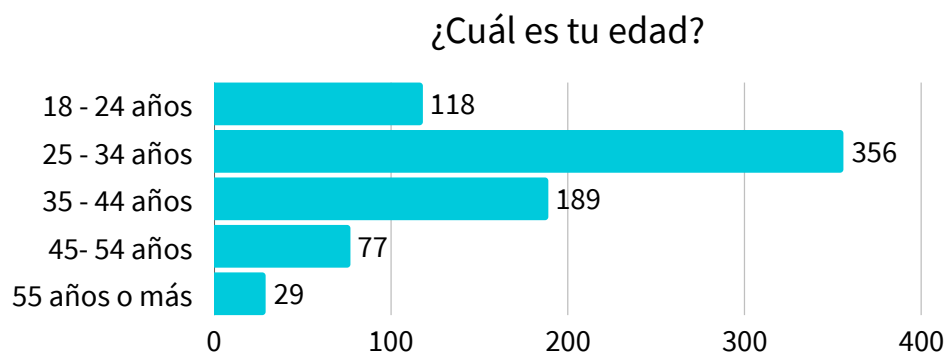
Imagen de stock – Canva

Perfil sociodemográfico

Las 769 participantes de este estudio provienen de diversas regiones del país. Este bloque describe las principales características demográficas y contextuales de las mujeres encuestadas, fundamentales para comprender las condiciones desde las que se vive la salud reproductiva.

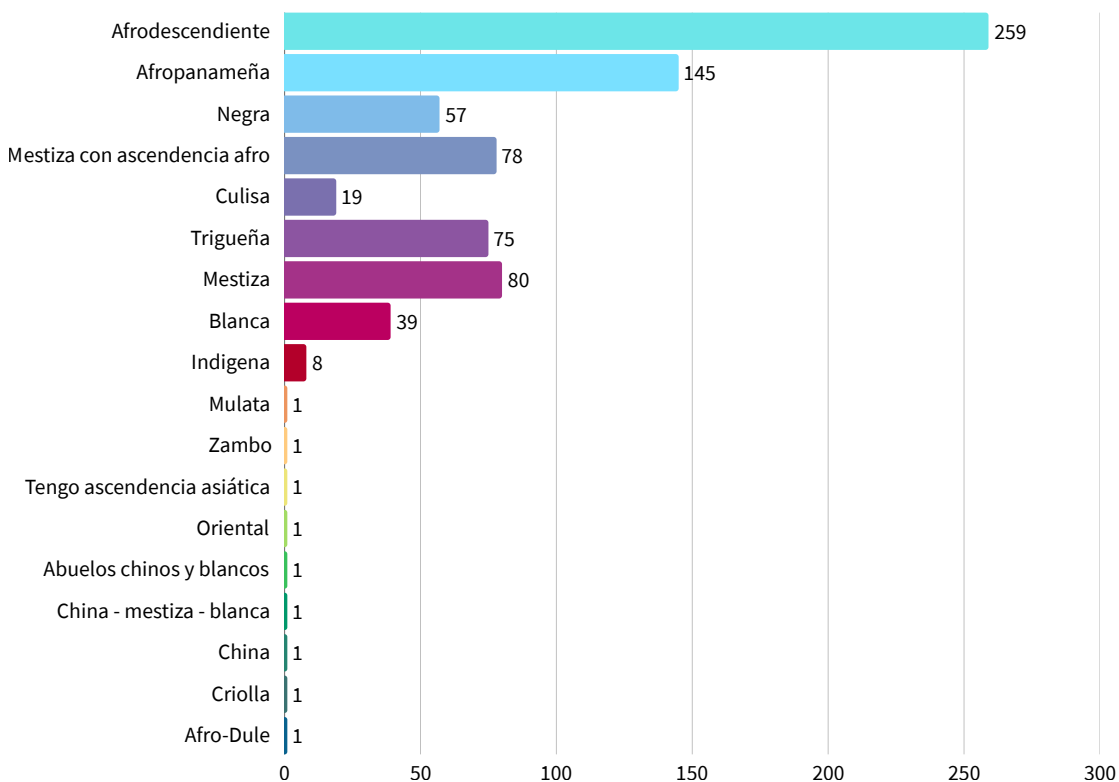
En esta diversidad, destaca la fuerte presencia de mujeres afrodescendientes, quienes aportan una mirada clave para comprender la salud reproductiva en Panamá.

Edad: La mayoría de las participantes se encuentra entre los 25 y 34 años con 356 respuestas, seguidas por mujeres de 35 a 44 años. con 189 respuestas:



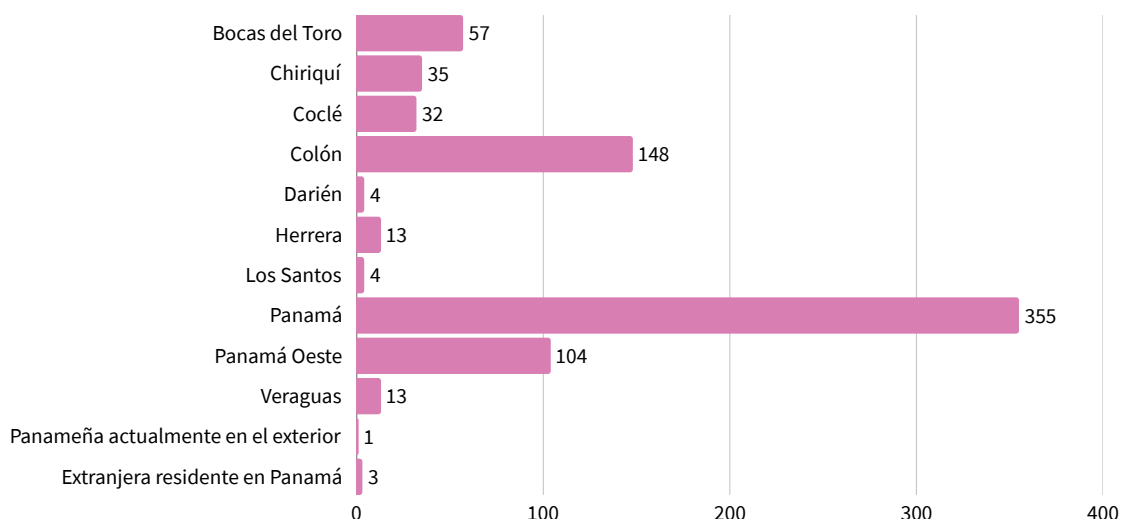
Gráfica N° 3 - ¿Cuál es tu edad?

Identidad étnica: Un porcentaje significativo de las mujeres se autoidentificó como afrodescendiente (561 de 769), seguido por mujeres mestizas, indígenas y otras identidades étnicas:



Gráfica N° 4 - ¿Cómo te identificas étnicamente?

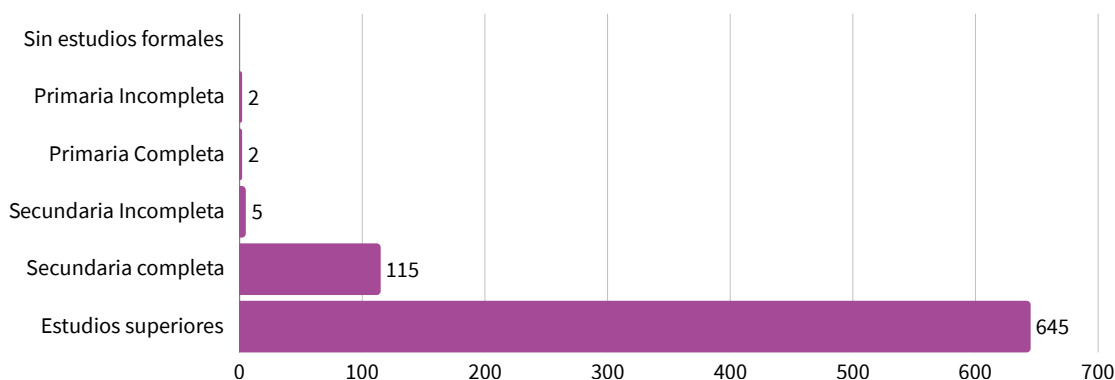
Ubicación geográfica: Las respuestas abarcan casi todo el territorio nacional, incluyendo provincias centrales. Destacan altos porcentajes en Panamá (355), Colón (148), Bocas del Toro (57) y Chiriquí (35), con testimonios relevantes provenientes también de áreas rurales y fronterizas:



Gráfica N° 5 - ¿De qué provincia eres?

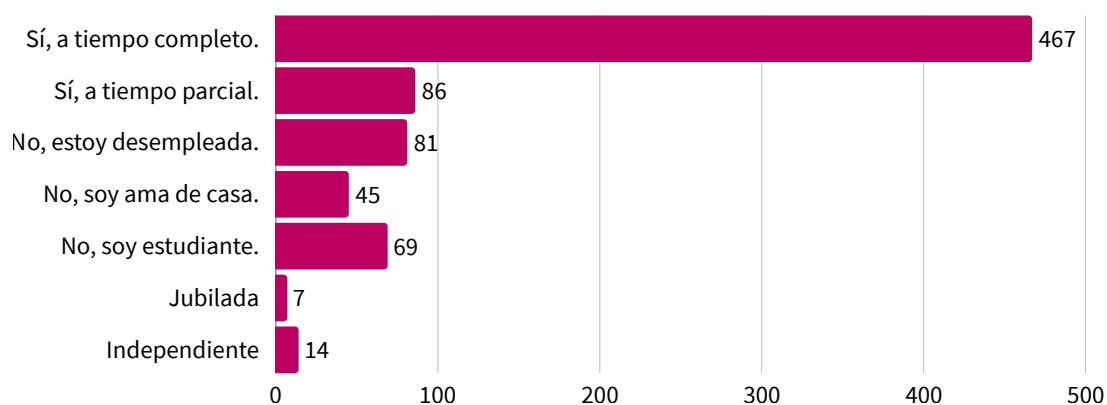
Nivel educativo: Una proporción considerable de participantes cuenta con educación universitaria completa o en curso (645). Este dato contrasta con la persistencia de diagnósticos tardíos, maltrato institucional y barreras de acceso, incluso entre mujeres con acceso a información y formación académica.

Nota: en el caso de las mujeres afrodescendientes (561), la mayoría también reportó estudios superiores (474), seguidas por secundaria completa (83), primaria completa (2) y secundaria incompleta (2).

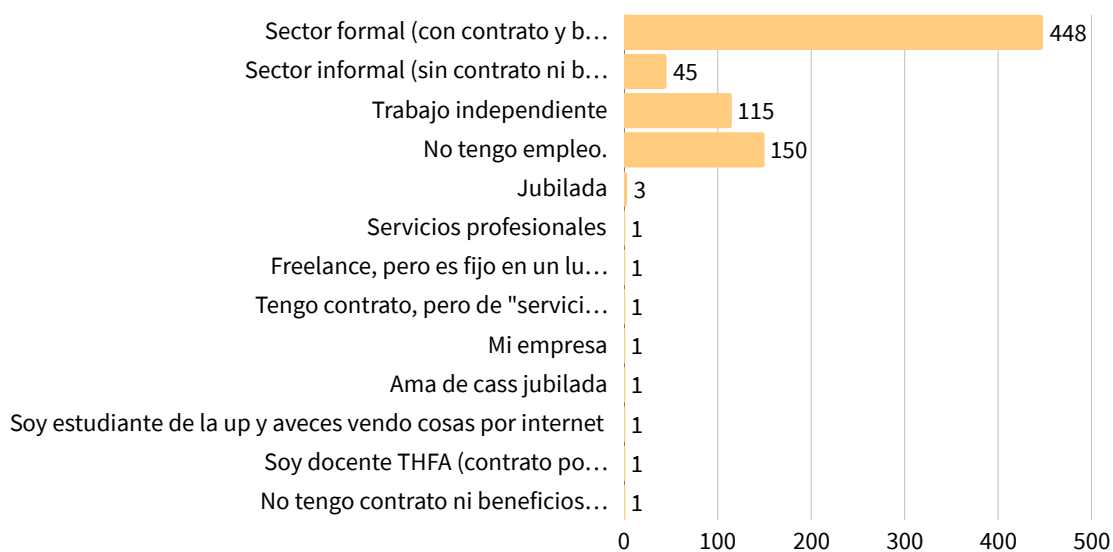


Gráfica N° 6 - Nivel de estudios alcanzados

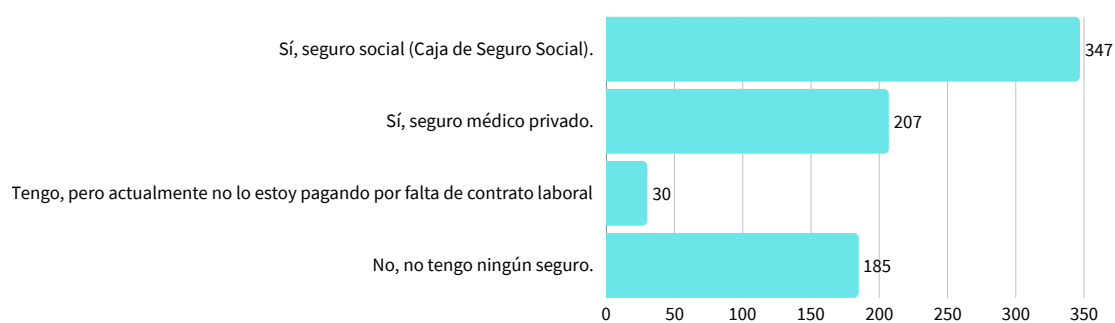
Condición laboral y acceso al seguro médico: Más de la mitad de las mujeres afirmó tener un trabajo remunerado, aunque muchas lo realizan a tiempo parcial o de forma ocasional. Una parte importante labora en el sector informal, sin acceso garantizado a seguridad social ni cobertura médica a través del empleo.



Gráfica N° 7 - ¿Actualmente tienes un trabajo remunerado?

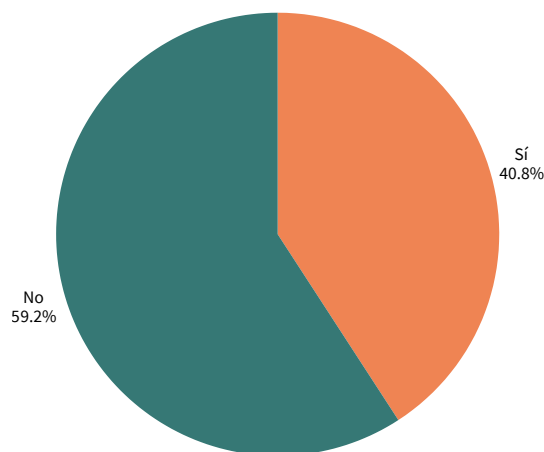


Gráfica N° 8 - Sector Laboral



Gráfica N° 9 - ¿Tienes algún tipo de seguro médico?

Maternidad: El 40.8 % de las participantes respondió que tiene hijos o hijas, mientras que el 59.2 % no tiene. Esta variable será fundamental para comprender ciertas trayectorias médicas, decisiones reproductivas, y la experiencia de parto o posparto descrita en los bloques siguientes.



Gráfica N° 10 - ¿Tienes hijos?

Conclusión del bloque: Perfil sociodemográfico

El perfil de las participantes revela factores que incrementan la vulnerabilidad frente a problemas ginecológicos y reproductivos: alta concentración en edad reproductiva media, predominio afrodescendiente y presencia en territorios atravesados por desigualdades estructurales. La elevada formación académica no garantiza mejores experiencias en salud, lo que indica que las barreras, el maltrato y el diagnóstico tardío responden a causas más profundas que la falta de información.

En cuanto a maternidad, el 40,8 % tiene hijos o hijas y el 59,2 % no. Este dato es clave para analizar diferencias en trayectorias médicas, controles y experiencias de parto, ya que las responsabilidades de crianza pueden intensificar desigualdades en acceso y continuidad de atención. Cuando una madre ya tiene un diagnóstico y posteriormente una hija también lo recibe, los gastos médicos y emocionales se duplican dentro del mismo hogar, generando una carga intergeneracional difícil de sostener sin apoyos institucionales.

La informalidad, la inestabilidad contractual, la distribución territorial y las cargas de cuidado crean un escenario donde la desigualdad no solo se acumula, sino que se normaliza, afectando la calidad, oportunidad y continuidad del cuidado ginecológico y reproductivo, y en casos crónicos o de emergencia, aumentando riesgos para la salud. En conjunto, este perfil sociodemográfico dibuja un panorama complejo: mujeres jóvenes, muchas afrodescendientes, con formación académica, pero atravesadas por desigualdades estructurales en ingresos, acceso territorial y condiciones laborales. Este contexto será clave para interpretar los datos de los bloques siguientes.



Imagen de stock – Canva

Conocimiento sobre Salud Reproductiva

En este bloque se preguntó directamente a las participantes si conocían ciertas condiciones ginecológicas específicas, señalando todas aquellas que pudieran reconocer por nombre o experiencia previa. El propósito de esta sección no fue evaluar un conocimiento médico especializado, sino dimensionar el nivel de familiaridad que tienen las mujeres con los términos más comunes en salud reproductiva, considerando que este reconocimiento constituye el primer paso para la prevención, la búsqueda de atención temprana y la exigencia de derechos en el sistema de salud.

Además, al analizar estos resultados es importante tener en cuenta que el conocimiento no siempre se adquiere en consultas médicas: en muchos casos proviene de conversaciones familiares, redes sociales experiencias compartidas o búsquedas personales ante la ausencia de información clara por parte del personal sanitario. Este indicador, por tanto, permite visibilizar tanto la capacidad de agencia de las mujeres como las brechas estructurales en la educación en salud reproductiva en Panamá.

Condiciones medicas que afectan la salud reproductiva

La pregunta fue formulada de forma cerrada, con opciones predeterminadas. . Las condiciones más reconocidas por las mujeres encuestadas fueron:

Condiciones	Respuestas
Síndrome de ovario poliquístico (SOP)	731
Cáncer de útero o cérvix	642
Endometriosis	609
Miomas uterinos	465
Preeclampsia	554

Tabla N° 2 - Condiciones medicas que afectan la salud reproductiva

Algunas participantes incluyeron otras condiciones ginecológicas en el campo abierto, como adenomiosis, fibromas, infertilidad, teratomas, entre otras. Estas respuestas fueron muy marginales (menos del 1 % cada una).

Conclusión del bloque: Conocimiento sobre Salud Reproductiva.

El reconocimiento más amplio se concentra en las condiciones ginecológicas de mayor prevalencia clínica (SOP, cáncer de cérvix, endometriosis y miomas uterinos), lo que refleja cierta familiaridad con los diagnósticos más comunes. Sin embargo, este conocimiento es principalmente nominal y no necesariamente implica comprensión profunda sobre causas, síntomas o tratamientos.

El hecho de que aparezcan mencionadas condiciones adicionales en el campo abierto confirma la búsqueda activa de información por parte de las mujeres, aunque muchas veces sin acompañamiento institucional ni claridad médica. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la educación en salud reproductiva desde una perspectiva accesible, culturalmente pertinente y libre de prejuicios, para reducir la desinformación y promover diagnósticos tempranos.



Imagen de stock – Canva

Situación laboral y seguridad social

La situación económica y el acceso a seguridad social son dimensiones clave para comprender cómo se vive la salud reproductiva en Panamá. Este bloque explora los tipos de empleo, la estabilidad laboral y la cobertura médica según grupo etario, revelando desigualdades que afectan directamente el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de condiciones ginecológicas.

Más allá de los ingresos, la precariedad laboral y la ausencia de seguridad social condicionan la continuidad de los cuidados médicos y la posibilidad de acceder a tratamientos especializados. Estos factores son especialmente relevantes en mujeres jóvenes, afrodescendientes y residentes en zonas rurales, donde la informalidad y la falta de contratos formales aumentan la vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas o emergencias ginecológicas.

Tipo de empleo y condiciones laborales

Las mujeres entre 25 y 34 años —el grupo con mayor participación en el estudio— reportan las cifras más altas de trabajo a tiempo completo (211 casos) y, al mismo tiempo, una presencia importante de desempleo (61 casos). Esta dualidad refleja una etapa de la vida atravesada por responsabilidades económicas crecientes, pero también por inestabilidad laboral.

En contraste, las jóvenes de 18 a 24 años registran un alto nivel de desempleo (60 casos) y una menor proporción de empleo a tiempo completo (32 casos), lo cual puede vincularse con procesos educativos en curso, inserción tardía al mercado laboral o barreras estructurales que afectan a mujeres negras y racializadas al buscar empleo.

Las mujeres entre 35 y 44 años muestran la mayor concentración de empleo a tiempo completo (129 casos), lo cual podría traducirse en mayor autonomía económica, pero no necesariamente en mejor salud: muchas de ellas también reportan falta de tiempo para consultas médicas o postergación de tratamientos por responsabilidades de cuidado.

El trabajo a tiempo parcial, el trabajo independiente (emprendedoras) y la jubilación aparecen en menor proporción, aunque son relevantes para comprender trayectorias diversas.

Edad	Desempleo	Emprendedora/ Independiente	Jubilada	Otra	Tiempo completo	Tiempo Parcial
18 - 24	60	12	0	1	32	13
25 - 34	61	55	0	4	211	25
35 - 44	19	34	0	1	129	6
45 - 54	7	10	0	0	56	4
55 años o más	3	7	4	1	13	1

Tabla N° 3 - Tipo de empleo y condiciones laborales

Nota: en el caso de las 561 mujeres afrodescendientes, la mayoría reportó empleo a tiempo completo (354), seguidas por tiempo parcial (58), desempleo (56), estudiantes (44), amas de casa (34), independientes (8), emprendedoras (2) y jubiladas (5).

Cobertura de seguro médico

Un aspecto crítico que se desprende del análisis es el acceso desigual a seguro de salud. El grupo de 25 a 34 años concentra el mayor número de mujeres con seguro social (152 casos), pero también el mayor número sin ningún tipo de cobertura (118 casos). Esto evidencia una brecha importante entre empleo formal y real acceso a servicios de salud.

Entre las mujeres más jóvenes (18–24 años), casi tantas mujeres tienen seguro social (42) como las que no tienen ningún seguro (57). Esto refleja una precariedad que se vive incluso al inicio de la vida adulta, cuando muchas enfrentan condiciones ginecológicas sin diagnóstico ni atención constante.

En el grupo de 35 a 44 años, el patrón se repite: aunque 81 mujeres tienen seguro social, hay 53 sin seguro, lo cual puede indicar transiciones laborales, empleo informal o exclusión institucional.

Las mujeres mayores de 55 años presentan acceso mínimo al seguro privado y mantienen una dependencia importante del seguro social o permanecen sin cobertura.

Edad	Seguro Privado	Seguro social	Sin Seguro
18 - 24	19	42	57
25 - 34	86	152	118
35 - 44	55	81	53
45 - 54	11	50	16
55 años o más	1	24	4

Tabla N° 4 - Cobertura de seguro médico

- Nota: entre las 561 mujeres afrodescendientes, 265 reportaron contar con seguro social, 134 con seguro privado y 162 no tienen ningún tipo de seguro médico.

Conclusión: Observaciones analíticas

- La cobertura médica no es automática ni equitativa: muchas mujeres, aunque estén empleadas, no acceden a un seguro.
- El desempleo y el trabajo informal afectan especialmente a las más jóvenes, condicionando el diagnóstico y tratamiento de condiciones ginecológicas.
- Esta precariedad es más crítica en mujeres racializadas que, según lo registrado en otros bloques, ya enfrentan barreras institucionales adicionales.



Imagen de stock – Canva

Acceso a la salud pública

El acceso oportuno y sostenido a servicios de salud pública es un indicador central para evaluar la calidad de los sistemas sanitarios.

En este bloque se analiza la frecuencia con la que las participantes acudieron a consultas médicas, los centros visitados, los motivos por los que no accedieron al sistema, y las respuestas institucionales frente a síntomas o condiciones persistentes.

Frecuencia de atención médica

Los datos revelan que un número importante de mujeres ha accedido recientemente a servicios de salud: un 64.49 % declaró haber recibido atención sin problemas en los últimos seis meses, y un 65.39 % accedió en ese mismo periodo, aunque con dificultades o largas esperas.

Sin embargo, este acceso no es universal ni igualitario. Un 43.75 % de quienes no tienen seguro social no han sido atendidas en el último semestre, y en muchos casos, el tiempo sin atención supera el año. Más preocupante aún, algunas mujeres nunca han recibido atención médica, lo cual indica exclusión completa del sistema.

Acceso	En los últimos 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Hace más de un año	Nunca
No, por desconfianza en el sistema	63.41%	18.29%	15.85%	2.44%
No, por falta de recursos económicos	69.23%	0.00	30.77%	0.00
No, por falta de seguro social	43.75%	21.88%	34.38%	0.00
Sí, pero con largas esperas o dificultades	65.39%	20.17%	14.23%	0.21%
Sí, sin problemas	64.49%	22.43%	12.15%	0.93%

Tabla N° 5 - Frecuencia de atención médica

Principales barreras de acceso

Al consultar directamente por los motivos por los cuales no accedieron al sistema público de salud, las mujeres señalaron con mayor frecuencia:

- Largas esperas para obtener una cita o ser atendida (145 casos)
- Falta de confianza en el sistema de salud pública (129 casos)
- Mala calidad en la atención recibida anteriormente (115 casos)
- Costos adicionales asociados a medicamentos o servicios (59 casos)

Otros motivos menos frecuentes incluyeron dificultad por ubicación geográfica o transporte (15), y razones vinculadas a seguros privados, dependencia económica o falta de cobertura individual (menos de 5 casos cada uno).

Motivo	Frecuencia
Largas esperas para obtener una cita y/o ser atendida.	145
Falta de confianza en el sistema de salud pública.	129
Mala calidad en la atención recibida anteriormente.	115
Costos adicionales asociados a medicamentos o servicios.	59
Dificultad para acceder por ubicación o transporte.	15
Tengo seguro privado	2
Patrono	1
Representa un costo muy alto porque tendría que pagar como asegurado.	1
Al ser independiente	1

Tabla N° 6 - Principales barreras de acceso

Análisis por razón de no acceso

Desconfianza en el sistema:

El 63.41 % de quienes no accedieron por este motivo lo habían hecho en los últimos seis meses, pero también destacan porcentajes relevantes de personas que no accedían desde hace más de un año (15.85 %) o nunca lo han hecho (2.44 %). Esto sugiere que, incluso cuando hay posibilidad de atención, la desconfianza se mantiene como una barrera simbólica y emocional.

Falta de recursos económicos:

El 69,23 % recibió atención médica en los últimos seis meses y el 30,77 % hace más de un año; no hubo casos intermedios ni sin atención. Esto sugiere un acceso intermitente, con esfuerzos puntuales seguidos de largos periodos de exclusión.

Falta de seguro social:

Un 43.75 % accedió a atención médica en los últimos seis meses, 21.88 % entre seis meses y un año, y 34.38 % hace más de un año. Este patrón refuerza la noción de que el seguro social no garantiza acceso inmediato, pero su ausencia sí profundiza la exclusión del sistema de salud.

Acceso con dificultades:

Incluso entre quienes lograron atención, un 20.17 % accedió entre seis meses y un año, y un 14.23 % hace más de un año. Solo el 0.21 % nunca ha sido atendida, lo que sugiere que muchas mujeres persisten en buscar atención a pesar de las barreras.

Acceso sin dificultades:

Esta categoría presenta un patrón más estable, aunque también fragmentado: 64.49 % accedió en los últimos seis meses, 22.43 % entre seis meses y un año, 12.15 % hace más de un año y 0.93 % nunca ha sido atendida. Esto demuestra que incluso dentro del grupo con “acceso sin problemas”, hay historias de rezago o discontinuidad.

Lecturas estructurales

El acceso a la salud ginecológica no puede medirse solo por la presencia o ausencia en el sistema, sino por su regularidad, calidad y condiciones materiales.

Las mujeres sin seguro, en trabajos informales o con antecedentes de negligencia médica enfrentan obstáculos acumulativos: barreras económicas y logísticas, y la necesidad de reconstruir la confianza en un sistema que las ha fallado.

Esta desconfianza no es aislada ni irracional, sino fruto de experiencias concretas de maltrato, desatención o violencia médica, como confirman los datos de este estudio y que se ampliarán en los próximos bloques.

Conclusión del bloque – Acceso a la salud pública

Los resultados muestran que el acceso a los servicios de salud pública en Panamá no solo depende de la existencia formal del sistema, sino de su capacidad real para brindar atención oportuna, continua y digna. Las largas esperas, la desconfianza acumulada por experiencias previas y los costos asociados a medicamentos y traslados constituyen barreras recurrentes que afectan de manera directa la atención ginecológica. Aun quienes cuentan con seguro social o logran ingresar al sistema lo hacen con dificultades y discontinuidad, lo que revela que la cobertura formal no garantiza acceso efectivo. Esta evidencia confirma que la desigualdad en salud no se explica únicamente por la falta de recursos económicos, sino por un entramado estructural de barreras institucionales, simbólicas y territoriales que reproducen exclusión y ponen en riesgo la vida y el bienestar de las mujeres.



Imagen de stock – Canva

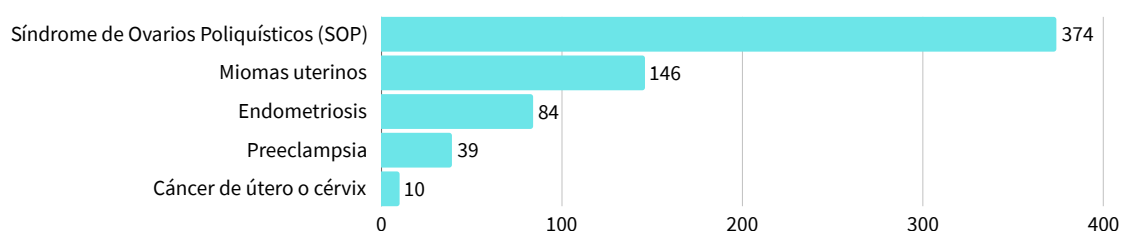
Análisis de Diagnóstico

El presente bloque se enfoca en los diagnósticos más reportados por las participantes del estudio, así como en la calidad de la información recibida, los desafíos durante el proceso de diagnóstico y las formas de violencia institucional que algunas experimentaron.

Condiciones más reportadas.

Las condiciones ginecológicas más frecuentes en la muestra son: Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP), Miomas uterinos, Endometriosis, Preeclampsia y Cáncer de útero o cérvix.

Además, se registraron otros diagnósticos menos frecuentes como prolapso uterino, adenomiosis, tumores, trastorno disfórico premenstrual (TDPM) y quistes ováricos. Es importante destacar que 209 participantes expresaron no haber sido diagnosticadas con ninguna de estas condiciones, mientras que 42 señalaron no estar seguras o no tener claridad sobre su situación médica.



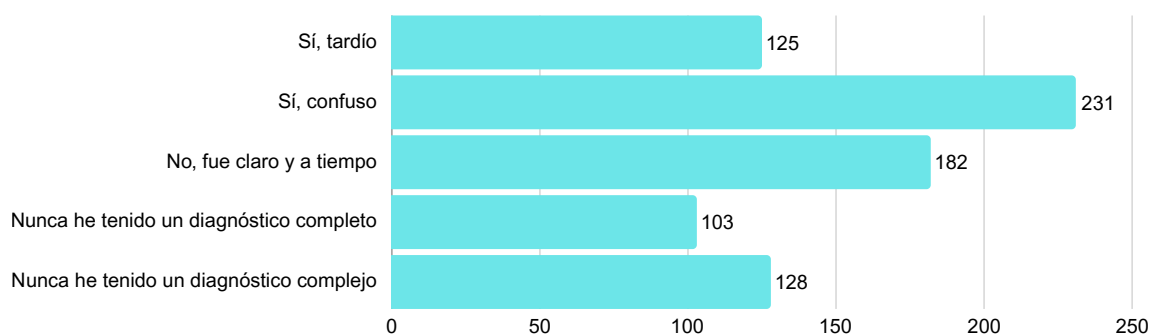
Gráfica N° 11 - ¿Alguna vez te han diagnosticado con alguna de estas condiciones?

Calidad de la información y tiempos de diagnóstico

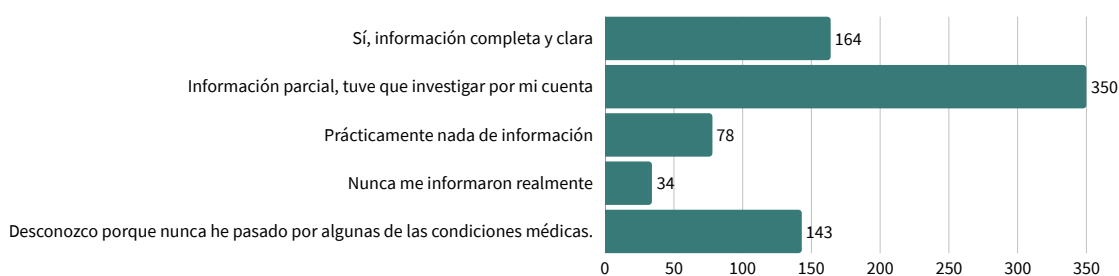
Los datos reflejan una brecha significativa en el acceso a información clara y oportuna:

- Un 45.5 % señaló haber recibido solo información parcial y haber tenido que investigar por su cuenta.
- Un 30 % indicó que el diagnóstico fue confuso.
- Apenas un 21.3 % recibió información completa y clara.
- Solo el 23.6 % considera que su diagnóstico fue claro y a tiempo.

En contraste, un 16.2 % reportó que fue tardío, y un 18.6 % expresó que desconoce la situación porque nunca ha pasado por estas condiciones.



Gráfica N° 12 - ¿Has recibido diagnósticos tardíos o confusos sobre alguna condición de salud (p. ej., miomas uterinos, endometriosis, quistes, problemas hormonales)?



Gráfica N° 13 - ¿Sientes que recibiste información adecuada sobre tu condición médica o las opciones de tratamiento disponibles?

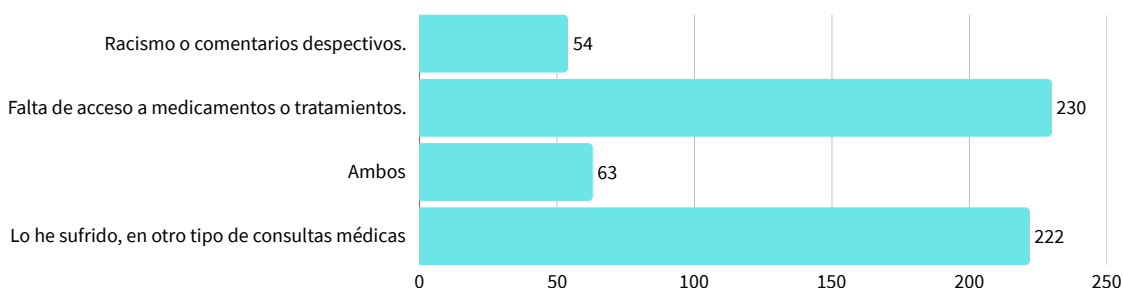
Estas cifras refuerzan la percepción de que el sistema de salud no garantiza acceso equitativo a diagnósticos certeros ni a explicaciones comprensibles, lo que obliga a muchas mujeres a buscar respuestas por su cuenta, en ocasiones después de largos períodos de dolor o incertidumbre.

Violencias y barreras durante el proceso de diagnóstico

Aunque algunas participantes reportaron experiencias positivas en el sistema privado, también emergen múltiples formas de violencia simbólica, médica y estructural durante los procesos de diagnóstico:

- Un 30 % expresó haber enfrentado falta de acceso a tratamientos o medicamentos.
- Un 28.9 % sufrió situaciones problemáticas en otros contextos médicos.
- Un 7.05 % mencionó racismo o comentarios despectivos.
- Solo un 15.8 % afirmó no haber tenido problemas.

Entre los relatos cualitativos destacan experiencias de negligencia médica, minimización del dolor, diagnósticos erróneos o tardíos, falta de empatía, gordofobia, homofobia, clasismo, comentarios misóginos o invasivos, y en casos más graves, violencia obstétrica.



Gráfica N° 14 - ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas durante tu diagnóstico o tratamiento?



Imagen de stock – Canva

Barreras económicas y redes de apoyo

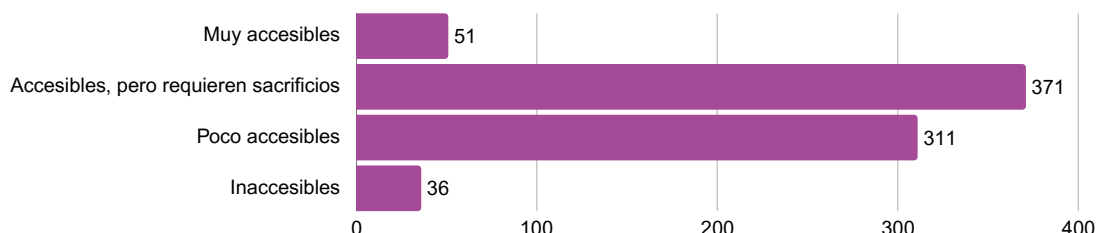
Este bloque examina cómo los factores económicos afectan directamente la salud ginecológica y reproductiva de las mujeres participantes. Los datos recogen el costo que implica buscar atención médica en Panamá — incluyendo consultas, exámenes, medicamentos y traslados—, así como el impacto económico que genera no recibir un diagnóstico o tratamiento adecuado.

Además, este bloque explora las redes de apoyo disponibles: ¿Quién acompaña a las mujeres cuando enfrentan condiciones ginecológicas complejas? ¿Existen espacios familiares, comunitarios o institucionales que alivian la carga emocional y económica?

Lejos de ser un problema estrictamente individual, la salud ginecológica está entrelazada con el acceso a recursos, los sistemas de protección social, y las formas de sostén colectivo disponibles en cada territorio.

Costos médicos accesibles

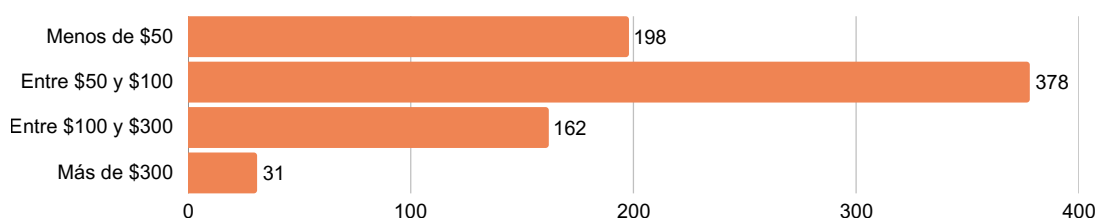
El acceso real a la salud ginecológica no puede entenderse sin contemplar la dimensión económica. En este estudio, más del 80 % de las participantes consideraron que los costos médicos en su comunidad son poco accesibles o accesibles solo con sacrificios, lo que señala una precariedad estructural normalizada.



Gráfica N° 15 - ¿Qué tan accesibles consideras los costos de atención médica en tu comunidad?

Costos médicos mensuales

A pesar de esta percepción, la mayoría de las mujeres reporta un gasto mensual en salud entre \$50 y \$100, seguido por quienes gastan menos de \$50. No obstante, casi un tercio indicó gastar entre \$100 y \$300, lo que representa una carga significativa para poblaciones con ingresos inestables o informales.

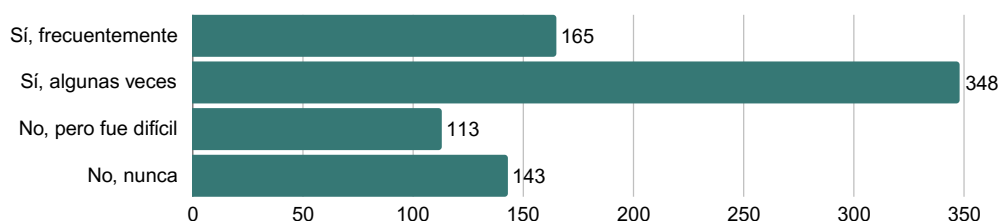


Gráfica N° 16 - ¿Cuánto gastas en promedio mensualmente en atención médica (consultas, medicamentos, transporte, etc.)?

Nota: entre las 561 participantes afrodescendientes, la mayoría reportó un gasto mensual en salud entre \$50 y \$100, seguida por quienes gastan menos de \$50. Un grupo significativo indicó gastos entre \$100 y \$300, reflejando el peso económico que esta atención representa en sus hogares.

Búsqueda de atención médica.

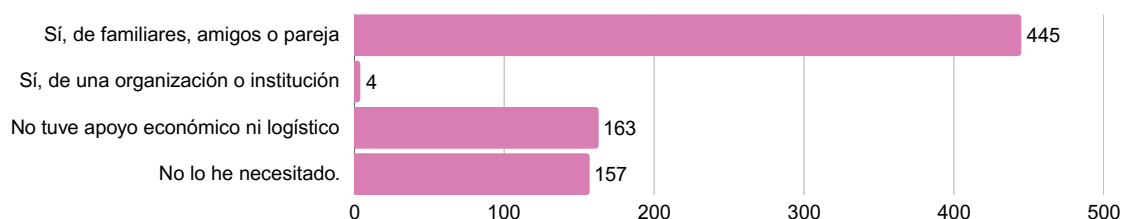
Esta tensión económica se traduce en decisiones críticas: un 66.6 % de las participantes ha dejado de buscar atención médica en algún momento debido a los costos del servicio, exámenes o medicamentos. El 21 % lo ha hecho frecuentemente, revelando un patrón sostenido de abandono o postergación de la atención por razones financieras.



Gráfica N° 17 - ¿Has dejado de buscar atención médica por el costo del servicio, medicamentos o exámenes?

Redes de apoyo

En este contexto, el rol de las redes de apoyo cercanas es fundamental. El 57.9 % recibió algún tipo de respaldo económico o logístico de familiares, amistades o pareja, mientras que el apoyo institucional fue casi inexistente (apenas 4 respuestas). Además, 163 mujeres enfrentaron su proceso sin ningún tipo de ayuda, lo que podría agravar las barreras de acceso y los efectos emocionales asociados.



Gráfica N° 18 - ¿Tuviste apoyo económico o logístico de alguien para atenderte?

Conclusión del bloque – Barreras económicas y redes de apoyo

El acceso a la salud ginecológica en Panamá está fuertemente condicionado por factores económicos. Más de la mitad de las participantes señalaron que los costos no son accesibles y la mayoría destina entre 50 y 100 dólares mensuales en atención, un gasto considerable para hogares con ingresos limitados. Esta situación se agrava en los hogares donde madre e hija requieren simultáneamente atención ginecológica, ya que los gastos se duplican y aumenta el peso emocional y psicológico de los diagnósticos.

Aunque el 57,9 % recibe algún tipo de apoyo, un 42,1 % enfrenta estos costos en soledad. En conjunto, los hallazgos evidencian que la falta de políticas públicas que reduzcan las desigualdades económicas perpetúa la vulnerabilidad de las mujeres frente al sistema de salud.



Imagen de stock – Canva

Pérdidas gestacionales, un duelo invisibilizado y sospechado

Perder un embarazo o un órgano reproductivo es un duelo que exige tiempo, cuidado y dignidad. En cuerpos racializados o empobrecidos, este dolor se agrava por la sospecha social, el clasismo médico y el estigma moral.

En Panamá, la pérdida gestacional sigue siendo un proceso silenciado y sin acompañamiento. Muchas mujeres relatan abandono institucional, trato hostil o culpabilización.

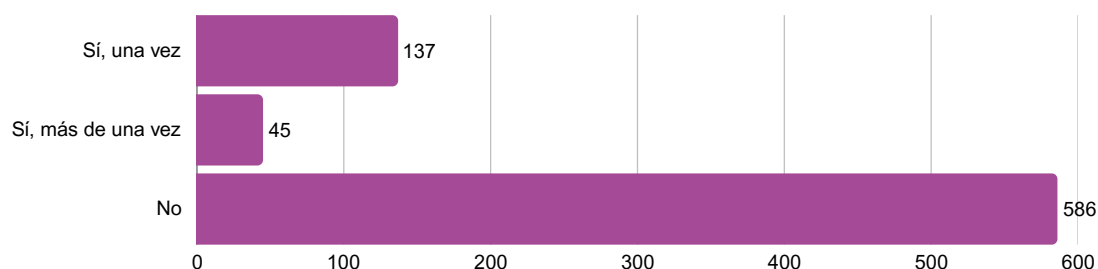
Este bloque incluye también las histerectomías, marcadas por falta de información, preparación emocional y consentimiento, sobre todo en mujeres jóvenes.

Más que cifras, este apartado afirma: toda pérdida debe ser nombrada y respetada. El duelo, cuando es acompañado, no solo sana: dignifica.

Pérdidas gestacionales

Aproximadamente una de cada cuatro participantes reportó haber pasado por la experiencia de perder un embarazo, ya sea una vez o en múltiples ocasiones:

En total, 182 mujeres (23.7%) afirmaron haber atravesado esta experiencia, frente a 586 (76.2%) que no lo han vivido.



Gráfica N° 19 - ¿Alguna vez has pasado por la experiencia de perder un embarazo?

Los datos revelan que varias participantes han vivido más de una pérdida gestacional, lo que significa atravesar repetidamente un proceso doloroso y, con frecuencia, emocionalmente solitario.

Al revisar estos datos en el grupo de mujeres afrodescendientes (561 de la muestra), se observa que 139 mujeres (24.8 %) reportaron pérdidas gestacionales: 107 una vez y 32 en más de una ocasión. En otras palabras, al menos una de cada cuatro mujeres negras encuestadas ha atravesado este duelo, y para varias, la experiencia se repite como herida recurrente.

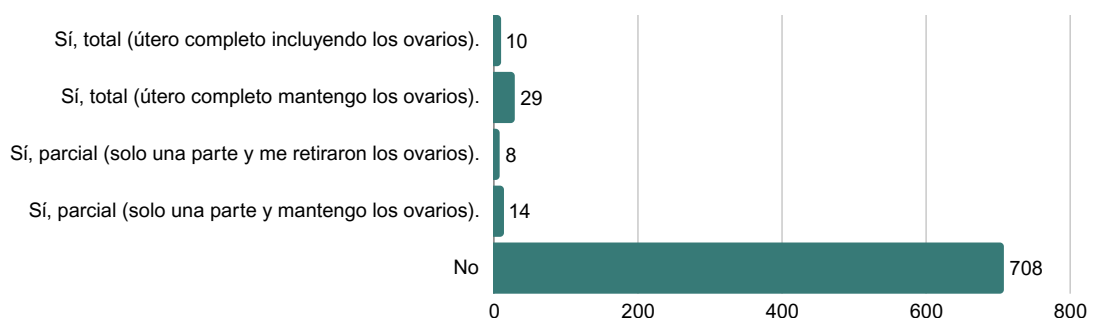
En la mayoría de los casos, las mujeres son dadas de alta con indicaciones clínicas mínimas, sin contención emocional ni explicaciones claras sobre lo ocurrido. El acompañamiento psicológico es casi inexistente en el sistema público, mientras que el costo en el sector privado lo vuelve inaccesible para muchas, perpetuando un vacío crítico en la recuperación física y emocional.

Este escenario plantea preguntas urgentes:

- ¿Cuántas de estas pérdidas podrían haberse evitado con atención oportuna?
- ¿Qué impacto tiene repetir un duelo sin apoyo ni seguimiento?
- ¿Qué tipo de reparación merece una mujer tratada con negligencia o violencia luego de una pérdida?

En un sistema que no reconoce estas experiencias como dignas de acompañamiento, algunas mujeres relatan haber sido tratadas con frialdad o juicio, e incluso que se asumió que el aborto fue provocado. Este estigma, al recaer con mayor fuerza sobre cuerpos racializados y empobrecidos, intensifica el dolor y convierte el duelo en una experiencia de castigo institucional.

Histerectomías: decisiones, secuelas y silencios.



Gráfica N° 20 - ¿Alguna vez te han realizado una histerectomía?

El 8% de las participantes ha tenido una histerectomía, la mayoría con conservación de ovarios.

Entre las causas más frecuentes están: miomas uterinos (35), fibromas (2), endometriosis (8) y Cáncer de útero (3).

Si bien muchas histerectomías pueden salvar vidas o mejorar la calidad de vida, su indicación y ejecución deben darse con acompañamiento emocional e información clara. Para muchas mujeres, especialmente jóvenes, perder el útero significó una pérdida simbólica de su feminidad, de sus posibilidades reproductivas y del control sobre su cuerpo. Cuando esto ocurre sin acompañamiento psicológico, sin terapia hormonal adecuada o sin seguimiento emocional, el duelo es profundo y silencioso.

Conclusión del bloque – Pérdidas gestacionales e histerectomías

Las pérdidas gestacionales y las histerectomías revelan dos dimensiones centrales de la salud ginecológica: la ausencia de acompañamiento emocional y la persistencia de silencios institucionales. Casi una de cada cuatro mujeres reportó haber atravesado una pérdida de embarazo, muchas de ellas más de una vez, sin recibir atención psicológica ni seguimiento integral. A su vez, el 8 % de las participantes indicó haber tenido una histerectomía, en la mayoría de los casos por miomas, con secuelas físicas y emocionales poco atendidas.

Estos resultados evidencian que, más allá de la intervención médica, el sistema de salud falla en brindar apoyo humano y continuidad en la atención. El duelo por la pérdida de un embarazo y el impacto de una histerectomía no son solo eventos médicos: son experiencias que requieren ser reconocidas como procesos de salud integral, donde la dignidad, el cuidado y el acompañamiento deben estar garantizados.



Imagen de stock – Canva

Sentimientos, redes de apoyo y percepciones sobre la atención médica

La atención médica no se define solo por diagnósticos o tratamientos, sino también por el temor, la confianza y el acompañamiento recibido.

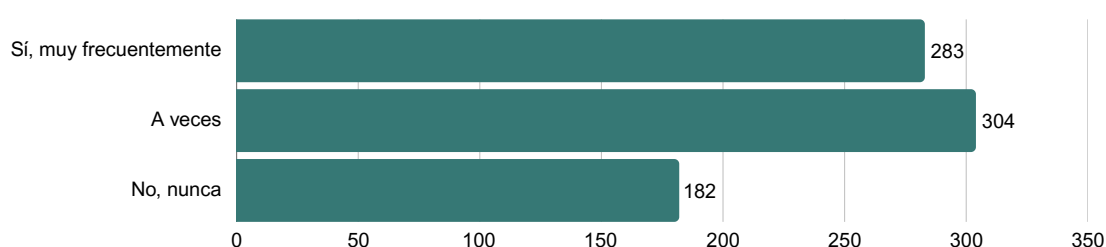
En salud ginecológica, contar con una red de apoyo —emocional, informativa o logística— puede transformar la experiencia; su ausencia, en cambio, profundiza la desprotección y el riesgo en contextos de racismo, desigualdad y precariedad.

Este bloque examina cómo la presencia o ausencia de estas redes condiciona la vivencia del sistema sanitario y la búsqueda de justicia o reparación.

Temor y ansiedad frente a la atención médica

Un 39% de las participantes (304) indicó haber sentido ansiedad o temor al acudir a un centro de salud por experiencias previas negativas como falta de empatía, discriminación o maltrato. Otro 37% (283) declaró haber sentido ese temor muy frecuentemente. Solo un 24% (182) respondió “no, nunca”.

Esto revela que al menos 2 de cada 3 mujeres encuestadas han acudido a consulta cargando desconfianza o miedo, lo que puede afectar el seguimiento, la adherencia a tratamientos y la disposición a expresar síntomas.

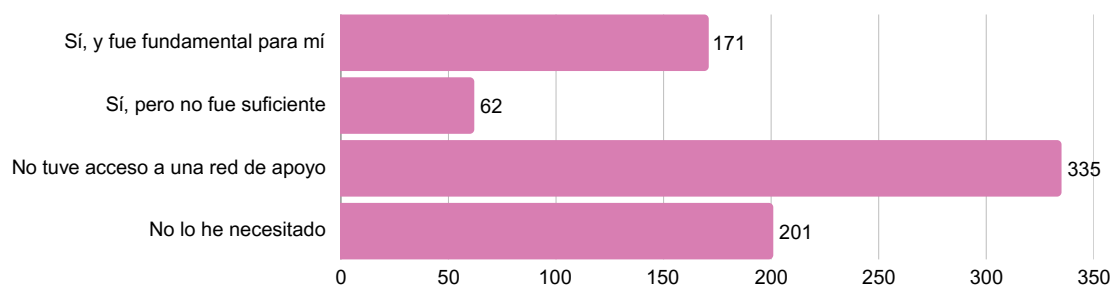


Gráfica N° 21 - ¿Has sentido temor o ansiedad antes de acudir a un centro de salud debido a experiencias previas negativas (falta de empatía, discriminación, maltrato)?

Acceso a redes de apoyo

El 44% (335) señaló que no tuvo acceso a una red de apoyo durante su experiencia médica. Un 26% (201) respondió que no lo necesitó, mientras que un 8% (62) dijo que el apoyo que tuvo no fue suficiente. Solo un 22% (171) indicó que sí tuvo apoyo y que este fue fundamental para su proceso.

Estos datos reflejan una falta significativa de sostenes comunitarios, institucionales o familiares ante procesos de salud que suelen ser emocional y físicamente demandantes. También sugieren una posible sobrecarga individualizada de la atención médica, sin acompañamiento colectivo.

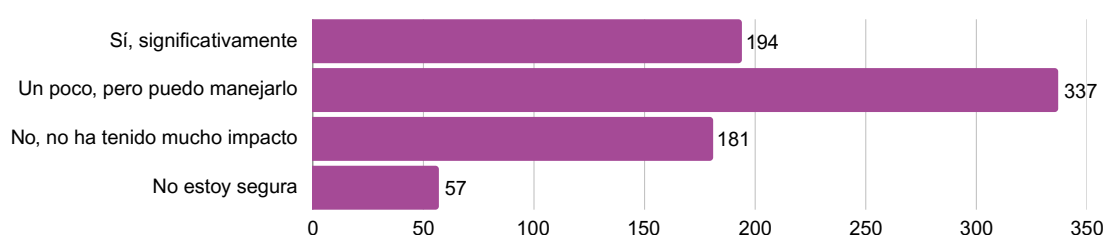


Gráfica N° 22 - ¿Tuviste acceso a una red de apoyo durante tu experiencia médica?

Impacto en la calidad de vida

Más de la mitad de las encuestadas reportó que su condición ginecológica ha afectado su calidad de vida, ya sea significativamente (194) o un poco, pero manejable (337), sumando un total del 69%.

Un 23% (181) indicó que no ha tenido mucho impacto, y un 7% (57) dijo no estar segura. Este dato se conecta con las experiencias de dolor crónico, limitaciones laborales, estrés económico o emocional, e incertidumbre diagnóstica previamente reportadas.



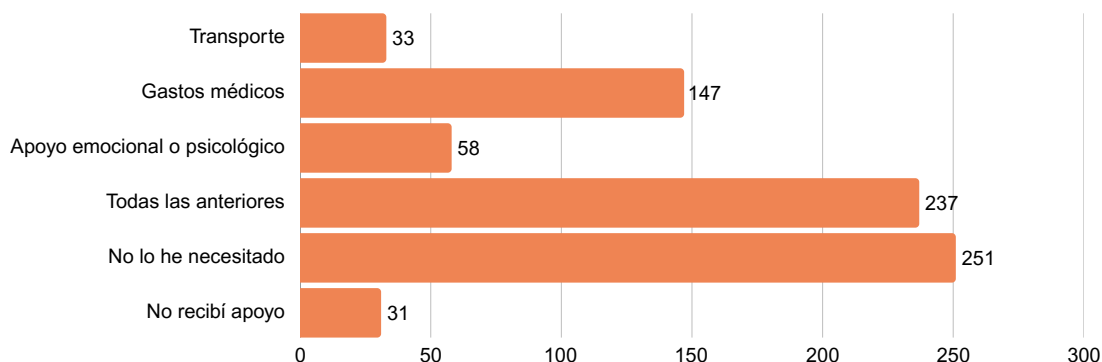
Gráfica N° 23 - ¿Estas condiciones han afectado tu calidad de vida?

Tipo de apoyo recibido

Entre quienes sí recibieron apoyo, los gastos médicos fueron la necesidad principal mencionada (147), seguidos por apoyo emocional o psicológico (58), transporte (33) y cuidado de niños (casos específicos).

Destaca también un grupo significativo (251) que afirmó no haber necesitado ningún tipo de apoyo, aunque este dato debe interpretarse con cautela, considerando que otras preguntas indican falta de redes disponibles.

Las respuestas abiertas muestran que el apoyo familiar suele ser el más común, aunque muchas veces insuficiente ante condiciones de salud que requieren constancia, tiempo y dinero.



Gráfica N° 24 - Si recibiste apoyo, ¿en qué consistió principalmente?

Percepción sobre racismo estructural y condiciones sociales

El 39% de las participantes (301) respondió de forma afirmativa que las condiciones sociales, económicas o el racismo estructural sí influyen negativamente en la atención que reciben. Otro grupo (290) expresó dudas o experiencias intermitentes (“en ocasiones”). Un 15% (119) dijo que nunca ha experimentado discriminación o desigualdad en el sistema.

Algunos testimonios reforzaron esta percepción: se mencionan diferencias de trato entre el sistema privado y público, actitudes despectivas de profesionales, y una falta general de empatía hacia cuerpos no hegemónicos o racializados.

Este hallazgo no solo valida lo denunciado históricamente por movimientos de mujeres negras e indígenas, sino que revela cómo la confianza en el sistema está erosionada incluso antes de recibir atención.

Respuestas	Cuenta de ¿Consideras que las condiciones sociales, económicas y el racismo estructural influyen en la atención que recibes?
Ambas, En la atención privada suele ser buena porque se paga. Tuve muy mala experiencia con la atención en en Santo Tomás en el centro de fertilidad. La Dra era despectiva, cero Humanización, trataba a las pacientes como un maniquí para dar la clase a sus estudiantes. Nunca me quejé pero un día percibí mi incomunidad, y en el cubículo continuo se escuchó cuando le dijo a la miss que si no me gustaba que me fuera a una clínica privada	1
Ambas, he recibido horribles tratos y servicios de algunas policlinicas pero tambien he tenido excelente experiencias con algunos doctores en la especializada	1
En ocasiones.	1
No estoy segura	290
No he experimentado algún tipo de racismo	1
No me ha pasado personalmente, pero considero que las condiciones mencionadas si pueden influir negativamente	1

No, no me atiendo en la CSS	1
No, nunca	119
Si, edadismo y trato como si el paciente NO SABE	1
Sí, negativamente	301
Si, no ha sido mi experiencia pero conozco casos	1
Sí, positivamente	50
Solo el nivel socioeconomico influye, la raza no porq somos una poblacion muy mezclada	1

Tabla N° 7 - Percepción sobre racismo estructural y condiciones sociales

Análisis de resultados

- Un 65.5 % de las participantes indicó contar con una red de apoyo durante sus procesos de atención en salud ginecológica. Este grupo incluye a mujeres que mencionaron tener personas cercanas que las acompañaron emocionalmente, les ayudaron a comprender los diagnósticos y les ofrecieron respaldo logístico (traslados, trámites)
- El 34.5 % restante reportó no tener ninguna red de apoyo, lo que representa a más de una de cada tres mujeres en esta muestra. Esta cifra alerta sobre la carga emocional, práctica y económica que recae en mujeres que deben enfrentar solas diagnósticos difíciles, procesos quirúrgicos o negligencias médicas.

Lectura crítica transversal

La red de apoyo no es un privilegio menor. En muchos casos, es la diferencia entre denunciar o callar, entre buscar una segunda opinión o resignarse, entre sanar o cargar con las secuelas. Reconocer su valor implica también exigir que el sistema de salud no actúe bajo el supuesto de que todas las mujeres tienen a alguien que las respalde. El acompañamiento no debería depender exclusivamente de vínculos personales, sino formar parte integral de una atención médica empática, comunitaria y justa.

Este bloque confirma que los cuerpos no se enfrentan de manera aislada a sus condiciones médicas. La experiencia de enfermedad y cuidado está atravesada por redes de apoyo frágiles, costos que implican sacrificios, emociones como el miedo o la angustia, y desigualdades estructurales profundamente arraigadas. En conjunto, los datos señalan que no basta con brindar atención médica: se necesita un sistema que escuche, sostenga y respete la dignidad de las mujeres, especialmente de aquellas que enfrentan múltiples formas de exclusión.

CUARTA PARTE



EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS DE LAS PARTICIPANTES

Introducción

Este bloque recoge fragmentos de experiencias compartidas voluntariamente por las participantes al final del cuestionario. No fueron solicitadas mediante preguntas cerradas ni inducidas por categorías previas: son relatos espontáneos, personales y muchas veces dolorosos, que emergen desde el cuerpo, la memoria y el deseo urgente de ser escuchadas.

Algunas mujeres describieron negligencias médicas, otras recordaron años sin diagnóstico, partos traumáticos, procedimientos mal informados o experiencias de violencia médica en general.

También hubo quienes narraron pérdidas gestacionales, episodios de racismo y gordofobia, barreras económicas, el impacto emocional de vivir con condiciones ginecológicas no tratadas. Pero junto al dolor, también aparecen voces que nombran el autocuidado, la resistencia cotidiana y el deseo de transformar el sistema.

Los testimonios aquí presentados fueron seleccionados por su relevancia para los temas del informe, su diversidad territorial y étnico-racial, y su capacidad de visibilizar patrones estructurales que los datos cuantitativos por sí solos no alcanzan a mostrar. No se trata de “casos extremos”, sino de vivencias representativas que, al ponerse en palabras, reclaman atención, reparación y cambio institucional.

Estos fragmentos no se interpretan ni se traducen. Se presentan como fueron escritos, manteniendo su tono, ortografía y emocionalidad, salvo correcciones mínimas de formato para facilitar la lectura. El objetivo no es hablar sobre las participantes, sino abrir un espacio para que sus voces estén presentes, como parte esencial de esta investigación.

Sobre los testimonios: perfil y criterios de selección

Volumen de respuestas cualitativas

El formulario contó con dos preguntas abiertas: una sobre experiencias significativas y otra sobre propuestas de cambio en el sistema de salud. En total, se recibieron 427 respuestas cualitativas completas, provenientes de mujeres de distintas provincias, rangos de edad y autoidentificaciones étnicas.

Nivel de completitud

No todas las respuestas fueron extensas, pero el 71 % de los testimonios superaron las 3 líneas de texto, permitiendo así una lectura rica en detalles, emociones y denuncias. Se excluyeron las respuestas incompletas, ilegibles o que no contenían contenido relevante para el análisis.

Criterios éticos de selección

Para garantizar el respeto y la representación cuidadosa de cada voz, se establecieron los siguientes criterios:

- No se editó el contenido testimonial, más allá de ajustes mínimos de ortografía o puntuación para facilitar la lectura.
- Se protegió la identidad de todas las participantes: los testimonios se presentan sin nombre, y solo se indican datos generales (edad, provincia y autoidentificación étnica) cuando aportan contexto al relato.
- Se seleccionaron fragmentos que representarán diversidad geográfica, étnica y generacional, procurando evitar una representación homogénea.
- Se incluyeron tanto testimonios que relatan violencia institucional como aquellos que expresan agencia, estrategias de resistencia o propuestas de cambio.

Lectura transversal de los testimonios

Antes de sumergirse en cada bloque temático, es importante detenerse a observar el conjunto. Las voces aquí reunidas dibujan una cartografía emocional y política de lo que significa habitar un cuerpo femenino, negro o racializado, en este sistema de salud.

Muchas de las experiencias narradas coinciden en tres dimensiones centrales:

- Violencia ginecológica e institucional: procedimientos realizados sin anestesia ni consentimiento informado, burlas y comentarios despectivos por el tono de piel, minimización sistemática del dolor, y maltrato explícito por parte de profesionales de salud —incluyendo personal médico y administrativo—. En varios casos, estas violencias se intersecan con prácticas de gordofobia, culpabilización del cuerpo, y discriminación hacia mujeres con condiciones médicas previas o cuerpos no normativos.
- Desprotección estructural: diagnósticos tardíos, negación de medicamentos, falta de seguimiento clínico y atención postparto inexistente. Aun en contextos urbanos o con acceso académico, persiste la sensación de abandono o desinterés institucional.
- Impacto emocional profundo: miedo, vergüenza, rabia, culpa, tristeza y desesperanza son emociones que atraviesan los relatos. Pero también emergen la valentía de narrar lo vivido, el deseo de que otras no pasen por lo mismo, y la necesidad urgente de transformación.

Este conjunto de voces no busca complacer ni edulcorar. Es una memoria colectiva que interpela. Una denuncia viva. Un acto de valentía que sostiene la premisa ética de este informe:

Sanar también es resistir.

Testimonio 1:

Son tantas las razones. Mi cirugía se llevó a cabo porque contaba con el dinero para realizarla; si no, estaría sangrando como muchas mujeres en Panamá, solo por los miomas. La forma en que ignoran si dices que tienes fibromas, la poca importancia que le dan a la salud sexual y reproductiva, y una vez que te realizas una histerectomía, eres abandonada en el mar de mujeres que son “operadas”. No hay atención psicológica, ya que es la pérdida de un órgano esencial. Vives resignada a que ya no serás más quien fuiste y no tendrás más lo que te caracteriza como mujer. En fin, espero haber contribuido con mi respuesta.

Mujer, 45 - 54 años, Afrodescendiente, Panamá.

Testimonio 2:

Fui embarazada de urgencia al Santo Tomás y estuve hospitalizada 1 semana. Di a luz ahí y la verdad la atención no fue mala comparada con la que le dieron a otras compañeras de sala; pude notar racismo. Aparte, no te dan información que esclarezca tu caso, siento que no son empáticos. Recuerdo que a una paciente le dio a luz en la sala y el bebé nació muerto, y las enfermeras los manejaron con total frialdad, como si fuera cualquier cosa. Habíamos mamás primerizas ahí con temor de pasar por lo mismo. Cuando es tu primer embarazo, no sabes qué es lo que va a pasar en una labor de parto; por más que investigues, no es lo mismo que vivirlo. Y nadie está para ayudarte, solo te piden que no grites y te regañan como si fuera culpa tuya estar ahí pasando por eso. A las indígenas las tratan horrible; a mí casi me hacen parir cuando mi condición era para cesárea y hubo negligencia con el diagnóstico de mi bebé, que nació prematuro.

Mujer, 35 - 44 años, Afropanameña, Panamá.

Testimonio 3:

Con el tema ginecológico al detectar el SOP requerimos un protocolo de atención integral que incluya otras especialidades como nutricionistas, dermatólogos entre otras para trabajar de raíz la problemática, he pasado años hasta poder descubrir por autodidacta que todo mejora con alimentación adecuada no solo con el bombardeo de medicamentos y pastillas anticonceptivas que sugieren utilizar. Esto me produjo años sufriendo consecuencias con aumento de mi peso corporal, trastornos digestivos, hiperpigmentación de la piel, menstruación irregular y dolorosas.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Chiriquí.

Testimonio 4:

He recorrido ginecólogos(as) en el seguro social porque no podía acceder a la privada y porque tenía unos síntomas extraños. Todos me trataban horrible, como si fuera ignorante, y vi cómo trataban a las demás mujeres igual o peor. Me atendían súper apurados sin tomar en cuenta ya mi opinión o preguntas. Entiendo que tengan muchos pacientes, pero quería ser ESCUCHADA. La “tapa del coco” fue cuando le pregunté qué podría ser al último al que fui y me dijo “¿hay diabéticos en tu familia?” Le dije que sí (porque mi papá lo es). Me dijo “debe ser eso. Reduce el azúcar”. Sin hacerme ningún examen más que el Papanicolau. Fui a la privada y hasta examen de ITS me mandaron, medicamentos, de todo. Claro, para descartar. Ahí noté la diferencia. Aun así, no he recibido la mejor atención de la ginecóloga de la privada, pero bueno.

Mujer, 18 - 24 años, Trigueña, Panamá.

Testimonio 5:

La última vez que me atendí con un ginecólogo (hace 7 años) fue súper grosero. Me dijo que abriera la pierna, introdujo el aparato para el Papanicolaou, me revisó bruscamente y me dijo que ya me podía ir. Yo le dije: "Doctor, pero tengo algunas preguntas", y él me respondió que cuando regresara con el examen... nunca más regresé y siento que eso ha impedido mi probabilidad de tener hijos.

Mujer, 35 - 44 años, Afrodescendiente, Panamá.

Testimonio 6:

Fui diagnosticada con miomas, a los cuales tuve que recurrir a atención médica en hospitales privados, debido a las demoras en la atención pública. Ya que por lo general las menstruaciones eran con sangrados abundantes, lo cual disminuía mi hemoglobina, razón por la cual hasta el momento llevo 3 cirugías y una cuarta que me mencionó el ginecólogo que tengo que realizarme, que es una histerectomía. Tengo 41 años, no tengo hijos y hasta la fecha no tengo una causa definida de por qué mi cuerpo produce tantos miomas.

Mujer, 35 - 44 años, Negra, Panamá.

Testimonio 7:

Mi madre paciente de cancer muy groseramente le gritaron que se iba a morir, salí de allí llorando porque no supe cómo reaccionar tenía 16 años y estaba sola con ella.

Mujer, 18 - 24 años, Negra, Panamá.

Testimonio 8:

En 2020, tuve un aborto espontáneo. Me hicieron un curetaje en el Tzanetatos. Fue algo muy doloroso desde todos los aspectos (psicológicos y físicos). Esa noche hubo al menos 5 mujeres más en esa sala pasando por lo mismo. Todas de diferentes estratos sociales. A ninguna nos dijeron "lo siento" o nos explicaron qué pasaba. Mientras me recuperaba, vi al menos a 3 mujeres más pasar por ese proceso y aún tengo en mi memoria sus rostros de dolor y tristeza. Ninguna gritó, solo llorábamos la pérdida y el proceso que, a pesar de ser con anestesia parcial, dolía... Fue una noche muy triste.

Mujer, 35 - 44 años, Afropanameña, Panamá.

Testimonio 9:

He perdido bebés 2 veces. Las 2 veces que me realizan el curetaje es doloroso, no me explican el porqué, son muy fríos y me dicen que soy joven y que puedo tener más hijos, que eso le pasa a todas las mujeres. O sea, minimizan mi dolor emocional y tampoco me explican el dolor que sufriré al momento del curetaje. Es una situación que se vive a diario y que casi nunca se habla.

Mujer, 25 - 34 años, Mestiza, Panamá.

Testimonio 10:

Estuve consultando por dismenorrea por años hasta que me dieron diagnóstico a mis 29 años y ahora ya tengo, aparte, diagnóstico de infertilidad por tantos años que pasé sin un tratamiento adecuado.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Panamá Oeste.

Testimonio 11:

Yo no. Pero mi mamá tuvo una. Es el hecho del protocolo de las citas médicas. Para que te den un diagnóstico confiable, debes pasar por muchos especialistas. Y ya cuando llegas al que de verdad puede darte una conclusión real, puede que lastimosamente tu problema médico esté muy avanzado y puede ser muy peligroso para el asegurado. Mi mamá tiene un año esperando una mamografía, pero las máquinas del seguro social están descompuestas. ¡Fatal!

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Panamá.

Testimonio 12:

Siempre tuve una postura clara con respecto a los hijos (no quería más de los que ya tengo) y cuando acudía siempre recibía comentarios fuera de lugar. En una ocasión, el médico ofreció hacerme “los 5 hijos que me hacían falta para operarme” (cosa que está TOTALMENTE fuera de lugar). Mientras que a los varones no les exigen cantidad de hijos si desean hacerse la vasectomía.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Colón

Testimonio 13:

Cesárea sin anestesia por falta de comunicación entre los responsables de la atención.

Mujer, 55 años o más, Afropanameña, Coclé.

Testimonio 14:

Hace 9 meses que di a luz en el complejo y recuerdo que primero me iban a mandar a casa sin haberme hecho un ultrasonido porque les comenté que no tenía dolor. Casi pierdo a mi bebé por eso. Ya no tenía líquido amniótico cuando por fin se dignaron a examinarme (tristemente, fueron mujeres las que me atendieron y un médico fue el que dio la orden del ultrasonido). Y de esa misma experiencia, cuando estaba por parir, mi cuerpo me pedía ponerme de cuclillas. No me lo permitieron y como ya el bebé y yo estábamos tan débiles por la espera, se me subieron 3 hombres a empujarme la barriga porque no podía bajar al bebé para parir. Fue una experiencia muy dolorosa y agónica.

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Panamá Oeste.

Testimonio 15:

Tuve un procedimiento (biopsia) por sangrado excesivo en mi periodo menstrual y mucho dolor, según ultrasonidos aparentemente tenía un mioma. El médico indicó que era un polipo. Sin embargo no le dio seguimiento ni recetó ningún medicamento. Posteriormente acudí a una clínica privada, donde sólo con un ultrasonido vagina y palpando el dr. Me indicó que se trataba de un quiste que había que extirpar o realizarme una histerectomía. El médico en mención de la Caja del seguro social (el primero que acudí) trabaja en la caja y con el minsa, en Changuinola y Bocas del Toro. Moraleja: para mejor atención se necesita más personal y más empatía, sobre todo dedicación.

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Bocas del Toro.

Testimonio 16:

La peor fue cuando tuve un aborto espontáneo. Me trataron como si yo lo hubiese inducido. A pesar del dolor, demoraron en atenderme. Un ginecólogo me tocó el clítoris mientras me realizaba el ultrasonido intravaginal para confirmar o descartar el aborto. Luego, no dejaron que estuviera en la sala de espera con mi pareja, me quitaron el abrigo y me dejaron sola. Me dio una crisis de ansiedad, más la tristeza que tenía. Luego, cuando me atendieron, me dejaron esperando hasta que entrara de turno normal el ginecólogo encargado. Sin preguntarme, un montón de estudiantes entraron a la sala y me vieron. Y después, meses después, me entero de que una doctora que nunca me atendió leyó mi expediente y lo compartió con su hermano, y su hermano habló con mi líder religioso, porque según ellos, yo me había hecho un aborto. No pude pelear por la ley porque es un recuerdo doloroso y, sobre todo, me causó depresión, intentos de suicidio, ansiedad, inestabilidad emocional y física.

Mujer, 18 - 24 años, Afro-Dule, Panamá Oeste

Testimonio 17:

Actualmente utilizo servicios de salud privados, pero sí he sido funcionaria en el sistema público de salud y converso con personas que lo utilizan regularmente. En el sistema público veo muchas limitaciones de tiempo, desgaste del personal y enfoque poco preventivo. En general, en mi experiencia he sentido, como describí antes, poca integración de los diferentes aspectos de la vida y su impacto en el motivo de consulta. Soy médico y conozco más de salud y cómo funciona el cuerpo que el público general, y aún así la perimenopausia me agarró por sorpresa porque nunca se mencionó en las muchas consultas ginecológicas que he tenido en los últimos 5 años (antes del embarazo, después del parto y cuando empezó el problema con mis miomas uterinos). Agradezco que mi médico me hacía ultrasonidos en cada consulta, cada 6 meses, por lo que pudo detectar su aparición temprano, así como el crecimiento rápido que motivó la histerectomía. Agradezco la agudeza del médico que pensó en mi etnia como un factor para actuar con prontitud y con la técnica adecuada. Mi experiencia en general no ha sido "mala"; he sido afortunada de poder recibir atención privada y saber qué preguntar e investigar, pero no todo el mundo puede. Siento que hay áreas que no se atienden bien e impactan nuestro bienestar físico/mental, así como nuestra longevidad.

Mujer, 35 - 44 años, Afrodescendiente, Panamá

Testimonio 18:

Fui al Santo Tomás a ver si me podía operar y el mismo director del área de obstetricia me dijo que tenía que ir muriéndome para poder operarme, de menos no.

Mujer, 25- 34 años, Mestiza con ascendencia afro, Panamá.

Testimonio 19:

En una consulta un médico (hace unos 5 años) al comentarle que tenía varios meses intentando quedar embarazada me indico bueno viendo mi piel, peso y cuello dijo que tienes SOP y ps veo difícil que quedes embarazada (no me dio opciones) así concluyó la cita.. (me sentí discriminada, como dicen me sentí "NEGRA") muchos meses después tuve el valor de ir donde otro médico para que me diera opciones (esas múltiples opciones que medio este otro doctor) me permitió quedar embarazada. El problema no es lo que dices sino como lo dices.

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Colón

Testimonio 20:

Fui a un CSS. Fui por dolor de endometriosis fuera del periodo menstrual. Me trataron muy mal y no me querían atender porque supuestamente solo atendían a embarazadas. Yo estaba a punto de vomitar y después de tanto pelear me atendieron, pero me trataron a gritos y pusieron mala cara.

Mujer, 25 - 34 años, Mestiza, Panamá Oeste

Testimonio 21:

En la clínica donde se supone que se dedican específicamente a la salud del sistema reproductor femenino (donde se paga por atención), fueron negligentes al no brindarme un tratamiento por mis miomas uterinos, que llegaron a tener un tamaño de 5 cm. Intenté tener hijos antes de realizarme una histerectomía en seguimientos y, al pasar del tiempo, obviamente siguieron creciendo sin ningún tratamiento y me decían que todo estaba bien. Busqué otra opinión debido a los signos y síntomas que estaba teniendo y los miomas tenían un tamaño de 21 cm, otros de 18 cm. Gracias a la intervención oportuna, me realizaron una miomectomía. Pagando, claro, nada con el seguro porque en el seguro, aunque cotizo, las filas de espera son inmensas.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Panamá Oeste

Testimonio 22:

Sí, si yo que trabajo en el sector salud en el laboratorio y entiendo un poco cómo se navega en el sistema y me siento agotada, no quiero pensar en las personas que no conocen el sistema, y quisiera que mi experiencia pudiera ayudar a más personas para que no pasen por lo mismo.

Mujer, 25- 34 años, Afrodescendiente, Colón.

Testimonio 23:

Cuando me detectaron los miomas (2023) mi ginecólogo me dijo que debía considerar la operación para evitar complicaciones, tenía menos de 5 cm. Decidí optar por una segunda opinión con el Dr. Konstantino Tserotas, quien dijo en una de las consultas que ha tenido pacientes con 13 cm y no ha habido problemas. No dimensioné qué es tener 13 cm de una masa dentro del cuerpo, por lo que no opté por operarme.

Volví con mi ginecólogo de cabecera (diciembre 2024) y mi mioma creció a 10 cm y decidimos operar. Entré a cirugía de urgencia este mes de abril (9 de abril) porque me puse MAL. Me terminaron detectando adherencias en la pelvis y confirmaron endometriosis, producto de que mi útero y ovarios estaban contra la pelvis y posiblemente por la sangre desviada.

Acuso de toda esta situación a [REDACTED], sin contar que cuando solicité que enviaran el informe clínico a mi aseguradora para proceder con la operación, quería que sacara una cita para evaluarme y hacer el informe. Todo esto en contra de la ley 68 de 2003.

Y digo "solicité" porque tuve que ir personalmente a pedir que por favor respondieran el correo de la aseguradora. Ese día que fui, se suponía que era la fecha de mi operación (marzo 20, 2025).

¡La ciencia y los médicos nos deben demasiado!

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Panamá.

Testimonio 24:

En experiencias he tenido 1 de 6 profesionales de ginecología que sí conocen de mi diagnóstico y me atendió de la mejor manera; el resto me demostró la falta de actualización y empatía hacia mí. Además, por su mal manejo por desconocimiento, diagnostican mil y otras enfermedades, sabiendo que el SOP es comórbido con otras afecciones médicas y que no necesariamente son aisladas. Un caso de eso es la manera en que atribuyen todo a la obesidad sin indagar si llegó antes o después, y aún sabiendo que la obesidad va de la mano con el SOP y que es difícil bajar de peso. Sin embargo, muchos lo primero que hacen es decir: "tienes que bajar de peso", sin considerar lo que involucra eso. Pues en mi caso asisto a nutrición y cumplo con mi dieta, asisto 5 veces a la semana al gimnasio y cumplo con mis rutinas de cardio y musculación. Y lo único que consigo con tanto esfuerzo es mantener el peso, evitando aumentar más, pero tampoco disminuye. Lo que me ayuda un poco es el Inositol, pero no siempre puedo costearlo.

Mujer, 25 - 34 años, Mestiza con ascendencia afro, Panamá.

Testimonio 25:

El que los ginecólogos en general de entidades públicas como CSS y MINSA son aquellos con peor trato a la mujer, incluyendo trato despectivo por el físico, sabiendo ya el diagnóstico médico y solo mencionándote que "ESTÁS GORDA" o "ESTÁS EN OBESIDAD MÓRBIDA", comentarios como esos y no te guían con un especialista idóneo para lograr mejorar la calidad de vida de la persona tanto física como mental. No tienen tacto al decir que no puedes tener hijos porque tienes SOP, y qué mal que solo te manden la metformina como único método. Principalmente fui atendida por ginecólogos del CSS del Maraón, una doctora de mi mismo color y raza, persona afrodescendiente, sea tan déspota, antipática y falta de tacto al hablar. Aplafa es una de las clínicas que me han podido ayudar, más no he seguido tratamiento por factor económico.

Mujer, 25- 34 años, Afropanameña, Panamá Oeste.

Testimonio 26:

Desde la menarquía (11 años) acudí a múltiples consultas médicas por síntomas anémicos. Los doctores (medicina general) pedían hemogramas donde constaba la anemia (ferropénica) y nunca buscaban la causa, simplemente enviaban recetas con multivitamínicos o compuestos de hierro. Los tratamientos no eran efectivos y fue una condición crónica que perduró aproximadamente 13 años.

Por iniciativa propia (búsqueda de información en internet) decidí buscar ayuda en la consulta privada de Ginecología. No dieron con la causa (no realizaban una historia clínica detallada), me refirieron a Hematología (todo salió bien), me refirieron nuevamente a Ginecología sin resultados y dejé de asistir por temas económicos. El año pasado (2024) decidí buscar ayuda nuevamente en la CSS y, luego de 4 meses de espera entre citas/ultrasonidos, se me diagnosticó por fin SOP.

Es difícil de creer la demora de 13 años para llegar al diagnóstico de una enfermedad cada vez más común como el SOP por falta de interés y accesibilidad, con procesos largos para obtener atención con los especialistas pertinentes.

Mujer, 25 - 34 años, Blanca, Panamá.

Testimonio 27:

Cuando estaban recién evaluándome para saber mi diagnóstico (en este caso SOP), yo tenía como 19 años. La doctora que me atendió me lastimó mucho con el examen vaginal. Yo le decía llorando que me dolía y que lo hiciera con más cuidado. Mi mamá, estando presente, le dijo: "Doctora, la está lastimando", ya que yo no paraba de llorar. La respuesta de la doctora, con cara de enojo, fue: "Aprende a ser mujercita y deja de llorar. Todas las mujeres sufrimos lo mismo y toca aguantar; otras cosas sí aguantas". Lo que más enojo me da es que tanto mi mamá como yo simplemente callamos y nunca le dijimos nada, ni fuimos con la ley. Pero no regresé más donde esa mujer.

Mujer, 25- 34 años, Afrodescendiente, Panamá.

Testimonio 28:

Hace muchos años comencé a tener sangrado abundante. Como soy independiente, me dirigí a Aplafa (\$25.00 la consulta y \$35.00 un ultrasonido vaginal). El doctor indica que tengo un quiste gigante y me envía un sinfín de exámenes (carísimos, \$200.00) para referirme al Santo Tomás y que me operaran. La demora fue larga; cuando llegó el momento, me indicaron que por mi sobrepeso me harían un drenaje del quiste y así fue (\$100.00). Ha sido el dolor más horrible que he pasado. El procedimiento fue sin anestesia y a mi alrededor estaban los especialistas riendo y hablando tonterías mientras yo lloraba del dolor. Al ellos punzar el quiste y drenarlo, sacaron más de 750 ml de un líquido claro.

Al volver a donde el ginecólogo dos meses después, me indicó que la bolsa que dejaron seguía recolectando líquido y aquí he estado con mis sangrados, porque la única solución que me dan es el drenaje y no quiero volver a pasar por eso. Soy consciente de mi sobrepeso, pero creo que merezco una ayuda.

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Panamá.

Testimonio 29:

Tuve gemelos a los 19 y no tenía recursos así que los atendía en el centro de salud. Sabía que debían ir al pediatra todos los meses así que madrugue para conseguir cita. Primero me dijeron que no era así que regresara, luego que tal día (casi 18 días después) sería la cita con enfermería.

Cuando me tocó enfermería era las vacunas, no respondieron mis preguntas y me trataron mal por ser una chiquilla que fue acompañada por su amiga a llevar a sus hijos no reconocidos a la cita (la enfermera hizo comentarios sobre que mis hijos no estaban reconocidos sin saber que eran extranjeros y su papá estaba tan) luego de esa cita un mes y medio después era la cita con el pediatra. Cuando el pediatra vio a mis hijos me preguntó que les pasaba que porque los traje....le dije Q tenían 3 meses sin ver al pediatra.... Me respondió: no! No puedo tenerlos aquí sino les pasa nada .. enferma los inventa algo. Tuve una mezcla de sentimientos....era una niña y no sabía cómo hacer para poder cuidar de la salud de mis hijos.

A la semana mi hijo enfermo y la vecina me dijo que había una clínica donde lo podía llevar....era un médico general del seguro que atendía niños....y tuve q optar x llevarlos así y no al seguro social que yo pagaba.

Mujer, 35- 44 años, Afropanameña, Panamá Oeste.

Testimonio 30:

Mi doctor (sistema privado) luego de un ultrasonido confirmó un embarazo anembrionario, llenó todos los documentos para que en la CSS me hicieran el procedimiento que correspondía. Antes de llegar al hospital, mi cuerpo expulsó todo. Cuando me atendieron en urgencias de la CSS, la doctora hacía comentarios y preguntas que dejaban entrever que yo provoqué el aborto (ya había leído los documentos que envió mi doctor). En sala me pasó lo mismo cuando el médico de turno hizo la ronda; dijo que mi caso había que investigarlo. Sentí que él me responsabilizaba por el aborto. Fue frustrante, no me sentí escuchada. Ellos me acusaron implícitamente en sus comentarios y fue de muy mal gusto ser juzgada injustamente mientras atravesaba esa situación.

Mujer, 35 - 44 años, Afropanameña, Panamá.

Testimonio 31:

Cómo una persona joven trabajadora, finalizando la pandemia, quería cuidarme y me había preocupado que tenía bastantes síntomas severos antes/durante/después del período. Yo en verdad estaba preocupada porque siento que desde joven he tenido síntomas de endometriosis y quería informarme y saber qué podía hacer de mi parte. Decidí ir al ginecólogo (durante ese tiempo, no tenía seguro privado y ahorré para una consulta y el PAP) y el médico me llegó a tratar básicamente como una basura, por mi peso, mi sexualidad, mi edad... (yo quiero pensar que no fue por mi etnia, aunque puede ser que hubo un porcentaje en eso). Desde ese momento, me costó (psicológicamente) hasta este año (por una urgencia) irme a atender de nuevo con un ginecólogo. Estoy muy agradecida de que el profesional que me tocó la última vez fue todo lo opuesto. Habiendo dicho esto, fuera de los problemas económicos, es difícil la búsqueda de un ginecólogo que se alinee contigo. Uno se tiene que fiar de las recomendaciones de familiares o amigos que muy probablemente no tienen los mismos problemas o necesidades. No hay un directorio en donde uno puede ir a dejar sus quejas o sus recomendaciones para personas que tienen un problema específico.

Mujer, 25- 34 años, Afropanameña, Panamá Oeste.

Testimonio 30:

Tuve 2 embarazos ectópicos. En el segundo podían salvar la única trompa que me quedaba; sin embargo, llegué a sala de urgencias el 01 de diciembre de 2020 en horas de la noche, en plena pandemia, y las doctoras (todas mujeres) y enfermeras estaban viendo novela y yo llegué a interrumpir su hora de descanso con una operación de urgencia.

Estuve despierta todo el tiempo porque me colocaron una epidural, ya que la anestesióloga decía que esa era más fácil para ella y nunca pensó en que YO, su paciente, iba a tener secuelas de esa inyección sin tener un bebé formado al que sacar. Lo más responsable era darme anestesia general, misma que quisieron ponerme luego de que mi cuerpo no se quedara quieto con la epidural debido a los nervios, el temor y el shock que estaba pasando en ese momento. Yo me negué a que me pusieran anestesia general porque ya tenía la epidural y decidí estar despierta en mi operación. En el lapso de la misma escuchaba cómo las practicantes le decían a la encargada de sacar el bebé que estaba mal formado, fuera de lugar, pegado a mi trompa (la única que me quedaba), ya que años atrás me había pasado lo mismo y me quitaron la primera. La practicante le decía a la “doctora”: “SÁLVELE LA TROMPA, DRA., ella está joven y no tiene hijos”, a lo que esta le respondió: “Sí, se puede tratar de hacer algo, pero el proceso será más largo”. Al final, decidió salir de eso rápido y me la quitó toda. Por tal motivo, puedo decir que detesto el sistema de salud público, porque tuve dos malísimas experiencias en todos los sentidos, desde la operación hasta la atención en salas de recuperación, y por nada del mundo me atiendo en el sector público. Y con la economía en este país, toca hacer muchos sacrificios para ir a la privada, donde te atienden los mismos doctores que trabajan en la pública, pero allá cobran más y tienen todos los equipos e insumos necesarios. Solo Dios sabe el porqué de cada cosa que pasó conmigo, porque ahora solo puedo lograr tener bebés por in vitro y es muy costoso. Ya lo intenté y no funcionó a la primera; para hacerlo nuevamente tengo que ahorrar un buen par de años e intentarlo de nuevo.

Mujer, 25- 34 años, Mestiza con ascendencia afro, Colón.

Conclusión:

De las 769 mujeres participantes, 427 relataron experiencias negativas que abarcan desde trabas burocráticas y maltrato administrativo hasta violencia verbal, psicológica, racismo, gordofobia, diagnósticos tardíos y ausencia de acompañamiento médico y emocional. A ello se suman las limitaciones económicas y la falta de acceso oportuno a servicios de salud. En contraste, 273 decidieron no narrar nada, solo 25 respuestas pueden interpretarse como experiencias relativamente positivas —aunque con matices que dejan dudas— y 44 fueron ininteligibles.

La desproporción es contundente: la mayoría de las voces reflejan dolor, abandono e inequidad, confirmando que las experiencias adversas no son hechos aislados, sino un patrón estructural en el sistema de salud panameño.

Los testimonios aquí reunidos son prueba viva de esa realidad. Lejos de ser números, son memorias que reclaman ser escuchadas y reconocidas. Cerrar este bloque no significa concluir el tema: significa abrir la exigencia de reparación, acompañamiento digno y justicia, para que estas historias no sigan repitiéndose.

QUINTA PARTE



**VOCES QUE PROPONEN, EXIGEN Y
SUEÑAN UN SISTEMA DE SALUD
MÁS JUSTO.**

Introducción

Las respuestas a la pregunta sobre qué cambios urgentes requiere el sistema de salud revelan una mirada colectiva sobre cómo transformar la atención médica en Panamá. Cada comentario está atravesado por desigualdades de género, etnicidad, territorio y clase social, pero también por la convicción de que el sistema puede y debe mejorar.

Estas propuestas no son simples sugerencias: surgen de vivencias de violencia, negligencia y abandono, pero también de la esperanza en que otros caminos son posibles. A diferencia de los testimonios sobre experiencias pasadas, aquí emergen demandas que combinan exigencias inmediatas con aspiraciones de largo plazo.

Las voces reunidas reclaman trato digno, reducción de tiempos de espera, acceso a medicamentos, información clara, empatía médica, descentralización y el fin de prácticas discriminatorias hacia mujeres negras, indígenas y racializadas. Más que diagnósticos, son afirmaciones éticas que exigen un sistema más justo, humano y accesible.

Sobre los testimonios: perfil y criterios de selección

Volumen de respuestas cualitativas

El formulario contó con dos preguntas abiertas: una sobre experiencias significativas y otra sobre propuestas de cambio en el sistema de salud. En total, se recibieron 757 respuestas cualitativas completas, provenientes de mujeres de distintas provincias, rangos de edad y autoidentificaciones étnicas.

Lectura transversal de los testimonios

Los testimonios recopilados en esta sección revelan patrones reiterados en las demandas expresadas por las participantes. A partir de un análisis cualitativo de los discursos, se identifican ejes comunes que permiten sistematizar las propuestas de cambio con base en experiencias vividas, tanto individuales como compartidas. Estas voces no solo denuncian fallas estructurales, sino que también plantean alternativas viables y urgentes desde un conocimiento situado.

Entre los principales ejes emergentes se destacan:

1. Reestructuración de la atención médica pública, con énfasis en eliminar la deshumanización, reducir los tiempos de espera, garantizar diagnósticos oportunos y simplificar los procesos burocráticos.
2. Formación del personal sanitario con enfoque de derechos humanos, antirracismo y empatía, orientada a erradicar prácticas discriminatorias, minimizar la revictimización y promover una atención culturalmente competente.
3. Ampliación del acceso territorial y económico a los servicios de salud reproductiva, con especial atención a las brechas que afectan a mujeres afrodescendientes, indígenas, rurales y de bajos recursos.
4. Mejoramiento de la comunicación médico-paciente, asegurando el respeto al consentimiento informado, la claridad en los diagnósticos y tratamientos, y una escucha activa libre de prejuicios.
5. Implementación de educación menstrual y sexual integral, desde etapas tempranas y con enfoques pertinentes a los contextos culturales, sociales y territoriales de las participantes.
6. Participación activa de mujeres negras, indígenas y racializadas en la toma de decisiones dentro del sistema de salud, como parte de un proceso de representación y reparación estructural.

Reconocimiento de la salud mental y emocional como componente esencial de la atención ginecológica, especialmente en situaciones de violencia, pérdida gestacional, diagnósticos invasivos o condiciones crónicas

Propuesta 1:

Despolitizar el sistema de salud para que brinde un servicio justo y equitativo, al mismo tiempo que sea transparente para evitar la corrupción y este sistema pueda ser de calidad y eficiente.

Mujer, 45 - 54 años, Afrodescendiente, Darién.

Propuesta 2:

Experiencia profesional y más empatía con las familias de bajos recursos, los hospitales y centros de salud en los lugares de difícil acceso con profesionales capaces de dar una buena atención a la comunidad. Más actividad de salud o censo de salud en la comunidad.

Mujer, 25 - 34 años, Indígena, Bocas del Toro.

Propuesta 3:

El sistema debe proveer suficientes especialistas capacitados e informados en todo el país que brinden seguridad y confianza, agilizar las citas y ofrecer costos accesibles para todas las niñas, adolescentes y mujeres, además de brindar tratamientos alternativos de ser posibles y, más que nada, información completa sobre lo que está pasando con cada paciente.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Panamá

Propuesta 4:

Más enfoque preventivo, funcional e individualizado. Más docencia en la consulta y los medios. Más programas de docencia de las instituciones de salud hacia la población general. Más empoderamiento de las mujeres, para que no temamos PREGUNTAR, cuestionar, quejarnos, etc. cuando algo anda mal o tenemos dudas. Más conocimiento del personal médico sobre las diferencias en la salud/evolución/necesidades/susceptibilidades de las mujeres versus hombres y las mujeres de diferentes grupos étnicos. Más tiempo de contacto entre el médico y el paciente para dar oportunidad de tener esas conversaciones necesarias sobre estilos de vida/hábitos y su impacto en la salud. Más entrenamiento del personal de salud sobre cómo facilitar modificaciones de estilo de vida o incorporar a profesionales que puedan atender eso específicamente. Más investigación científica enfocada en salud de la mujer, efectos de medicamentos en el sistema de la mujer y variables entre grupos étnicos. Tantas cosas... Algunas más fáciles de implementar que otras, pero urge empezar.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Panamá

Propuesta 5:

En el sector de salud pública, deberían dar acceso a sacar citas médicas ginecológicas sin tener que tener referencias médicas, ya que hace que el proceso sea más extenso. Así como hicieron con la especialidad de psicología.

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Panamá.

Propuesta 6:

Hospitales en distintas áreas del país, Chilibre es uno que no cuenta con un hospital actualmente. Mueren muchos niños porque los hospitales están muy distantes.

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Panamá.

Propuesta 7:

1. Se deben contratar más especialistas, sobre todo en las provincias, para que se elimine la demora en la atención médica.
2. El Estado debe buscar otras empresas farmacéuticas que permitan bajar los precios de los medicamentos.
3. Las autoridades deben dejar de ver la salud como un negocio y ser más humanas y comprometidas con las responsabilidades que tienen.

Mujer, 55 años o más, Afropanameña, Los Santos.

Propuesta 8:

¡Aborto seguro, gratuito y buena atención para todo público sin importar etnias ni estados sociales!

Mujer, 25 - 34 años, Mestiza, Herrera.

Propuesta 9:

Datos estadísticos por grupo étnico, además de las pensiones familiares.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Chiriquí.

Propuesta 10:

Humanización del personal de la salud, brindarles las herramientas e implementar necesarios, capacitación de atención al cliente.

Mujer, 18 - 24 años, Afro-dule, Panamá Oeste.

Propuesta 11:

Mejorar tiempos de espera para obtener una cita, mejorar los tiempos de entrega de los resultados y accesibilidad a tratamientos

Mujer, 25 - 34 años, Afrodescendiente, Colón.

Propuesta 12:

Medicamentos y atención al alcance de todos sin altos costos

Mujer, 18 - 24 años, Blanca, Veraguas.

Propuesta 13:

Necesitan mejorar las condiciones de sus instalaciones y generar más espacios para atender a más pacientes. Reducir los tiempos de espera incrementando y capacitando en atención al cliente al personal médico y administrativo (tanto viejo como nuevo).

Mujer, 25 - 34 años, Negra, Colón.

Propuesta 14:

Más canales de información sobre procedimientos y consecuencias

Mujer, 45 - 54 años, Afrodescendiente, Panamá.

Propuesta 15:

Accesibilidad de precios. Derechos reproductivos para todxs. Visibilización y tratamiento de ETS.

Mujer, 18- 24 años, Negra, Panamá.

Propuesta 16:

Educación en atención al cliente, cómo abordar a la comunidad LGBTIQ+ y a la población que podría gestar pero decide no hacerlo. La norma no debe ser que uno quiera tener bebés. A mí un ginecólogo me gritó por estar con el implante y no querer bebés. Me preguntó dónde estaba mi esposo y si él estaba de acuerdo.

Mujer, 25 - 34 años, Afropanameña, Coclé.

Conclusión

De las 769 mujeres que participaron en este bloque, solo 12 optaron por no responder o dijeron no estar seguras. En contraste, 757 mujeres (el 98.4%) señalaron de manera clara los cambios que consideran urgentes para transformar el sistema de salud.

Las demandas se concentran en ocho ejes centrales que se repiten con fuerza:

- Humanización y empatía en la atención, con un trato digno, respetuoso y sensible.
- Capacitación continua del personal médico y administrativo, que incluya formación contra la discriminación racial, de clase, gordofobia y prejuicios hacia personas LGBTIQ+.
- Reducción de tiempos de espera y mayor accesibilidad, con más médicos, especialistas y citas disponibles.
- Abastecimiento de medicamentos y tratamientos accesibles, con calidad garantizada y precios justos.
- Mejora de la infraestructura y equipos médicos, garantizando hospitales y centros de salud en condiciones dignas.
- Acceso equitativo en todo el territorio nacional, especialmente en comunidades rurales y apartadas.
- Información clara y educación en salud, con explicaciones completas sobre diagnósticos, tratamientos y prevención.
- Disminución de los costos, para que la salud no siga siendo un privilegio que obliga a endeudarse o depender de la atención privada.

A estos puntos se suman propuestas específicas: la exigencia de que el personal médico reciba también atención psicológica para no perder la sensibilidad en su labor diaria, y la demanda de que la formación en trato humano incorpore de manera explícita la lucha contra el racismo, la discriminación, la gordofobia y la violencia hacia personas LGBTIQ+.

El contraste con el bloque anterior es evidente: si allí predominaban los silencios y los relatos de dolor, aquí lo que se impone es la voz propositiva. Estas 757 respuestas no solo denuncian las fallas del sistema, sino que trazan una ruta de transformación posible. Escucharlas y atender sus demandas ya no es opcional: es un deber impostergable de justicia social.

SEXTA PARTE



REFLEXIONES FINALES

Introducción

Este informe nace del dolor y de la acción. De una historia personal que decidió convertirse en eco colectivo. Lo que aquí se documenta no es nuevo: es una muestra organizada, metodológica y ética de lo que mujeres afrodescendientes, racializadas y pobres han señalado en silencio durante décadas.

Lo que se suele llamar “experiencias individuales” son fracturas institucionales. Lo que algunos interpretan como “casos aislados” se repite demasiado para seguir negándolo. Violencia ginecológica, discriminación estructural, burocracia punitiva y negligencia deshumanizante forman parte de una misma red de exclusión.

Aun así, muchas mujeres insisten en buscar atención, se organizan, denuncian cuando pueden y cargan con los costos emocionales, físicos y económicos de un sistema que no las reconoce como sujetas plenas de derechos.

El sistema de salud tampoco cuida a quienes lo sostienen: jornadas de 12 a 24 horas, salarios desiguales, falta de formación emocional y racial, escasez de personal y presión institucional precarizan a médicos y administrativos. Pero el estrés laboral no puede ser excusa para el maltrato, y el maltrato no debe seguir normalizado.

Detrás de cada consulta hay una historia; con demasiada frecuencia, hay trauma. Este informe es denuncia y exigencia: necesitamos un sistema que escuche, acompañe y se transforme desde sus cimientos. En las páginas siguientes, las voces, cifras y testimonios aquí reunidos construyen un diagnóstico colectivo que exige ser escuchado.



Imagen de stock – Canva

Políticas y leyes vigentes: ¿cumplen con lo que las mujeres requieren?

El presente informe no sólo da cuenta de una realidad vivida por cientos de mujeres negras y racializadas en Panamá, sino que también permite evaluar críticamente el cumplimiento de los marcos legales y normativos existentes en materia de salud sexual y reproductiva, equidad de género, y derechos humanos. Este cruce entre las voces recolectadas en la investigación y las leyes actualmente vigentes revela un patrón preocupante: aunque existen ciertas normas y planes, su implementación es parcial, desactualizada o no responde a las realidades interseccionales de los cuerpos más excluidos.

En esta sección se examinan las principales políticas públicas, leyes y programas existentes en Panamá en relación con los cambios urgentes propuestos por las participantes. El objetivo es identificar cuáles aspectos están cubiertos legalmente, cuáles son letra muerta y dónde persisten vacíos estructurales.

Acceso a la atención médica con dignidad y sin discriminación:

Marco existente:

- Ley 82 de 2013 sobre violencia contra la mujer.
- Constitución Nacional: Art. 19: Igualdad ante la ley.
- Ley 346 del 23 de noviembre de 2022: atención integral de salud para mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en todos los establecimientos de salud públicos.
- Normas técnicas-administrativas de atención del programa del Programa de Salud Integral de la Mujer.

Observaciones:

Si bien la ley reconoce la violencia institucional y simbólica, no existen mecanismos claros de aplicación dentro del sistema de salud ni protocolos específicos que aborden el racismo médico, la violencia ginecológica y obstétrica, la infantilización o la discriminación corporal. No hay rutas efectivas de denuncia ni procesos restaurativos para mujeres violentadas en contextos hospitalarios.

Vacíos:

- Ausencia de protocolos para el abordaje y sanción de la violencia obstétrica.
- Desconocimiento generalizado del concepto de trato digno en salud.

Cobertura geográfica equitativa y acceso en zonas rurales o comarcales:

Marco existente:

- Plan Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (2004–2014), con énfasis en redes comunitarias.

Observaciones:

Este plan ya no está vigente, y no se ha renovado con lineamientos actualizados. La atención ginecológica especializada sigue centralizada en zonas urbanas, excluyendo sistemáticamente a regiones como Bocas del Toro, Darién o las comarcas indígenas.

Vacíos:

- Falta de especialistas en provincias y comarcas.
- Ausencia de infraestructura adecuada.
- Sin incentivos laborales para garantizar cobertura médica rural.

Formación médica con enfoque de género, raza y derechos humanos:

Marco existente:

- Política Nacional de Igualdad de Oportunidades (PNIO).
- Convenios internacionales firmados (CEDAW, Belém do Pará).

Observaciones:

Las instituciones gubernamentales han promovido la inclusión del enfoque de género a nivel general, pero no existe regulación para que este enfoque se implemente en planes de estudio de medicina, enfermería o trabajo social. Tampoco hay formación obligatoria en racismo estructural o salud intercultural.

Vacíos:

- La formación médica ignora sistemáticamente temas como violencia ginecológica, racismo institucional y diversidad corporal.

Acceso a salud mental post pérdida gestacional, histerectomía o violencia médica:

Marco existente:

- No se identificaron programas nacionales específicos.

Observaciones:

La salud mental reproductiva sigue ausente de las políticas públicas. No existen servicios psicológicos gratuitos ni acompañamiento emocional especializado en duelos gestacionales o procesos ginecológicos invasivos.

Vacíos:

- Ausencia total de un programa nacional de salud mental reproductiva.
- Falta de acompañamiento psicoemocional obligatorio en situaciones de pérdida o trauma médico.

Atención sin racismo, clasismo o gordofobia médica:

Marco existente:

- Panamá ha suscrito tratados sobre igualdad de género y no discriminación racial.
- Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Afrodescendiente (2020, pendiente de implementación efectiva).

Observaciones:

No existen políticas específicas dentro del Ministerio de Salud para erradicar el racismo institucional o la discriminación corporal.

Las prácticas cotidianas siguen naturalizando estigmas hacia cuerpos negros, no normativos, indígenas o empobrecidos.

Vacíos:

- Sin protocolos antirracistas en hospitales.
- Sin campañas institucionales contra la gordofobia médica.
- Sin estadísticas que revelen discriminación estructural.

Derecho a decidir: aborto terapéutico y atención humanizada

Marco existente:

- Código Penal: Aborto terapéutico legal bajo causales específicas.
- Guía Técnica del Ministerio de Salud (2014) para aplicar el aborto legal.

Observaciones:

Aunque el aborto terapéutico es legal, existen barreras significativas para su acceso: desinformación, objeción de conciencia institucionalizada, exigencias administrativas excesivas, estigmatización, y desconocimiento generalizado de la normativa.

Vacíos:

- Restricción del plazo en casos de violación (solo hasta 8 semanas).
- Inexistencia de unidades de aborto seguro en regiones periféricas.
- Negligencia médica encubierta bajo juicios morales.

Producción y uso de datos desagregados por etnicidad, territorio y condición médica:

Marco existente:

- INEC realiza Censos Nacionales, MICS y otras encuestas.
- La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2014–2015).

Observaciones:

Los datos existentes no se actualizan con suficiente regularidad, ni contienen el nivel de desagregación requerido para entender cómo operan las desigualdades por raza, ubicación, clase y diagnóstico. Esto impide desarrollar políticas focalizadas e interseccionales.

Vacíos:

- Datos incompletos sobre salud ginecológica diferenciada por etnia.
- Invisibilización estadística de mujeres no normativas, trans, migrantes, etc.

Sin cruce entre condiciones médicas y desigualdad social.

Acompañamiento emocional y comunitario como parte de la atención en salud:

Marco existente:

- No se identificaron políticas nacionales específicas que promuevan redes de apoyo o acompañamiento durante la atención médica.

Observaciones:

Este aspecto, ampliamente mencionado en los testimonios del presente informe, no ha sido asumido como un componente central del sistema de salud. El cuidado sigue centrado en lo clínico, sin considerar el valor del sostén emocional y comunitario en la atención ginecológica.

Vacíos:

- Sin protocolos de atención con acompañantes.
- Falta de formación sobre comunicación empática.
- Invisibilización del impacto de la soledad y el miedo en el proceso de atención.

Tabla resumen comparativa:

Tema	Existe en políticas	Aplicación real	Vacíos críticos
Trato digno y sin discriminación	Ley 82 y Constitución	Parcial	Sin protocolos específicos
Cobertura geográfica	Plan VIF (expirado)	Muy limitada	Desigualdad territorial
Formación con enfoque interseccional	CEDAW y PNIO	Nula en salud	Racismo médico ignorado
Salud mental reproductiva	No identificado	No identificado	Gran vacío estructural
Antirracismo y diversidad corporal	Plan afrodescendiente (incipiente)	Inaplicado	Discriminación no atendida
Aborto terapéutico	Código Penal + Guía MINSA	Obstruido	Falta acceso real
Datos desagregados	INEC y MICS	Desactualizados	No cruzan variables clave
Redes de apoyo	No identificado	No identificado	No reconocidas como política

Tabla N° 8 - Tabla resumen

Conclusión:

El sistema de salud panameño, a pesar de contar con algunos marcos legales, sigue fallando sistemáticamente a las mujeres más vulnerables. La falta de formación, infraestructura, sensibilidad institucional y datos interseccionales perpetúa ciclos de exclusión que afectan de forma más profunda a mujeres negras, indígenas, empobrecidas, con cuerpos no normativos o sin redes de apoyo.

- Este análisis respalda una de las afirmaciones centrales del presente informe: no basta con tener leyes. Se necesita voluntad política, recursos asignados y compromiso ético para transformar el sistema desde sus raíces. La producción y publicación de este estudio busca precisamente contribuir a esa transformación, señalando lo que ya existe, lo que falta, y lo que es urgente cambiar.



Imagen de stock – Canva

Violencia ginecológica y obstétrica

La violencia ginecológica y obstétrica no siempre deja marcas visibles. A menudo se desliza en frases, gestos, omisiones y prácticas normalizadas en los espacios de atención médica. Se manifiesta cuando una mujer es infantilizada durante una consulta, cuando no se le explica un procedimiento invasivo, cuando se minimiza su dolor o se asume que está exagerando. Se expresa también en los tratos desiguales por su color de piel, por su corporalidad, por vivir lejos, por no saber qué preguntar.

En este estudio, múltiples participantes compartieron experiencias que encajan con esta forma específica de violencia: procedimientos sin consentimiento, sin anestesia, burlas, maltrato verbal, negligencia ante el dolor, interrupciones forzadas del embarazo o trato hostil tras una pérdida gestacional. En casi todos los casos, estas violencias no fueron reconocidas como tales por el sistema, lo que profundiza la impunidad y el silencio.

Evidencia desde el estudio

La información recabada en este informe muestra que:

- Varias mujeres reportaron haber sido sometidas a procedimientos médicos sin consentimiento informado ni explicación previa.
- Algunas relataron haber sido tratadas con frialdad o indiferencia tras perder un embarazo, en ocasiones con insinuaciones de culpa.
- El tono de piel, el peso corporal y el nivel educativo fueron factores que muchas consideran que influyeron en el trato recibido.
- El dolor fue sistemáticamente minimizado, desatendido o deslegitimado.
- Muchas mujeres reportaron haber sentido miedo de hablar, denunciar o hacer preguntas, por temor a represalias o a ser tratadas con mayor rudeza.

Aunque no todas las participantes nombraron estas experiencias como "violencia obstétrica" o "ginecológica", sus relatos dan cuenta de una cultura institucional donde estas prácticas están normalizadas, y donde las mujeres negras, indígenas, empobrecidas o no normativas son especialmente vulnerables.

Vacíos del marco legal panameño:

Actualmente, Panamá no cuenta con una ley específica que reconozca ni sancione la violencia médica, ginecológica y obstétrica como una forma diferenciada de violencia de género o violencia institucional. La Ley 82 de 2013 contempla la violencia física, sexual, económica y psicológica, pero no incluye disposiciones específicas para situaciones ocurridas en contextos médicos o instituciones de salud.

Tampoco existen protocolos nacionales obligatorios de consentimiento informado, ni lineamientos específicos de atención con enfoque de derechos humanos, género o interseccionalidad en procesos gineco-obstétricos.

Marco legal comparado:

Otros países han avanzado en este camino y pueden servir como referencia:

País	Avance legal relevante
Argentina	Ley 25.929 de Parto Humanizado (2004). Reconoce y protege los derechos de las personas gestantes durante el embarazo, parto y puerperio.
Venezuela	Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), que incluye la violencia obstétrica como tipo legal específico.
México	En al menos 15 estados se ha tipificado la violencia obstétrica en leyes locales. También se han emitido recomendaciones de la CNDH.
Brasil	Normas técnicas del Ministerio de Salud promueven el parto respetado y reconocen la necesidad de humanizar la atención obstétrica.

Tabla N° 9 - Otros países

Estos marcos legales no solo reconocen la existencia de esta forma de violencia, sino que establecen deberes institucionales y formas de reparación simbólica y material.

Recomendaciones para la transformación:

A partir de los hallazgos de este informe, se propone:

- **Reconocimiento legal:** Incluir la violencia ginecológica y obstétrica en la legislación panameña como una forma de violencia institucional y de género.
- **Formación médica obligatoria:** Establecer contenidos obligatorios en las carreras de salud sobre conciencia racial, género, consentimiento informado, trauma médico y derechos sexuales y reproductivos.
- **Protocolos y guías nacionales:** Crear lineamientos de atención con enfoque de derechos humanos e interseccionalidad, que garanticen el respeto a la autonomía, el consentimiento y la dignidad de todas las personas atendidas.
- **Atención psicológica al personal de salud:** Reconocer que muchas de estas prácticas se reproducen en contextos de agotamiento extremo. Es urgente que el sistema garantice apoyo emocional, espacios de contención y condiciones dignas para quienes brindan atención médica.
- **Espacios de denuncia independientes y seguros:** Crear mecanismos institucionales confiables, con enfoque étnico-racial, cultural y territorial, donde las mujeres puedan reportar casos de violencia sin miedo a represalias o revictimización.



Imagen de stock – Canva

EXIGENCIAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ

Las mujeres que participaron en esta investigación no se limitaron a relatar experiencias. También propusieron caminos. Estas exigencias no surgen únicamente del dolor vivido, sino del deseo de transformación colectiva. Lo que sigue es una síntesis de los cambios más urgentes, organizados por eje de acción, acompañados de propuestas concretas de política pública

Atención ginecológica con enfoque interseccional:

- Basada en derechos humanos, conciencia racial, justicia de género y respeto por la diversidad corporal.
- Que reconozca el peso del racismo médico, el clasismo, la gordofobia y otras formas de violencia estructural.

Propuesta de política pública:

Creación de un Protocolo Nacional de Atención Ginecológica con enfoque intercultural, étnico y de derechos humanos. Este protocolo debe incluir lineamientos sobre trato digno, respeto al consentimiento informado, comunicación empática y conciencia corporal.

Reconocimiento y legislación de la violencia ginecológica y obstétrica:

- Tipificar legalmente esta forma de violencia institucional, que actualmente opera con impunidad.
- Visibilizar sus impactos psicoemocionales, éticos y estructurales.

Propuesta de política pública:

Reforma de la legislación nacional para incorporar la violencia médica, ginecológica y obstétrica como una forma específica de violencia de género, con mecanismos de denuncia, sanción y reparación.

Supervisión efectiva del comportamiento médico:

- Canales seguros y públicos para denunciar violencia médica.
- Protocolos institucionales de seguimiento a las denuncias, con participación ciudadana.

Propuesta de política pública:

Creación de una unidad nacional de vigilancia ética en salud reproductiva, con participación de defensorías de pacientes, organizaciones sociales y expertos en bioética

Formación ética y política del personal de salud:

- Contenidos obligatorios en universidades sobre trauma médico, racismo institucional, consentimiento informado y trato digno.
- Capacitación continua con enfoque en comunicación, escucha activa y respeto a la autonomía de los cuerpos.

Propuesta de política pública:

Incorporación obligatoria de módulos sobre conciencia racial, violencia obstétrica, salud mental reproductiva y perspectiva de género en los programas de medicina, enfermería y psicología, tanto en instituciones públicas como privadas.

Atención psicoemocional y salud mental reproductiva:

- Acompañamiento posterior a abortos, histerectomías, diagnósticos ginecológicos complejos y pérdidas gestacionales.
- Reconocimiento del duelo ginecológico como un proceso legítimo que requiere contención emocional.

Propuesta de política pública:

Creación de un Programa Nacional de Salud Mental Reproductiva, gratuito, comunitario y accesible territorialmente. Este programa debe incluir psicólogos, doulas comunitarias, grupos de acompañamiento y líneas de atención especializada.

Cuidado integral también para el personal médico:

- Terapia psicológica obligatoria y gratuita para quienes enfrentan el dolor ajeno cotidianamente.
- Condiciones laborales dignas, tiempos de descanso, espacios de descompresión emocional.

Propuesta de política pública:

Incorporación de protocolos de autocuidado, supervisión emocional y pausas activas dentro de las políticas del MINSA y CSS, especialmente para personal en salas de ginecología, maternidad y urgencias

Acceso territorial y descentralizado a servicios de salud:

- Garantizar la presencia de especialistas en áreas rurales, comarcales e insulares.
- El lugar donde una mujer nace no debe determinar el tipo de atención que recibe.

Propuesta de política pública:

Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria en Salud Reproductiva, con incentivos para especialistas que trabajen en zonas de difícil acceso.

Acceso gratuito a medicamentos y exámenes ginecológicos:

- Acompañamiento posterior a abortos, histerectomías, diagnósticos ginecológicos complejos y pérdidas gestacionales.
- Reconocimiento del duelo ginecológico como un proceso legítimo que requiere contención emocional.

Propuesta de política pública:

Creación de un Programa Nacional de Salud Mental Reproductiva, gratuito, comunitario y accesible territorialmente. Este programa debe incluir psicólogos, doulas comunitarias, grupos de acompañamiento y líneas de atención especializada.

Asegurar una segunda opinión médica en casos de cirugías definitivas:

- Derecho a cuestionar diagnósticos, recibir alternativas y consultar con otro profesional antes de una histerectomía o cirugía mayor.

Propuesta de política pública:

Reforma del sistema de salud para garantizar el derecho a una segunda opinión médica gratuita y obligatoria antes de cirugías ginecológicas irreversibles.

Incorporación de redes comunitarias en los procesos de salud:

- Apoyo emocional, logístico y espiritual en consultas, tratamientos y posoperatorios.
- Especial atención a mujeres sin red familiar o afectiva.

Propuesta de política pública:

Diseño de un Sistema de Acompañamiento Comunitario en salud reproductiva, que integre promotoras de salud, doulas, cuidadoras y lideresas barriales.

Atención sin prejuicios a cuerpos gordos, jóvenes, negros, indígenas o disidentes:

Numerosas participantes denunciaron burlas, estigmas o tratos negligentes por ser jóvenes, negras, indígenas, gordas o vivir con condiciones crónicas. Esta discriminación se agrava en el caso de personas LGTBQ+, especialmente mujeres trans y personas no binarias, cuyas identidades o cuerpos suelen ser patologizados o directamente ignorados por el sistema médico.

Propuesta de política pública:

Diseño e implementación de un Protocolo Nacional de Atención en Salud Reproductiva Libre de Discriminación, con enfoque interseccional y explícita inclusión de la comunidad LGTBQ+, cuerpos gordos, neurodivergencias, y otras diversidades corporales.

Este protocolo debe incluir:

- Capacitación obligatoria sobre diversidad corporal y sexual en todos los niveles del sistema de salud.
- Materiales inclusivos en salas de espera, formularios e información médica.
- Acompañamiento psicosocial informado en derechos humanos y sensibilidad cultural.

Creación de un Mes Nacional de Concientización sobre la Salud Reproductiva de las Mujeres:

Julio es reconocido internacionalmente como el mes de los fibromas uterinos (Fibroid Awareness Month). En Panamá, proponemos ampliar esta conmemoración para incluir otras condiciones que afectan masivamente a las mujeres y personas con útero: síndrome de ovario poliquístico (SOP), endometriosis, histerectomías, infertilidad, pérdidas gestacionales y otros diagnósticos ginecológicos de alto impacto. Cada semana de julio estaría dedicada a una condición específica, para asegurar mayor profundidad, visibilidad y acciones concretas en torno a cada problemática.

Propuesta de política pública:

- Institucionalizar en Panamá el Mes Nacional de Concientización sobre Salud Reproductiva cada julio, con un esquema de una semana por condición médica (miomas, SOP, endometriosis, duelo ginecológico/infertilidad).
- Desarrollar materiales en español, con enfoque intercultural, racial y territorial, que reconozcan la realidad de mujeres afrodescendientes, indígenas, rurales e insulares.
- Incluir testimonios de pacientes, capacitaciones al personal médico y espacios comunitarios de acompañamiento emocional y psicosocial.
- Vincular cada semana con servicios de salud gratuitos (ultrasonidos, exámenes hormonales, consultas ginecológicas y acceso a segundas opiniones antes de cirugías irreversibles).
- Integrar campañas en medios y redes sociales con mensajes claros sobre derechos reproductivos, prevención, detección temprana y acceso a servicios sin discriminación.

Compromiso colectivo:

Estas doce exigencias no son demandas aisladas: forman un horizonte común para transformar la salud reproductiva en Panamá. Todas apuntan a un cambio estructural que supere la indiferencia histórica, el racismo médico, la violencia obstétrica y las desigualdades territoriales. Lo que se propone aquí no es un favor del Estado, sino el cumplimiento de un derecho humano básico: el derecho a una atención digna, libre de discriminación y con justicia reproductiva.

El compromiso colectivo implica escuchar las voces de quienes han sido silenciadas, reconocer la diversidad de cuerpos y experiencias, y garantizar que las políticas públicas nazcan de la realidad vivida por las mujeres y personas con útero en todo el país. Estas propuestas son, a la vez, un diagnóstico y una hoja de ruta: la prueba de que las mujeres no solo narran el dolor, sino que también construyen las soluciones para un futuro donde la salud reproductiva sea un derecho efectivo y no un privilegio.

Proyección y llamado a una segunda fase nacional

Este estudio marca un precedente. Es una de las pocas investigaciones en Panamá que aborda la salud reproductiva desde una perspectiva interseccional, diversa, territorial y antirracista, escuchando directamente a las mujeres que han vivido violencia médica, exclusión o negligencia. Pero sus hallazgos no son suficientes.

Las voces que aquí se recogen —aunque poderosas— no abarcan todo el país. Muchas mujeres no tuvieron acceso a esta investigación simplemente porque no cuentan con internet, datos móviles o dispositivos para responder un formulario digital. Mujeres en zonas rurales, comarcales o en contextos de alta precariedad quedaron fuera, y son, precisamente, las que más necesitan ser escuchadas. Por eso, desde este informe hacemos un llamado urgente a construir una segunda fase nacional, con metodologías presenciales, acompañamiento comunitario y participación directa de lideresas locales. Queremos llegar a donde no llega el Wi-Fi. Queremos estar donde nunca antes se ha hecho una encuesta sobre salud ginecológica.

Esta nueva etapa debe:

- Incluir a mujeres indígenas, rurales, afrodescendientes, blancas, con discapacidad, privadas de libertad, de la comunidad LGBTQ+ y de todas las regiones del país.
- Integrar procesos de escucha profunda, círculos de confianza, entrevistas en territorio y traducciones lingüísticas cuando sea necesario.
- Estar articulada con universidades, centros de salud, organizaciones sociales y actores comunitarios.
-

Lo que hoy presentamos es apenas una primera capa de verdad. Pero no se puede transformar lo que no se nombra. Y no se puede sanar lo que no se investiga.

Este informe es también una invitación. A sumar. A profundizar. A llegar más lejos.

A no dejar fuera a nadie.

“Ser mujer en un sistema heteronormativo es un infierno, pero ser mujer negra de recursos limitados, neurodivergente y con temas de salud mental y reproductiva poco estudiados, y por ende, muy poco conocidos es querer no haber nacido.”

Mujer, 25- 34 años, Afropanameña, Panamá
Oeste.

No podemos transformar el mundo desde cuerpos que no son escuchados, desde diagnósticos no explicados, desde dolores desatendidos. No podemos sostener ninguna lucha política —contra el racismo, el machismo, el clasismo o el olvido institucional— desde cuerpos cansados, culpabilizados y solos. Tampoco podemos sostener hogares, criar niños, trabajar o estudiar con cuerpos enfermos ni mientras callamos violencias que nos atraviesan. Por eso, este informe también es un grito: merecemos ser cuidadas. Y merecemos que quienes nos cuidan, también estén cuidadx.

Sielka Sánchez Menchaca