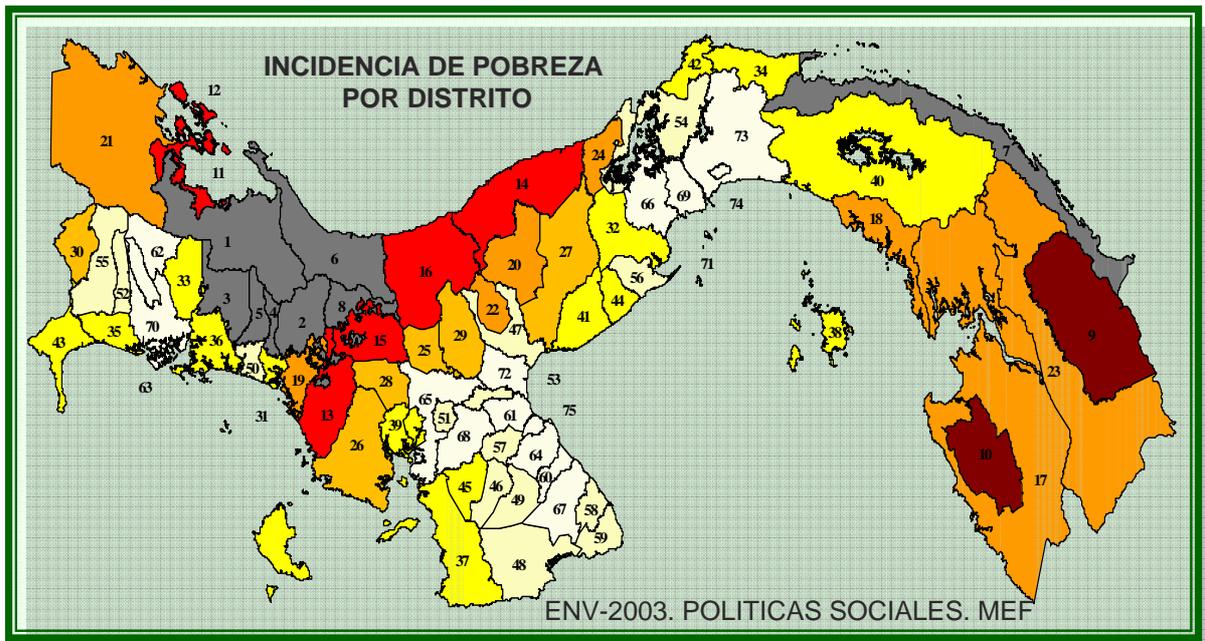




DESIGUALDADES DE SALUD EN PANAMA

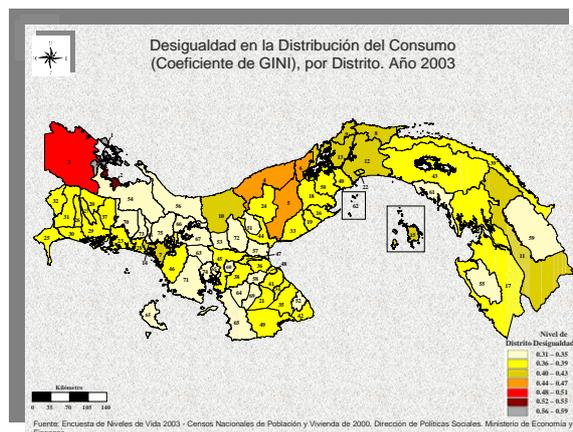


Ministerio de
Salud. Dirección Nacional
de Políticas del Sector
Salud

Enero de 2006



LAS DESIGUALDADES EN SALUD



PANAMA, ENERO DE 2006

Ministerio de
Salud. Dirección Nacional
de Políticas del Sector
Salud



CAMILO ALLEYNE
Ministro de Salud

DORA JARA
Vice Ministra de Salud

Ministerio de
Salud. Dirección Nacional
de Políticas del Sector
Salud



Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.

Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

REINA ROA
Médico Salubrista

HERNÁN LUQUE SIU
Psicólogo Salubrista

ALBERTO AMARIS
Director Nacional de Políticas. Médico

Ministerio de
Salud. Dirección Nacional
de Políticas del Sector
Salud



Presentación

Uno de los grandes desafíos del Sistema Nacional de Salud del país, es el logro de una atención integral de la salud de las personas con equidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidad. Es por ello, que los análisis orientados a la medición de desigualdades son fundamentales para el mejor desempeño de las funciones de salud pública, de la gestión y prestación de servicios de atención, para la integración de la población a los procesos de planificación, ejecución y evaluación de acciones de salud.

Hay que reconocer que este documento recoge una primera aproximación de las desigualdades en salud, toda vez que existen limitantes que impiden efectuar un estudio más profundo de las mismas, ya que los sistemas de información en salud y las estadísticas vitales no están aún organizadas para facilitar los datos requeridos que permitan profundizar hasta los niveles de corregimiento, e incluso de lugares poblados la caracterización de las desigualdades en salud en Panamá.

Es importante mencionar, que este documento se nutre del productos de una serie de estudios de orden socioeconómico, dado que para establecer las jerarquías socioeconómicas aplica: el Índice de Pobreza Extrema 2003, el Índice de Desarrollo Humano de 1990 y del 2000, el Ingreso Anual Per Cápita 2000, el Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas 2000, así como de los Índices de General de Satisfacción de Necesidades Básicas de Salud y de Vivienda del año 2000.

Metodológicamente, se han seleccionado algunos indicadores trazadores de la condición de salud de la población y de la prestación de servicios de salud, para efectuar la estimación de las desigualdades en salud.

Con esta publicación, y a pesar de las limitantes antes expuestas, el Ministerio de Salud, ofrece a sus usuarios este material que se espera sea de utilidad para la toma de decisiones en materia de salud y en otros campos de la acción tanto social como económica, que inciden en las condiciones de salud de la población residente en Panamá, pues el mismo contribuye a la identificación de las áreas geográfico poblacionales que según su nivel de pobreza, presentan mayor riesgo de enfermar y morir.

Camilo Alleyne
Ministro de Salud

Ministerio de
Salud.Dirección Nacional
de Políticas del Sector
Salud

Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.
Desigualdades de Salud en Panamá.



EQUIPO COLABORADOR

DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD

Sr. Lupericio Eric Barrios

Departamento De Análisis De Situación Y Tendencias De Salud

Sección De Registros Médicos Y Estadística Datos Estadísticos

Licdo. Alvis M. Ruiloba V. - Jefe

Lic. Marisol Aguilar

Lic. Cathy A. Avila de Jiménez

Aux. Brunilda E. Batista M.

Téc. Oscar Bernal

Lic. Fanny G. Castañeda A.

Aux. Briceida Z. de Escolán

Lic. Rubén Magallón

Lic. Félix Mascarín

Téc. Guillermina McLeary

Lic. Lesbia Mojica

Aux. Isidra de Patiño

Téc. Mirka Rodríguez

Lic. Anayansi Tejada

Srta. Jacqueline Quijada -Secretaria

Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.
Desigualdades de Salud en Panamá.



AGRADECIMIENTO



Al Doctor **OSCAR MUJICA**, facilitador del Taller “Generación De Evidencia Epidemiológica Sobre Desigualdades En Salud Para El Diseño De Políticas Orientadas Al Alcance De Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio.

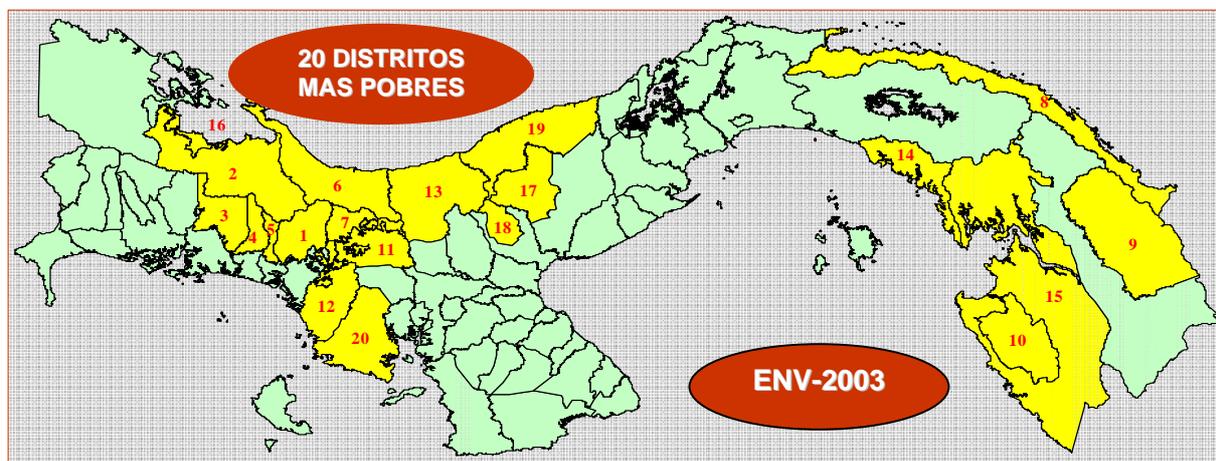
Funcionario de Policy & Strategy; DPM/GPP/SP
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.



TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
I. Consideraciones Generales	1
II. Indicadores de Contexto	4
a. Índice de Gini	4
b. Esperanza de Vida Al Nacer (EVN)	6
c. Tasa de Natalidad	8
III. La Mortalidad	9
a. Mortalidad General	9
b. Mortalidad Infantil Y Sus Componentes	11
c. Mortalidad Materna	12
IV. Indicadores Nutricionales	14
a. Bajo Peso Al Nacer	14
b. Desnutrición en Menores de 5 Años	14
c. Desnutrición Crónica en Menores de 10 Años	16
V. Las Enfermedades Crónicas y Degenerativas	18
a. Cinco Principales Causas De Muerte En Panamá	18
b. Principales Causas de Mortalidad Por Cáncer	20
c. Otras Causas de Mortalidad Por Enfermedades Crónicas en Panamá	28
VI. Algunas Enfermedades Transmisibles	30
a. La Morbilidad	30
a.1. Malaria	30
a.2. Dengue	32
a.3. Tuberculosis	33
a.4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	35

b. La Mortalidad	36
VII. Cobertura de Atención	38
a. Prenatal	38
b. De Embarazadas Adolescentes	40
c. Atención Profesional Del Parto	41
d. Crecimiento y Desarrollo del Menor de 5 Años	42
e. Vacunación	43
f. De Atención del Adulto	46
g. Atención Odontológica	47
h. Saneamiento Ambiental	48
VIII. Consideraciones Finales	51
IX. Recomendaciones	53
X. Bibliografía	54





INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro N° 1 Taxonomía De Las Medidas Epidemiológicas Para El Análisis De Las Desigualdades En Salud.	2
Cuadro N°2 Ordenamiento de los Distritos según Ingreso Anual Per Cápita. Panamá. Año: 2000.	5
Cuadro N° 3 Ordenamiento de las Provincias Según Índice de Desarrollo Humano (IDH). Panamá. Año: 1990-2002.	6
Cuadro N° 4 Distritos Según Cuartiles Ordenados por el Índice de Pobreza Extrema. Panamá. Año: 2003	7
Cuadro N° 5 Distritos Según Cuartil Ordenados por el Índice de Pobreza Extrema. Año: 2003. (Análisis de la Desnutrición en Menores de 5 Años)	15
Cuadro N° 6 Ordenamiento de los Distritos según Índice de Satisfacción de las Necesidades Básicas de Salud. Panamá. Año: 2000.	16
Cuadro N° 7 Provincias/Comarcas Ordenadas Según Índice de Desarrollo Humano. Año: 2002	33
Cuadro N°8 Distritos Según Cuartiles Ordenados por el Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda. Año: 2000	48
Cuadro N°9 Distritos Según Cuartiles Ordenados por el Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda. Año: 2000	50

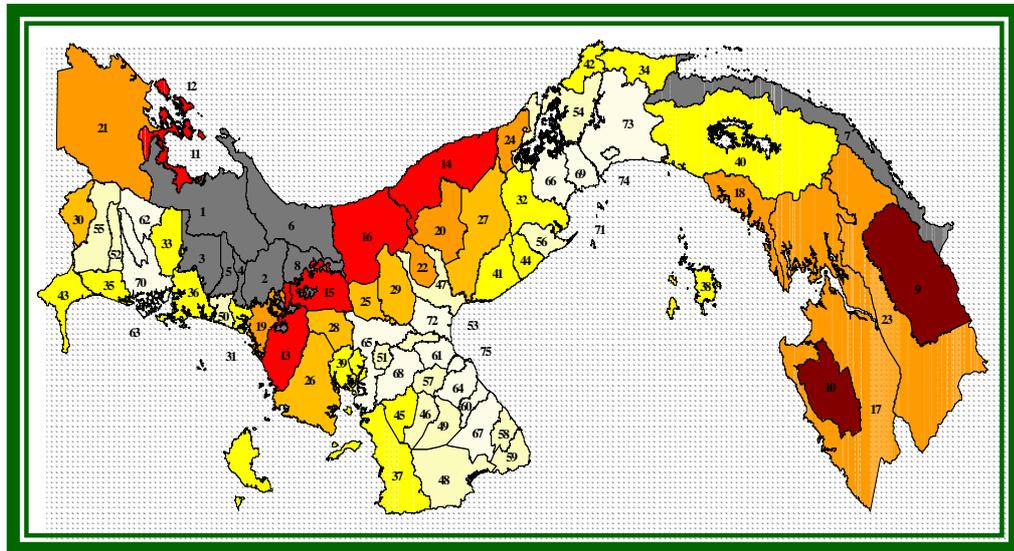


INDICE DE GRAFICAS

	Página
Gráfica N° 1: Índice de Gini – IDH /Ingreso Medio Anual Per Capita. República de Panamá. Año: 2000	5
Gráfica N° 2: Esperanza de Vida al Nacer Según Cuartiles. Panamá. Años: 1990-2002	6
Gráfica N° 3: Esperanza de Vida Al Nacer Por Sexo Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	8
Gráfica N° 4: Tasa de Natalidad Según Cuartil. Panamá. Año: 2004 (por 1000 habitantes)	8
Gráfica N° 5: Defunciones Totales y Con Certificación Médica Según Cuartil. Panamá. Año: 2003 - 2004	9
Gráfica N° 6: Porcentaje de Muertes Con Certificación Médica Según Cuartil. Panamá. Año: 2003 - 2004.	10
Gráfica N° 7: Tasa de Mortalidad General Según Cuartil. Panamá. Años: 2003-2004	10
Gráfica N° 8: Índice de Concentración. Tasa de Mortalidad Infantil. Panamá. Año: 2002	11
Gráfica N° 9: Tasa de Mortalidad Infantil y Sus Componentes Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	12
Gráfica N° 10: Tasa de Mortalidad Materna Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	13
Gráfica N° 11: Defunciones Maternas Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	13
Gráfica N° 12: Porcentaje de Bajo Peso Al Nacer Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	14
Gráfica N° 13: Prevalencia de Desnutrición en Menores de 5 Años Según Cuartil. Panamá. Año: 2003	15
Gráfica N° 14: Índice de Concentración. Desnutrición Crónica en Menores de 10 Años. Panamá. Año: 2000	17
Gráfica N° 15: Tasa de Mortalidad de las Cinco Principales Causas de Muerte Según Cuartil. Panamá. Año: 2004 (p)	19
Gráfica N° 16: Cinco Principales Causas de Muerte Según Cuartil. Panamá. Año. 2004 (p)	20
Gráfica N° 17: Tasa de Mortalidad Por Cáncer de Mama Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	22
Gráfica N° 18: Muertes Por Cáncer de Mama Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	22
Gráfica N° 19: Tasa de Mortalidad Por Cancer de Cuello Uterino Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	23
Gráfica N° 20: Muertes Por Cancer de Mama y de Cuello Uterino Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	23
Gráfica N° 21: Tasas de Mortalidad Por Cáncer de Próstata Según Cuartil. Panamá. Año: 2004. (tasas por 100,000 hombres de 15 años y +)	24
Gráfica N° 22: Defunciones Por Cáncer de Próstata Según Cuartil. Panamá. Año: 2004. (tasas por 100,000 hombres de 15 años y +)	24
Gráfica N° 23: Muertes Por Cáncer de Estómago Según Cuartil. Panamá. Años: 2004	25
Gráfica N° 24: Tasas de Mortalidad Por Cáncer de Estómago Según Cuartil. Panamá. Años: 2004	25
Gráfica N° 25: Muertes Por Cáncer de Colón Según Cuartil. Panamá. Años: 2004	26
Gráfica N° 26: Tasas de Mortalidad Por Cáncer de Colón Según Cuartil. Panamá. Años: 2004	26

Gráfica N° 27	Muertes Por Cáncer de Pulmón, Tráquea y Bronquios Según Cuartil. Panamá. Años: 2004	27
Gráfica N° 28	Tasas de Mortalidad Por Cáncer de Pulmón, Tráquea y Bronquios Según Cuartil. Panamá. Años: 2004	27
Gráfica N° 29	Muertes Ocurridas por Hipertensión Arterial y Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Según Cuartil. Panamá. Año. 2004 (p)	28
Gráfica N° 30	Tasas de Mortalidad por Hipertensión Arterial y Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Según Cuartil. Panamá. Año. 2004 (p)	29
Gráfica N° 31	Tasa De Sospecha Por Violencia Doméstica Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	29
Gráfica N° 32	Tasas de Incidencia de Malaria Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	31
Gráfica N° 33	Casos de Malaria Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	31
Gráfica N° 34	Casos de Dengue Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	32
Gráfica N° 35	Tasa de Dengue Según Cuartil. Panamá. Año: 2004 (por 10,000 habitantes)	32
Gráfica N° 36	Índice de Concentración. Defunciones Por Tuberculosis. Panamá. Año: 2002	33
Gráfica N° 37	Casos de TBC Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	34
Gráfica N° 38	Tasas de Incidencia de TBC Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	34
Gráfica N° 39	Tasa de Prevalencia de SIDA Por Cuartil. Panamá. Año: 2004	35
Gráfica N° 40	Casos de SIDA Por Cuartil. Panamá. Año: 2004	35
Gráfica N° 41	Muertes Ocurridas Por Algunas Enfermedades Transmisibles Según Cuartil. Panamá. Año. 2004 (p)	37
Gráfica N° 42	Tasa de Mortalidad Por Algunas Enfermedades Transmisibles Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	37
Gráfica N° 43	Cobertura de Control Prenatal Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	39
Gráfica N° 44	Cobertura de Control Prenatal Según Cuartil. Panamá. Año: 2004 (embarazadas esperadas)	39
Gráfica N° 45	Porcentaje de Embarazadas Adolescentes Ingresadas al Programa de Control Prenatal Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	40
Gráfica N° 46	Prevalencia de Embarazadas Adolescentes Según Cuartil. Panamá. Año: 2004. (estimadas a partir de los ingresos al Programa de Control Prenatal)	40
Gráfica N° 47	Desigualdad en la Distribución de la Cobertura Institucional del Parto Según Gradiente de Concentración Social. Panamá. Año: 2003	41
Gráfica N° 48	Cobertura de Atención Profesional del Parto Según Cuartil. Panamá. Años: 2003 - 2004	42
Gráfica N° 49	Cobertura de Crecimiento y Desarrollo En menores de 5 Años Según Cuartil. Panamá. Año: 2004.	42
Gráfica N° 50	Cobertura de Vacunación del Menor de Un Año Por Tipo de Vacuna Según Cuartil. Panamá. Año: 2004. (con base en nacidos vivos)	43
Gráfica N° 51	Cobertura de BCG Según Cuartil. Panamá. Años: 2003-2004	44
Gráfica N° 52	Cobertura de Vacunación Pentavalente Según Cuartil. Panamá. Años: 2003-2004	45
Gráfica N° 53	Cobertura de Vacunación Anti Sarampión Según Cuartil. Panamá. Años: 2003-2004	45
Gráfica N° 54	Cobertura de Vacunación Anti Poliomiélica Según Cuartil. Panamá. Años: 2003-2004	46
Gráfica N° 55	Cobertura de Atención del Adulto Por Grupo de Edad Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	47
Gráfica N° 56	Cobertura e Impacto de la Atención Odontológica Según Cuartil. Panamá. Año: 2004	47

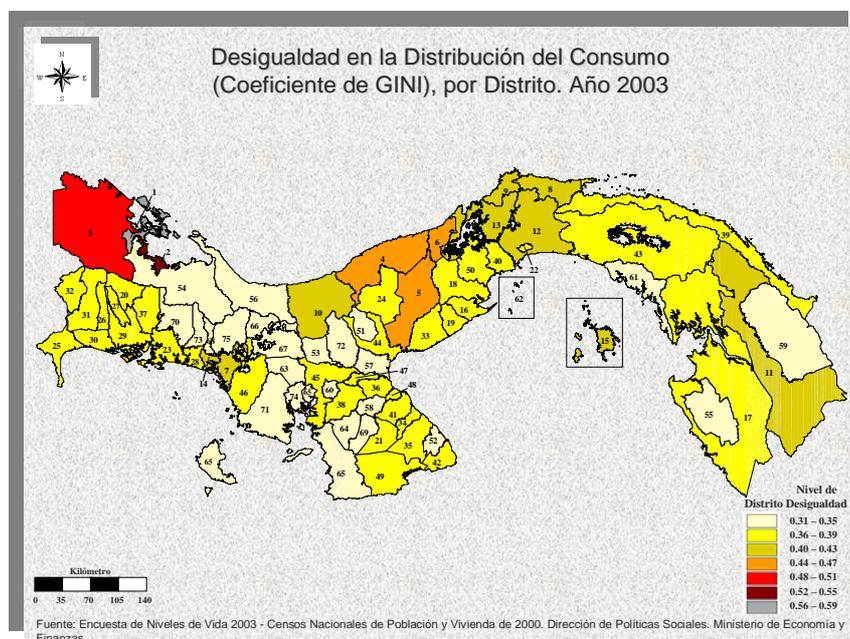
Gráfica N° 57	Carencia De Agua Según Cuartiles. Panamá. Año 2000.	49
Gráfica N° 58	Carencia De Servicios de Saneamiento Según Cuartiles. Panamá. Año: 2000	49
Gráfica N° 59	Hacinamiento Según Cuartiles. Panamá. Año: 2000. (Distritos, ISNB vivienda, Población-Viviendas)	50



INDICE DE ILUSTRACIONES

Página

Ilustración N° 1	Pasos para la Estimación de Desigualdades utilizando el Índice de Concentración.	3
Ilustración N° 2	Pasos para la Estimación de Desigualdades utilizando el Índice Relativo de Desigualdad.	4





I. Consideraciones Generales

El estudio de las desigualdades en salud ha sido y continua siendo una preocupación al momento de caracterizar la situación de salud de un país, toda vez que el comportamiento de los riesgos y daños a la salud es diferente entre los grupos sociales de un espacio geográfico poblacional dado y más aún entre diferentes espacios poblacionales. Este hecho guarda relación con los modos y estilos de vida de las personas y grupos humanos, con las prácticas culturales y en general, con el nivel de desarrollo socio económico y sanitario. Es por ello, que un análisis de desigualdades en salud se convierte en un instrumento de apoyo al proceso de toma de decisiones, por cuanto aporta elementos para la priorización y focalización de intervenciones, orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población panameña.

Este documento tiene como objetivo presentar una primera aproximación a la caracterización de las desigualdades en salud en Panamá y recoge algunos aspectos metodológicos que han servido de base para la estimación de dichas desigualdades.

Como parte del proceso metodológico fue necesario efectuar una revisión de las bases de datos disponibles 2003-2004 y del anuario estadístico del año 2004, años utilizados como criterio de tiempo para el análisis, de los indicadores de salud y de prestación de servicios de salud. De igual forma, se identificaron aquellos indicadores de salud que estaban desagregados por distrito pues no presenta mayor sentido efectuar una estimación de necesidades considerando espacios geográfico poblacionales mayores, se levantaron las hojas de trabajo por indicador de salud para la obtención de indicadores de jerarquía socioeconómica por distrito y finalmente efectuar la estimación de desigualdades en salud.

Se ha aplicado para la jerarquización socioeconómica los siguientes indicadores:

- ✚ Índice de Pobreza Extrema 2003,
- ✚ Índice de Desarrollo Humano 1990 y 2000 (IDH),
- ✚ Ingreso Anual Per Cápita 2000
- ✚ Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas 2000,
- ✚ Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas de Salud 2000, y;
- ✚ Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda 2000.

Estas desigualdades han sido estimadas fundamentalmente aplicando medidas basadas en el rango, descritas en la literatura, tal es como los cuartiles; en algunos casos se aplicaron el Índice de Concentración y el Índice Relativo de Desigualdad como medidas estadísticas empleadas para la medición de desigualdades.

Una vez se procesan los datos consignados en la tabla matriz, se obtienen un conjunto de datos que permite la elaboración de una tabla resumen según cuartiles, medida de rango que se ejemplifica abajo, y que se procede al levantamiento de gráficas.

Q	Limite Q	Población Total	IPE-2003 ENV	Casos	Tasas
q1	0.95	287,622	0.761	26.1	11.8
q2	0.47	400,753	0.373	25.5	3.7
q3	0.23	272,855	0.198	10.0	2.7
q4	0.11	2,153,918	0.054	116.6	3.8
Q1-Q4		-1866296	0.71	90.4957	7.9561
Q4/Q1		7.49	0.07	4.4656	0.3250
Q1/Q4		0.13	14.01	0.2239	3.0772

El levantamiento de las desigualdades en salud aplicando el índice de concentración y el índice relativo de desigualdad implica un proceso estadístico de mayor complejidad, cuyos pasos pueden observarse en las ilustraciones N^o1 y N^o 2.

INDICE DE CONCENTRACION

1 PANAMA: Datos Básicos por Distrito

PROVINCIA	distrito	Ingreso medio anual per cápita 2 (balboas de 1987)	índice de desarrollo humano de Panamá	población
		2000	2000	total
NGOBE	Besiko	99	0.349	16,8
NGOBE	Nole Duima	111	0.368	9,2
NGOBE	Múna	116	0.369	28,3

3 CURVA LORENZ

Constante C1= **-1.5212545194** <== changing cell

Tools/Solve r: objective function = **changing cell**
decision variable = **target cell**

diagonal	ingreso de datos		curva de mejor ajuste	
	x data	y data	función Lorenz	mínimo error cuadrático
	0.0	0.000	0.000	0.0000000000
	0.0	0.001	0.008	0.0024386607
	0.0	0.003	0.016	0.0051750565
	0.0	0.004	0.024	0.0080032247

2

Proporción de la población referente	proporción ingreso	p. acum. Ingreso	proporción idh	p. acum idh	suma incremental idh	diferencia incremental al ingreso	producto de los cambios incrementales
	x	X	y	y	Yi+Y	Xi-X	(Yi+Y)*(Xi-X)
	0	0	0	0			
0.0059324	0.0012161	0.0012161	0.007864	0.007864	0.00786	0.00122	9.5635E-06
0.0032735	0.0013681	0.0025842	0.0082853	0.0161493	0.0240133	0.0013681	3.2852E-05
0.0099782	0.0014178	0.004002	0.0083127	0.024462	0.0406114	0.0014178	5.7580E-05

Ilustración N^o1: Pasos para la Estimación de Desigualdades utilizando el Índice de Concentración.

1

Datos Básicos por Distrito

PANAM

A:

INDICE RELATIVO DE DESIGUALDAD

PROVINCIA	distrito	Población			salud
		nacidos vivos	nvsap	nac con aten	
WOUNAN	Sambú	66	69.70	30.30	0.00
NGOBE BUGLE	Besiko	212	39.15	60.85	16.76
NGOBE BUGLE	Duima	201	19.90	80.10	26.62

NACIDOS VIVOS

Prop. N.V	frontera inferior de clase	RIDit	logRIDit
		0.0005	3.2837
0.00104	0.00000	2	2
0.00334	0.00104	2	2

2

SALUD

Wi	XiWi	YiWi	tasa regresion ada lineal	tasa regresion ada logaritmica	regresion ada logaritmica ponderada
X'1	X'2	Y'			
8.12	0.00423	246.16	64.82		
14.56	0.00758	885.99	64.82		
14.18	0.24746	1135.61	66.03		
19.34	4	299.95	64.99	8.81	21.60

3

Regression Statistics	
Multiple R	0.649784
R Square	0.422219
Adjusted R Square	0.414305
Standard Error	7
Observations	75

ANOVA					
	df	SS	MS	F	Significance F
Regression	1	16,632.45	16,632.45	53.35	0.00000
Residual	73	22,760.46	311.79		
Total	74	39,392.91			

	Coefficients	Standard Error	t Stat	P-value
Intercept	64.78124	3.28143	19.74177	0.00000
X Variable 1	71.25833	9.75633	7.30380	0.00000

Indice de desigualdad de la pendiente	71.26
intercepto	1
tasa límite predicha	136.0
Pamuck	40
Indice relativo de desigualdad acotado	0.52
Indice relativo de desigualdad de Kunst & Mackenbach	0.478
	0.52

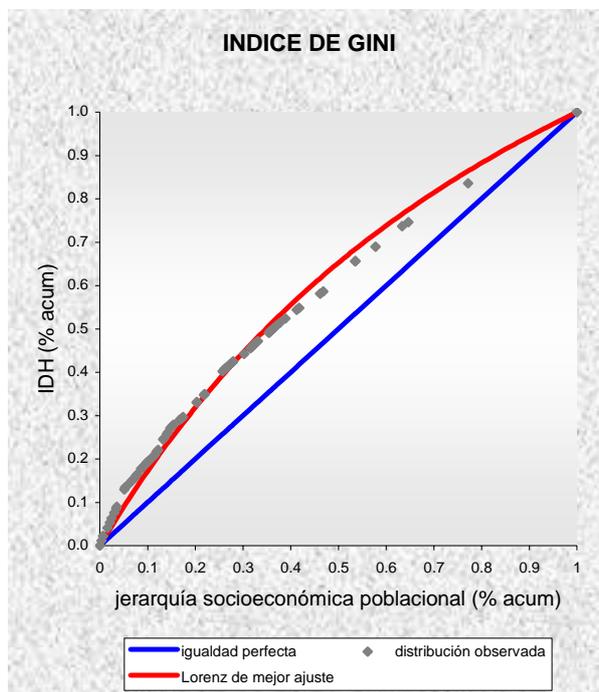
Ilustración N°2: Pasos para la Estimación de Desigualdades utilizando el Índice Relativo de Desigualdad.

II. Indicadores de Contexto

a. Índice de Gini

El Índice de Gini para el año 2000 se reportó en -0.23, indicando que el percentil más pobre es también el de menor Índice de Desarrollo Humano y que por tanto el mayor desarrollo humano se concentra en la población con mayor ingreso anual per cápita. (Gráfica N°1). De igual forma el ordenamiento de los distritos según esta jerarquía socioeconómica ubica a las Comarcas indígenas como las de más bajo ingreso anual per cápita y por tanto las de menor desarrollo humano y a los distritos de Arraiján, Chitré, San Miguelito y Panamá, en el otro extremo de la jerarquía socioeconómica. (Cuadro N° 2).

**Gráfica Nº 1. Índice de Gini – IDH /Ingreso Medio Anual Per Capita.
República de Panamá. Año: 2000**



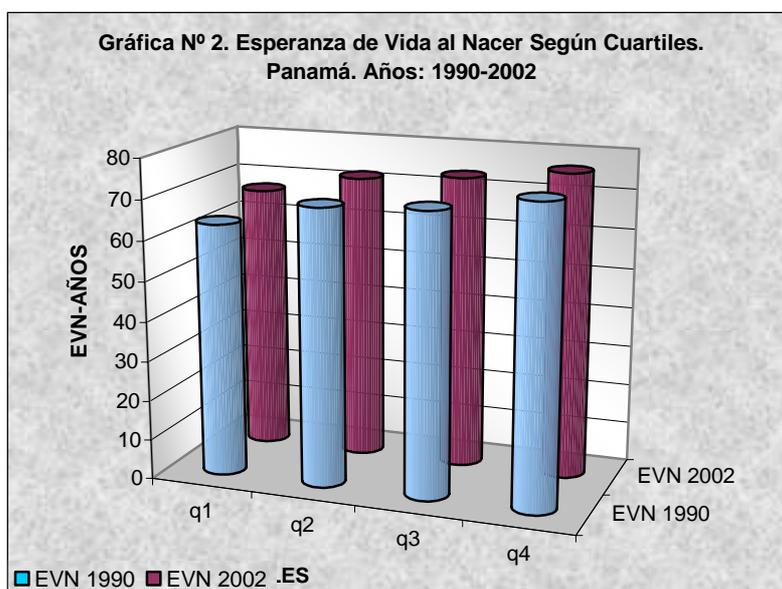
Índice de Concentración (Gini) = -0.2308

Cuadro Nº 2. Ordenamiento de los Distritos según Ingreso Anual Per Cápita. Panamá. Año: 2000.

1. Besiko	26. Chagres	51. Parita
2. Nole Duima	27. Chepigana	52. Atalaya
3. Müna	28. San Lorenzo	53. Pocrí
4. Kankintú	29. Pinogana	54. San Carlos
5. Mironó	30. Chiriquí grande	55. Santa María
6. Nürüm	31. Renacimiento	56. Bugaba
7. Kusapín	32. Montijo	57. Pedasi
8. Sambú	33. Bocas del Toro	58. Balboa
9. Kuna Yala	34. Capiro	59. Portobelo
10. Cémaco	35. Ocú	60. Dolega
11. Las Palmas	36. Gualaca	61. Guararé
12. Cañazas	37. Penonome	62. Boquete
13. Santa Fé	38. Santa Isabel	63. Los Santos
14. Donoso	39. Antón	64. Agua Dulce
15. Ola	40. Remedios	65. Santiago
16. La Pintada	41. Changuinola	66. Chame
17. Las Minas	42. Alanje	67. La Chorrera
18. La Mesa	43. Macaracas	68. Las Tablas
19. Calobre	44. Pesé	69. Colón
20. Río de Jesús	45. Natá	70. Taboga
21. San Francisco	46. Boquerón	71. David
22. Chimán	47. San Félix	72. Arraiján
23. Soná	48. Barú	73. Chitré
24. Los Pozos	49. Chepo	74. San Miguelito
25. Tole	50. Tonosi	75. Panamá

b. Esperanza de Vida Al Nacer (EVN)

Un análisis comparativo de la desigualdad en la esperanza de vida al nacer, deja ver que el cuartil con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) registró las cifras más bajas en este indicador, tanto en 1990 como en el 2002. Para el año 1990 hay una diferencia de 11 años menos de vida entre el primer (Q1) y cuarto (Q4) cuartil, esta diferencia desciende a 9.4 años, en el 2002. Por otra parte, es de indicar que al comparar el comportamiento de este indicador por cuartil, en el Q1 se incrementó la EVN en 3.4 años, es decir 1.9 veces más que en el Q4. De igual forma el incremento del IDH fue 3.3 veces mayor en Q1 que en Q4. (Gráfica N° 2). Son las Comarcas Indígenas, en ambos años, las que según la jerarquía económica se ubican en Q1; en tanto que en el Q4 se encuentran, para ambos años, las provincias de Los Santos y Panamá. (Cuadro N° 3)



*El cálculo de este Indicador de Desigualdad considero las provincias ordenadas Según el Índice de Desarrollo Humano de 1990 y se ajusto por población.

Cuadro N° 3. Ordenamiento de las Provincias Según Índice de Desarrollo Humano (IDH). Panamá. Año: 1990-2002.

Provincias		Cuartil
IDH 1990	IDH 2002	
Comarca Ngöbe Buglé	Comarca Ngöbe Buglé	Q1
Comarca Emberá Wounaan	Comarca Emberá Wounaan	
Comarca Kuna Yala	Comarca Kuna Yala	
Darién	Darién	Q2
Veraguas	Bocas del Toro	
Coclé	Veraguas	
Bocas del Toro	Coclé	Q3
Herrera	Colón	
Chiriquí	Herrera	
Los Santos	Chiriquí	Q4
Colón	Los Santos	
Panamá	Panamá	

Fuente: Informe de Desarrollo Humano. Año: 2003

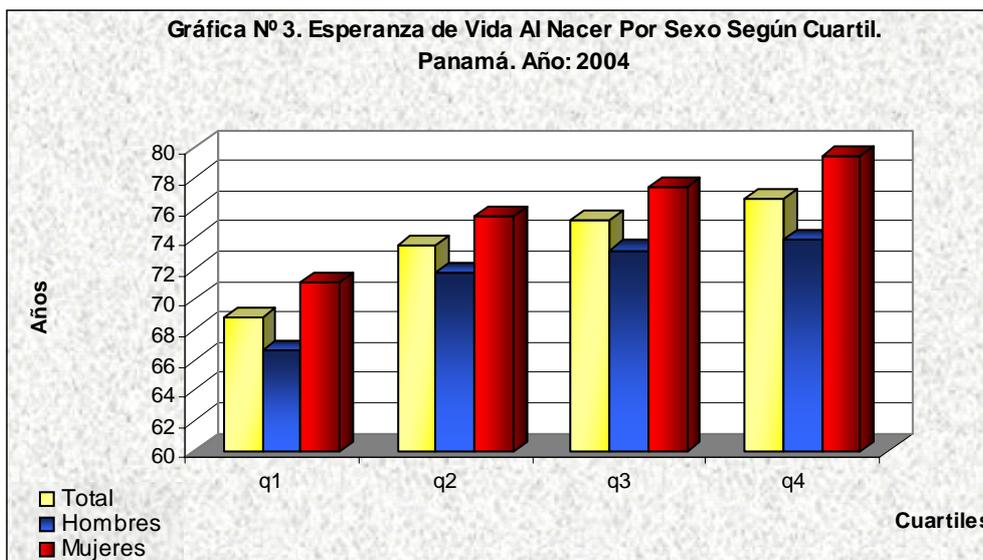
Para el 2004 y tomando como indicador de jerarquía socioeconómica el Índice de Pobreza Extrema, estimado por el Ministerio de Economía y Finanzas en la Encuesta de Niveles de Vida del 2003, los distritos de las Comarcas Indígenas, así como algunos distritos de las provincias de Bocas del Toro, Veraguas, Colón, Darién y Panamá se ubican en el cuartil con mayor índice de pobreza extrema; en tanto que en el extremo opuesto destacan los distritos de Panamá, Chitré y San Miguelito. Es importante indicar que el Distrito de Mariato se ha excluido de este análisis toda vez que la Encuesta de Niveles de Vida 2003, no lo incorpora dado que su creación como distrito fue posterior al proceso de planificación del estudio. (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4. Distritos Según Cuartiles Ordenados por el Índice de Pobreza Extrema. Panamá. Año: 2003

Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
KANQUINTU	LA PINTADA	BALBOA	COLON
BESIKO	TOLE	RIO DE JESUS	BUGABA
MUÑA	CHANGUINOLA	ANTON	PESE
MIRONO	OLA	CHEPO	CHAME
NOLE DUIMA	PINOIANA	PORTOBELO	PEDASI
KUSAPIN	CHAGRE	BARU	POCRI
KUNA YALA	SAN FRANCISCO	SAN CARLOS	PARITA
NURUM	SONA	LAS MINAS	GUARARE
CEMACO	PENONOME	NATA	BOQUETE
SAMBU	LA MESA	LOS POZOS	DOLEGA
CHIRIQUI GRANDE	RENACIMIENTO	TONOSI	LOS SANTOS
BOCAS DEL TORO	CALOBRE	MACARACAS	SANTIAGO
LAS PALMAS	GUALACA	BOQUERON	OCU
DONOSO	REMEDIOS	SAN FELIX	LAS TABLAS
CAÑAZAS	CAPIRA	ATALAYA	LA CHORRERA
SANTA FE	SANTA ISABEL	SANTA MARIA	AGUADULCE
CHEPIGANA	ALANJE		DAVID
CHIMAN	SAN LORENZO		ARRAIJAN
	MONTIJO		TABOGA
			PANAMA
			CHITRE
			SAN MIGUELITO

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. Ministerio de Economía y Finanzas. Año: 2003

El análisis de la EVN continúa reflejando desigualdad entre las poblaciones residentes en distritos ubicados en el primer cuartil con respecto al Q4, siendo la misma cercana a 8 años menos en Q1. La desigualdad en el comportamiento de este indicador también se hace notar en las diferencias entre hombres y mujeres para todos los cuarteles, siendo mayor en el sexo femenino, cuando en promedio la mujer vive 4.25 años más que los hombres. (Gráfica N°3). Por otro lado, el Índice de Pobreza Extrema es cerca de 14 veces mayor en Q1 que en Q4, sin diferencias por sexo.



*El cálculo de este Indicador considero los distritos ordenados Según el Índice de Pobreza Extrema de la ENV 2003.

c. Tasa de Natalidad

La tasa de natalidad presenta un comportamiento similar en Q1 y Q3 donde alcanza un valor cercano a 16 nacidos vivos por 1000 habitantes; en tanto que en Q2 y Q4 es de 18.3 nacidos vivos por 1000 habitantes, este comportamiento se presenta a pesar de que en Q4 el Índice de Extrema Pobreza es menor. La relación Q4/Q1 se acerca a 1. (Gráfica Nº4)



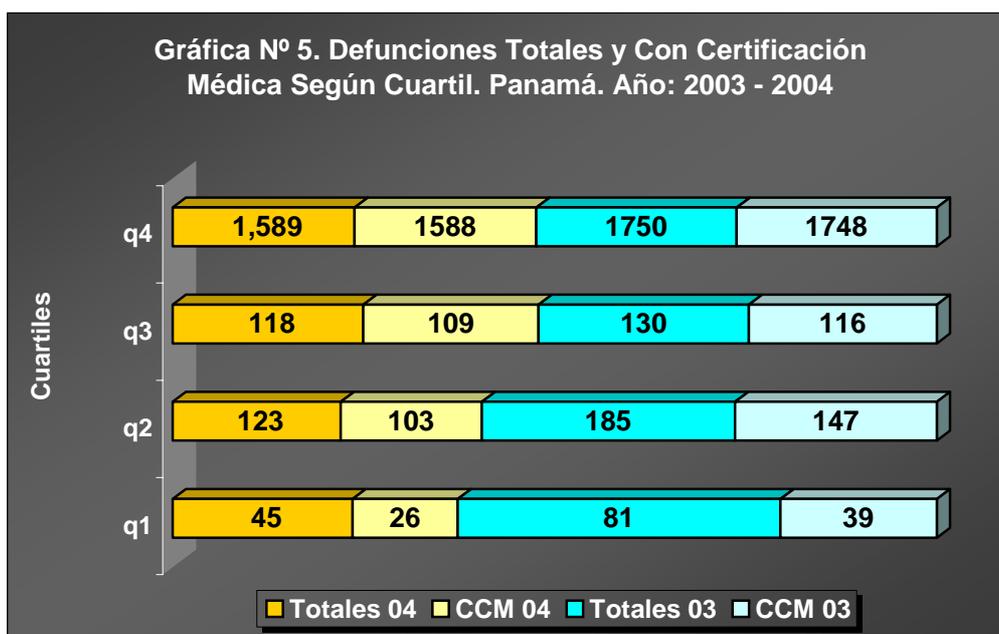
III. La Mortalidad

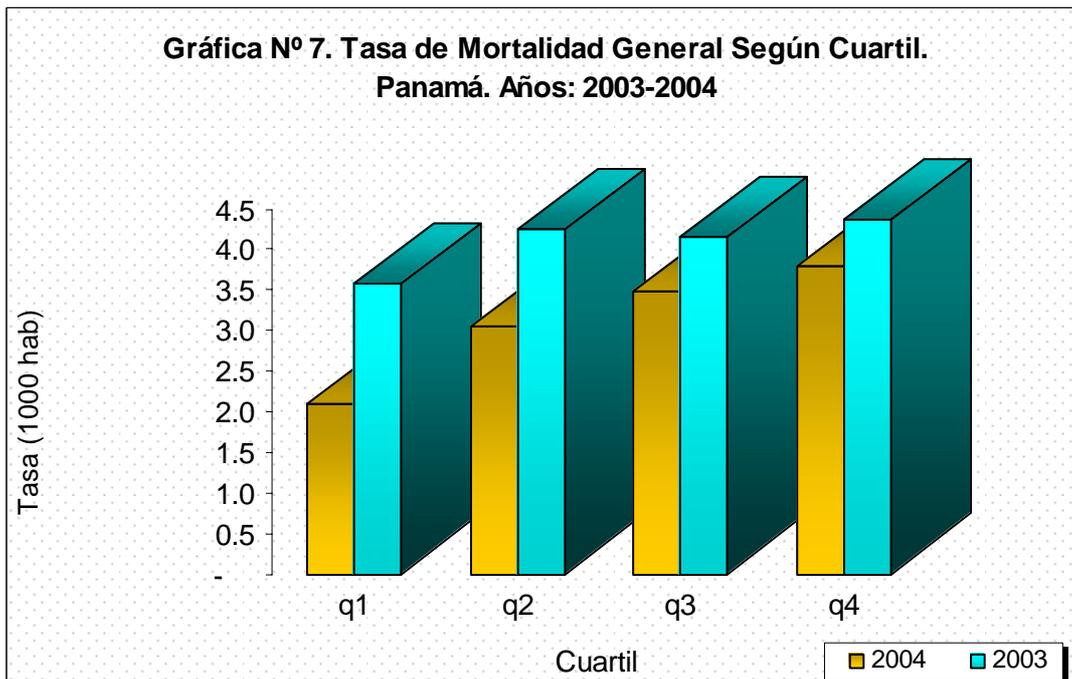
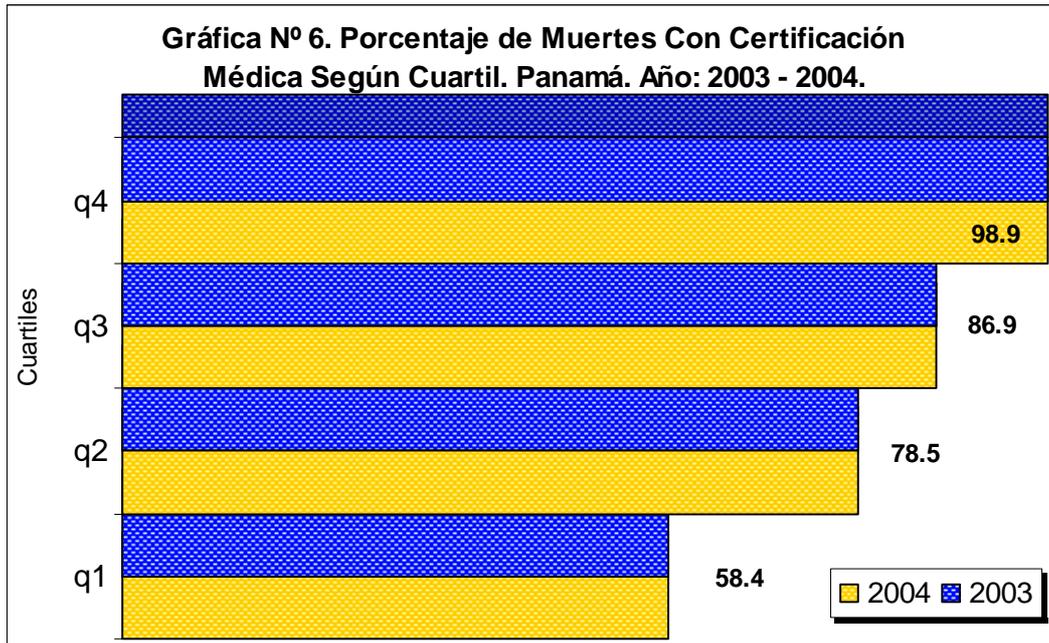
Una limitante para el análisis de desigualdad de la mortalidad, tanto general como específica, y particularmente infantil, a nivel de distrito, esta dada por la falta de datos que estimen el subregistro hasta este nivel de la organización geopolítica del país. Esta situación cobra más importancia dado que, según la opinión de expertos este problema aumenta mientras mayor sea el nivel de pobreza de una población. Es de hacer notar, además, que las estimaciones del subregistro por provincia son de poca utilidad, pues a lo interno de cada provincia, también, existen desigualdades en el registro y comportamiento de estos indicadores. En este sentido, es propicio expresar que las tasas de mortalidad general, infantil y materna, entre otras han sido analizadas sin ajustar los datos según cifras estimadas del subregistro.

a. Mortalidad General

El número de defunciones totales y con certificación médica se concentran en el cuartil que agrupa los distritos con más bajo índice de pobreza extrema. De igual manera se hace notar que la tasa de mortalidad presentó un descenso en todos los cuartiles en el 2004 con respecto al 2003 y que el riesgo de morir es mayor en estos distritos ubicados en el cuarto cuartil. (Gráficas N° 5 al 7). Esta situación, quizás sea debida a que las principales causas de muerte en la República son ocasionadas por enfermedades crónicas, degenerativas y las causas externas, propias de las áreas con mayor grado de desarrollo social y económico; también puede guardar relación con el subregistro de las muertes o con el registro inadecuado del lugar de residencia de la persona que fallece en los centros hospitalarios regionales o nacionales.

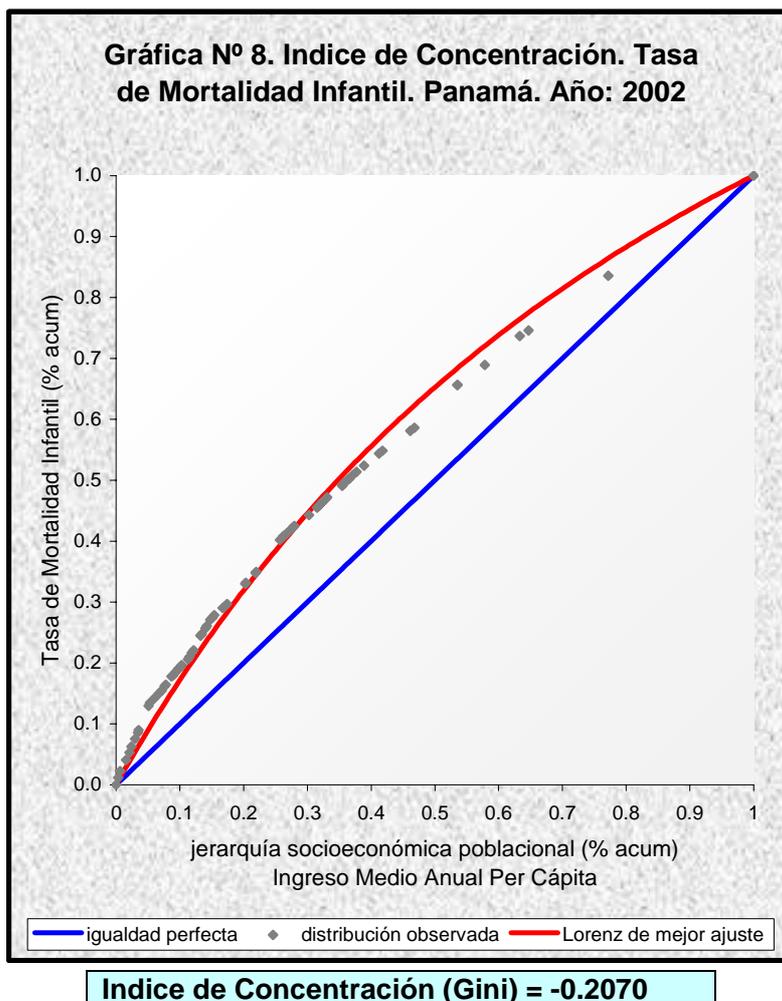
Se observa que, para el 2003, ocurrieron más defunciones en el primer cuartil que en 2004 y este fue, en general, el comportamiento de las defunciones en todos los cuartiles. Además puede decirse que el porcentaje de muertes con certificación médica se comporto igual en todos los cuartiles durante los años 2003 y 2004, siendo 1.7 veces mayor en Q4 que en Q1. (Gráfica N° 5 al 7)





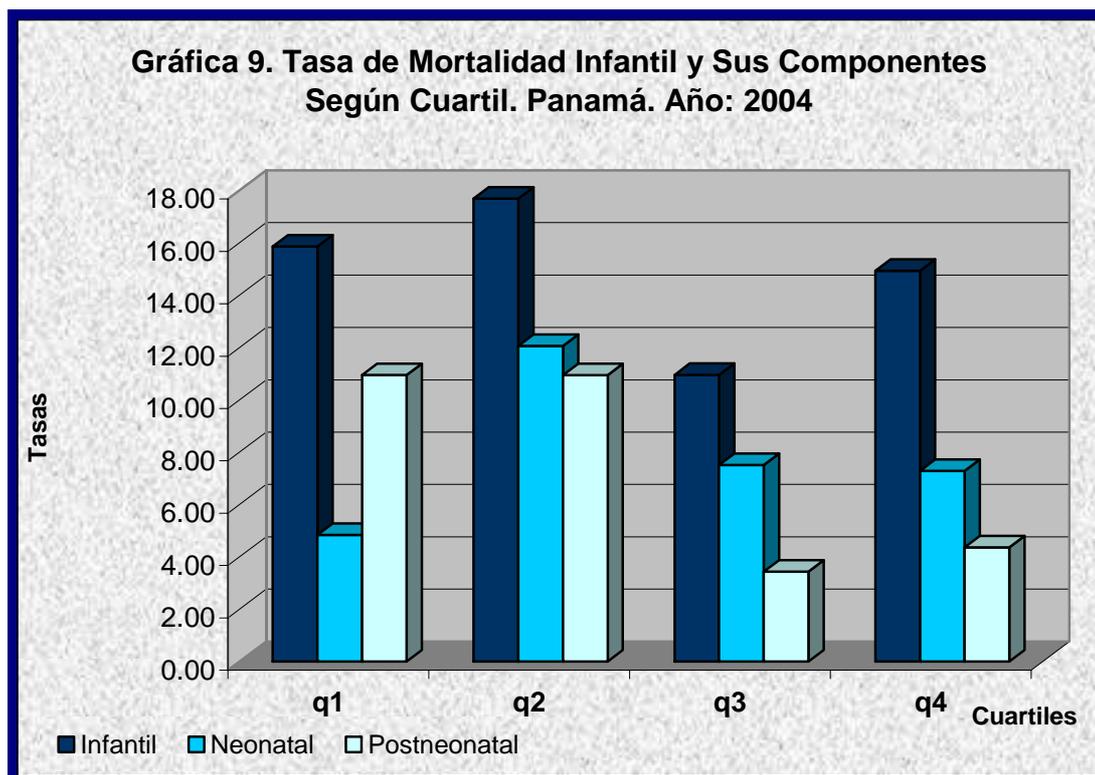
b. Mortalidad Infantil Y Sus Componentes

El Índice de Concentración para la tasa de mortalidad infantil del 2002 fue de -0.207 cuando se aplicó como indicador de jerarquía socio económica el ingreso anual per cápita del 2000. Este índice sugiere que el percentil con menor ingreso concentra mayor riesgo de morir durante sus primeros 11 meses de vida. (Gráfica N° 8) y que siguen siendo las poblaciones residentes en las comarcas indígenas las más expuestas a este riesgo.



La mortalidad infantil es un indicador muy utilizado para medir de manera indirecta el desarrollo de un espacio geográfico poblacional dado. Para el año 2004, la tasa de mortalidad infantil, en Panamá, fluctuó entre 10.95 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos y 17.68 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos, encontrándose estos valores en Q2 y Q3, respectivamente. El riesgo de morir de los menores de un año residentes en los distritos ubicados en el segundo cuartil, según jerarquía socioeconómica del índice de pobreza extrema, fue 1.6 veces mayor. Por otro lado, el análisis diferencial de los componentes neonatal y postneonatal de la mortalidad infantil indicó que el riesgo de morir en la etapa prenatal de la vida es menor entre los

menores de un año que residen en los distritos del Q1, 2.5 veces mayor en Q2 que en Q1 y 1.5 veces mayor en Q4 que en Q1. En este mismo orden de ideas, puede decirse que este riesgo es similar entre los menores de un año de los distritos ubicados en Q3 y Q4. Por su parte y siendo la mortalidad postneonatal dependiente, fundamentalmente, de causas exógenas y por tanto más relacionada con las condiciones de vida de la población, se identificó que la misma encuentra sus niveles más elevados en el primer y segundo cuartil, con una diferencia de q1-q4 de 6.6 defunciones más de menor de un año por 1000 nacidos vivos y un riesgo 2.5 veces mayor en Q1 que en Q4. (Gráfica N° 9)

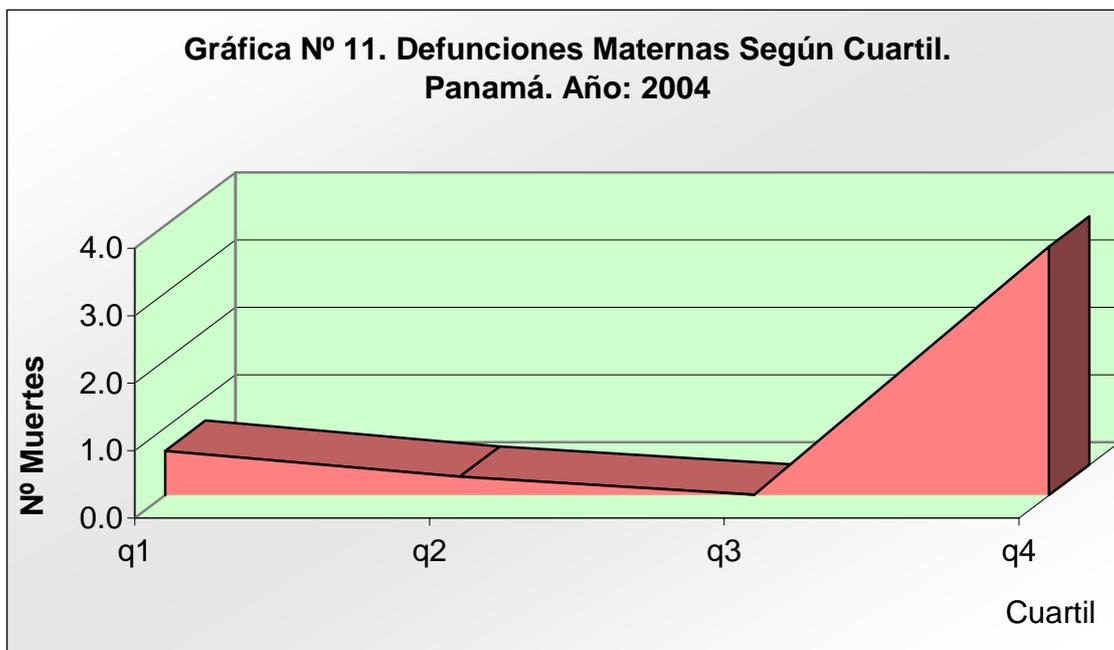
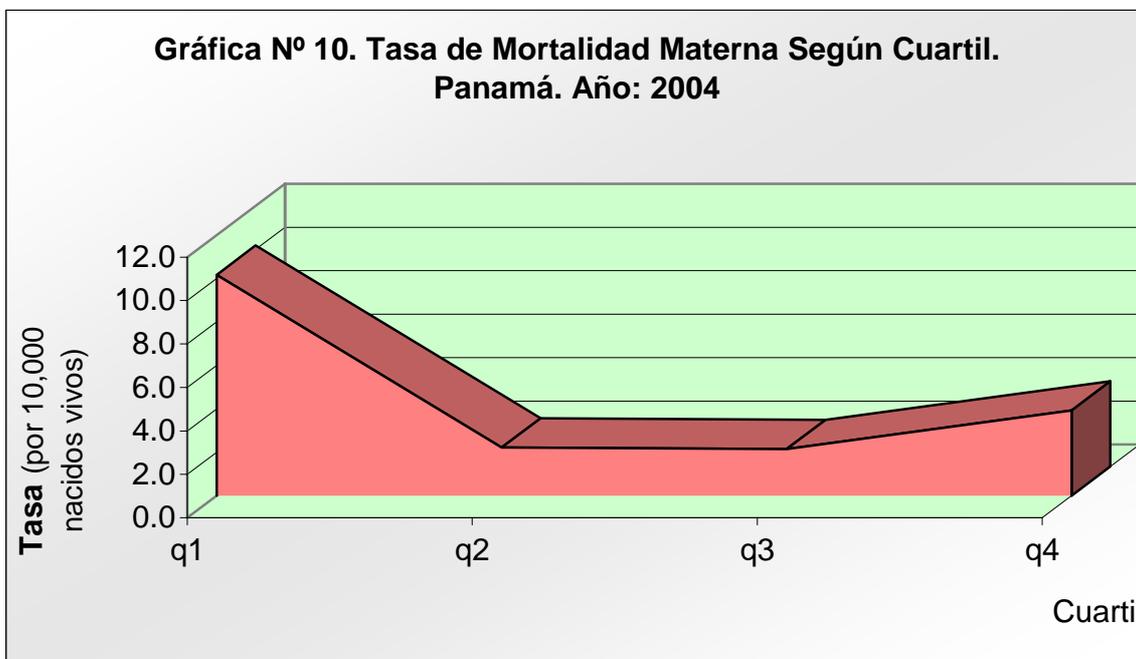


c. Mortalidad Materna

Para el 2004, la tasa de mortalidad materna es 2.6 veces mayor en Q1 que en Q4, lo que se traduce en un mayor riesgo de muertes maternas en los distritos ubicados en los cuartiles con mayor índice de pobreza extrema. (Gráfica N° 10). En Panamá toda muerte materna registrada es investigada, según lo establece el protocolo de vigilancia de la mortalidad materna, sin embargo este indicador no deja de estar afectado por el subregistro de las muertes maternas, así como por los criterios definidos para la asignación de estas muertes según lugar de procedencia de la mujer o de la ocurrencia de esta defunción y con un el impacto de los programas de control prenatal en los distritos de más pobres. De igual forma se puede ver afectada por la existencia de desigualdades a lo interno de los distritos que en promedio tienen un índice de pobreza extrema menor. (Gráfica N° 10)

Es importante mencionar que 1 de cada 3 muertes maternas ocurrieron en el Distrito de Panamá, en los siguientes corregimientos: Chilibre, El Chorrillo, Las Cumbres, Pacora,

Parque Lefevre, San Francisco y Tocumen. El análisis de desigualdad de las defunciones maternas indica que en el Q4 ocurren 5.6 veces más muertes maternas que Q1. (Gráfica N° 11)

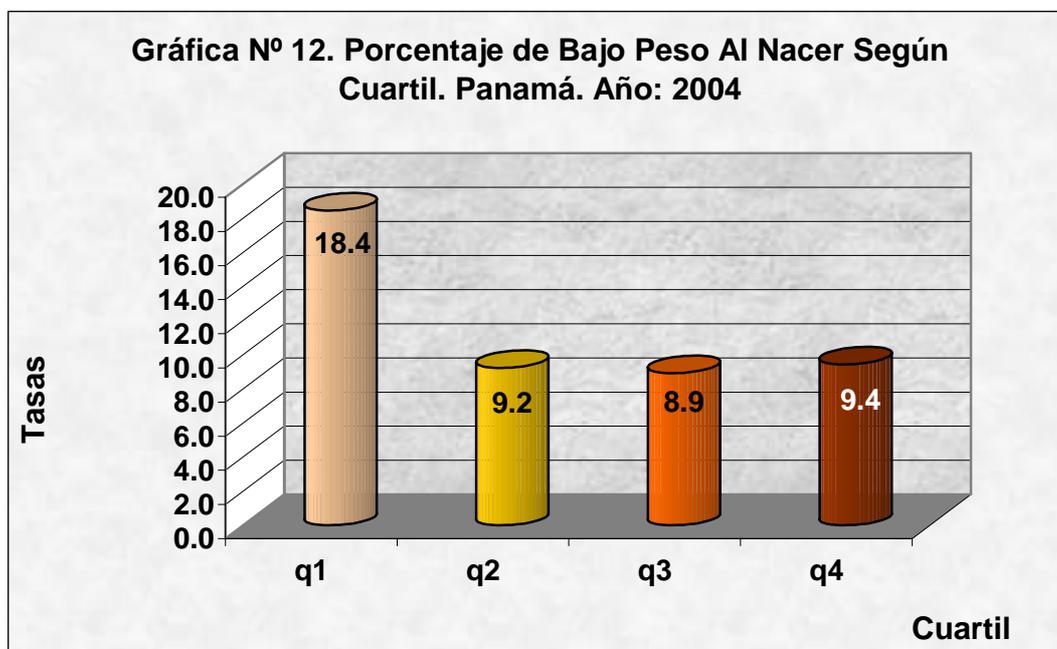


IV. Indicadores Nutricionales

La Situación Nutricional es un tema de interés para los gobernantes, instituciones, organizaciones internacionales y para la comunidad en general, pues afecta principalmente a los grupos humanos con mayor nivel de pobreza. A nivel mundial, se reconoce que la pobreza es la causante de una décima parte de la desnutrición en la población mundial. En tanto que en Panamá, el ser pobre (consumo per cápita menor que B/.905.00 anuales) representa un riesgo de desnutrición.

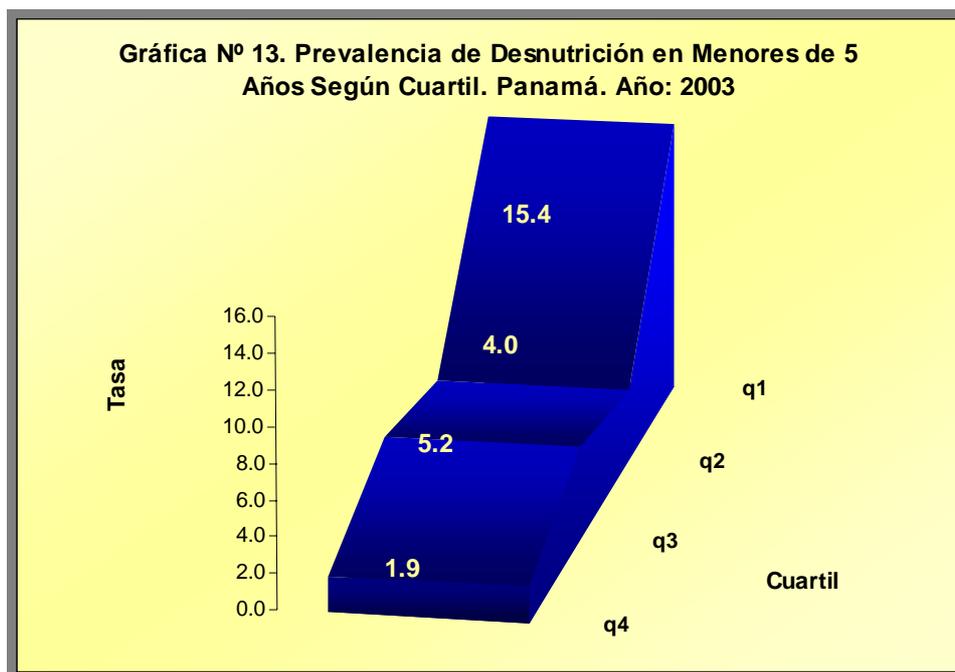
a. Bajo Peso Al Nacer

Uno de los problemas que afecta al recién nacido es el bajo peso al nacer. El porcentaje de bajo peso al nacer fue de 10.2% y 9.7% en el 2003 y 2004, respectivamente. El análisis de desigualdad de este indicador para el 2004 indicó que el cuartil más pobre tiene un porcentaje de bajo peso 2 veces mayor que el cuartil con menor índice de pobreza extrema, en tanto que los cuartiles q2, q3 y q4 reportaron un porcentaje similar de bajo peso al nacer, aunque los casos se concentran en el segundo y cuarto cuartil. (Gráfica N° 12)



b. Desnutrición en Menores de 5 Años

Este grupo de población es uno de los más afectados por la desnutrición. Para el 2003, la prevalencia de este problema de salud pública fue 8 veces mayor en el cuartil conformado por los distritos con mayor índice de pobreza extrema que en el Q4. En este primer cuartil se concentran los distritos indígenas de las comarcas Ngobé Bugle y Kuna Yala, como los distritos de Chiriquí Grande, Bocas del Toro, Las Palmas, Donoso, Cañazas y Santa Fé (Gráfica N° 13, Cuadro N° 5).



Cuadro Nº 5. Distritos Según Cuartil Ordenados por el Índice de Pobreza Extrema. Año: 2003
(Análisis de la Desnutrición en Menores de 5 Años).

q1	q2	q3	q4
KANQUINTU	LA PINTADA	RIO DE JESUS	COLON
BESIKO	TOLE	ANTON	BUGABA
MUÑA	CHANGUINOLA	PORTOBELLO	PESE
MIRONO	OLA	BARU	CHAME
NOLE DUIMA	CHAGRE	SAN CARLOS	PARITA
KUSAPIN	SAN FRANCISCO	LAS MINAS	BOQUETE
KUNA YALA	SONA	NATA	DOLEGA
NURUM	PENONOME	LOS POZOS	SANTIAGO
CHIRIQUI GRANDE	LA MESA	BOQUERON	OCU
BOCAS DEL TORO	RENACIMIENTO	SAN FELIX	LA CHORRERA
LAS PALMAS	CALOBRE	ATALAYA	AGUADULCE
DONOSO	REMEDIOS	SANTA MARIA	DAVID
CAÑAZAS	CAPIRA		ARRAIJAN
SANTA FE	SANTA ISABEL		PANAMA
	ALANJE		CHITRE
	MONTIJO		SAN MIGUELITO

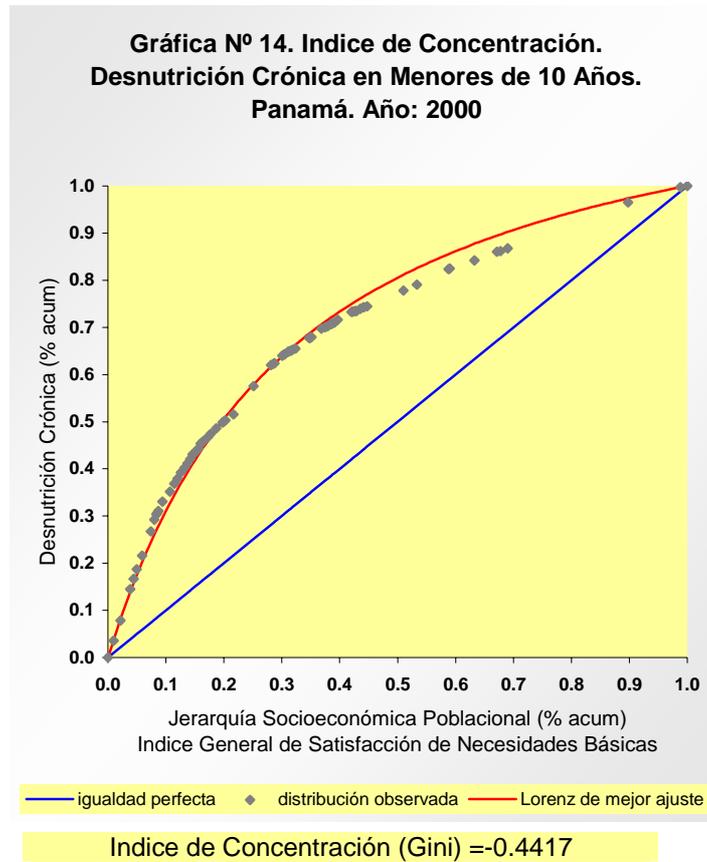
Para este análisis se excluyeron los Distritos de Gualaca, San Lorenzo, Balboa, Chepo, Chimán, Taboga, todos los distritos de las provincias de Darién y Los Santos por no contar con los respectivos datos.

c. Desnutrición Crónica en Menores de 10 Años

En el año 2000 el Índice de Concentración de la Desnutrición Crónica en Menores de 10 años fue de menos 0.4417. El percentil con el menor Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas de Salud (ISNBS) concentra cerca del 21.1% de los casos, siendo los distritos de las Comarcas Indígenas los que se ubican entre los que reportaron el índice (ISNBS) más bajo. En el mismo orden de ideas, se registran en el primer cuartil un tercio de los casos de desnutrición crónica en menores de 10 años. (Gráfica N° 14, Cuadros N° 6).

Cuadro N° 6 . Ordenamiento de los Distritos según Índice de Satisfacción de las Necesidades Básicas de Salud. Panamá. Año: 2000.

Distrito		Distrito		Distrito	
1	Besiko	26	Renacimiento	51	San Carlos
2	Kankintú	27	Calobre	52	Pocrí
3	Müna	28	La Pintada	53	Pedasi
4	Mironó	29	Soná	54	San Félix
5	Nole Duima	30	San Lorenzo	55	Atalaya
6	Kusapín	31	Los Pozos	56	Boquete
7	Kuna Yala	32	Chepo	57	Bugaba
8	Ñürüm	33	Changuinola	58	Santa María
9	Cémaco	34	Penonome	59	Pesé
10	Sambú	35	Montijo	60	Parita
11	Chimán	36	Río de Jesús	61	Chame
12	Cañazas	37	Capira	62	Dolega
13	Chepigana	38	Gualaca	63	Taboga
14	Las Palmas	39	Santa Isabel	64	Los Santos
15	Donoso	40	Alanje	65	Colón
16	Santa Fé	41	Remedios	66	Santiago
17	Pinogana	42	Tonosi	67	Arraiján
18	Tole	43	Macaracas	68	Guararé
19	Bocas del Toro	44	Ocú	69	La Chorrera
20	San Francisco	45	Barú	70	David
21	Ola	46	Balboa	71	Las Tablas
22	Las Minas	47	Portobelo	72	Agua Dulce
23	La Mesa	48	Antón	73	Panamá
24	Chiriquí grande	49	Natá	74	San Miguelito
25	Chagres	50	Boquerón	75	Chitré



V. Las Enfermedades Crónicas y Degenerativas

Al igual que para el análisis de desigualdades en salud de algunos indicadores previos, en el caso de las enfermedades crónicas se utilizó el Índice de Pobreza Extrema del 2003, como indicador socioeconómico para jerarquizar los distritos. (Cuadro N° 4)

a. Cinco Principales Causas De Muerte En Panamá

La población panameña se encuentra en plena transición al envejecimiento, situación que se hace notar en la evolución de la pirámide poblacional y en la paulatina reducción de la proporción de la población menor de 15 años, con un índice de envejecimiento es de 27.7% en el 2003. Evidencias de esta transición se reflejan en la progresiva disminución de la tasa de crecimiento, tanto urbana como rural, y en un comportamiento similar de las tasas de natalidad y de mortalidad general.

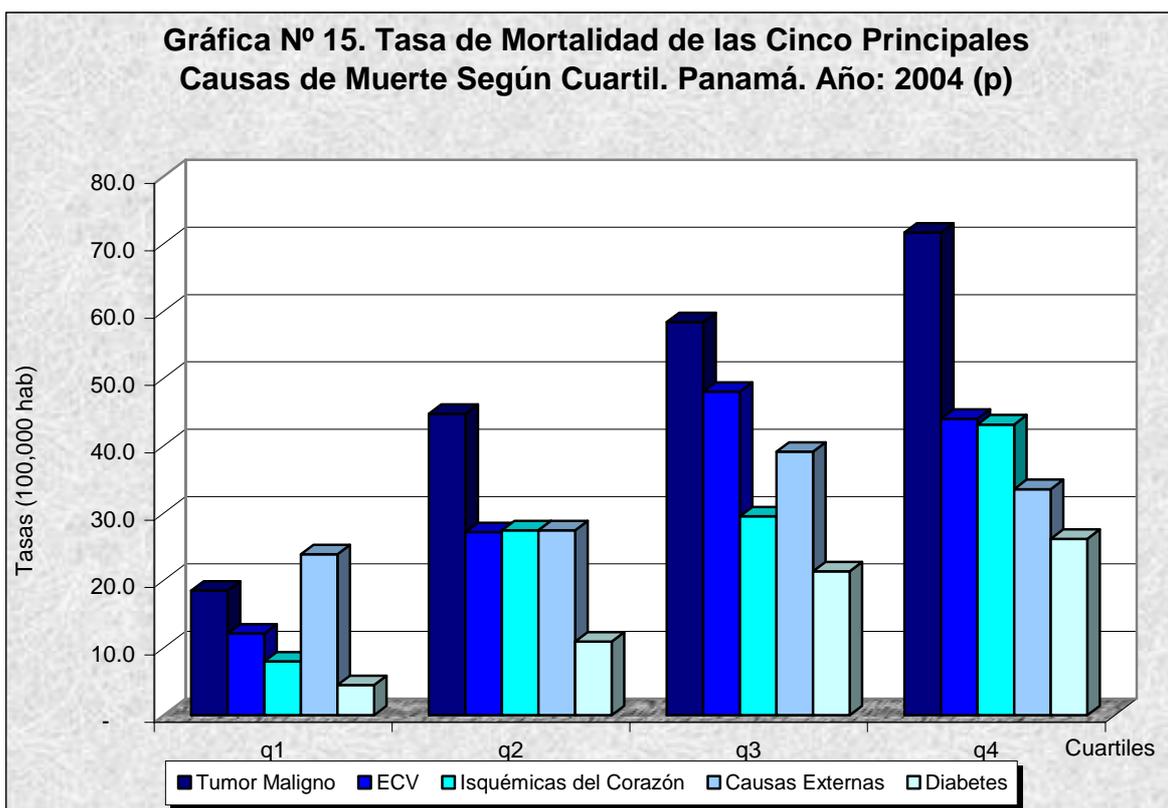
El descenso de la mortalidad ha ocurrido a expensas, principalmente, de un descenso de la mortalidad infantil, y ha sido acompañado de un conjunto de procesos de transición epidemiológica, que se caracteriza, fundamentalmente, por los cambios en la estructura por edad de la mortalidad y por los cambios en las principales causas de muertes, con una predominancia de las patologías crónicas y degenerativas. En el 2004 entre las cinco (5) principales causas de muerte, se reportaron, en orden descendente: los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular (ECV), las enfermedades isquémicas del corazón, las causas externas y la diabetes mellitus

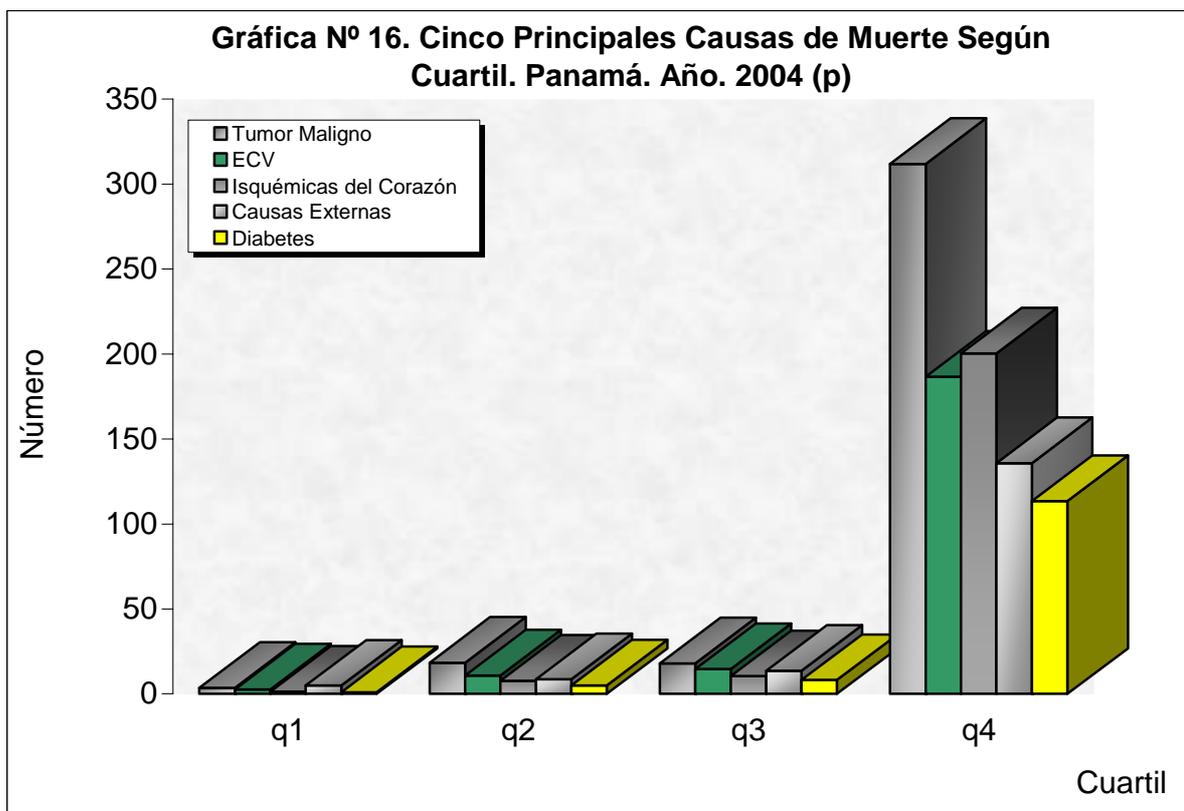
Sumado a esto, destacan la transición urbana (transición de la migración) y la transición de la fuerza de trabajo, durante la cual un grupo de población con un perfil predominante rural se ha tornado mayoritariamente urbano.

Un análisis de la distribución de las 5 principales causas de muerte según cuartil, para el 2004, en el que se considerando como indicador de la jerarquía socio económica el Índice de Pobreza Extrema, indica que las tasas de mortalidad más elevadas, por estas causas se registraron en los distritos ubicados en el cuarto cuartil, excepto para las enfermedades cerebro vasculares y las causas externas cuyas tasas más elevadas su consignaron el Q3. (Gráficas N° 15 y 16). Este mismo análisis indica que:

- ✚ El riesgo de morir por tumores malignos es 4 veces mayor en Q4 que en Q1. Por cada 78 defunciones ocurridas por esta causa en Q4 ocurre una en Q1;
- ✚ Cuando se trata de las ECV este riesgo es 3.6 y 4.0 veces mayor en Q4 y Q3, respectivamente. Aunque el comportamiento de las defunciones indica que por cada 12 fallecidos en Q4 muere una persona entre la población ubicada en Q3 y que, por cada 62 defunciones en Q4 se reporta una en Q1.
- ✚ Las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon en el 2004 la tercera posición entre las 5 principales causas de muerte, siendo que por cada 200 muertes registradas en Q4 se reportó una en Q1. El análisis del riesgo de morir reflejado por las tasas de mortalidad indica que el mismo es 5 veces mayor en Q4 que en Q1 y que el mismo aumenta en la medida en que disminuye el Índice de Pobreza Extrema.

- ✚ Por cada 4 defunciones ocurridas en Q4 debido a causas externas se reporta una en Q1; en tanto que la tasa de mortalidad oscila entre 23.9 y 39.1 muertes por cada 100,000 habitantes, correspondiendo el valor más bajo a Q1 y el más elevado a Q3 para un diferencial de riesgo de 15.2 puntos en sus tasas, es decir que se presentó 1.4 veces más riesgo de morir Q3 que en Q1.
- ✚ El mayor número de defunciones por diabetes mellitus se concentra en Q4. El rango de la tasa de mortalidad por esta causa oscila entre 4.5 y 26.2 defunciones por 100,000 habitantes, con el valor máximo en Q4 y el mínimo en Q1, para un diferencial de riesgo Q4:Q1 de 6.





b. Principales Causas de Mortalidad Por Cáncer

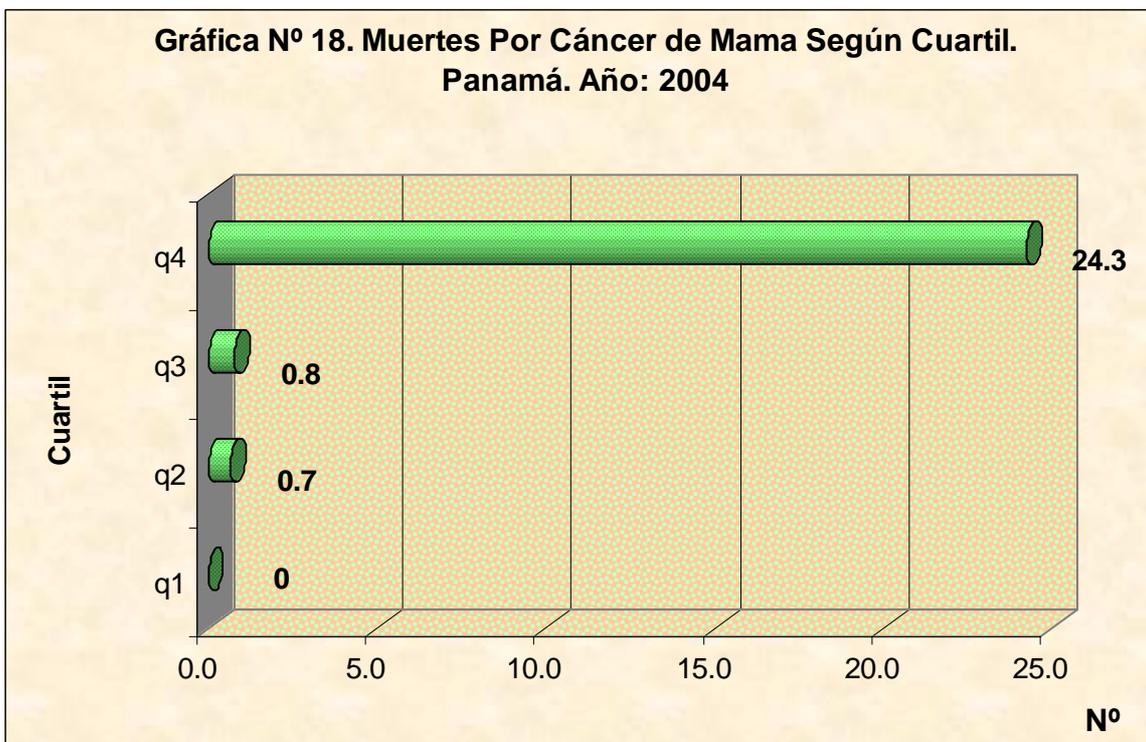
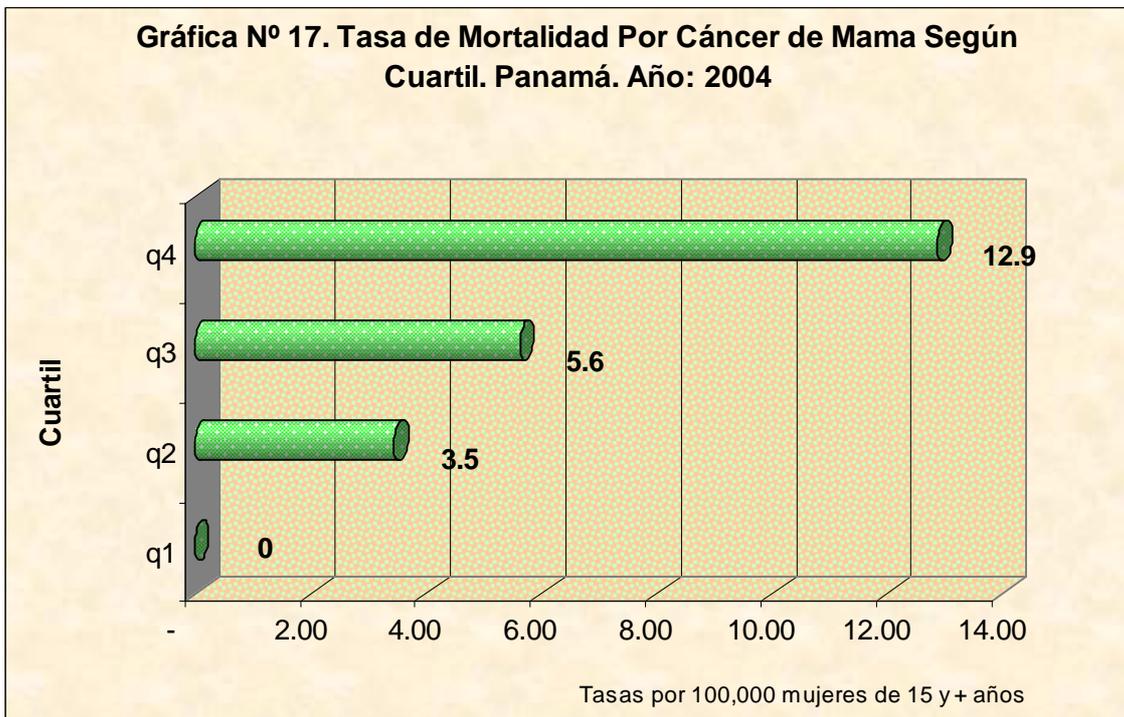
El comportamiento de la mortalidad por cáncer en la República de Panamá, para los quinquenios del 90 al 2000, evidencia que los principales tumores malignos que presenta la población panameña son los de cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago, colon y tráquea, bronquios y pulmón. Las proyecciones efectuadas para el 2005, sugieren el mismo comportamiento.

Un estudio del comportamiento de estos tumores por cuartil utilizando el Índice de Pobreza Extrema como jerarquía socioeconómica indicó, para el año 2004, que:

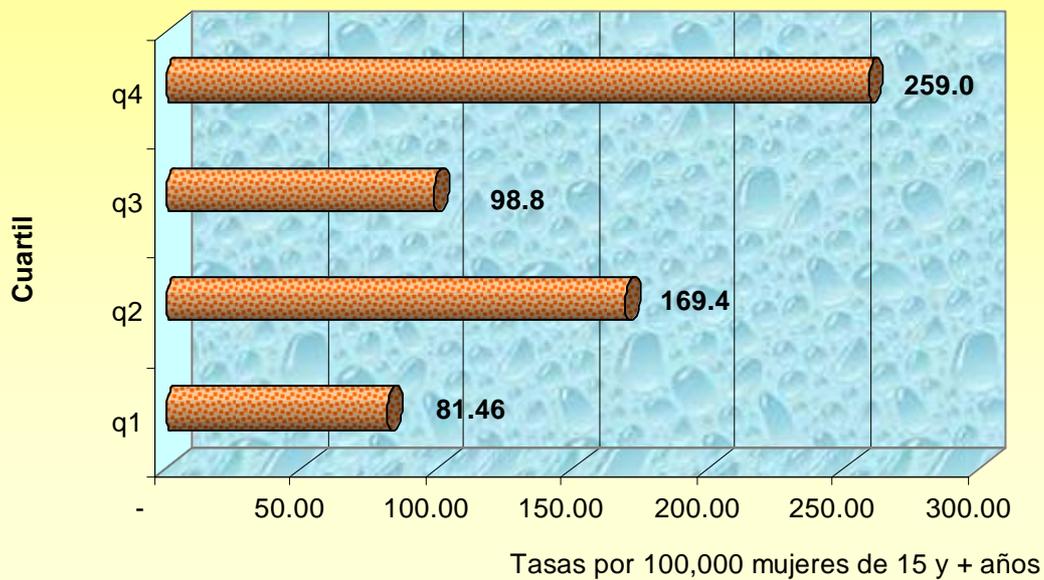
- ✚ No ocurrieron defunciones por Cáncer de Mama entre la población femenina de 15 y más años residentes en distritos ubicados en el primer cuartil; y que, el riesgo de morir por esta causa en este grupo poblacional fue similar en Q2 y Q3, siendo cerca de 30 veces mayor en Q4 que en Q2 y Q3. (Gráficas N° 17 y 18)
- ✚ Las defunciones por Cáncer de Cuello Uterino se presentaron 128 veces más en Q4 que en Q1. Por su parte el riesgo de morir de las mujeres con 15 y más años debido a este tipo de cáncer, fluctuó entre 81.5 y 259 muertes por cada

100,000 mujeres con 15 y más años, con valores máximos en Q4 y mínimos en Q1 y fue 3.2 veces mayor en la población residente en los distritos clasificados en el cuarto cuartil que en los clasificados en el primer cuartil. Llama la atención que el Q2 duplica el riesgo de morir del Q1 y su población tiene 1.7 más riesgo de morir que la de Q3. (Gráficas N° 19 y 20).

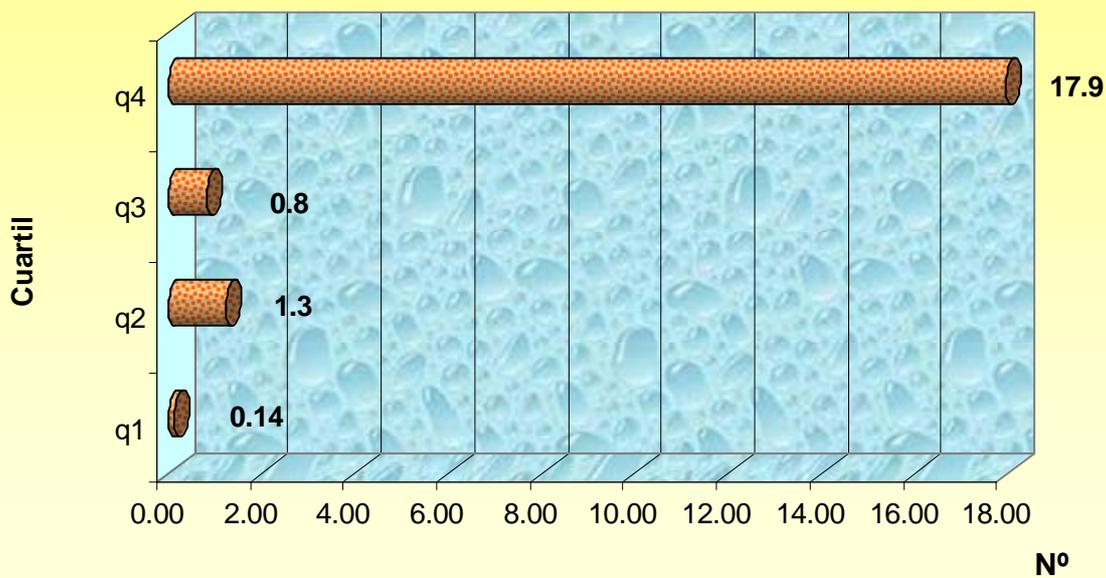
- ✚ En el 2004 ocurrieron 17 veces más muertes por tumores malignos de la próstata, en hombres de 15 y más años de edad, en el Q4 que en el Q1. Las tasas de mortalidad por esta causa fluctuaron entre 4.7 y 24.7 defunciones por 100000 hombres de 15 y más años, encontrando valores máximos en Q3 y mínimos en Q1. El diferencial de riesgo Q4:Q1 fue 4.7 y el de Q3:Q1 fue 5.3; es decir que el riesgo de morir por cáncer de próstata fue mayor en aquellos cuartiles con menor Índice de Pobreza Extrema. (Gráficas N° 21 y 22)
- ✚ El número de muertes por Cáncer Gástrico es 25 veces mayor en el Q4 que en Q1, aunque es importante indicar que el riesgo de morir es mayor en Q2, cuartil que consigna las tasas más elevadas de mortalidad por esta causa 8.1 defunciones por 100000 habitantes. La tasa más baja fue registrada en Q1 alcanzando un valor de 5.2 defunciones por 100000 habitantes. El riesgo de morir ha oscilado entre 1.2 y 1.6 veces mayor en Q2 que en Q3 y Q1, respectivamente. El 66.2% del riesgo de morir, por este tipo de tumor maligno que concentra el Q2, lo aportan distritos de las provincias de Bocas del Toro (Changuinola), Chiriquí (Tolé, Renacimiento, Alanje, y Remedios) y Veraguas (Soná, Calobre y San Francisco), en ese orden. (Gráficas N° 23 y 24)
- ✚ En el primer cuartil no se reportaron defunciones por Cáncer de Colón en el 2004 y el mayor número de casos se consigno en el cuarto cuartil. El comportamiento del riesgo de morir por esta causa, durante el 2004, indica que a menor Índice de Pobreza Extrema mayor riesgo de morir por este tipo de tumor maligno, siendo 3.7 veces mayor en Q4 que en Q2. (Gráficas N° 25 y 26)
- ✚ El cáncer de pulmón cobro el mayor número de vidas en el Q4. Las tasas de mortalidad por esta patología oscilaron entre 0.4 y 7.8 defunciones por 100,000 habitantes con valores máximos en Q3 y Q4 y mínimo en Q1. El riesgo de morir por esta causa fue 22.5 veces mayor en Q3 y Q4 que en Q1. El segundo cuartil presentó 8 veces más riesgo de morir que el primero. (Gráficas N° 27 y 28)

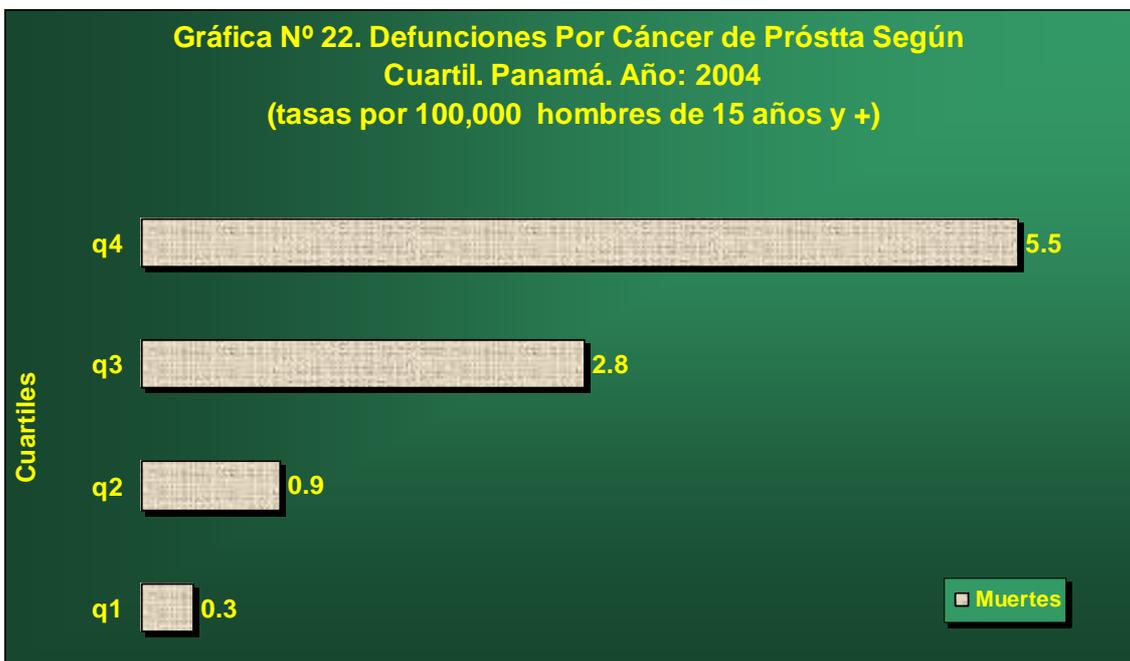
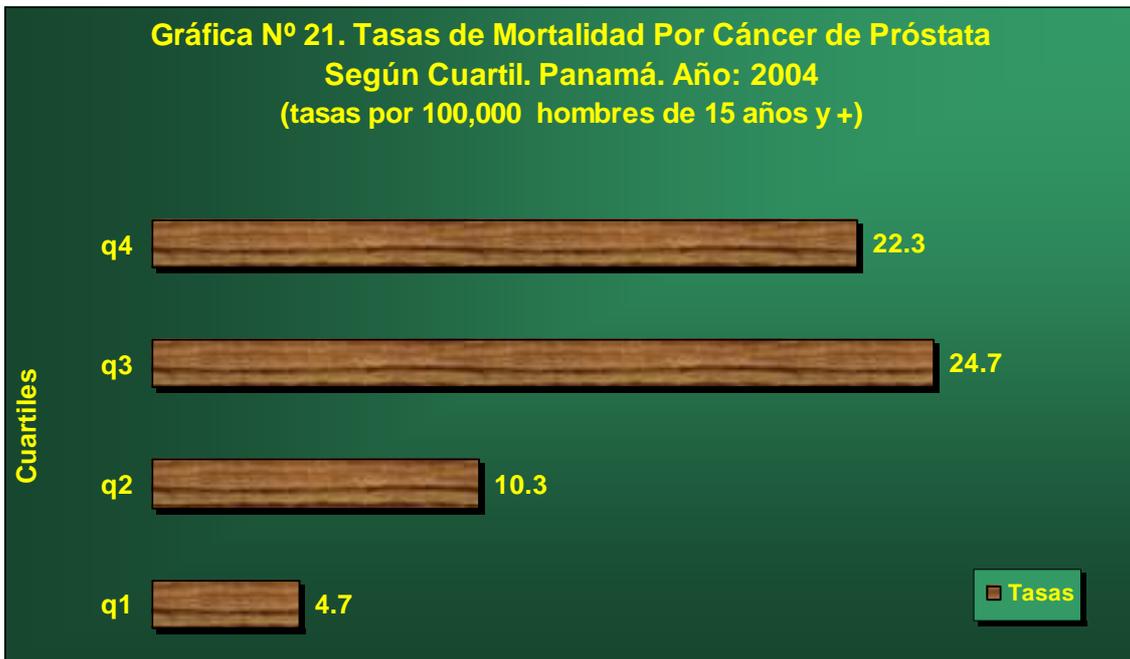


Gráfica N° 19. Tasa de Mortalidad Por Cancer de Cuello Uterino Según Cuartil. Panamá. Año: 2004

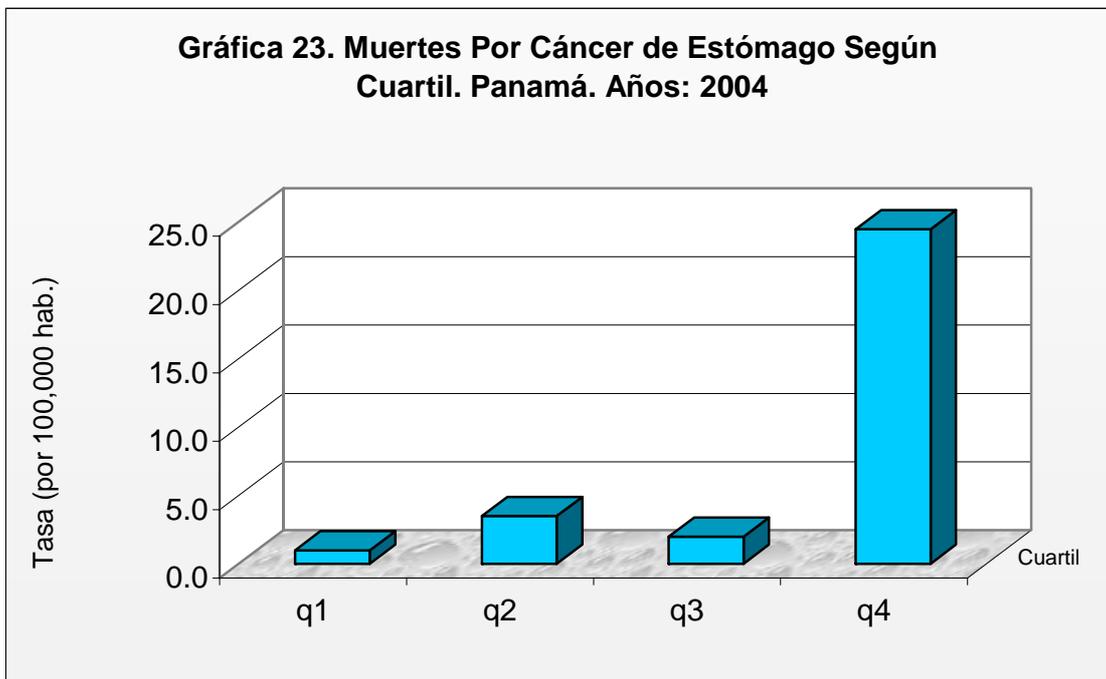


Gráfica N° 20. Muertes Por Cancer de Mama y de Cuello Uterino Según Cuartil. Panamá. Año: 2004

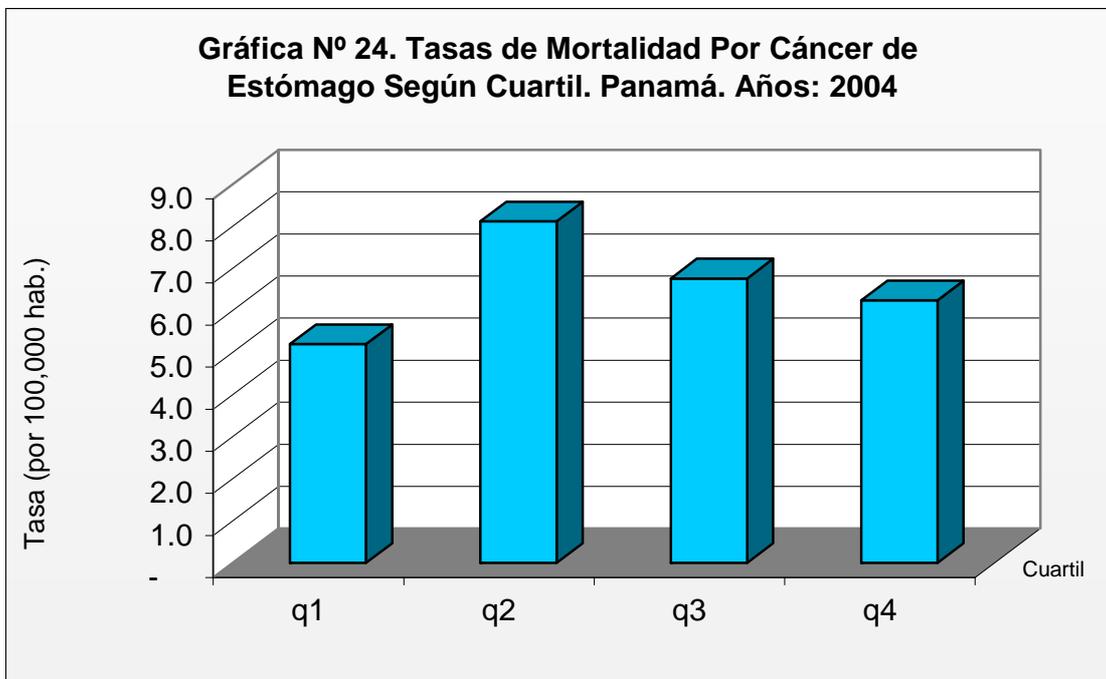


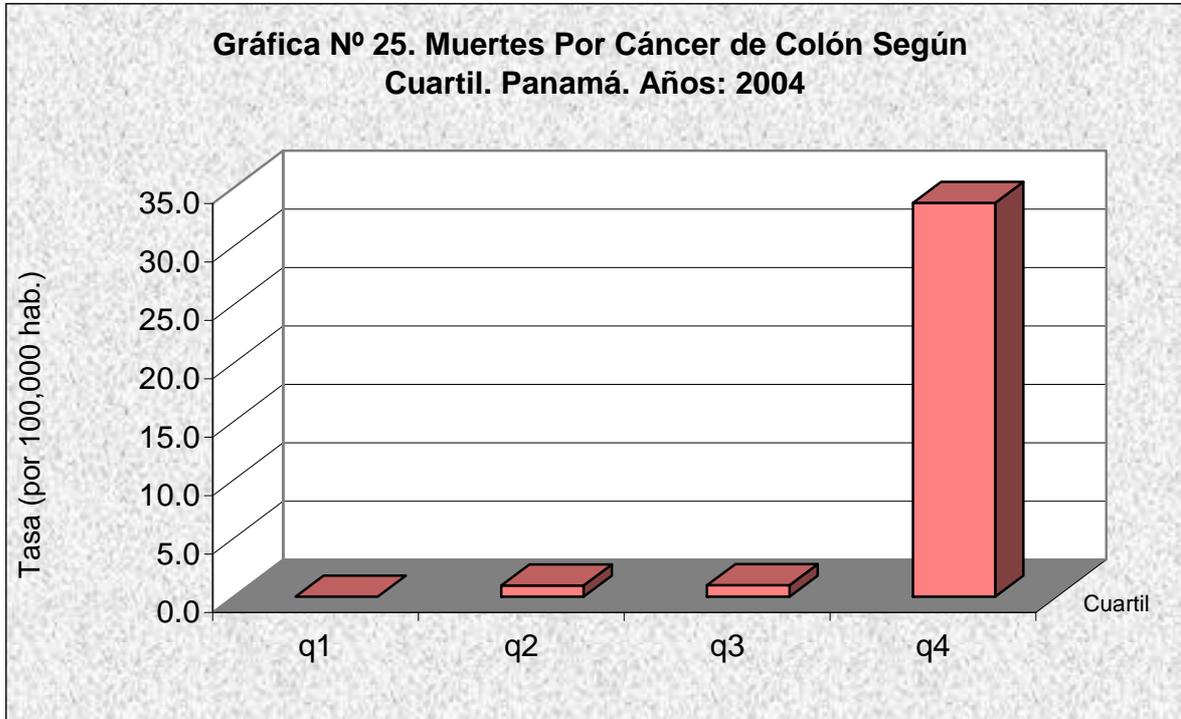


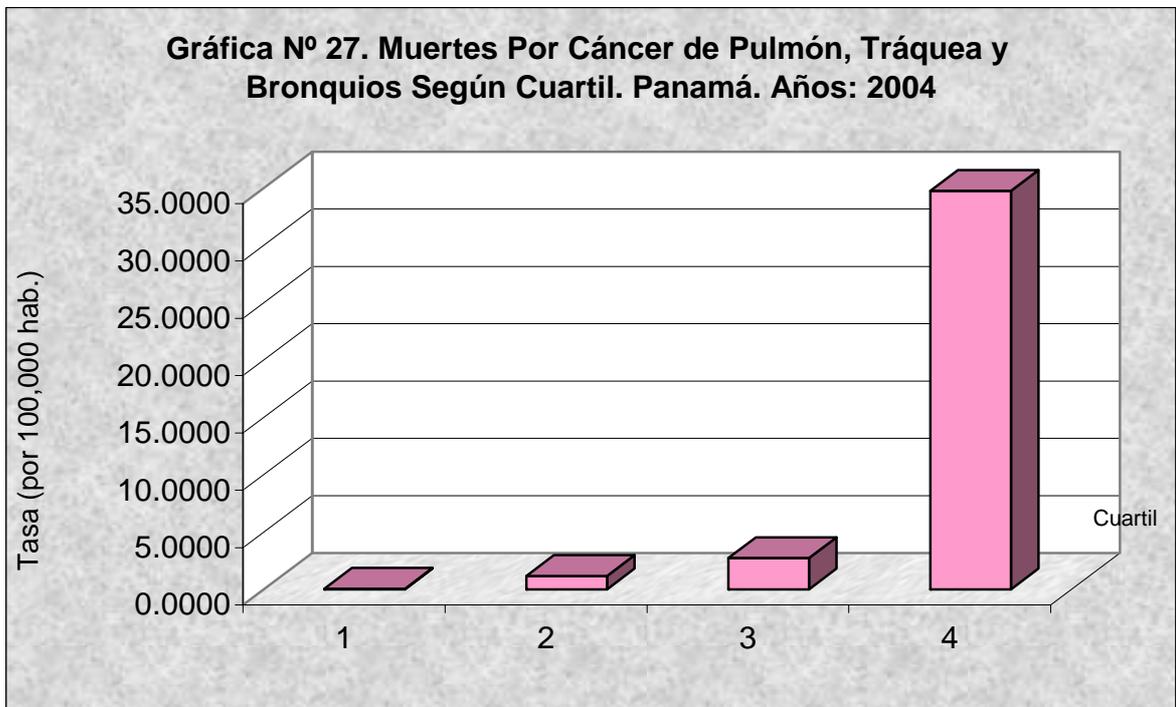
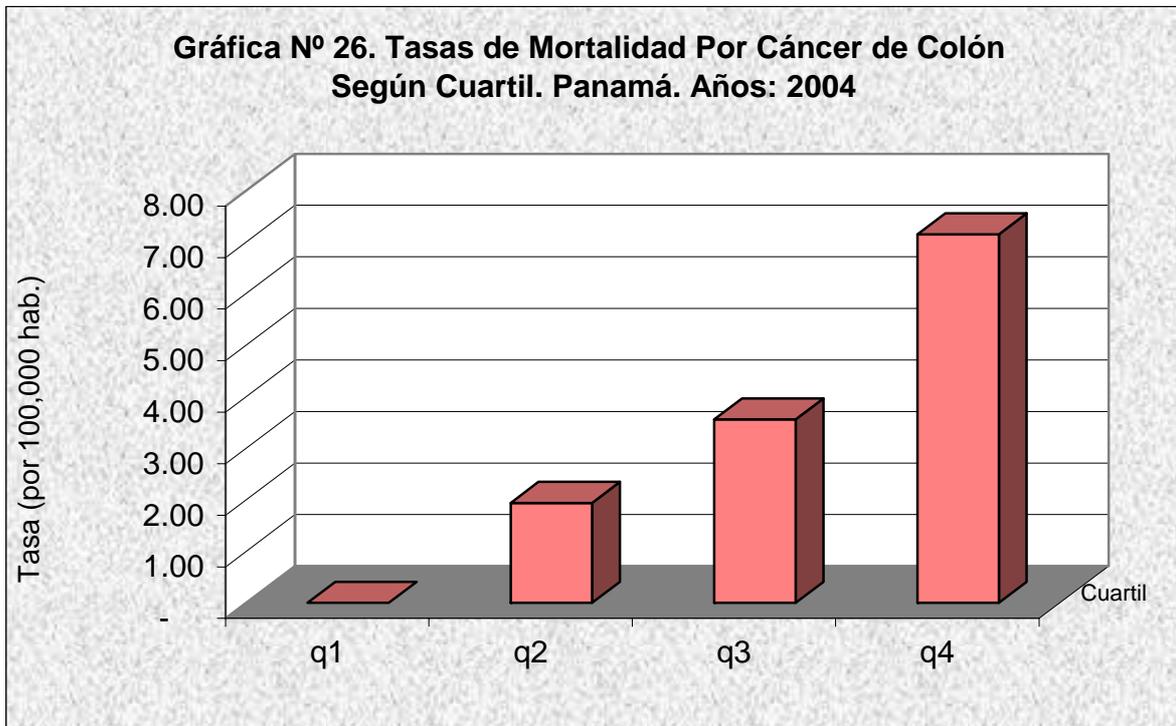
Gráfica 23. Muertes Por Cáncer de Estómago Según Cuartil. Panamá. Años: 2004

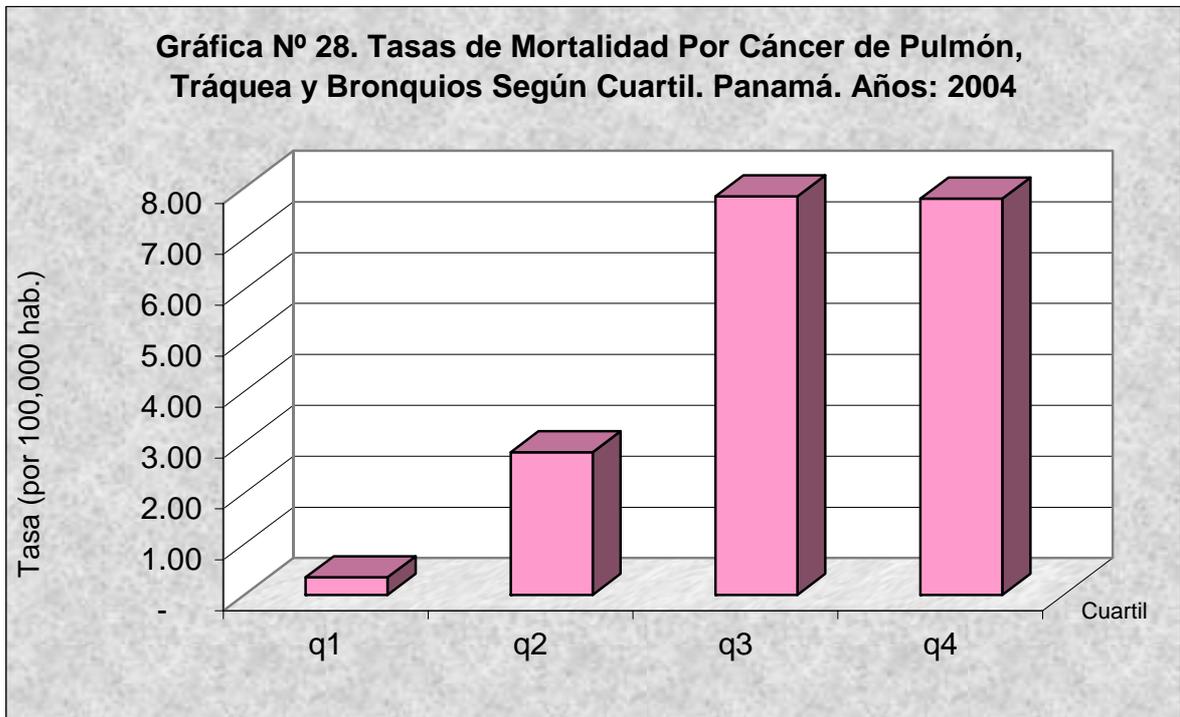


Gráfica Nº 24. Tasas de Mortalidad Por Cáncer de Estómago Según Cuartil. Panamá. Años: 2004







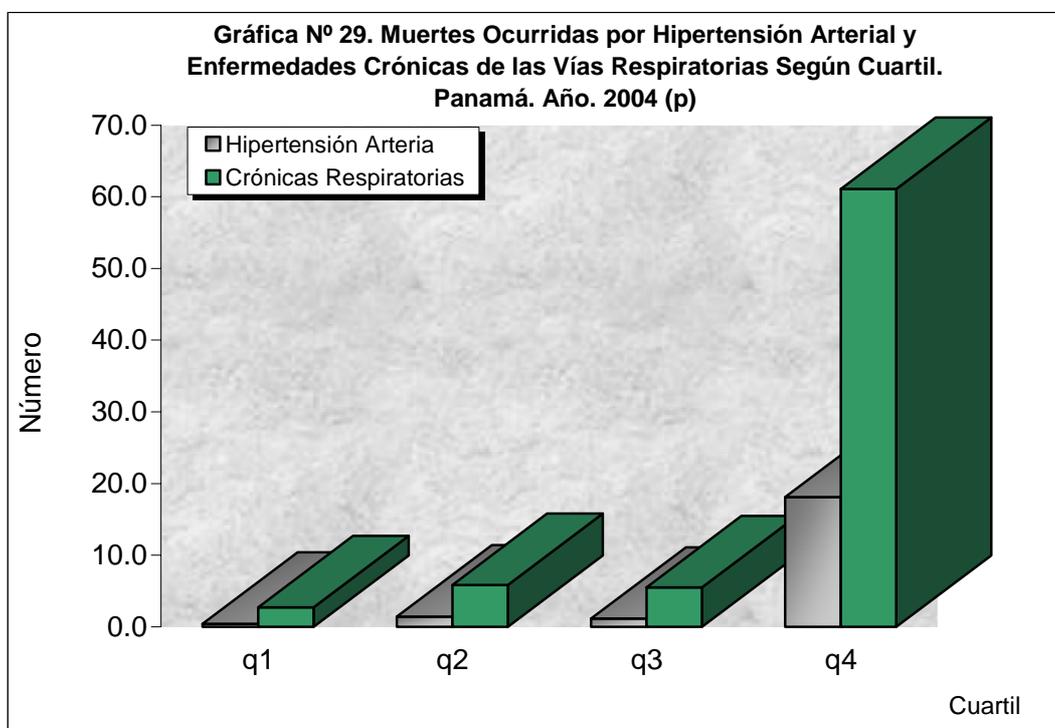


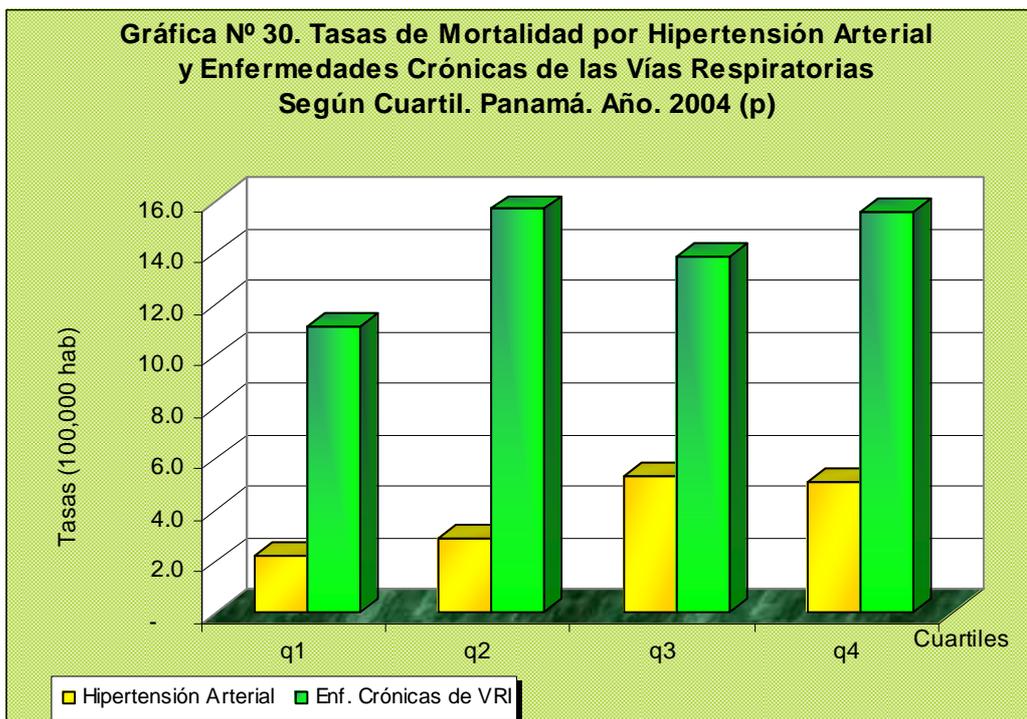
c. Otras Causas de Mortalidad Por Enfermedades Crónicas en Panamá

Hipertensión Arterial

Para los efectos de este documento, también se analizó el comportamiento por cuartil de las muertes por Hipertensión Arterial (HTA) y por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores (VRI) encontrándose que:

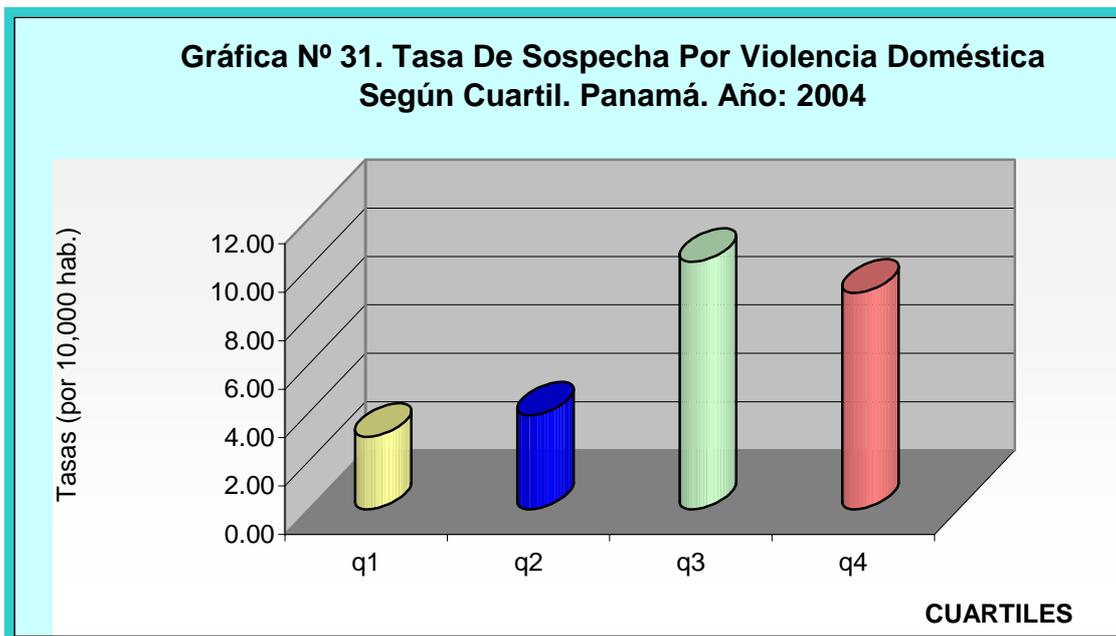
- ✚ En el 2004 ocurrieron más muertes por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores que por HTA en todos los cuartiles, aunque para ambas patologías las muertes se concentraron en Q4. De igual forma el riesgo de morir por HTA es menor para todos los cuartiles.
- ✚ Fallecen 41 veces más personas por HTA en Q4 que en Q1.
- ✚ El riesgo de morir por HTA es ligeramente mayor en Q3 que en Q4 con tasas de 5.3 y 5.1 defunciones por 100,000 habitantes, respectivamente. Sin embargo, el riesgo de morir por esta causa es 2.3 veces mayor en Q4 que en Q1.
- ✚ En el caso de las enfermedades de las VRI las muertes por esta causa son 22.3 veces mayores en Q4 que en Q1 y en Q2 fallece una persona por cada 10 muertes ocurridas en Q4.
- ✚ El riesgo de morir de enfermedades de VRI es similar en Q2 y en Q4 con tasas de 15.7 y 15.6 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Con un rango de sus tasas que oscila entre 11.2 y 15.7 muertes por cada 100,000 habitantes, correspondiendo el valor mínimo a Q1 y el máximo a Q2, aunque puede indicarse que el riesgo de morir por esta causa es 1.4 veces mayor en Q1 que en Q2 y Q4. (Gráficas N° 29 y 30)





Sospecha de Violencia Doméstica

Por cada 50 casos de sospecha de violencia reportados en los distritos clasificados en el cuarto cuartil se consigno uno en el primer cuartil. La tasa de sospecha de casos de violencia oscilo entre 2.98 y 10.21 casos por 10,000 habitantes con cifras máximas en Q3 y mínimas en Q4, para un riesgo 3 y 3.5 veces mayor en Q4 y Q3 que en Q1, respectivamente. (Gráfica N° 31)



VI. Algunas Enfermedades Transmisibles

a. La Morbilidad

La salud ha a través del tiempo, ha sido abordada mediante el análisis de la enfermedad y muerte, para lo cual se han construido indicadores que permiten conocer la magnitud del daño que algunas patologías causan a la población nacional. Estos indicadores, facilitan el estudio del comportamiento y tendencias de los procesos mórbidos y por tanto, la identificación de las diferencias que existen entre los distintos grupos de población, y a lo interno de esos grupos.

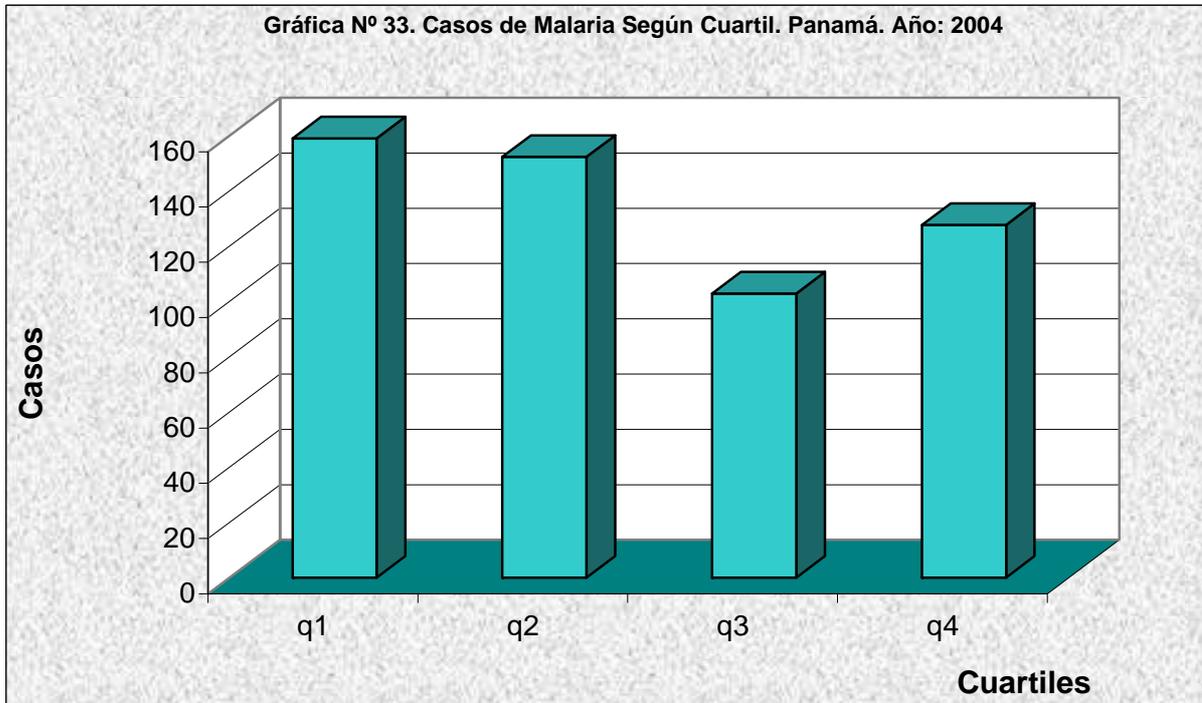
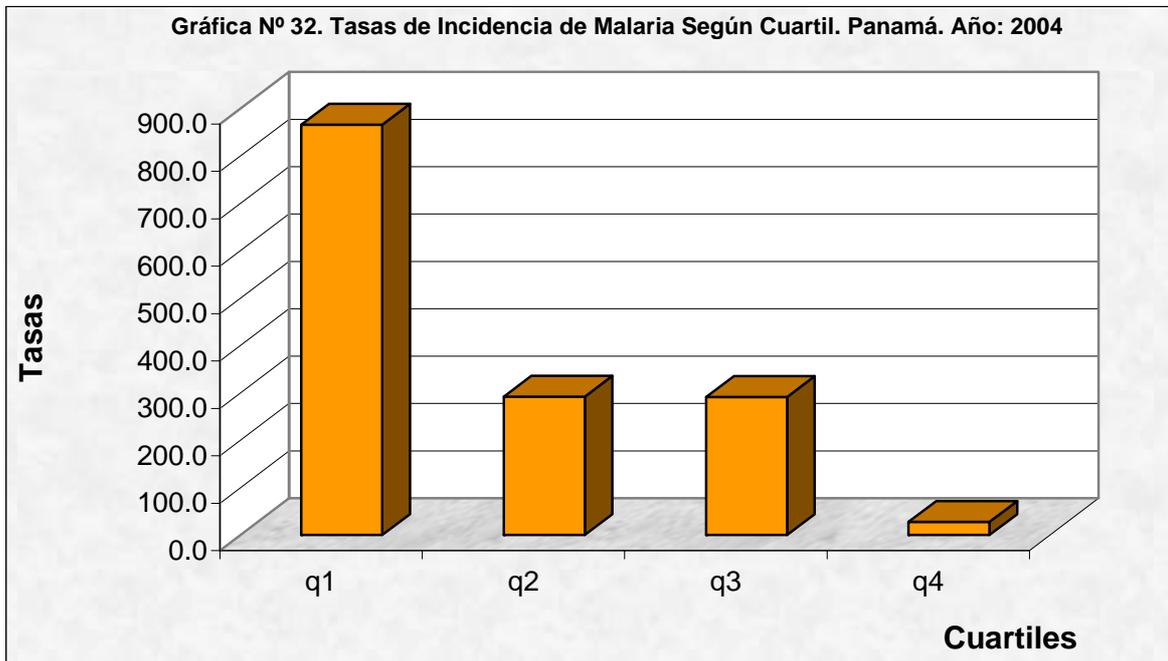
Las enfermedades transmisibles han sido y seguirán siendo objeto de estudio en nuestro país, dada su incidencia y prevalencia en la población de diferentes espacios geográfico poblacionales, como la afectación que producen en grupos específicos, donde los riesgos de enfermar y morir por estas causas son mayores. A esto se suma la emergencia o reemergencia de patologías como la tuberculosis pulmonar, el dengue, la malaria, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y el Hanta Virus, entre otras.

El Sistema de Vigilancia en Panamá ha instituido criterios y normas nacionales que definen las enfermedades objeto de vigilancia, en concordancia con lo establecido en las normas internacionales, mediante el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OPS. En el marco del desarrollo de los sistemas de vigilancia se ha creado el sistema de vigilancia especial, que incluye enfermedades tales como: Malaria, Dengue, Tuberculosis, SIDA, Intoxicaciones Agudas por Plaguicida, Hanta Virus. De igual forma este sistema vigila los casos sospechosos de Sarampión, Rubéola y Parálisis Flácida en Menores de 15 años.

Este documento presenta un análisis de desigualdades de algunas enfermedades transmisibles objeto de vigilancia especial.

a.1. Malaria

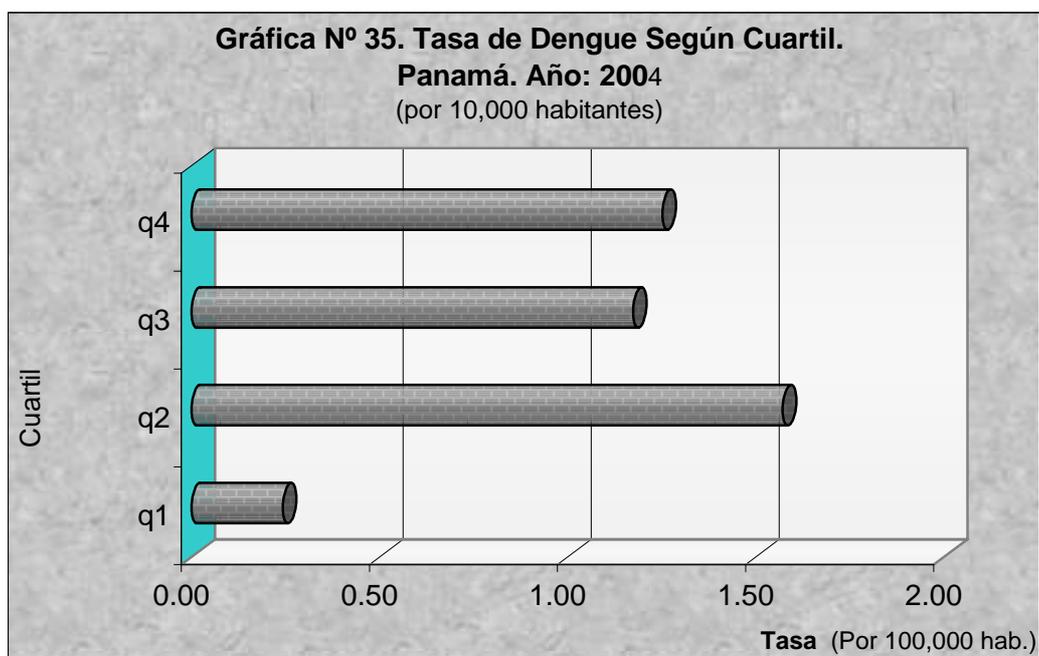
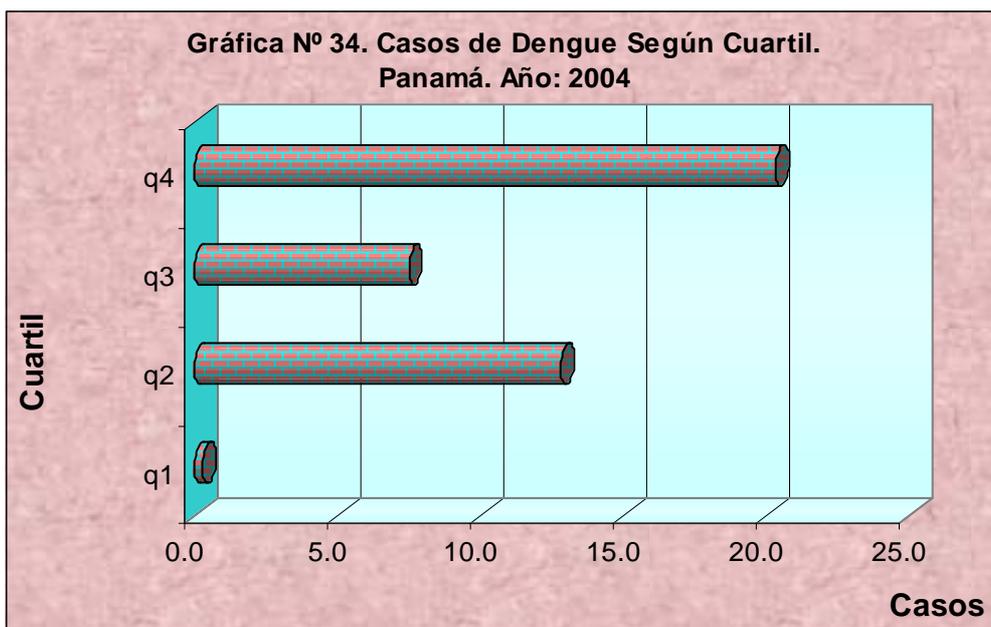
La malaria, enfermedad transmitida por vector, que en el 2004, concentra el mayor número de casos en los distritos ubicados en el primer y segundo cuartil, es decir en aquellos con Índice de Extrema Pobreza más elevado, con una diferencia de casos entre Q1 y Q4 de 31 casos y una relación Q1:Q4 de 1.25 . La tasa de incidencia de malaria fue 32 veces mayor en Q1 que en Q4. En el segundo y tercer cuartil se reportaron tasas cercanas a 290 defunciones por 100,000 habitantes; es decir 3 veces menores que en Q1. (Gráficas N° 32 y 33)



El cálculo de este índice considero los distritos ordenados por Índice de Pobreza Extrema – ENV 2003.

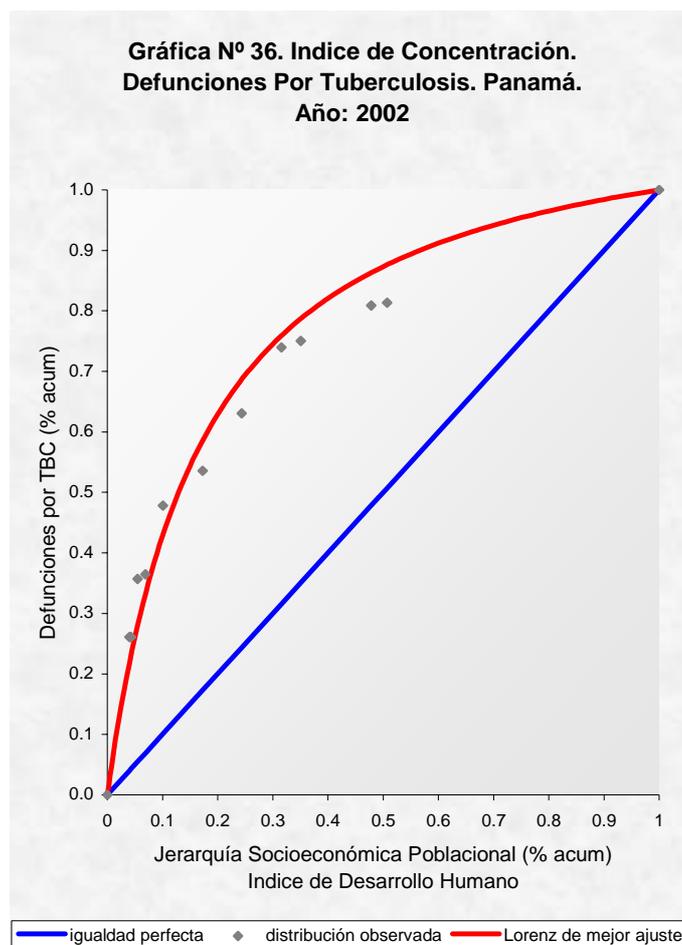
a.2. Dengue

Para el 2004, el mayor número de casos de Dengue se registró en el cuarto cuartil, es decir en los distritos con Índice de Pobreza Extrema más bajos. La tasa de incidencia de dengue oscilo entre 0.24 y 1.57 casos por 100,000 habitantes, la cifra más elevada se ubico en el Q2, siendo 6.4 y 1.3 veces mayor que en Q1 y Q4, respectivamente. El valor mínimo de la tasa de incidencia fue reportado en el cuartil con mayor Índice de Pobreza Extrema, es decir Q1. (Gráficas N° 34 y N° 35).



a.3. Tuberculosis

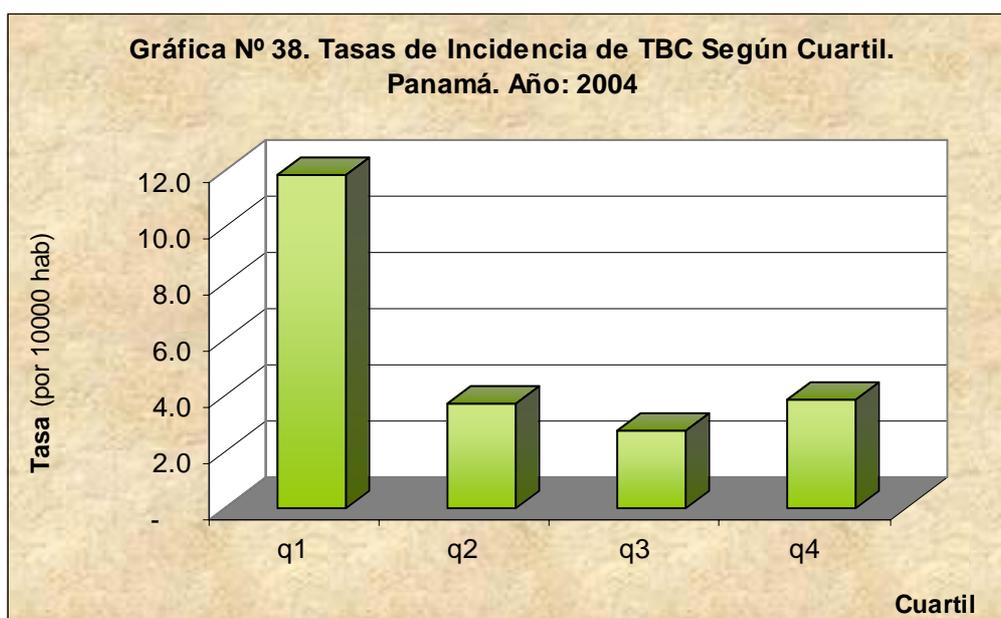
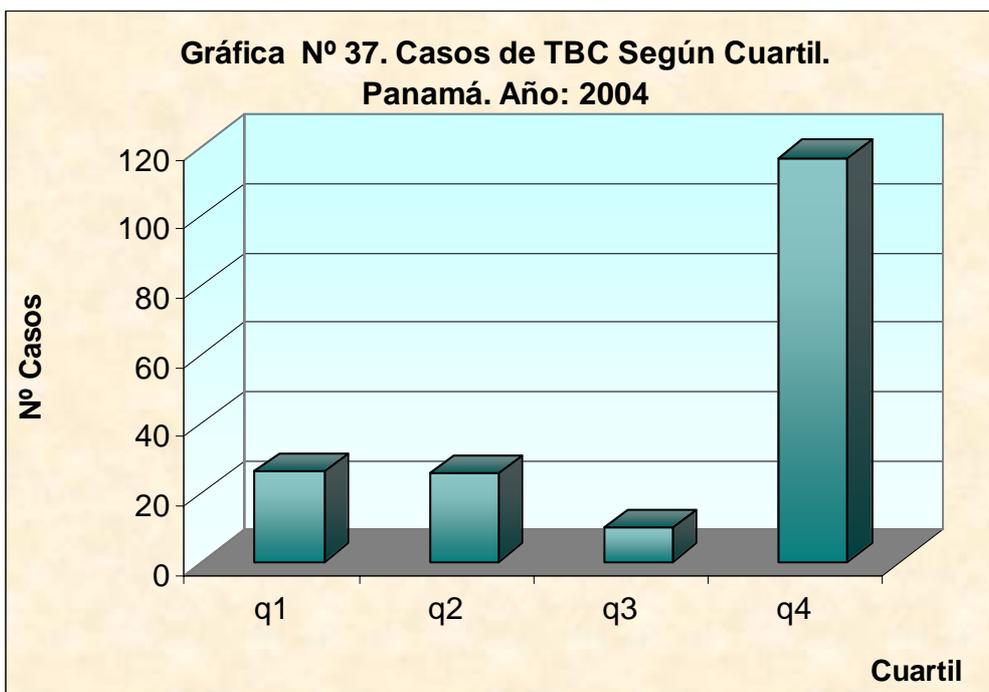
Según los datos del 2002, el Índice de Concentración de Gini para la mortalidad por tuberculosis (TBC), estimado utilizando como variables de ordenamiento de la jerarquía socioeconómica el Índice de Desarrollo Humano del 2002 (Cuadro N° 7), fue de -0-5701. Según este índice el 42.7% de las defunciones por TBC se ubica en el percentil 10, siendo este el de menor desarrollo humano. El 69.4% de las defunciones por TBC se registraron en el percentil 25. (Gráfica N° 36)



**Cuadro N° 7. Provincias/Comarcas Ordenadas Según Índice de
 Desarrollo Humano. Año: 2002**

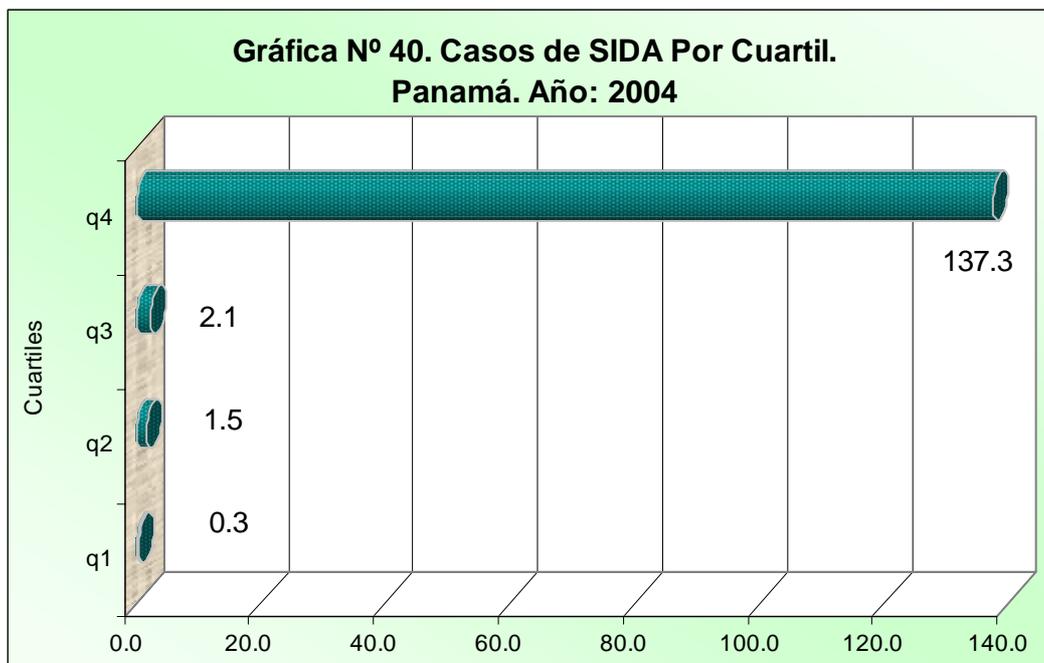
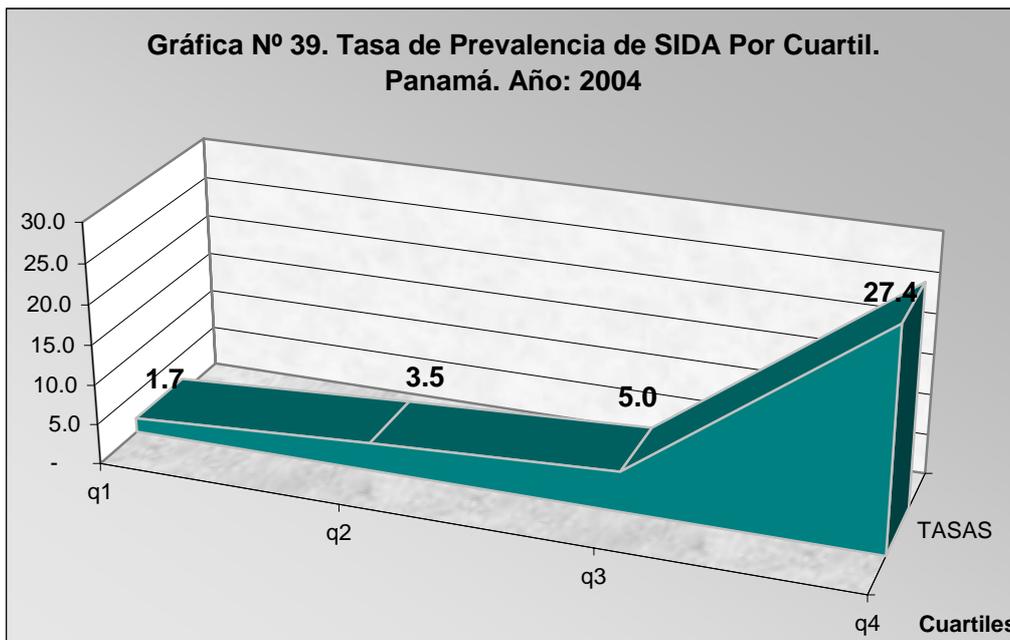
Provincias/Comarcas	
1. Comarca Ngöbe Buglé	7. Coclé
2. Comarca Emberá Wounaan	8. Colón
3. Comarca Kuna Yala	9. Herrera
4. Darién	10. Chiriquí
5. Bocas del Toro	11. Los Santos
6. Veraguas	12. Panamá

Para el 2004 los casos de TBC fueron más frecuentes en el Q4, donde ocurrieron 4.5 veces más casos que en Q1; sin embargo la tasa de prevalencia de TBC fue 3 veces mayor en Q1 que en Q4. El rango de esta tasa oscilo entre 2.7 y 11.8 casos por 10,000 habitantes, registrándose el valor mínimo en Q3 y el máximo en Q1. (Gráficas N° 37 y N° 38).



a.4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

En el año 2004, los casos de SIDA fueron 483 veces mayores en Q4 que en Q1; en tanto que la tasa de prevalencia tuvo un rango entre 1.7 y 27.4 casos de SIDA por 100,000 habitantes, con valores máximos en Q4 y mínimos en Q1. El riesgo de enfermarse por esta causa fue 15.8 veces mayor en el cuartil de menor Índice de Pobreza Extrema. Por su parte, Q2 duplicó y Q3 triplicó el riesgo de enfermarse de SIDA con respecto a Q1. (Gráficas N° 39 y N° 40)



b. La Mortalidad

Utilizando el Índice de Pobreza Extrema como indicador de jerarquía socioeconómica, para la identificación de desigualdades entre la población residente en los diferentes distritos del país con respecto a la mortalidad por enfermedades transmisibles, de alta frecuencia en la población panameña, tales como la tuberculosis, las diarreas, las neumonías, las otras enfermedades agudas de vías respiratorias inferiores y el SIDA se encontraron los siguientes hallazgos: (Gráficas N° 41 y N° 42)

Tuberculosis:

- Q4 presentó 5.5 veces más defunciones por esta causa que Q1.
- La tasa de mortalidad por TBC respiratoria tuvo un valor máximo de 13.4 y un mínimo de 0.7 casos por 100,000 habitantes, ubicándose el primer valor en Q1 y el segundo en Q3, respectivamente. El riesgo de morir por esta causa en la población residente en el primer cuartil fue 4.4 veces mayor que en Q4, es decir entre los distritos con mayor Índice de Pobreza Extrema.

Las Diarreas

- La enfermedad diarreica es uno de los diagnósticos más frecuentes en las instalaciones de salud; en tanto que las defunciones sumaron 123 para el año 2004.
- El mayor número de muerte ponderadas por peso poblacional de cada cuartil se registraron en el segundo y tercer cuartil; siendo las defunciones 1.3 veces mayores en Q1 que en Q4.
- Las tasas de mortalidad determinaron que el riesgo de morir por esta causa es 8 veces mayor en Q1 que en Q4, lo que puede guardar relación con las características del saneamiento básico de estos espacios poblacionales. El rango de las tasas oscilo de 1.4 a 15.3 defunciones por 100,000 hab.

Las Neumonías

- Murieron 14.5 veces más personas en Q4 que en Q1 y Q3 debido a la Neumonía.
- Las tasas de mortalidad por neumonía fluctuaron entre 10 y 14.9 muertes por 100,000 habitantes, reportándose tasas cercanas a 10 defunciones por 100,000 hab. en q1, q3 y q4 y valores máximos en q2, par un riesgo 1.5 veces mayor en Q2 que en el resto de los cuartiles.

Las Otras Enfermedades Agudas De Vías Respiratorias Inferiores

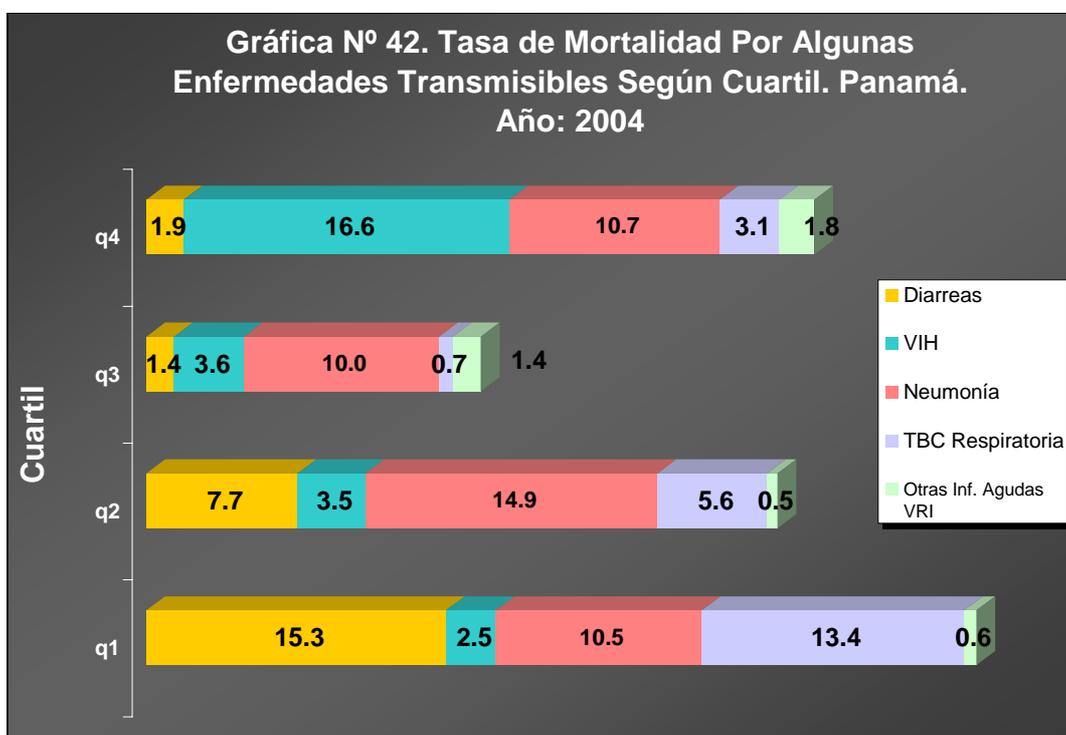
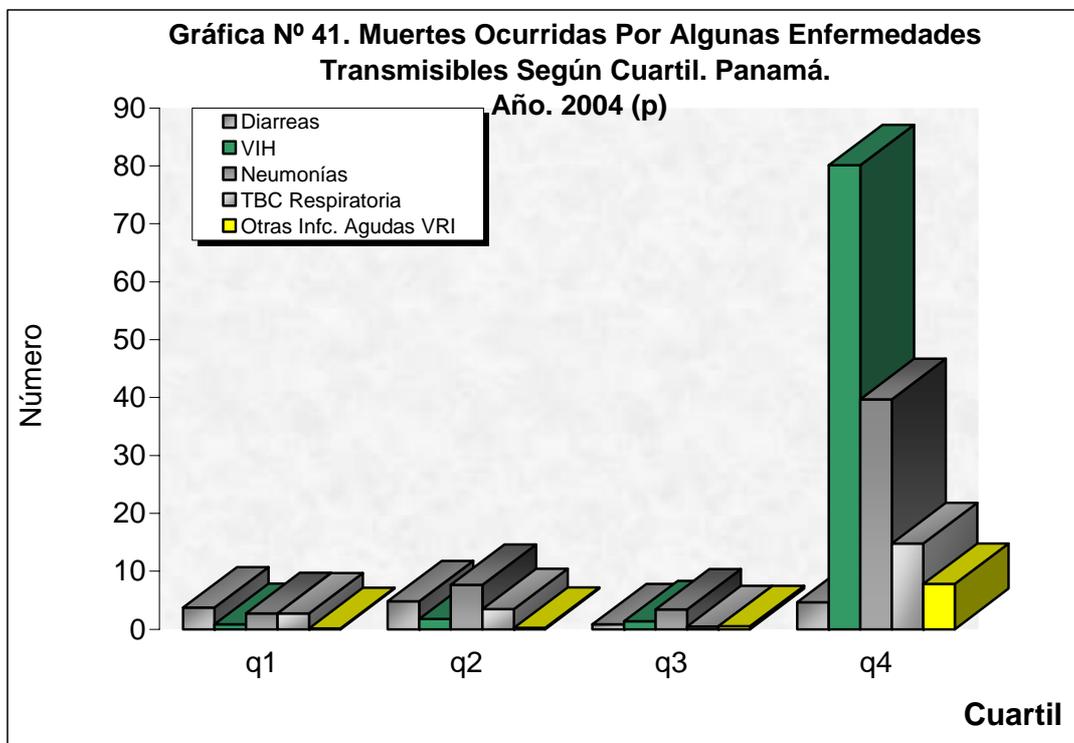
- Este grupo de patologías concentró las muertes en Q4 siendo más de 50 veces mayor el número de muertes con respecto a Q1.
- El rango de la tasa de mortalidad varió entre 0.5 (Q2) y 1.8 (Q4) defunciones por 100,000 habitantes; para un riesgo cerca de 3 veces mayor en Q4 que en Q1.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

- Este problema de salud pública se concentra en el cuartil de menor Índice de Pobreza Extrema, con 96 veces más casos en este cuartil que en Q1.
- La tasa de mortalidad, por su parte fluctuó entre 3.5. y 16.6 muertes por 100,000 habitantes, con valor mínimo en Q1 y máximo en Q4. Q2 y Q3 reportaron tasas cercanas a 3.5 6 muertes por 100,000 habitantes.
- El riesgo de morir por SIDA es 6.5 veces mayor en Q4 que en Q1.

Es importante hacer notar que este análisis de mortalidad a igual que otros que figuran en este documento, no han sido ajustados por subregistro dado la carencia de esta

información por la Contraloría General de la República de Panamá, pues sólo se dispone de este dato hasta el nivel de provincia y agregando todas las causas de muerte.



VII. Cobertura de Atención

a. Prenatal

En la actualidad la estimación de las coberturas de atención prenatal se estiman considerando, para el numerador, el criterio de adicionar a los ingresos al programa, las embarazadas nuevas en año, que fueron reportadas como ingreso el año anterior. Por otro lado, según el uso que se dará al indicador se aplican, como denominador las embarazadas esperadas o los nacidos vivos del año correspondiente con la cobertura a estimar. Estas definiciones traen como consecuencia el registro de coberturas, en general sobre estimadas, pues existen embarazadas captadas que no culminan el embarazo con un nacido vivo o bien no son parte del denominador, pues su embarazo fue estimado para el año anterior (las nuevas en el año).

Una dificultad adicional surge toda vez que las atenciones ofrecidas por la Caja de Seguro Social no se suman a este cálculo de cobertura, siendo que esta entidad atiende cerca del 60% de la población panameña. Sumado a esto, se hacen notables las diferencias de criterio existentes entre el MINSA y la CSS para el registro de datos, pues la CSS cuenta con la información desagregada por instalación de salud, no así por distrito; también no se cuenta con los datos provenientes de los servicios privados de salud; por tanto es importante indicar que el análisis plasmado a continuación, solo hace referencia a las atenciones ofertadas por el Ministerio de Salud en los respectivos programas de prevención que desarrolla, sean estos dirigidos a la embarazada, a los niños y niñas o bien a la población adulta.

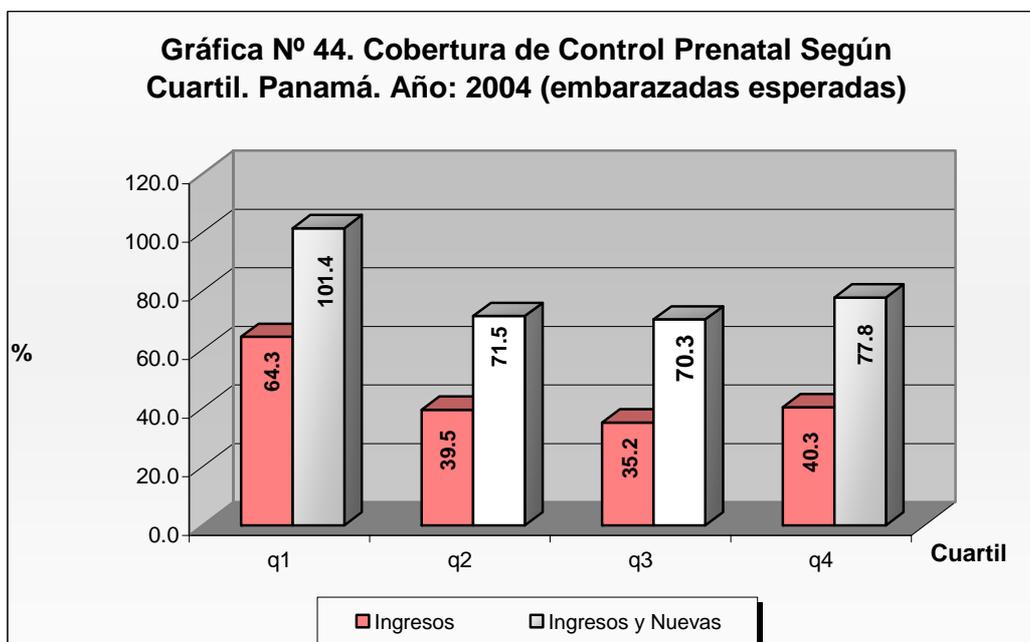
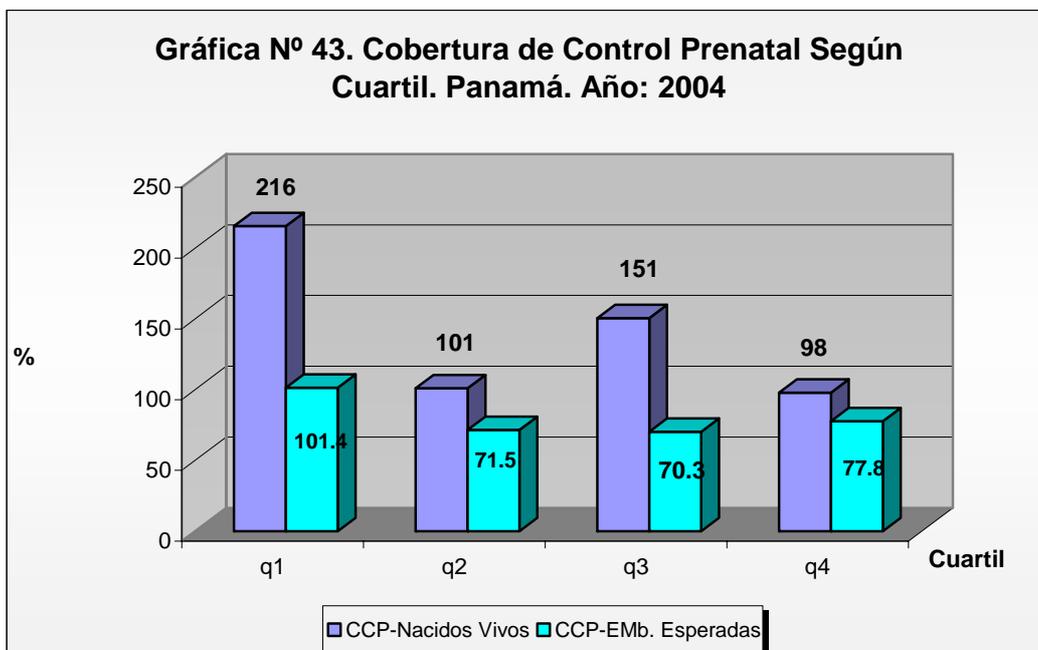
Una comparación entre la cobertura de control prenatal del 2004, tomando en cuenta los ingresos al programa más los nuevos en el año pero considerando como denominador, en un caso los nacidos vivos y en el otro las embarazadas esperadas hacer notar que:

- ✚ En ambos casos las coberturas más elevadas se reportaron en el primer cuartil.
- ✚ Cuando se utilizó como denominador las embarazadas esperadas las cifras de cobertura, estuvieron por debajo del 100% en los cuartiles q2, q3 y q4; y que, la cobertura en Q1 fue 1.3 veces mayor que en Q4.
- ✚ En el caso en que el denominador fueron los nacidos vivos, las coberturas en todos los cuartiles superaron el 95% y fue 2.2 veces mayor en Q1 que en Q4; es decir en el cuartil con el Índice de Pobreza Extrema más elevado. (Cuadro N° 4 Gráfica N° 43)

Desde otra perspectiva de análisis, y considerando como denominador las embarazadas esperadas pueden identificarse las siguientes situaciones:

- ✚ La estimación de la cobertura por cuartil sugiere que esta es mayor en Q1 que en el resto de los cuartiles, sea que como numerador se consideren los ingresos al programa únicamente o bien los ingresos al programa más las nuevas en el año.
- ✚ Que cuando se ha utilizado como numerador los ingresos al programa únicamente, la cobertura es 1.6 veces mayor en q1 que en q4, situación que pudiera explicarse porque la población residente en los distritos del q1, en general es atendida en instalaciones del Ministerio de Salud, por ser este el cuartil clasificado como el de mayor Índice de Pobreza Extrema (IPR) y porque al no disponer de datos relativos a la prestación de todos servicios ofertados por la CSS a las embarazadas, los cuartiles con IPE más bajos, necesariamente se ven afectados por el subregistro de datos. (Gráfica N° 44)

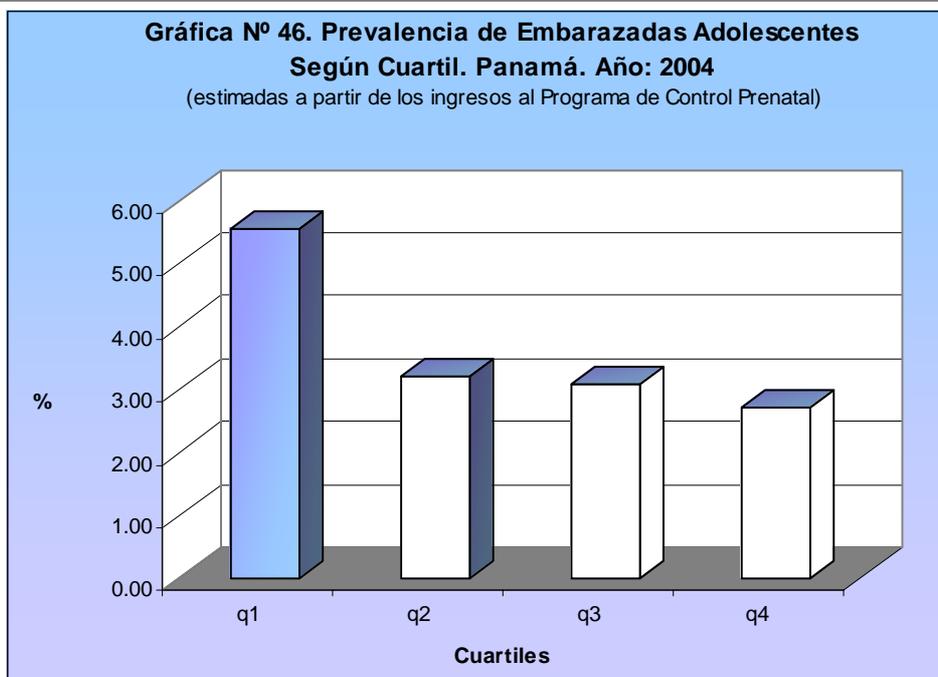
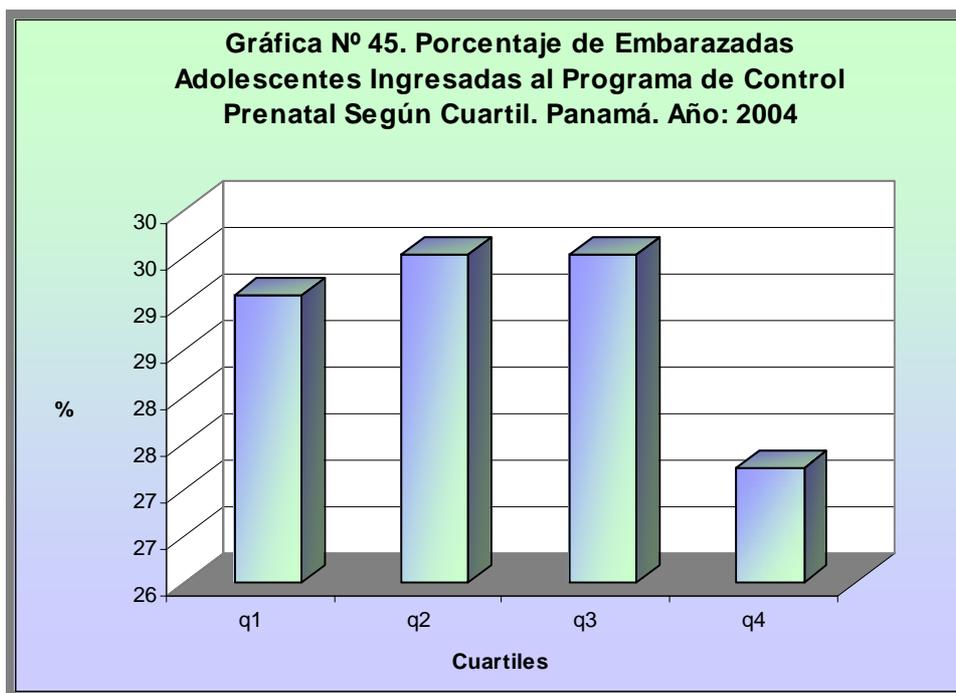
Finalmente, sería indispensable la unificación de los criterios de registro de datos entre la CSS y el MINSa; así como la revisión de los criterios técnicos para la estimación de las coberturas en cuanto a su numerador y denominador, pues las cifras aportadas no son consistentes, aunque es posible que se aproximen más a la realidad aquellas que surgen de relacionar, únicamente, los ingresos con las embarazadas esperadas.



* No incluye datos de las Clínicas Privadas. Sólo se incluyen datos de la CSS en los distritos de Arraiján, Capira, Chepo, La Chorrera y San Carlos.

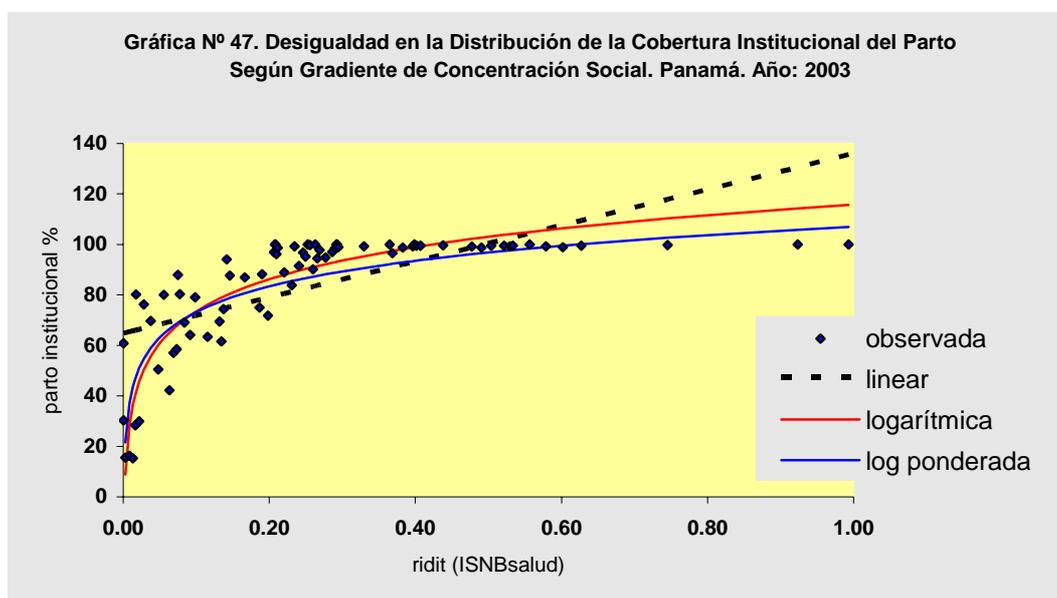
b. De Embarazadas Adolescentes

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública en Panamá, entre el 27 y 30% de las embarazadas ingresadas, según cuartil, al Control Prenatal eran adolescentes. Con valores mínimos en el Q4 y máximos en el Q2 y Q3. Por otro lado, la prevalencia de adolescentes embarazadas, estimada a partir de los ingresos al control prenatal, presentó un rango entre 2.71 y 5.53%, siendo 2 veces mayor en Q1 que en Q4. (Gráficas N° 45 y N° 46)



c. Atención Profesional Del Parto

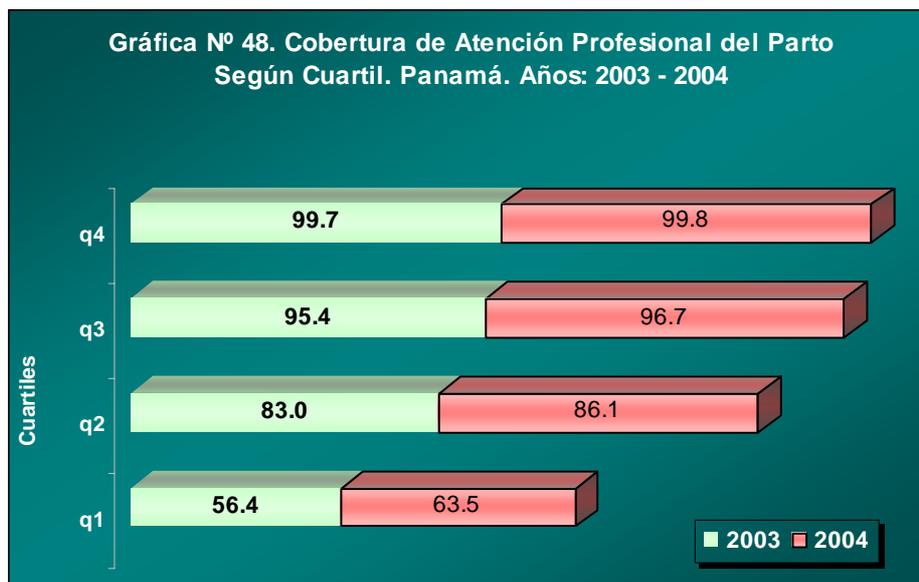
La desigualdad en los nacidos vivos con atención profesional del parto entre los extremos de la jerarquía social y a lo largo de ella es equivalente a 42.3 por cada 100 nacidos vivos (IDP). En consecuencia, un decil de ascenso en la escala social implicaría un incremento de 4.2 nacidos vivos con atención profesional del parto por cada 100 nacidos vivos. A lo largo de la gradiente social, definida por el grado de satisfacción de necesidades básicas de salud, el riesgo de nacer sin atención profesional del parto es, en el extremo más insatisfecho, 73% mayor que en el extremo más satisfecho en sus necesidades básicas de salud. (Gráfica N° 47)



El cálculo de este índice considero los distritos y como medida de gradiente social, el Índice de Satisfacción de las Necesidades Básicas de Salud-2000.

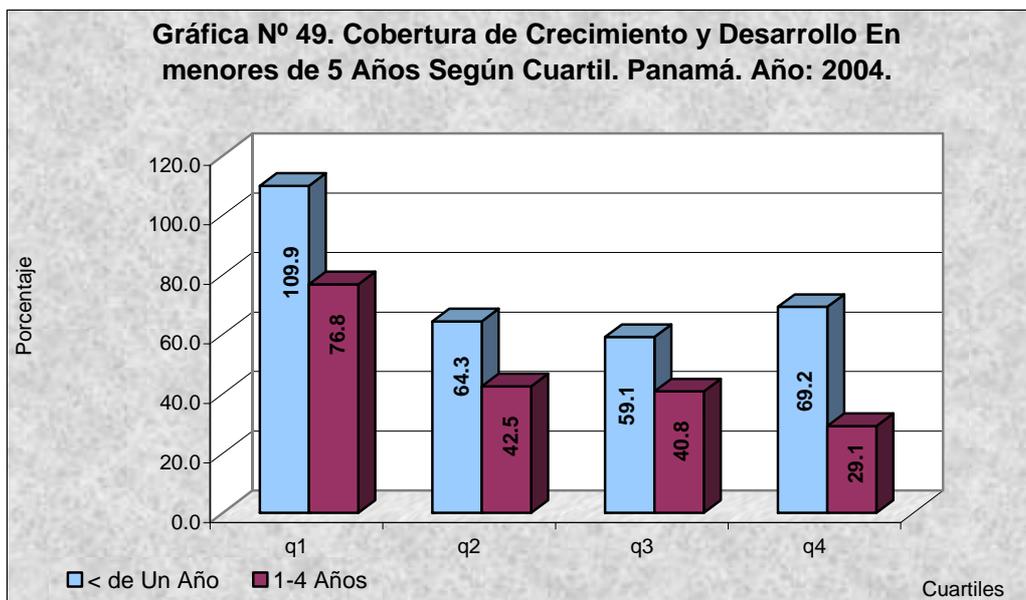
Un análisis de desigualdad en la atención profesional del parto (Gráfica N° 48) para los años 2003 y 2004, indica que:

- ✚ Para ambos años la cobertura de atención profesional del parto aumenta con el descenso del Índice de Pobreza Extrema y que este indicador fue 1.8 y 1.6 veces mayor en Q4 que en Q1 en los años 2003 y 2004, respectivamente.
- ✚ Las diferencias de coberturas favorecieron al Q1 siendo que se produjo un incremento de 7.1 puntos porcentuales en este cuartil, seguido de Q2 que presentó un incremento en 3.1 puntos porcentuales.



d. Crecimiento y Desarrollo del Menor de 5 Años

Los datos del 2004 sugieren que la cobertura de crecimiento y desarrollo en los menores de un año y en la población de 1-4 años es más elevada en Q1 que en Q4; siendo 1.6 y 2.6 veces mayor, para los mencionados grupos de población, respectivamente. Llama la atención que este indicador disminuye a medida que disminuye el Índice de Pobreza Extrema, esto quizás sea debido a la falta de datos de relativos a los servicios prestados por la CSS y las instalaciones privadas de salud. (Gráfica N° 49).

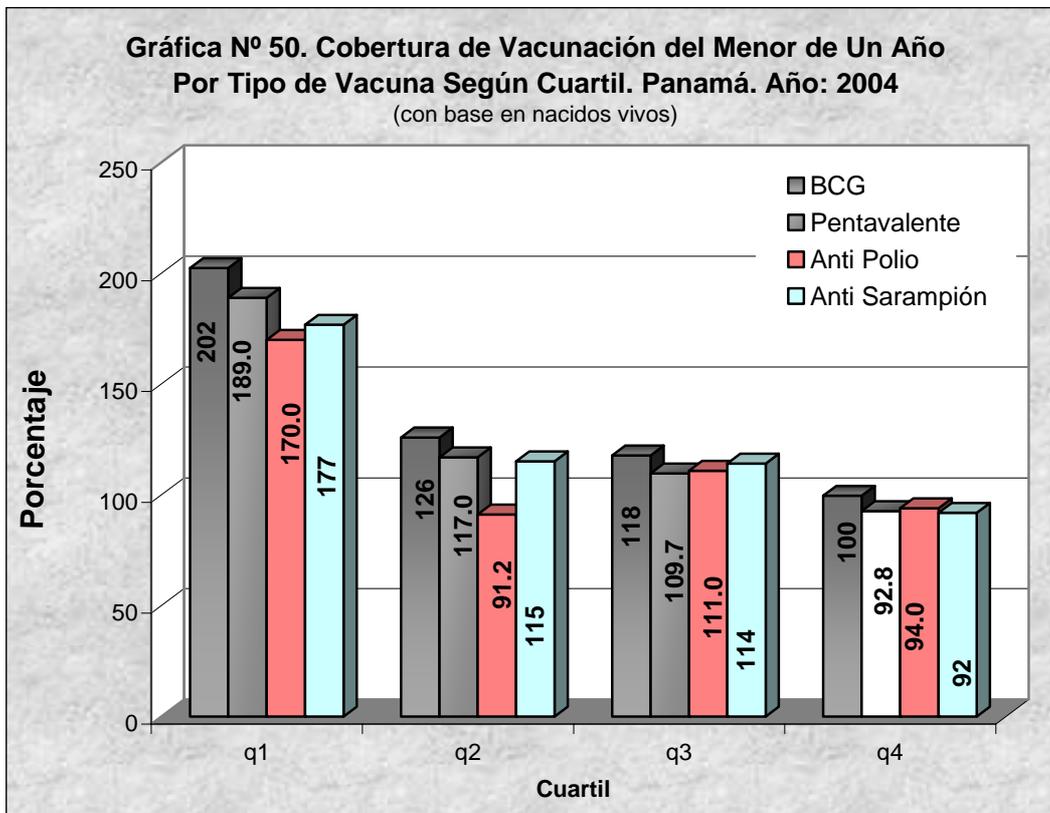


e. Vacunación

El programa Ampliado de Inmunizaciones desde hace varios años atrás ha estimado las coberturas de vacunación para los menores de un año, empleando como denominador los menores de un año y los nacidos vivos. Este hecho genera coberturas muy disímiles toda vez que al aplicar como denominador los nacidos vivos las mismas superan el 100%, reflejando coberturas sobre estimadas.

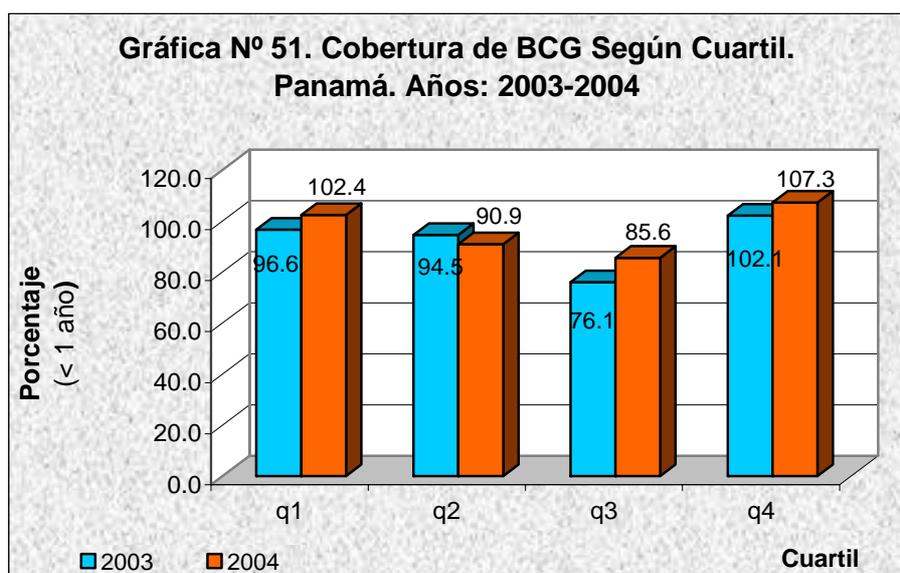
El análisis de desigualdad para este indicador para el 2004, (Gráfica N° 50) permite identificar que cuando las coberturas de vacunación se estimaron según nacidos vivos:

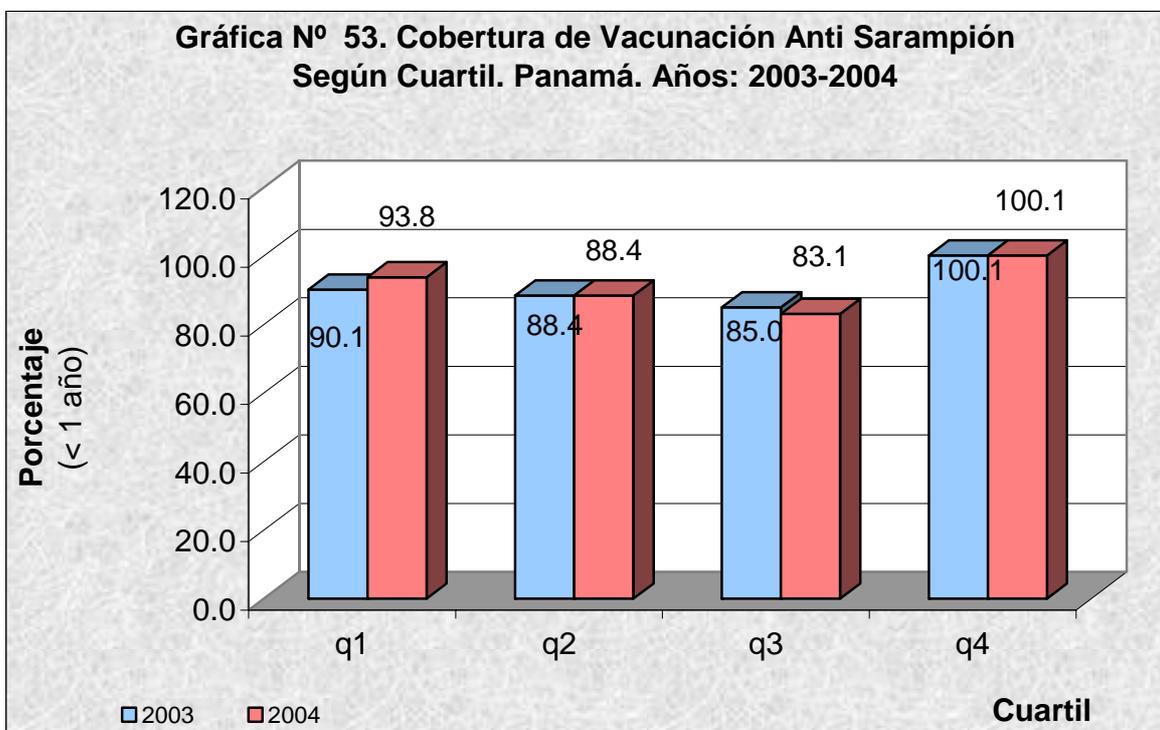
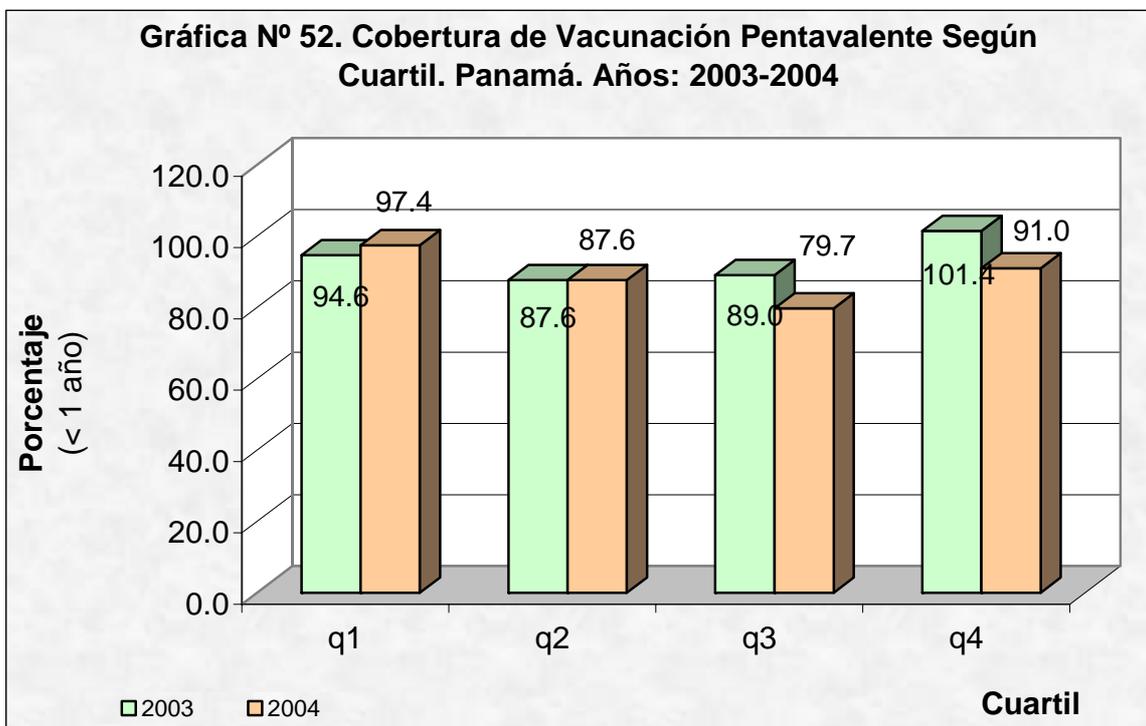
- Las coberturas superan en todos los cuartiles y para todas las vacunas el 90% y es cerca de 2 veces mayor en Q1 que en Q4 para todas las vacunas aplicadas al menor de un año.
- La cobertura de vacunación con BCG tuvo un rango entre 100 y 202% con un mínimo en Q4 y un máximo en Q1.
- La pentavalente registro una cobertura en un rango entre 189 y 92.8% valores que se situaron en Q1 y Q4, respectivamente.
- La vacunación antipoliomielítica tuvo una cobertura que fluctuó entre 91.2 y 170%, correspondiendo estos valores a los cuartiles 2 y 1, respectivamente.
- En el caso de la vacuna anti sarampión la variación de la cobertura oscilo entre 92 y 177%, para un máximo en Q1 y un mínimo en Q4.

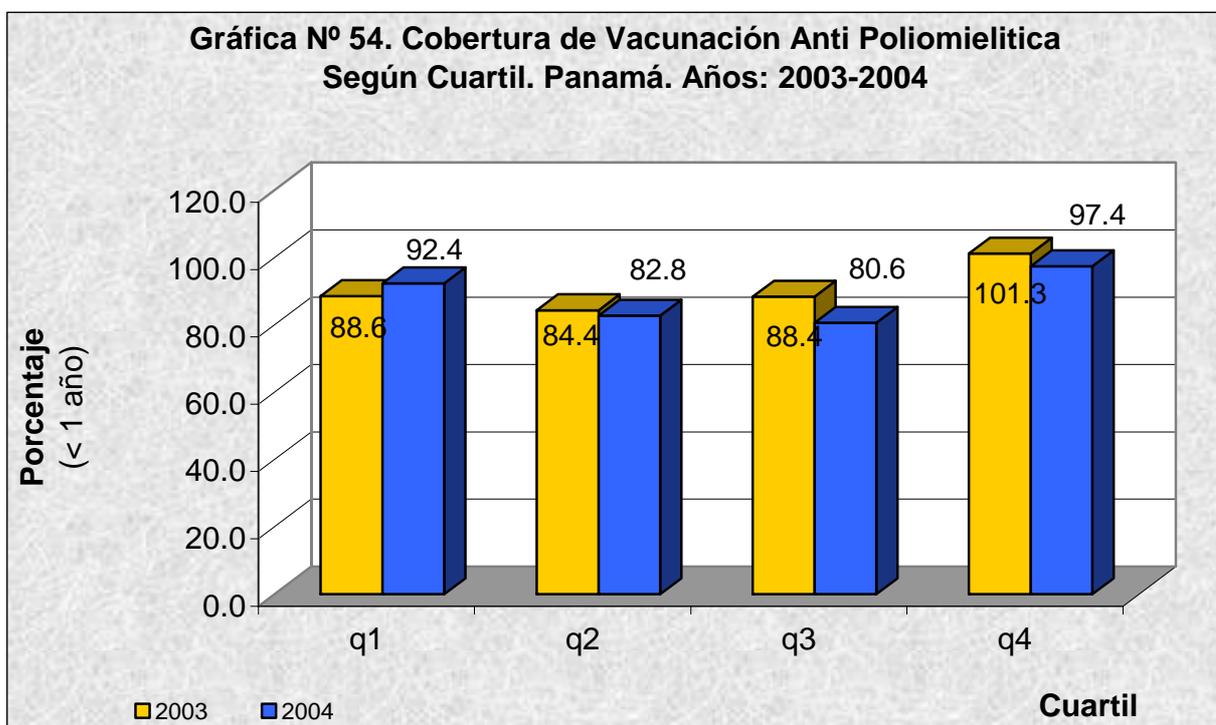


Cuando el análisis de desigualdad para este indicador en el 2003 y 2004, (Gráficas N° 51 a 54) se efectuó tomando como denominador los menores de un año, se refleja lo siguiente:

- ✚ El tercer cuartil reportó las coberturas más bajas de BCG para ambos años, aunque las cifras del 2004 superaron las del 2003 en 9.5 puntos porcentuales. Las coberturas más elevadas se reportaron, en ambos años en Q4, cuartil cuya cobertura superó el 100%. A excepción del Q2 todos los cuartiles incrementaron su cobertura de BCG en el 2004 con respecto al 2003.
- ✚ La cobertura del menor de un año con la vacuna pentavalente obtuvo, en el 2003, sus valores máximos en el Q4 con cifras de 101.4% y mínimos en Q2 con 87.6%. En tanto que para el 2004, los mínimos de cobertura por esta vacuna fueron de 79.7% en Q3 y los máximos de 97.4% en Q1. Los cuartiles 3 y 4 disminuyeron sus coberturas de vacunación en el 2004 con relación al 2003.
- ✚ La cobertura de vacunación Anti Sarampión, en el primer cuartil, reflejo un incremento de 3.7 porcentuales en el 2003 con respecto al 2004. En tanto que, Q2 y Q4 reportaron la misma cobertura en ambos años. El tercer cuartil tuvo un descenso de 1.9 puntos porcentuales.
- ✚ La vacunación Anti Polio tuvo una cobertura, para el 2003, que alcanzo valores máximos de 101.3% en Q4 y mínimos de 84.4% en Q2. En tanto que, en el 2004 el valor máximo alcanzado fue de 97.4% y el mínimo de 80.6%. En el primer cuartil, se dio un incremento de 3.8 puntos porcentuales, en tanto que en el resto de los cuartiles se reflejó un descenso en la cobertura alcanzada en el 2004; siendo de 1.6, 7.8 y 3.9 puntos porcentuales para q2, q3 y q4, respectivamente.
- ✚ Finalmente, parece oportuno mencionar que las coberturas estimadas tomando como denominador los nacidos vivos se mantienen dentro del criterio estadístico del 100% ya que en contadas situaciones superen este valor. Tal es el caso de la BCG un máximo de 107.3 % en el Q4 para el 2004, cifra máxima alcanzada en ambos años al considerar todas las vacunas analizadas.





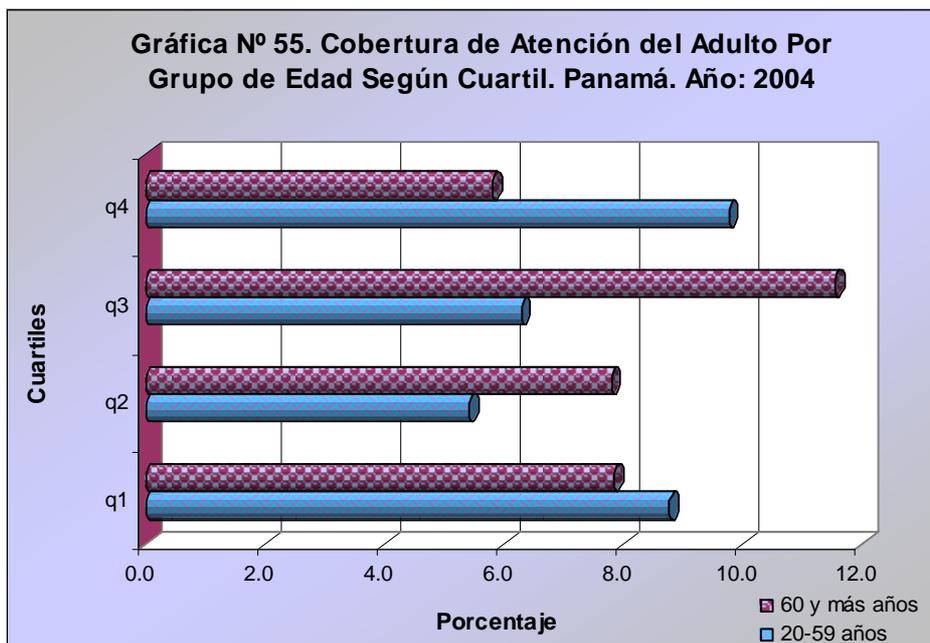


f. De Atención del Adulto

Para el año 2004, la cobertura de salud del adulto no superó, en ningún cuartil el 10% en el grupo de 20-59 años y el 12% en la población de 60 y más años. El rango de cobertura de los adultos entre 20 y 59 años fue de 5.4 a 9.8% con valores mínimos en Q2 y máximos en Q4; siendo 1.1 veces mayor en Q4 que en Q1. En el caso de la población de 60 y más años el rango de la cobertura de control de salud estuvo entre 5.8 y 11.6% con valor máximo en Q3 y mínimo en Q4.

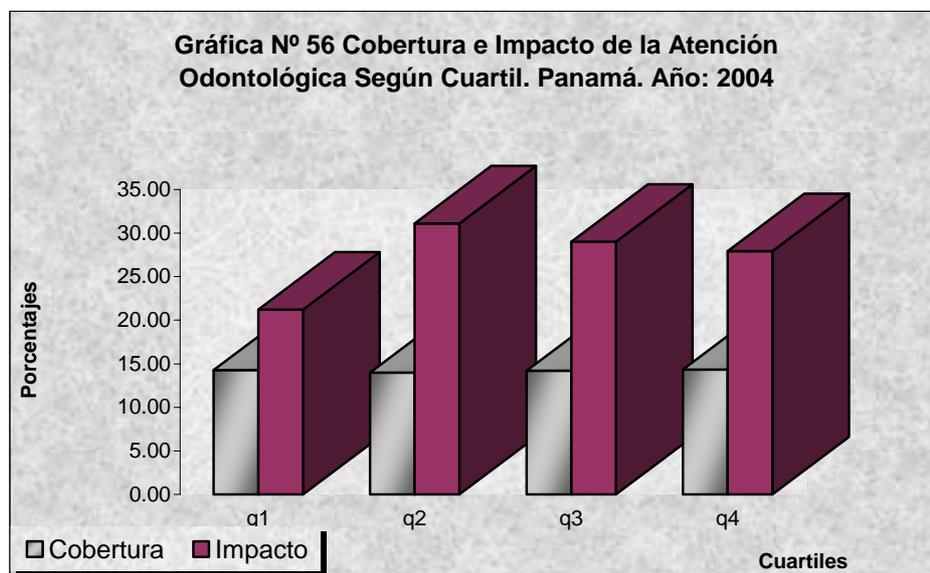
En ambos casos es válido indicar que este indicador fue analizado tomando como base las provincias y el Índice de Desarrollo Humano 2002, como indicador para establecer la jerarquía socioeconómica. Los datos de la CSS en relación con este indicador no estaban disponibles al momento del análisis. Tampoco se incluyen las clínicas privadas. (Cuadro N° 7 y Gráfica N° 55).

g. Atención Odontológica



La atención odontológica puede medirse mediante la aplicación de dos indicadores, uno de los cuales es de cobertura y otro de impacto. El análisis de desigualdades refleja que:

- ✚ En todos los cuantiles la cobertura de atención odontológica se aproxima al 14%
- ✚ El impacto en la atención odontológica osciló entre 21.2 y 31.1%, correspondiendo el valor más elevado al segundo cuartil y el más bajo al primer cuartil.
- ✚ En cuanto al impacto, también puede decirse que en Q4 este fue 1.3 veces mayor que en Q1 y que, en Q2 el mismo fue 1.5 veces mayor que en Q1. (Gráfica N° 56).



h. Saneamiento Ambiental

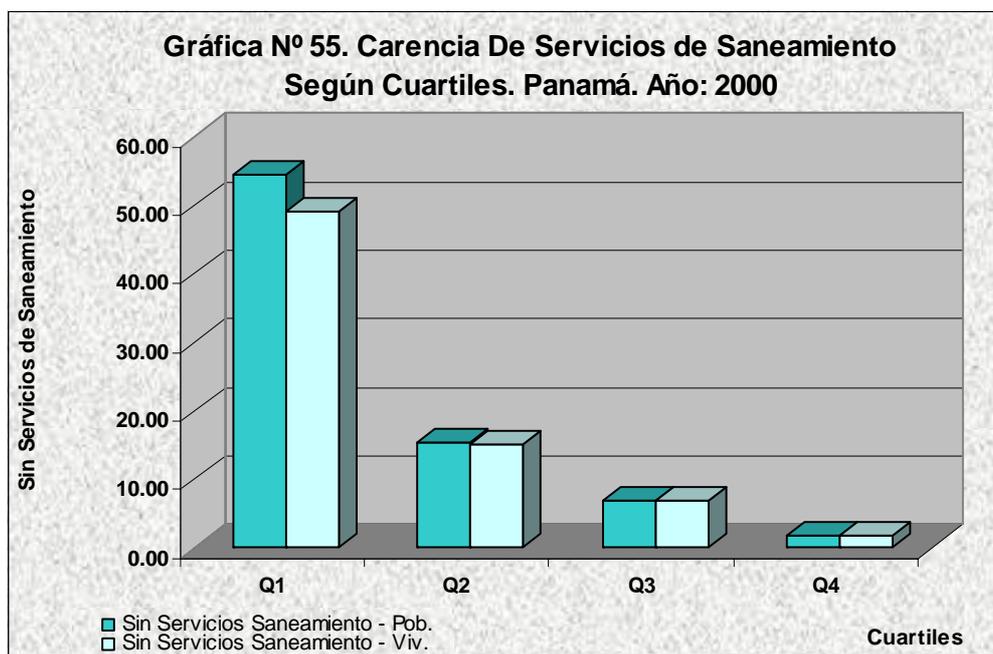
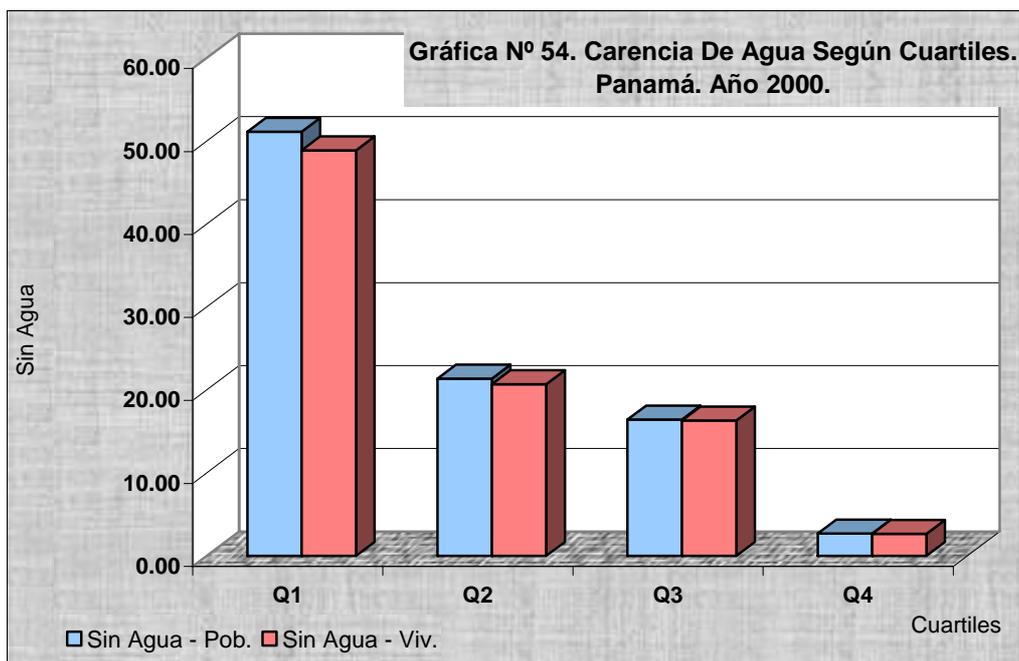
El Índice de Desarrollo Humano del 2000 fue la variable socioeconómica utilizada para el ordenamientos de los distritos del país según esta jerarquía y a partir de allí efectuar el análisis de desigualdades aplicando medidas basadas en rango, para lo cual se aplicó como medida de resumen estadístico los cuartiles. (Cuadro N° 8).

Cuadro N° 8. Distritos Según Cuartiles Ordenados por el Índice de Desarrollo Humano. Panamá. Año: 2000

Cuartiles			
Q1	Q2	Q3	Q4
Besiko	La Mesa	Chepo	Pedasi
Kankintú	Calobre	Macaracas	Bugaba
Mironó	Soná	Capira	Santa María
Nole Duima	San Francisco	San Félix	Chame
Müna	Chimán	Atalaya	Boquete
Sambú	Chiriquí grande	Penonomé	Guararé
Nürüm	Renacimiento	Alanje	Santiago
Kusapín	San Lorenzo	Changuinola	Los Santos
Cémaco	Chagres	Antón	Agua Dulce
Cañazas	Los Pozos	Balboa	Dolega
Kuna Yala	La Pintada	Natá	La Chorrera
Santa Fé	Montijo	Pesé	Colón
Las Palmas	Bocas del Toro	Barú	Taboga
Chepigana	Río de Jesús	San Carlos	Arraiján
Las Minas	Santa Isabel	Parita	Las Tablas
Tole	Remedios	Portobelo	Chitré
Donoso	Ocú	Boquerón	San Miguelito
Pinogana	Gualaca	Pocrí	David
Ola	Tonosi		Panamá

Independientemente del dato utilizado para efectuar la ponderación del indicador sin agua, es decir cuando se utilizó la población por cuartil, como al aplicar las viviendas por cuartil, se hace notar que al aumentar el Índice de Desarrollo Humano disminuye la carencia del servicio agua. De igual forma, puede decirse que cerca de la mitad de la población como de las viviendas carece de agua potable en el primer cuartil y que en este hay entre 18 y 19 veces menos cobertura de agua que en Q4. (Gráfica N° 57)

Un análisis de la desigualdad en el acceso a los servicios de saneamiento para el año 2000, reflejó que 54.6% de la población que reside en los distritos clasificados con la menor jerarquía socioeconómica carecen de estos servicios y que en Q1 esta cobertura es 31 veces menor que en Q4. De igual forma se identificó que 1 de cada 2 viviendas en Q1 carece del servicio de saneamiento, para una cobertura de viviendas con estos servicios 28 veces menor en Q1 que en Q4. En general hay más carencia de este servicio en los cuartiles que agrupan distritos con menor Índice de Desarrollo Humano. (Gráfica N° 58)

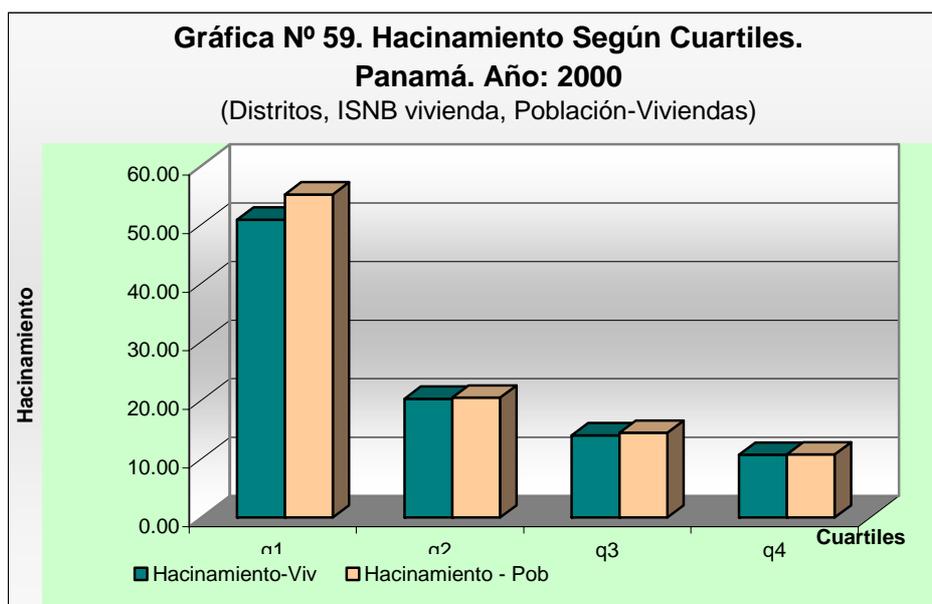


Al utilizar el Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda (ISNBV) del 2000 como la variable socioeconómica utilizada para el ordenamientos de los distritos del país según esta jerarquía se agruparon los distritos con menor índice en el primer cuartil y los de índice más elevado en Q4. (Cuadro N° 9).

El hacinamiento es un indicador de la calidad de la vivienda, en este sentido cerca del 55% de las personas que residen en Q1 viven hacinadas y por cada 5 personas hacinadas en Q1 hay una en Q4. Cuando se analiza la variable considerando las viviendas se identifica que una de cada dos viviendas del Q1 se clasificaron como hacinadas en el año 2000 y que por cada 4.8 viviendas que cumplen con los criterios para ser clasificadas como hacinadas en Q1 hay una en Q4. (Gráfica N° 56)

Cuadro N° 9. Distritos Según Cuartiles Ordenados por el Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda. Año: 2000

Q1	Q2	Q3	Q4
Besiko	Pinogana	Balboa	Chame
Müna	La Mesa	Ocú	Pesé
Mironó	Santa Fé	Remedios	Dolega
Nole Duima	Chagres	Barú	Santa María
Kuna Yala	Soná	Penonome	La Chorrera
Kankintú	Ola	Changuinola	Santiago
Cémaco	Calobre	Tonosí	Boquete
Kusapín	Chepo	Macaracas	Parita
Ñürüm	San Lorenzo	Boquerón	Colón
Sambú	Montijo	Portobelo	Arraiján
Las Palmas	Santa Isabel	Antón	David
Cañazas	Renacimiento	San Carlos	Los Santos
Chimán	La Pintada	Bugaba	Guararé
Chepigana	Río de Jesús	Atalaya	Las Tablas
Donoso	Chiriquí grande	San Félix	Agua Dulce
Bocas del Toro	Los Pozos	Natá	Panamá
Las Minas	Capira	Pedasi	Taboga
Tole	Gualaca		San Miguelito
San Francisco	Alanje		Chitré



VIII. Consideraciones Finales

1. Las condiciones de vida de la población residente en Panamá, han presentado a través del tiempo, un comportamiento que refleja desigualdades en su distribución geográfico poblacional según lo reflejan algunos indicadores tales como: la Esperanza de Vida al Nacer, el Índice de Desarrollo Humano 1990 y 2000 (IDH), el Ingreso Anual Per Cápita 2000, Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas 2000, Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas de Salud 2000, el Índice de General de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda 2000 y el Índice de Pobreza Extrema 2003.
2. El índice de Gini para el 2000 deja claro que el percentil más pobre es, también, el de menor desarrollo humano; y que el percentil con mayor desarrollo humano concentra el mayor ingreso percápita.
3. Aplicando los diversos indicadores para la jeraquización socioeconómica destacan los distritos de Chitré, San Miguelito y Panamá como los de menor desigualdad, variando su ordenamiento según el indicador de jerarquización utilizado.
4. Existe evidencia que las desigualdades en salud están relacionadas con el comportamiento de indicadores socioeconómicos. Este análisis permitió ubicar a los distritos que concentran a la población indígena, como los más pobres y con mayor desigualdad en salud. Sin embargo, esto no quiere decir, que los distritos ubicados en el cuarto cuartil no concentran también, comunidades con diferente nivel de desarrollo y condiciones de salud, así como de acceso a la atención sanitaria.
5. Un análisis de las desigualdades en salud, utilizando medidas epidemiológicas con mayor fuerza para la toma de decisiones, se ve limitado en el país por la no disponibilidad de datos confiables, pues los disponible actualmente, se ven afectados por el subregistro, por la inconsistencia en la definición de los datos para la estimación de algunos indicadores y/o por la duplicidad de registro de datos en algunas regiones de salud, como es el caso de lo relativo a las coberturas de atención.
6. A pesar de las desigualdades existentes, se destaca que las mayores diferencias incrementales de la esperanza de vida 1990-2002 ocurrieron en las comarcas indígenas, aunque se mantiene una gran brecha con respecto al cuarto cuartil. Además, en todos los cuartiles se observó que este indicador es mayor en mujeres que en hombres, lo cual refleja desigualdades por sexo.
7. Tanto en el año 2003 como en el 2004, se concentra el menor porcentaje de defunciones con certificación médica en el primer y segundo cuartil. Mientras que en el cuarto cuartil el 98.9% de las defunciones tenían certificación médica, en el primero esta cifra sólo alcanzó el 58.4%.
8. El índice de concentración de la tasa de mortalidad infantil indica que en el primer y segundo percentil, los más pobres, se concentra el mayor riesgo de morir antes de los 12 meses de vida. Por otro lado, la mortalidad posneonatal afecta, principalmente, a las poblaciones residentes en los distritos que se clasifican en el segundo y primer cuartil. El mayor riesgo de morir en el periodo infantil, neonatal y posneonatal se reportó en el segundo cuartil.
9. Aunque para el 2004, las muertes maternas se concentran en el cuarto cuartil, es decir en los distritos con menor pobreza extrema, pero las tasas de mortalidad en este grupo son más elevadas en el primer cuartil, dando evidencia del mayor riesgo de morir durante el periodo prenatal y puerperio de las mujeres indígenas.

10. La situación nutricional demuestra sus más deficientes indicadores (bajo peso al nacer, desnutrición en menores de 5 años y desnutrición crónica en menores de 10 años) en los grupos geográfico poblacionales del primer cuartil.
11. En el 2004, un indicador claro de desigualdad en salud, lo constituyen las primeras 5 causas de muerte (tumores malignos, enfermedad cerebro vascular, enfermedades isquémicas del corazón, causas externas y diabetes) que proyectan que el mayor riesgo de morir por estas causas, se concentra en el cuartil con menor pobreza extrema.
12. Las causas externas y los tumores malignos son, de entre las principales causas de muerte, las que más afectan a la población residente en los distritos que conforman el primer cuartil y son los tumores malignos de cuello del útero, próstata y estómago los que más afectan a la población que vive con mayor pobreza extrema.
13. Patologías trazadoras asociadas al consumo de productos de tabaco, como las enfermedades crónicas de vías respiratorias (enfisema pulmonar y bronquitis crónica), reportan igual riesgo de morir en el segundo y cuarto cuartil.
14. Como contraste, destacan la desigualdad en salud, algunas patologías transmisibles como la malaria y la tuberculosis (TBC), que afectan principalmente a la población en mayor pobreza extrema, con una tasa de incidencia 32 y 3 veces mayor en el primer cuartil con respecto al cuarto, respectivamente. Por otro lado, los casos de TBC se concentran en el cuarto cuartil, hecho de gran trascendencia en salud pública, para el control de la cadena de transmisión dada la concentración de población. En el 2002, cerca del 50% de las muertes por TBC se reportan en el primer percentil, el de menor desarrollo humano.
15. Por otro lado, son el SIDA y el Dengue patologías cuyas tasas de prevalencia e incidencia, respectivamente, son mayores en el cuartil con menor índice de pobreza extrema.
16. En Panamá y en pleno Siglo XXI las diarreas y la TBC se ubican entre las 5 principales causas de muerte por enfermedades transmisibles, concentrándose el riesgo de morir en el primer cuartil; es decir, en aquellos distritos con índice de pobreza extrema más elevado.
17. Las coberturas de control prenatal presentan inconsistencia y superan en algunos casos, según sea la población de referencia que se aplique al denominador, el 100%.
18. La prevalencia de embarazadas adolescentes, estimada a partir de las que acuden a los servicios de salud en búsqueda de atención prenatal, es mayor en el primer cuartil.
19. Para el 2003, es evidente la desigual distribución de la cobertura institucional del parto según gradiente de concentración social, siendo en el extremo con mayor insatisfacción de necesidades básicas de salud, 73% mayor que en el extremo más satisfecho. En el extremo opuesto, se ubican las coberturas de crecimiento y desarrollo en el menor de un año y en la población de 1-4 años, pues son mayores en los distritos ubicados en el primer cuartil.
20. Las coberturas de vacunación estimadas con base en los nacidos vivos superan el 92% para todos los tipos de vacuna y todos los cuartiles, superando el 177% cuando se trata del primer cuartil. Sin embargo, cuando la estimación de estas coberturas se efectúa tomando como población de referencia a los menores de un año, las coberturas de vacunación para todos los cuartiles y tipos de vacuna fluctúa entre el 107% y el 79%, lo que parece sugerir valores más reales.
21. La cobertura de atención del programa de adulto y de tercera edad es baja en todos los cuartiles, jerarquizados con base al IDH del 2002, según provincias.

Por otro lado, la cobertura de atención odontológica esta alrededor del 14% en todos los cuartiles, aunque con menor impacto en el primer cuartil.

22. La carencia de servicios de saneamiento ambiental es entre 28 y 31 veces mayor en el primer cuartil con respecto al cuartil con mayor desarrollo humano en el año 2000. Similar situación se presenta con relación al hacinamiento.

IX. Recomendaciones

1. El Estado panameño debe considerar el desarrollo de políticas económicas y sociales orientadas al desarrollo integral de las comunidades, corregimientos, distritos y provincias que concentran el mayor grado de desigualdad con la finalidad de reducir las brechas existentes.
2. El Sector Salud requiere que las estrategias, innovaciones e intervenciones de salud pública ha implementar sean evaluadas en termino de costo – efectividad y focalizadas hacia los distritos ubicados en el primer y segundo cuartil, pues en ellos se concentran las mayores desigualdades en salud.
3. Mejorar el sistema de información de salud con la finalidad de que sea posible efectuar un análisis de desigualdades que permita su desagregación, como mínimo, a nivel de corregimientos.
4. Definir como unidad geográfico poblacional mínima para el análisis estadístico y la toma de decisiones los corregimientos, pues los distritos son unidades de análisis muy grande que esconden las diferencias que existen a lo interno de estos.
5. Coordinar con la Contraloría General de la Nación la estimación del subregistro de mortalidad y natalidad, entre otros, hasta nivel de corregimiento, pues la estimación hasta provincias carece de utilidad para este tipo de análisis y para la toma de decisiones que puedan tener mayor impacto en la salud de la población panameña.
6. Unificar los criterios de registro de datos entre la CSS y el MINSA; así como la revisión de los criterios técnicos para la estimación de las coberturas.

X. Bibliografía

1. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Años: 2003 - 2004
2. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Estadística Panameña. Año: 2004
3. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Proyección de la Población Total del País por Sexo, Según Grupos de Edad: Años 1990-2025. Estadística Panameña. Censo 2000.
4. **BORRELL, CARMEN Y OTROS.** La Medición de desigualdades en Salud. GAC SANIT 2000; 14 (Supl.3):20-33. Año: 1999
5. **DE FERRATI D. Y OTROS.** Desigualdad en América Latina y el Caribe: Ruptura con la Historia? Revista Panamericana De Salud Pública. Número Especial. Medición de Desigualdad. Volumen 12, Nº 6. Diciembre de 2002.
6. **GWATKIN DAVIDSON.** La Necesidad de Hacer Reformas del Sector de la Salud Orientadas Hacia la Equidad. Revista Panamericana De Salud Pública. Pan Am J Public Health 11 (5/6), 2002.
7. **MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.** Dirección de Políticas Sociales. La Pobreza en Panamá. Estudio de Nivel de Vida. Año:2003
8. **MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.** Dirección de Políticas Sociales. Jerarquización de Corregimientos Según Niveles de Satisfacción de Necesidades Básicas General, de Vivienda, Salud y Educación. Año: 2004.
9. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Boletines Estadísticos de las Regiones de Salud de Panamá. 2003 – 2004.
10. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Provisión de Servicios. Departamento de Nutrición. Informe Situación Alimentaria Nutricional. Panamá. Año: 2004
11. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Años: 2000 - 2004
12. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Panfleto Desplegable Indicadores de Salud. 1998 a 2004.
13. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Estadísticas de Salud. Año: 2000 - 2004
14. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Situación de Salud de Panamá. Año: 2005
15. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar. 2004
16. **SEN AMARTYA.** Por qué la Equidad en Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de Artículos Nº 2, 2000.
17. **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.** Informe Nacional de Desarrollo Humano. Panamá. 2002.
18. **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.** Informe Nacional de Desarrollo Humano. De la Invisibilidad al Protagonismo. Panamá. 2004.

19. **SCHNEIDER MARIA CRISTINA Y OTROS.** Método de Medición de Desigualdades de Salud. Revista Panamericana De Salud Pública. Número Especial. Medición de Desigualdad. Volumen 12, N° 6. Diciembre de 2002.