

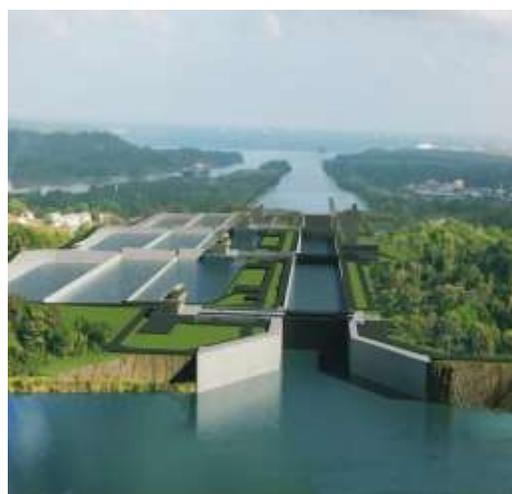
# 2016

DIRECCIÓN DE  
PLANIFICACIÓN DE  
SALUD

MINISTERIO DE SALUD  
DE PANAMÁ



Las desigualdades en salud son cuantificables y definen las brechas en un gradiente social, aportando un panorama que permitirá a los tomadores de decisiones priorizar las intervenciones en salud y los recursos en pro de disminuir o abolir las inequidades en salud.



## DESIGUALDADES EN SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

Análisis de los principales Indicadores de salud asociados a los indicadores sociales en los años 2000-2010

## **AUTORIDADES**

**DR. MIGUEL MAYO DI BELLO**

MINISTRO DE SALUD

**DR. ERIC ULLOA**

VICEMINISTRO DE SALUD

**DR. TEMÍSTOCLES DÍAZ**

MINISTRO CONSEJERO

**DRA. REINA ROA R.**

DIRECTORA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD

**DRA. NORMA ASTUDILLO**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ANALISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD

## **ELABORADO POR EQUIPO TÉCNICO DASTS:**

**DRA. CRISTINA GÓMEZ**

**DRA. YELKYS GILL**

**DRA. JAMILETH CORTES**

**LICDA. INDIRA CREDIDIO**

**LICDA. REBECA BAZAN**

**LIC. BERNARDINO LOZANO**

## **EQUIPO COLABORADOR DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS:**

**LIC. ALVIS RUILOBA, JEFE DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS**

**LICDA. MASKIL SOLIS**

## **EQUIPO COLABORADOR REGIONAL**

**PLANIFICADORES REGIONALES**

## **EQUIPO COLABORADOR DE PROGRAMA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA:**

**DR. MAX RAMIREZ, JEFE DEL PROGRAMA DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

**DRA. ADRIANA CHUNG**

## **AGRADECIMIENTO**

**DRA. HILDA LEAL, CONSULTORA DE OPS/OMS PANAMÁ**

**DR. OSCAR MUJICA, CONSULTOR DE OPS/OMS**

**DR. ANTONIO SANHUESA, CONSULTOR DE OPS/OMS**

**DR. EMMANUEL GONZALEZ, CONSULTOR DE OPS/OMS**

## INDICE

Introducción.....	3
Contexto.....	4
Datos generales del país.....	4
Situación Económica.....	5
<b>Análisis de desigualdades</b>	
1. Esperanza de Vida de la República de Panamá según el ingreso económico por provincia en los años 2001 y 2010.....	7
2. Desigualdades Sociales en Salud Materno-Infantil	
2.1 Desigualdades en la Tasa de Mortalidad Infantil según ingreso y analfabetismo.....	10
2.2 La desigualdad social de la mortalidad en la niñez por terciles provinciales según el nivel de analfabetismo.....	14
2.3 Desigualdad en la cobertura de atención del parto por personal calificado.....	16
2.4 Desigualdad Razón de la Mortalidad Materna según ingreso económico.....	18
3 Desigualdades en la mortalidad Salud del VIH/Sida y la Tuberculosis	
3.1 VIH/SIDA según ingreso económico.....	20
3.2 Desigualdades en la tasa de Mortalidad de la Tuberculosis según el ingreso económico por tercil provincial.....	22
4 Desigualdades interprovinciales en desnutrición en la niñez según acceso a saneamiento.....	23
5 Desigualdades en la densidad de médicos en las provincias y comarcas según ingreso promedio de hogares.....	25
6 Conclusiones y Recomendaciones.....	26
7 Anexos.....	28

## Introducción

La equidad en salud se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas.

En Panamá no se puede hablar de equidad sin pensar en la visión revolucionaria del doctor José Renán Esquivel, médico panameño, ya fallecido, que irrumpió en los ámbitos de la salud pública con su consigna '*Salud Igual para Todos*'.

Su planteamiento central era que el médico y el equipo de salud no deberían reducir su trabajo al tratamiento de la enfermedad, al contrario, debería hacer énfasis en la producción de salud en las comunidades y a prevenir la enfermedad.

El concepto de producción de salud era revolucionario porque reconocía que el bienestar de la población es el resultado del trabajo de la misma gente. Con una visión sobre las determinantes sociales de la salud y convencido de:

- En el campo, los equipos de salud tenían que trabajar con el agricultor produciendo más y con los sistemas educativos, asegurando que las nuevas generaciones asistieran a la escuela. Si el agricultor no tenía tierra (o muy poca) era candidato a la enfermedad. Si el niño no iba a la escuela, sus probabilidades de ser una persona saludable eran ínfimas.
- En la ciudad, la familia y su comunidad eran los únicos que podían asegurar la salud para la población. Promovió el concepto de Comité de Salud para darle vida a la comunidad que luchaba para producir bienestar.

Son múltiples los esfuerzos que el sector salud realiza para alcanzar las metas establecidas y para atender las necesidades de salud de la población. Contar con los recursos humanos, técnicos y financieros para alcanzar estas metas es, sin dudas, parte importante de las limitaciones y nudos críticos que inciden en gran medida en el cumplimiento. Ver el crecimiento económico de un país es positivo si se acompaña de desarrollo social, y aun cuando de manera general los indicadores de Salud de la República de Panamá evidencian resultados de impacto, es necesario mirar con detalle a lo interno de estos indicadores, si existen diferencias significativas entre los grupos sociales determinados por el ingreso, el porcentaje de analfabetismo, el índice de desarrollo humano, al acceso a los servicios de saneamiento, entre otros, dentro de un espacio geográfico determinado (provincias).

Estas diferencias o desigualdades en salud son cuantificables y definen las brechas en un gradiente social, aportando un panorama que permitirá a los tomadores de decisiones priorizar las intervenciones en salud y los recursos en pro de disminuir o abolir las inequidades<sup>1</sup> en salud.

En este documento realizamos un análisis comparativo para los años 2001 y 2010 de las desigualdades de salud a través de los principales indicadores de salud de la República de Panamá utilizando métricas estadísticas definidas.

---

<sup>1</sup> Inequidades en salud: desigualdades en salud que se consideran injustas y evitables.

## CONTEXTO

### *Datos generales*

La República de Panamá nace como Estado soberano e independiente, el 3 de noviembre de 1903, fecha en que se separa de Colombia. Cuenta con una extensión continental e insular territorial de 75,517 km<sup>2</sup>, y una población estimada de 4 037 043 habitantes a 01 de julio 2016<sup>2</sup>. El territorio nacional, excluyendo las masas de aguas continentales (lagos) es de 74,177.3 kilómetros cuadrados (km<sup>2</sup>), con una densidad poblacional de 52.8 habitantes por km<sup>2</sup>; cuyos extremos oscilan entre 1,76 en el distrito de Sambú y 6,300 hab/km<sup>2</sup> en San Miguelito, provincia de Panamá. Las provincias con mayor densidad de población son de Panamá, Colón y Chiriquí, en el otro extremo se ubican la de Darién y la Comarca Emberá.

### *Localización*

La República de Panamá está ubicada entre las siguientes coordenadas: los 7°12'07" y 9°38'46" de latitud norte y los 77°09'24" y 83°03'07" de longitud oeste. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con la República de Colombia, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con la República de Costa Rica.

### *División Política-Administrativa*

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman el Gabinete Social del Ejecutivo: Ministerio del Ambiente, Ministerio para asuntos del Canal, Ministerio de Comercio e Industria (MICI), Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Educación (MEDUCA), Ministerio de Gobierno (MINGOB), Ministerio de Seguridad Pública (MINSEG), Ministerio de Obras Públicas (MOP), Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (MITRADEL), Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT), Ministerio de Salud (MINSa), Ministerio de Relaciones Exteriores (MIRE), Ministerio de la Presidencia.

**División Geo Política de la República de Panamá:** se divide en diez provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Panamá Oeste y Veraguas) y cuatro comarcas indígenas (Guna Yala, Emberá, Guna de Madungandí y Ngöbe-Buglé). A su vez el sector salud cuenta con 15 Regiones Sanitarias desarrolladas y una en vías de desarrollo (Arraiján). Cabe señalar que en los últimos años se han creado nuevas divisiones geo políticas y en nuestro análisis consideraremos solo 9 provincias y 3 comarcas.

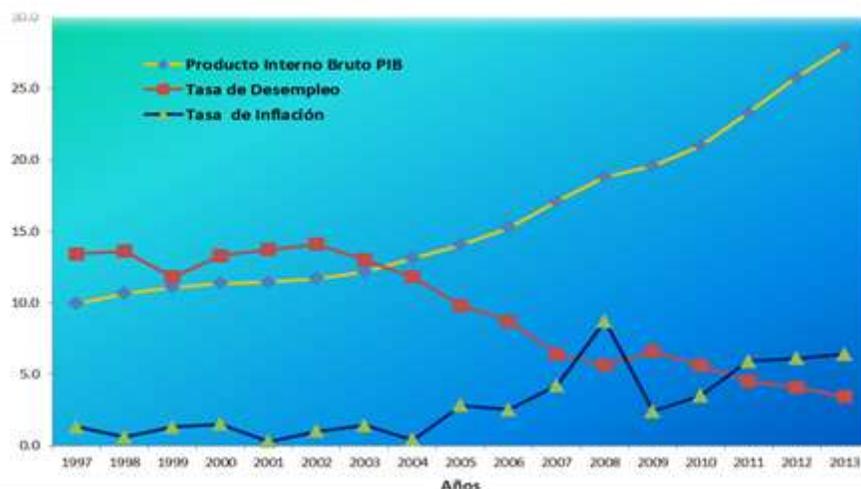
---

<sup>2</sup> Preparado por: Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

## Situación Económica

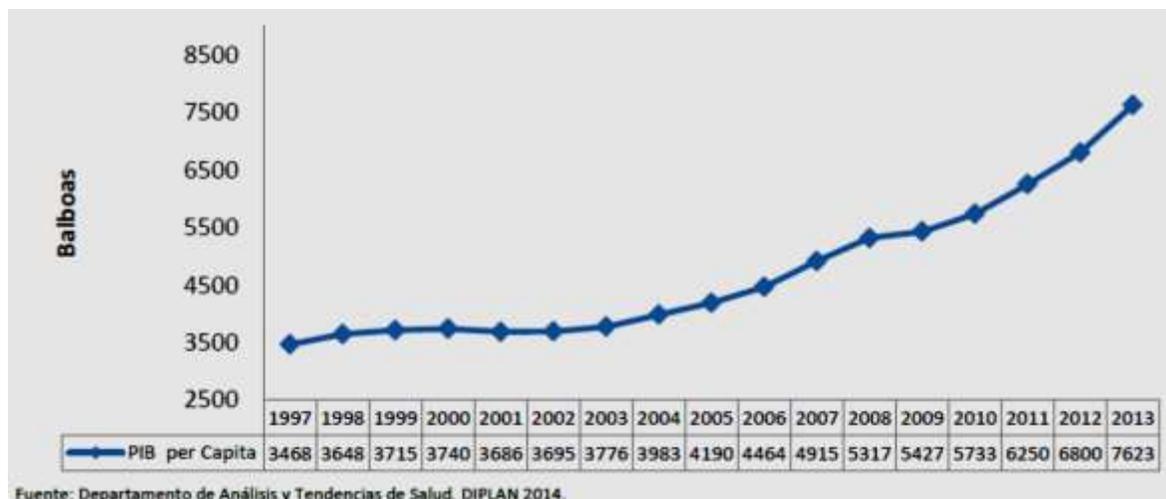
Panamá es reconocida como una de las más importantes y pujantes economías de Centroamérica y de la Región, como se muestra en la gráfica el crecimiento del producto interno bruto ha sido sostenido a través de los años, y este incremento guarda una relación inversa con la tasa de desempleo. El alto nivel de crecimiento del PIB nos indica que Panamá no es un país pobre y que cuenta con los recursos necesarios para encaminarse hacia el desarrollo económico necesario. Sin embargo, se han observado diferencias importantes en la participación de este crecimiento en los últimos años entre los diferentes segmentos de la población.

Gráfica N° 1. Producto Interno Bruto y su efecto sobre la tasa de desempleo e inflación



Para el periodo 2008 al 2013 hubo un aumento sostenido en el Producto Interno Bruto a Precios de Mercado de 1996, éste pasó de 18,812.9 millones de Balboas de 1996 (5,317.4 Balboas per cápita) a 27,919.0 millones de Balboas (7,622.9 Balboas per cápita) aproximadamente un 43.4% de incremento en 6 años lo que representa un incremento en el ingreso per cápita de 2,305.6 balboa promedio, el cual es de los más altos de la región.

Gráfica N°2. Evolución del PIB per Cápita en el periodo 1997-2013



Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014.

El ingreso per cápita de una región o país indica cómo se debería distribuir el ingreso nacional en función del PIB dividido entre el total de la población. Nuestro país está catalogado en términos absolutos, sin tener en cuenta la distribución de la riqueza, como un país de ingresos económicos medio-altos, sin embargo, el crecimiento sostenido del ingreso per cápita, el cual se muestra en la gráfica N°1, no necesariamente significa un aumento igual en el ingreso de los todos panameños. Esta desigualdad económica en la distribución de los ingresos se puede medir a través del índice de Gini, el cual mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa.

De acuerdo con Naciones Unidas un coeficiente de Gini superior a 0,40 es alarmante, ya que esto indica una realidad de polarización entre ricos y pobres, siendo caldo de cultivo para el antagonismo entre las distintas clases sociales pudiendo llevar a un descontento o agitación social.

El Índice de Gini en Panamá es de aproximadamente 0.519 ocupando la posición número 140 de los 160 países que conforman el cuadro que al año 2012 publica el Banco Mundial. Panamá es uno de los países con una peor distribución de sus ingresos per cápita.

Al analizar el coeficiente de Gini de Panamá en 1990 (0.560), en 1999 (0.536) y en 2006 (0.548) comparado con el coeficiente del 2012 (0.519) notamos una leve mejoría en la equidad.

Cuadro N°1. Las provincias de Panamá tienen diferentes situaciones de ingreso económico

Provincia / comarca	Estratificador de equidad	
	Ingreso 2000	Ingreso 2010
Comarca Ngäbe Buglé	60.0	60.0
Comarca Emberá	76.4	110.0
Comarca Guna Yala	79.7	170.0
Darién	116.5	200.0
Veraguas	166.9	300.0
Los Santos	220.6	360.0
Coclé	235.7	379.0
Bocas del Toro	249.8	380.0
Herrera	282.6	423.0
Chiriquí	302.1	426.0
Colón	377.6	550.0
Panamá	540.4	804.0

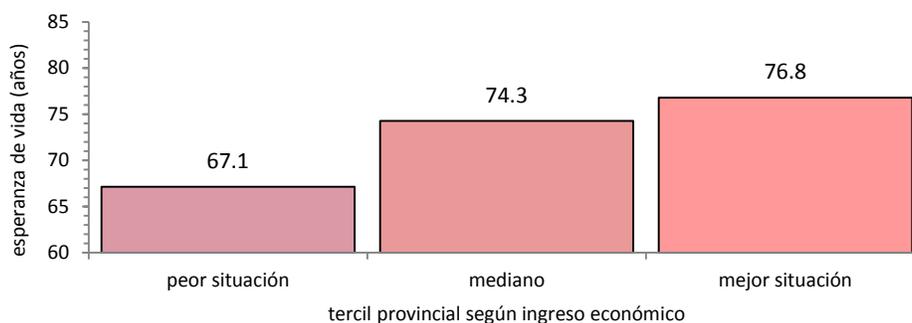
El ingreso medio mensual del hogar (en balboas) por provincia o comarca es un dato estimado según datos de los censos poblacionales y refleja la distancia entre el ingreso per cápita en el país y el ingreso verdadero del hogar.

La información de país muchas veces no refleja la situación verdadera de las provincias y comarcas, el ingreso medio de hogares por provincia en los años 2000 y 2010 que se observa en el cuadro, es evidencia significativa de las disparidades económicas entre provincias, lo cual nos hace reflexionar sobre, si estas diferencias pueden ser asociadas o no con las desigualdades de salud.

## 1. Esperanza de Vida de la República de Panamá

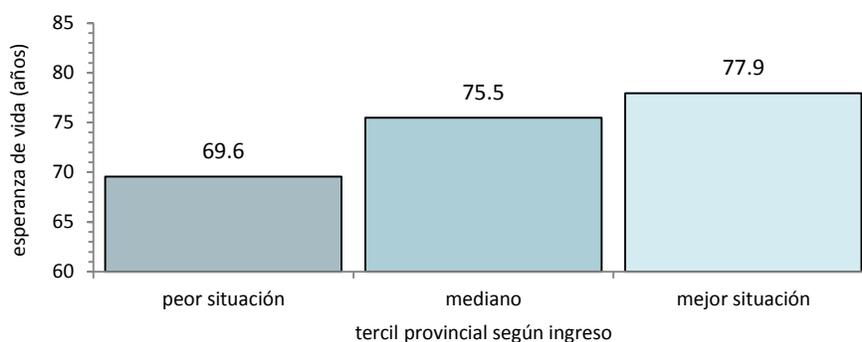
Analizando la situación de la **esperanza de vida según el ingreso económico por provincia en los años 2001 y 2010** podemos decir que a mejor posición social (mayor ingreso), mejor salud (mayor esperanza de vida) y esto es así en ambos periodos (2001 y 2010).

Gráfica N°3. Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer por tercil provincial de ingreso económico en en el año 2001



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

Gráfica N°4. Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer por tercil provincial de ingreso económico en en el año 2010



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

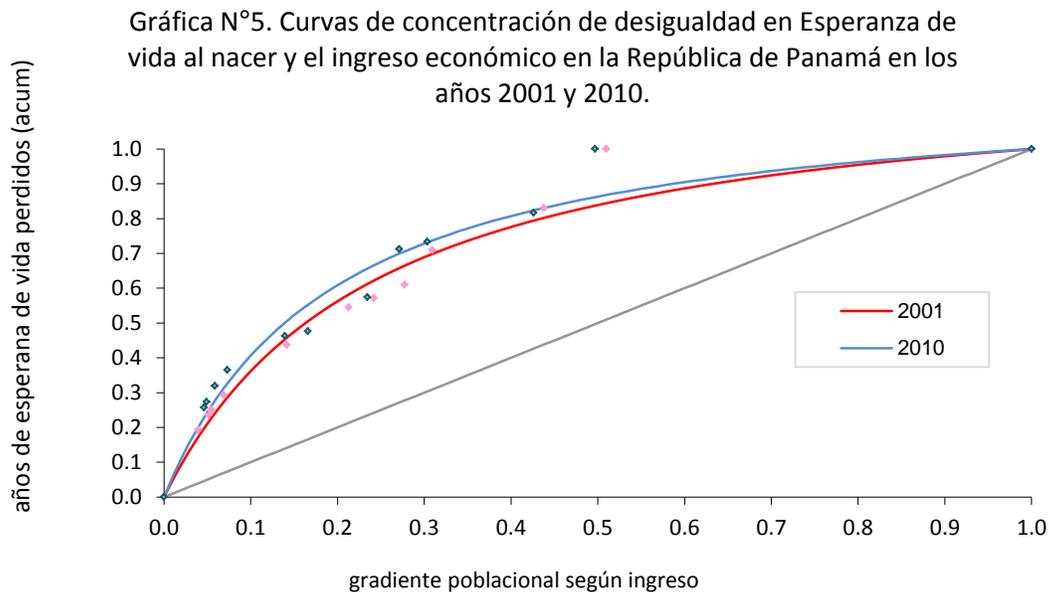
La magnitud de la desigualdad en la esperanza de vida en este caso se puede resumir con las llamadas medidas resumen de desigualdad de brecha:

- La brecha absoluta: -9.65 (de -9.71 a -9.59) años en 2001 y -8.38 (de -8.41 a -8.34) en 2010.
- Esto quiere decir que el tercil de provincias más pobres de Panamá, en 2001, tenían en promedio 9.65 años de esperanza de vida *menos* que el tercil de provincias más ricas. De hecho, considerando la incertidumbre (i.e., el intervalo de confianza), esa reducción en la esperanza de vida al nacer entre los del tercil más pobre pudo ser tan baja como 9.59 años menos o tan alta como 9.71 años menos de vida que los del tercil más rico ese año. Esta es la magnitud absoluta de la brecha de desigualdad en la esperanza de vida al nacer es atribuible a la desigualdad de ingreso de la provincia.
- Lo que además se constata es que, entre 2001 y 2010, la desigualdad absoluta se redujo en promedio, (estrechando la brecha absoluta de -9.65 a -8.38), es decir que, entre 2001 y 2010,

la desigualdad se redujo en casi un año y medio de esperanza de vida entre los terciles extremos de ingreso.

En el análisis de regresión, nos da un panorama mayor, puesto que no se concentra en comparar entre los terciles extremos, sino que toma en cuenta toda la población. En el año 2001, el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) fue 7.18 y en 2010 fue 5.60 años.

La magnitud de la desigualdad en la esperanza de vida al nacer a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de 7.18 años en el 2001, lo cual refleja la correlación *directa* entre la posición social y la esperanza de vida, en otras palabras, ese 7.18 es el número de años de esperanza de vida que se gana al pasar del extremo más pobre al extremo más rico de la sociedad panameña (medida por sus provincias) ese año. En 2010, esa cantidad de desigualdad absoluta bajó a 5.6, lo cual denota mejoría, evidenciando que la desigualdad disminuyó casi 2 años de esperanza de vida.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la esperanza de vida al nacer en las provincias panameñas ordenadas por su ingreso muestran que el ICDS en 2001 fue -0.50 y en el 2010 subió a -0.55. Esto quiere decir que la desigualdad relativa en la esperanza de vida al nacer según ingreso no se modificó significativamente (a diferencia de la desigualdad absoluta que, como vimos, sí mejoró, o sea se redujo). Esto es lo esperado en sociedades con alto nivel de desigualdad absoluta. La desigualdad relativa no tanto (o nada), básicamente porque la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más aventajados (y por tanto tienen mejor salud) es mayor que la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más desaventajados (que tienen peor salud), en términos relativos.

Cuadro N°2. Desigualdades sociales en la esperanza de vida al nacer						
estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%		
				bajo	alto	
Ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2001	-9.65	-9.71	-9.59	
		2010	-8.38	-8.41	-8.34	
	brecha relativa	2001	1.14	1.14	1.15	
		2010	1.12	1.12	1.12	
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	7.11	4.34	9.88	
		2010	5.60	2.94	8.26	
	índice de concentración	2001	-0.50	-0.82	-0.19	
		2010	-0.55	-0.87	-0.23	
	nivel promedio poblacional nacional		2001	75.6	73.7	77.5
			2010	76.8	75.3	78.4

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

En resumen, el análisis indica que la desigualdad absoluta en la esperanza de vida según gradientes sociales de ingreso entre provincias de Panamá se redujo modestamente entre 2001 y 2010, sin cambios sustantivos en la desigualdad relativa.

Esquema de Munujin y Delamonica.



Esquema de Munujin y Delamonica. Mind the Gap! 2002

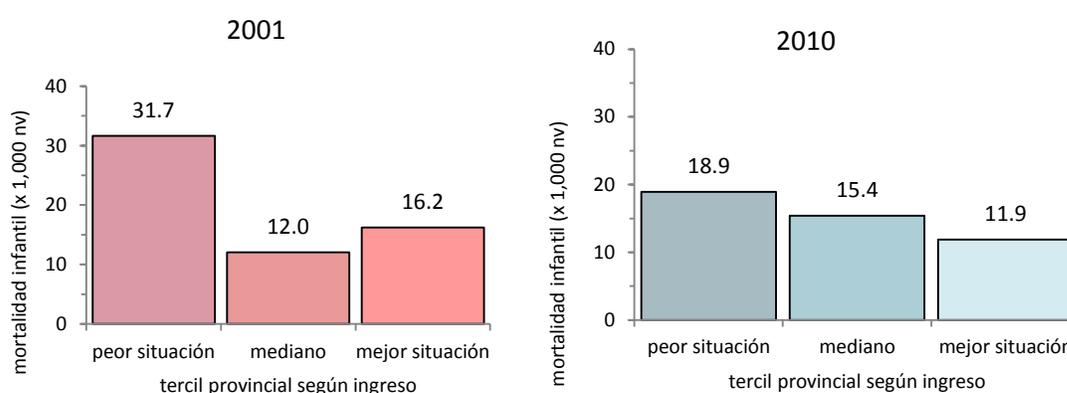
La esperanza de vida de los panameños y panameñas subió de 75.6 años en 2001 a 76.8 años en 2010 (poco más de 1 año de vida ganado en el periodo). Siguiendo el esquema de Minujin y Delamónica para analizar el cambio en la situación de salud poblacional simultáneamente por su promedio y su desigualdad, en este caso (el de la esperanza de vida), Panamá queda en el mejor cuadrante: aumenta su promedio nacional y reduce la desigualdad absoluta. Este análisis es válido si asumimos que el cambio en la esperanza de vida por unidad de cambio en la gradiente social es constante.

## 2. Desigualdades Sociales en Salud Materno-Infantil

### 2.1 Desigualdades en la Tasa de Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil de la República de Panamá disminuyó de 16.5 a 13.3 muertes por cada 1000 nacidos vivos, cifras que en general dan un panorama favorable, más en términos de desigualdades, la mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles respecto a los análisis de inequidades en salud y es necesario considerar para este fin, indicadores sociales como el ingreso medio de hogares y el porcentaje de analfabetismo por provincia para los años 2001 y 2010.

Grafica N°6. Mortalidad infantil por tercil provincial de ingreso económico en los años 2001 y 2010

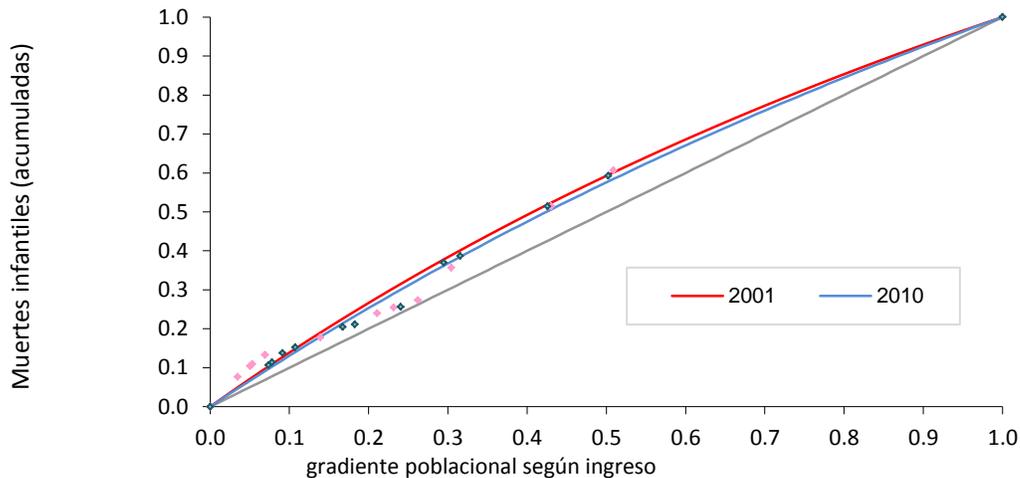


Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

En el año 2001, el tercil de provincias más pobre del país tenía una tasa promedio de mortalidad infantil dos veces el promedio nacional del mismo año, el tercil provincial de ingreso medio tenía una tasa de mortalidad infantil menor que el promedio nacional. Para el 2010, la tasa de mortalidad nacional disminuyó a 13.3 a expensas de la reducción de la tasa promedio del tercil provincial menos favorecido, el cual cayó 12.8 muertes por cada 1000 nv, lo cual refleja positivamente la inversión del Estado en la atención de las personas con menos recursos y en las estrategias de atención en las comarcas y poblaciones indígenas.

Para evidenciar las desigualdades tomando en cuenta toda la población y no solo los terciles extremos, utilizaremos las líneas de regresión y las curvas de concentración de la pendiente comparando gráficamente el año 2001 y el 2010.

Grafica N°7. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según el ingreso en el 2001 y 2010



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

La magnitud de la desigualdad de la mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de 12.1 muertes infantiles más por cada 1000 nv en la población menos favorecida económicamente en el 2001 y en el 2010 fue de 5.93 muertes más por cada 1000 nv lo cual refleja la asociación inversa a entre la posición social y la mortalidad infantil para ambos años pero con una significativa mejoría de las desigualdades.

En la curva de concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según el ingreso se observa que la mortalidad infantil en el 2010 tuvo un acercamiento hacia la línea de perfecta equidad (línea gris), lo que se traduce como una mejora de la desigualdad o disminución de la brecha de desigualdad. El 20 % más pobre de la población tiene el 25 % de las muertes infantiles.

Otra forma de medir las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre provincias y comarcas es tomando en cuenta el porcentaje de analfabetismo que posean las mismas. Las provincias con peor situación de analfabetismo son correspondientes a las que tienen peor situación económica, más para el tercil de porcentaje intermedio de analfabetismo, las provincias no corresponden a la de los terciles medio y de mejor situación económica por lo que no es correcto pensar que la situación de ingreso por provincia es correspondiente con el porcentaje de analfabetismo. Para este estratificador social podemos también expresar que entre el año 2001 y el 2010 todas las provincias y comarcas disminuyeron su porcentaje de analfabetismo, estas últimas entre 10 y 15 %, lo que es explicable por las estrategias de alfabetización que se han desarrollado en las provincias y comarcas con el compromiso del país con **Educación Para Todos (EPT)**.

El Ministerio de Educación a través de la Comisión Institucional de Educación para Todos (EPT) coordinada por la Dirección General de Educación y la Secretaría Nacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), asumen los siguientes objetivos:

1. Extender y mejorar la protección y educación integrales de la primera infancia, especialmente para los niños más vulnerables y desfavorecidos.

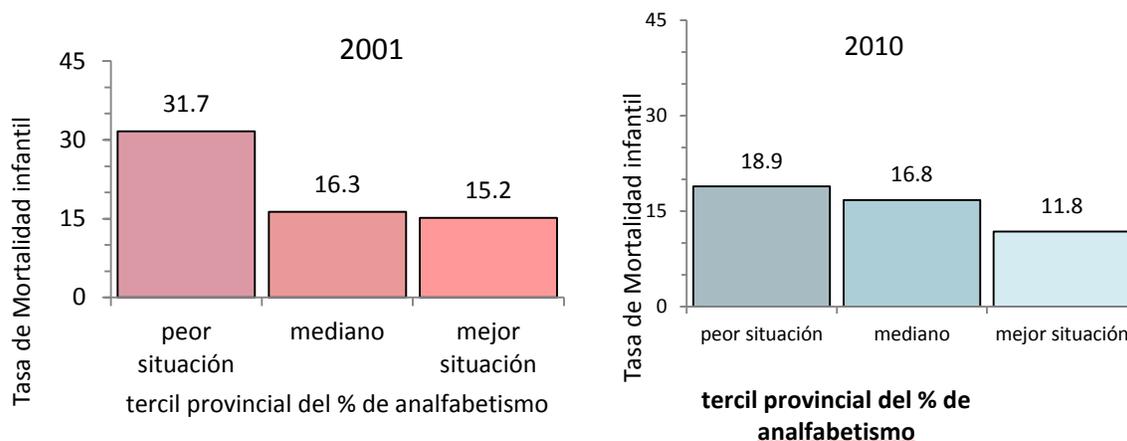
2. Velar por todos los niños, y sobre todo las niñas y los niños que se encuentran en situaciones difíciles y los que pertenecen a minorías étnicas, puedan acceder a una enseñanza primaria gratuita y obligatoria de buena calidad y la terminen antes del año 2015;
3. Atender las necesidades de aprendizaje de todos los jóvenes y adultos, mediante un acceso equitativo a un aprendizaje adecuado y a programas de preparación para la vida activa;
4. Aumentar, de aquí al año 2015, el número de adultos alfabetizados en un 50%, en particular tratándose de mujeres, y facilitar a todos los adultos un acceso equitativo a la educación básica y la educación permanente;
5. Suprimir las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria de aquí al año 2005 y lograr antes del año 2015 la igualdad entre los géneros en relación con la educación, que garantice a las niñas un acceso pleno y equitativo a una educación básica de buena calidad, así como un buen rendimiento;
6. Mejorar todos los aspectos cualitativos de la educación, garantizando los parámetros más elevados, para conseguir resultados de aprendizajes reconocidos y mesurables, especialmente en lo que se refiere a la lectura, la escritura, la aritmética y las competencias prácticas esenciales.

Cuadro N°3. Tasas de Analfabetismo por Provincias y Comarcas de la República de Panamá en los años 2000 y 2010.

Provincias y Comarcas	Tasas de Analfabetismo	
	2000	2010
Comarca Ngäbe Buglé	45.9	30.8
Comarca Guna Yala	38.5	28.3
Comarca Emberá	34.5	22.9
Darién	23.0	15.9
Bocas del Toro	16.9	12.1
Veraguas	15.2	10.9
Los Santos	10.7	6.8
Herrera	10.4	6.8
Chiriquí	7.7	5.9
Coclé	6.1	4.7
Colón	3.7	2.5
Panamá	2.8	2.0

Fuente: Ministerio de Salud (MINSa), Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas.

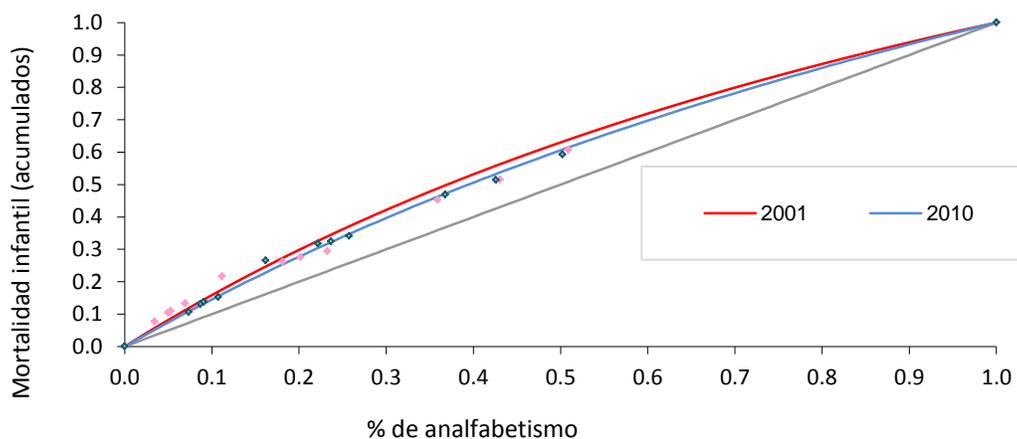
Gráfica N°8. Mortalidad infantil por tercil provincial de porcentaje de analfabetismo en los años 2001 y 2010



Fuente: Ministerio de Salud (MINSA), Dirección de Planificación

Las brechas absolutas entre terciles provinciales extremos de ingresos económicos mejoraron cerca de 8 muertes menos entre los años evaluados y 9 muertes menos entre terciles extremos de porcentaje de analfabetismo y las brechas relativas también mostraron una significativa mejora de la equidad.

Gráfica N° 9. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según % de analfabetismo en el 2001 y 2010



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

La magnitud de la desigualdad de la mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por el % de analfabetismo fue de 14.1 muertes más por 1000 nv en la población de las provincias con mayor porcentaje de analfabetismo en el 2001 y en el 2010 fue de 8.0 muertes más por cada 1000 nv en la población de las provincias con mayor porcentaje de analfabetismo, a pesar de que se acorta la brecha entre los años analizados, los esfuerzos por disminuirlas deben continuar e incrementarse.

Respecto a la curva de concentración de la desigualdad, al igual que con el ingreso, se presentó un acercamiento a la línea de perfecta equidad en el año 2010 con relación al 2001.

En resumen, la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil entre provincias estratificadas por el ingreso o por el porcentaje de analfabetismo se evidencia tanto en las métricas simples de desigualdades como en las complejas para cada año analizado, pero también evidencia que las brechas de dichas desigualdades entre los años 2001 y 2010 se han estrechado, esto es positivo para el país, pero nos motiva a evaluar que estrategias debemos emplear lograr desaparecer esta inequidad.

Cuadro N°4. Resumen de las desigualdades de la mortalidad infantil por tercil provincial según el ingreso y según el porcentaje de analfabetismo

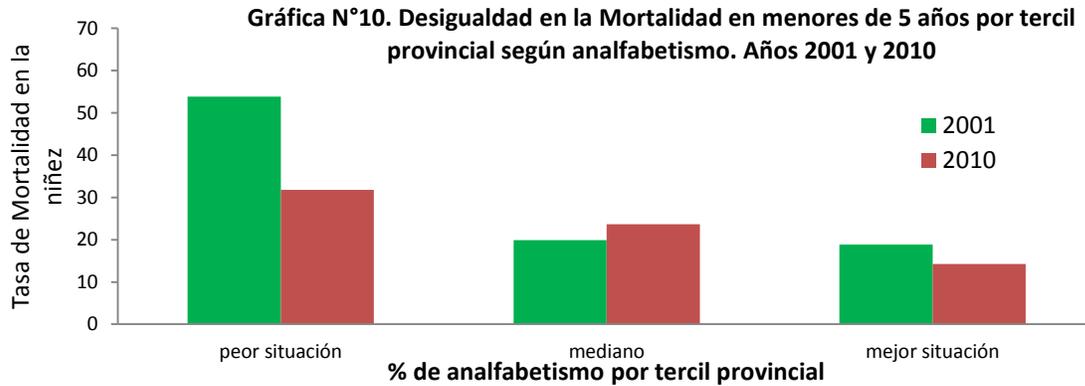
métrica	ingreso		analfabetismo	
	2001	2010	2001	2010
promedio nacional	16.5	13.3	16.5	13.3
brecha absoluta	15.4	7.1	16.5	7.1
brecha relativa	2.0	1.6	2.1	1.6

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

## 2.2 La desigualdad social mortalidad en la niñez por terciles provinciales según el nivel de analfabetismo

El análisis exploratorio de las desigualdades sociales en la mortalidad infantil entre provincias y comarcas en los años 2001 y 2010, utilizando como estratificador social el porcentaje de analfabetismo de cada unidad geográfica y como base poblacional la población menor de 5 años, demuestra una disminución de la tasa mortalidad en menores de 5 años en todos los terciles provinciales entre los años 2001 y 2010, además de un acortamiento de la brecha absoluta mayor al 50% (de 34.97 a 17.53) y un cambio favorable en la brecha relativa de 2.86 a 2.23 en el mismo periodo.

Podemos decir, que a mayor % de población analfabeta en la provincia mayor es la tasa de mortalidad en los menores de 5 años y que la relación es directamente proporcional, lo cual significa que educar a la población puede prevenir muertes en niños.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

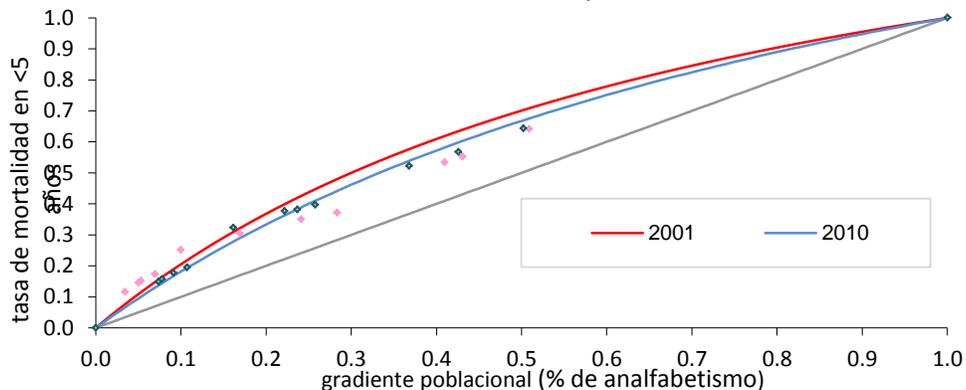
Es importante destacar que a pesar de que han disminuido en términos generales las tasas de analfabetismo provincial y comarcal entre los años 2000 y 2010, las diferencias marcan significativamente las oportunidades de vivir de un niño menor de 5 años, ver cuadro.

**Cuadro N°5. Desigualdades sociales en la mortalidad de la niñez**

estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%	
				bajo	alto
Proporción de población analfabeta (%)	brecha absoluta	2001	34.97	30.45	39.49
		2010	17.53	14.40	20.66
	brecha relativa	2001	2.86	2.48	3.29
		2010	2.23	1.92	2.58
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	-33.42	-48.34	-18.49
		2010	-19.13	-28.49	-9.77
índice de concentración	2001	-0.28	-0.57	0.02	
	2010	-0.23	-0.52	0.06	
nivel promedio poblacional nacional	2001	21.5	20.4	22.6	
	2010	17.6	16.6	18.6	

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

**Gráfica N°11. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad en < 5 años según analfabetismo en el 2001 y 2010**



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

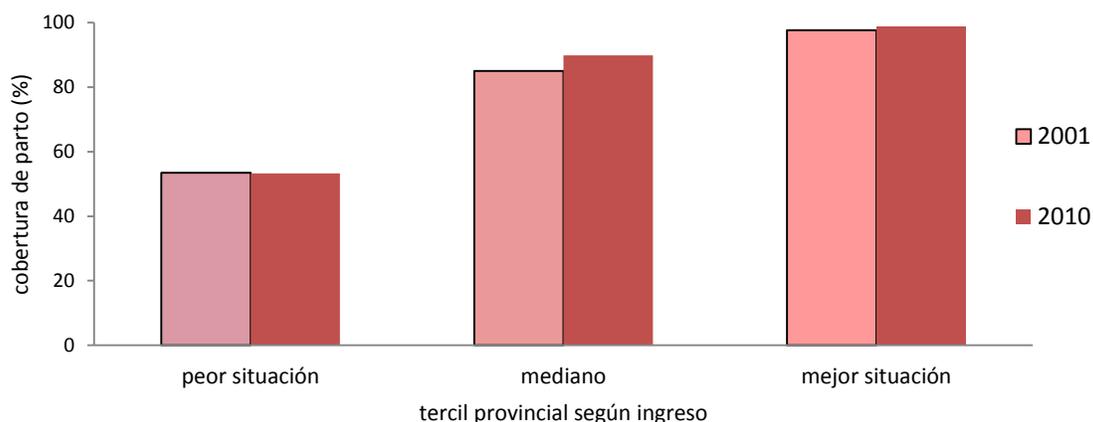
La magnitud de la desigualdad en mortalidad en < 5 años según analfabetismo en el 2001 y 2010 fue de -33.4 y -19.1 respectivamente, lo cual refleja la correlación inversa entre la educación y la mortalidad de los menores de 5 años. En el 2001, ocurrían 33.4 muertes más en menores de 5 años por cada 1000 nv en las poblaciones con mayor porcentaje de analfabetismo, esta cifra disminuyó a 19.1 en el 2010, lo que representa una mejoría en la brecha de equidad y sustenta que la mortalidad en menores de 5 años se puede evitar educando a la población. La curva de concentración de la desigualdad concentra el 30% de la mortalidad en <5 años en el 20 % de la población con mayor % de analfabetismo.

### 2.3 Desigualdad en la cobertura de atención del parto por personal calificado

En la República de Panamá, la cobertura de partos atendidos por personal de salud idóneo alcanzó una cobertura de 92.2 % en el 2001, lo cual es considerablemente bueno, pero al hacer una revisión de las coberturas por provincias y comarcas era preocupante que en dos comarcas no se lograran llegar al 40 % (Comarca Ngobe Bugle y Comarca Emberá). La situación en términos de país a penas cambio a 92.3% de partos con atención profesional, mientras que en casi todas las provincias y comarcas se incrementó el porcentaje.

El análisis de las desigualdades en la atención profesional del parto según el ingreso económico por provincia en los años 2001 y 2010, muestra muy pocos cambios entre los años evaluados, las brechas de equidad son verdaderamente grandes entre terciles extremos tanto en términos absolutos (de -44.2 a -45.6), como en los relativos (de 1.85 a 1.87).

Gráfica N°12. Desigualdades en cobertura de parto por tercil provinciales según ingreso. República de Panamá 2001 y 2010



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSa 2016.

La cobertura de partos por profesionales de la salud en las provincias y comarcas que se encuentran en el tercil con menos ingresos económicos presentó un leve empeoramiento a diferencia de los otros dos terciles en donde mejoró, esto nos ubica en el cuadrante superior derecho del esquema de Munujin y Delamonica (ver página 8), representando una mejora con desigualdad.

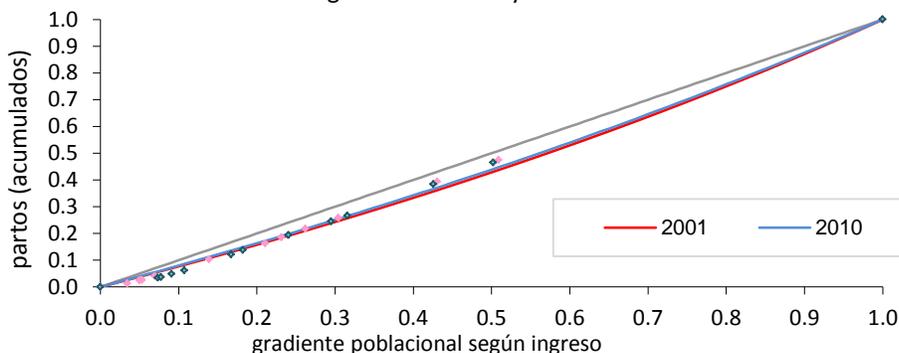
Cuadro N°6. Desigualdades sociales en la cobertura de parto por personal calificado						
estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%		
				bajo	alto	
Ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2001	-44.20	-44.94	-43.46	
		2010	-45.57	-46.21	-44.94	
	brecha relativa	2001	1.83	1.78	1.88	
		2010	1.85	1.82	1.90	
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	39.04	26.17	51.91	
		2010	33.95	21.44	46.45	
	índice de concentración	2001	0.10	-0.18	0.37	
		2010	0.08	-0.19	0.35	
	nivel promedio poblacional nacional		2001	92.2	91.9	92.4
			2010	92.3	92.1	92.5

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Por otro lado, La magnitud de la desigualdad de la cobertura de partos por personal calificado evaluada en el gradiente social definida por el ingreso evidencia que vivir en una provincia con menor ingreso económico se atienden 39 partos menos por cada 1000 nv en el año 2001 y 34 partos menos por cada 1000 nv en el 2010, denotando una mejora en términos absolutos en la cobertura de partos en la población más pobre del país. La curva de regresión lineal de la desigualdad de la atención del parto en la población ordenada por el gradiente social (ingreso) se aprecia que la población de las provincias con mayor ingreso tienen mayor % de atención del parto.

En cuanto al índice de concentración de la desigualdad, la curva se encuentra por debajo de la línea de perfecta equidad debido a que el indicador de salud se concentra en la población menos aventajada, lo cual es esperado con los indicadores de cobertura). El área bajo la curva es muy pequeña porque la distribución está muy cerca de la línea de equidad, el índice de concentración está muy cerca de cero (-0.29 en el 2001 y -0.37 en el 2010), lo que indica que hay una baja desigualdad relativa, favoreciendo a la población con mayor ingreso.

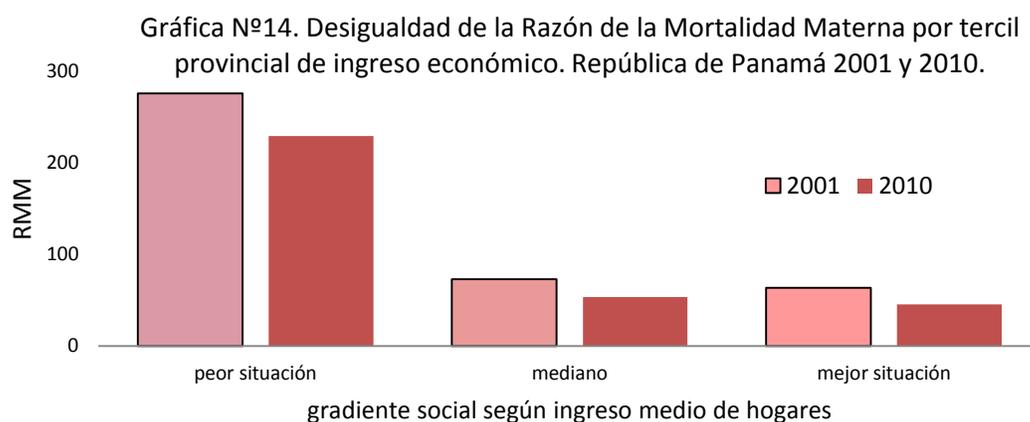
Gráfica N°13. Curvas de concentración de la desigualdad de la cobertura de partos por personal calificado el ingreso en el 2001 y 2010



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

## 2.4 Desigualdad Razón de la Mortalidad Materna según ingreso económico:

La razón de la mortalidad materna en la República de Panamá para el año 2001 fue de 80.2 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos, aunque el comportamiento entre provincias y comarcas es ha sido muy diverso, con valores que van desde 51.0 hasta 657.9 muertes por 100000 nv en el 2001 y en para el 2010 fue de 66.9 con rangos entre las provincias de 41.5 hasta 462.4. Estos valores entre años y las RMM entre provincias son a simple vista desiguales. Con el análisis de las desigualdades evaluaremos la asociación entre la RMM y el ingreso económico de los hogares como estratificador socioeconómico.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

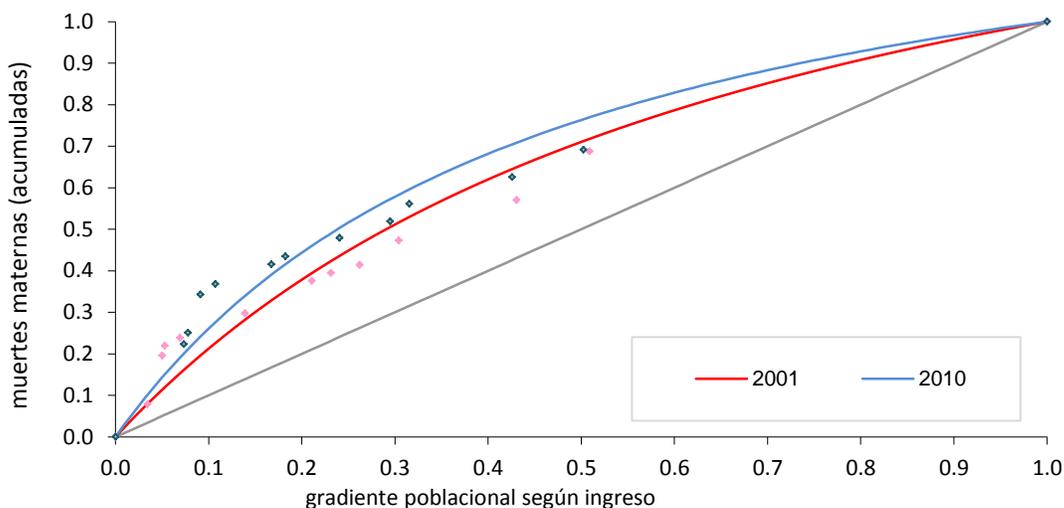
Agrupando a las provincias por terciles de ingreso económico de la peor situación a la mejor situación, la mortalidad materna se concentra en el tercil menos favorecido y se aprecia, además la disminución de la mortalidad en todas los terciles provinciales de ingreso entre los años evaluados.

estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%	
				bajo	alto
ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2001	212.61	124.48	300.74
		2010	184.01	118.79	249.24
	brecha relativa	2001	4.34	2.23	8.44
		2010	5.03	2.66	9.51
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	-117.45	-241.66	6.76
		2010	-120.47	-209.06	-31.87
	índice de concentración	2001	-0.29	-0.59	0.01
		2010	-0.37	-0.68	-0.06
nivel promedio poblacional nacional	2001	80.2	59.7	105.4	
	2010	66.9	48.8	89.4	

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

La brecha absoluta entre terciles provinciales extremos de situación económica para el 2001 era de 212.61 y disminuyó a 184.01, es decir, se estrechó y la brecha relativa pasó de 4.34 a 5.03 se ensanchó.

Gráfica N°15. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad materna según el ingreso en el 2001 y 2010



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

La magnitud de la desigualdad expresada en las curvas de regresión lineal, denotan un cambio de -117.45 a -120 entre el 2001 y el 2010 que expresa que en el 2001 ocurrían 117 muertes maternas por cada 1000 nv más en la población de las provincias más pobres que en la población de las provincias con mejor situación económica y en el 2010, aumentó a 120 muertes. Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la mortalidad materna en las provincias y comarcas panameñas ordenadas por el gradiente social de ingreso muestran que el ICDS en 2001 estaba más cerca de la línea de perfecta equidad que en el 2010, cerca del 20% de la población más pobre concentraba casi 40% de todas las muertes maternas en el 2001 y en el 2010, el 20% más pobre concentraba el 45% de las muertes maternas. A pesar de que de manera global la RMM disminuyó en el país, se marcó más la desigualdad social a pesar de la mejora del promedio nacional.

A continuación enumeramos algunos de los eventos o factores por los cuales mejoraron los indicadores de MM y M.Infantil.

- Reversión del Canal de Panamá por los EU, el 31 diciembre de 1999, hecho que consolida nuestra soberanía y da inicio a una década de crecimiento económico.
- Entre 2004 al 2008 el Producto Interno Bruto de Panamá registra los mayores porcentajes de crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Además el PIB per cápita aumento de 4,129 a 5,953 para 2010.
- Con la aprobación en 1990 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), nuestro país firma parte de los países que acuerdan una respuesta de protección integral a la Niñez. Desde entonces los niños, niñas y adolescentes son reconocidos como sujetos de Derecho.

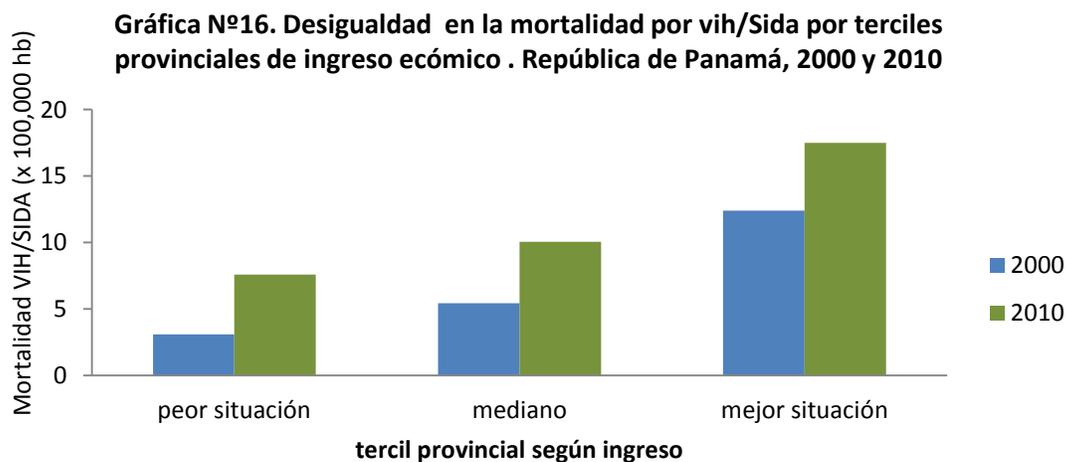
- La reforma de la Constitución de la República de Panamá en su artículo 56, establece la protección de niños, niñas y adolescentes como uno de los deberes fundamentales del Estado.
- Decreto ejecutivo 428 del 15 de diciembre de 2005, otorgamiento de la gratuidad en la prestación de los servicios y asistencia a la maternidad.
- Decreto ejecutivo 546 del 21 de noviembre de 2005 , atención gratuita a los niños menores de 5 años.
- Ley 4 del 8 de enero de 2007 , hace obligatoria la Ley de Tamizaje a todos los RN en hospitales públicos y privados.
- Ley 48 del 7 de Di de 2007, brinda el derecho de los niños, niñas y adolescentes a estar protegidos contra las enfermedades que se incluyen en el esquema Nacional de inmunización.
- El programa de Red de Oportunidades inicio en el año 2005 inicio en 15 corregimientos del país con mayor incidencia de pobreza extrema.
- El país ejecuto un Plan Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna y Muerte Perinatal , para el periodo 2005ª 2009.

### 3. Desigualdades en la mortalidad Salud del VIH/Sida y la Tuberculosis

#### 3.1. VIH/SIDA ingreso económico

La **situación de VIH/Sida** tiene una particularidad, cuando hacemos análisis de desigualdades entre provincias, la cual consiste en que las gráficas por gradiente de ingreso económico tanto en el año 2000 y 2010, se refleja mayor mortalidad por causa del Sida en la población de las provincias de mayor ingreso económico, además de un aumento en la tasa de mortalidad de en cada tercil provincial para ambos años. Esta situación responde a que las provincias con mejor situación económica también son las que presentan la más alta prevalencia de la enfermedad.

La República de Panamá posee una epidemia concentrada. Las provincias de Panamá, Colón y Chiriquí son las de mejor ingreso económico y de peores tasas de enfermedad.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

En términos de brechas absolutas y relativas se reflejan desigualdad que favorece a la población de peor situación económica, ensanchando las brechas entre el 2000 y 2010. La tasa de mortalidad por vih/sida aumentó en todos los terciles provinciales, pero en los grupos con peor situación económica aumentó en un 60% lo cual resulta más preocupante desde el punto de vista de la equidad social en salud.

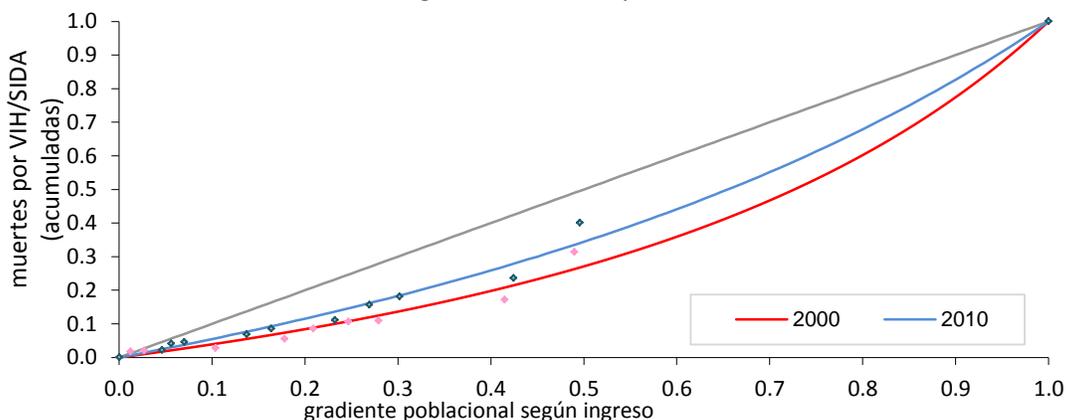
Siguiendo el esquema de Munujin y Delamonica nos ubicamos en el cuadrante inferior izquierdo: **Empeoramiento con protección** si pensamos en la población de las provincias menos favorecidas económicamente. La tasa de mortalidad por vih/sida del país aumentó y la brecha aumentó pero por empeoramiento de la población de las provincias con mayor ingreso de hogares promedio.

Cuadro N°8. Desigualdades sociales en la mortalidad por VIH/SIDA						
estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%		
				bajo	alto	
Ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2000	-9.32	-12.55	-6.09	
		2010	-9.92	-13.88	-5.97	
	brecha relativa	2000	0.25	0.15	0.42	
		2010	0.43	0.31	0.61	
	índice de desigualdad de la pendiente	2000	8.61	0.42	16.80	
		2010	9.97	-2.75	22.69	
	índice de concentración	2000	0.32	0.04	0.59	
		2010	0.21	-0.06	0.48	
	nivel promedio poblacional nacional		2000	10.0	8.9	11.3
			2010	15.2	13.9	16.5

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por vih/sida, realizamos el análisis del índice de desigualdad, el cual mostró un aumento en la magnitud entre los años evaluados de 9 muertes más en la población de las provincias de mayores recursos en el 2000 a 10 muertes en el 2010.

Gráfica N°17. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad por vih/ sida según el ingreso en el 2000 y 2010



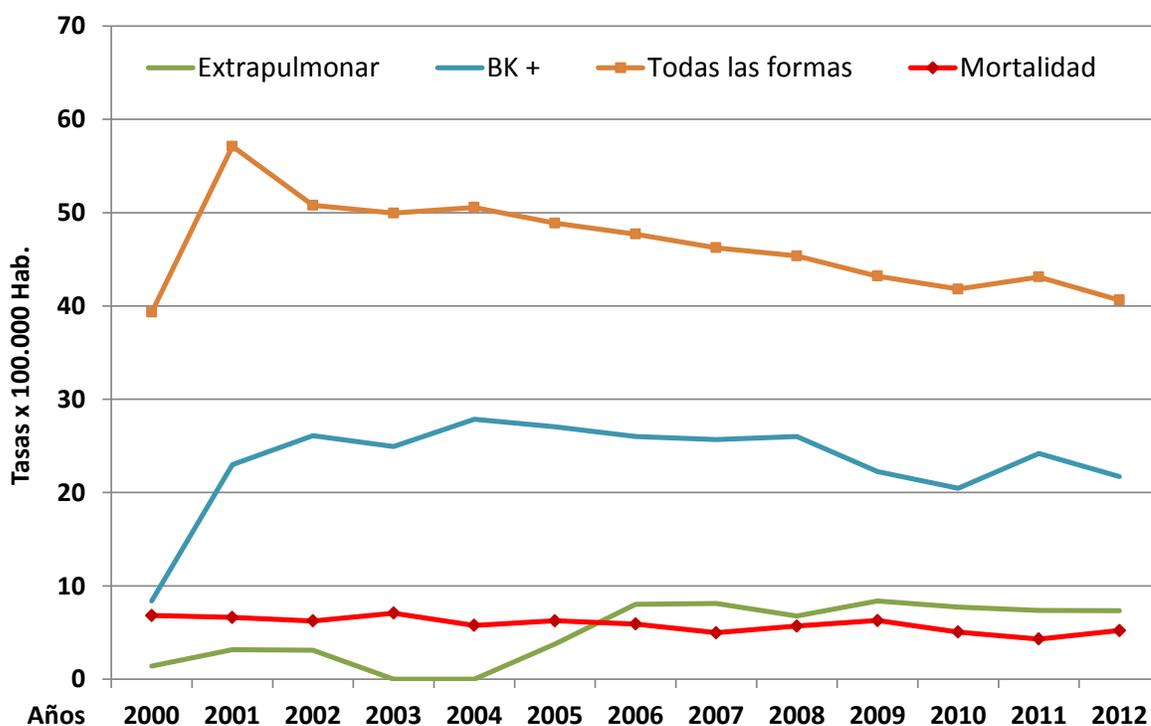
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos un aumento de la tasa de mortalidad entre años, a lo largo del gradiente social y que el 20% más pobre solo concentra el 10% de la mortalidad por vih/sida.

### 3.2. Desigualdades en la tasa de Mortalidad de la Tuberculosis según el ingreso económico por tercil provincial

La tendencia de la incidencia de la TB en todas sus formas va ligeramente en descenso pero, más lenta en los últimos años. La tasa de incidencia de TB en la última década ha oscilado entre 40 y 50 casos por 100.000 habitantes. La tuberculosis extrapulmonar ha mostrado una tendencia al aumento lo que puede estar relacionado a un mejor registro y clasificación de los casos (Gráfica 18)

Gráfica Nº18. Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2000-2012

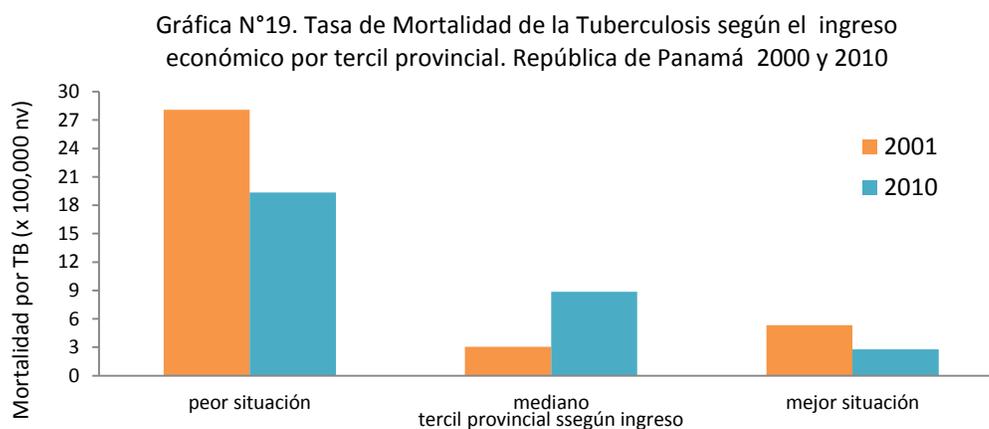


Fuente: MINSA - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Contraloría General de la República

Las comarcas indígenas Guna Yala y Ngäbe Buglé y la provincia de Bocas del Toro presentaron las tasas de mortalidad más altas del país tanto en el 2001 como en el 2010. La tasa de mortalidad en la Comarca Guna Yala es 4 veces mayor que la de la Comarca Ngäbe Buglé y la provincia de Bocas del Toro.

Tomando en cuenta al estratificador económico de ingreso de hogares, la brecha absoluta para el 2001 era de 22.7 y para el 2010 fue de 16.6 lo que significa una disminución de la brecha de desigualdad absoluta entre terciles provinciales de ingreso. Por otro lado la brecha relativa

aumento de 5.3 a 7.0 en el mismo periodo, es decir, el riesgo relativo de morir para las personas del tercil provincial más pobre aumento.



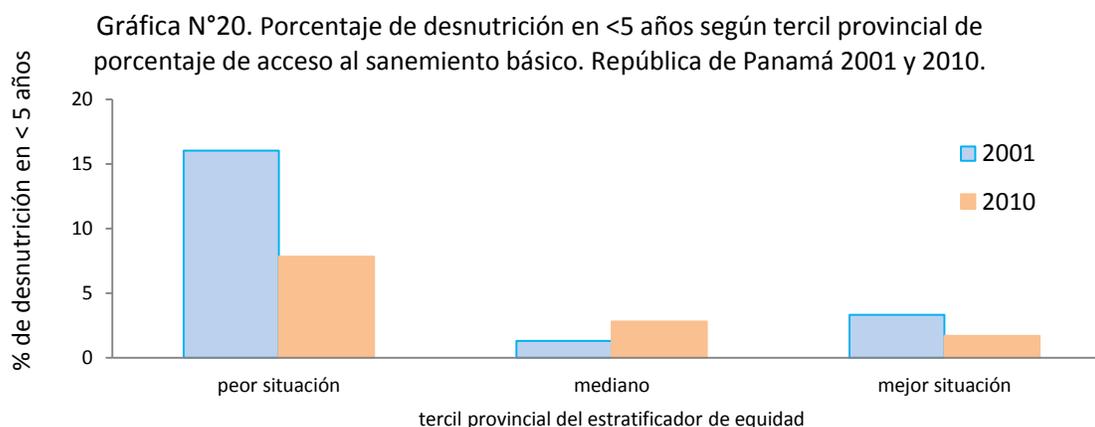
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Aun cuando en términos absolutos, las brechas se acortan entre grupos extremos de ingreso económico, el riesgo de morir por tuberculosis es mayor por vivir en una provincia o comarca del tercil de peor situación socioeconómica.

La tasa nacional de mortalidad por tuberculosis en el periodo 2001 a 2010 disminuyó, y mueren menos persona pobres en un año respecto al otro, siguen existiendo grandes las diferencias en el riesgo de morir para una persona que vive en una provincia con peor situación socioeconómica, lo que se traduce como una **mejora con desigualdad**.

#### 4. Desigualdades interprovinciales en desnutrición en la niñez según acceso a saneamiento

En la República de Panamá, el porcentaje de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años disminuyó del 2001 al 2010 de 4 a 3.3 %, lo cual, aunque el porcentaje país parece bajo, las comarcas indígenas y Bocas del Toro presentan porcentajes superiores al 15%.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Por otro lado, el acceso a los servicios básicos de saneamiento en las distintas provincias y comarcas en los años 2000 y 2010 evidencia grandes diferencias, con rango de 3.4 hasta 93.5%.

Cuadro N°9. Porcentaje de personas con acceso a los servicios básicos de saneamiento básico en provincias y comarcas de la República de Panamá

<b>Provincia o Comarca</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Comarca Guna Yala	4.8	3.4
Comarca Ngäbe Buglé	22.6	32.1
Comarca Emberá	40.1	55.9
Darién	52	65.6
Bocas del Toro	68.4	71
Colón	78.8	86.4
Veraguas	80	86.9
Panamá	83.6	91.6
Chiriquí	84.6	89.5
Coclé	87.7	90.4
Herrera	87.8	92.3
Los Santos	90.3	93.5

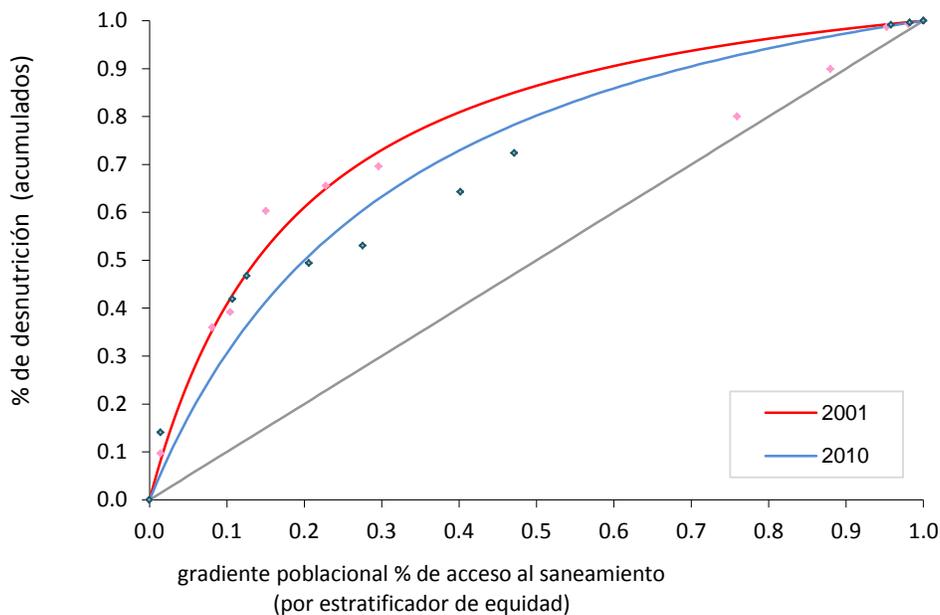
5.

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

Considerando las diferencias al acceso a los servicios básicos de saneamiento como estratificador social y la relación con el porcentaje de desnutrición en niños de 0-4 años obtuvimos las brechas de desigualdad absolutas, las cuales se redujeron a la mitad entre el 2001 y 2010 de 12.72 a 6.13. Es importante señalar que este indicador se redujo tanto a nivel nacional como en los terciles extremos pero aumento en las provincias del tercil medio.

La desnutrición en niños < 5 años se redujo en los terciles provinciales con peor acceso a servicios básicos de saneamiento pero el 20% con menos acceso sigue concentrando más del 60% de desnutrición. Ver gráfica N°21.

Gráfica N°20. Porcentaje de desnutrición en <5 años según tercil provincial de porcentaje de acceso al saneamiento básico. República de Panamá 2001 y 2010.

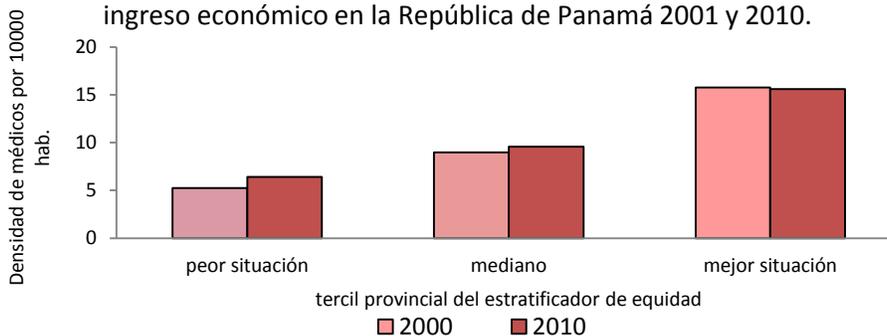


Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

### 5. Desigualdades en la densidad de médicos en las provincias y comarcas según ingreso promedio de hogares.

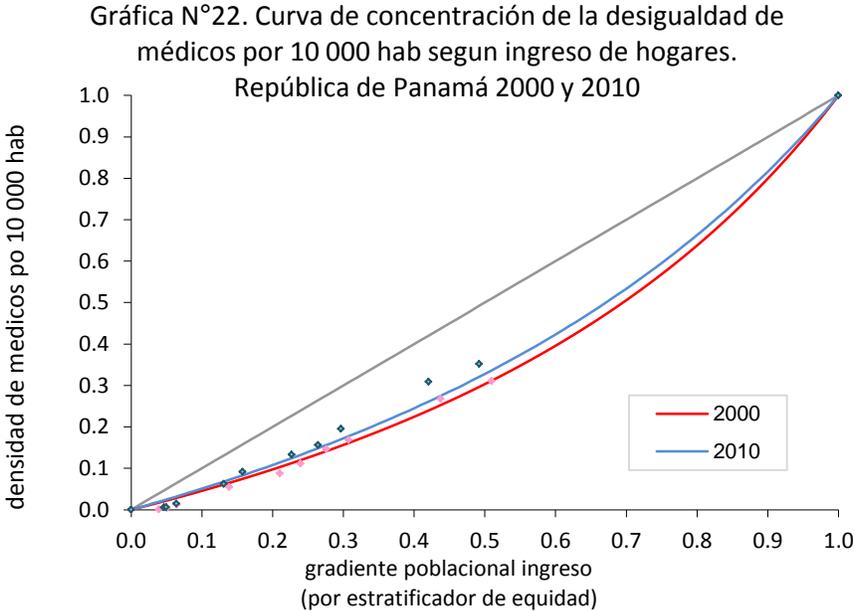
La densidad de médicos por 10,000 habitantes varió de 13.4 a 13.6 entre los años 2001 y 2010 para la República de Panamá, más considerando el ingreso como un estratificador de equidad entre terciles provinciales se aprecian las brechas entre las provincias de los terciles extremos de 10 médicos más por cada 10,000 en el 2001 y en el 2010 la brecha disminuyó a 9, al tener un aumento de la densidad de médicos del país y un acortamiento de las brechas tanto absolutas como relativas consideramos que el país presenta una leve mejoría de la equidad.

Gráfica N°21. Disponibilidad de médicos por tercil provincial de ingreso económico en la República de Panamá 2001 y 2010.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Con respecto a la curva de concentración de la desigualdad, tomando en cuenta toda la población ordenada desde el más pobre hasta el más rico, el 20 % más pobre de la población tiene acceso a menos del 10 % de los médicos del país.



Para el 2010, la gráfica se acerca un poco a la línea de equidad perfecta, lo cual significa que la desigualdad se redujo ligeramente.

## **Conclusiones y Recomendaciones**

### **Conclusiones:**

- Las enfermedades no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.
- El análisis de desigualdades en salud es una herramienta que ayudará a los tomadores de decisiones a viabilizar la formulación de las políticas públicas en tema de salud, así como en aquellas que afectan los determinantes sociales.
- El estudio de las características de la población y del área geográfica de residencia es el soporte metodológico para identificar puntos de intervención enfocados a la prevención y a la desaparición de las desigualdades en salud existentes.
- Utilizar provincias y comarcas como unidad geográfica de referencia para este análisis, presenta como desventaja que se toman estratificadores e indicadores promedio en población que tiene muchas diferencias.
- La selección de indicadores de salud para el análisis depende de la información disponible en los sistemas de registros estadísticos, los cuales poseen un nivel de desagregación aceptable mientras que los estratificadores de equidad o indicadores sociales no se encuentran con el mismo grado de desagregación.

### **Recomendaciones:**

- Es necesario fortalecer el recurso humano en las regiones de salud para realizar los análisis de desigualdades
- Crear mecanismos de coordinación con instituciones generadoras de datos con el nivel de desagregación requerida para un mejor análisis.
- Reforzar los sistemas de recolección de datos permitirá análisis anuales que evidencien la evolución de las intervenciones en pro de disminuir las desigualdades y de eliminar las inequidades
- Potenciar la colaboración entre organizaciones internacionales para el fortalecimiento de las capacidades nacionales.

## Anexo 1

Cuadro de Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud según provincias. República de Panamá 2001 y 2010.

provincia	popt	popnv	ingreso	analfa	analfem	sanea	evn	parto	rmm	tmi	TBm	SIDAm	tm<5
	2001	2001	2000	2000	2000	2000	2001	2001	2001	2001	2000	2000	2001
Bocas del Toro	95,976	2,702	282.6	16.9	19.6	68.4	70.1	87.0	111.0	32.6	16.6	1.0	54.4
Chiriquí	386,150	8,075	302.1	7.7	7.5	84.6	75.8	98.5	62.0	20.6	8.6	4.6	27.4
Coclé	213,108	4,584	220.6	6.1	6.3	87.7	74.3	77.0	87.3	14.4	1.9	3.7	19.6
Colón	215,244	5,012	377.6	3.7	3.8	78.8	72.1	95.3	119.7	19.4	8.5	19.0	24.5
Comarca Emberá	9,040	186	79.7	34.5	42.9	40.1	66.0	29.0	657.9	26.9			43.0
Comarca Guna Yala	35,590	1,001	76.4	38.5	48.5	4.8	68.7	69.7	599.4	29.0	56.9	14.2	42.0
Comarca Ngäbe Buglé	119,234	2,195	60.0	45.9	55.3	22.6	65.6	35.6	182.2	36.9			72.0
Darién	42,691	1,043	116.5	23.0	25.6	52.0	70.4	79.7	95.9	24.0	9.3	2.3	28.8
Herrera	107,197	1,952	249.8	10.4	9.6	87.8	75.4	98.5	51.2	10.2		5.5	11.3
Los Santos	87,363	1,323	235.7	10.7	9.2	90.3	75.8	99.2	75.6	11.3	1.1	10.1	13.6
Panamá	1,473,329	31,379	540.4	2.8	3.0	83.6	78.2	98.7	51.0	13.2	1.7	13.5	15.7
Veraguas	219,032	4,448	166.9	15.2	15.7	80.0	73.1	83.3	67.4	10.6	5.0	0.9	16.4

provincia	popt	popnv	ingreso	analfa	analfem	sanea	evn	parto	rmm	tmi	TBm	SIDAm	tm<5
	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010
Bocas del Toro	125,461	3,684	380.0	12.1	14.7	71.0	71.9	86.8	48.9	27.7	1.8	18.6	41.6
Chiriquí	416,873	7,474	426.0	5.9	5.8	89.5	77.4	98.6	38.9	15.4	1.4	6.8	20.0
Coclé	233,708	3,934	379.0	4.7	4.7	90.4	76.0	88.8	50.6	10.4	4.6	5.5	13.7
Colón	241,928	5,183	550.0	2.5	2.6	86.4	74.0	96.5	57.3	13.6	6.0	35.1	17.4
Comarca Emberá	10,001	292	110.0	22.9	29.8	55.9	68.8	57.0	432.5	23.4			27.3
Comarca Guna Yala	33,109	898	170.0	28.3	36.4	3.4	70.1	76.6	462.4	24.3	50.6	29.3	34.7
Comarca Ngäbe Buglé	156,747	4,978	60.0	30.8	38.5	32.1	68.5	43.2	203.1	19.3	13.3	7.3	35.5
Darién	48,378	1,098	200.0	15.9	17.4	65.6	72.7	79.1	105.7	11.6	2.2	4.3	18.0
Herrera	109,955	1,408	423.0	6.8	6.1	92.3	77.5	99.0	137.6	11.0	30.4	11.6	12.5
Los Santos	89,592	1,026	360.0	6.8	5.6	93.5	77.8	99.7	86.7	5.8		9.9	6.7
Panamá	1,713,070	33,757	804.0	2.0	2.2	91.6	78.7	99.3	41.5	10.9	2.0	18.0	12.6
Veraguas	226,991	4,071	300.0	10.9	11.3	86.9	76.0	91.2	52.6	11.6	4.4	5.3	15.5

Fuente: Contraloría General de la República:

variable	Descripción de las variables	variable	Descripción de las variables
popt	número total de habitantes	evn	esperanza de vida al nacer (años)
popf	número total de habitantes, mujeres	evnh	esperanza de vida al nacer en hombres (años)
popnv	número de nacidos vivos	evnm	esperanza de vida al nacer en mujeres (años)
ingreso	ingreso mediano mensual del hogar (B/.)	tmi	tasa mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos
analfa	población de 10 o más años analfabeta (%)	rmm	razón mortalidad materna por 100000 nacidos vivos
analfem	población femenina de 10 o más años analfabeta (%)	parto	porcentaje de partos asistidos por profesionales
sanea	acceso a servicios de saneamiento (%)	TBm	tasa mortalidad TBC (por 100,000 hb)
		SIDAm	tasa mortalidad VIH/SIDA (por 100,000 hb)

