

Contexto del País 2015

Esperanza de vida
al nacer (general): **77.6**

Índice de desarrollo
humano: **0.78**

Índice de desarrollo
humano ajustado
por la desigualdad: **0.604**

Coefficiente de
desigualdad humana: **21.7**

Índice de Gini
(Desigualdad en
el ingreso): **49**

Inversión en Salud
Pública (% PIB): **7.2**

Fuente: Human Development
Reports. UNDP¹

Documentos firmados por
Panamá para la reducción
de la desigualdad:

Declaración de Panamá
Declaración de San Salvador

Notas Técnicas

¿Qué son las desigualdades en salud?

Desigualdades en salud son diferencias cuantificables en la salud de dos o más grupos sociales de una población. Dichos grupos sociales pueden estar definidos por condiciones o circunstancias tales como el género, la etnicidad, la posición socioeconómica, el acceso a bienes y servicios sociales, entre otros.

¿Cuál es la diferencia entre "desigualdades" e "inequidades" en salud?

Las inequidades en salud son aquellas desigualdades en salud que se consideran injustas y evitables. Es decir, a diferencia de las desigualdades en salud —susceptibles de abordaje usando métricas— las inequidades en salud contienen un juicio de valor sobre la justicia o injusticia de tal diferencia. En otras palabras, se parte por medir las desigualdades en salud para valorar e identificar las inequidades en salud. Además, las inequidades en salud son objeto de acción con políticas e intervenciones de salud pro-equitativas.

Panamá

Situación de los determinantes sociales de la salud en Panamá, 2015.

En la siguiente tabla se presentan las provincias y comarcas que están en la mayor y menor vulnerabilidad social medida a través de los determinantes sociales que se usaron para estratificar a la población en grupos llamados terciles.

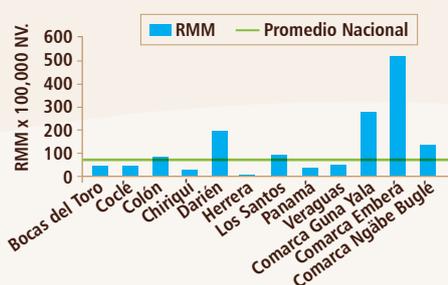
	Tercil de mayor vulnerabilidad social	Tercil de menor vulnerabilidad social
Ingreso²	Comarca Ngäbe Buglé Comarca Emberá Comarca Guna Yala Darién	Panamá Colón Herrera Chiriquí
Analfabetismo³	Comarca Ngäbe Buglé Comarca Guna Yala Comarca Emberá Darién	Panamá Colón Coclé Los Santos
% de Población indígena³	Comarca Ngäbe Buglé Comarca Emberá Comarca Guna Yala Bocas del Toro	Coclé Los Santos Herrera Colón
Acceso a servicios de saneamiento³	Comarca Guna Yala Comarca Ngäbe Buglé Comarca Emberá Bocas del Toro	Panamá Los Santos Herrera Chiriquí

Fuente: MEF²/ INEC³

¿Dónde se encuentra Panamá en términos de la salud materna, infantil y adolescente (SMIA)?

La razón de mortalidad materna disminuyó de 61.7 a 52.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (NV) entre 2005 y 2015. Sin embargo, los promedios a nivel nacional tienden a esconder la heterogeneidad de la situación de salud al interior del país, como se presenta en la siguientes gráficas que desagregan la razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil por provincias y comarcas, indicando el promedio nacional con una línea horizontal.

Razón de mortalidad materna (RMM) por provincias y comarcas, 2015



PROVINCIAS Y COMARCAS

Fuente: Ministerio de Salud⁴

Tasa de mortalidad infantil por provincias y comarcas, 2015



PROVINCIAS Y COMARCAS

Fuente: Ministerio de Salud⁴

Con lo anterior en mente, la cobertura de partos atendidos por profesionales de la salud fue de 91.1% en el 2005 a 95% en el 2015 a nivel nacional

La mortalidad infantil en el 2005 fue de 15.4 por cada 1,000 NV. y en el 2015 de 12.5 por cada 1,000 NV. También en el grupo infantil, la prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años fue 3.7% en el 2005 y 1.4% en el 2015.

La atención profesional del parto en adolescentes fue de 91.3% en el 2005 y 94.4% en el 2015. En el mismo grupo de edad, la mortalidad por suicidio en el 2005 fue de 2.8 por cada 100,000 adolescentes y en el 2015 fue de 1.3 por cada 100,000 adolescentes.

Fuentes:

¹ Human Development Reports [UNDP]. NY: United Nations Development Programme; [27 Octubre 2016].

Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/PAN>

² Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Dirección de Análisis Económico y Social, Departamento de Análisis Social

³ Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Sección de Estadísticas Vitales.

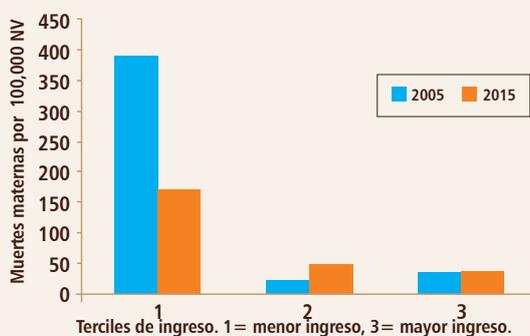
⁴ Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Panamá 2016.

Desigualdades en Salud Materna y Reproductiva

354 más muertes maternas por cada 100,000 NV en el tercil de menor ingreso comparado con el tercil de mayor ingreso en 2005, lo que se redujo a **134** muertes maternas por cada 100,000 NV en exceso el tercil con menor ingreso, comparado con el tercil de mayor ingreso en 2015.

10.9 veces mayor riesgo de mortalidad materna en el tercil con menor ingreso que en el tercil de mayor ingreso en 2005, lo que se redujo a **4.6** veces mayor riesgo de mortalidad materna en el tercil con menor ingreso, comparado con el de mayor ingreso en 2015.

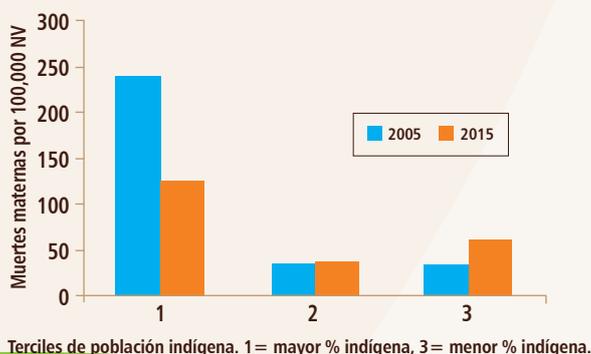
Razón de mortalidad materna estratificando por ingreso



205 más muertes maternas por cada 100,000 NV en el tercil de mayor porcentaje de población indígena comparado con el tercil de menor porcentaje de población indígena en 2005, lo que disminuyó a **64** muertes maternas por cada 100,000 NV en exceso el tercil con mayor porcentaje de población indígena, comparado con el tercil de menor porcentaje de población indígena en 2015.

7.1 veces mayor riesgo de mortalidad materna en el tercil con mayor porcentaje de población indígena que en el tercil de menor porcentaje de población indígena en 2005, lo que disminuyó a **2** veces mayor riesgo de mortalidad materna en el tercil con mayor porcentaje de población indígena, comparado con el de menor porcentaje de población indígena en 2015.

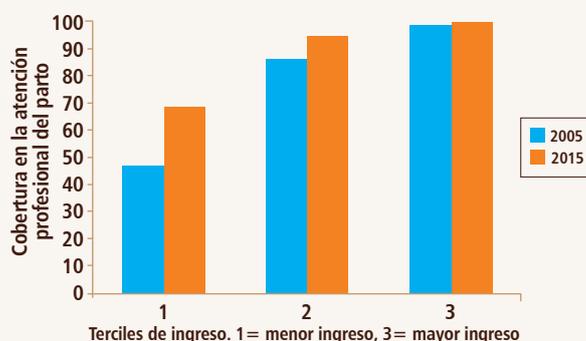
Razón de mortalidad materna estratificando por % de población indígena



52 puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto en el tercil de mayor ingreso, comparado con el tercil de menor ingreso en 2005, lo que disminuyó a **30** puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto en el tercil de mayor ingreso, comparado con el tercil de menor ingreso en 2015.

2 veces mayor cobertura de atención profesional del parto en el tercil de mayor ingreso que en el tercil de menor ingreso en 2005 lo que se redujo a **1.5** veces mayor cobertura de atención profesional del parto en el tercil de mayor ingreso que en el tercil de menor ingreso en 2015.

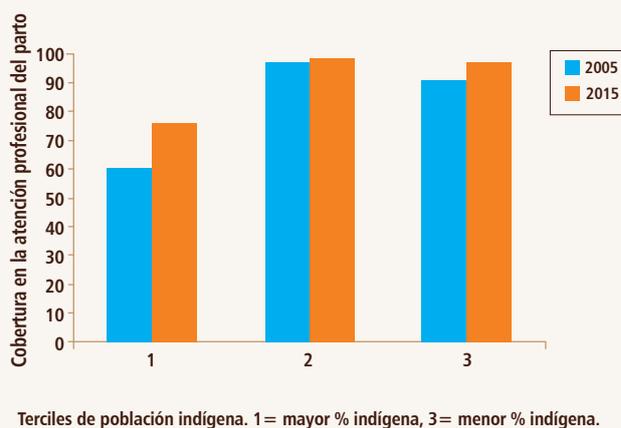
Atención profesional del parto estratificando por ingreso



31 puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto en el tercil de menor porcentaje de población indígena, comparado con el tercil de mayor porcentaje de población indígena en 2005, lo que disminuyó a **21** puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto en el tercil de menor porcentaje de población indígena, comparado con el tercil de mayor porcentaje de población indígena en 2015.

1.5 veces mayor cobertura de atención profesional del parto en el tercil de menor porcentaje de población indígena que en el tercil de mayor porcentaje de población indígena en 2005, lo que se mantuvo sin cambios significativos en **1.3** veces mayor cobertura de atención profesional del parto en el tercil de menor porcentaje de población indígena que en el tercil de mayor porcentaje de población indígena en 2015.

Atención profesional del parto estratificando por porcentaje de población indígena

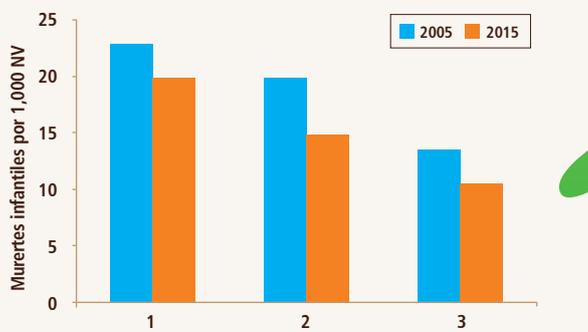


Desigualdades en Salud Infantil

9.4 más muertes infantiles por cada 1,000 NV en el tercil de mayor analfabetismo comparado con el tercil de menor analfabetismo en 2005, lo que se mantuvo en **9.3** muertes infantiles por cada 1,000 NV en exceso el tercil con mayor analfabetismo, comparado con el tercil de menor analfabetismo en 2015.

1.7 veces mayor riesgo de mortalidad infantil en el tercil con mayor porcentaje de analfabetismo que en el tercil de menor analfabetismo en 2005, se mantuvo en **1.9** veces mayor riesgo de mortalidad infantil en el tercil con mayor analfabetismo, comparado con el de menor analfabetismo en 2015.

Tasa de mortalidad infantil estratificando por % de analfabetismo



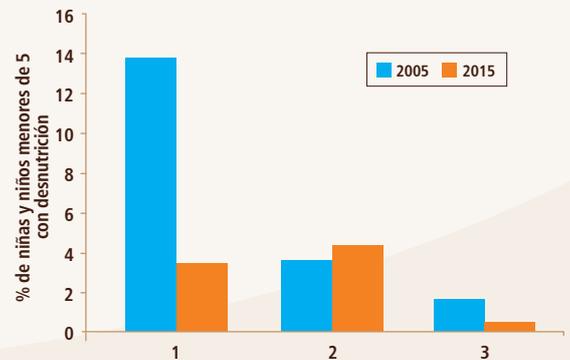
Terciles de analfabetismo. 1 = mayor analfabetismo, 3 = menor analfabetismo



12 puntos porcentuales más de prevalencia de desnutrición en el tercil de menor acceso a saneamiento, comparado con el tercil de mayor acceso a saneamiento en 2005, lo que disminuyó a **3** puntos porcentuales más de prevalencia de desnutrición en el tercil de menor acceso a saneamiento, comparado con el tercil de mayor acceso a saneamiento en 2015.

8 veces mayor prevalencia de desnutrición en el tercil de menor acceso a saneamiento que en el tercil de mayor acceso a saneamiento en 2005, lo que disminuyó a **7** veces mayor prevalencia de desnutrición en el tercil de menor acceso a saneamiento que en el tercil de mayor acceso a saneamiento en 2015.

Prevalencia de desnutrición en menores de 5 estratificando por % de acceso a saneamiento



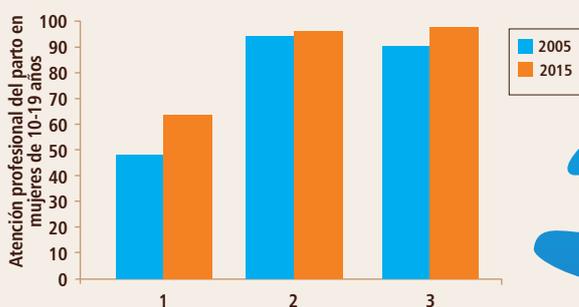
Terciles de porcentaje de acceso a saneamiento. 1 = menor acceso, 3 = mayor acceso

Desigualdades en Salud Adolescente

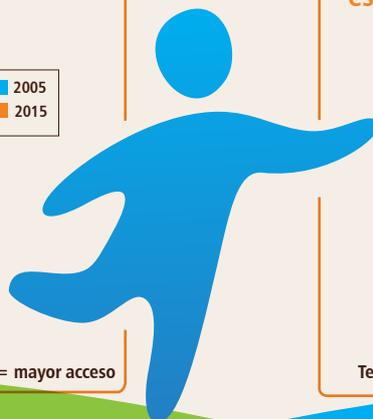
42 puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de mayor acceso a saneamiento, comparado con el tercil de menor acceso a saneamiento en 2005, lo que disminuyó a **35** puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de mayor acceso a saneamiento, comparado con el tercil de menor acceso a saneamiento en 2015.

1.9 veces mayor cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de mayor acceso a saneamiento que en el tercil de menor acceso a saneamiento en 2005, lo que disminuyó a **1.5** veces mayor cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de mayor acceso a saneamiento que en el tercil de menor acceso a saneamiento en 2015.

Atención profesional del parto en adolescentes estratificando por acceso a saneamiento



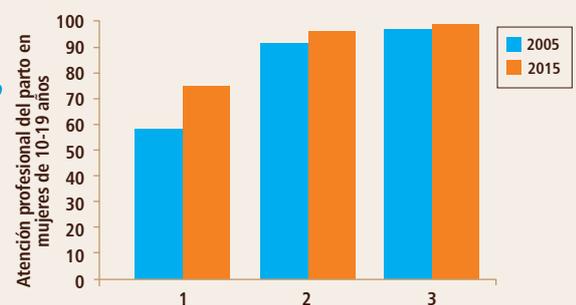
Terciles de porcentaje de acceso a saneamiento. 1 = menor acceso, 3 = mayor acceso



38 puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de menor analfabetismo, comparado con el tercil de mayor analfabetismo en 2005, lo que disminuyó a **24** puntos porcentuales más de cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de menor analfabetismo, comparado con el tercil de mayor analfabetismo en 2015.

1.9 veces mayor cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de menor analfabetismo que en el tercil de mayor analfabetismo en 2005, lo que disminuyó a **1.5** veces mayor cobertura de atención profesional del parto adolescente en el tercil de menor analfabetismo que en el tercil de mayor analfabetismo en 2015.

Atención profesional del parto en adolescentes estratificando por % de analfabetismo



Terciles de analfabetismo. 1 = mayor analfabetismo, 3 = menor analfabetismo

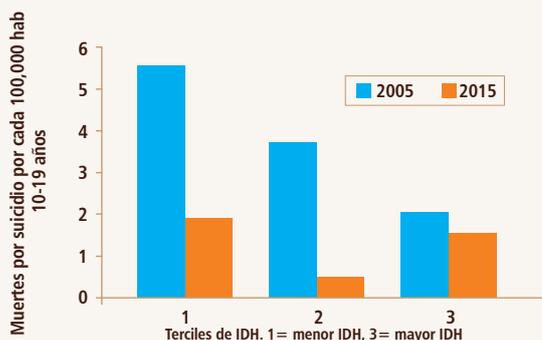
3.5

más suicidios por cada 100,000 adolescentes en el tercil de menor índice de desarrollo humano (IDH) comparado con el tercil de mayor IDH en 2005.

2.7

veces mayor riesgo de suicidio adolescente en el tercil con menor IDH que en el tercil de mayor IDH en 2005, lo que disminuyó a 1.3 veces mayor riesgo de suicidio adolescente en el tercil con menor IDH que en el tercil de mayor IDH en 2015.

Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas en adolescentes estratificando por índice de desarrollo humano



¿Cuáles son los beneficios de dar respuesta a las inequidades en salud?

- Los enfoques basados en equidad han demostrado ser más eficaces para cumplir las metas globales de salud.
- Los enfoques basados en equidad han demostrado ser más costo-efectivos que los enfoques tradicionales, por lo que se maximizan los beneficios de la inversión nacional de salud.
- La medición y monitoreo de las desigualdades en SMIA pueden apoyar a los tomadores de decisiones con información oportuna para alcanzar a las poblaciones vulnerables.

¿Cómo está trabajando Una Promesa Renovada para las Américas (APR-LAC) para reducir las inequidades en SMIA?

1. Fortaleciendo las capacidades de los países para medir y monitorear las desigualdades en SMIA;
2. Fortaleciendo las capacidades de los países para analizar barreras multidimensionales que afectan el acceso y cobertura de servicios y programas de SMIA en las poblaciones vulnerables;
3. Fortaleciendo las capacidades de los países para implementar programas e intervenciones basados en equidad para alcanzar a las poblaciones vulnerables y reducir desigualdades en SMIA.

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 en la medición y monitoreo de las desigualdades sociales en salud.
- Focalizar esfuerzos en materia de salud materna, reproductiva e infantil en las Comarcas, Darién y Bocas del Toro, con base las brechas de desigualdad encontradas.
- Dada la interrelación del sector salud con otros como el educativo y el de desarrollo social, se requiere fomentar el trabajo intersectorial para reducir y eventualmente eliminar las brechas de desigualdad social en salud.

“Las inequidades en SMIA no solo son injustas, sino que también amenazan los avances logrados en salud en las últimas décadas y sobre todo perjudican el crecimiento y desarrollo económico y social!”



Dirección de Planificación y Dirección General



Para obtener más información, por favor contacte al Secretariado Técnico de Una Promesa Renovada para las Américas al: apramericas@paho.org