

# **MUERTES PREMATURAS EN PANAMÁ: UNA ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD EVITABLE EN 1990 Y 2000**

**Fermina Chamorro, Vicente Bayard, Aida de Rivera, Beatriz Gómez, Lisbeth Hurtado,  
María Victoria de Crespo, Manuel De La Cruz**



**Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud**

Director

Dr. Jorge Motta

**Portada:** La gráfica muestra la interacción entre el nivel de desarrollo medido a través del Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP) y la mortalidad prematura medida a través del Índice de Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP) según distritos y comarcas indígenas en el año 2000. Los rectángulos en azul corresponden al IDHP, la línea anaranjada al IAPVP y la línea morada al logaritmo del IAPVP.

304.64

Ch877 Chamorro Mójica, Fermina

Muertes prematuras en Panamá : una estimación de la mortalidad evitable en 1990 y 2000 / Fermina Chamorro Mójica, [ et. al. ], 2006.

58p. ; 27 cm.

ISBN 9962-8839-8-9

1. MORTALIDAD INFANTIL      2. DEMOGRAFÍA -  
INVESTIGACIONES    3. MUERTE PREMATURA      I. Título.

# Contenido

<b>PRÓLOGO</b> .....	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>7</b>
EL INDICADOR DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS.....	9
LA INTERACCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO .....	10
LOS DETERMINANTES DE LA SALUD .....	11
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>13</b>
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL .....	13
UNIVERSO DE ESTUDIO .....	13
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES .....	13
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS .....	14
MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES .....	15
PROGRAMAS UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS DE DATOS .....	16
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>17</b>
MUERTE PREMATURA SEGÚN GÉNERO .....	18
MUERTE PREMATURA SEGÚN EDAD.....	22
Menores de un año .....	22
1-4 .....	22
5-14 .....	23
15-24 .....	25
25-44 .....	25
45-64 .....	25
65-74 .....	26
MUERTE PREMATURA SEGÚN OCUPACIÓN .....	26
MUERTE PREMATURA EN INDÍGENAS .....	31
MUERTE PREMATURA SEGÚN DISTRITO Y CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO .....	37
EVOLUCIÓN DE LA MUERTE PREMATURA.....	39
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>58</b>



# Prólogo

Panamá es un país de contrastes que se manifiestan en la presentación de un mosaico epidemiológico donde se mezclan problemas de enfermedades transmisibles, no transmisibles, patologías sociales y enfermedades emergentes y re-emergentes; una transición demográfica y epidemiológica, que tiene su mejor expresión en el envejecimiento de la población; la segunda peor distribución de la riqueza en América y la quinta en el mundo; y sectores de población sin acceso al servicios de salud.

El análisis de los problemas de salud con los índices de desarrollo humano y años potenciales de vida perdidos por distritos, destaca la relación de dos vías entre el desarrollo y la salud y subraya el papel importante de la salud en el crecimiento económico y la cohesión social, y permite caracterizar un perfil de salud predominante en diferentes escenarios socioculturales que condicionan los riesgos y las oportunidades de bienestar. En cada escenario se destacan problemas relacionados con el ambiente, los estilos de vida, y el acceso a tecnología sanitaria.

El incremento de la pobreza se plantea como un gran desafío, al igual que diseñar estrategias que permitan mejorar la eficiencia y efectividad de los servicios de salud. La selección de estas estrategias y su seguimiento deberá considerar en toda su dimensión el riesgo de muerte prematura en la población y el índice de desarrollo humano por distritos.

Dr. Jorge Motta  
Director  
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

# Resumen

En este trabajo se analizan los años potenciales de vida perdidos (APVP) por muertes prematuras en Panamá en 1990 y 2000. Se estudian las causas de muerte por sexo, ocupación, población indígena o no, y distrito de residencia. Los APVP por muertes prematuras se calculan sin ajuste por omisión de defunciones y con ajuste por diferencias en la estructura por edad.

Se destacan los resultados siguientes: En ambos sexos las principales causas de muertes prematuras en el país, en 1990 y 2000, fueron otras causas no transmisibles, seguidas por las causas externas. Las principales causas de muerte prematura en hombres para el 2000 fueron las causas externas, y para las mujeres otras causas no transmisibles.

En el 2000, las principales causas de muerte prematura en indígenas fueron ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido por otras causas no transmisibles, y la desnutrición, mientras que en la población no indígena se destacan otras causas no transmisibles, seguido por las causas externas, y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El trabajo llama la atención acerca de la importancia de los APVP por muertes prematuras como una información que debe complementar la mortalidad, y como evidencia para identificar las fuentes potenciales principales de incremento de la esperanza de vida en nuestro país, tanto en mujeres como en hombres, indígenas y no indígenas.

*Palabras claves:* AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS, MUERTES PREMATURAS, PANAMA.

# Introducción

Panamá presenta disparidades por región, grupo étnico, y edad en relación a diferentes indicadores utilizados en la medición de condiciones sociales, económicas, educativas y de salud entre otras. El paso de una mayor a menor importancia de las enfermedades transmisibles, y los descensos de la mortalidad general y la natalidad se ha dado de forma diferenciada en el país, relevando mosaicos epidemiológicos y demográficos distintos, desigual distribución de la riqueza y acceso al conocimiento y a un mayor nivel de instrucción.

Cuadro 1. Escala de valores para la interpretación del Índice de Desarrollo Humano de Panamá

Rango	Categoría del índice
0.000 a 0.200	Muy Bajo
0.201 a 0.400	Bajo
0.401 a 0.600	Medio
0.601 a 0.800	Medio Alto
0.801 a 1.000	Alto

Fuente: INDHP 2000

La situación del país ha sido descrita, a nivel de distrito, en el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2000 (INDHP2000) con el uso del Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP), una adaptación nacional al índice mundial, que incluye tres dimensiones: Longevidad, educación, y nivel decente de vida (1).

Este informe clasifica los avances y rezagos en desarrollo humano según se muestra en el Cuadro 1. Los 10 distritos del país con mayor logro en desarrollo humano tienen valores de rango medio alto a alto, mientras que los 10 distritos con menores logros, muestran valores de rango bajo y medio (Cuadro 2).

Los indicadores de las tres dimensiones del IDHP, muestran avances entre 1990 y 2000, con persistencia de desigualdades

entre los distritos con el mayor y menor nivel de logro. La dimensión con mayor adelanto y menor disparidad es la esperanza de vida al nacer, se observaron disparidades importantes en el conocimiento, sin embargo, la situación más crítica se presenta en el nivel decente de vida (ingreso, empleo, vivienda y servicios básicos), con el menor logro relativo y la disparidad más alta.

Cuadro 2. Avances y rezagos en desarrollo humano por distrito. Año 2000.

Distritos	Índice de Desarrollo Humano
10 distritos con mayor logro	Dolega 0.734
	La Chorrera 0.734
	Colón 0.740
	Taboga 0.749
	Arraiján 0.752
	Las Tablas 0.757
	Chitré 0.762
	San Miguelito 0.769
	David 0.770
	Panamá 0.783
10 distritos con menor logro	Comarca Ngöbe Bugle 0.307
	Comarca Emberá Wounaan 0.321
	Cañazas 0.376
	Comarca Kuna Yala 0.389
	Santa Fé 0.410
	Las Palmas 0.410
	Chepigana 0.414
	Las Minas 0.435
	Tolé 0.434
	Donoso 0.421

Fuente: INDHP 2000

El distrito de Panamá presenta los mejores resultados en longevidad, muy cercanos a países desarrollados, con incremento de 1.7 años en promedio en una década. Estos resultados se deben básicamente a avances logrados en las últimas décadas en materia de salud pública y servicios de saneamiento básico. Importantes progresos presentan las zonas que tenían menor esperanza de vida en 1990, como son las comarcas Emberá (9.4%) y Ngöbe Buglé (7.4%) que, en el año 1997, tenían una esperanza de vida al nacer de 58.9 y 66.1 años, respectivamente. Los progresos registrados en las áreas más

deprimidas del país se deben a las intervenciones para reducir la mortalidad en menores (diarreas agudas, enfermedades gastro-intestinales, enfermedades respiratorias, entre otras), que demandan la capacitación en hábitos de higiene y la expansión de la cobertura de servicios básicos.

**Cuadro 3. Avances y rezagos en longevidad por distrito. Año 2000.**

Distritos		Índice de Longevidad
10 distritos con mayor logro	Chame	0.844
	Las Tablas	0.847
	Arraján	0.847
	La Chorrera	0.848
	San Miguelito	0.849
	Los Santos	0.849
	Panamá	0.850
	Guararé	0.852
	Bugaba	0.859
	David	0.861
10 distritos con menor logro	Comarca Emberá	0.565
	Wounaan	
	Chepigana	0.660
	Pinogana	0.661
	Tolé	0.667
	Chiriquí Grande	0.675
	Cañazas	0.676
	San Lorenzo	0.676
	Comarca Ngöbe	0.685
	Bugle	
	San Félix	0.687
	Remedios	0.710

Fuente: INDHP 2000

Los logros y rezagos en Longevidad en 2000, según el IDHP, se observan en el Cuadro 3. Los 10 distritos con mayores logros tienen un logro alto en Longevidad. Los 10 distritos con menores logros se ubican, dentro del rango de logro medio y medio alto del Índice.

En el año 2000, Panamá tenía una población de 2,839,177 personas, con dos tercios concentrada en áreas urbanas, casi equiparada por sexo. La tendencia a la estabilización del crecimiento de la población, relacionada a las menores tasas de mortalidad y fecundidad, favorecerá el envejecimiento de la población y al cambio del perfil de las enfermedades. Los problemas de salud de mayor complejidad (enfermedades cardíacas, neurológicas y tumores, entre otras) que se presentan mayormente en las áreas urbanas hacen

presumir que, en algunos años, la esperanza de vida pudiera disminuir su ritmo de crecimiento o estabilizarse.

**Cuadro 4. Estimación de la mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer en la República de Panamá, según sexo, provincia y comarca indígena: año 1990 y 2000**

Sexo, provincia y comarca indígena	Indicadores derivados de la Tabla Abreviada de Mortalidad			
	Tasa de Mortalidad Infantil (0q1)		Esperanza de Vida al Nacer (e0)	
	Por mil nacidos vivos (1)		(2)	
	1990	2000	1990	2000
<b>Hombres</b>	32.80	25.80	69.71	71.77
Bocas del Toro	52.15	36.84	65.03	68.45
Coclé	32.51	26.79	70.04	72.34
Colón	29.46	24.24	67.32	68.58
Chiriquí	31.80	23.00	70.49	73.08
Darién (2)	66.43	49.51	60.36	65.99
Herrera	21.75	19.50	71.24	73.66
Los Santos	21.02	19.20	71.87	73.04
Panamá	23.40	18.60	72.63	73.63
Veraguas	31.23	23.50	68.83	71.20
Comarca:				
Kuna Yala	71.70	58.61	62.77	65.75
Emberá	84.92	68.97	56.39	61.51
Ngöbe Buglé	83.45	60.24	56.79	63.09
<b>Mujeres</b>	24.20	18.20	75.26	76.81
Bocas del Toro	31.93	23.00	69.38	71.34
Coclé	23.49	20.00	73.80	75.31
Colón	26.55	20.50	72.53	73.99
Chiriquí	20.88	14.80	75.51	76.86
Darién (2)	47.82	34.00	65.27	70.01
Herrera	17.77	15.76	75.51	76.82
Los Santos	16.94	15.00	76.97	77.57
Panamá	17.43	13.19	78.56	79.47
Veraguas	20.98	16.50	71.99	73.63
Comarca:				
Kuna Yala	53.62	45.80	71.00	71.90
Emberá	69.51	47.00	60.20	65.46
Ngöbe Buglé	66.00	41.50	62.93	68.14

(1) Es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de alcanzar la edad exacta uno.

(2) Número de años de vida, que en promedio, se espera viva un recién nacido, de prevalecer las condiciones de mortalidad.

FUENTE: Estadística Panameña. Situación Demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población total en la República de Panamá, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Período 1990-2030. Boletín N° 8

El Cuadro 4 presenta desigualdades en la muerte en menores de un año y en el nivel de mortalidad por provincias y comarcas,

con dos indicadores derivados de las tablas abreviadas de mortalidad: La tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer por sexo. Las provincias con mejores indicadores, superiores al promedio nacional, lo constituyen, Panamá, Los Santos, Herrera y Chiriquí; con situación intermedia se tienen las provincias de Coclé, Colón, Veraguas y la Comarca Kuna Yala. Con indicadores bajos o de difícil situación se encuentran las provincias de Bocas del Toro, Darién y las comarcas Ngöbe Buglé y Emberá (2).

Al presente se desconoce el impacto de la mortalidad por las principales causas de defunciones en edades tempranas de la vida medido a través del indicador años potenciales de vida perdidos (APVP). Se han realizado esfuerzos que llegaron a describir la mortalidad prematura a nivel de provincias sin diferenciar por causas.

¿Qué características presenta la muerte prematura en Panamá según causa, distrito de residencia y sexo? ¿Existe disparidad en la muerte prematura en el país? ¿Qué características sociales presenta la población que muere prematuramente en el país?

El conocimiento de la muerte prematura en el país, en mujeres, en hombres, en indígenas y no indígenas, complementa los análisis de la mortalidad existentes y constituye un insumo en la toma de decisiones en la planificación sanitaria, y en la identificación de prioridades de investigación. El análisis de este indicador llevado a nivel de distrito hace posible identificar prioridades locales de muertes prematuras evitables con aplicación de tecnología adecuada y oportuna y referirse a prioridades locales de investigación.

### **El indicador de años potenciales de vida perdidos**

Aumentar la esperanza de vida con calidad es un objetivo principal en salud pública por lo que es importante conocer y monitorear las tendencias de la mortalidad

en todas las edades. Las frecuencias absolutas y relativas constituyen los indicadores más simples en el análisis de la mortalidad y representan una medida resumen que puede ser usada para determinar prioridades y monitorear metas en salud. Sin embargo, las tasas generales ajustadas o no, están influidas por los problemas de salud de las edades más avanzadas, donde ocurren la mayoría de las defunciones, por lo tanto al medir la mortalidad sólo por tasas generales, pueden aparecer como las principales causas de mortalidad las causas características de los grupos de edad más avanzados. La técnica de los APVP considera la edad a la cual mueren las personas y refleja la mortalidad en los grupos de edad más tempranos, dando más peso a las muertes que ocurren prematuramente.

La mortalidad prematura expresada a través del indicador APVP, constituye una valiosa estimación de la mortalidad evitable, por cuanto el índice calculado mide el impacto de la mortalidad por las principales causas de defunción en edades tempranas de la vida. Constituye una de las medidas de la mortalidad en la toma de decisiones a los efectos de la planificación sanitaria. (3)

Se considera que una muerte es prematura cuando ocurre antes de cierta edad predeterminada, por ejemplo la esperanza de vida al nacer en la población estudiada. El supuesto en el que se basan los APVP es que cuando más joven se muera, mayor es la pérdida de vida. Los APVP a consecuencia de una causa de muerte determinada en una población es la suma de los demás años que habrían vivido, todas las personas que fallecen por esta causa, si hubieran cumplido las esperanzas de vida previstas.

Este indicador tiene por objeto dar una visión de la importancia relativa de las causas más relevantes de mortalidad prematura y de su uso en la planificación y

definición de prioridades de atención y de investigación en salud.

El número de APVP se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia entre esta edad y una edad límite. Esta sumatoria se expresa en años perdidos.

$$APVP = \sum_{i=l}^L [(L-i) \times d_i]$$

donde:

- l edad límite inferior establecida
- L edad límite superior establecida
- i edad de la muerte
- $d_i$  número de defunciones a edad i

Si se divide el número de APVP por el número de habitantes (población por debajo de la edad límite escogida) y se multiplica por un amplificador (1000, 10000 o 100000), se llega al índice de los Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP).

$$IAPVP = \frac{APVP \times \text{amplificador}}{N}$$

donde:

- N es la población comprendida entre los límites inferior y superior de las edades estudiadas.

Es importante tener en cuenta que dos poblaciones con fuerzas de mortalidad diferentes pueden producir un número absoluto de APVP similar si también difieren en el tamaño de sus poblaciones. Por ello, es importante calcular tanto el número absoluto (APVP) como el relativo (IAPVP) a la población en la cual se dan las defunciones para tener un panorama más completo de una situación.

El cálculo de los APVP requiere el conocimiento de las defunciones y la población total por edad. La calidad del indicador depende de la calidad de los datos que lo componen. La estructura de edades de la población afecta este indicador, por ello se puede aplicar alguna de las técnicas de estandarización al

cálculo de los APVP para controlar el efecto de esta variable (4).

En Panamá, la Contraloría General de la República evalúa la calidad de los datos de mortalidad mediante el cálculo de porcentajes de omisión que obtiene a través de diversos procedimientos. Se observa que el registro de defunciones, contiene mayores omisiones en términos relativos que el de nacimientos vivos.

A pesar que la cobertura del registro de defunciones ha mejorado en el país, ya que la omisión estimada para el período 1950-55 es de 40 por ciento de las defunciones ocurridas, y para el quinquenio 1995-2000 de 19 por ciento, los registros de las defunciones de los menores de un año presentan porcentajes de omisión altos. Para el quinquenio 1950- 55 se omiten cerca del 50 por ciento de las defunciones de menores de un año, y en el quinquenio 1995-2000 se omite el 34 por ciento.

Este aspecto de la calidad de los datos afecta el análisis de mortalidad prematura, al no disponerse de porcentajes de omisión por sexo, edad, causa y distrito. La elevada omisión de muertes de menores de un año, importante en regiones con bajos niveles de desarrollo, ocasiona que la magnitud del IAPVP aparezca con una relevancia menor de la que tendría si se pudieran realizar las correcciones por omisión.

### La interacción de salud y desarrollo

Existe una relación causal de dos vías entre el desarrollo y la salud, que subraya el importante papel de la salud en el crecimiento económico y la cohesión social. El incremento de acceso de las personas a la tecnología sanitaria es un buen indicador de los logros de los otros procesos de desarrollo. Desde 1990 los conceptos de pobreza y desarrollo se han movido de un énfasis exclusivo en el ingreso a una noción más amplia y compleja de desarrollo humano como se concibe en el índice de desarrollo humano

(desarrollado por las Naciones Unidas) y otros índices multifactoriales.

Según este concepto la pobreza significa, además de bajo ingreso, carencia de capacidades humanas, incluyendo la salud. El término pobreza humana se refiere a la privación de los medios para adquirir capacidades (por ejemplo, acceso físico al cuidado de salud) y la conversión básica de factores que facilitan este alcance (tales como acceso social al cuidado de la salud). El desarrollo humano se refiere al proceso de aumentar las opciones de la gente de desarrollar sus capacidades (por ejemplo, la libertad de escoger un estilo de vida saludable).

Este concepto de pobreza y desarrollo considera los procesos interactivos cruciales para la dinámica social del incremento de la salud. Por ejemplo, las capacidades económicas afectan la salud, cuando el bajo ingreso comprime el acceso al cuidado y a las oportunidades de promoción de la salud, de igual forma, la falta de salud limita las habilidades de las personas para alcanzar altos ingresos lo que contribuye a la pobreza.

En muchos países, será imposible lograr una reducción del 50% en la pobreza de ingreso sin tomar medidas para asegurar una población saludable.

Eliminar las disparidades de género e incrementar la tasa de matrícula para la educación primaria son prerequisites para lograr un incremento en la salud. La salud de la población no puede ser considerada de forma aislada de aspectos como los recursos naturales y la sostenibilidad ambiental.

Lograr una reducción de dos tercios en la mortalidad infantil, requiere intervenciones técnicas que actúen sobre las mayores causas de muertes infantiles, como malnutrición, enfermedades infecciosas y parasitarias. La efectividad de estas intervenciones estará mediada por la red de servicios públicos y privados y dependerá de adecuados niveles de

financiamiento. Su efecto será reforzado por acciones que aseguren una gran seguridad alimentaria y acceso a educación, medicinas esenciales y agua limpia y por el incremento, eficacia y productividad en la administración del gasto público. La habilidad de los gobiernos para financiar estos esfuerzos estará influenciada por el ambiente comercial y de políticas nacionales e internacionales, y en los países pobres por la disponibilidad de asistencia financiera externa. (5)

### **Los determinantes de la salud**

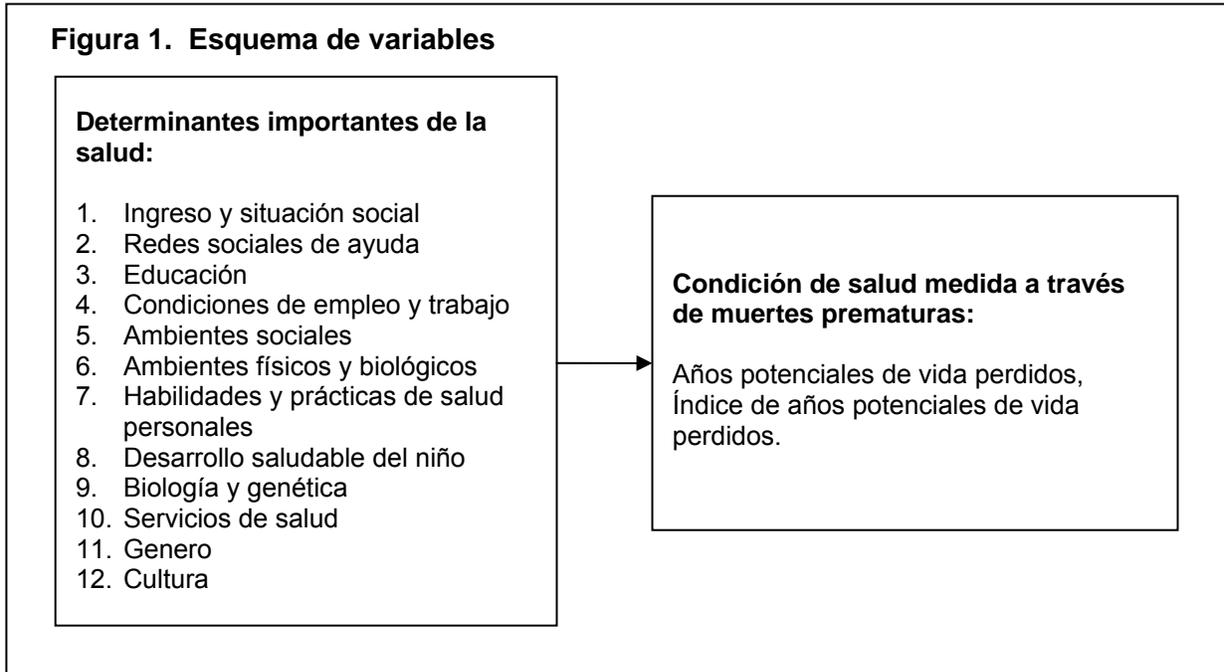
Considerando la salud o falta de salud como consecuencia o efecto, se han podido identificar un conjunto de determinantes principales de la salud, que deben ser abordados para contribuir a reducir la carga de enfermedad y promover la salud de la población.

El análisis de determinantes de la salud de la población fue ampliamente favorecido por la introducción en 1974 del marco de conceptos que consideró los elementos: Biología humana, ambiente, estilo de vida y organización del cuidado de la salud. La biología humana, el ambiente y el estilo de vida son elevados a una categoría de igual importancia a la organización del cuidado de la salud, y se releva la importancia del comportamiento y los hábitos de las personas en su salud (6).

Este marco básico ha sido ampliado y refinado con los años. La evidencia indica que los factores dominantes que influyen la salud de la población son el ingreso, condición social; redes sociales de ayuda; educación; condiciones de trabajo y empleo; ambientes sociales; ambientes físicos; prácticas y habilidades personales de salud; desarrollo sano del niño; biología y dotación genética; servicios médicos; género; y cultura. Cada uno de estos factores es importante por sí mismos y se correlacionan.

Los factores genéticos tienen al presente un abordaje más allá del alcance de las intervenciones en salud pública. El bienestar del ser humano y el ambiente físico están en constante interacción. Los estilos de vida con sus otros determinantes como la cultura, empleo, ingreso, educación, redes sociales y la comunidad donde se vive y trabaja, deben ser considerados en cualquier esfuerzo de cambiar la forma de vida de los individuos.

La situación social y económica de la población es un determinante importante del estado de salud. Las personas más pobres, menos instruidas tienden a tener salud más pobre. Mejorar la salud y abordar las inequidades de la salud es un requisito adicional para el desarrollo económico (7).



**Objetivos de la investigación**

Objetivo general:

Analizar las causas más relevantes de la mortalidad prematura según edad, sexo, distrito de residencia, ocupación, población de indígena o no, y situación de desarrollo de la población panameña en el año 1990 y 2000.

Objetivos específicos:

1. Identificar la mortalidad de la población por grupos de causa, ocupación, edad, sexo, población indígena o no y distrito de residencia en los años 1990 y 2000.

2. Calcular los índices de años potenciales de vida perdidos (APVP) absolutos y relativos ajustados por edad.
3. Distribuir espacialmente los APVP por distrito de residencia de la población que muere en los años de estudio.
4. Describir las causas principales de muerte prematura por edad, sexo, ocupación, población indígena o no, y lugar de residencia de la población.
5. Identificar las características de desarrollo por distrito medidas a través del IDHP.
6. Determinar las características de desarrollo que presenta la población que muere prematuramente en el país.

# Materiales y métodos

## Tipo de estudio y diseño general

Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo. Para el logro de los objetivos se hizo uso de fuentes secundarias de información. Se compararon las características de la muerte prematura por distritos, sexo, en población de indígena o no indígena y se consideraron ciertas características sociales y de desarrollo medidas a través de índices en el país en los años 1990 y 2000.

## Universo de estudio

El universo de estudio lo constituyen las defunciones registradas en el país en 1990 y 2000.

## Definición operacional de las variables

Las variables se definieron conceptual y operativamente como se presenta en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Definición operacional de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Muertes prematuras	Muertes que ocurren antes de cierta edad predeterminada.	Suma de los demás años que habrían vivido, todas las personas que fallecen por causa, si hubieran cumplido las esperanzas de vida previstas.
Sexo	Condición de masculino o femenino según se manifieste en la base de datos	Hombre o mujer
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos
Causa de defunción	Lo que dio por consecuencia la muerte	Grupo de causa según la novena y décima revisión
Desarrollo Humano	Desarrollo de capacidades, oportunidades y potencialidades humanas	INDHP por distrito y sexo
Localización	Lugar donde se imputa la muerte prematura	Distrito de residencia de la persona muerta
Ocupación	Actividad económica a la que se dedicaba la persona muerta	Según Clasificación Nacional de Ocupaciones
Tipo	Condición de pertenencia a un grupo con comportamientos característicos y diferentes a otros grupos	Indígena, no indígena
Gasto en salud	Inversión imputada en salud en el año de estudio	En dólares por habitantes

**Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos**

Los datos sobre muertes por causa, edad y distrito, y los datos de población según edad y distrito, para el cálculo de los años potenciales de vida perdidos, se obtuvieron de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (7). Los datos sobre los índices de desarrollo humano y de pobreza humana, además de los indicadores básicos, se obtuvieron del Informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas en Panamá 2002. La información sobre gasto de inversión y funcionamiento en salud se

obtuvo de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas.

En 1990 la información tabulada fue codificada utilizando la lista abreviada de 181 grupos de causas de la Novena Revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (cuadro 6). Esta información tenía la limitación de presentar datos agregados, grupos de edad ya definidos y no presentar información por sexo.

En el año 2000, la información se obtuvo en formato electrónico. Las causas se agruparon utilizando la clasificación presentada en el cuadro 7.

Cuadro 6. Lista de grupos de causas en base en la lista de mortalidad de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (novena revisión)

Código	Grupos de causas	Lista abreviada de 181 grupos de causas	Lista detallada
C1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	01-07	001-139
C2	Desnutrición	194	260-269
C3	Meningitis	220	320, 322
C4	Otras causas transmisibles	322	487
C5	Neumonía	321	480-486
C6	Tumores	08-14	140-208
C7	Enfermedades del sistema circulatorio	250-309	390-453
C8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	450-459	760-779
C9	Otras causas no transmisibles	181-189, 200-209, 210-218, 223-229, 230-239, 240-249, 323-329, 330-449,	250-259, 270-279, 280-289, 290-319, 340-345, 360-379, 380-389, 490-513, 520-759
C10	Síntomas y signos no clasificados en otra parte	450-459	760-779
C11	Causas externas	E470-E999	E800-E848

Cuadro 7. Lista de grupos de causas en base en la lista de mortalidad de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión)

Código	Grupos de causas	Lista abreviada de 80 grupos de causas	Lista detallada
C1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	001-024	A00-B99
C2	Desnutrición	047	E40-E46
C3	Meningitis	049	G00-G03
C4	Otras causas transmisibles	058, 060	J10-J11, J20-J22
C5	Neumonía	059	J12-J18
C6	Tumores	025-044	C00-C97
C7	Enfermedades del sistema circulatorio	051-057	I00-I99
C8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	069	P00-P96
C9	Otras causas no transmisibles	045-046, 048, 050, 061-068, 070, 072	D50-D64, E10-E14, F10-F19, G30, J40-J47, J00-J06, J30-J39, J60-J98, K25-K27, K70-K76, N00-N15, O00-O07, O10-092, 098-099, Q00-Q99, D00-D48, D65-D89, E00-E07, E15-E34, E50-E88, F01-F09, F20-F99, G04-G25, G31-G98, H00-H93, I15, K00-K22, K28-K66, K80-K92, L00-L98, M00-M99, N17-N98, O95-097
C10	Síntomas y signos no clasificados en otra parte	071	R00-R99
C11	Causas externas	073-080	V01-Y89

### Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

El impacto de la mortalidad en la población por distrito, causa y sexo (cuando los datos lo permitieron) se obtuvo utilizando el índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) para limitar la influencia de los problemas de salud de las edades más avanzadas donde ocurren la mayoría de las defunciones (9).

La edad límite superior (L) se estableció en 75 años. Los grupos de edad utilizados

para el cálculo de los años potenciales de vida perdidos (APVP) y del índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) fueron los siguientes: Menores de 1 año, 1-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 y más, no especificado (NE). El IAPVP fue ajustado, por las diferentes estructuras de edad, para efecto de comparaciones por distritos utilizando el método directo de ajuste de tasas.

La población estándar que se utilizó para comparar las tasas fue la población definida por Waterhouse, utilizada por la

Organización Mundial de la Salud y la OPS (10). Esta población estándar se presenta en el cuadro 8.

Las defunciones no fueron corregidas por omisión, debido a que no se dispone, al presente, de información sobre omisión por edad, causa de defunción y distrito.

Cuadro 8. Población estándar usada para el ajuste de las tasas por diferente estructura por edad.

Edad	Población
0	2,400
1-4	9,600
5-14	19,000
15-24	1,000
25-44	26,000
45-64	19,000
65-74	5,000
75 y +	2,000
TOTAL	100,000

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. Boletín Epidemiológico. 2002; 23(3): 9-12

En el análisis de las muertes prematuras, además de los IAPVP ajustado, se obtuvieron razones de riesgo y tasas por 100,000 habitantes.

### **Programas utilizados en el análisis de datos**

En el procesamiento de los datos para el análisis se utilizaron los programas EPI INFO 3.2 y Excell 4.0. La presentación de gráficas se hizo con Excell y los mapas con Arc View.

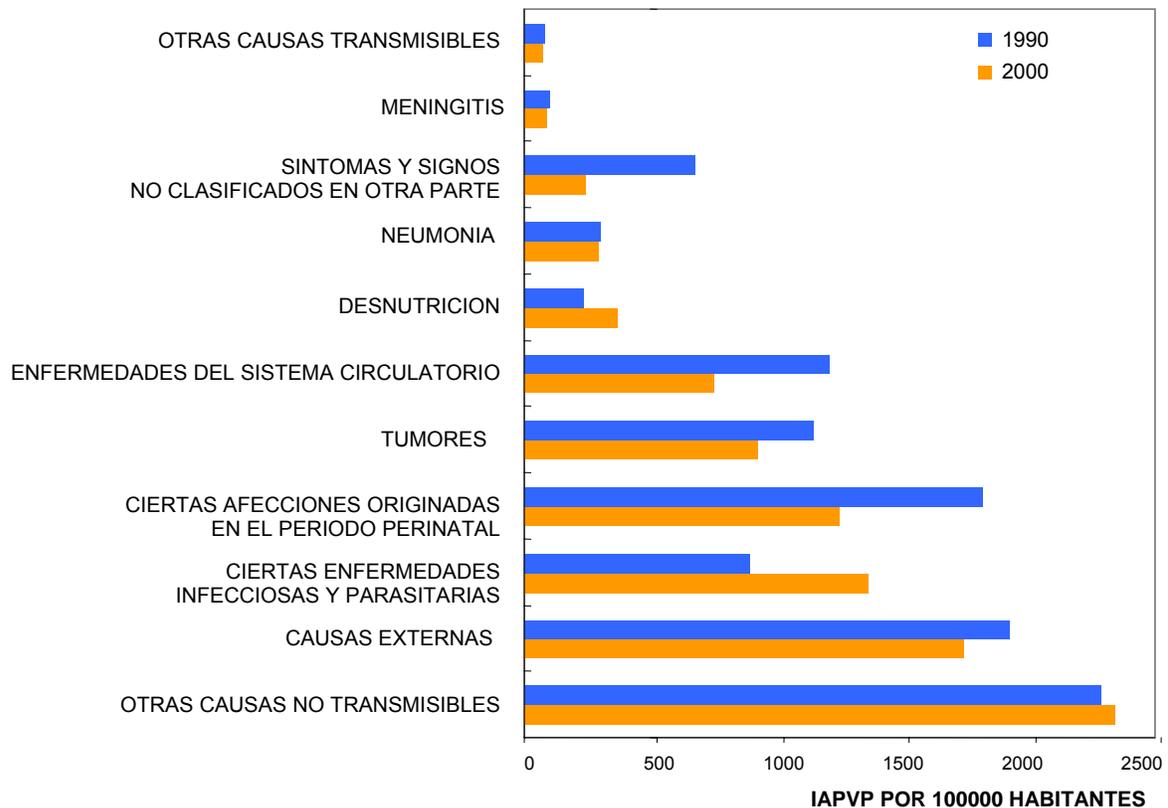
Los mapas fueron elaborados en la Unidad de Sistema de Información Geográfica en Salud del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud utilizando como mapa base, la división política de la República de Panamá elaborado por la Contraloría General de la República en el año 2000.

# Resultados y Discusión

Las principales causas de muertes prematuras en el país observadas en 1990 y 2000, fueron otras causas no transmisibles, seguidas por las causas externas (gráfica 1). Se observa un

aumento en el año 2000 de muertes ocurridas antes de los 75 años debido a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo el valor del índice 1.52 veces el valor de 1990.

Gráfica 1. IAPVP SEGUN GRUPO DE CAUSA EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 1990 Y 2000



La mayor pérdida de años potenciales de vida por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se debió principalmente a la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la tuberculosis, y la septicemia, tanto en hombres como en mujeres. Todos los grupos de edad se vieron afectados por

el VIH y la tuberculosis, sin embargo, el grupo de 24 a 44 años sufrió la mayor pérdida de años potenciales de vida debido a estas causas. Los menores de 4 años de edad perdieron años de vida prematuramente por causa de las diarreas y gastroenteritis, mientras que la septicemia afectó principalmente a los menores de un año (cuadro 9).

Cuadro 9. APVP DEBIDO A CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS SEGÚN EDAD EN EL 2000.

CAUSA	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 Y MAS	TOTAL
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3450	3656	1208	441	361	242	60	0	9418
OTRAS INFECCIONES INTESTINALES	300	222	0	59	34	0	0	0	615
TUBERCULOSIS	75	731	136	703	1842	1112	173	0	4772
TETANOS	75	0	0	0	0	25	0	0	100
TOS FERINA	75	0	0	0	0	0	0	0	75
INFECCION MENINGOCOCICA	0	74	70	0	44	0	0	0	188
SEPTICEMIA	1425	296	70	276	334	242	25	0	2668
INFECCIONES CON UN MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	225	0	0	0	0	0	0	0	225
SARAMPION	0	0	0	0	0	18	0	0	18
HEPATITIS VIRAL	75	219	131	0	114	113	5	0	657
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	750	71	253	1757	12442	2459	90	0	17822
PALUDISMO (MALARIA)	0	0	0	0	0	0	8	0	8
LEISHMANIASIS	0	0	0	0	0	24	0	0	24
TRIPANOSOMIASIS	0	0	0	0	49	0	11	0	60
LAS DEMAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	675	585	0	167	365	223	6	0	2021
TOTAL	7125	5854	1868	3403	15585	4458	378	0	38671

### Muerte prematura según género

La pérdida de años potenciales de vida para el 2000 es mayor en hombres que en mujeres (gráfica 2), la razón hombre/mujer del índice indica un valor superior a uno en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 1 a 4 años, con valores más elevados en el grupo de 25 a 44 años. Las principales causas de muerte prematura en hombres para el 2000 fueron las causas externas, y para las mujeres otras causas no transmisibles (gráfica 3).

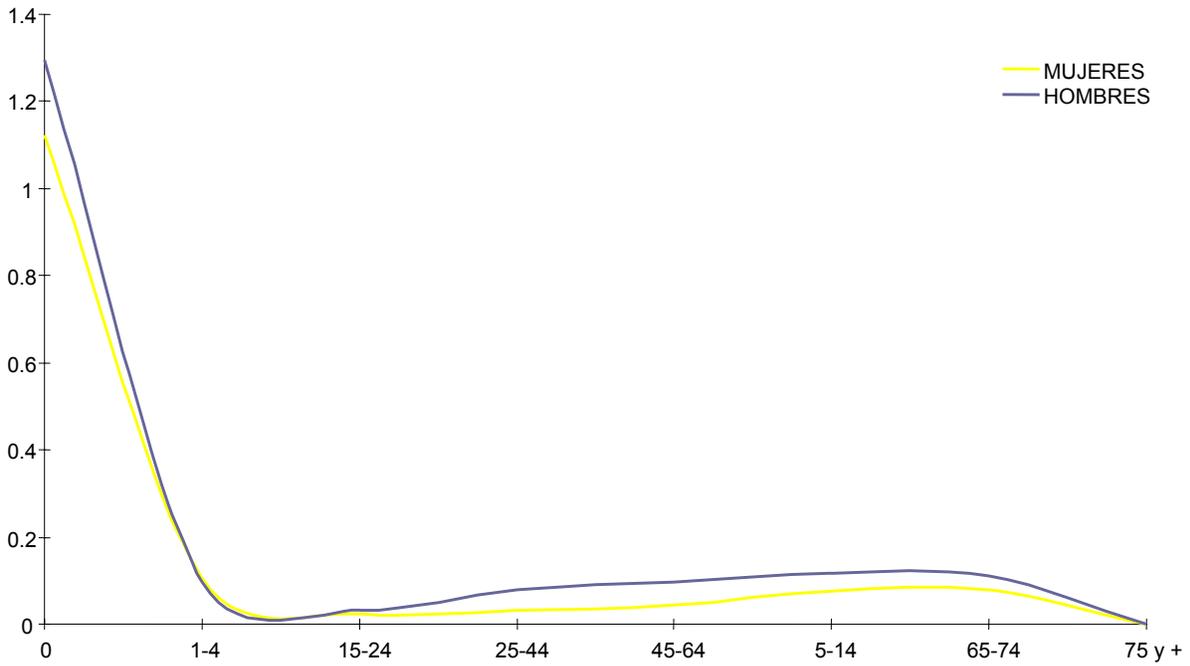
La pérdida de años potenciales en la mujer es mayor en los extremos de la vida. En edades tempranas la mujer (gráfica 4), para el 2000, pierde años potenciales debidos principalmente a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, otras causas no transmisibles, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y neumonía. Al final de la vida productiva la mujer pierde años potenciales debido a tumores, enfermedades del sistema circulatorio, y otras causas no transmisibles.

Para el 2000 los hombres en el país presentan un comportamiento diferente a la mujer en cuanto a la pérdida de años potenciales de vida (gráfica 5). Es mayor

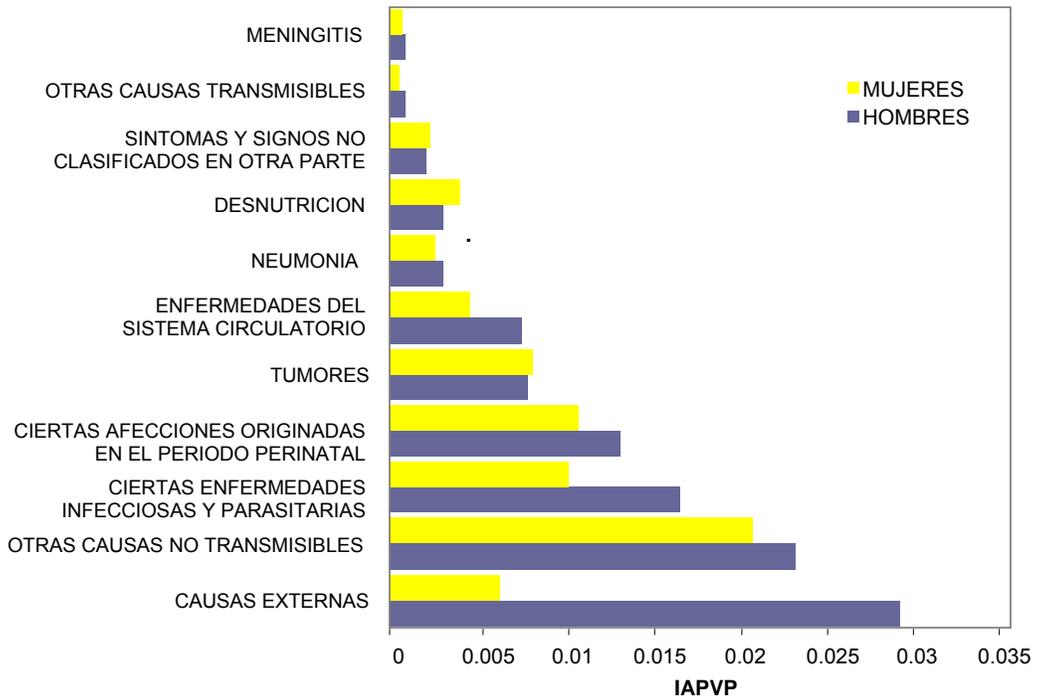
al comienzo de la vida, disminuyendo al sobrevivir el primer año de edad, para aumentar y mantenerse al inicio de la adolescencia (a partir de los 15 años). Las principales causas de muerte en niños menores de un año lo constituyen ciertas afecciones originadas en el período perinatal, otras causas no transmisibles, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, desnutrición y neumonía. La principal pérdida de vida en hombres de 15 a 44 años son las causas externas, seguida por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. A partir de los 45 años aparecen las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y otras causas no transmisibles como causas de defunción.

Los años de vida potenciales perdidos debido a causas externas en hombres es 4.7 veces los años perdidos por la mujer en el 2000. La muerte prematura en hombres y mujeres por esta causa ocurre principalmente debido a accidentes de transporte, agresiones y ahogamientos y sumersión accidentales. La pérdida de años potenciales de vida es ligeramente superior en la mujer sólo debido a la muerte causada por la exposición al humo, fuego y llamas, con razón mujer/hombre de 1.01 (cuadro 10).

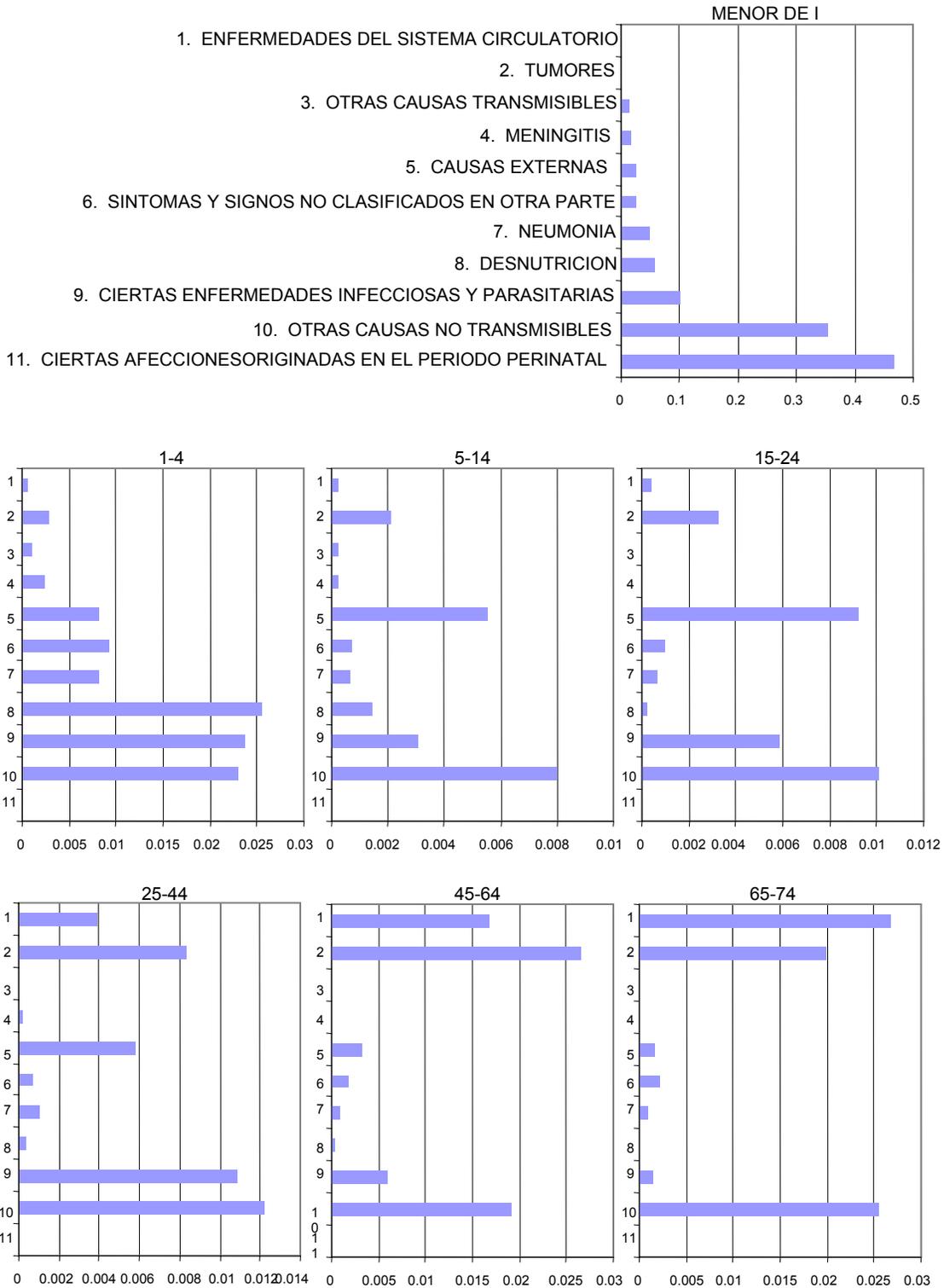
Gráfica 2. INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. REPUBLICA DE PANAMA 2000



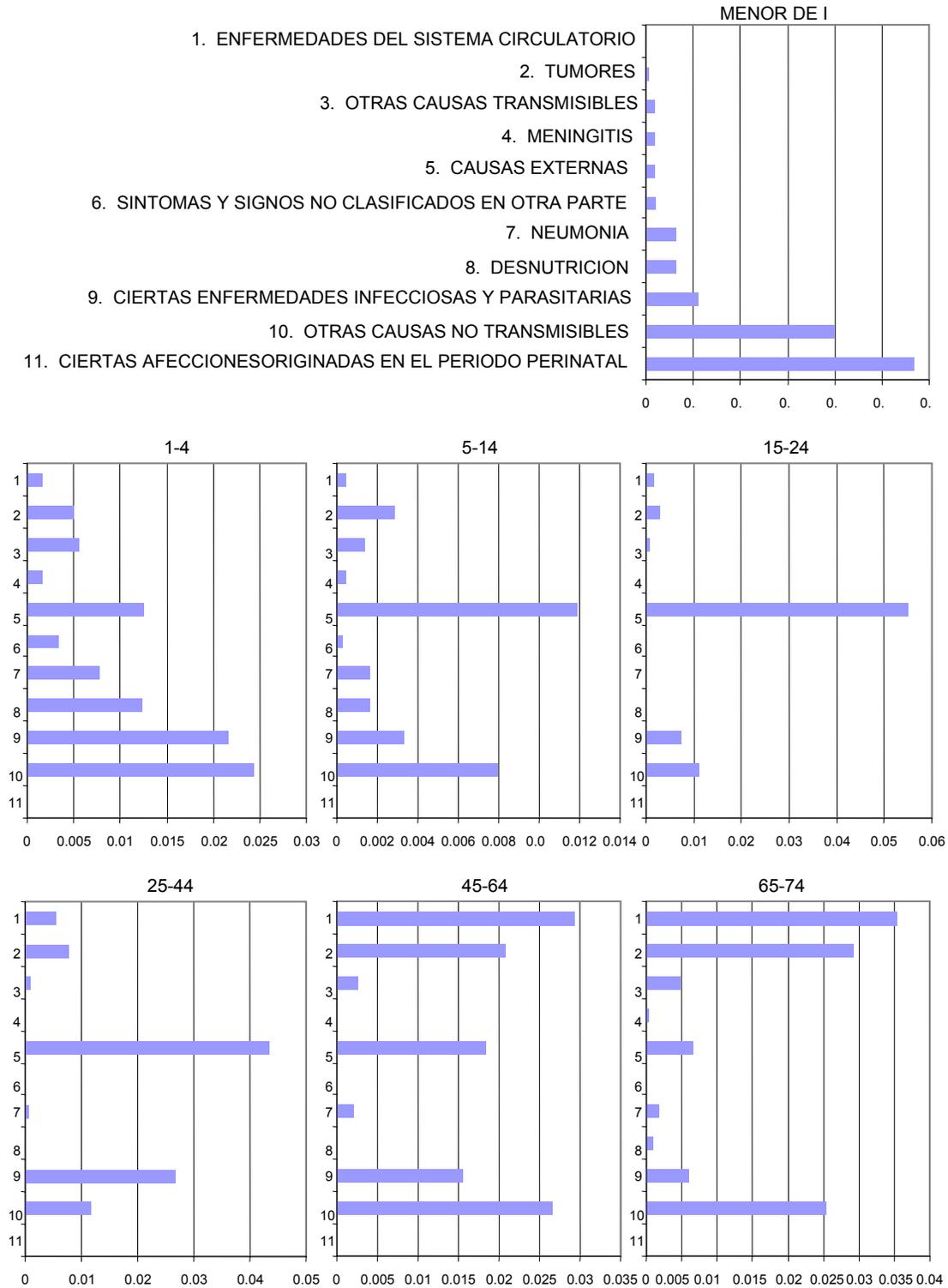
Gráfica 3. INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR SEXO SEGUN CAUSA. REPUBLICA DE PANAMA 2000



Gráfica 4. INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CAUSA Y EDAD EN MUJERES. REPUBLICA DE PANAMA 2000.



Gráfica 5. INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CAUSA Y EDAD EN HOMBRES. REPUBLICA DE PANAMA 2000.



Cuadro 10. APVP SEGÚN GÉNERO Y CAUSA EXTERNA EN EL 2000.

CAUSA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ACCIDENTES DE TRANSPORTE	13148	2883	16031
CAIDAS	1185	288	1473
AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	5498	1296	6794
EXPOSICION AL HUMO, FUEGO Y LLAMAS	246	249	495
ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS	286	190	476
LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE	4369	843	5212
AGRESIONES	11459	1250	12709
LAS DEMAS CAUSAS EXTERNAS	6277	2028	8305
TOTAL	42468	9027	51495

### Muerte prematura según edad

En la gráfica 6 puede apreciarse las tasas de años de vida potenciales perdidos por cada 100.000 habitantes para los grupos de edad estudiados en 1990 y 2000. Se destaca la disminución de los años perdidos prematuramente en menores de cuatro años, siendo más marcado en los menores de un año, estando este último hecho acorde con descenso en el nivel de mortalidad del país medido a través de la esperanza de vida al nacer.

#### Menores de un año

Al observar este grupo de edad tenemos que la disminución en la muerte prematura en el período 1990 a 2000 se explica por la disminución del valor del índice debido a ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

En 1990 y 2000 la principal causa de muerte prematura en menores de un año fue el grupo de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguido por otras causas no transmisibles (gráfica 7). La tercera causa de muerte prematura en este grupo de edad lo constituyen ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido por desnutrición, y neumonía (cuadro 9).

Dentro del grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, en el 2000, predominan (cuadro 9) la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, septicemia, y enfermedad por

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, y otras infecciones intestinales.

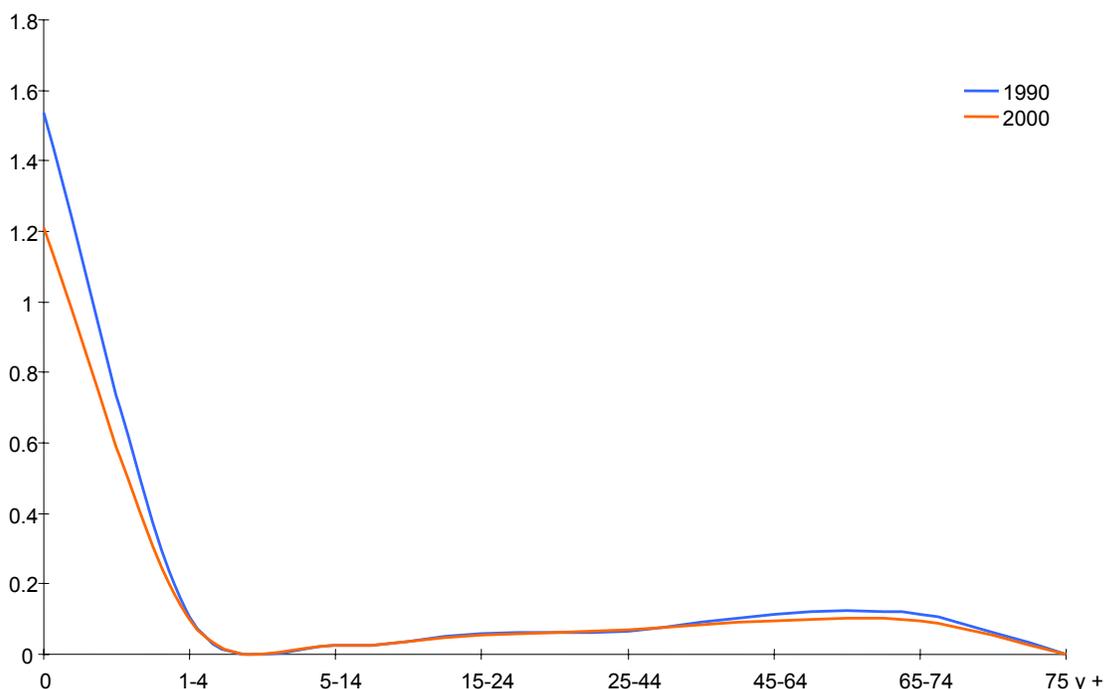
#### 1-4

En este grupo de edad en 2000 la principal causa de muerte prematura la constituye el grupo de otras causas no transmisibles, mientras que en 1990 lo fue el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. En 1990 le siguen otras causas no transmisibles, y causas externas. En 2000 la segunda causa de muerte prematura es el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido por la desnutrición y las causas externas (gráfica 7).

En el año 2000, las principales causas de muerte prematura en niños y niñas de 1 a 4 años, en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, lo constituyen la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguida por tuberculosis, las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, septicemia, otras infecciones intestinales y hepatitis viral (cuadro 9).

En el grupo de causas externas las principales causas de muerte prematura en niños y niñas de 1 a 4 años en el 2000, son ahogamiento y sumersión accidentales, accidentes de transporte, las demás causas externas, agresiones, y envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas (cuadro 11).

Gráfica 6. INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS SEGUN GRUPO DE EDAD. REPUBLICA DE PANAMA 1990 Y 2000.



#### 5-14

En este grupo de edad, en 1990 y 2000, la principal causa de muerte prematura es el grupo causas externas seguida por otras causas no transmisibles. Como tercera causa en 2000 se tiene el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (gráfica 7) y en 1990 los tumores.

En el grupo de causas externas las principales causas de muerte prematura en niños y niñas de 5 a 14 años en el 2000, son ahogamiento y sumersión accidental,

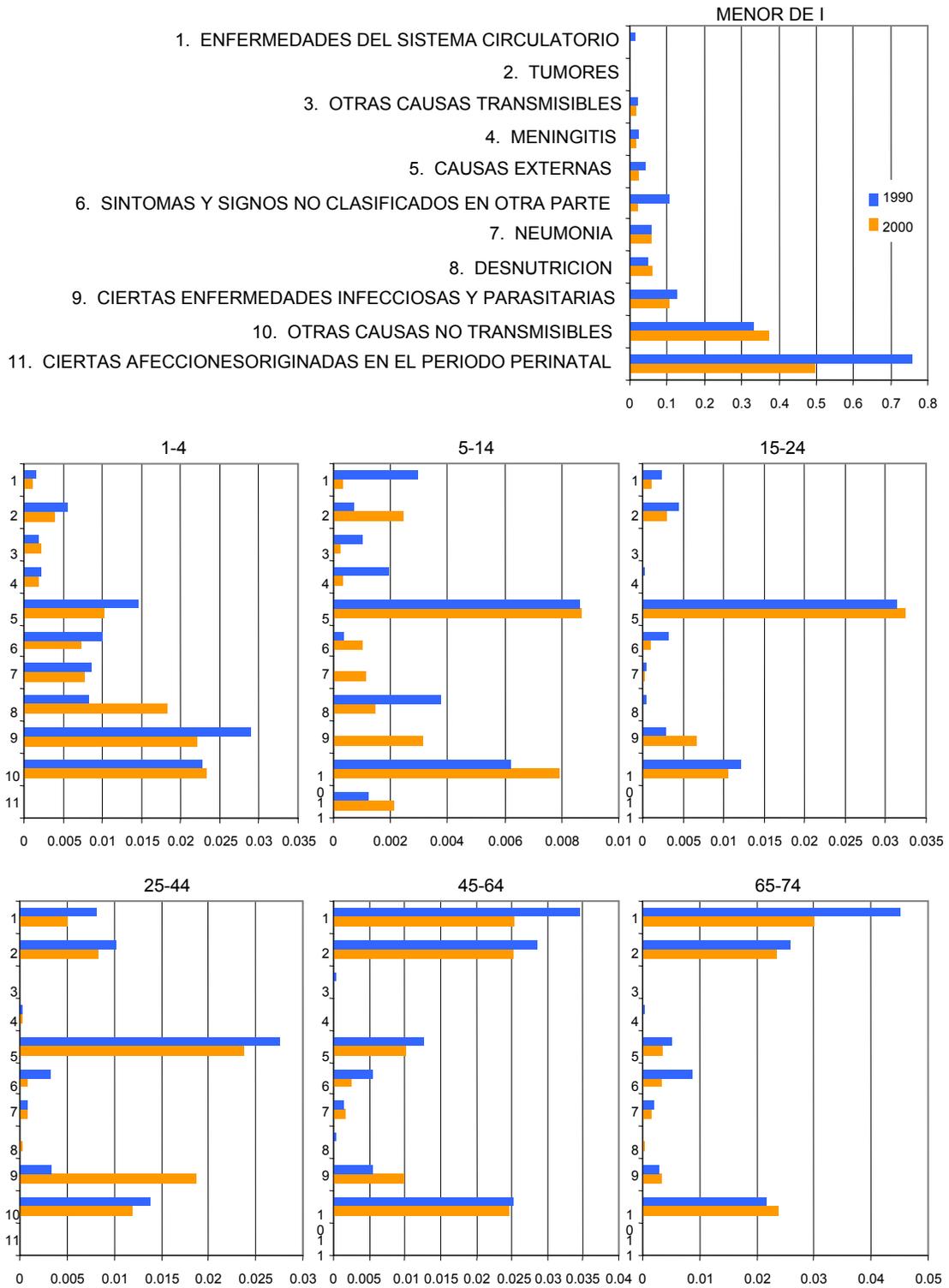
accidentes de transporte, las demás causas externas, agresiones, y caídas (cuadro 11).

En este grupo de edad las principales causas de muerte prematura en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias son la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, hepatitis viral y septicemia (cuadro 9).

Cuadro 11. APVP DEBIDO A CAUSAS EXTERNAS SEGÚN EDAD EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN EL AÑO 2000.

CAUSA EXTERNA	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 y más	TOTAL
Ahogamiento y sumersión accidentales	75	948	1909	1897	1734	192	39	0	6794
Accidentes de transporte	0	721	1698	5008	6674	1794	136	0	16031
Las demás causas externas	1275	510	851	1887	2778	899	105	0	8305
Agresiones	150	222	252	5811	5764	458	52	0	12709
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	75	144	69	59	82	46	1	0	476
Caídas	0	74	133	212	588	437	29	0	1473
Exposición al humo, fuego y llamas	0	73	69	107	148	84	14	0	495
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	0	0	126	1823	2622	597	44	0	5212
<b>TOTAL</b>	<b>1575</b>	<b>2692</b>	<b>5107</b>	<b>16804</b>	<b>20390</b>	<b>4507</b>	<b>420</b>	<b>0</b>	<b>51495</b>

Gráfica 7. INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR EDAD Y CAUSA EN 1990 Y 2000. REPUBLICA DE PANAMA.



## 15-24

En este grupo de edad la primera y segunda causa de muerte prematura en 1990 y 2000 fueron las causas externas y otras causas no transmisibles respectivamente. En 1990 la tercera causa de muerte prematura fueron los tumores y en el año 2000 ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (gráfica 7).

En el grupo de causas externas, las principales causas de muerte prematura en jóvenes de 15 a 24 años en el año 2000, son las agresiones, accidentes de transporte, ahogamiento y sumersión accidentales, las demás causas externas, y lesiones autoinflingidas intencionalmente (cuadro 11).

En este grupo de edad las principales causas de muerte prematura, en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, son la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la septicemia, y las demás enfermedades infecciosas y parasitarias (cuadro 9).

## 25-44

En el grupo de 25 a 44 años la principal causa de pérdida prematura de vida fueron las causas externas en 1990 como en el año 2000, sin embargo, en 1990 el IAPVP por esta causa fue 1.7 veces el de 2000 (gráfica 4). En 1990 la segunda causa de muertes prematuras fueron otras causas no transmisibles, seguida por los tumores, y enfermedades del sistema circulatorio. En el año 2000 la segunda causa fueron ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, y pasó a ser tercera causa de muerte prematura las otras causas no transmisibles (gráfica 7).

En el grupo de causas externas las principales causas de muerte prematura en personas de 25 a 44 años en el año 2000, son accidentes de transporte, agresiones,

las demás causas externas, lesiones autoinflingidas intencionalmente, y ahogamiento y sumersión accidentales (cuadro 11).

En este grupo de edad las principales causas de muerte prematura en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias son la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y septicemia (cuadro 9).

## 45-64

En este grupo de edad, en 1990, la principal causa de muerte prematura es el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, seguido por los tumores y otras causas no transmisibles. En el año 2000 la principal causa de muerte prematura es el grupo de los tumores, enfermedades del circulatorio, y otras causas no transmisibles. Se destaca el hecho de que los tumores pasan de segunda causa de muerte prematura a primera en el 2000 (gráfica 7).

En el grupo de tumores, en el año 2000, las principales causas de muerte prematura son debidas a los demás tumores (neoplasias) malignos, tumor maligno de la mama, tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón, tumor maligno del estomago tumor maligno del cuello del útero, y tumor maligno del colon, del recto y del ano.

En el grupo de causas externas las principales causas de muerte prematura en personas de 45 a 64 años en el año 2000, son los accidentes de transporte, las demás causas externas, las lesiones autoinflingidas intencionalmente, las agresiones, y las caídas (cuadro 11).

En este grupo de edad las principales causas de muerte prematura en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y

parasitarias son las enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y la septicemia (cuadro 9).

65-74

En el año 1990, en este grupo de edad, la principal causa de muerte prematura se debió a las enfermedades del sistema circulatorio, seguida por los tumores, y otras causas no transmisibles. En el año 2000 la principal causa de muertes prematuras fue el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, seguida por otras causas no transmisibles, y por los tumores (gráfica 7).

En el grupo de tumores, en el año 2000, las principales causas de muerte prematura son debidas a los demás tumores (neoplasias) malignos, tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón, tumor maligno del estomago, tumor maligno del colon, del recto y del ano, tumor maligno de la mama, y tumor maligno del cuello del útero.

En el grupo de causas externas las principales causas de muerte prematura en personas de 25 a 44 años en el año 2000, son accidentes de transporte, las demás causas externas, agresiones, lesiones autoinflingidas intencionalmente, y ahogamiento y sumersión accidentales (cuadro 11).

En este grupo de edad las principales causas de muerte prematura en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias son la tuberculosis, la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la septicemia, y la tripanosomiasis (cuadro 9).

### **Muerte prematura según ocupación**

En el año 2000, excepto en el grupo formado por las amas de casa, los jubilados y los estudiantes, la mayor proporción de pérdida de años potenciales de vida, en cada uno de los grupos de ocupación, se debió a las causas externas de muerte.

En trabajadores agropecuarios, forestales de la pesca y caza; artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines; y trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, los años potenciales de vida perdidos debido a las causas externas presentan una mayor proporción del total de años potenciales de vida perdidos por grupo de causa (cuadro 12).

En artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines; operaciones de instalaciones fijas y máquinas; montadores, conductores y operadores de maquinarias móviles; y vendedores ambulantes, trabajadores de los servicios no clasificados en otro grupo, obreros y jornaleros, el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presentan una mayor proporción relativo al total de causas en cada grupo de ocupación.

En el grupo de amas de casa, jubilados y estudiantes la mayor cantidad de muertes prematuras se debieron a otras causas no transmisibles (tumores, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares), ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y tuberculosis) (cuadro 14).

Cuadro 12. APVP SEGÚN GRUPO DE OCUPACIÓN Y DE CAUSA EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 2000

OCUPACION	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Sintomas y signos no clasificados en otra parte	Causas externas	Desnutricion	Meningitis	Otras causas transmisibles	Neumonía	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Otras causas no transmisibles	TOTAL
Trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificadas o no declaradas	826	70	1912	0	0	0	11	815	884	0	619	5137
Miembros del poder ejecutivo, directivos de la administración pública, empresa privada y organizaciones de interés social	210	0	443	0	0	0	0	262	294	0	219	1428
Profesionales, científicos y otros intelectuales	225	0	1010	0	0	0	37	358	366	0	519	2515
Técnicos y profesionales de nivel medio	1273	0	4052	0	0	0	0	739	942	0	1271	8277
Empleados de oficina	1893	768	6671	78	54	6	204	1287	1730	0	2513	15204
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	489	0	2022	0	0	0	33	425	383	0	435	3787
Trabajadores agropecuarios, forestales de la pesca y caza	680	0	4278	32	0	0	92	657	760	0	713	7212
Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines	811	0	2389	0	56	0	0	498	323	0	227	4304
Operaciones de instalaciones fijas y máquinas; montadores, conductores y operadores de maquinarias móviles	1519	0	3325	0	82	0	189	1013	757	0	1325	8210
Vendedores ambulantes, trabajadores de los servicios no clasificados en otro grupo, obreros y jornaleros	8621	594	8827	72	35	0	390	3259	3328	0	6681	31807
Ama de casa, jubilados y estudiantes	22124	4949	16566	10005	2117	2037	7167	13886	7855	34535	48926	170167
TOTAL	38671	6381	51495	10187	2344	2043	8123	23199	17622	34535	63448	258048

Cuadro 14. APVP SEGÚN CAUSA Y OCUPACIÓN EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 2000

CAUSA	Trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificadas o no declaradas	Miembros del poder ejecutivo, directivos de la administración pública, empresa privada y organizaciones de interés social	Profesionales, científicos y otros intelectuales	Técnicos y profesionales de nivel medio	Empleados de oficina	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	Trabajadores agropecuarios, forestales de la pesca y caza	Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines	Operaciones de instalaciones fijas y máquinas; montadores, conductores y operadores de maquinarias móviles	Vendedores ambulantes, trabajadores de los servicios no clasificados en otro grupo, obreros y jornaleros	Ama de casa, jubilados y estudiantes	TOTAL
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	53	0	0	43	306	22	7	0	110	229	8648	9418
Otras enfermedades infecciosas intestinales	0	0	0	34	0	0	0	0	0	59	522	615
Tuberculosis	15	37	0	179	789	0	20	109	47	922	2654	4772
Táтанos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	75	100
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	75
Infección meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	144	188
Septicemia	91	45	21	0	99	0	0	44	13	223	2132	2668
Infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	225	225
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	18
Hepatitis viral	28	0	0	22	0	61	0	38	15	23	470	657
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (vih)	594	128	204	853	652	406	619	571	1236	6852	5707	17822
Paludismo (malaria)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	24
Tripanosomiasis	0	0	0	0	0	0	0	49	0	0	11	60
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	45	0	0	142	47	0	34	0	30	270	1453	2021
Tumores (neoplasias) malignos	815	262	358	739	1287	425	657	498	1013	3259	13886	23199
Anemias	64	0	184	105	117	44	27	0	269	263	2021	3094
Diabetes mellitus	252	38	11	133	223	111	152	27	200	579	2905	4631
Desnutrición	0	0	0	0	78	0	32	0	0	72	10005	10187
Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3	45	32	131	106	0	153	39	45	408	129	1091
Meningitis	0	0	0	0	54	0	0	56	82	35	2117	2344
Enfermedad de Alzheimer	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	2	14
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	22	0	0	0	14	0	52	29	46	146	356	665
Enfermedades hipertensivas	80	13	32	47	156	10	1	31	29	293	763	1455
Enfermedades isquémicas del corazón	339	72	68	569	555	242	330	87	299	1301	2232	6094
Otras enfermedades del corazón	35	73	52	42	310	66	251	37	166	488	1391	2911
Enfermedades cerebrovasculares	264	113	214	222	532	65	84	109	163	966	2795	5527
Aterosclerosis	0	0	0	0	15	0	0	0	0	30	72	117
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	144	23	0	62	148	0	42	30	54	104	246	853
Influenza (gripe)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	459	459
Neumonía	11	0	37	0	204	33	92	0	189	390	7167	8123
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1578	1584
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	27	0	0	22	269	3	7	0	124	401	3249	4102
Las demás enfermedades del sistema respiratorio	71	0	0	0	152	80	19	0	0	360	2500	3182
Úlcera gástrica y duodenal	0	0	0	0	74	0	0	0	0	101	39	214
Enfermedades del hígado	32	29	0	192	456	93	48	50	99	926	1275	3200
Enfermedades renales, glomerulares y rubulointersticiales	0	0	0	0	56	0	0	0	0	141	461	658
Embarazo terminado en aborto	0	0	0	55	0	0	0	0	0	0	200	255

CAUSA	Trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificadas o no declaradas	Miembros del poder ejecutivo, directivos de la administración pública, empresa privada y organizaciones de interés social	Profesionales, científicos y otros intelectuales	Técnicos y profesionales de nivel medio	Empleados de oficina	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	Trabajadores agropecuarios, forestales de la pesca y caza	Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines	Operaciones de instalaciones fijas y máquinas; montadores, conductores y operadores de maquinarias móviles	Vendedores ambulantes, trabajadores de los servicios no clasificados en otro grupo, obreros y jornaleros	Ama de casa, jubilados y estudiantes	TOTAL
Causas obstétricas directas	0	43	54	0	0	0	0	0	0	314	935	1346
Causas obstétricas indirectas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	248	248
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34535	34535
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	50	52	0	0	0	52	161	25570	25885
Síntomas y signos no clasificados en otra parte	70	0	0	0	768	0	0	0	0	594	4949	6381
Todas las demás enfermedades	170	64	238	583	1008	104	307	111	524	3027	9392	15528
Accidentes de transporte	810	314	649	1304	1802	741	1451	687	1128	2345	4800	16031
Caidas	26	0	20	27	310	0	387	87	56	169	391	1473
Ahogamiento y sumersión accidentales	74	0	0	98	1121	102	283	108	96	977	3935	6794
Exposición al humo, fuego y llamas	38	0	26	0	0	0	55	0	28	32	316	495
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0	0	0	0	16	0	0	0	0	30	430	476
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	182	0	114	559	871	61	393	207	465	1513	847	5212
Agresiones	441	109	147	1818	1133	996	1301	843	1300	2273	2348	12709
Las demás causas externas	341	20	54	246	1418	122	408	457	252	1488	3499	8305
TOTAL	5137	1428	2515	8277	15204	3787	7212	4304	8210	31807	170167	258048

En el grupo de trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificadas o no declaradas, en el año 2000, los APVP por causa tenían un mayor peso en el grupo de causas externas (accidentes de transporte, agresiones, y lesiones autoinflingidas intencionalmente) con 37.22 % del total de años perdidos en todos los grupos de causas, seguido por enfermedades del sistema circulatorio, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)), y otras causas no transmisibles (diabetes mellitus).

En los miembros del poder ejecutivo, directivos de la administración pública, empresa privada y organizaciones de interés social, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (accidentes de transporte, agresiones, y lesiones autoinflingidas intencionalmente), se observó en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, seguido por los tumores, y otras causas no transmisibles. En este grupo de ocupación las enfermedades del sistema circulatorio

(20.59%) y los tumores (18.35%) presentan una mayor proporción en relación al total de causas, que los otros trabajadores.

En el grupo de profesionales, científicos y otros intelectuales, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (accidentes de transporte, agresiones, y lesiones autoinflingidas intencionalmente), se observó en el grupo de otras causas no transmisibles (anemias), seguido por el grupo de enfermedad del sistema circulatorio y tumores, y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)).

Entre los técnicos y profesionales de nivel medio, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (agresiones, accidentes de transporte, y lesiones autoinflingidas intencionalmente), se observó en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)),

tuberculosis), seguido por otras causas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades del hígado), y por tumores.

En los empleados de oficina, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (accidentes de transporte, agresiones, ahogamiento y sumersión accidentales, lesiones autoinflingidas intencionalmente), se observó en el grupo de otras causas no transmisibles, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (tuberculosis, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y enfermedades del sistema circulatorio).

En el grupo de trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (agresiones, accidentes de transporte, ahogamiento y sumersión accidentales), se observó en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis viral) otras causas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades del hígado), y tumores.

En los trabajadores agropecuarios, forestales de la pesca y caza, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (accidentes de transporte, agresiones, lesiones autoinflingidas intencionalmente, caídas), se observó en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, otras causas no transmisibles (trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, diabetes mellitus), y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)).

En el grupo de artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (agresiones, accidentes de

transporte, lesiones autoinflingidas intencionalmente, ahogamiento y sumersión accidentales), se observó en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis), tumores, y enfermedades del sistema circulatorio.

Entre los operadores de instalaciones fijas y máquinas; montadores, conductores y operadores de maquinarias móviles, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (agresiones, accidentes de transporte, lesiones autoinflingidas intencionalmente), se observó en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso), otras causas no transmisibles (anemias, diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores), tumores, y enfermedades del sistema circulatorio.

Entre los vendedores ambulantes, trabajadores de los servicios no clasificados en otro grupo, obreros y jornaleros, el mayor peso en años potenciales de vida perdidos, luego de las causas externas (accidentes de transporte, agresiones, lesiones autoinflingidas intencionalmente, ahogamiento y sumersión accidentales, y caídas), se observó en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, septicemia), otras causas no transmisibles (enfermedades del hígado, diabetes mellitus, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, causas obstétricas directas, anemias, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas) , y los tumores.

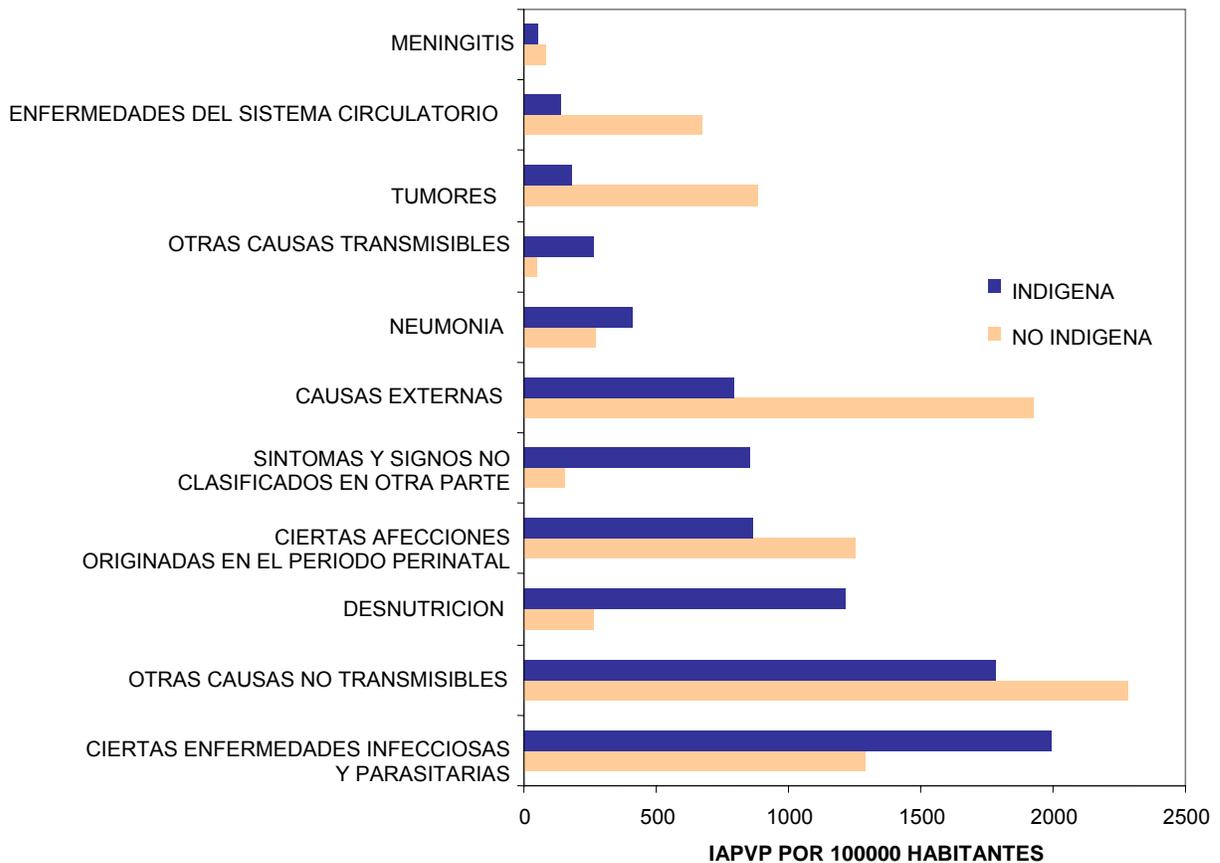
### Muerte prematura en indígenas

En el 2000, las principales causas de muerte prematura en indígenas fueron ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y tuberculosis), seguido por otras causas no transmisibles (anemias), y la desnutrición. En el grupo no indígena las principales causas de muerte prematura fueron otras causas no transmisibles (malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, diabetes mellitus), seguido por las causas externas (accidentes de transporte, agresiones), y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (enfermedad por

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)), (gráfica 8).

El riesgo de muerte prematura debido a síntomas y signos no clasificados en otra parte, otras causas transmisibles, desnutrición, enfermedades infecciosas y parasitarias, y neumonía, es mayor en el grupo indígena que en el grupo no indígena. El riesgo de muerte prematura debido a tumores, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, meningitis, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, y otras causas no transmisibles, es mayor en el grupo no indígena que en el grupo indígena (cuadro 15).

Gráfica 8. IAPVP EN INDIGENAS Y NO INDIGENAS SEGUN GRUPO DE CAUSA EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 2000



Cuadro 15. IAPVP POR 100000 HABITANTES Y RAZON DE MUERTE PREMATURA INDÍGENA / NO INDÍGENA (RIESGO RELATIVO INDÍGENA NO INDÍGENA) SEGÚN CAUSA EN LA REPUBLICA DE PANAMA 2000.

GRUPO DE CAUSA	INDIGENA	NO INDIGENA	RAZON DE MUERTE PREMATURA INDÍGENA NO INDIGENA
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1994.00184	1291.844072	1.543531362
SINTOMAS Y SIGNOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	855.124072	154.5060076	5.534568432
CAUSAS EXTERNAS	796.8281394	1927.44874	0.413410807
DESNUTRICIÓN	1218.24452	263.0439328	4.6313348
MENINGITIS	55.13530978	85.63219426	0.643861929
OTRAS CAUSAS TRANSMISIBLES	265.8435	50.35345305	5.279548549
NEUMONÍA	411.5833316	272.1670701	1.512245149
TUMORES	179.453142	888.3508109	0.202007067
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	141.1744875	674.2507477	0.209379801
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	865.6594815	1255.703919	0.689381843
OTRAS CAUSAS NO TRANSMISIBLES	1784.698371	2285.326315	0.780938092

En el año 2000 la tosferina y la malaria sólo se presentaron en poblaciones indígenas. En este grupo el riesgo de muerte prematura, debido a causas obstétricas y desnutrición, es casi 5 veces el riesgo en poblaciones no indígenas. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, en las cuales el riesgo de muerte prematura es mayor en indígenas en relación a los no indígenas son la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4.98 veces), la tuberculosis (3.75), y la hepatitis viral (2.56). El riesgo de muerte prematura debido a causas externas sólo es mayor en indígenas (3.44 veces) cuando se trata de envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (cuadro 16)

Considerando la variable edad, sólo en los grupos de 1 a 4 y de 5 a 14 años la muerte prematura es mayor en poblaciones indígenas (gráfica 9). Se observa una mayor muerte prematura en menores de un año en el grupo de no indígenas, hecho que puede deberse al sub-registro de defunciones de menores de un año, que en el país se estima en 34.1 por cien. Esta omisión de información está relacionada al desarrollo económico y social de cada región (11) y es particularmente importante en las áreas indígenas del país (gráfica 10).

La diferencia en la muerte prematura entre hombres y mujeres en poblaciones indígenas y no indígenas se observa en la gráfica 11. En poblaciones indígenas casi no se observan diferencias en el índice, excepto en el grupo de 65 a 74 años. Este hecho es acorde a la menor esperanza de vida en las áreas indígenas y al hecho de que en sociedades de menor desarrollo la diferencia entre las esperanza de vida de hombres y mujeres es mínima, en sociedades de mayor desarrollo esta diferencia se incrementa. La muerte prematura en menores de un año casi no hace diferencia por sexo entre los indígenas. En poblaciones no indígenas las diferencias en la muerte prematura entre hombres y mujeres son marcadas excepto en los grupos de 1 a 4 y 5 a 14 años.

En menores de un año indígenas y no indígenas la muerte prematura se debe principalmente a ciertas afecciones originadas en el período perinatal y otras causas no transmisibles. En este grupo de edad destaca en los indígenas la importancia de la muerte prematura debido a desnutrición, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, síntomas y signos no clasificados en otra parte, neumonía, otras

infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, y septicemia (Cuadro 17).

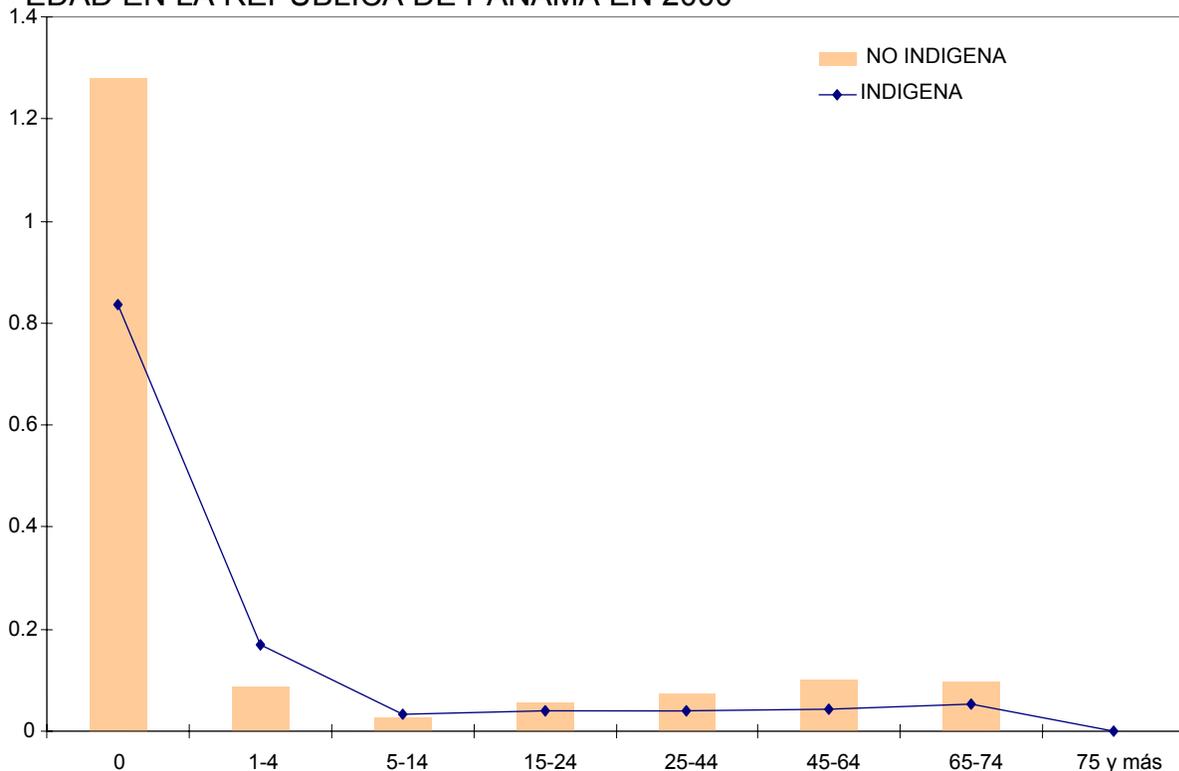
En niños y niñas indígenas de 1 a 4 años la mayor pérdida de años potenciales se debió a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; desnutrición; síntomas y signos no clasificados en otra parte; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; tuberculosis; neumonía, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; anemias, y hepatitis viral.

Los indígenas de 5 a 14 años mueren prematuramente debido principalmente a desnutrición, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, síntomas y signos no clasificados en otra parte, neumonía, ahogamiento y sumersión accidentales, y tumores (neoplasias) malignos.

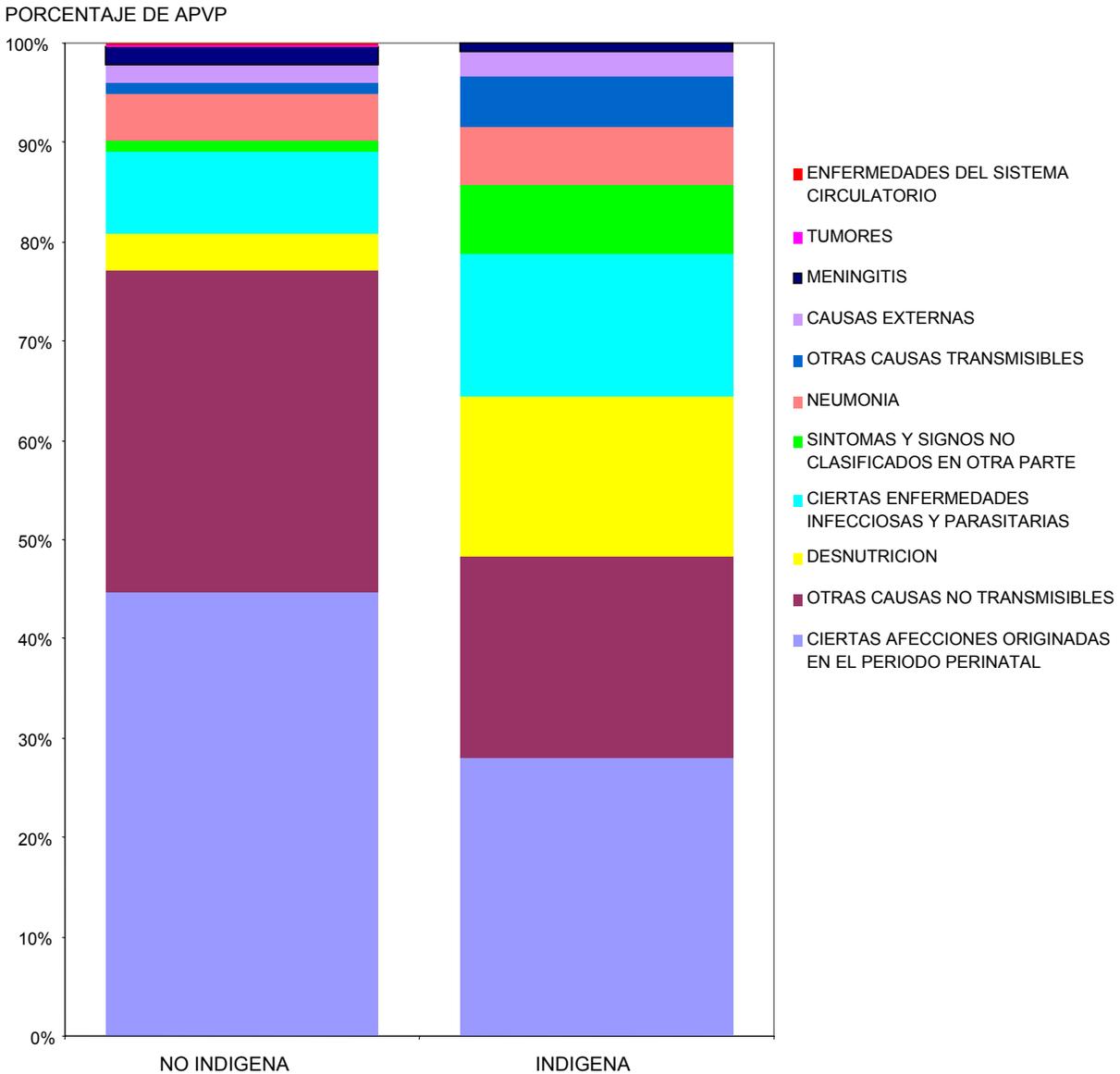
Los jóvenes indígenas de 15 a 24 años de edad mueren prematuramente debido principalmente a las lesiones autoinflingidas intencionalmente, las causas obstétricas directas, las demás causas externas, los síntomas y signos no clasificados en otra parte, la tuberculosis, la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las anemias, las enfermedades cerebrovasculares, y por ahogamiento y sumersión accidentales.

En el grupo indígena de 25 a 44 años la mayor pérdida de años potenciales se debió a tuberculosis, síntomas y signos no clasificados en otra parte, lesiones autoinflingidas intencionalmente, tumores (neoplasias) malignos, causas obstétricas directas, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, las demás causas externas, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y ahogamiento y sumersión accidentales.

Gráfica 9. IAPVP SEGUN GRUPO INDIGENA Y NO INDIGENA Y GRUPO DE EDAD EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 2000



Gráfica 10. PORCENTAJE DE APVP EN MENORES DE UN AÑO SEGÚN GRUPO INDIGENA O NO INDIGENA EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 2000



En la población indígena de 45 a 64 años de edad la mayor pérdida de años potenciales de vida se debió a síntomas y signos no clasificados en otra parte, la tuberculosis, los tumores (neoplasias) malignos, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y las enfermedades del hígado.

Los indígenas de 65 a 74 años mueren prematuramente debido principalmente a síntomas y signos no clasificados en otra

parte, tuberculosis, tumores (neoplasias) malignos, y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Es importante destacar dentro del grupo de otras causas no transmisibles la presencia de forma persistente de muertes prematuras debido a síntomas y signos no clasificados en otra parte en los indígenas. Este hecho podría explicarse por la forma en que la muerte se registra en estas áreas según certificación médica.

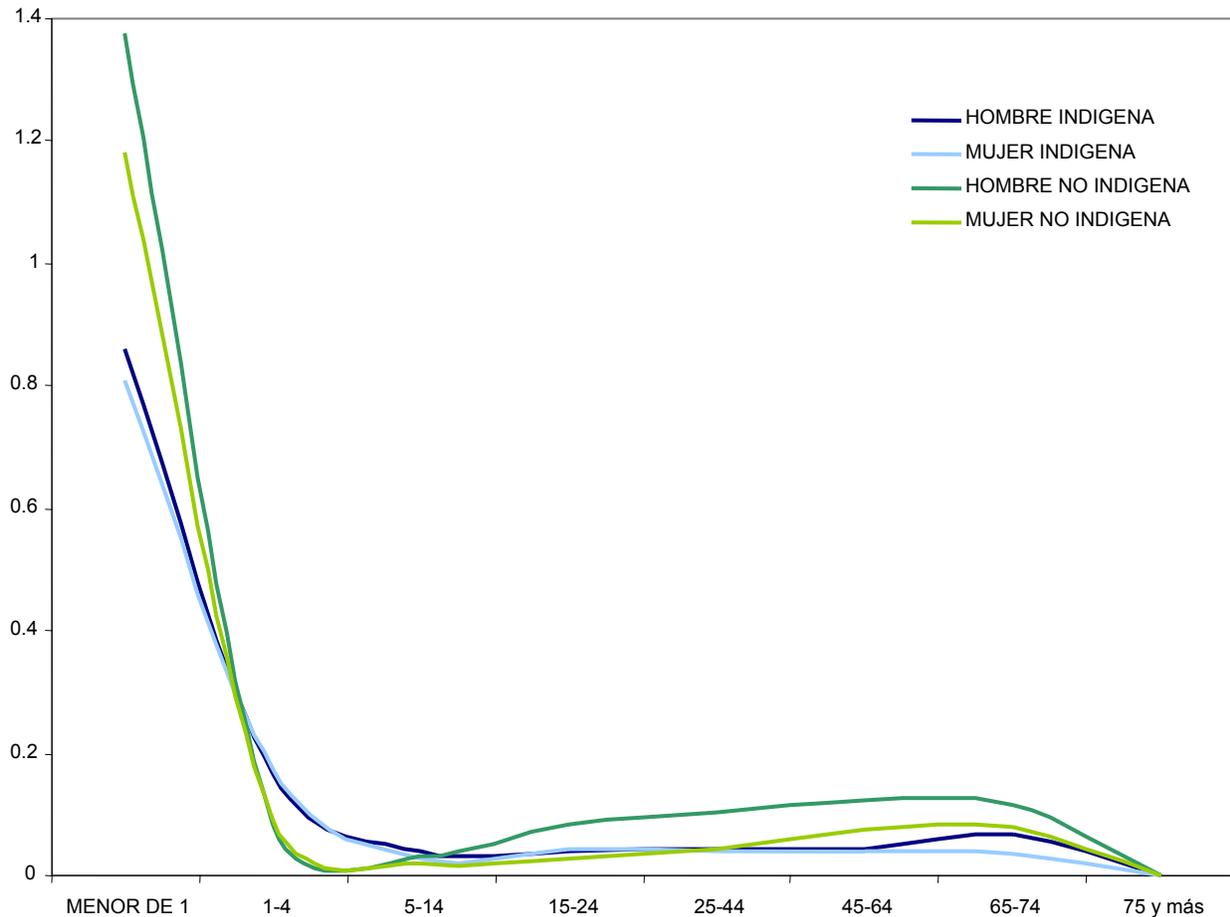
Cuadro 16. RAZON DE MUERTE PREMATURA INDÍGENA / NO INDÍGENA SEGÚN CAUSA EN LA REPUBLICA DE PANAMA 2000

CAUSA	RAZON INDIGENA/ NO INDIGENA
Tos ferina	∞
Paludismo (Malaria)	∞
Síntomas y signos no clasificados en otra parte	5.53
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	5.40
Causas obstétricas indirectas	5.20
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4.98
Influenza (gripe)	4.89
Desnutrición	4.63
Causas obstétricas directas	4.60
Tuberculosis	3.75
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	3.44
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2.91
Hepatitis viral	2.56
Las demás enfermedades del sistema respiratorio	1.69
Anemias	1.67
Neumonía	1.51
Septicemia	1.07
Las demás causas externas	1.02
Enfermedades renales, glomerulares y rubulointersticiales	0.98
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	0.85
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0.78
Ahogamiento y sumersión accidentales	0.74
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0.69
Meningitis	0.64
Todas las demás enfermedades	0.55
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	0.53
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.51
Otras enfermedades del corazón	0.45
Caídas	0.43
Enfermedades del hígado	0.35
Enfermedades cerebrovasculares	0.34
Tumores (neoplasias) malignos	0.20
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (vih)	0.14
Diabetes mellitas	0.11
Agresiones	0.08
Accidentes de transporte	0.08
Enfermedades hipertensivas	0.02
Enfermedades isquémicas del corazón	0.01
Otras enfermedades infecciosas intestinales	0.00
Tétanos	0.00
Infección meningocócica	0.00
Infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual	0.00
Sarampión	0.00
Leishmaniasis	0.00
Tripanosomiasis	0.00
Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00
Enfermedad de Alzheimer	0.00
Aterosclerosis	0.00
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	0.00
Úlcera gástrica y duodenal	0.00
Embarazo terminado en aborto	0.00
Exposición al humo, fuego y llamas	0.00
TOTAL	0.94

Cuadro 17. APVP EN INDÍGENAS SEGÚN CAUSA Y GRUPO DE EDAD EN LA REPUBLICA DE PANAMA EN 2000

CAUSA	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 y más	TOTAL
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	900	1681	467	51	155	97	12	0	3363
Tuberculosis	75	368	68	164	459	218	55	0	1407
Tos ferina	75	0	0	0	0	0	0	0	75
Septicemia	225	0	0	59	0	0	0	0	284
Hepatitis viral	0	146	0	0	0	0	0	0	146
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (vih)	0	0	0	159	124	0	0	0	283
Malaria	0	0	0	0	0	0	8	0	8
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	0	73	0	0	0	39	0	0	112
Tumores (neoplasias) malignos	0	0	195	0	189	107	20	0	511
Anemias	0	218	62	112	42	47	4	0	485
Diabetes mellitas	0	0	0	56	0	0	0	0	56
Desnutrición	1425	1474	477	0	44	38	11	0	3469
Meningitis	75	74	0	0	0	0	8	0	157
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0	0	0	53	0	0	0	0	53
Enfermedades hipertensivas	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Enfermedades isquémicas del corazón	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Otras enfermedades del corazón	0	74	0	0	47	17	0	0	138
Enfermedades cerebrovasculares	0	0	0	107	74	11	10	0	202
Influenza (gripe)	75	73	0	0	0	14	0	0	162
Neumonía	525	365	205	51	0	14	12	0	1172
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	375	145	69	0	0	0	6	0	595
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	375	511	0	0	91	13	16	0	1006
Las demás enfermedades del sistema respiratorio	225	74	140	0	39	26	0	0	504
Enfermedades del hígado	0	0	0	0	45	76	0	0	121
Enfermedades renales, glomerulares y rubulointersticiales	0	0	65	0	0	0	0	0	65
Causas obstétricas directas	0	0	62	224	170	0	0	0	456
Causas obstétricas indirectas	0	0	0	54	37	0	0	0	91
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2475	0	0	0	0	0	0	0	2475
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1125	219	61	0	0	0	0	0	1405
Síntomas y signos no clasificados en otra parte	600	735	335	220	233	232	80	0	2435
Todas las demás enfermedades	75	74	197	270	208	43	26	0	893
Accidentes de transporte	0	0	0	54	39	41	6	0	140
Caídas	0	0	0	0	50	18	0	0	68
Ahogamiento y sumersión accidentales	0	74	199	105	97	31	9	0	515
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0	73	0	59	0	0	0	0	132
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	0	0	0	225	225	0	0	0	450
Agresiones	0	74	0	0	44	0	0	0	118
Las demás causas externas	225	73	126	221	153	48	0	0	846
TOTAL	8850	6598	2728	2244	2565	1130	292	0	24407

Gráfica 11. MUERTE PREMATURA POR HABITANTE SEGÚN ETNIA Y GENERO EN 2000



### Muerte prematura según distrito y características de desarrollo

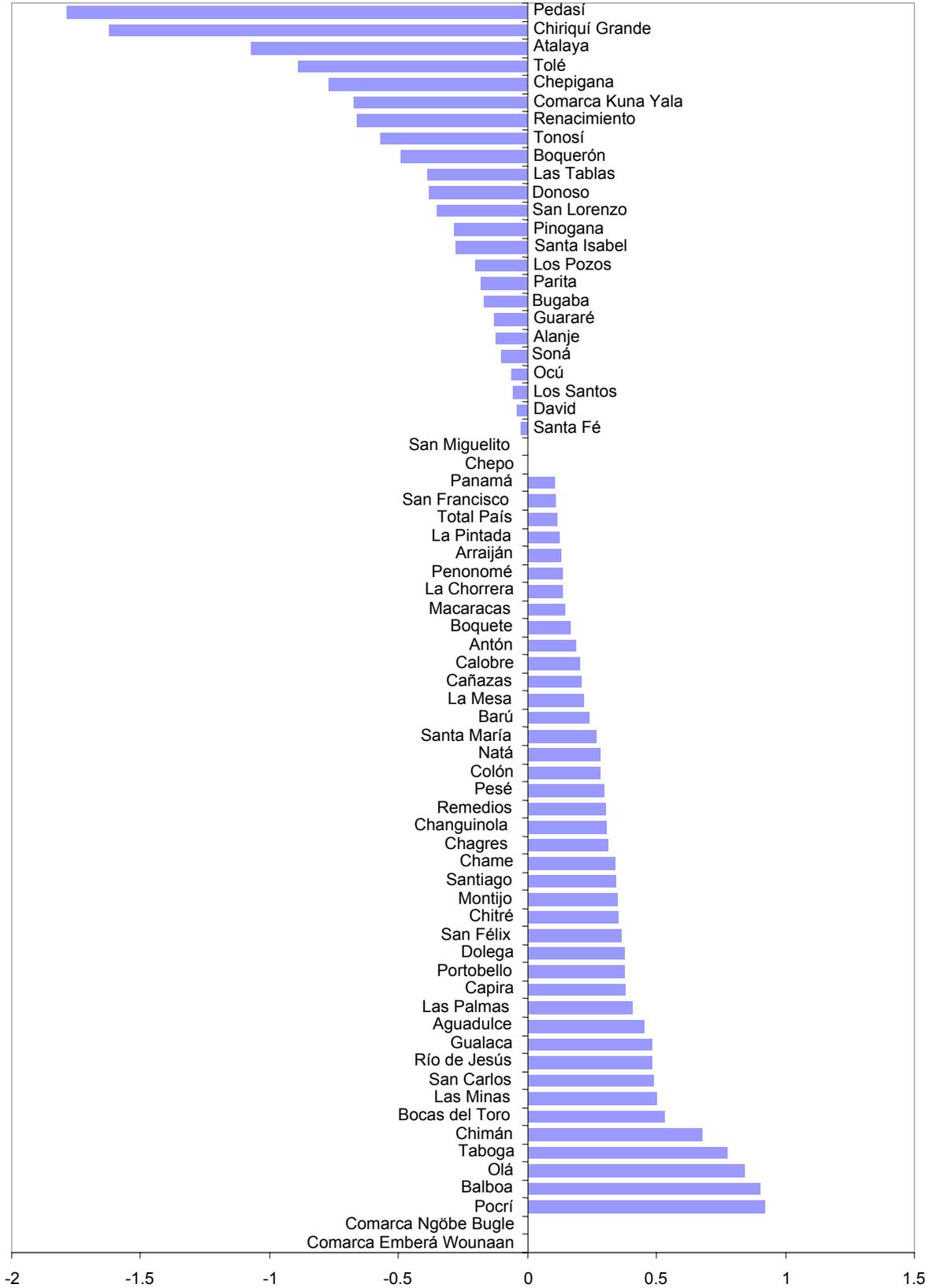
La evolución porcentual del IAPVP en el período de 1990 y 2000 nos indica la mejora o desmejora en la pérdida de vidas prematura por distrito (gráfica 12). El distrito de Pedasí, según los datos disponibles, presenta el mayor retroceso al tener el mayor valor negativo, mientras que el distrito de Pocrí presenta el mayor avance.

Se ha planteado la interacción entre el nivel de desarrollo medido a través del IDHP y la mortalidad prematura medida a través del IAPVP. Los coeficientes de determinación calculados para medir la intensidad de la relación entre estos

índices presentan valores menores a 0.07 cuando se realizó para los distritos con mayor adelanto y mayor atraso en relación al IDH. En este punto debemos recordar la omisión que presenta el registro de la muerte en menores de un año en el país, particularmente importante en regiones de menor desarrollo, aspecto que influye en el cálculo de los IAPVP.

Existe disparidad en la muerte prematura en el país. Los distritos con más adelanto y más rezago en muertes prematuras se observan en el cuadro 18. El distrito de Chiriquí Grande en la Provincia de Bocas del Toro presenta la mayor pérdida de años potenciales de vida y el distrito de Balboa en la Provincia de Panamá la mejor situación.

Gráfica 12. EVOLUCION DEL INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS EN EL PERIODO 1990-2000



Cuadro 18. AVANCES Y REZAGOS EN DESARROLLO HUMANO, LONGEVIDAD, Y MUERTES PREMATURAS POR DISTRITO. AÑO 2000.

	Índice de Desarrollo Humano	Índice de Longevidad	Índice de Años Potenciales de Vida Perdidos
10 distritos con mayor logro	<b>Panamá</b> David San Miguelito Chitré Las Tablas Arraján Taboga Colón La Chorrera Dolega	<b>David</b> Bugaba Guararé Panamá Los Santos San Miguelito La Chorrera Arraján Las Tablas Chame	<b>Balboa</b> Pocrí Taboga Olá Dolega Chitré Aguadulce Macaracas Chame San Carlos
10 distritos con menor logro	Donoso Tolé Las Minas Chepigana Las Palmas Santa Fé Comarca Kuna Yala Cañazas Comarca Emberá Wounaan <b>Comarca Ngöbe Bugle</b>	Remedios San Félix Comarca Ngöbe Bugle San Lorenzo Cañazas Chiriquí Grande Tolé Pinogana Chepigana <b>Comarca Emberá Wounaan</b>	Tolé Cañazas Pedasí Renacimiento Donoso Changuinola Atalaya San Lorenzo Comarca Kuna Yala <b>Chiriquí Grande</b>

En Chiriquí Grande (gráfica 13) se observa que las principales causas de muertes prematuras en el 2000 son ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, otras causas transmisibles, desnutrición, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y neumonía. La meningitis, y otras causas no transmisibles no aparecían en 1990. En el distrito de Balboa la mayor pérdida de vidas prematuras se dio en el grupo de signos y síntomas no clasificados en otra parte y causas externas (gráfica 14).

Las principales causas de muerte prematura en los diez distritos con mayor rezago en el IAPVP son: Otras causas no transmisibles, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, desnutrición y causas externas. En los diez distritos con mayor adelanto la principales causas de muerte prematura son: Otras causas no transmisibles, causas externas, enfermedades del sistema circulatorio, tumores, y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (gráfica 15).

En los distritos más rezagados en relación al IAPVP las edades más tempranas son

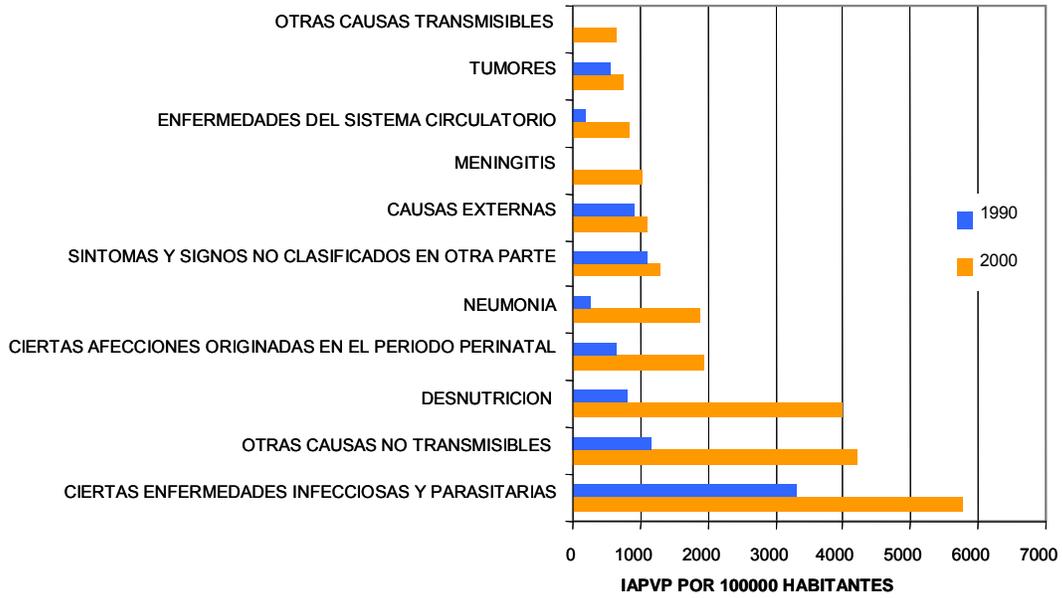
las mayormente afectadas, mientras que los distritos con mayor adelanto, lo son las edades más avanzadas (gráfica 16). En el distrito que presenta la mayor desventaja en relación al IAPVP, el riesgo de muerte prematura es casi 21 veces el valor del distrito que presenta la mejor situación (gráfica 17).

La distribución geográfica de la muerte prematura en el país según grupo de causa y evolución en el año 2000 se muestra en los mapas 1 a 13.

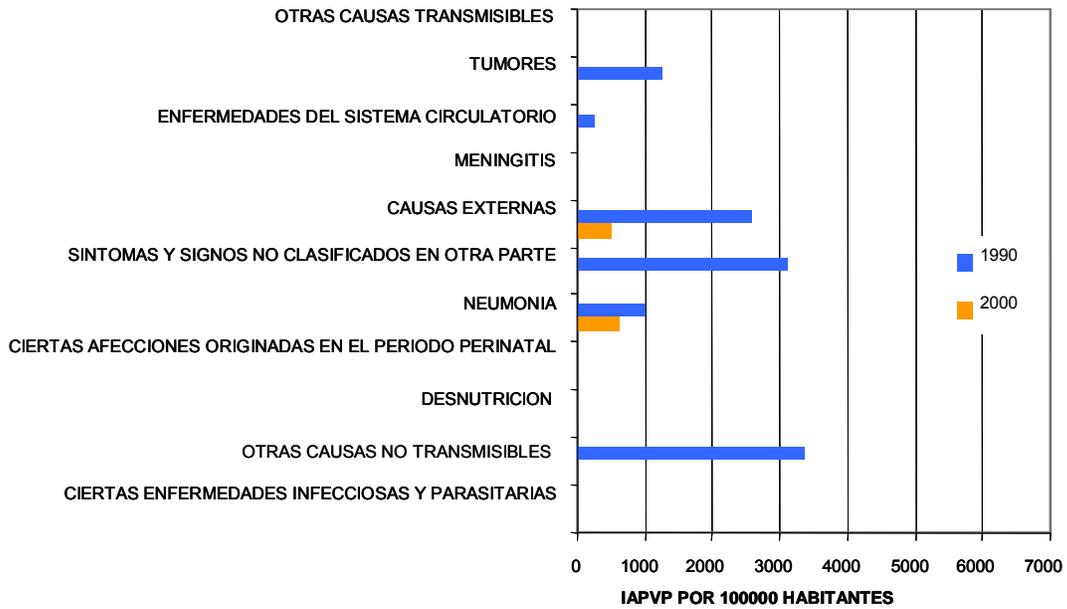
### Evolución de la muerte prematura

El distrito de Balboa presentó en 2000 el mayor gasto de funcionamiento e inversión por habitante, hecho que se refleja en la evolución positiva del IAPVP en el período 1990-2000 (gráfica 18). Los distritos de San Carlos y Pocrí también muestran correspondencia entre inversión y resultados en relación al IAPVP. Sin embargo, el distrito de Chiriquí Grande que presentó un gasto en inversión y funcionamiento alto, constituyó también el distrito con el menor logro en relación al IAPVP y con una evolución negativa del índice en el período 1990-2000 (cuadro 19).

Gráfica 13. MUERTES PREMATURAS EN EL DISTRITO DE CHIRIQUI GRANDE EN 1990 Y 2000



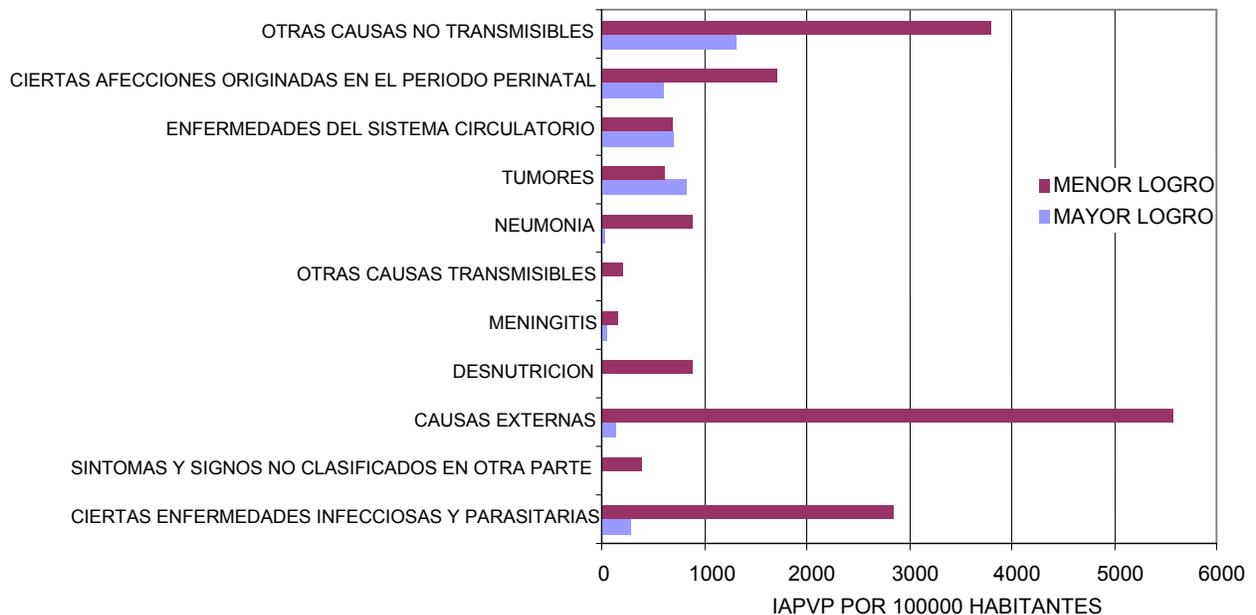
Gráfica 14. MUERTES PREMATURAS EN EL DISTRITO DE BALBOA EN 1990 Y 2000



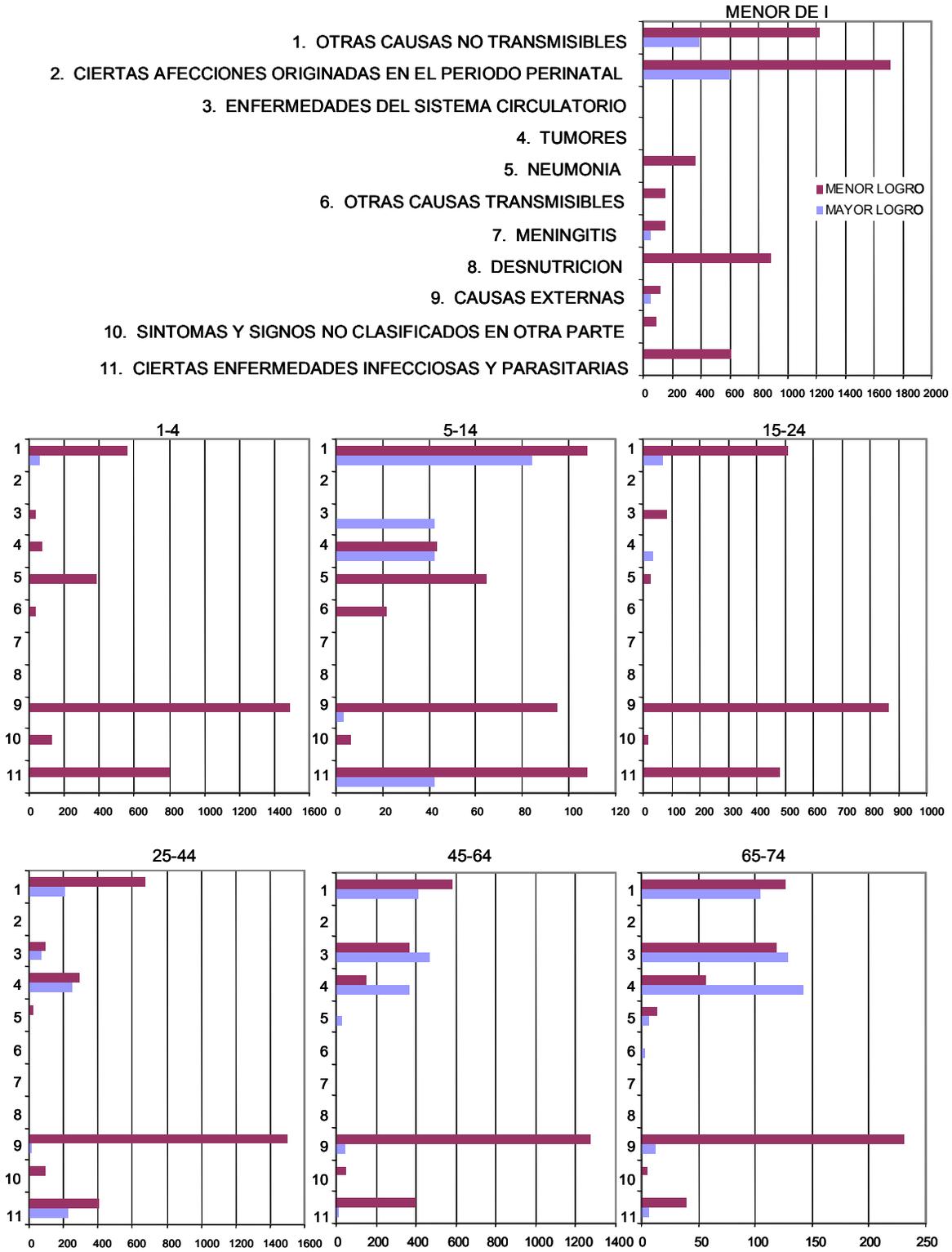
**Cuadro 19. AVANCES Y REZAGOS EN EVOLUCIÓN 1990-2000 DEL IAPVP, GASTO DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN POR HABITANTE, RAZÓN DISTRITO X A DISTRITO CON MAYOR LOGRO.**

	Evolucion 1990-2000 del IAPVP	Gasto de funcionamiento e inversion por habitante en 2000 (no incluye hospitales)	Razon IAPVP distrito x/distrito con mayor logro
10 distritos con mayor logro	<b>Pocrí</b> Balboa Olá Taboga Chimán Bocas del Toro Las Minas San Carlos Río de Jesús Gualaca	<b>Balboa</b> San Carlos Chagres Chiriquí Grande San Félix Pocrí Chepo Chimán Remedios San Lorenzo	<b>Balboa</b> Pocrí Taboga Olá Dolega Chitré Aguadulce Macaracas Chame San Carlos
10 distritos con menor logro	Las Tablas Boquerón Tonosí Renacimiento Comarca Kuna Yala Chepigana Tolé Atalaya Chiriquí Grande <b>Pedasí</b>	Renacimiento Pinogana Arraiján Portobello Donoso Olá Cañazas Tonosí Comarca Emberá Wounaan <b>Macaracas</b>	Tolé Cañazas Pedasí Renacimiento Donoso Changuinola Atalaya San Lorenzo Comarca Kuna Yala <b>Chiriquí Grande</b>

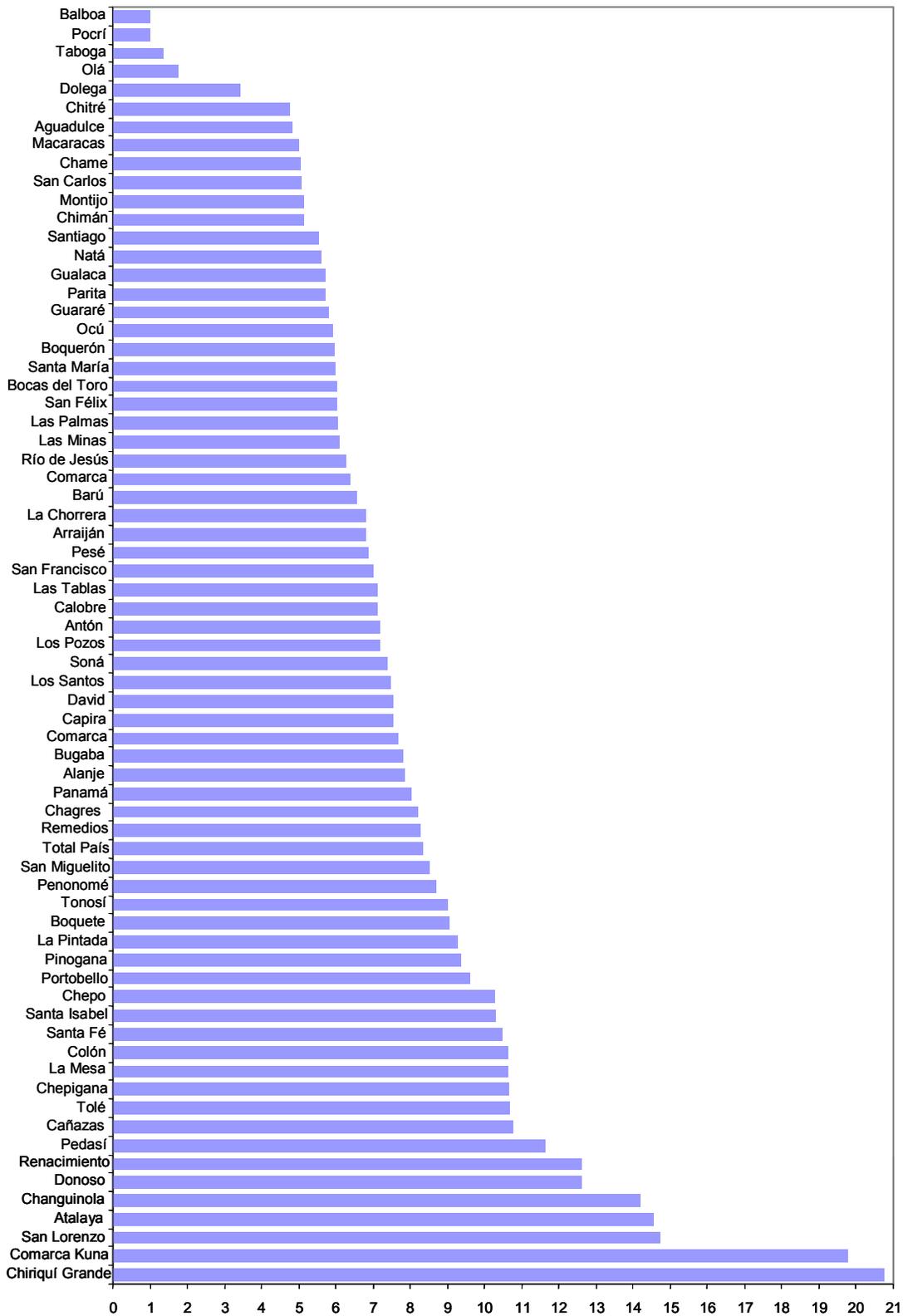
**Gráfica 15. DIEZ DISTRITOS CON MAYOR Y MENOR LOGRO EN MUERTES PREMATURAS EN 2000**



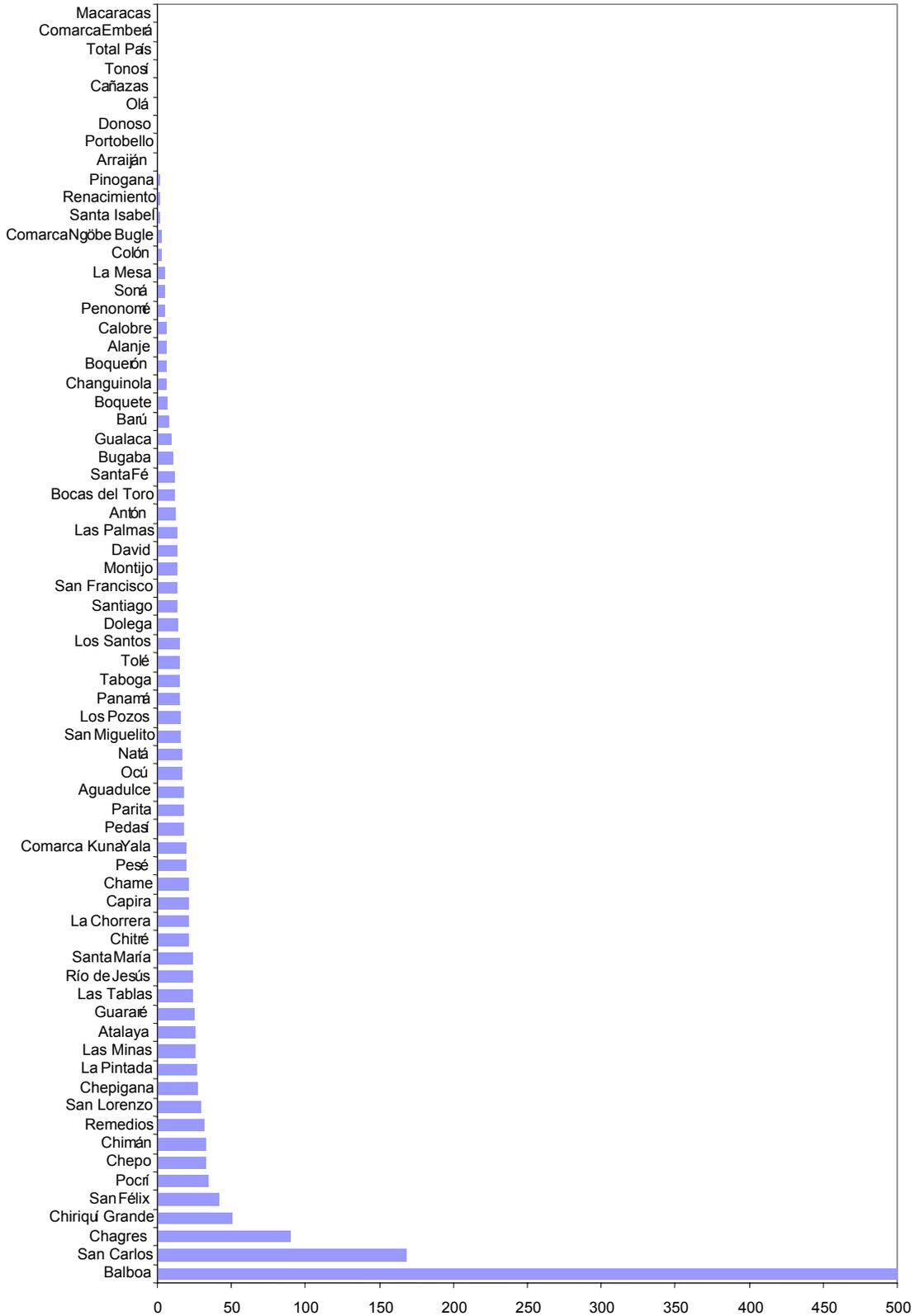
Gráfica 16. DIEZ DISTritos DE MAYOR Y MENOR LOGRO EN MUERTE PREMATURA SEGÚN CAUSA Y EDAD. REPUBLICA DE PANAMA 2000.



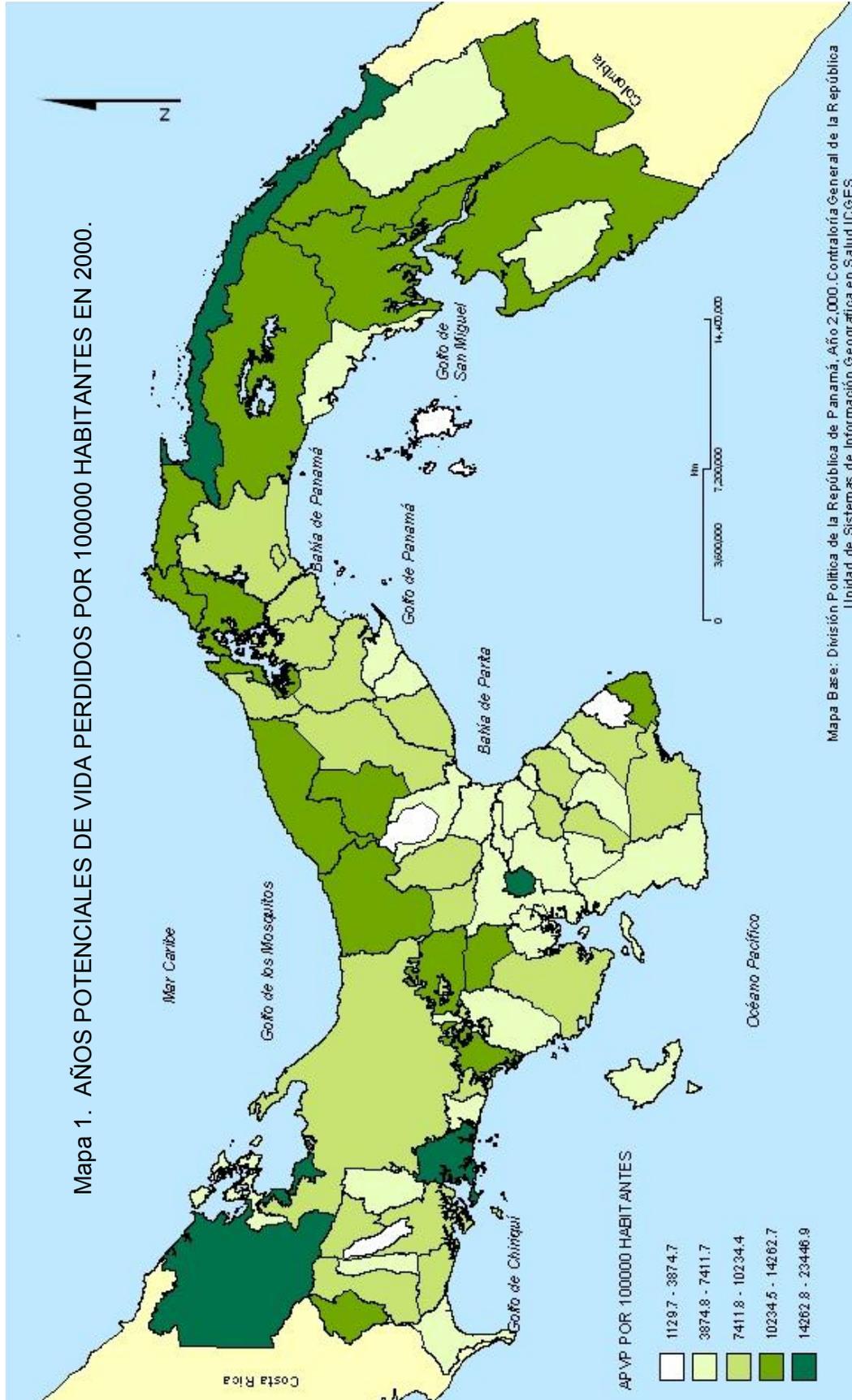
Gráfica 17. RAZON IAPVP AJUSTADO DISTRITO X/DISTRITO CON MENOR DESVENTAJA EN 2000.



Gráfica 18. GASTO DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN POR HABITANTE SEGÚN DISTRITO EN 2000 (NO INCLUYE HOSPITALES)

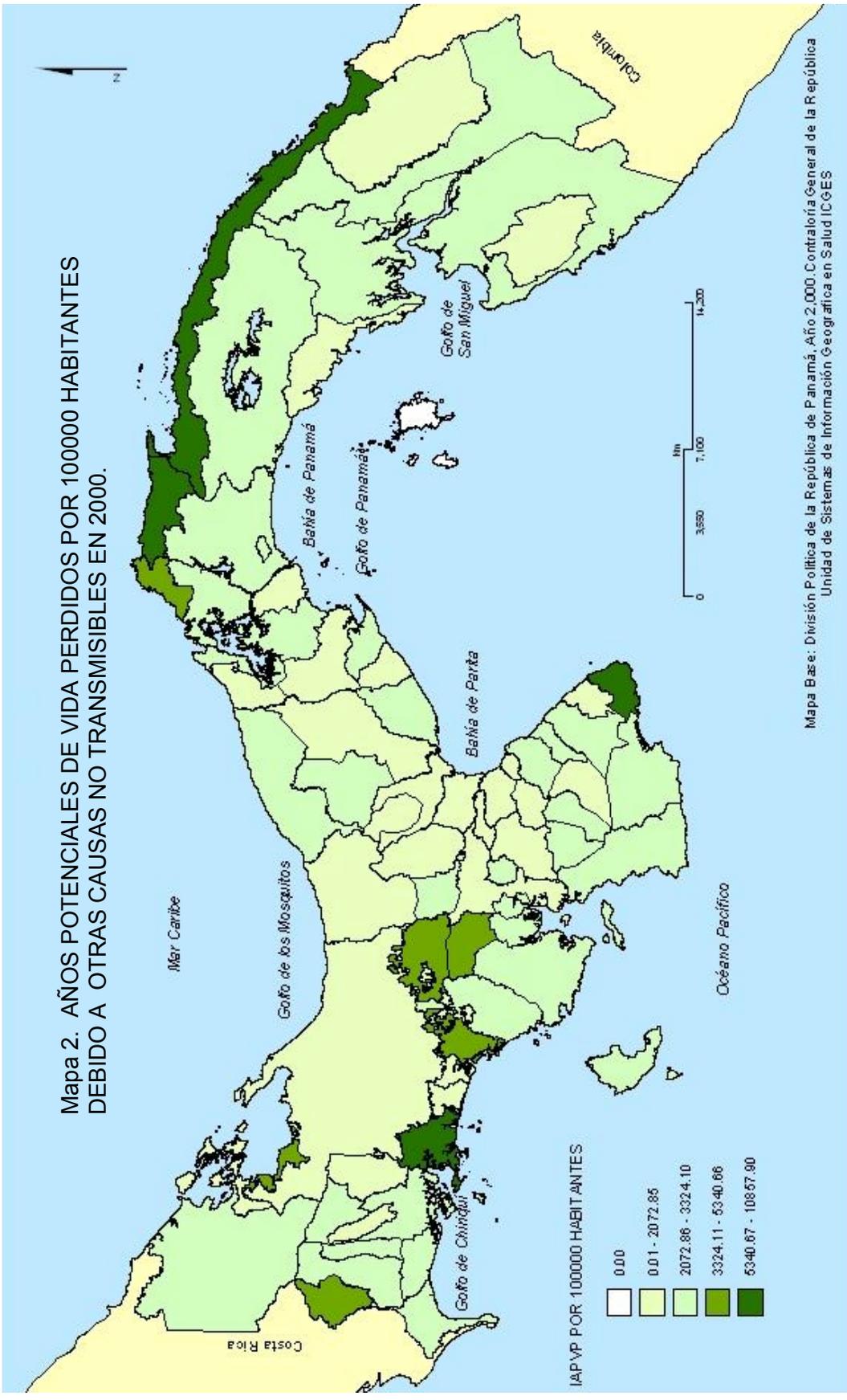


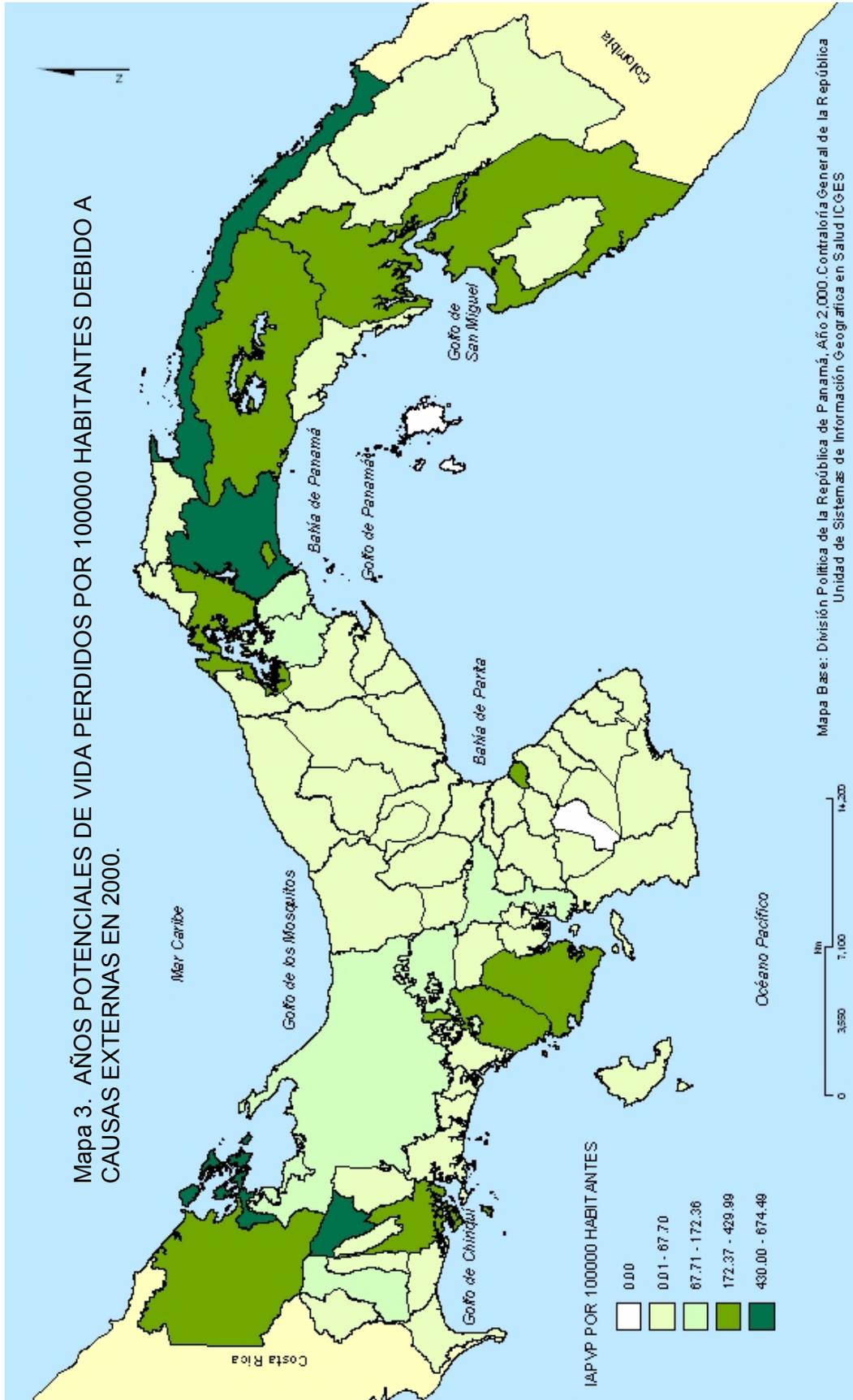
Mapa 1. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES EN 2000.

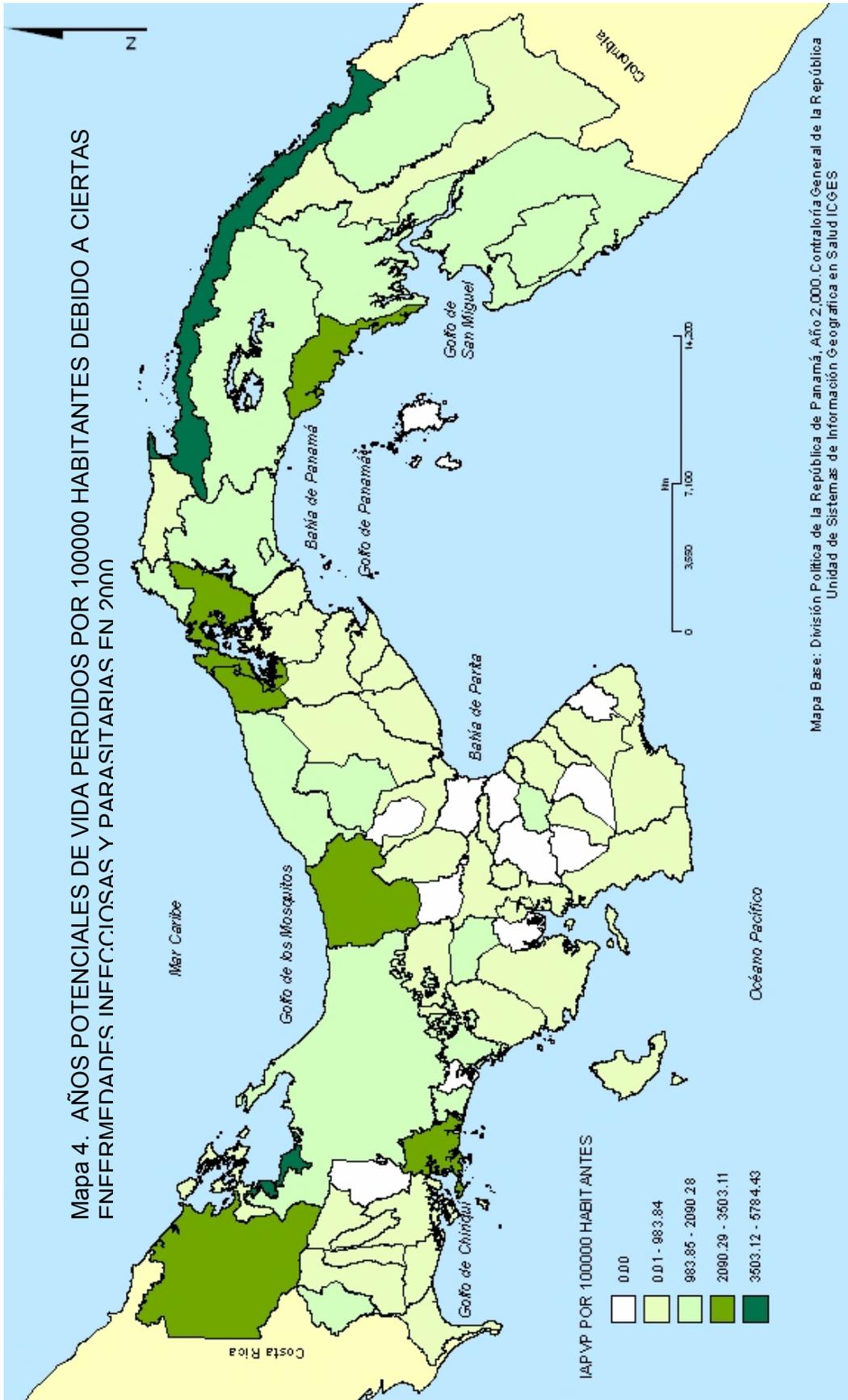


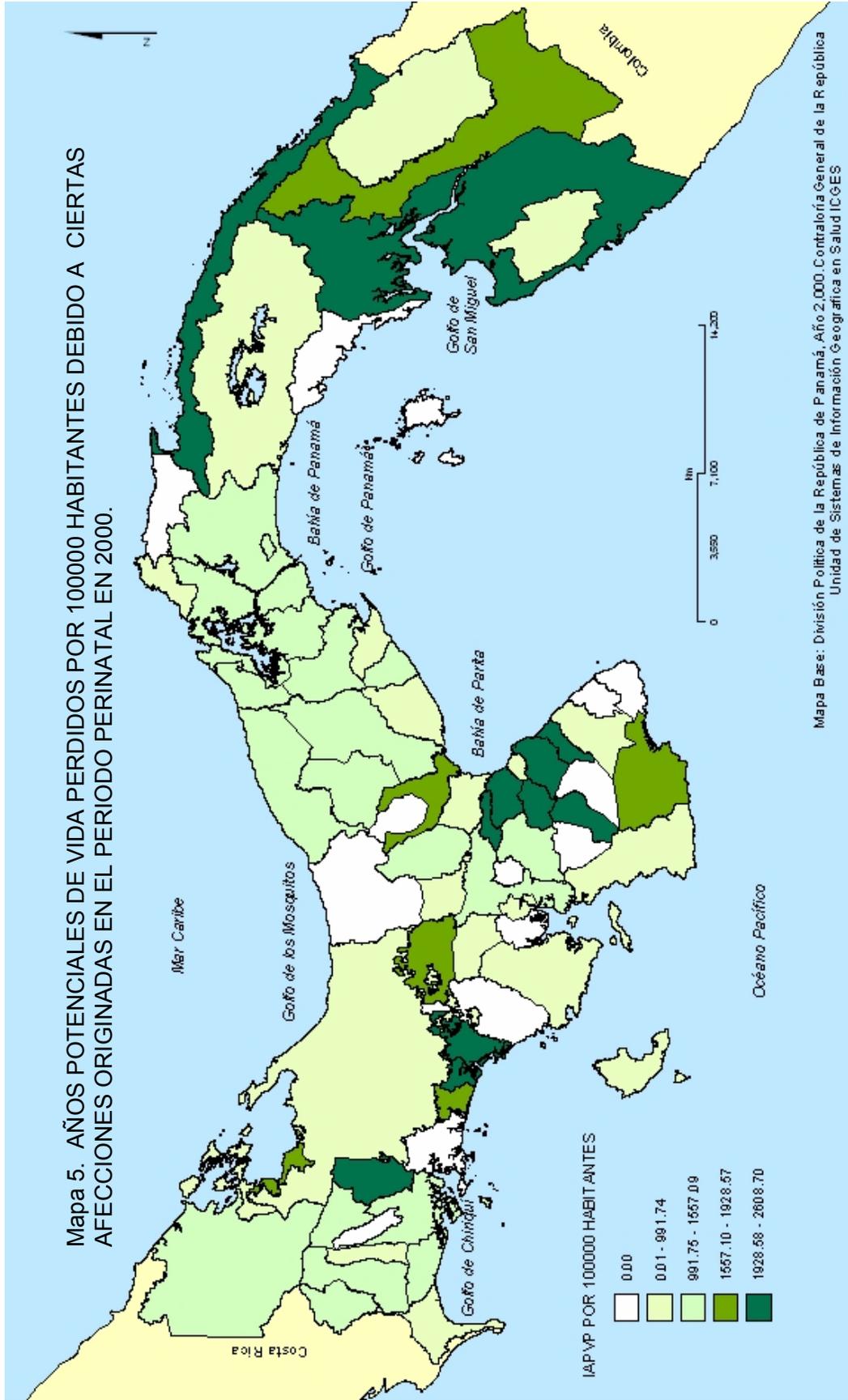
Mapa Base: División Política de la República de Panamá, Año 2,000. Contraloría General de la República  
 Unidad de Sistemas de Información Geográfica en Salud ICGES

Mapa 2. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A OTRAS CAUSAS NO TRANSMISIBLES EN 2000.

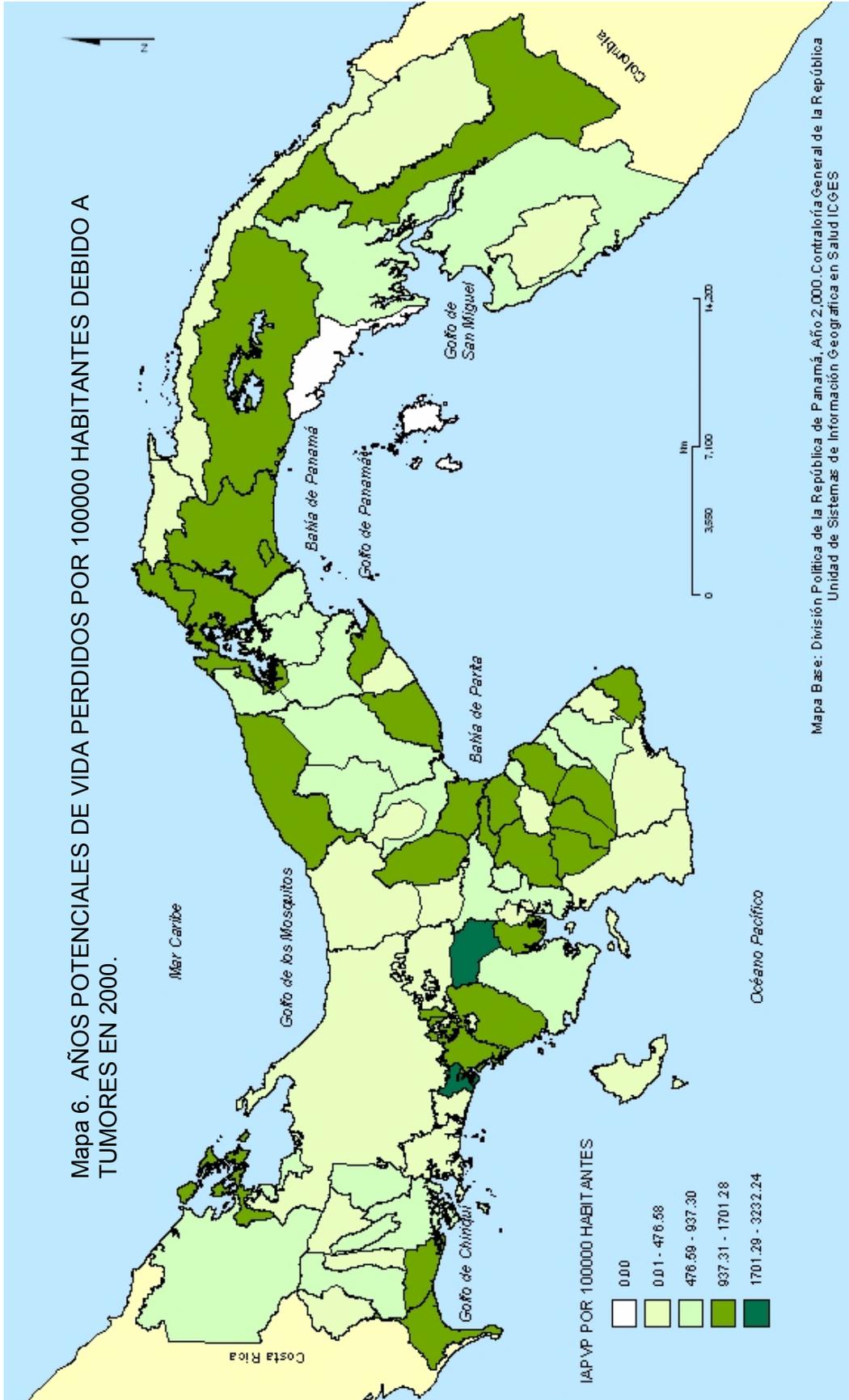




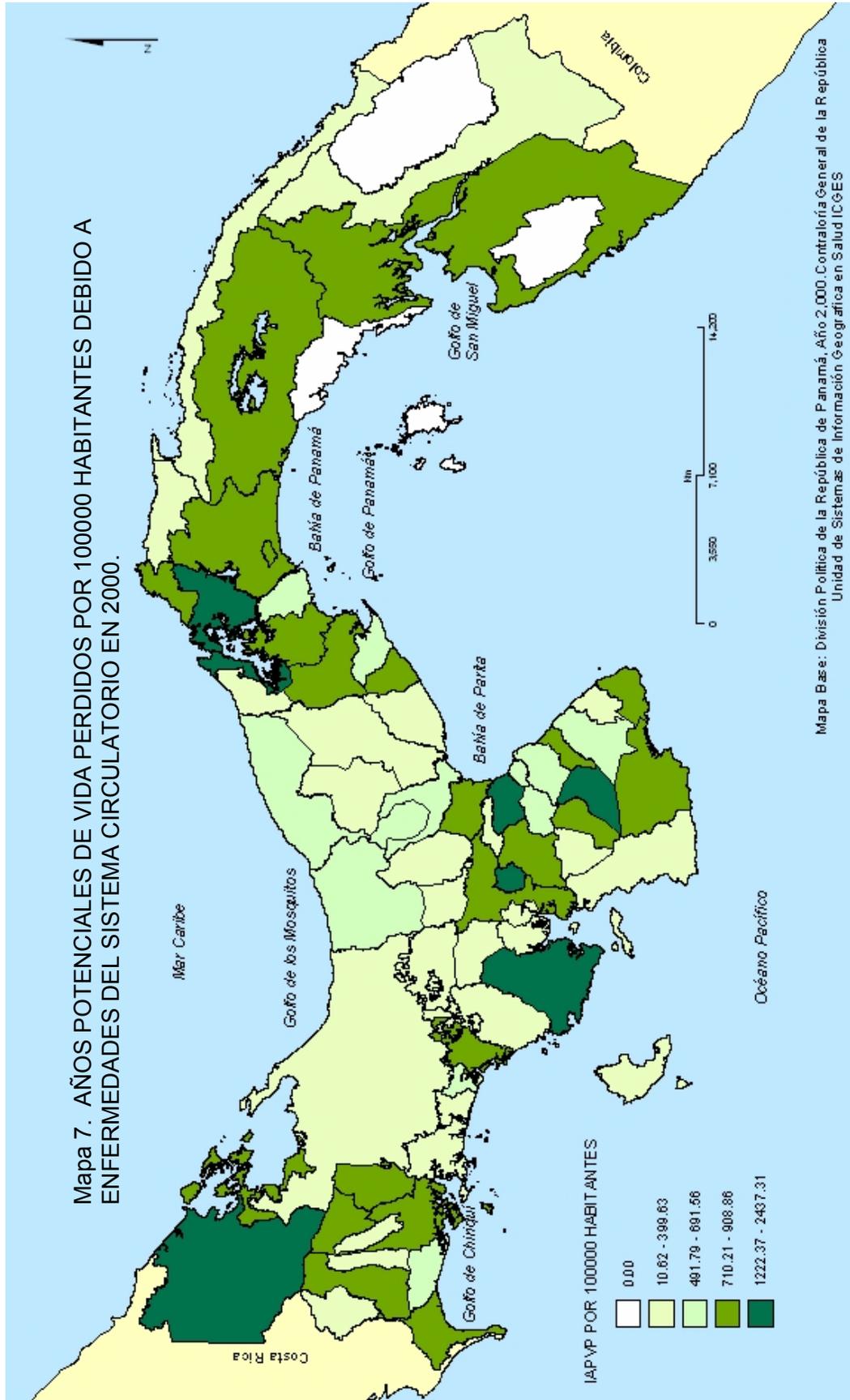




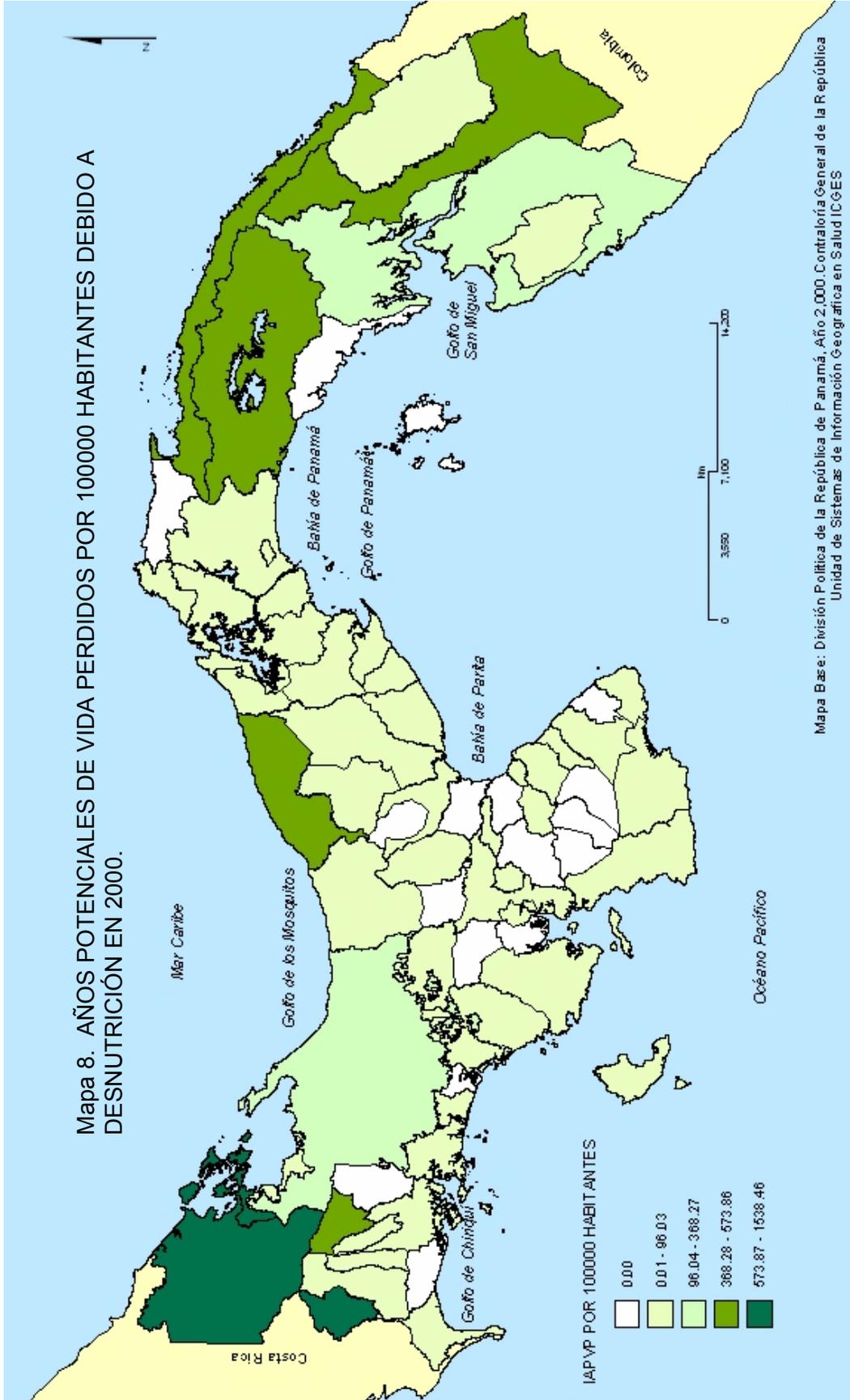
Mapa 6. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A TUMORES EN 2000.



Mapa 7. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN 2000.

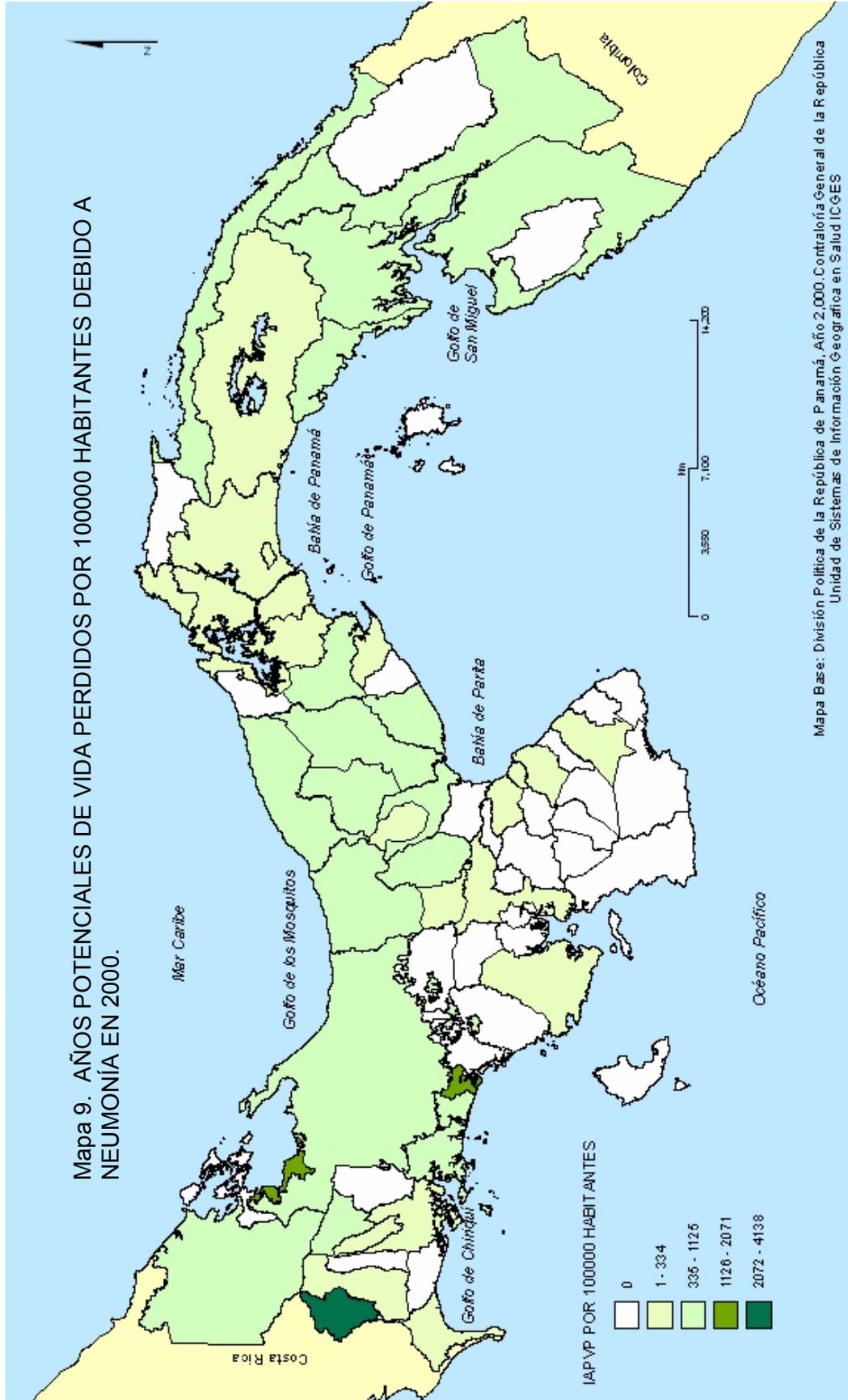


Mapa 8. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A DESNUTRICIÓN EN 2000.

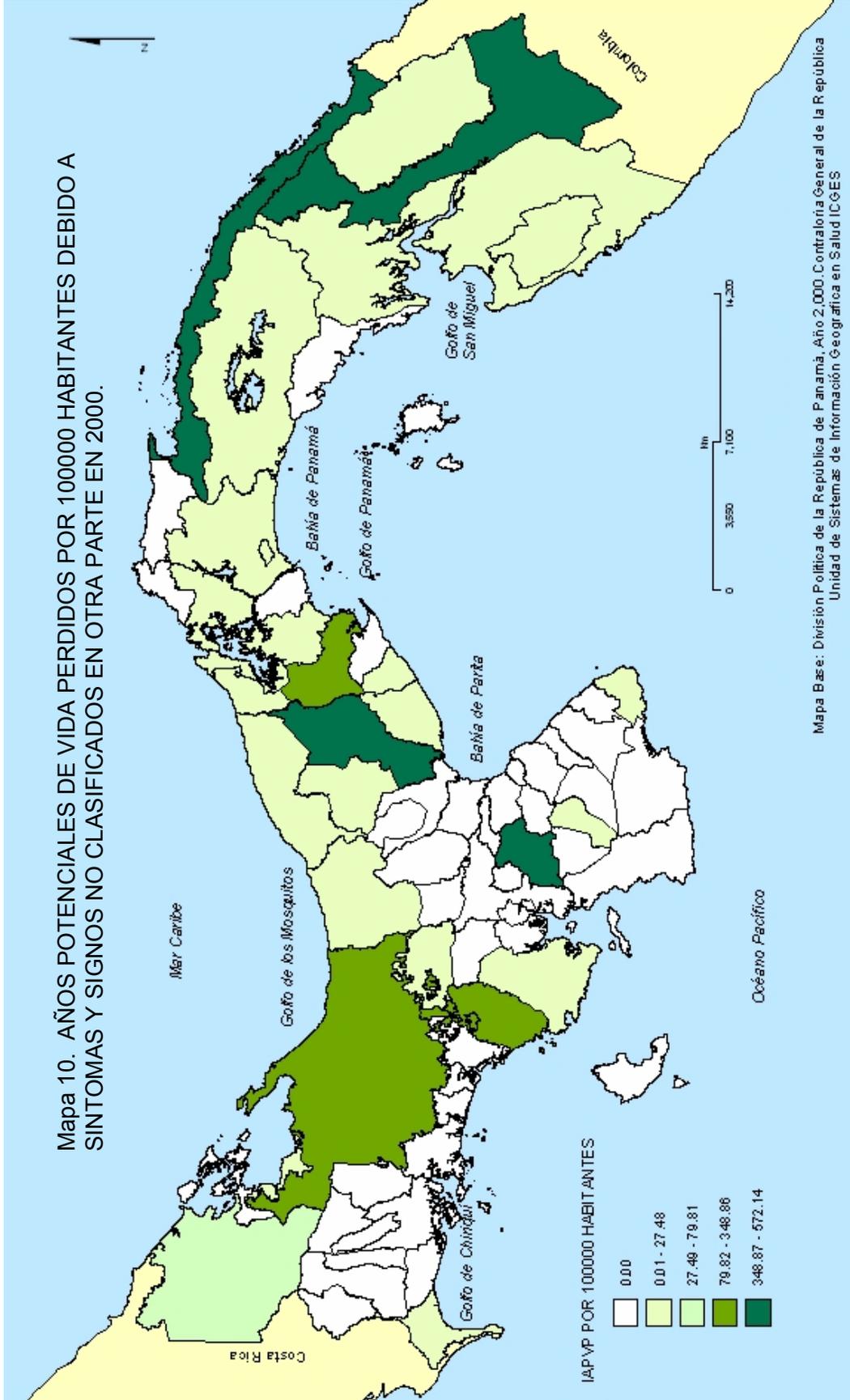


Mapa Base: División Política de la República de Panamá, Año 2,000. Contratoría General de la República  
 Unidad de Sistemas de Información Geográfica en Salud ICGES

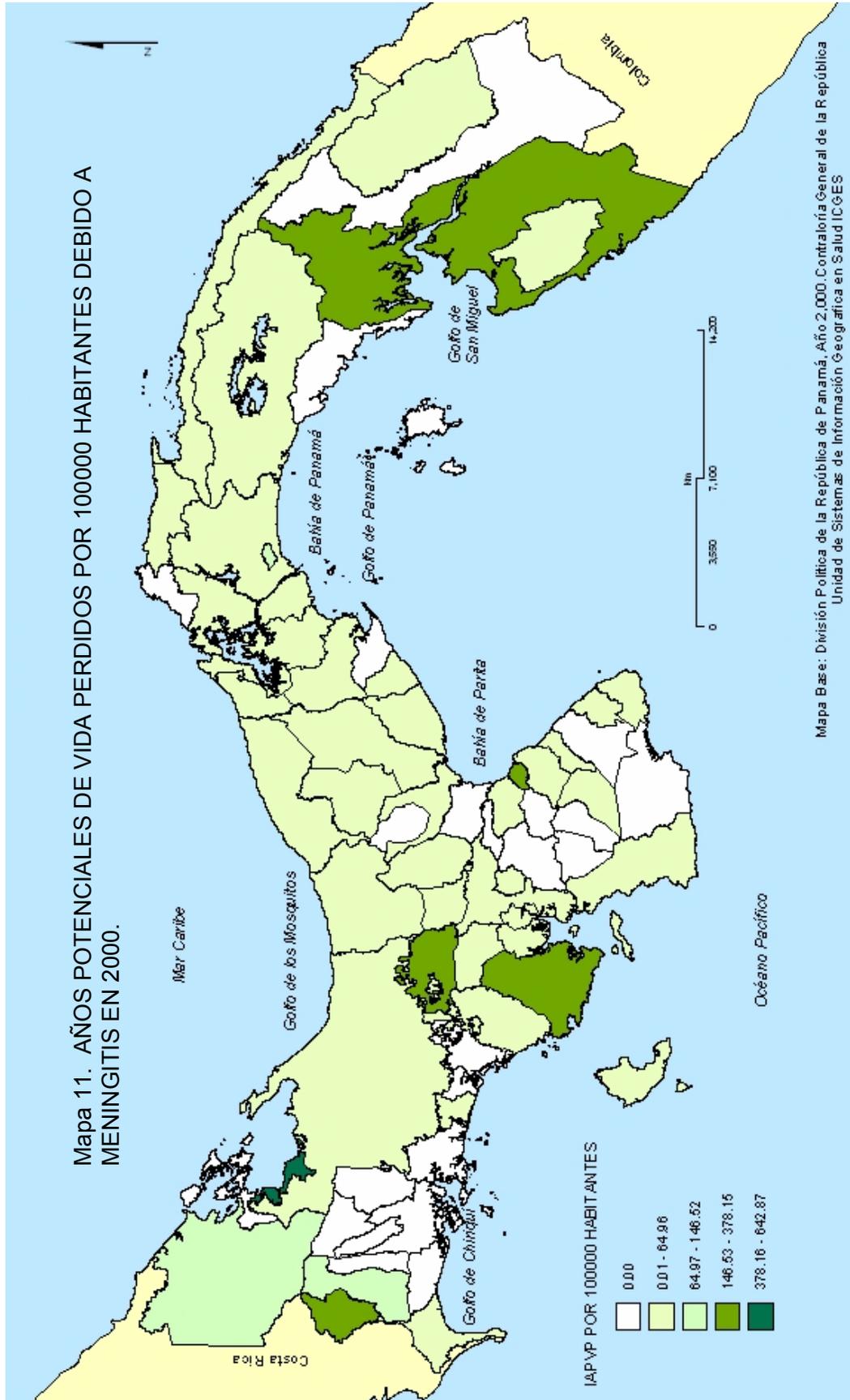
Mapa 9. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A NEUMONIA EN 2000.



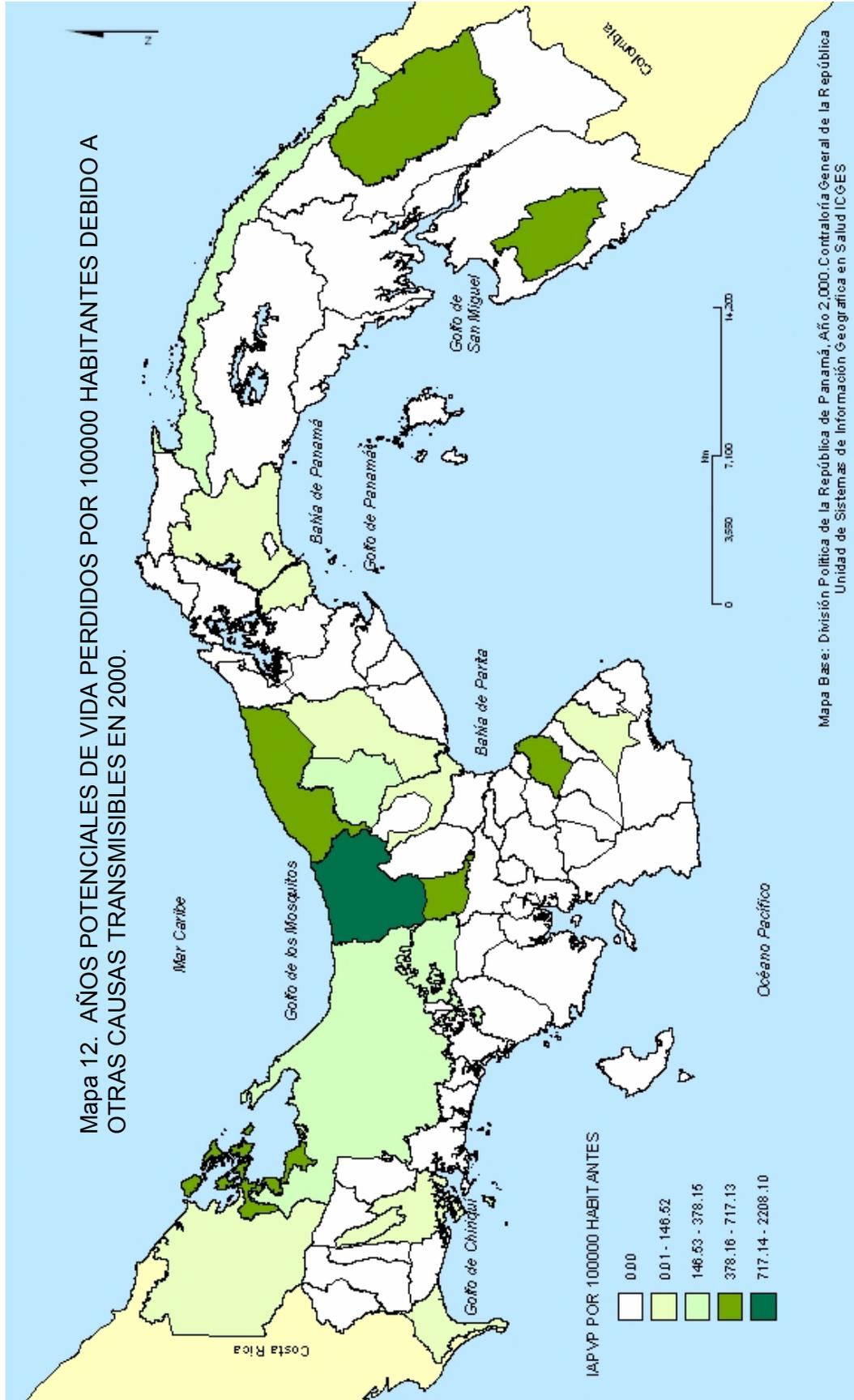
Mapa 10. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A SINTOMAS Y SIGNOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE EN 2000.



Mapa 11. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A MENINGITIS EN 2000.

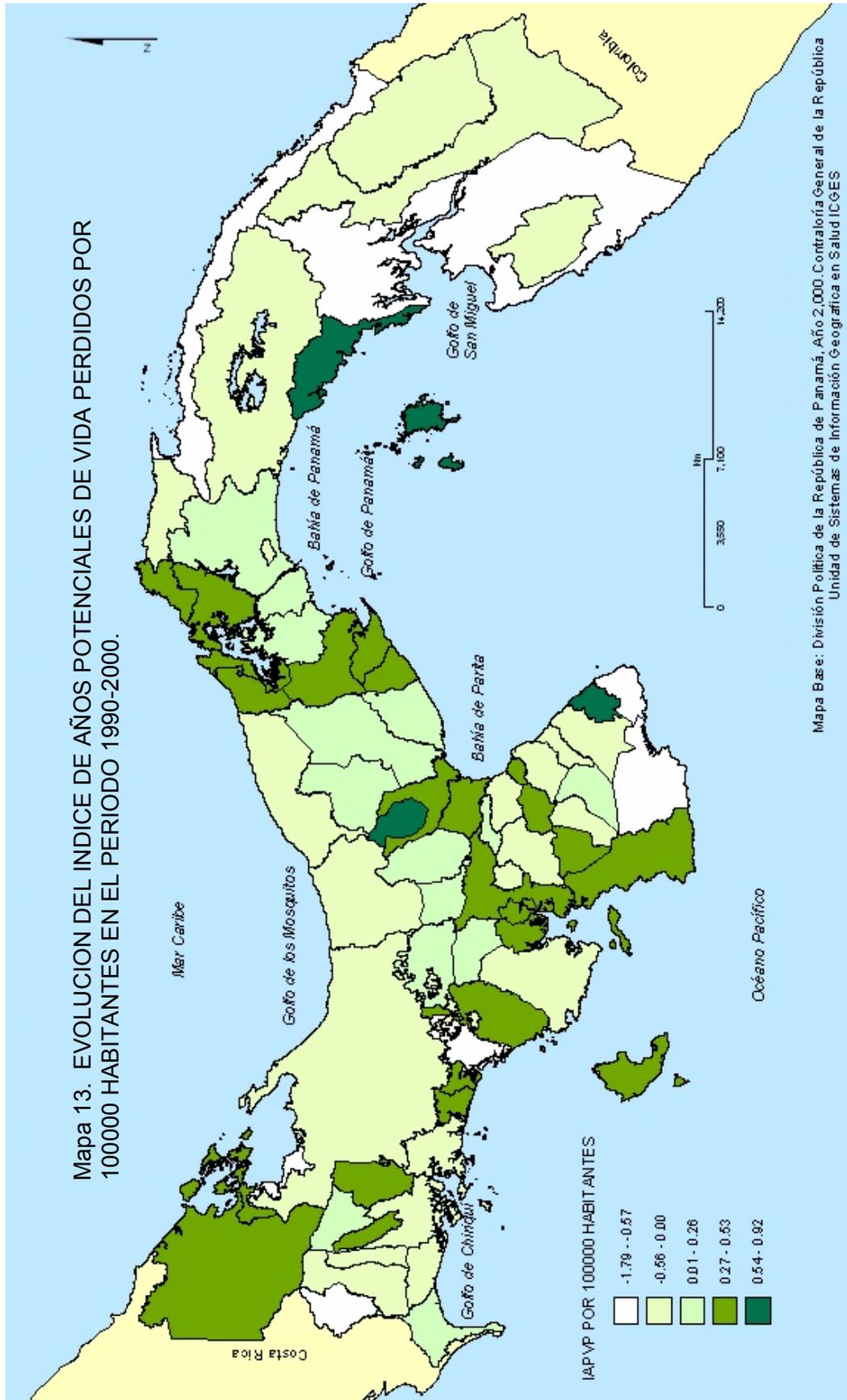


Mapa 12. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES DEBIDO A OTRAS CAUSAS TRANSMISIBLES EN 2000.



Mapa Base: División Política de la República de Panamá, Año 2,000, Contraloría General de la República  
 Unidad de Sistemas de Información Geográfica en Salud ICCES

Mapa 13. EVOLUCION DEL INDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR 100000 HABITANTES EN EL PERIODO 1990-2000.



Mapa Base: División Política de la República de Panamá, Año 2,000, Contraloría General de la República  
 Unidad de Sistemas de Información Geográfica en Salud LICGES

# Referencias

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Panamá 2002.
2. Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo, Estadística Panameña. Situación Demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población total en la República de Panamá, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Periodo 1990-2030. Boletín N° 8
3. Servicio del Plan de Salud e Investigación. Santa Cruz de Tenerife Islas Canarias, España. Situación de salud: mortalidad: años potenciales de vida perdidos. Disponible en: [http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/psc02/psc02\\_24.htm](http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/psc02/psc02_24.htm). Accesado el 17 de mayo de 2005
4. Organización Panamericana de la Salud, Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos. Boletín Epidemiológico. 2003, 24(2): 1-4.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro.
6. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians: A working document [Sitio en Internet] Population health. Hallado en <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pube/perintrod.htm>. Accesado el 14 de febrero de 2006.
7. Public Health Agency of Canada. What determines health? [Sitio en Internet] Population health. Hallado en [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_en.htm). Accesado el 14 de febrero de 2006.
8. República de Panamá. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Situación Demográfica. Estimaciones y Proyecciones de la Población Total del País, por Sexo y Edad: Años 1950-2050. Boletín N° 7. Noviembre de 2002.
9. Organización Panamericana de la Salud, Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos. Boletín Epidemiológico. 2003, 24(2): 1-4.
10. Organización Panamericana de la Salud, La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. Boletín Epidemiológico. 2002; 23(3): 9-12.
11. Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo, Situación Demográfica, Estimaciones y proyecciones de la población total del país, por sexo y edad: Años 1950-2050. 2002, Boletín N° 7.