

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD**

**Epidemia del Tabaquismo y las Enfermedades Asociadas
en la República de Panamá.
Periodo: 1960 – 1996.**

Elaborado por:

Washington Lum Ch.¹ . Departamento. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Alberto Amaris P² . Departamento. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Reina Roa³. Departamento. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Gladis Higuera⁴. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Julio, 2000

¹Analista del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: lumw25@hotmail.com

² Jefe del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: a_amaris@hotmail.com

³ Analista del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: reinar@sinfo.net

⁴ Auxiliar de Registros Médicos y Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: saludinf@hotmail.com

Indice

1.	Introducción	1
2.	Marco Histórico.....	3
3.	Características Generales de la República de Panamá.....	4
4.	Características Sociodemográficas de la República de Panamá.....	4
5	Urbanización.....	6
6.	Estructura de la industria del tabaco en Panamá.....	7
7.	Producción y Consumo de Tabaco en Panamá.....	9
8.	El Tabaquismo como Factor de Riesgo.....	12
8a.	Enfermedades Asociadas al Consumo del Tabaco activo o pasivamente	12
8b.	Mortalidad de Cánceres y Otras Enfermedades Relacionadas con el Consumo Activo o Pasivo de Tabaco en Panamá.....	16
9.	Bibliografía.....	21
10.	Anexos.....	23

Epidemia del Tabaquismo y las Enfermedades Asociadas en la República de Panamá. Periodo: 1960 – 1996.

1. Introducción:

La humanidad a través de los siglos ha consumido tabaco, pero no fue hasta el siglo XIX cuando se inicia la fabricación de cigarrillos y por consiguiente su producción en serie y en grandes cantidades debido a la demanda creciente por parte de los consumidores de tabaco. Este hecho se traduce en la extensión rápida y de forma masiva del habito de fumar, ya que se considera que aproximadamente el 85 % de la producción mundial de tabaco es utilizado para la fabricación industrializada o para los distintos tipos de cigarrillos hechos a mano.

En la actualidad, basándose en que uno de cada tres adultos fuma, se estima que la población de fumadores en el mundo es de aproximadamente unos 1,100 millones de personas, previéndose que para el año 2025 las cifras superen los 1,600 millones. Desde los años 70 estas cifras van en un franco incremento sobretodo en países de ingresos medios y bajos, se espera que para el año 2020 ocurrirán 7 de cada 10 muertes asociadas al tabaco. Este comportamiento se asocia, por un lado a la mayor libertad del comercio del tabaco, y por el otro a que en estos países viven alrededor del 80 % de los fumadores; además del incremento del crecimiento de la población adulta, reflejado en pirámides de población con ápices más anchos.

A nivel mundial, se estima que el tabaco produce 1 muerte por cada 10 adultos, estimándose que para el 2030, esta relación será de 1 muerte por cada 6 adultos, lo que representara alrededor de 10 millones de defunciones anuales. Se prevé que las muertes asociadas al consumo del tabaco serán consideradas como la causa principal de muerte a nivel mundial, de mantenerse los patrones actuales de consumo de tabaco, aproximadamente 500 millones de personas morirán por este problema de salud publica.

En los últimos 3 o 4 decenios, los estudios sobre el tabaquismo indican que los pobres tienden a fumar mas que los ricos, este hecho implica que los riesgos de muerte prematura y las asociadas al tabaco serán por consiguiente mayores en este grupo. En los países con niveles altos y medios de ingreso, los hombres de estratos socioeconómicos más bajos tienen dos veces más riesgos de morir en la edad madura que los estratos socioeconómicos más altos, considerándose que al menos la mitad del exceso de riesgo se le atribuye al tabaco.

En la Región de las América, se estima que un tercio de la población mayor de 15 años fuma, por lo que se pueden esperar alrededor de 600,000 mil muertes por año asociadas al tabaquismo. De igual manera las enfermedades relacionadas al tabaquismo como son los cánceres de bronquio, traquea, pulmón, laringe, faringe, enfermedades cardiovasculares, enfisema y bronquitis crónica representan alrededor de 54 % de la carga total de enfermedad.

Entre los factores que predisponen al tabaquismo en América Latina y el Caribe se consideran los siguientes: el mayor crecimiento tanto en número como en proporción de los grupos de edad con tendencia a fumar (mayores de 15 años y más), el aumento acelerado y vertiginoso de la urbanización, la mayor participación de la mujer dentro de las actividades de nuestra sociedad y su mayor integración dentro de la población económicamente activa; pero el hecho más importante, es que la mayor cantidad de la tierra cultivable de tabaco se concentran en América Latina.

En 1983, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos reconoció que la nicotina es una sustancia “adictiva” y “productora de dependencia”; mientras que para 1988, el Cirujano General de los Estados Unidos llegó a tres importantes conclusiones:

1. Los cigarrillos y otros derivados del tabaco son adictivos.
2. La nicotina es la sustancia que provoca la adicción al tabaco.
3. Los procesos farmacológicos y de comportamiento que determinan la adicción al tabaco son similares a los que determinan la adicción a drogas como la heroína o la cocaína.

Una de las consecuencias graves que produce el tabaco es su adicción rápida a la nicotina y aunque esta propiedad adictiva es conocida por la población, usualmente el consumidor la menosprecia o ignora. En el tabaco existen cantidades mínimas de muchas sustancias, pero solamente la nicotina es liberada en cantidades suficiente como para causar los efectos sobre la función cerebral y la conducta. La nicotina es un alcaloide natural, que consta de una molécula pequeña soluble tanto en agua como en los lípidos, absorbiéndose rápidamente a través de la piel, mucosa de la boca y de la nariz; (este alcaloide se encuentra en muchas cepas de hojas de tabaco cultivado para fabricar cigarrillos). Además, se encuentran los alquitranes, especialmente el benzopireno que al igual que el monóxido de carbono, se producen durante la combustión del tabaco; estos también son considerados como carcinógenos y se asocian a la mayoría de los canceres de pulmón.

Recientemente se ha señalado al humo de tabaco ambiental como causa de cáncer en no fumadores sanos. En múltiples estudios de investigación, se ha relacionado el consumo pasivo de tabaco como uno de los factores de riesgo que repercute en la salud de los no fumadores sanos. Los hijos de madres fumadoras nacen con mas bajo peso, presentan mayores riesgos de enfermedades respiratoria y de padecer el síndrome de muerte súbita que los

hijos de madres no fumadoras. De la misma forma, los adultos no fumadores presentan mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas discapacitantes o mortales debido a la exposición al humo de los fumadores.

2. Marco Histórico:

El tabaco contiene la Nicotiana de la familia de las solanáceas, es considerado una planta oriunda de América, ya que existía en el nuevo mundo miles de años antes de la llegada de los europeos.

El primer volumen sobre el descubrimiento de América es considerado como la primera referencia escrita sobre el tabaco y el tabaquismo, efectuado por Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés (1535). Otras de las evidencias relevantes indicativas de este hecho datan desde la época del obispo Diego de Landa, una de las primeras fuentes europeas sobre la cultura maya, quienes en sus escritos menciona la costumbre de fumar tabaco durante los ritos de la iniciación de la pubertad. Además, evidencias del uso de tabaco por los mayas han sido encontradas en esculturas de piedra de sus dioses, ubicadas a la entrada del santuario del Templo de la Cruz en Palenque, Méjico.

Los indígenas centraron el consumo de tabaco en sus ritos de amistad o de guerra, a las ceremonias religiosas, para suprimir el hambre y la sed, en las negociaciones, para impartir a los guerreros la fuerza necesaria para vencer a sus enemigos, así como con fines medicinales.

Estos también ingerían el tabaco en grandes cantidades para producir alteraciones de la conciencia, para consultar a los espíritus y provocar estados de trance. La población indígena de América cultivaba desde esa época, las dos especies de tabaco de mayor importancia económica e histórica como lo son la Nicotiana tabacum y la Nicotiana rustica.

Para el año de 1550, el tabaco fue introducido en España, Portugal y el resto de Europa a través de los primeros exploradores europeos que retornaban del Nuevo Mundo. Esta situación hace que se extienda rápidamente su utilización a otros países europeos y asiáticos, donde adquirió un valor comercial y de intercambio. Durante la primera década del siglo XVII, el tabaco también se difunde hacia Rusia, Turquía, Persia, Filipinas, China, Japón y la costa occidental de África.

Las colonias americanas, ante la gran demanda de los países europeos por el tabaco, tuvieron cambios radicales en su agricultura, incrementándose el cultivo de tabaco en gran escala para el siglo XVII, ya que se había constituido en una de los principales rubros de exportación y fuente de ingresos para el Nuevo Mundo.

En ese mismo periodo, se comienza a sospechar de los efectos negativos que tiene el tabaco, sobre todo su efecto adictivo, resaltado por el monarca ingles Jacobo I para el año de 1604. El médico italiano Bernardino Ramazzini, en el año de 1713, escribía lo siguiente: Este vicio será siempre condenado, pero las personas continuaran aferrándose a él.

En 1881, James Bonsack inventa su maquina de confeccionar cigarrillos, pero es rechazada por muchas de las compañías dedicadas a la industria del tabaco, sin embargo James Duke que había iniciado la producción de cigarrillos (Duke of Durham), se interesa y ayuda a perfeccionarla con su ingeniero. Para 1884 el modelo podía producir mas de 200 cigarrillos por minuto o 46,8 millones de cigarrillos al año. En 1890, la Compañía Duke se convirtió en la American Tobacco Company (ATC), principal fabricante de tabaco en los Estado Unidos de América.

La situación anterior contribuyó a que el consumo del tabaco se realizara a través del cigarrillo, la cual fue considerada la modalidad predominante de la utilización del tabaco en los Estados Unidos, en las América y el mundo.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ:

La Republica de Panamá tiene una extensión territorial continental e insular de 75,517 km² en el extremo sur del Istmo Centroamericano. Además cuenta con un mar territorial de 200 millas náuticas, con extensas costas en los océanos Pacífico y Atlántico. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con la Republica de Colombia, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con la Republica de Costa Rica.

El territorio se divide de acuerdo a los aspectos legales vigentes en nueve provincias, (Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas, Los Santos, Herrera, Coclé, Colon, Panamá y Darién), 74 distritos o municipios, 587 corregimientos y cuatro comarcas indígenas (Kuna Yala, Emberá, Kuna de Madungandí, y Ngöbe-Buglé).

Las principales actividades económicas se efectúan a nivel comercial con énfasis en el sistema bancario y en la zona canalera, considerándose a Panamá como un país de servicios.

4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ:

La población general de Panamá se incremento en 2.5 veces, mientras que la población de 15 y más años se incremento en 2.8 veces más, en los últimos 35 años.

La tasa de crecimiento anual en la República de Panamá para 1960 era de 3.16 %, (14 % más en relación a Latinoamérica y el Caribe); su tendencia a través de las décadas ha sido al descenso y para 1995 con 1.93%, había disminuido en un 39% en relación al año de 1960.

La tasa bruta de natalidad ha disminuido en un 41 % desde 1960 a 1995, al pasar de 39.9 a 23.5 en 35 años.

La tasa bruta de mortalidad en la República de Panamá para 1960 era de 8.3 mientras que en Latinoamérica y el Caribe para el quinquenio 1975-1980 fue 8.6, es decir que comparativamente tuvimos una ventaja de alrededor de quince a veinte años. En los siguientes veinte años disminuyó gradual y sostenidamente hasta 4.2 en 1995.

La tasa global de fecundidad disminuyó un 55 % desde el año de 1960 a 1995 y la esperanza de vida se ha incrementado en los últimos 35 años en un 21% lo que representa alrededor de 13 años de vida más para 1995 en relación a 1960.

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1985-1990 en Latinoamérica y el Caribe fue de 54, mientras que en Panamá cifras similares fueron alcanzadas en el año de 1960 (57.8). El comportamiento de este indicador presenta una franca disminución hasta llegar a 16.6 para 1995.

El analfabetismo desde el año de 1960 se presentaba con un 25.2% disminuyendo en los últimos 35 años a 9.7% para el año de 1995.

Cuadro N°. 1 Indicadores demográficos de la República de Panamá.
Años:1960 – 1995.

Indicador	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Población	1,061,300	1,233,810	1,434,400	1,667,700	1,939,000	2,180,489	2,397,538	2,631,013
Población 15 años y más (%)	622,664 (58.67%)	710,798 (57.61%)	811,200 (56.55%)	943,500 (56.57%)	1,096,980 (56.57%)	1,361,728 (62.45%)	1,551,560 (64.71%)	1,753,049 (66.63%)
Tasa de Crecimiento natural(%)	3.16	3.19	3.00	2.71	2.28	2.25	2.09	1.93
Tasa bruta de natalidad /1	39.9	39.2	37.1	32.3	26.9	26.6	25.0	23.5
Tasa bruta de mortalidad /1	8.3	7.3	7.1	5.2	4.1	4.1	4.1	4.2
Tasa global de fecundidad	5.9	5.8	5.3	4.5	3.8	3.4	3.0	2.7
Esperanza de vida al nacer	60.7	63.1	65.4	67.8	69.9	71.3	72.3	73.4
Tasa de mortalidad infantil /2	57.8	45.4	40.5	31.0	21.7	21.8	18.9	16.6
Analfabetismo %	25.2	22.9	20.6	17.1	13.2	12.2	10.7	9.7

/1 Tasas por 1000 habitantes en base a población al 1 de julio del año de cada periodo.

/2 Tasa por 1000 nacidos vivos.

Fuente: Boletín Demográfico N° 45 y N° 59. Proyecciones de Población 1950 – 2050. CELADE Panamá en Cifra, Vol. II, Censos Nacionales, año 1971..

5. URBANIZACIÓN:

Para los años cincuenta (50) se consideraba que aproximadamente el 37 % de la población de América Latina habitaba en núcleos urbanos, mientras que para 1980 se consideraba que el 65 % de la población total eran urbanas. La población panameña, para los años cincuenta se consideraba que aproximadamente el 36 % habitaba en núcleos urbanos y en los años de 1980 y 1990 se aproximaba al 50 % y 53.7 % respectivamente.

El estilo de vida urbano, que comprende diferentes estratos sociales, la división del trabajo, una mayor disponibilidad de servicios públicos y mayor acceso a los bienes de carácter popular, se ha convertido en el patrón fundamental de los latino americanos durante las ultimas décadas. En la medida que la urbanización se ha expandido, de igual manera se abre la oportunidad de tener acceso a la educación que ha venido teniendo un aumento sostenido y de forma progresiva.

La tendencia a la urbanización y el acceso a la educación ha concentrado y cimentado el mercado de los derivados del tabaco, al igual que el de casi todos los bienes de consumo y la tendencia de la población panameña demandante a consumir los derivados del tabaco es hacia el aumento en una población urbana aproximada de 1,286,856 habitantes para 1990.

Cuadro N°. 2 Porcentaje de la población que vive en centros urbanos, por país latinoamericano,* 1950 – 1980.

País	Definición de área urbana según el censo ~				20000 habitantes o más		
	1950	1960	1970	1980	1960	1970	1980
Argentina	62	74	78	83	59	66	70
Bolivia	35	24	38	45	23	27	34
Brasil	36	46	56	67	27	36	46
Colombia	39	53	57	64	34	44	54
Costa Rica	33	35	39	43	19	26	30
Cuba	51	55	60	68	39	43	48
Chile	60	68	75	81	51	61	68
Ecuador	28	36	40	47	27	33	40
El Salvador	36	39	39	43	18	21	25
Guatemala	25	34	34	37	15	16	19
Haití	12	15	20	24	10	13	17
Honduras	18	23	28	35	11	18	24
México	43	51	59	66	29	35	43
Nicaragua	35	41	47	51	20	31	37
Panamá	36	42	47	50	33	39	41
Paraguay	35	36	37	42	22	27	32
Perú	41	47	58	64	27	39	47
Republica. Dominicana	24	30	39	50	19	30	41
Uruguay	57	72	82	85	60	63	66
Venezuela	35	63	72	79	47	59	67
Total	37	44	58	65	32	40	47

*Excepto Belice y Puerto Rico.

~Difiere en los distintos países.

Fuente: Wilkie y Ochoa (1989); Centro Latinoamericano de Demografía (1990).

6. ESTRUCTURA DE LA INDUSTRIA DEL TABACO EN PANAMA:

La República de Panamá al igual que los otros países del Istmo Centroamericano, forma parte del proceso de producción y comercialización del tabaco. En el país se encuentran dos empresas fabricantes de tabaco que están bajo el control de empresas transnacionales como la Philip Morris que controla la Tabacalera Nacional, S.A. , y la Tabacalera Istmeña que es una filial de la British-American Tobacco, ambas son tanto subsidiarias como afiliadas de gran relevancia en Panamá.

Cuadro N° 3 Industrias transnacionales del cigarrillo: subsidiarias y afiliadas (con intereses financieros) o acuerdos de fabricación con licencia* en países de Centroamérica y Panamá.

Subsidiarias y afiliadas	Fabricación con licencia
Costa Rica B.A.T. Industries (Republic Tobacco Company) Phillips Morris (Tabacalera Costarricense, S.A.)	Costa Rica Reemtsma GmbH (Tabacalera Costarricense,S.A.)
El Salvador B.A.T. Industries (Cigarrería Morazan,S.A. de C.V.) Phillip Morris (Tabacalera de El Salvador, S.A. de C.V.)	
Guatemala B.A.T. Industries (Tabacalera Nacional, S.A.) Phillip Morris (Tabacalera Centroamericana, S.A.)	
Honduras B.A.T. Industries (Tabacalera Hondureña S.A.) U.S.Tobacco (Centro American Cigar,S.A.)	
Nicaragua B.A.T. Industries (Tabacalera Nicaraguense,S.A.)	
Panamá B.A.T. Industries (Tabacalera Istmeña, S.A.) Phillip Morris (Tabacalera Nacional,S.A.)	Panamá Reemtsma GmbH (Tabacalera Nacional,S.A.)

*El nombre de la corporación transnacional aparece en primer lugar, seguido del nombre de la compañía local entre paréntesis.

Fuente: Tobacco Reporter (1990).

La British American Tobacco se presenta como la industria del tabaco con mayor participación en el mercado de cigarrillo, su participación se estimó alrededor del 64 %, mientras que la participación de la Phillip Morris representó un 36 %.

Cuadro N° 4 Filiales, acuerdos de fabricación por licencia y participación en el mercado* de las compañías transnacionales de cigarrillos, en países de Centro América y Panamá. 1989.

Pais	British American Tobacco	Phillip Morris	Produccion Total+	Participación en el mercado~
Costa Rica	F-72	F-2	2050	99
El Salvador	F-74	F-26	1970	100
Guatemala	F-50	F-50	1997	100
Honduras	F-99		2582	99
Nicaragua	F-100		2400	100
Panamá	F-64	F-36	1150	100

*F=Filial con importante participación en el capital. El porcentaje de participación en el mercado (según volumen) se indica después del guión.

+En millones de cigarrillos.

~En porcentaje; no incluye exportaciones (legales o ilegales).

Fuente: U.S. Department of Agriculture (1990 b,d); Maxwell (1990 b,c,d).

Desde el punto de vista de la actividad económica, la compañía Phillip Morris para 1988 fue la que obtuvo mayor venta; efectuando el 40.2 % (39,069 millones) de estas, mientras que la British American Tobacco le siguió con solo el 24.2 % (23,529 millones) quedando así en un segundo lugar en cuanto a la actividad económica.

En materia de beneficios se mantienen estas mismas dos compañías en los dos primeros lugares, no obstante en materia de activos continua la Phillip Morris encabezando la lista con 38,528 millones, mientras que en un segundo lugar aparece F.J.Reynolds Nabisco con 36,419 millones, desplazando a un tercer lugar a la British American Tobacco con 18,656 millones.

Cuadro N°. 5 Actividad económica* y orden de importancia de los mayores fabricantes transnacionales de cigarrillos, 1989.

Compañía	Actividad~			Según Fortune&		
	Ventas	Beneficios	Activos	EE.UU.	Mundial	Internacional
Philip Morris	39069	2946	38528	7	14	-
British American Tobacco	23529	2123	18656	-	36	42
F.J.Reynolds Nabisco	15224	(1149)^	36419	24	33	-
Imperial Tobacco Hanson Trust	9900	1987	13210	-	-	62
American Brands	7265	631	11394	64	178	-
Rothmans International	2210	228	3182	-	-	352
Total	97197	7915^	121389			

*Incluye actividades tabacaleras y no tabacaleras.

~En dólares estadounidenses (millones).

&Según las ventas de 1988.

^Pérdida por reestructuración de las operaciones después de la absorción por la Kohlberg Kravis Roberts. Las pérdidas no se incluyen en el total.

7. PRODUCCIÓN Y CONSUMO DE TABACO EN PANAMA:

Panamá al igual que otros países del Continente Americano, históricamente ha dedicado un porcentaje de sus tierras cultivables, al cultivo de tabaco durante siglos. En el periodo de 1965 a 1995, con especial énfasis en 1992/93, es considerado como el periodo de mayor cantidad de superficie sembrada con tabaco, cultivándose 1440 hectáreas. Mientras que desde 1993 la cantidad de superficie sembrada de tabaco cayo bruscamente situación que pudo deberse al cierre de las empresas productoras en el país. En el periodo 1991/92 y 1992/93 se obtuvieron 55900 y 54700 quintales en hoja seca respectivamente, siendo estos los dos periodos de mayor cosecha desde 1965. Sin embargo, el periodo de 1985/86 con solo 740 hectáreas sembradas, fue el de mayor rendimiento por hectáreas desde la década del sesenta con 41 quintales por hectárea.

**Cuadro N.º 6 Superficie Sembrada, cosecha y rendimiento de tabaco en la Republica:
 Promedio de los años Agrícolas 1960 - 1995.**

Año Agrícola	Tabaco (1)		
	Superficie sembrada (hectáreas)	Cosecha (quintales en hoja seca)	Rendimiento por Hectárea (2) (quintales)
1960/61-64/65	990	19242	19.4
1965/66	995	16690	16.8
1966/67	885	19262	21.8
1967/68	777	19752	25.4
1968/69	630	18250	29.0
1969/70	689	17521	25.4
1970/71	730	15340	21.0
1971/72	640	18630	29.1
1972/73	470	11010	23.4
1973/74	650	14660	22.6
1974/75	690	17660	25.6
1975/76	850	24510	28.8
1976/77	950	28310	29.7
1977/78	920	30650	33.4
1978/79	1100	33290	30.4
1979/80	870	30800	35.3
1980/81	1037	40304	38.9
1981/82	1050	35700	34.1
1982/83	960	31200	32.5
1983/84	690	25200	36.3
1984/85	760	29200	38.2
1985/86	740	30400	41.4
1986/87	900	32000	35.7
1987/88	800	26400	33.0
1988/89	910	32700	35.9
1989/90	1130	40100	35.4
1990/91	1083	39235	36.2
1991/92	1360	55900	41.1
1992/93	1440	54700	38.0
1993/94	86	2632	30.6
1994/95	88	2540	29.0

(1) Las cifras de los años agrícolas 1970/71, 1980/81 y 1990/91 corresponden al Censo Nacional Agropecuario levantado en mayo de 1971 y 1981 y en abril de 1991 respectivamente. Los datos de 1965/66 a 1969/70; 1971/72 a 1979/80, 1981/82 a 1989/90 y 1991/92 a 1994/95 son estimaciones obtenidas mediante encuesta por muestra.

(2) A partir del año agrícola 1976/77 el rendimiento es obtenido con base a cifras no redondeadas.

Fuente: Contraloría General de la Republica de Panamá.

Según publicación de 1990, el año de 1983 fue de máxima producción en hoja de tabaco no manufacturada con 1416 toneladas métricas, precedido por la importación de 348 toneladas, en 1981, siendo este el año que mayor cantidad se importó. La producción anual de cigarrillos manufacturados promedio en la década del 80 fue de 1130 millones, mientras que desde 1983 hasta 1988 la importación total de cigarrillos fue de 30 millones anualmente o el equivalente de 1,500,000 paquetes de 20 unidades de cigarrillos por año o 4,109 paquetes por día. El consumo anual per capita promedio de cigarrillos en la población de 15 años o más en el periodo de 1960 a 1975 fue de aproximadamente de 1138 unidades (57 paquetes de 20 unidades de cigarrillos) ó 1 paquete cada 6 días,

en base a los datos presentados, mientras que para la década de los 80 se observa que el promedio anual es de 917, (46 paquetes de 20 unidades de cigarrillos) o 1 paquete cada 8 días, lo que nos mantiene en el mismo promedio de aproximadamente 1 paquete de cigarrillos por semana o 2.5 cigarrillos diarios.

Cuadro N°. 7 Producción e importaciones de hoja de tabaco, y cigarrillos manufacturados y consumo per. Capita de cigarrillos en la Republica de Panamá. 1960 – 1988.

Año	Producción Nacional de hoja de tabaco no manufacturada (Toneladas métricas)	Importaciones (toneladas)	Producción total de cigarrillos manufacturados (millones)	Total de cigarrillos importados (millones)	Consumo anual per. capita de cigarrillos en mayores o igual a 15 años
1960	541	133	658	17	1080
1965	1078	213	826	15	1172
1970	716	269	1011	8	1228
1975	801	175	1045	0	1074
1980	1397	228	1100	5	1036
1981	1254	348	1200	1	1086
1982	1148	91	1100	31	968
1983	1416	238	1100	30	882
1984	1037	265	1100	30	883
1985	1209	109	1125	30	875
1986	1240	94	1150	30	894
1987	1172	133	1150	30	842
1988	1172	133	1150	30	794

Fuente: U.S. Department of Agriculture, 1990.

En el periodo de 1989 a 1997 se obtuvo una producción promedio de 969,731 miles de unidades de cigarrillos, con la menor producción (636,858) en 1989 y la mayor, (1,252,474), en 1996, pero con un comportamiento ascendente para ese periodo. Sin embargo desde 1994 el proceso se ha revertido y para 1998 se estima en 284,159 en miles de unidades de cigarrillos, toda vez que las empresas productoras de cigarrillo cerraron operaciones en el segundo trimestre de 1998. En relación al consumo de tabaco para la producción en kilos, tenemos que en el periodo de 1989 al 1997 se incremento en 1.8 veces más el consumo para la producción.

**Cuadro N.º 8 Producción de cigarrillos y consumo de tabaco para la producción,
en la República de Panamá.
Años 1989 – 1998.**

Años	Producción De Cigarrillos	Consumo de tabaco para la producción
	(miles de unidades)	(kilos)
1989	636,858	475,196
1990	814,446	606,509
1991	771,405	556,804
1992	805,872	604,823
1993	907,276	554,031
1994	1,197,669	846,102
1995	1,136,140	797,577
1996	1,252,474	868,676
1997	1,205,442	870,676
1998	284,159	188,923

Fuente: Contraloría General de la Republica de Panamá.

8. EL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO:

a. Enfermedades Asociadas al Consumo del Tabaco activo o pasivamente:

Los estudios epidemiológicos clásicos y de meta análisis concluyen en la relación del consumo del tabaco, de forma activa o pasiva, con las siguientes enfermedades: Cánceres de pulmón, traquea, bronquios, cavidad bucal, labio, faringe, laringe, esófago, páncreas , vejiga, riñón, cuello uterino, páncreas, estómago, en todos los cánceres, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisemas, asma bronquial, bronquitis crónica y ulcera gástricas. En base a estas patologías se centran los enfoques analíticos de este trabajo de acuerdo a los datos que se encuentren en las diversas fuentes.

También se utilizo en el análisis de situación y tendencia de los cánceres asociados al tabaquismo, la proporción de muertes por cáncer atribuibles al consumo de cigarrillos en los Estados Unidos en 1985 (Fiore et al. y de Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A report of the Surgeon General, 1989.), donde indica que más del 30 % de todas las muertes por cáncer son atribuibles al consumo de tabaco, el 85 % de todas las muertes por cáncer de pulmón, el 80 % de las muertes por cáncer de laringe, faringe, cavidad bucal y labio, el 75 % de las muertes por cáncer vesical, el 30 % de las muertes por cáncer del cuello útero y páncreas y el 20 % de las muertes por cáncer de estómago.

Estas enfermedades actualmente se clasifican según la X Clasificación Internacional de Enfermedades, cada una de ellas tiene un código compuesto tipo alfanumérico.

Cuadro N°9 Clasificación Internacional de Enfermedades según la X Edición de las Enfermedades Asociadas al Tabaquismo:

CANCER ASOCIADO AL TABAQUISMO	
Denominación	Código
Labio - Boca – Faringe	C00.0 - C14.8
Laringe	C32.0 - C32.9
Esófago	C15.0 - C15.9
Tráquea - Bronquios - Pulmón	C33.X, C34.0 - C34.9
Estómago	C16.0 – C16.9
Páncreas	C25.0 - C25.9
Cuello del Útero	C53.0 - C53.9
Riñón - Vejiga - Vías Urinarias	C64.X, C67.0 - C67.9,C64.0 - C68.9
ENFERMEADES CRÓNICAS ASOCIADAS AL TABAQUISMO	
Denominación	Código
Enfermedad Cerebro Vascular	I60.0 - I69.8
Hipertensión Arterial	I10X
Cardiopatía Isquémica	I25.0 - I25.9
Enfisema Pulmonar	J43.9
Bronquitis Crónica	J42.X
Úlcera Péptica	K27.0 - J27.9
Bajo Peso al Nacer	P07.0 - P07.1
Enfermedades Respiratorias	J00.X - J99.8
• Vías Respiratorias Altas	
• Vías Respiratorias Bajas	
Asma Bronquial	J45.0 - J45.9

Fuente: X Clasificación Internacional de Enfermedades

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo relacionado con la ocurrencia e incremento del riesgo de padecer un número importante de enfermedades crónicas y degenerativas y se constituye en la principal causa de un número importante de muertes prevenibles en muchos países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 3.5 millones de personas al año mueren por causas relacionadas al consumo de tabaco, ocurriendo más de la mitad de ellas en los países industrializados. Sin embargo, y en base a las estimaciones de la OMS, para el año 2,020 el número de muertes relacionadas con el hábito de fumar alcanzará a alrededor de 10 millones de personas por año, pero el 70% de ellas ocurrirá en poblaciones de los países en desarrollo. Tanto en los países industrializados con en los países en desarrollo la mitad de los fumadores mueren de causas relacionadas con el consumo del tabaco y tienen 3 veces más probabilidades de morir entre los 35 y 69 años que los no fumadores. (OMS, 1996^a y 1998)

Por su parte, el hábito de fumar contribuye con la formación de placas ateromatosas, agravándose por el hecho de que este habito suele implantarse a edades muy tempranas, (la primera experiencia de fumar entre los 6 y 11 años de edad).

Otros estudios han demostrado la relación entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, a partir de estos estudios se ha planteado a este como el

factor de riesgo principal en la ocurrencia el cáncer pulmonar. De igual forma este hábito se asocia con las enfermedades cardíacas, ataques, enfisema y otras enfermedades pulmonares.

Otras investigaciones efectuadas han logrado, además, relacionar el consumo de tabaco a la mayor prevelencia de enfermedades respiratorias en la infancia, cuando los niños han estado expuestos de forma periódica al humo de segunda mano.

En el caso de la mujer embarazada el consumo de tabaco puede aumentar el riesgo de abortos espontáneos, a la mayor prevalencia del bajo peso al nacer y a impedir el desarrollo del niño. (OMS, 1996^a y 1998).

El humo del tabaco afecta la salud del fumador, así como también la de los no fumadores que le rodean. El fumador pasivo, además de verse afectado por problemas de carácter irritativos de los ojos y garganta, tiene más riesgo de sufrir de enfermedades crónicas y diversos tipos de cáncer, entre los cuales figuran los relacionados con las vías respiratorias, que aquellas personas que no han estado expuestos al humo del cigarrillo. (Chollatt, 1993).

Por otro lado, se destaca el hecho de que los hijos de fumadores son más propensos a fumar en la edad adulta y que las parejas de los fumadores tienen más probabilidad de contraer cáncer de pulmón, que las de los no fumadores, y entre los hijos de fumadores son más frecuentes los problemas respiratorios y alérgicos. (Perry and Jesson, 1983).

Según investigaciones realizadas por el Consejo Nacional de Investigaciones de Estados Unidos (1986), el riesgo de cáncer pulmonar es 30% mayor en las esposas de fumadores, que en las esposas de no fumadores, situación que guarda relación con el consumo de humo de segunda mano.

Desde los años 70 los países industrializados adelantan decididas campañas tendientes a disminuir el consumo de cigarrillos. Estas campañas surgen como producto de políticas que consideran diferentes aspectos tales como: la prohibición de la publicidad del tabaco en los medios de comunicación, el aumento de los impuestos que se gravan a los cigarrillos, exigencias de que los paquetes de cigarrillo indiquen que estos son nocivos a la salud, prohibiendo su venta a menores de edad y difusión de información. Sin embargo a nivel de los países en desarrollo las campañas que se realizan son menos abarcadoras y más tenues. Paralelo a este hecho se desarrollan amplias y masivas campañas de comercialización y publicidad. (OMS, 1996^a y 1998)

Entre los años 70 y 90 el consumo mundial de cigarrillos se redujo en 10% en los países industrializados, en tanto se incremento en 64% en los países en desarrollo. (OMS, 1996^a y 1998).

El Estudio del Tabaquismo en los Adultos que se realizó a nivel nacional en 1983 y se efectuó por la Asociación Nacional Contra el Cáncer (ANCEC), estableció un 38.0% de prevalencia estimada para el tabaquismo en personas mayores de 18 años (1631) residentes en Panamá, además, por sexo se obtuvieron prevalencias de 56.1 % y 20.0% para hombres y mujeres respectivamente.

Estudios efectuados por el Ministerio de Salud, en el año 1990, estimaron que 6 de cada 100 adolescentes fuman, 1 de cada 4 adultos y 1 de cada 3 personas de la tercera edad fuman.

El estudio de Tabaquismo realizado en Panamá en 1995(Rivera, R.), investigó 721 personas residentes en áreas urbana de toda la República, con edades entre 15 y 75 años, concluyó en que el 42.0% de entrevistados fumaron alguna vez en su vida y de los que habían fumado habitualmente fue el 35.8 %. La prevalencia de fumadores activos al momento del estudio fue de 16.7%. Con relación al consumo inicial el 53.6% declararon que lo hizo entre los 15 y 19 años; el 70.5% consumió tabaco antes de los 20 años. El consumo promedio de cigarrillos por día fue de 1-5 en el 65.4% de los encuestados.

Las personas que dejaron de fumar requirieron de más de un intento para lograrlo (98.4%) y el 42.6% tenía más de 10 años de consumo. La convicción fue la causal más relevante de dejar el hábito (32.0%) y un 17.3% lo hizo a causa de alguna enfermedad. De los fumadores activos el 35% tenía entre 30 y 39 años; y el 62.5% eran menores de 40 años. y la prevalencia más baja se ubicaba en población con educación universitaria incompleta (31.1%) y la más alta la ostentaron aquellos que no habían completado la educación primaria (50.0%). El 48.3% de los mismos declararon fumar en sus hogares y 42.5% en los lugares de trabajo. Los hábitos de consumo de los fumadores activos reflejados en la investigación indican que el 68.3% lo hace a diario, destacándose la práctica de este hábito en presencia de los amigos y en el seno familiar con 79.2 y 35.8%, respectivamente.

Durante el año 1998, de un total de 28,193 embarazadas que demandaron el servicio en instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, el 4.8% tenían antecedentes registrados de fumar.

Basado en lo anterior se proyectan para el año 2000 alrededor de 456,000 fumadores activos en Panamá, y aproximadamente 20,000 de ellos pueden ser aun adolescentes. Se estima que aproximadamente 126,000 estarían fumando habitualmente ante sus familiares y 360,960 lo harían en presencia de amigos. De esa manera las cifras de población expuesta en Panamá al humo de cigarrillo en forma activa o pasiva como mínimo, pudiera ser de 1,646,960 para el año 2000.

b. Mortalidad de Cánceres y Otras Enfermedades Relacionadas con el Consumo Activo o Pasivo de Tabaco en Panamá.

En base a la estructura de la mortalidad general, se observa que desde la década del 60 a la del 90-97, se puede asociar el hábito de fumar como factor de riesgo en las siguientes causas de muerte en la población panameña, a saber: enfermedad cerebro vascular, infarto agudo del miocardio, otras enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos, diabetes, neumonías y bronquitis entre otras. En 1960, de las 10 principales causas de muerte, cuatro (40%) se asocian al tabaquismo, que representa el 22% (1,848) de las muertes totales. Para el año de 1970, se le agrega al grupo las enfermedades cerebro-vasculares, 5 de las 10 principales causas de muertes, mientras que del total de las muertes representan el 30 %, es decir 3,078 muertes. Para 1980, 7 de las 10 primeras causas de muertes se asocian al tabaquismo y representan el 40 % (3,176) del total de defunciones. En el año de 1990, se incluyen dentro de las 10 principales causas de muerte a la Diabetes Mellitus y a las anomalías congénitas, considerándose que 8 de las 10 se asocian al tabaquismo, así como también aumentó al 47 %, (4,633) de las muertes del total de defunciones.

Puede decirse que de las 48,549 muertes registradas en los años 60, 70, 80, 90 y 97, el 34.0% (16,515) ocurrieron debido a patologías que guardan relación con el hábito de fumar o con el hecho de ser fumador pasivo; esta situación es más evidente al analizar las muertes ocurridas por enfermedades cardio-cerebro-vasculares las cuales representaron el 51.1% del total de las muertes vinculadas al consumo de tabaco.

En relación a las tasas de mortalidad por causas asociadas al tabaquismo, se observa que los tumores malignos, su riesgo a oscilado entre 43.7 muertes por 100,000 habitantes en 1960 y 63.2 muertes por 100,000 habitantes en 1997, lo que representa un aumento de 1.44 veces más riesgo comparativamente para esos años. La enfermedad cerebro vascular que aparece en 1970 con una tasa de 37.4 muertes por 100,000 habitantes, el riesgo es de 1.2 veces más para 1997. En cuanto al infarto agudo del miocardio el riesgo es de 1.15 en el año de 1980 comparado con el año de 1990.(Cuadros N° 9 y 10, Anexos N° 1-4)

**Cuadro N° 9. Razón de Mortalidad Proporcional por Causas de Muerte Específicas y Demás Causas en la República de Panamá.
 Años: 1960, 1970, 1980, 1990 y 1997**

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	%	Causa de Muerte	N°	%
Total	8387	100	Total	10225	100
1. Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	8.2	1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	8.8
2. Enfermedades del Corazón	544	6.4	2. Accidentes Suicidios y Homicidios	754	7.3
3. Accidentes Suicidios y Homicidios	520	6.2	3. Neumonía	710	6.9
4. Enf. Propias de la Primera Infancia	562	6.7	4. Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	6.6
5. Tumores Malignos	470	5.6	5. Tumores Malignos	656	6.4
6. Neumonía	497	5.9	6. Enfermedades Cerebro vasculares	537	5.2
7. Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	4.7	7. Sarampión	303	2.9
8. Bronquitis	337	4.0	8. Tuberculosis	278	2.7
9. Tuberculosis	288	3.4	9. Bronquitis, Enfisema y Asma	273	2.7
10. Tos ferina	243	2.9	10. Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	2.1
11. Demás Causas	3843	45.8	11. Demás causas	4919	48.1
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	%	Causa de Muerte	N°	%
Total	7959	100	Total	9799	100
1. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1035	13.0	1. Tumores Malignos	1398	14.2
2. Tumores Malignos	1000	12.6	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1232	12.5
3. Enfermedad Cerebro vascular	550	6.9	3. Enfermedad Cerebro vascular	964	9.8
4. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	490	6.1	4. Infarto Agudo del Miocardio	676	6.9
5. Infarto agudo del Miocardio	474	5.9	5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	5.6
6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	434	5.4	6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	417	4.2
7. Neumonía	313	3.9	7. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	374	3.8
8. Infección Intestinal Mal Definida	239	3.0	8. Neumonía	299	3.0
9. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	234	2.9	9. Diabetes Mellitus	266	2.7
10. Bronquitis Crónica y la no Especificada, Enfisema y Asma	171	2.1	10. Anomalías Congénitas	239	2.4
11. Demás Causas	3019	37.9	11. Demás causas	3381	34.5
			1997		
			Causa de Muerte	N°	%
			Total	12179	100
			1. Tumores Malignos	1717	14.1
			2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1524	12.5
			3. Enfermedad Cerebro vascular	1293	10.6
			4. Infarto Agudo del Miocardio	768	6.3
			5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	506	4.1
			6. Demás causas	6371	52.3

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:1998

Cuadro N° 10. Tasa de Mortalidad por Causas de Muertes Especificas y Demás Causas en la República de Panamá.
Años: 1960, 1970, 1980, 1990 y 1997

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	8387	779.8	Total	10225	712.0
1. Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	64.0	1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	62.9
2. Enfermedades del Corazón	544	50.6	2. Accidentes Suicidios y Homicidios	754	52.6
3. Accidentes Suicidios y Homicidios	520	48.3	3. Neumonía	710	49.5
4. Enf. Propias de la Primera Infancia	562	52.3	4. Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	46.9
5. Tumores Malignos	470	43.7	5. Tumores Malignos	656	45.7
6. Neumonía	497	46.2	6. Enfermedades Cerebro vasculares	537	37.4
7. Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	36.7	7. Sarampión	303	21.1
8. Bronquitis	337	31.3	8. Tuberculosis	278	19.4
9. Tuberculosis	288	26.8	9. Bronquitis, Enfisema y Asma	273	19.0
10. Tos ferina	243	22.6	10. Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	15.3
11. Demás Causas	3843	357.3	11. Demás causas	4919	343.0
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	7959	410.5	Total	9799	405.3
1. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1035	53.4	1. Tumores Malignos	1398	57.8
2. Tumores Malignos	1000	51.6	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1232	51.0
3. Enfermedad Cerebro vascular	550	28.4	3. Enfermedad Cerebro vascular	964	39.9
4. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de un Año	490	25.3	4. Infarto Agudo del Miocardio	676	28.1
5. Infarto agudo del Miocardio	474	24.4	5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	22.7
6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	434	22.4	6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	417	17.2
7. Neumonía	313	16.1	7. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	374	15.5
8. Infección Intestinal Mal Definida	239	12.3	8. Neumonía	299	12.4
9. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	234	12.1	9. Diabetes Mellitus	266	11.0
10. Bronquitis Crónica y la no Especificada, Enfisema y Asma	171	8.8	10. Anomalías Congénitas	239	9.9
11. Demás Causas	3019	155.7	11. Demás causas	3381	139.8
			1997		
			Causa de Muerte	N°	Tasa
			Total	12179	448.0
			1. Tumores Malignos	1717	63.2
			2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1524	56.1
			3. Enfermedad Cerebro vascular	1293	47.6
			4. Infarto Agudo del Miocardio	768	28.2
			5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	506	18.6
			6. Demás causas	6371	234.3

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:1998.

En el análisis por provincia de las cinco primeras causas de muerte en los años 90, 95 y 97, se mantienen tres enfermedades asociadas al tabaquismo como lo son: los tumores malignos, enfermedad cerebrovascular e infarto agudo al miocardio en la primera, tercera y cuarta posición respectivamente. (Cuadros N° 11, 12 y 13)

En cuanto a los tumores malignos el riesgo de morir por estos, utilizando al país como base, observamos que es mayor en los tres años para las provincias de Panamá y Colón. Para la enfermedad cerebrovascular se tiene un aumento sostenido en la provincia de Los Santos, mientras que para el infarto agudo del miocardio se presenta la provincia de Panamá con mayor riesgo en los tres años.

Cuadro N° 11 Defunciones y Tasas de Mortalidad por 100,000 Habitantes de las Cinco Principales Causas de Muerte por Provincias de la República de Panamá. Año: 1990

República / Provincias	Total	Tumores Malignos	Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	Enfermedad cerebrovascular	Infarto agudo del miocardio	Ciertas afecciones originadas en menores de un año
República	405.3	57.8	51.0	39.9	28.1	22.7
Bocas del Toro	483.8	47.7	45.3			26.2
Coclé	452.2	58.6	38.8	53.3		27.3
Colón	601.4	67.5	67.5	77.4		
Chiriquí	310.0	43.4	42.1	29.0	19.4	19.4
Darién	258.0	16.6	63.9	14.2	11.8	7.1
Herrera	409.1	64.2	37.8	42.5	27.4	
Kuna Yala	297.8		16.3			14.0
Los Santos	467.7	58.3	49.8	63.2	34.0	
Panamá	403.9	69.9	56.6	39.0	38.2	23.3
Veraguas	381.5	31.5	47.5	32.4		21.5

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1990

Cuadro N° 12 Defunciones y Tasas de Mortalidad por 100,000 Habitantes de las Cinco Principales Causas de Muerte por Provincias de la República De Panamá. Año: 1995

República / Provincias	Total	Tumores Malignos	Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	Enfermedad cerebrovascular	Infarto agudo del miocardio	Ciertas afecciones originadas en menores de un año
República	419.3	60.9	59.7	42.7	28.1	19.0
Bocas del Toro	271.5	18.4	47.8			20.9
Coclé	412.5	48.5	39.0	40.6		24.3
Colón	541.6	66.9	105.1	54.7	27.6	
Chiriquí	353.1	53.0	54.9	34.6	19.6	14.7
Darién	183.7	16.2	37.8			25.2
Herrera	416.0	55.3	48.4	54.3	20.8	
Kuna Yala	380.9		18.5	7.9		
Los Santos	575.4	55.0	65.1	78.8	28.8	
Panamá	453.3	75.4	62.6	48.2	40.7	20.0
Veraguas	387.1	47.9	53.9	34.7		18.7

1/ Por 100,000 habitantes, con base en la estimación de la población total por provincia al 1° de julio.

Fuente: Contraloría General de la República

Cuadro N° 13 Defunciones y Tasas de Mortalidad por 100,000 Habitantes

de las Cinco Principales Causas de Muerte por Provincias de la República de Panamá.
Año: 1997

República / Provincias	Total	Tumores Malignos	Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	Enfermedad cerebrovascular	Infarto agudo del miocardio	Ciertas afecciones originadas en menores de un año
República	448.0	63.2	56.1	47.6	28.2	18.6
Bocas del Toro	331.3	24.2	33.6			
Coclé	431.4	57.3	40.3	56.2		18.1
Colón	573.4	74.6	80.3	66.8		
Chiriquí	382.7	51.4	50.7	40.9	19.1	
Darién	206.8	21.9	35.3			13.4
Herrera	504.2	74.3	62.5	63.5	18.6	
Kuna Yala	619.7					
Los Santos	575.4	89.0	46.4	94.0	32.6	
Panamá	463.5	73.4	61.0	49.8	42.4	
Veraguas	416.9	48.4	55.6	39.8		

1/ Por 100,000 habitantes, con base en la estimación de la población total por provincia al 1º de julio.

Fuente: Contraloría General de la República

Basados en el comportamiento de las defunciones registradas se proyectan para el año 2005 un total de 2091 muertes por tumores malignos y alrededor de 360 relacionados con el tabaco, 209 de vías respiratorias, 64 de boca y faringe, 29 de laringe y 32 de esófago.

El bajo peso al nacer, que cuenta entre sus factores de riesgo al hábito de fumar durante la gestación, es además, una condicionante importante de la mortalidad infantil. La historia clínica perinatal registró que de los 41,773 recién nacidos el 6.7% se encontraba en condiciones de bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos),

Mediante la historia clínica perinatal se identificó que el 4.8% (1358) de las 58,734 mujeres gestantes eran fumadoras, y de ellas nacieron 185 niños bajo peso, lo que representa el 13.6%. por lo que el bajo peso al nacer es 2.1 veces mas frecuente en los hijos de madre fumadoras; (OR= 1.46, IC1.24 - 1.72)

Se puede concluir que en el periodo de 1960 a 1996 fallecieron por tumores malignos 35144 panameños, de los cuales el 30% (según la literatura) están relacionados con el tabaco, o sea 10543 aproximadamente. Así mismo se registraron 3511 muertes por cáncer de pulmón (2984 atribuibles al tabaco), 1028 por canceres de labio, cavidad bucal y laringe (822 atribuibles al tabaco), 502 muertes por cáncer de faringe, (402 según la literatura) y 611 muertes por cáncer de esófago (489 según literatura) y 2353 mujeres con cáncer cervicouterino (706 según la literatura).

Así mismo se registran en el periodo de 1980 a 1996 un total de 160273 muertes de las que el 24% correspondieron a muertes atribuibles al o relacionadas con el tabaco (38465 muertes) de las cuales 2189 correspondieron a la enfermedad hipertensiva, 15062 a la enfermedad cerebro vascular, 10793 por infarto al miocardio, 3746 a las bronquitis , 6989 a otras

enfermedades isquémicas del corazón y 608 a la úlcera gástrica y duodenal.
(Anexos N° 5 al N° 18)

9. BIBLIOGRAFÍA

- a. **CHOLLATT., Claire.** “La Mujer y el Tabaco”. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1993.
- b. **DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud.
- c. **INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL,** Informe de Costos de Mayo del 2000.
- d. **IRIBARREN, Carlos et al.** Effect of Cigar Smoking on the Risk of Cardiovascular Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer in Men. The New England Journal of Medicine. Vol.340, N°23, pág. 1773-1780, June 10, 1999.
- e. **JIANG, He et al.,** Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease, a Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. The New England Journal of Medicine. Vol. 340, N°12, pág. 920-926, March 25, 1999.
- f. **LATINOAMERICA CONTRA EL CANCER.** Estudio de la Legislación Relativa al Cáncer. Actividad N°3 del P.L.C.C.
- g. **MASTELARI, María.** Prevalencia del Hábito de Fumar y Estudio de Algunos Factores Psicosociales en los Trabajadores del Sistema Integrado de Salud de la Provincia de Colón. Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública Año: 1993.
- h. **MINISTERIOS DE GOBIERNO Y JUSTICIA Y DE SALU, ASOCIACION PANAMEÑA DE AGENCIAS DE PUBLICIDAD.** Seminario “La Publicidad en la Salud”. Compendio de disposiciones en materia de publicidad de salud. Centro de Investigaciones de la Comunicación Social. Septiembre, 1996.
- i. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas de Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Situación de Salud. Enero del 2000.
- j. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas de Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Situación

- de Salud de las Mujeres Embarazadas, Puérperas y del Recién Nacido. 1999.
- k. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Resolución 35 de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, 1979. Vol. 104. 404-407p.
 - l. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Tabaco o Salud: Situación en las Américas. Un informe de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 536. Año:1992.
 - m. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Tabaquismo y Salud: en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud.
 - n. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.** La epidemia de Tabaquismo, Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación Científica N° 577, 1999.
 - o. **PERRY, C.L. and JESSON, R.** “Doing the Cuba, Preventing Drug Abuse Through Adolescents”. Health Promotion. 1983.
 - p. **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.** Informe sobre Desarrollo Humano 1998. Tabaco: la Crisis Emergente en el Sur. (OMS 1996^a y 1998; Worlwatch Institute 1997^a).+
 - q. **RIVERA, Rubén.** Tabaquismo en Panamá. Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Abril de 1995.
 - r. **WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE COPENHAGEN.** Health Projections in Europe, Methods and applications.

ANEXOS