

EL CONTROL DEL TABACO EN COSTA RICA

Diagnóstico de la situación nacional en el marco de la Ley N° 9028



628.16

Costa Rica. Ministerio de Salud. Universidad de Costa Rica
El control de tabaco en Costa Rica. Diagnóstico de la
Situación nacional en el marco de la Ley N. 9028
—San José, Costa Rica.

138 p.; 7.2 Mb.

ISBN 978-9977-62-202-6

1. Tabaco. 2. Control del tabaco. 3. Costa Rica.

Equipo técnico encargado:

Roberto Castro Córdoba - Ministerio de Salud

Cindy Valverde Manzanares - Ministerio de Salud.

Jeancarlo Córdoba Navarrete - Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

Vivian Sandí Mora - Proyecto OVEIS.

Diego Montero Hernández - Proyecto OVEIS.

Daniela Gómez González - Proyecto OVEIS.

Diseño Gráfico: Adriana Sánchez P.

Diseño de portada e imágenes: María Jesús Viquez Muñoz

Cita sugerida:

Ministerio de Salud, Universidad de Costa Rica y Proyecto OVEIS. (2019). El Control del Tabaco en Costa Rica. San José, Costa Rica.

Imágenes: todas las fotografías e ilustraciones incluidas en este folleto fueron diseñadas por @Freepik (www.freepik.com)

Íconos: www.flaticon.com

Contenido

Presentación	9
Introducción	10
Aspectos metodológicos.....	11
Marco conceptual.....	13
ASPECTOS GENERALES SOBRE EL TABAQUISMO	15
La epidemia del tabaquismo	16
Contexto mundial	16
Contexto regional.....	18
Contexto nacional.....	20
Causas y efectos del tabaco.....	23
Dimensión Física	23
Dimensión Social	26
• Industria tabacalera y empleo	29
• Tabaco y pobreza	31
Dimensión Ambiental	34
Dimensión Económica	37
La industria tabacalera	39
Estrategias mundiales contra el tabaquismo.....	42
Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	42
MPOWER.....	43
Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.....	51
MARCO JURÍDICO DEL TABACO EN COSTA RICA.....	52
Contexto histórico del marco jurídico sobre el tabaco	53
El tabaco: su producción y comercio.....	53
Primeras regulaciones sobre el consumo de tabaco	56
La Ley N.º 7501.....	57
Últimos intentos regulatorios.....	59
Ley N.º 9028.....	59
Antecedentes políticos	60
Proceso legislativo	60
Líneas de acción de la Ley N.º 9028.....	64

SITUACIÓN NACIONAL POSTERIOR A LA APROBACIÓN DE LA LEY 9028	67
Estado situacional posterior a la aprobación de la Ley N.º 9028.....	68
En términos socioculturales	68
En términos de denuncias y sanciones.....	72
En términos legislativos	73
En términos de comercio ilícito	74
En términos de economía del tabaco.....	77
Consumo de tabaco de acuerdo a la encuesta GATS	79
Respecto a la cesación.....	79
Respecto al humo de segunda mano	81
Respecto a la economía doméstica	82
Respecto a los medios de comunicación	83
Intervenciones institucionales sobre control del tabaco	85
Intervenciones del Ministerio de Salud.....	86
Intervenciones de la Caja Costarricense del Seguro Social.....	89
Intervenciones del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	92
Intervenciones del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación	94
MAPEO DE ACTORES SOCIALES	95
Mapeo de actores sociales	96
Identificación de actores involucrados	96
• Ministerio de Salud.....	97
• Caja Costarricense del Seguro Social.....	97
• Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	97
• Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación	98
• Universidad de Costa Rica.....	98
• Ministerio de Seguridad Pública.....	98
• Ministerio de Educación Pública	99
• Municipalidades	99
• Red Nacional Antitabaco.....	100
• Policía de Control Fiscal	101
• Policía Municipal.....	102
• Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines	102
• Cámara Costarricense de Comerciantes, Detallistas y Afines	103
• Cámara Costarricense de Hoteles.....	103
• Cámara de Industrias de Costa Rica.....	104
• Ministerio de Economía, Industria y Comercio.....	104

• Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	105
• Consejo de Salud Ocupacional	105
• Ministerio de Hacienda.....	106
• Organización Panamericana de la Salud	107
• Programa de Prevención, Consejería e Investigación en Drogas.....	107
• Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica	107
• Colegio de Enfermeras de Costa Rica.....	108
Clasificación de los actores.....	109
• Primer nivel sector público	109
• Segundo nivel sector público	110
• Tercer nivel sector público.....	110
• Organizaciones No Gubernamentales	111
Caracterización de los actores según su influencia y poder	111
Conclusiones	114
Bibliografía	116
Anexos	132

Índice de figuras

Figura 1:	Porcentaje de muertes a nivel mundial por exposición al humo de segunda mano....	17
Figura 2:	Prevalencia estandarizada para consumo actual de tabaco en personas de 15 años o más en las Américas al 2016.....	18
Figura 3:	Consumo anual de cigarrillos en América Central	19
Figura 4:	Fumadores actuales, prevalencia por edad y zona. Costa Rica, 2015	22
Figura 5:	Algunas sustancias químicas del cigarrillo.....	24
Figura 6:	Enfermedades asociadas al consumo de tabaco	25
Figura 7:	Círculo vicioso del tabaquismo y la exclusión social	31
Figura 8:	Porcentaje de fumadores masculinos que gastan dinero en cigarrillos en lugar de comprar artículos de primera necesidad.....	32
Figura 9:	Proporción de la población mundial cubierta por algunas políticas de control del tabaco entre el 2012 y el 2014.....	45
Figura 10:	Proporción de la población regional cubierta por algunas políticas de control del tabaco entre el 2012 y el 2014.....	46
Figura 11:	Cantidad de países/jurisdicciones que han exigido advertencias pictoriales en los paquetes de cigarrillos entre 2001 y 2017	47
Figura 12:	Detalle de un cigarrillo electrónico convencional	70
Figura 13:	Legislación vs. incremento del comercio ilícito	75
Figura 14:	Rutas de trasiego de cigarrillos ilegales en América Central	76
Figura 15:	Cantidad de hectáreas de tabaco sembradas en Costa Rica para el período de 2004 al 2014.....	77
Figura 16:	Cantidad de tabaco producido en toneladas métricas (tm) en Costa Rica para el período de 2004 al 2014.....	78
Figura 17:	Cantidad de kilogramos brutos de productos de tabaco importados en Costa Rica entre el 2009 y 2015.....	78
Figura 18:	Porcentaje de personas que notan advertencias en las cajetillas de cigarros.....	84
Figura 19:	Diagrama de posición, interés e influencia	113

Índice de cuadros

Cuadro 1: Distribución porcentual, según niveles de prevalencia de consumo de tabaco por año, según sexo en Costa Rica entre 1990-2010	20
Cuadro 2: Estimación del total de fumadores activos por sexo y grupo de edad según proyecciones de población en Costa Rica en el 2010	21
Cuadro 3: Fumado activo y cantidad diaria de cigarrillos por sexo y grupos de edad, según la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas del 2010	21
Cuadro 4: Deforestación total y asociada a la producción de tabaco en 12 países de Latinoamérica y el Caribe	35
Cuadro 5: Gastos médicos directos atribuibles al tabaquismo por país y su relación con el gasto en salud, PIB y recaudación impositiva.....	37
Cuadro 6: Estrategias del MPOWER.....	44
Cuadro 7: Indicadores porcentuales de estrategias MPOWER para Costa Rica.....	47
Cuadro 8: Monto total en colones asignado del impuesto a los productos de tabaco entre los años del 2013-2016.....	85
Cuadro 9: Posición, interés e influencia de los actores sociales en el marco de la implementación, gestión y cumplimiento de la Ley N.º 9028	112

Siglas Utilizadas

AMCHAM: Cámara de Comercio Costarricense Norteamericana

ATCT: Agenda Temática para el Control del Tabaco

BATCA: British American Tobacco Caribbean & Central América

CACORE: Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines

CANACODEA: Cámara Nacional de Comerciantes Detallistas y Afines

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CGR: Contraloría General de la República

CICR: Cámara de Industrias de Costa Rica

CMTC: Convenio Marco para el Control del Tabaco

CSO: Consejo de Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo

FANAL: Fábrica Nacional de Licores

GATS: Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICD: Instituto Costarricense de Drogas

ICODER: Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

INAD: Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas

INCIENSA: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

MEIC: Ministerio de Economía Industria y Comercio

MEP: Ministerio de Educación Pública

MINSA: Ministerio de Salud

MSP: Ministerio de Seguridad Pública

MTSS: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OVEIS: Observatorio de Vigilancia en Estrategias e Intervenciones en Salud

PANI: Patronato Nacional de la Infancia

PCF: Policía de Control Fiscal

PRECID: Programa de Prevención, Consejería e Investigación en Drogas en la Universidad de Costa Rica

RENATA: Red Nacional Anti Tabaco

SEPSA: Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria

SINFRA: Sistema de Infracciones del Ministerio de Salud

UCR: Universidad de Costa Rica

UNGL: Unión Nacional de Gobiernos Locales

PRESENTACIÓN

El consumo de tabaco ha sido considerado en los últimos años como una de las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial. En este sentido, y con base en lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es posible destacar que la práctica del tabaquismo se ha posicionado como la segunda causa de muerte en el mundo y se encuentra ligada de manera directa con el desarrollo de patologías de carácter respiratorio, cardiovascular y oncológico, lo cual representa una carga económica significativa para los sistemas de salud que operan en la mayoría de los países (OMS, 2003).

En respuesta a la situación anterior, la OMS ha venido gestionando una serie de estrategias que pretenden hacer frente a la amenaza del tabaquismo. Uno de los principales esfuerzos realizados en esta línea se materializó en la creación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) en el año 2003. Dicho convenio fue firmado por el Estado costarricense en el año 2003 y se ratificó en el año 2008 por medio de la Ley N.º 8655.

En apego a las disposiciones establecidas en el CMCT, Costa Rica aprobó en el año 2012 la Ley General para el Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N.º 9028, con el objetivo de implementar un conjunto de iniciativas que involucran a diversas instituciones públicas en las tareas de regulación y control de las dinámicas de venta y consumo de los productos de tabaco en el país.

Es en este contexto que la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, en coordinación con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, impulsaron la creación del Observatorio de Vigilancia de las Estrategias e Intervenciones en Salud para el Cumplimiento de la Ley N.º 9028 (OVEIS). El cual, desde su origen en el año 2016, ha trabajado en la implementación de un sistema de vigilancia sobre las principales acciones desarrolladas en el marco de la normativa vigente.

Aunado a lo anterior, resulta necesario destacar que la creación del OVEIS responde a los esfuerzos realizados por el país para cumplir a cabalidad con una de las disposiciones internacionales más relevantes sobre el control de tabaco contenidas en la estrategia MPOWER de la OMS. La cual alienta a los Estados parte a crear o fortalecer sistemas de vigilancia, con el objetivo de producir datos relevantes y oportunos relacionados no solo con el consumo de tabaco, sino también con la implementación de políticas para su control.

De esta forma, el Observatorio se ha posicionado como un ente de vigilancia y monitoreo, de alcance nacional, que se ocupa de investigar el tema del control del tabaco y el grado de cumplimiento que las instituciones vinculadas al tema hacen de las disposiciones contenidas en la Ley N.º 9028. Así, sus funciones principales están dirigidas a la generación de evidencia científica que permita informar los procesos de toma de decisiones, a través de la gestión del conocimiento y la articulación de las estrategias e intervenciones desarrolladas en el marco de la Ley.

Introducción

El documento que se presenta a continuación corresponde al primer producto generado por el Observatorio de Vigilancia de las Estrategias e Intervenciones en Salud para el Cumplimiento de la Ley N.º 9028 (OVEIS). Este fue elaborado en la fase diagnóstica del proyecto con el objetivo de comprender el panorama general que se tiene actualmente sobre la temática del control del tabaco en el país en el marco de las disposiciones contenidas en la Ley N.º 9028.

La estructura del texto se encuentra dividida en cuatro capítulos principales. En el primero de ellos se describe la situación del tabaquismo en el contexto mundial, regional y nacional. Esto con el objetivo de mostrar las razones por las cuales el consumo de tabaco ha sido considerado como una epidemia. Así mismo, en esta sección se detallan algunos de los impactos más relevantes del tabaco en su dimensión ambiental, sanitaria, social y económica, y se recuperan un conjunto de medidas que han sido dictadas desde los organismos internacionales con el fin de hacer frente a la problemática del tabaquismo.

Por su parte, en la segunda sección se recuperan los principales elementos de la trayectoria histórica de la producción de tabaco en el país, incluyendo la normativa relacionada con la comercialización de este producto y su relevancia en términos económicos. El objetivo de lo anterior consiste en mostrar que las regulaciones sobre el consumo de tabaco llegaron hasta finales de la década de 1970, donde comenzaron a aprobarse varias disposiciones que terminarían desembocando en la primera ley de regulación de consumo en el año 1995. Aunado a lo anterior, en este apartado también se detallan el conjunto de antecedentes

políticos que estuvieron involucrados en la formulación y posterior aprobación de la Ley N.º 9028.

Una vez recuperados los elementos previos, en el tercer acápite se realiza un análisis de la situación nacional en los años posteriores a la aprobación de la Ley N.º 9028. Con esto se pretende mostrar algunos de los efectos directos e indirectos que trajo consigo la normativa en el ámbito social, cultural, político y económico. Así mismo, se exploran distintas aristas del estado situacional a partir de los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) del año 2015.

Sumado a esto, también se recuperan las principales las acciones institucionales que se llevaron a cabo durante los primeros cinco años de vigencia de la ley. Aquí se hace un énfasis especial en el trabajo desempeñado por las cuatro instituciones públicas que reciben presupuesto de la ley, a saber: el Ministerio de Salud (MINSA), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER).

Finalmente, en la cuarta y última parte se elaboró un mapeo de los actores sociales e institucionales que se encuentran vinculados con la creación, ejecución y seguimiento de la Ley N.º 9028. De este modo se detallan sus áreas de competencia y se analiza su posición en términos de interés e influencia. De esta forma, a la luz de los resultados obtenidos, se espera evidenciar la situación actual del tema de control del tabaco en el país, con el propósito de generar insumos para investigaciones futuras y la toma de decisiones.

Consideraciones metodológicas

El siguiente apartado se encarga de detallar las principales herramientas metodológicas que hicieron posible la creación del documento que se presenta en las páginas siguientes. En este sentido, es preciso indicar que en un primer momento se llevaron a cabo un total de doce entrevistas semiestructuradas a distintos representantes de instituciones públicas durante los meses de setiembre y octubre del año 2016 (ver anexo N.º 1). Para dicha tarea se realizó un muestreo de juicio que permitió seleccionar a un conjunto de expertos que han estado trabajando en el tema de control del tabaco desde el año 2012.

Por otra parte, para las primeras dos secciones del texto se llevó a cabo una revisión de insumos bibliográficos tales como libros, artículos de revistas científicas y Trabajos Finales de Graduación. El procedimiento de búsqueda se realizó utilizando los siguientes criterios: "tabaco", "tabaquismo", "control del tabaco", "cigarrillos" y "ley 9028". Estos se digitaron en las bases de datos del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica, sin un periodo de tiempo definido.

De igual manera, se ejecutó una búsqueda de artículos, notas y reportes, en los sitios web de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Interamericana del Corazón (FIC), y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Dicha indagación permitió obtener referencias que luego fueron rastreadas en internet en sitios como Google Académico y la Biblioteca Cochrane. Para la búsqueda de noticias nacionales se digitaron las palabras clave: "tabaco", "cigarrillos", "tabaquismo", "humo de tabaco", "ley 9028" y "tabacaleras", en las páginas web de nacion.com, crhoy.com,

laprensalibre.cr, diarioextra.com, la republica.net y el financierocr.com.

En cuanto a la revisión de normativas se consultó la Ley N.º 7501 (Regulación del Fumado), la Ley N.º 9028 (Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud), el Decreto Ejecutivo N.º 37.185 (Reglamento a la Ley de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud) y se analizó el expediente legislativo N.º 17.371, que fue la base para reconstruir el proceso que tuvo la Ley N.º 9028 en el Congreso hasta su aprobación. Una de las primeras búsquedas sobre la normativa se hizo a través del repositorio Sistema Costarricense de Información Jurídica (SCIJ), sitio web de la Procuraduría General de la República.

Del mismo modo, se consultaron noticias, informes, evaluaciones y memorias institucionales, con una periodicidad desde el año 2012 hasta el año 2016, en las páginas web del Ministerio de Salud (MINSAL), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER). Lo anterior con la finalidad de visibilizar las distintas intervenciones que han sido realizadas por las instituciones en cuestión. Cabe destacar que para la cuarta parte del documento también se consultaron los sitios web de otras instituciones públicas y organizaciones.

Posterior a la búsqueda y análisis de las fuentes de información, se realizó el mapeo de actores con base en la metodología de análisis de involucrados comprendido en el sistema de marcológico y, de manera específica, en el modelo propuesto por el Ministerio de la Protección Social de Colombia (2011) para el programa de

reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud. De acuerdo con los documentos revisados, el análisis de involucrados requiere del desarrollo de los siguientes pasos (Ortegón, Pacheco y Prieto, 2015, p. 71):

Identificación de los principales actores que intervienen en el tema de estudio. 2. Clasificación de los involucrados según la relación con el tema. 3. Caracterización de los involucrados según su posición frente al objeto de estudio y su grado de poder e influencia.

Para la identificación de los actores se desarrollaron tres criterios: 1. Rol desempeñado por el actor en la dinámica política y social relacionada con la gestión, implementación y cumplimiento de la Ley N.º 9028. 2. Grado de influencia en los procesos de toma de decisiones vinculados con la gestión e implementación de esta legislación. 3. Que fueran actores vinculados en el análisis, formulación y diseño de políticas públicas.

Por otra parte, para la clasificación de los actores involucrados se utilizó la división del sector público que realiza el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), agrupando a las instituciones definidas en el paso anterior en cuatro categorías, y describiendo la relación de cada grupo con la Ley N.º 9028.

Para la caracterización de los actores involucrados se definieron las categorías de posición, interés e influencia, como principales factores que permiten conceptualizar el nivel de poder e influencia de los actores. Para cada una de estas categorías se construyeron escalas numéricas, a partir de las cuales fue posible desarrollar el análisis cualitativo de las dimensiones. A continuación, se muestran las definiciones y las escalas numéricas:

Posición: se refiere a las posturas políticas de los actores a favor o en contra de la Ley de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N.º 9028. Escala: 1) En Contra, 2) Indefinido, 3) A favor.

Interés: los intereses de los actores son los objetivos que persiguen los grupos, organizaciones o líderes en función de la Ley N.º 9028 y la razón de ser de sus organizaciones. Escala: 1) De poco o ninguno, 2) Algún interés, 3) Moderado, 4) Mucho Interés, 5) Gran Interés.

Influencia: hace referencia a la posibilidad de que las acciones desarrolladas por este actor influyan, ya sea de manera positiva o negativa, en la toma de decisiones u opinión pública. Escala: 1) De poca o ninguna, 2) Baja, 3) Moderada, 4) Alta, 5) Muy Alta.

Una vez definido lo anterior, se elaboró un instrumento estandarizado para la recolección de los datos. Este contó con el criterio de cuatro expertos en el tema que habían sido seleccionados para las entrevistas semiestructuradas y habían estado involucrados en el proceso de formulación de la Ley N.º 9028 (ver anexo N.º 2).

En cuanto a la sistematización de la información, las valoraciones se organizaron en una matriz de clasificación de posición, interés e influencia. La cual facilitó el análisis de los resultados al comparar las tres dimensiones de estudio y el criterio de los expertos en un mismo plano. Precisamente, el proceso de análisis se desarrolló a partir de una triangulación entre la información bibliográfica, el criterio técnico del equipo del OVEIS y la consulta realizada a expertos.

Marco Conceptual

A continuación, se presentan los principales aspectos conceptuales relacionados con los enfoques analíticos sobre salud pública, promoción de la salud y estrategias de vigilancia en el marco de la política pública, que fueron utilizados para la creación del presente trabajo.

Según la OMS, la salud: “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014a, p. 1). Tomando como base esta definición y considerando que la salud trasciende la ausencia de enfermedad, surge la promoción de la salud como una respuesta a distintas necesidades que requieren de un enfoque integral de salud.

El concepto de promoción de la salud se estableció en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en el año 1986, en la que se obtuvo como resultado la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, donde se exponen los enfoques, estrategias y posiciones fundamentales necesarias para fortalecer los sistemas de salud y progresar en temas de promoción de la salud.

En la Carta de Ottawa se distingue la promoción de la salud como el proceso de capacitación a las personas para que aumenten el control sobre su salud, donde cada individuo logre empoderarse de su situación y sea capaz de comprender e identificar sus necesidades en salud para modificar su entorno o adaptarse a él. En este sentido, la promoción de la salud es responsabilidad tanto del sector salud, el Estado, así como de la población misma, esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas (Organización Panamericana

de la Salud [OPS], s. f. a., p. 1). Para lograr el mejoramiento de la calidad de vida mediante la promoción de la salud, se establecen prerrequisitos como la paz, vivienda, la educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad (OPS, s. f. a., p. 1).

En esta conferencia se establecieron líneas de acción en promoción de la salud a considerar de acuerdo con las capacidades y contextos de cada país, entre estas líneas de acción se mencionan: 1. La elaboración de una política pública saludable. 2. Crear entornos de apoyo. 3. Fortalecer la acción comunitaria. 4. Desarrollar las habilidades personales. 5. Reorientar los servicios sanitarios.

La primera línea de acción de la promoción de la salud establece la creación de políticas públicas saludables y entre sus prerrequisitos se identifican la paz, vivienda y la educación. Esto indica que es necesario un involucramiento importante de parte del Estado para propiciar la promoción de la salud en la población, asumiendo una posición de priorizar la salud en todas las políticas. En la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, otra de las doctrinas en promoción de la salud motiva hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y del bienestar donde todos los niveles de gobierno, local, regional, nacional e internacional incluyan la salud y el bienestar como un componente fundamental en la formulación de las políticas.

La Declaración de Adelaida concluye la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios.

Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos y entre todos los sectores y niveles de gobierno (OMS, 2010, p. 1). Se establece, además, que una población sana es requisito fundamental para la conquista de los objetivos de la sociedad, por lo tanto, dado que un adecuado estado de salud de la población facilita la superación de retos políticos, el sector salud debe comprometerse en la cooperación sistematizada con todos los niveles y sectores de gobierno para realizar un abordaje desde el escenario político de las dimensiones de sus actividades que estén relacionadas con la salud y el bienestar de la población (OMS, 2010, p. 2).

En resumen, la promoción de la salud no solo promueve la participación de diferentes sectores y entidades sociales para propiciar cambios conductuales y de concepción de la salud como una responsabilidad compartida, sino que, además, insta a los tomadores de decisiones a involucrarse y hacer de la salud y el bienestar una prioridad en la agenda política nacional e internacional. Un ejemplo de política pública saludable en Costa Rica es la legislación para el control del tabaco, representada en la Ley N.º 9028. Una legislación que, en concordancia con el compromiso asumido en el CMCT, promueve la modificación comportamental, entornos saludables, recaudación de impuestos, entre otros aspectos.

Este esfuerzo requiere un trabajo intersectorial que realmente comprometa a los ciudadanos, tanto a funcionarios públicos como a civiles, a ser vigilantes del cumplimiento eficiente de la ley, en pro de mejorar la calidad de vida de la población en general. Precisamente este enfoque de vigilancia es el que impulsó la creación del OVEIS como parte de las funciones asociadas a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de salud para la ejecución y evaluación de la salud pública. Teóricamente la vigilancia de la salud forma parte de la concepción de la producción social de la salud, consistiendo en la recolección sistemática de datos acerca de un problema específico de salud, así como su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud (Solé, Piqué y Bultó, 1998, p. 1).

Por último, es pertinente decir que por control del tabaco se entienden todas aquellas medidas que se ejecutan desde las entidades gubernamentales atinentes, de manera general, a reducir el consumo de este producto y los distintos impactos que genera en la población, basadas en última instancia en el Convenio Marco.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL TABAQUISMO



La epidemia del tabaquismo

El tabaquismo es considerado por la OMS como una epidemia y actualmente es un problema de salud pública a nivel mundial con consecuencias devastadoras a nivel físico, social y ambiental. Según Teresita Arrieta del IAFA (s. f.), la nicotina es la droga más adictiva que existe, aún más que la heroína. Esta droga, a diferencia de otras, es de venta lícita mediante el comercio de cigarrillos y a lo largo de los años ha sido socialmente aceptada por la población.

Años atrás se establecía como un símbolo de estatus social, lo que significó un factor de riesgo importante debido a que, aún en el siglo XXI, no se comprendía el consumo de tabaco como un problema de salud pública, por tanto, no se consideraba el establecimiento de medidas anti tabaco como responsabilidad compartida entre el Estado y el sector salud (Arrieta, s. f.).

Actualmente, existen convenios internacionales y esfuerzos que se realizan desde la OMS y otras entidades competentes para promover la mejora de la calidad de vida de las poblaciones, desde el entendido que el tabaquismo es una epidemia que afecta no solo a las personas fumadoras, sino que además tiene implicaciones importantes para las personas expuestas al humo de segunda mano; es decir, el humo aspirado por aquellas personas que comparten ambientes con las personas fumadoras.

A continuación, se exponen las cifras relacionadas al consumo de tabaco en el contexto mundial, regional y nacional, esto con la intención de visualizar el panorama general, y específico para Costa Rica del consumo de tabaco.

Contexto mundial

De acuerdo con el Atlas del Tabaco, el consumo de este producto en cualquiera de sus formas es peligroso y significa un factor de riesgo para la salud pública. El tabaquismo es la causa de muerte más evitable. Se estima que en la década del 2003 al 2013, 50.000.000 de personas en el mundo han fallecido gracias al consumo de tabaco. Durante el año 2011, el tabaquismo acabó con la vida de 6.000.000 de personas, aproximadamente un 80% de estas muertes se dio en países de bajos y medios recursos (Eriksen et al., 2015, p. 15).

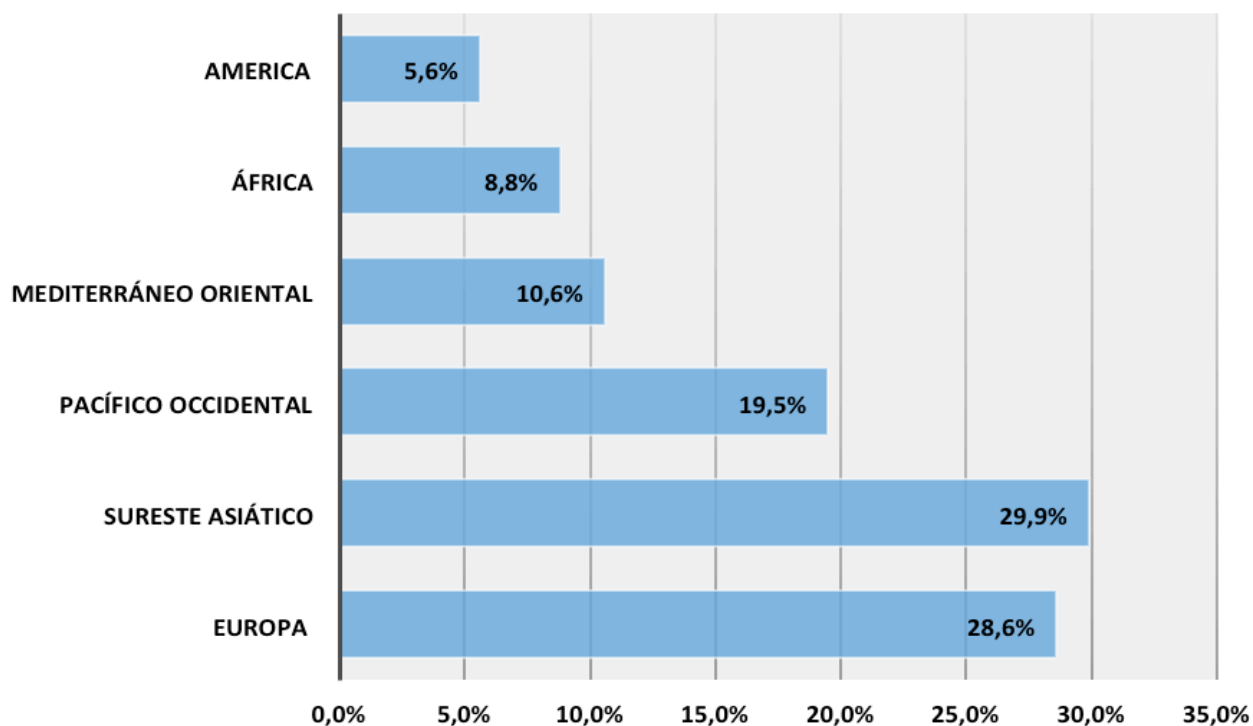
Además, la mitad de los fumadores, es decir aproximadamente 3.000.000 de personas a nivel mundial, a la larga morirán a causa de una enfermedad asociada al consumo de tabaco. En China, por ejemplo, el consumo de tabaco es la causa número uno de mortalidad, siendo responsable de 1.200.000 de muertes anualmente y se espera que para el año 2030, la cantidad de defunciones anuales asociadas al tabaquismo en ese país alcance a los 3.500.000 de personas (Eriksen et al., 2015, p. 14).

A nivel mundial, se han realizado estimaciones que indican que el consumo del tabaco alcanzará en el siglo XXI 1000.000.000 de muertes (Eriksen et al., 2015, p. 15), cifra especialmente alarmante, si se considera que muchas de estas muertes serán de personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco.

La exposición al humo de segunda mano puede causar muchas de las mismas enfermedades asociadas al consumo activo de tabaco, e incluso provocar la muerte. En el 2010, aproximadamente 600.000 personas no fumadoras murieron a causa de la exposición al humo de segunda mano (Eriksen et al., 2015, p. 21).

En este sentido, las consecuencias del humo de segunda mano a nivel mundial son una de las principales motivaciones para controlar el consumo de tabaco y promover los ambientes 100% libres de humo. En la figura 1 se muestra la cantidad de muertes ocurridas debido a la exposición al humo de segunda mano en las seis regiones en las que se divide la OMS:

Figura 1: Porcentaje de muertes a nivel mundial por exposición al humo de segunda mano



Fuente: Eriksen et al., 2015, p. 15.

Según la figura 1, las regiones de Europa y el Sureste Asiático lideran la cantidad de muertes de fumadores pasivos. Si bien, América es la región que presenta menor cantidad de muertes causadas por exposición al humo de segunda mano, el hecho de tener un 5.6% de defunciones causadas únicamente por exposición al humo de segunda mano, es una situación que no puede pasar desapercibida en términos de políticas de salud pública.

Contexto regional

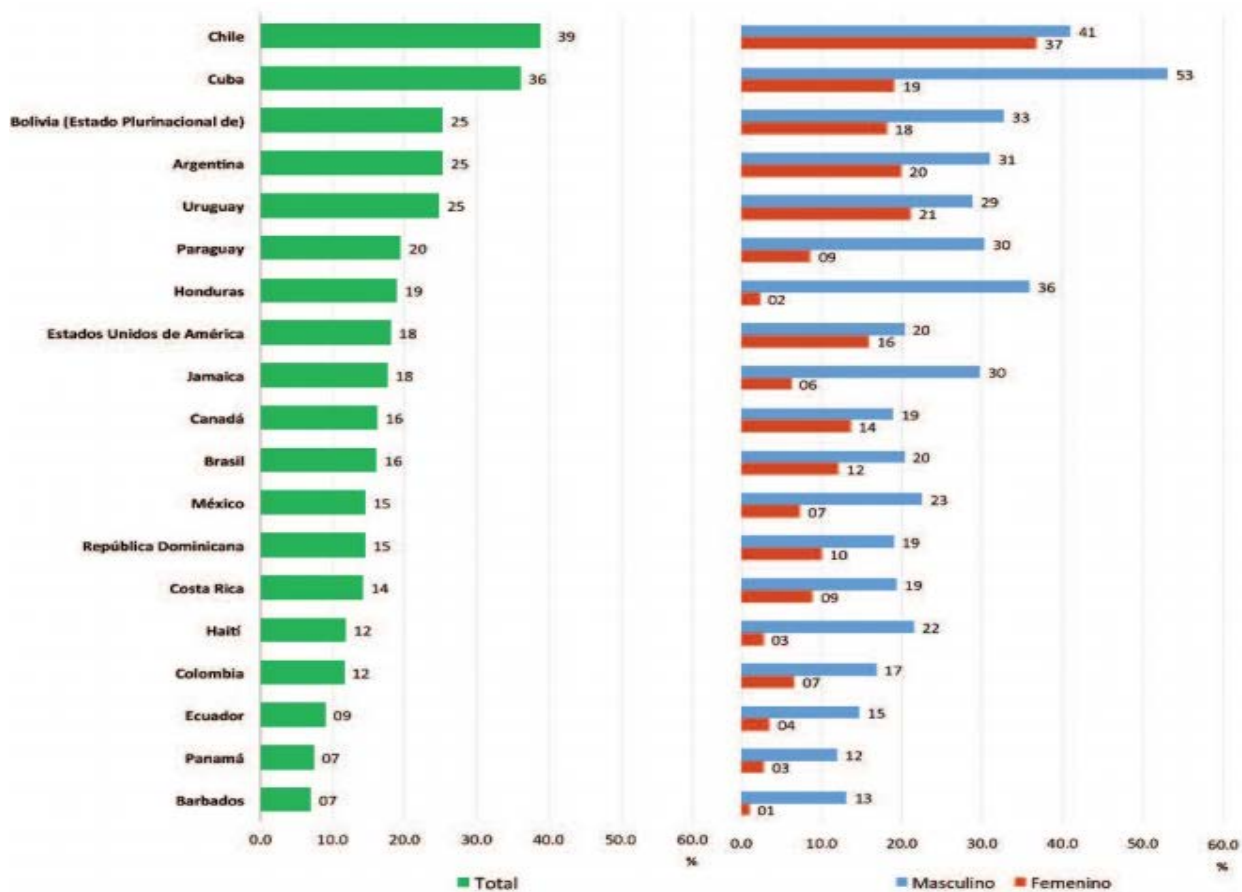
Respecto al análisis regional que se realiza en este apartado, se presentan algunas figuras que pueden contener de forma total o parcial los países miembros de la Región de las Américas (América del Norte, Centroamérica, América del sur y el Caribe).

Se estima que el consumo de tabaco es el responsable del 12% de las muertes en personas mayores de 30 años en el mundo y en la Región de las Américas, esta proporción es aún mayor, siendo el responsable del 16% de las muertes en adultos (OPS, 2013, p. 1).

Según el informe regional del año 2013, en las Américas hay 145.000.000 de fumadores, lo que representa el 12% de los más de 1.000.000 de fumadores del mundo. La prevalencia del consumo de tabaco en la Región de las Américas es del 22%, y se encuentra en el cuarto lugar de mayor consumo entre las regiones de la OMS.

En la figura 2 se muestra la prevalencia estandarizada de consumo de tabaco para la región según el informe del 2016:

Figura 2: Prevalencia estandarizada para consumo actual de tabaco en personas de 15 años o más en las Américas al 2016

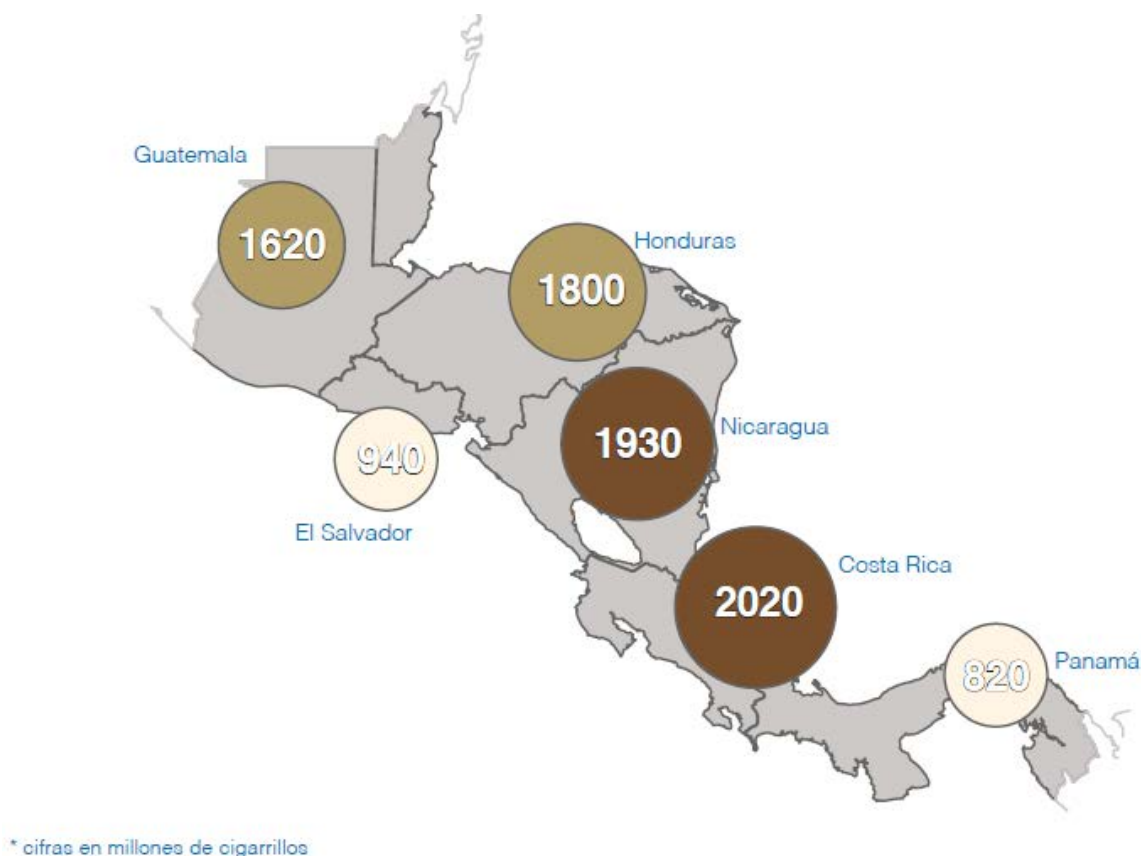


Fuente: OPS, 2016, p. 12.

De la figura 2 es posible identificar que la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en adultos varía ampliamente entre los países, desde 39% en Chile a 7% en Barbados. Este dato también varía por sexo, ampliamente en el caso de Cuba, Honduras y Haití, y en menor medida en Canadá y Brasil.

Específicamente en América Central, el consumo de cigarrillos anual varía en cada país, como se muestra en la figura 3:

Figura 3: Consumo anual de cigarrillos en América Central



Fuente: CID Gallup, 2016, p. 27.

De acuerdo con la figura 3, Costa Rica es el país con mayor consumo de cigarrillos anual en Centroamérica, si bien es cierto la prevalencia de consumo de tabaco actual en Costa Rica se encuentra en el 8.9%, el consumo promedio de cigarrillos diario es de 12. De esta manera, si se multiplica la cantidad de cigarrillos diarios consumidos por la cantidad de fumadores actuales en el país y luego se multiplica por los 365 días del año, se obtiene una cantidad de consumo anual de aproximadamente 1930.000.000 de cigarrillos (sin tomar en cuenta los cigarrillos ilegales). Esto refiere a que, aunque Costa Rica es uno de los países con menor porcentaje de prevalencia en consumo de tabaco, es el país centroamericano que reporta un mayor consumo de cigarrillos anualmente.

Contexto nacional

Si se tiene que establecer un periodo desde el cual el tabaquismo se comenzó a visibilizar como un problema de salud pública en Costa Rica, es posible afirmar que ha sido desde la década de 1980, donde se generó normativa ateniendo a regular el consumo de tabaco, que paulatinamente parece haber tenido impacto en los niveles de prevalencia que se reportaban.

Por ejemplo, si se toma como punto de partida el año de 1990, se puede observar que el país ha experimentado una reducción importante en los niveles de prevalencia de consumo, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro 1: Distribución porcentual, según niveles de prevalencia de consumo de tabaco por año, según sexo en Costa Rica entre 1990-2010

Tipo de prevalencia/sexo	1990	1995	2001	2006	2010
Vida					
Hombres	48,8	53,5	41,1	41	30,7
Mujeres	18	17,1	18,8	21,5	18,7
Total	33,4	35,3	30	31,4	24,8
Año					
Hombres	29,4	29,6	25,5	23,2	20,5
Mujeres	9,2	10	9,2	9,4	10,1
Total	19,3	18,3	17,2	16,4	15,1
Mes					
Hombres	28,6	28,5	23,1	21,3	18
Mujeres	8,8	6,6	8,2	8,1	8,6
Total	18,7	17,5	15,7	14,8	13,4

Fuente: Elaboración propia a partir de Fonseca, 2012.

Mientras que, en el año 1990, el total de costarricenses que fumó una vez en la vida era de 33.4% al 2010 se logró una disminución de 9%. De acuerdo con el cuadro 1, los porcentajes de prevalencia de consumo según género han disminuido su brecha porcentual, básicamente, porque en 1990, 48% de los hombres presentaba prevalencia de fumado de alguna vez en la vida, mientras que el mismo dato para las mujeres representaba apenas el 18%; es decir, existía una brecha del 30%, pero para el año 2010 la diferencia de consumo entre hombres y mujeres fue apenas del 12%.

Lo anterior implicó una disminución importante en el consumo de tabaco por parte de los hombres y un aumento del 0.7% por parte de las mujeres. Además, es importante resaltar la significativa diferencia en el porcentaje de prevalencia de consumo de tabaco en hombres desde 1990 hasta el 2010, la cual es casi del 18%.

La misma tendencia de baja en el consumo de hombres y un ligero aumento en el consumo de mujeres se presenta para aquellos que informaron haber fumado en el último año y en el último mes. Si se ve de manera total en esos veinte años, ha sido significativa la disminución paulatina del consumo en el último mes, del 18.7% a un 13.4%. Aunado a estos datos, la estimación del total de los fumadores activos se presenta en el cuadro 2:

Cuadro 2: Estimación del total de fumadores activos por sexo y grupo de edad según proyecciones de población en Costa Rica en el 2010

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
18 a 29 años	101.344	61.655	162.998
30 a 39 años	55.318	30.840	86.157
40 a 49 años	76.180	26.780	102.960
50 a 59 años	51.647	14.916	66.563
60 a 70 años	12.877	3.292	16.169
Total 18 a 70 años	297.365	137.482	434.848

*Fumadores activos: persona que en los últimos 30 días consumió tabaco.

Fuente: Elaboración propia a partir de Fonseca, 2012.

Según esta encuesta, los hombres inician el consumo de tabaco a los 16 años y medio, y las mujeres a los 17.4 años. Por otra parte, se infiere que las personas que presentan fumado activo entre 40 y 49 años tendrán una dependencia significativa al tabaco por lo que representan un reto para la atención de los problemas y enfermedades asociados a este consumo en las edades posteriores (Fonseca, 2012).

Es importante conocer el estado del consumo de cigarrillos diarios en Costa Rica, por rango etario, que la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas del 2010 investigó y se presenta a continuación en el cuadro 3:

Cuadro 3: Fumado activo y cantidad diaria de cigarrillos por sexo y grupos de edad, según la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas del 2010

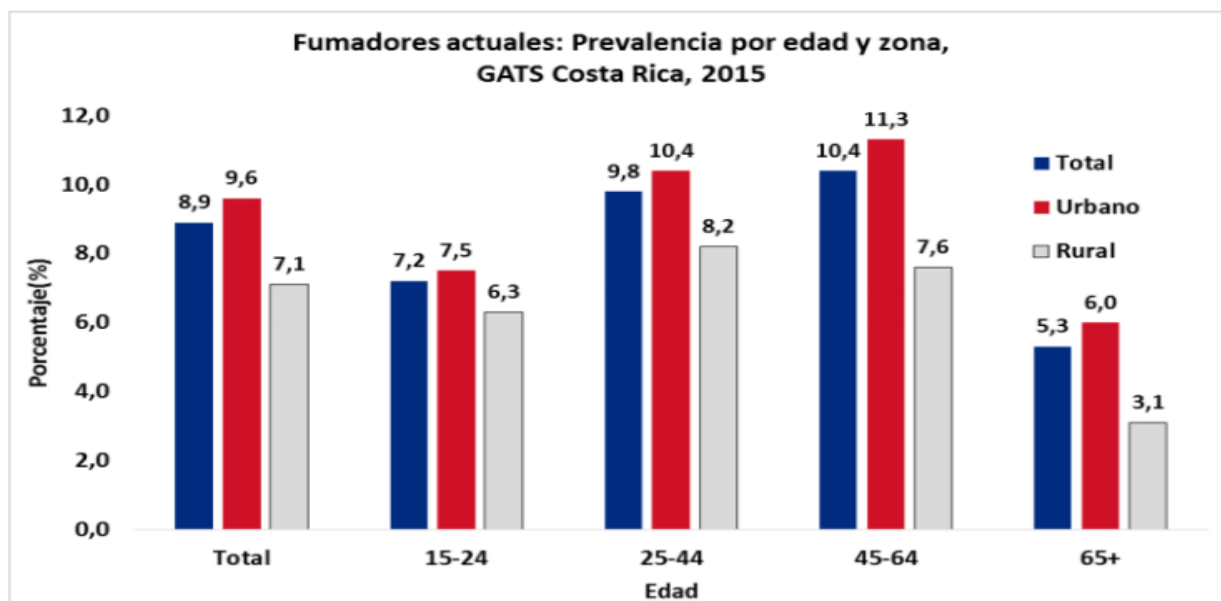
Sexo	Grupo de edad	Porcentaje de fumado activo	Unidades diarias
MUJERES	de 18 a 29 años	12,4	6,25
	de 30 a 39 años	9,4	8,55
	de 40 a 49 años	8,9	8,89
	de 50 a 59 años	6,8	7,78
	de 60 a 70 años	2,5	10,67
HOMBRES	de 18 a 29 años	19,4	12,13
	de 30 a 39 años	16,1	11,03
	de 40 a 49 años	24,6	16,98
	de 50 a 59 años	23,3	17
	de 60 a 70 años	10,2	14,95
TOTAL	de 18 a 29 años	15,6	9,63
	de 30 a 39 años	12,2	9,92
	de 40 a 49 años	15,3	14,03
	de 50 a 59 años	13,1	13,93
	de 60 a 70 años	5,8	13,92

Fuente: Elaboración propia a partir de Fonseca, 2012.

Nuevamente, la población entre los 40 y 44 años muestra el porcentaje más elevado de cigarrillos diarios consumidos, lo que aumenta el riesgo de esta población de presentar problemas asociados considerables relacionados al consumo de tabaco en comparación con las personas que no fuman.

Recientemente, salieron los resultados de la misma encuesta para el 2015, donde la cifra de consumo en el último año bajó a 14%, mientras que la prevalencia en el último mes reportó una disminución de un 2.9%. Sin embargo, el consumo alguna vez en la vida aumentó a 37.6%.

Más importante aún, para ese año se llevó a cabo la GATS, que arroja datos sobre la prevalencia de consumo. Uno de los mayores aportes de esta investigación ha sido el estudio por zona geográfica, como se aprecia en la figura 4:



Fuente: Ministerio de Salud, 2015a, p. 2.

Como se puede observar, el grupo de edad que reportó mayor consumo de tabaco fue entre los 45 y 64 años, y por lugar de residencia, las personas en zona urbana fuman más en todos los grupos de edad que en la zona rural. Aun así, el dato que más llama la atención es la disminución en la cifra de prevalencia de consumo con respecto a los años anteriores, sobre todo si se logra hacer la relación con el impacto de la Ley N.º 9028 en el país.

Causas y efectos del tabaco

En las líneas precedentes se ha expuesto el consumo del tabaco como una epidemia en el mundo, pero ¿qué consecuencias físicas, sociales y ambientales conlleva el consumo de tabaco? A continuación, se exponen las principales causas y efectos del consumo de tabaco en estos ámbitos.

Dimensión Física

La nicotina es la sustancia principal del tabaco y es considerada una de las drogas más adictivas que existen. La razón de esta afirmación se debe al proceso que provoca la nicotina en el cerebro, lo cual se da de manera casi instantánea y es particularmente dinámico.

La nicotina posee características neuro-psicofarmacológicas, esto porque se relaciona con distintos sistemas de neurotransmisión en el sistema nervioso central. Las personas fumadoras al inhalar reciben a los pocos segundos (10 aproximadamente) una activación de los receptores de tipo neuronal y se produce la secreción de la hormona dopamínica, conocida como la hormona de la felicidad, la dopamina está directamente relacionada con los momentos de placer, goce y felicidad (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD], 2011).

De esta manera, cuando la nicotina llega al cerebro le hace creer al individuo que se encuentra feliz, relajado o con sentimientos placenteros por lo que, a las pocas horas de no tener estas emociones, motivados por la nicotina, el cerebro comienza a solicitarlos mediante el síndrome de abstinencia. Este se presenta cuando el cuerpo no ha recibido nicotina por cierta cantidad de tiempo, que, dependiendo de los niveles de dependencia o adicción de cada persona, se comienza a experimentar estrés, ansiedad o síntomas específicos como el dolor de cabeza, la irritabilidad, el insomnio, entre otros (INAD, 2011).

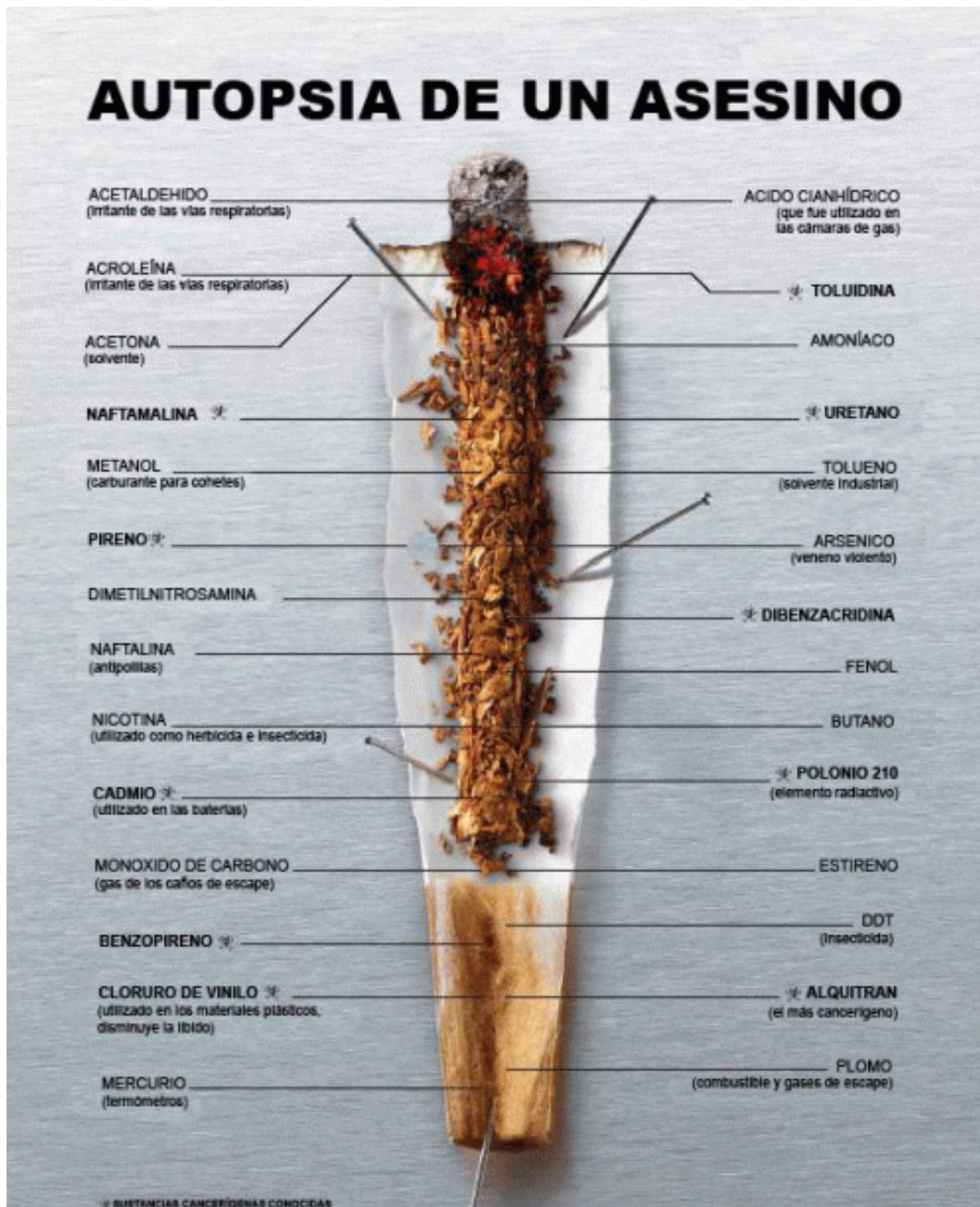
El síndrome de abstinencia se presenta cuando el cuerpo precisa nicotina y se expresa en los síntomas mencionados. Una vez que se introduce nicotina en el cuerpo, los signos del síndrome de abstinencia desaparecen y de esta manera se genera la dependencia a la sustancia principal del tabaco.

Teniendo claro el proceso que causa la dependencia al consumo de tabaco o productos nicotínicos, es necesario conocer los efectos del tabaco. Físicamente, estos son muchos y de alto impacto, por ejemplo, en Costa Rica se estima que por año la CCSS gasta al menos ₡91.000.000 en la atención de enfermedades asociadas al consumo de tabaco (Arrieta, comunicación personal, 10 de octubre del 2016).

Las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco son el cáncer de pulmón y el infarto de miocardio. La composición química del cigarrillo (que es la manera más común de ingerir la nicotina) incluye aproximadamente 4000 sustancias tóxicas, y al menos 50 de ellas son cancerígenas (Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS], 2015, p. 7).

Para una mejor comprensión de la composición química del cigarrillo, como lo ha publicitado de manera gráfica el IAFA, y de las enfermedades asociadas al consumo de tabaco, según las distintas investigaciones médicas a lo largo de los años, se presentan las figuras 5 y 6, respectivamente.

Figura 5: Algunas sustancias químicas del cigarrillo



Fuente: IAFA, s. f.

Figura 6: Enfermedades asociadas al consumo de tabaco



Fuente: Elaboración propia a partir de Eriksen et al., 2015.

De igual modo, hay que tener claro que los efectos adversos del tabaco no solo afectan a la persona consumidora. En este sentido, la evidencia científica ha demostrado que los llamados fumadores sociales, así como el fumador de segunda y tercera mano, sufren consecuencias negativas en su salud iguales a las personas fumadoras mediante la exposición al humo de tabaco.

Un estudio de la Universidad Estatal de Ohio ha demostrado que los fumadores sociales, por el hecho de fumar ocasionalmente, también presentan serios riesgos a la salud, como problemas respiratorios, circulatorios, hipertensión y altos niveles de colesterol; lo cual se eleva para aquellos que tienen algún tipo de enfermedad crónica (Rodríguez, 2017a).

Una de las problemáticas en relación con esto, es que generalmente la percepción del riesgo entre esta población es prácticamente nula, al igual que para las autoridades en salud, por lo que es poco abordado en las visitas médicas (Rodríguez, 2017a). La misma situación se repite con los fumadores pasivos, ya que se ha demostrado que el riesgo por la exposición

al humo de segunda mano es mayor de lo que se creía.

Así lo estableció una investigación de la Escuela de Medicina Monte Sinaí de Nueva York, al analizar los niveles de nicotina en la sangre de no fumadores, concluyendo que incluso aquellos que habían señalado no haber estado cerca de fumadores recientemente, tenían altos niveles de una sustancia secundaria de la nicotina que se ha asociado con cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas (Rodríguez, 2016b).

La relación entre contaminación atmosférica y tabaquismo en la incidencia de muertes por enfermedad cardiovascular ha sido estudiada por un equipo del Instituto de Salud Global de Barcelona, con datos de cerca de 500.000 de fumadores y no fumadores estadounidenses de más 30 años. Los resultados mostraron que, si bien el efecto aditivo es más pequeño del que se había encontrado en estudios previos para el cáncer de pulmón, esta combinación entre exposición a partículas finas (PM 2.5) y tabaquismo provoca 32 muertes por cada 100.000 personas (SINC, 2017, p. 4).

Dimensión Social

Como se vio en el apartado anterior, existen causas físico-biológicas que llevan a que después de haber sido probado por primera vez, las personas continúen consumiendo productos de tabaco. No obstante, no se puede dejar de lado el componente social del consumo de esta sustancia. Así, es posible entender la práctica del fumado en las sociedades occidentales u occidentalizadas desde una perspectiva social, porque es aprendida y transmitida culturalmente; pudiéndose separar entre iniciación del consumo, o sea, los fumadores iniciales y consumo habitual, es decir los fumadores activos.

Por ello, para poder comprender mejor la iniciación al uso de esta droga, es importante mencionar los procesos de socialización insertos en la estructura social de las poblaciones. La llamada socialización primaria, es aquella con la que se encuentran los infantes en un grupo familiar desde el momento en que nacen, y es donde se aprenden las primeras normas, valores y roles, así como los comportamientos que tendrán un peso determinante en las siguientes etapas de desarrollo (Berger y Luckman, 2003, p. 162-173).

Debido a este rol formador, la socialización primaria es considerada un factor determinante para la iniciación en el consumo de tabaco. Recientemente, un estudio desarrollado en Bolivia evidencia que los jóvenes que no recibieron información sobre el tabaquismo en sus hogares, tienen 60% más riesgo de fumar en relación con los que reciben dicha información (Hera, Torres y Rada, 2017, p. 77).

En etapas posteriores, las cuales se caracterizan por una mayor independencia del grupo familiar y un mayor apego a los pares, la socialización por el grupo de pares adquiere mayor influencia en relación con la adopción de comportamientos y hábitos, debido a que está compuesto, generalmente, de personas de la misma edad, que comparten el mismo estatus social de jóvenes.

Precisamente, como lo muestran las estadísticas al respecto, la edad del primer consumo de drogas se da en esta etapa, donde los jóvenes se ven expuestos a la influencia que ejerce su grupo de pares y atraviesan un proceso de construcción de identidad que les dé una individualidad propia (Schaefer, 2012, p. 85).

Respecto a este tema, el estudio con jóvenes de Bolivia, antes mencionado, demuestra que existe una susceptibilidad a fumar del 42% en aquellas personas que tienen amigos fumadores. Para los no fumadores, tener amigos cercanos fumadores es un factor importante en la iniciación del consumo de tabaco, ya que como lo muestra la siguiente cifra, 77.3% de los jóvenes que no tienen amigos cercanos fumadores, no son susceptibles a fumar (Hera et al., 2017, p. 75).

Asimismo, es posible hacer referencia a otros dos agentes de socialización de las sociedades contemporáneas que influyen en la adquisición de hábitos en las etapas de desarrollo de los niños y jóvenes. Uno de ellos

es el sistema educativo, cuyo espacio no solo es importante por la transmisión de conocimientos y valores, sino porque es un lugar de encuentro del grupo de pares. El otro son los medios de comunicación, cuya influencia es cada vez más determinante conforme se han ido desarrollando nuevas tecnologías de información, siendo los jóvenes el sector que es más influenciado.

Específicamente en la iniciación del consumo, el mensaje que se transmite desde los medios, que va desde la televisión, medios impresos, páginas de internet, redes sociales y publicidad directa o indirecta, tiene diferentes resonancias en los roles sociales asignados de acuerdo con el género y el rango etario.

Así, a los niños, jóvenes y adultos hombres, el tabaco se les ha asociado con “estar a la moda y ser popular”, como símbolo de poder, felicidad, virilidad y, en general, como un reforzador de la masculinidad. Durante décadas, la industria tabacalera ha difundido el concepto que asocia el tabaquismo con la construcción de la masculinidad, creando una falsa percepción de esta en el imaginario colectivo. No obstante, estudios demuestran que existe una tendencia de mercado dirigido hacia la mujer (Hera et al., 2017, p. 76).

En este sentido, a las niñas, jóvenes y mujeres adultas, aparte de que el consumo de tabaco se ha asociado con “estar a la moda y ser popular”, este ha utilizado la presión de un estereotipo de belleza sobre el cuerpo femenino de manera que se vende como un mecanismo adelgazante (Eriksen et al., 2015, p. 35). Incluso también como un símbolo de igualdad e independencia que las mujeres pueden tener con respecto de los hombres; tal y como lo hizo la industria tabacalera en la década de 1920 en Estados Unidos, cuando mediante una campaña publicitaria dirigida a las mujeres, que puso a estrellas del cine a fumar,

asoció el derecho de votar de estas con el uso de cigarrillos, llamándolos “las antorchas de libertad” (Jiménez, 2012, p. 90).

Basándose en datos de la OMS, se dice que “la experimentación con el tabaco de un tercio de los jóvenes proviene de la exposición a la publicidad, la promoción de ésta y su patrocinio” (Emery *et al.*, 1999, citado por Plamondon, Guindon y Paraje, 2017, p. 81).

Para Warner 1986 (citado por Plamondon *et al.*, 2017, p. 81), la publicidad se relaciona directamente con el tabaquismo en cuatro momentos específicos: a) incitando a niños y adolescentes a experimentar o comenzar a fumar; b) disminuyendo la voluntad de los fumadores por querer dejar de fumar; c) convirtiéndose en una señal o estímulo que aliente a los fumadores a aumentar su consumo, y d) llevando a fumar a ciertos ex fumadores, reforzando su atracción hacia el cigarrillo.

En este sentido, la investigación científica ha demostrado la relación entre la publicidad de productos de tabaco con el reclutamiento de nuevos consumidores, y la predisposición a mantener el hábito en actuales y antiguos fumadores, siendo así, una de las principales herramientas de la industria tabacalera para incentivar y fortalecer la adicción al tabaco.

Bajo esta misma línea, Plamondon *et al.* (2017) desarrollan un estudio con el objetivo de evaluar la relación estadística entre la exposición a la publicidad de tabaco y el tabaquismo en los adolescentes de América del Sur. El estudio evidencia que la exposición a la publicidad en afiches publicitarios, televisión y durante eventos sociales se asocia de manera positiva y significativa con las probabilidades de que los jóvenes hayan experimentado el cigarrillo.

Por otro lado, en cuanto a las personas fumadoras, este estudio concluye que estos factores se relacionan de forma positiva y

significativa con la intensidad de consumo de cigarrillos (Plamondon *et al.*, 2017, p. 83), especialmente para quienes los productos de tabaco cumplen ciertas funciones en términos psicosociales.

En este contexto, entender el fumado como una práctica social permite dar una explicación complementaria al enfoque biológico de por qué muchas personas continúan fumando a pesar de la existencia de campañas contra el tabaco, investigaciones, reportajes y noticias periódicas sobre los daños a la salud que provoca.

Lo anterior se relaciona con que las prácticas sociales no operan necesariamente desde la parte racional, sino desde las emociones y en función de hábitos de la cotidianidad que se interiorizan como normales, razón por la cual muchos de los exfumadores habituales afirman haber dejado el vicio luego de alguna experiencia dolorosa de salud propia o de un ser querido cercano, o también por convencimiento de estos.

Con respecto a lo anterior, es posible notar la influencia de otro componente de la estructura social que son las redes sociales, entendiéndolas como aquellos lazos de familiares, amigos y demás conocidos con los que cuentan las personas en su entorno más cercano; quienes tienen una influencia importante en hábitos de consumo o cesación de drogas.

Una investigación que se desarrolló durante tres décadas en Estados Unidos con la misma población mostró que las personas que más dejaron de fumar fueron aquellas en las que familiares y amigos también lo habían hecho; por lo que los investigadores afirman que dejar de fumar también puede ser contagioso socialmente (Schaefer, 2012, p. 106).

Industria tabacalera y empleo

El tabaco se produce en 124 países y aproximadamente 60.000.000 de personas se dedican al cultivo y procesamiento de la hoja de tabaco. En este proceso predominan las explotaciones familiares a pequeña escala (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2017, p. 1). Como es conocido en la industria agrícola, la mayoría de las tareas incluidas en el cultivo representan un peligro para los trabajadores, siendo el cultivo de tabaco una de las más peligrosas, en función de la intensidad de mano de obra requerida y de los riesgos asociados al trabajo.

La enfermedad del tabaco verde es una de las más reconocidas, asociadas a la producción de tabaco. Esta consiste en un envenenamiento agudo producto de la absorción dérmica de nicotina presente en los trabajadores en los campos de cultivo de tabaco (Díaz y Salinas, 2002, p. 19).

Los síntomas de esta enfermedad producen una sensación de debilitamiento, náuseas, dolor de cabeza, vómito, calambres abdominales, deshidratación y en casos graves puede provocar inmovilidad severa y dificultad para respirar, sin embargo, actualmente no existen estudios científicos que evalúen los efectos en la salud a largo plazo (Díaz y Salinas, 2002, p. 20).

No obstante, esta enfermedad ha sido ignorada tanto por las industrias de tabaco, las cuales han mostrado poco interés por las condiciones de trabajo de sus colaboradores, así como por las propias autoridades sanitarias. Asimismo, existe un gran desconocimiento por parte de los trabajadores sobre los riesgos de esta enfermedad, así como de las medidas necesarias para reducir la exposición a la nicotina.

En un estudio desarrollado en jornaleros que trabajan en los campos de cultivo de tabaco

en Carolina del Norte, se evidencia que el 41% de los casos reportaba haber presentado síntomas compatibles con la Enfermedad del Tabaco Verde (Díaz y Salinas, 2002). Esta cifra es especialmente alarmante, aunque esta enfermedad no representa un peligro mortal, sus síntomas aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad por golpe de calor, una condición potencialmente mortal asociada al trabajo en los campos de cultivo de tabaco.

El calor ambiental representa otro de los peligros reconocidos para los productores de tabaco. El riesgo de padecer la enfermedad a causa del calor aumenta significativamente en la medida en la que el trabajador se expone al sol durante largas jornadas de trabajo sin descanso. Además, algunos de los síntomas de la enfermedad del tabaco verde como el vómito y la deshidratación aumentan el riesgo de enfermar por causa del calor.

Asimismo, los productores de tabaco se ven expuestos a diferentes sustancias químicas producto del uso de plaguicidas y pesticidas, los cuales pueden ser perjudiciales para la salud. Estimaciones de la OPS revelan que en el cultivo de tabaco se utilizan de 30 a 60 kilogramos de plaguicidas por hectárea (Díaz y Salinas, 2002, p. 3).

Los problemas a la salud producto de la exposición a sustancias químicas pueden presentarse como "intoxicaciones crónicas como el síndrome intermedio y la neuropatía retardada, además de las secuelas neuropsiquiátricas, problemas de memoria, problemas de concentración, irritabilidad, depresión y la intolerancia a olores químicos" (Henao y Corey, 1991, citado por Díaz y Salinas, 2002, p. 9).

A partir de lo anterior, en muchos países alrededor del mundo se han tomado

medidas para la sustitución de los plaguicidas persistentes por otros que se degradan más rápidamente, no obstante, este cambio ha implicado un incremento en el riesgo que sufren los trabajadores agrícolas al exponerlos a sustancias tóxicas, las cuales pueden provocar daños a corto y largo plazo.

A pesar de que todo productor de tabaco se ve expuesto a las malas condiciones de trabajo, los niños y adolescentes por sus características sociales y biológicas resultan especialmente vulnerables ante los peligros que esta actividad representa. La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional establece que los trabajadores nuevos son más susceptibles a estos peligros, ya que, además de tener una menor tolerancia a la nicotina, desconocen las medidas de protección necesarias para minimizar la exposición.

Asimismo, los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la nicotina y las sustancias químicas, sufriendo consecuencias más severas que los adultos. Se calcula que trabajan unos 218.000.000 de niños entre los 5 y los 18 años, de los cuales 126.000.000 lo hacen en actividades peligrosas. Más del 70 por ciento del total de niños que trabajan lo hacen en la agricultura (OIT, 2006, p. 7).

El trabajo infantil es una práctica común en muchas comunidades de cultivo de tabaco alrededor del mundo, la cual se da en mayor proporción en familias cultivadoras de tabaco. Una investigación realizada en Malawi, específicamente en los distritos de Kasungu y de Katalima en Dowa, demostró que el 63% de los niños provenientes de familias cultivadoras de tabaco estuvieron involucrados en trabajo infantil (Eriksen et al., 2015, p. 24).

En Estados Unidos, una investigación realizada con 26 adolescentes trabajadores en los campos de cultivo de Carolina del Norte

muestra que la mayoría de estos han presentado síntomas relacionados con intoxicación por nicotina y además han estado expuestos a plaguicidas durante el proceso de rociamiento (Human Rights Watch, 2014)

De acuerdo con la Fundación Eliminación del Trabajo Infantil en el Sector del Tabaco, la inserción temprana de los niños y niñas en los campos de cultivo conlleva consecuencias graves como: denegación de sus derechos humanos y su bienestar, privación de sus derechos a la salud, seguridad e infancia en general y negación de un futuro decente.

En este sentido, los niños y adolescentes que trabajan en los campos de cultivo de tabaco son excluidos de toda protección en virtud de sus derechos de seguridad y educación. La organización Human Rights Watch ha documentado en diferentes informes que un gran porcentaje de estos niños y adolescentes no asisten a la escuela a causa del trabajo en el campo, lo cual reproduce el ciclo de pobreza en el que viven (Human Rights Watch, 2014)

El Convenio 182 de la OIT constituye el principal instrumento para el combate de las peores formas de trabajo infantil en menores de 18 años. Sin embargo, a pesar de ser aprobado de forma unánime por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1999 y de su pronta ratificación, en muchos países el trabajo infantil en los campos de cultivo de tabaco continúa siendo una realidad.

La industria tiene la responsabilidad no solo de acabar con el trabajo infantil, sino también de mejorar las condiciones laborales de los trabajadores en los campos de cultivo. Sin embargo, la responsabilidad más grande recae sobre los gobiernos quienes son los encargados de endurecer las políticas de control del tabaco que contemplen el aspecto social vinculado con el proceso de la producción de tabaco.

Tabaco y pobreza

En los últimos 10 años, producto de las nuevas medidas para el control del tabaco que han adoptado los gobiernos, las prevalencias de consumo de tabaco han presentado diversas variaciones alrededor del mundo. En este sentido, “la tendencia indica que mientras la prevalencia de consumo en países de altos ingresos disminuye, esta aumenta en aquellos países de ingresos bajos y medios.” (Savell et al., 2015, p. 852).

Diversas investigaciones han demostrado la existencia de una relación positiva entre el tabaco y la pobreza, siendo estos en muchas ocasiones, elementos que forman parte del mismo proceso. A partir de este supuesto, de acuerdo con la figura 7, la marginalidad y la exclusión social aumentan la probabilidad de fumar y el consumo de tabaco de esta forma aumenta las desigualdades (Eriksen et al., 2015, p. 24).

Figura 7: Círculo vicioso del tabaquismo y la exclusión social



Fuente: Eriksen et al., 2015, p. 24.

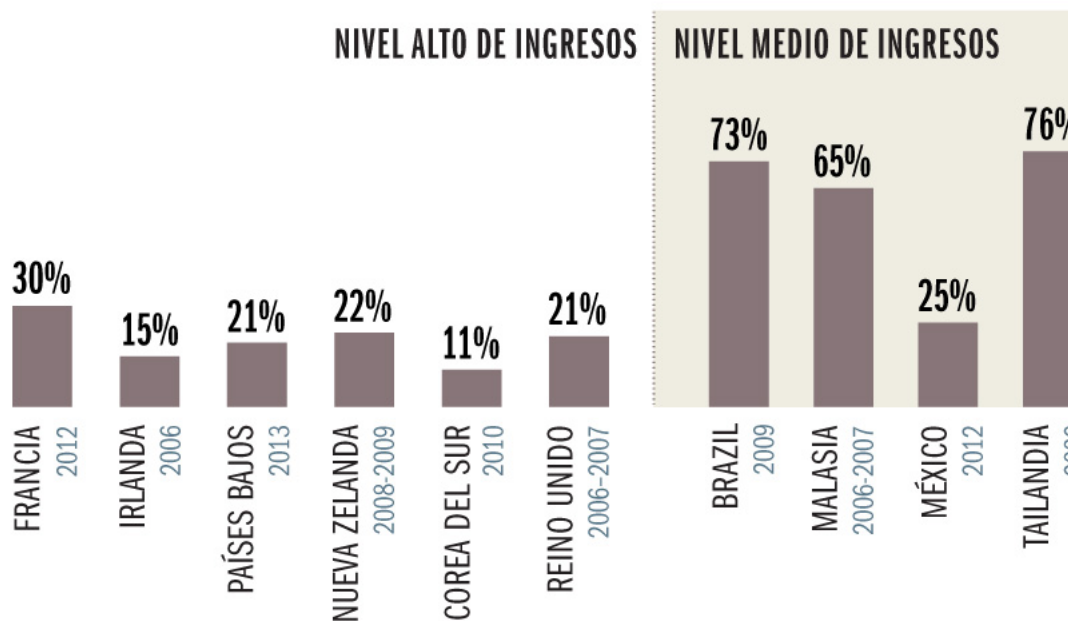
De acuerdo con la figura 7, la marginalidad producida por circunstancias adversas asociadas a situaciones específicas a nivel familiar, desempleo, la inseguridad ciudadana, el estrés, y la falta de espacios de recreación son considerados factores que aumentan la vulnerabilidad al consumo de tabaco.

Por su parte, el consumo de tabaco se convierte en un medio para hacer frente a estas circunstancias, siendo utilizado, además, como una forma de recreación asequible, como herramienta para manejar el estrés y como respuesta a la exclusión social. En este contexto, el consumo de tabaco aumenta y las probabilidades de abandonar la adicción disminuyen.

Siguiendo con las etapas del círculo, una vez el consumo de tabaco incrementa, las circunstancias iniciales empeoran, las enfermedades asociadas con el consumo aparecen implicando un importante gasto de cuentas médicas y de ausentismo laboral, lo cual empeora el estrés y la situación económica de la persona, haciéndola volver al punto de partida.

De acuerdo con la OMS, el 80% de los fumadores se encuentra en los países en vías de desarrollo, por lo que se entiende que los problemas de tabaquismo potencian la inequidad social (OMS, 2008). Bajo esta misma línea, la figura 8 muestra que el porcentaje de fumadores masculinos que gastan una parte importante de sus ingresos en la compra de productos de tabaco en lugar de atender sus necesidades básicas, es mayor en aquellos países con bajos ingresos.

Figura 8: Porcentaje de fumadores masculinos que gastan dinero en cigarrillos en lugar de comprar artículos de primera necesidad



Fuente: Eriksen et al., 2015, p. 24.

En relación con lo anterior, la OMS estima que en los países pobres un 10% de los ingresos de los hogares se destina a la compra de productos de tabaco, dejando menos ingresos para la satisfacción de necesidades básicas como educación, alimentación y vivienda (Eriksen et al., 2015, p. 25).

Ante esta realidad, la industria tabacalera ha desarrollado una agresiva estrategia comercial, la cual aprovecha la vulnerabilidad de los países de medianos y bajos ingresos, para así asegurar el futuro de producto en el mercado.

Una investigación comparativa desarrollada en 16 países ha demostrado que la publicidad, considerada un factor determinante en la iniciación de consumo, es mucho más intensa en países de bajos y medianos ingresos que en países desarrollados (Savell et al., 2015, p. 856).

Asimismo, el estudio realiza una comparación entre las zonas urbanas y rurales a lo interno de los países, evidenciando de esta forma que son las zonas rurales las que presentan índices más altos de pobreza y mayor publicidad y patrocinio de los productos de tabaco y con esto, índices más altos de prevalencia.

Una conclusión similar ha alcanzado un grupo de investigadores del Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington, cuando analizaron la prevalencia del fumado en todos los condados de Estados Unidos en un periodo de 16 años con una muestra de 4.700.000 de adultos. Según se desprende de la investigación, ha existido un descenso en la práctica de fumar, pero este no ha sido uniforme, debido a que las zonas rurales las cifras se mantienen más altas que en las urbanas, misma situación a nivel de estratos sociales, donde los más bajos y con menor educación fuman más que los que cuentan con mayores ingresos (Dwyer-Lindgren *et al.*, 2014, p. 11).

Las personas pertenecientes a las clases sociales con menores ingresos económicos tienden a gastar más dinero en el consumo de tabaco que las clases con mayor poder adquisitivo, diferencia que en América alcanza el 50%. Esto, según el estudio, se puede deber a que el entorno cultural y laboral que rodea a estos grupos acepta en mayor medida el fumado,

anudado al estrés, rutina, soledad o aislamiento del que pueden ser más vulnerables. Condición que se refleja también en el abordaje de las consecuencias del fumado, ya que estos grupos cuentan con menor acceso a la cobertura de los sistemas de salud que las clases adineradas (IECS, 2011, párr. 6).

De esta forma, la prevalencia de consumo puede variar en función de la frecuencia e intensidad de la publicidad, que a su vez se encuentra determinada por el nivel socioeconómico de los países. De igual forma, como se mencionó anteriormente, bajo el concepto del círculo vicioso, el consumo de tabaco no solo se ve determinado, sino que también afecta la economía y desarrollo de los países.

Desde esta perspectiva, se entiende que las políticas de control del tabaco además de prevenir el consumo y las enfermedades asociadas también evitan que esta condición obstaculice el desarrollo económico del país y empobrezca a los ciudadanos (Eriksen *et al.*, 2015, p. 24).

Sin embargo, a pesar de que existe una urgente necesidad de implementar medidas de control del tabaco para combatir esta epidemia a nivel mundial, se hace un llamado especial a los países de ingresos medios a bajos a aplicar o endurecer sus políticas y desarrollar mecanismos de control más eficientes para lograr una base legal exitosa en el campo de la salud pública.



Dimensión Ambiental

El impacto del consumo de tabaco sobre la salud humana ha sido ampliamente documentado y reconocido por la comunidad científica y los gobiernos alrededor del mundo. Sin embargo, el tema de los efectos adversos de la producción y uso del tabaco sobre el medio ambiente recientemente ha comenzado a relucir como uno de los principales temas de interés en materia de control del tabaco.

A partir de lo anterior, debido a falta de estudios en este campo, actualmente no se cuenta con suficiente evidencia científica que apoye los procesos decisorios en relación con este tema. Sin embargo, de manera reciente, la OMS ha publicado el primer informe *Tabaco y su Impacto Ambiental*, donde se hace un análisis del proceso que está alrededor de la elaboración de un cigarrillo, desde antes de la siembra hasta el descarte de la colilla.

De acuerdo con Novotny *et al.* (2015), el ciclo de vida del tabaco está constituido por cuatro grandes etapas: crecimiento y curación del tabaco, manufactura y distribución, consumo del producto y post-consumo, cada una de ellas con consecuencias negativas sobre el ambiente. De acuerdo con el Centro para el Control del Tabaco de la OMS, ningún otro producto de consumo masivo causa tanto daño desde su cultivo, producción, uso y desecho como el tabaco.

A pesar de que en muchos países el cultivo de tabaco ha disminuido significativamente, en otros como China y Malawi este porcentaje ha incrementado e incluso duplicado en los últimos años. La deforestación causada por el cultivo de tabaco constituye una de las principales problemáticas, especialmente porque se asocia a otras problemáticas como la erosión y degradación del suelo, la pérdida de diversidad y la contaminación del agua.

La deforestación de los bosques para la siembra ha generado desde 1970, unos 1.500.000.000 de hectáreas destruidas, con un total de 7.500.000 de toneladas métricas de hojas sembradas anualmente. Asimismo, para mantener los campos de cultivo, se gasta un aproximado de 40.000.000 de galones de agua (Rodríguez, 2017b, párr. 7).

A nivel mundial, para la elaboración de 300 cigarrillos (sólo 15 cajetillas) se corta un árbol adulto, esto como producto de las necesidades de curación del tabaco, el terreno de plantación, el papel necesario en la creación de los cigarrillos, los paquetes y los cartones (Fernández, 2011, párr. 8).

El Instituto Nacional de Salud Pública de México ha realizado investigaciones acerca de la deforestación asociada a la producción de tabaco, en al menos doce países de Latinoamérica y el Caribe en los que se presenta este fenómeno con un impacto de mediano a severo, como se puede observar a continuación en el cuadro 4:

Cuadro 4: Deforestación total y asociada a la producción de tabaco en 12 países de Latinoamérica y el Caribe

País	Deforestación total anual (miles de hectáreas)	Deforestación atribuida al tabaco
Uruguay	0.4	40,6%
Argentina	89.0	9,5%
Haití	1.0	4,1%
Cuba	24.0	4,0%
República Dominicana	26.0	3,8%
Chile	29.0	3,3%
El Salvador	4.0	2,4%
Jamaica	16.0	1,2%
Honduras	102.0	0,9%
Guatemala	82.0	0,7%
Trinidad y Tobago	3.0	0,7%
Colombia	262.0	0,7%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004, p. 3.

La creciente deforestación atribuida a la industria tabacalera es un argumento a favor del control de la producción y el consumo de tabaco. Durante cientos de años ha existido la idea de que las plantaciones de tabaco aumentan el valor nutricional de los suelos y extiende las plantaciones con fuerza, pero actualmente se ha comprobado que los sembradíos de tabaco solo aportan el agotamiento de las tierras y la deforestación (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004).

Durante el proceso de cultivo se utilizan diferentes productos químicos, fertilizantes y pesticidas que, además de contaminar las fuentes de agua, disminuyen los nutrientes del suelo extrayendo más nitrógeno, fósforo y potasio que otros tipos de cultivos. El consumo de tabaco no solo destruye los suelos y propicia la deforestación, sino que genera una cantidad exorbitante de basura en el mundo durante el proceso de empaquetado, etiquetado y ensamblaje de los cigarrillos.

Por ejemplo, se estima que en 1995 la industria tabacalera aportó 2.262.000.000 de kilogramos de basura generada, únicamente, durante la manufactura del producto. Por su parte, la contaminación con químicos alcanzó, en ese mismo año, los 209.000.000 de kilogramos de desperdicios químicos (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004, p. 17).

Con respecto al proceso de manufactura, se estima que durante los últimos 20 años la industria tabacalera ha depositado aproximadamente 45.000.000 de toneladas de desechos sólidos, 6.000.000 de toneladas de desechos de nicotina y 4.000.000 de toneladas de desechos químicos (Novotny *et al.*, 2015, p. 878).

Por un lado, las colillas de cigarro son el desecho más común asociado al consumo de tabaco, el cual constituye una de las principales causas de contaminación de las playas y fuentes de agua alrededor del mundo (Novotny *et al.*, 2015, p. 878).

Se estima que en el mundo anualmente se desechan 4.500.000.000 de colillas de cigarros. Solamente en Estados Unidos se botan más de 135.000.000 de libras de colillas de cigarros por año, siendo estos residuos tóxicos, los que más se encuentran cuando se realizan tareas de limpieza en las calles (Eriksen et al., 2015, p. 22).

Producto del proceso de manufactura y consumo, las colillas de cigarro además contienen sustancias peligrosas como arsénico, etilfenol y nicotina, que al ser desechadas se filtran en los ecosistemas terrestres y acuáticos, una sola colilla de cigarro contamina al menos 50 litros de agua (Fernández, 2011, párr. 4); sin embargo, las colillas de cigarro se han convertido en la única forma socialmente aceptada de ensuciar (Eriksen et al., 2015, p. 22).

Además, el desecho de las colillas de cigarrillos es una de las principales causas de incendios en el mundo, siendo este una de las principales problemáticas asociadas a la etapa de post consumo del producto. De acuerdo con el *Atlas del Tabaco*, el hábito de fumar es la primera o segunda causa de muerte por incendios en Estados Unidos.

En Costa Rica, recientemente, se ha comenzado a investigar desde el ámbito académico, el tema del impacto ambiental asociado al consumo de tabaco. Estudiantes de la carrera de Salud Ambiental de la Universidad de Costa Rica desarrollaron un estudio en el 2015 que pretendió localizar los principales focos de concentración de colillas de cigarro dentro del campus universitario Rodrigo Facio.

En cuatro días se recolectó un total de 14.182 colillas botadas en el suelo en 23 puntos del área; 6.129 estaban dentro del campus y 8.053 en el perímetro. Con ello se concluyó que a pesar de que los centros de educación superior son parte de los espacios 100% libres

de humo de tabaco, estos continúan siendo un foco de contaminación, debido a que el 80% de su constitución es acetato de celulosa, que no es biodegradable, y al ser arrastradas a las alcantarillas contaminan las fuentes de agua (Asociación de Estudiantes de Salud Ambiental, s. f.).

Con respecto a lo anterior, el más reciente reporte sobre la contaminación en mares y océanos de la organización Ocean Conservancy (2016) destacó que las colillas de cigarro son el producto que más contamina. Lo anterior a raíz de la limpieza anual que se coordina en más de 100 países, entre ellos Costa Rica, donde la cantidad de basura por colillas fue de 2.100.000 de kilos, por encima de botellas plásticas, envolturas de comida o bolsas plásticas (Ocean Conservancy, 2016).

Según el investigador Ignacio de Granda-Orive (2017), la cantidad de colillas que se arrojan en las calles, ríos, bosques y mares por año es de 4.5 trillones, un 75% del total de cigarrillos consumidos en el mundo. Según explica, desde hace 50 años prácticamente la industria tabacalera comenzó a utilizar filtros de acetato de celulosa que acumula los componentes y sustancias más tóxicas del tabaco, "pero que se liberan al contacto con el agua, lo que supone una grave amenaza para la biodiversidad en general." (Sociedad Española de Neumonía y Cirugía Torácica, 2017, p. 2).

De esta forma, a partir del reconocimiento del impacto ambiental causado por el consumo de tabaco, algunos países han tomado medidas para contrarrestar los efectos negativos y recuperar el gasto económico que esto conlleva. En este sentido, durante el 2009 la ciudad de San Francisco, Estados Unidos, implementó una tarifa por "abandono de basura de cigarros" de 20 centavos por paquete de cigarro, de igual

forma, en el 2011 la India prohibió los envoltorios plásticos de los productos de tabaco (Eriksen et al., 2015, p. 23).

En conclusión, la producción, manufactura y consumo del tabaco son un problema significativo no solo para la salud física de las personas, sino que conllevan una serie de problemas asociados que desmejoran el entorno y la calidad de vida tanto de personas fumadoras como no fumadoras. Por tanto, es necesario profundizar en el tema para que desde los gobiernos se tomen las medidas de control pertinentes desde el marco de la salud pública y en concordancia con las acciones de control del tabaco que se vienen gestando a nivel mundial.

Económico

El tabaquismo y las distintas enfermedades que conlleva tienen un impacto en las finanzas de los distintos sistemas de salud de los países. Por ejemplo, para América Latina se estima que este fenómeno consumió cerca de USD\$34.000.000 del presupuesto sanitario, solo de costos médicos directos, siendo la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer los principales males responsables del gasto.

En términos del impacto en el Producto Interno Bruto (PIB) de la región latinoamericana, se estima que un 0.7% de este se pierde en la atención de los problemas de salud debido al consumo de tabaco (Pichon-Riviere et al., 2016, p. 219), monto que no necesariamente se recupera con los impuestos a estos productos, porque, en general, se considera que la recaudación apenas cubre un tercio de los gastos, como se puede observar en el cuadro 5 para siete países analizados:

Cuadro 5: Gastos médicos directos atribuibles al tabaquismo por país y su relación con el gasto en salud, PIB y recaudación impositiva

	Gasto atribuible al tabaquismo (millones USD)	Como porcentaje del gasto total en salud (%)	Como porcentaje del PIB (%)	Porcentaje del gasto recuperado mediante impuestos (%)
Argentina	3 786,76	9,6	0,7	53,3
Bolivia	264,00	12,7	0,8	8,1
Brasil	11 941,09	5,2	0,5	26,5
Chile	2 215,78	11,2	0,9	63,4
Colombia	2 139,72	8,3	0,6	8,7
México	5 110,11	6,4	0,4	45,5
Perú	823,69	7,7	0,4	9,1
Resto de los países	7 294,35	11,9	0,7	N/D
Total América Latina ^a	33 575,50	8,3	0,7	35,0

^a Estimado sobre la base de los siete países incluidos en el modelo.
PIB, producto bruto interno; USD, dólares estadounidenses; N/D, datos no disponibles.

Fuente: Pichon-Riviere et al., 2016, p. 217.

En el caso costarricense, se tienen datos recientes basados en una investigación del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina, que coordinó en doce países latinoamericanos un estudio sobre la carga de enfermedad asociada al consumo de tabaco y los impactos sanitarios y económicos. Se logró estimar que en Costa Rica se gastan ¢129.133.000.000 al año para tratar problemas de salud provocados por el tabaco. De estos, los principales gastos se dan por enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, otros cánceres, tabaquismo pasivo y cáncer de pulmón; todo lo cual desencadena en un total de 1747 muertes anuales, un 9.3% de todas las muertes que ocurren en el país (Bardach, et al., 2016, p. 15).

Así, en dicho estudio se muestra que, si los países aumentaran el porcentaje del impuesto a los productos de tabaco, que en Latinoamérica es particularmente bajo, los costos sanitarios podrían disminuir. Por ejemplo, si en Costa Rica este impuesto aumentara un 10%, en un plazo de diez años se podrían evitar 340 muertes y se revertiría la balanza entre los costos sanitarios del tabaquismo e ingreso por recaudación, que actualmente no alcanza a cubrir ni un 30% de aquellos gastos (Bardach et al., 2016, p. 17).

Precisamente, a nivel de impuesto al tabaco, un grupo de trabajo creado por la Conferencia de las Partes del CMCT elaboró las directrices para la aplicación del artículo 6 de este tratado que están pendientes de su aprobación. Estas se basan en los siguientes principios (OMS, s. f.):

Principio 1: La determinación de las políticas tributarias relativas al tabaco es un derecho soberano de las Partes.

Principio 2: Los impuestos eficaces sobre el tabaco reducen considerablemente el consumo del tabaco y su prevalencia.

Principio 3: Los impuestos eficaces sobre el tabaco son una fuente de ingreso importante.

Principio 4: Los impuestos al tabaco son económicamente eficaces y reducen las desigualdades en materia de salud.

Principio 5: Los sistemas fiscales que conciernen al tabaco y su administración deberán ser eficientes y eficaces.

Principio 6: Las políticas tributarias relativas al tabaco se deberán proteger contra intereses creados.

La evidencia en los distintos países ha mostrado que una de las medidas más efectivas para el control del tabaco ha sido el incremento de los impuestos a los productos de tabaco, ya que cuando eso acontece, se reduce el consumo de tabaco, se impide el inicio de potenciales fumadores y además se alienta el abandono del consumo (Eriksen et al., 2015).

En este sentido, se ha calculado que un aumento en el 10% en los precios de tabaco tendrá un impacto en la disminución de un 4% en la prevalencia de consumo, en países con ingresos altos y un 6% en países con ingresos medios y bajos, que en cantidad de fumadores será 42.000.000 menos (Campaign for Tobacco-Free Kids, 2012).

En general, en el tema se manejan dos tipos de rubros dentro del impuesto al consumo, que es el medio principal para el aumento del precio de los productos de tabaco en relación a otros bienes o servicios. El primero es el impuesto al consumo específico, que se cobra por cantidad, como por cigarrillo, paquete o kilogramo, y el segundo está relacionado con el impuesto al consumo *ad valorem*, que se expresa como un porcentaje de cierto valor básico del producto, determinado según el precio del fabricante o según el precio del costo que pagan los consumidores (OMS, s. f., p. 7).

La industria tabacalera

De acuerdo con el CMCT, la industria tabacalera (IT) está constituida por los fabricantes, distribuidores, mayoristas e importadores de productos de tabaco; es decir, todos aquellos grupos que obtienen ganancias directa o indirectamente, de estos productos. De acuerdo con el *Atlas de Tabaco*, cada año esta industria produce 6.000.000.000 de cigarrillos en aproximadamente 500 fábricas legales en todo el mundo (Eriksen *et al*, 2015, p. 49).

Se estima que solamente en las seis principales compañías del mundo, China National Tobacco Corporation, Philip Morris Internacional (PMI), British American Tobacco (BAT), Imperial, Altria/Philip Morris USA y Japan Tobacco International (JTI) se generaron ganancias por USD\$44.100.000.000, durante el año 2013 (Eriksen *et al.*, 2015, p. 48).

En América Latina y el Caribe, para el 2008, el mercado de cigarrillos estaba dominado casi exclusivamente por dos compañías que han adquirido la mayoría de tabacaleras locales en las últimas décadas: BAT que domina el mercado en ocho países y PMI que es líder en siete, produciéndose en esta región más de 1.000.000 de toneladas de kilos de tabaco en 602.000 hectáreas cultivadas (Fundación Interamericana del Corazón de Argentina [FIC] *et al.*, 2012a, p. 13).

En Costa Rica son pocos los datos que se conocen sobre esta industria en distintas áreas. Se sabe que el mercado está monopolizado por la PMI y BAT, siendo esta última la compañía líder en el mercado nacional para el año 2008, con marcas de cigarrillos como: Kool, Delta, Lucky Strike, Pall Mall, Rex y Viceroy; además de ser la sede regional de la BAT Central America. Mientras que la PMI afirma dotar de empleo a unas 300 personas en el país, y cuenta con las siguientes marcas: Derby, Next, Marlboro y L&M. Para el 2012 se sabía que la industria generaba ventas en el país de cerca de USD \$277.000.000 anuales (Brenes, 2012, párr. 5).

Debido al poder económico que ha tenido la IT, se establece en el artículo 5.3 del Convenio Marco, que cuando las Partes establezcan y apliquen sus políticas de salud relacionadas con el control del tabaco, deben evitar cualquier intervención de los intereses de la IT. Es así como en la segunda Conferencia de las Partes (COP, por sus siglas en inglés), celebrada en el 2006, se estableció un grupo de trabajo a fin de que construyeran las directrices para la aplicación de aquel artículo, las cuales fueron aprobadas en la siguiente reunión en el año 2008. Estas directrices (OMS, 2003) se guían por cuatro principios básicos:

Principio 1: Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública.

Principio 2: Al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes.

Principio 3: Las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente

Principio 4: Debido a que sus productos son letales, no se deberían conceder incentivos a la industria tabacalera para que establezcan o lleven a cabo sus negocios.

En cuanto a directrices o recomendaciones se establecieron ocho:

1. Concientizar sobre la naturaleza adictiva y perjudicial de los productos de tabaco y sobre la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaco de las Partes.
2. Establecer medidas para limitar las interacciones con la industria tabacalera y asegurar la transparencia de las que se produzcan.
3. Rechazar las alianzas y los acuerdos con la industria tabacalera que no sean vinculantes o de obligado cumplimiento.
4. Evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos.
5. Exigir que la información proporcionada por la industria tabacalera sea transparente y precisa.
6. Desnormalizar y en la medida de lo posible reglamentar las actividades que la industria tabacalera describe como socialmente responsables, incluidas las actividades descritas como de "responsabilidad social institucional", pero no limitadas a estas.
7. No conceder trato preferente a la industria tabacalera.
8. Tratar a la industria tabacalera de propiedad estatal de la misma manera que a cualquier otra industria tabacalera (OMS, 2013a).

Asimismo, se establece que las Partes deben crear mecanismos de observancia y supervisión para hacer cumplir las anteriores recomendaciones (OMS, 2013a, p. 12). De esta manera, algunas organizaciones de la sociedad civil han trabajado de manera independiente de los Estados en este monitoreo de

la interferencia de la industria, que se entiende como las acciones destinadas a obstaculizar la creación de políticas de salud, o debilitar su implementación, y posicionarse como una industria 'socialmente responsable' o

para presionar a diferentes actores sociales en favor de sus intereses comerciales (Fundación Interamericana del Corazón [FIC], Corporate Accountability International, Fundación Interamericana del Corazón de México y Alianza de Control de Tabagismo, 2012c, p. 3).

Estas organizaciones presentaron un plan de acción de seis pasos para contrarrestar la interferencia de esta industria:

1. Monitorear a la IT para detectar la interferencia: esto refiere a analizar y valorar las acciones de aquellos para determinar si están interfiriendo con los objetivos de las políticas de control del tabaco.
2. Evaluar la situación y pedir apoyo: consiste en valorar la magnitud de la interferencia que se detecta y la necesidad de contrarrestarla.
3. Reunir información de contexto e identificar estrategias de la IT: refiere a varias acciones, como, armar un mapa de actores clave, contar con fuentes de información que puedan brindar nuevos datos, identificar los argumentos de la industria y las estrategias que hayan utilizado en otros países, así como las experiencias exitosas.
4. Definir la estrategia para contrarrestar o desnaturalizar las acciones de la IT: una vez detectada la interferencia se debe crear una estrategia de acción multi-nivel para enfrentarla que incluya una estrategia política, una estrategia de comunicación y una estrategia legal.
5. Evaluar los resultados: luego, se debe evaluar la estrategia con el fin de conocer si fue la más acertada o si es necesario rediseñarla.
6. Sistematizar la experiencia: por último, es necesario realizar un reporte de caso que recopile la experiencia y los resultados, que servirá para que otros países u organizaciones puedan conocer las acciones de la IT.

La base del primer principio del artículo 5.3 del CMCT parte del supuesto de que el objetivo principal de la IT “es aumentar sus ingresos mediante la venta de sus productos, para lo que necesitan mantener a sus consumidores y captar nuevos, razón por la cual se anticipa que se opondrán o intentarán minimizar las políticas públicas de control del tabaco que tengan un impacto en el consumo de sus productos” (FIC et al., 2012b, p. 10).

Algunas de las principales acciones detectadas que realiza la IT para lograr sus intereses incluyen

el *lobby* en los espacios políticos de toma de decisiones, mecanismos de presión política por medio de financiamiento de campañas electorales o la utilización de tratados u otros instrumentos comerciales, la contratación de consultores científicos para diseminar investigaciones sesgadas, la manipulación de información (que entre otras incluye el cuestionamiento público a medidas de control de tabaco), la utilización de aliados y grupos fachada para que defiendan sus intereses, los litigios, intimidación a decisores políticos y referentes del control de tabaco, la filantropía y responsabilidad social empresarial (a través de apoyo a organizaciones o actividades artísticas, deportivas o culturales), las acciones destinadas a debilitar las políticas tributarias y restricciones a la comercialización, y por último, la violación o elusión de las restricciones impuestas por las legislaciones, explotando las excepciones para seguir promoviendo sus productos (FIC et al., 2012a, p. 11).

Entre los casos que han sido documentados de acciones de la IT en distintos países para promover sus intereses, se encuentran las donaciones en dinero, como lo ha hecho la PMI en Turquía y Japón, mientras que la JTI dio donaciones a museos en Suiza. Altria fue la compañía que más donó en el 2013 con USD \$47.000.000, apenas un 1.4% del total de sus ganancias anuales (Ericksen et al., 2015).

En Colombia, Brasil y Argentina, la IT en alianza con grupos de fachada han utilizado acciones judiciales para aducir las leyes de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio; mientras que en Paraguay la IT interpuso medidas cautelares para que se suspendiera la vigencia de los decretos que establecían las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos y la implementación de los ambientes 100% libres de humo (FIC, 2010).

Por su parte en México, las dos principales compañías se complementaron para desacreditar la política de impuestos que se aprobó en el 2010, aduciendo que ello incentivaría el comercio ilegal, contando con el apoyo de grupos fachadas, y amenazaron con frenar sus inversiones en el país en caso de que se hicieran nuevos incrementos (FIC et al., 2012a).

Estrategias mundiales contra el tabaquismo

Existen dos estrategias generalizadas y reconocidas mundialmente, estas son el CMCT de la OMS para el control del tabaco, el MPOWER y más recientemente el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco (PECIPT), basado en el artículo 15 del CMCT. Estas estrategias se han implementado con el objetivo de invitar a los distintos países a impulsar iniciativas para promover estilos de vida saludables mediante la cesación del consumo del tabaco.

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco

Con la intención de impactar la salud de las poblaciones mediante la implementación de políticas públicas saludables, se establece en el año 2003 el CMCT, que se elaboró en respuesta a la creciente epidemia de tabaquismo a nivel mundial y basado en pruebas científicas que reafirman el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, es decir se implementa como una estrategia de promoción de la salud a nivel mundial, invitando a los distintos países a ser parte de la misma. Esta estrategia se ha convertido en uno de los tratados más rápidos y ampliamente adoptados en la historia de la Organización de las Naciones Unidas.

La iniciativa de la OMS para crear un instrumento internacional para el control del tabaco surgió oficialmente en mayo de 1995, con motivo de la 48.^a Asamblea Mundial de la Salud. Al año siguiente, la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA49.17, que pedía al Director General que iniciara el desarrollo de un convenio para el control del tabaco. Sin embargo, fue hasta 1999 cuando se iniciaron las negociaciones efectivas sobre el CMCT (OMS, 2003, p. 34).

La aprobación de este Convenio Marco determinó que todas sus partes, incluida Costa Rica, incurrieran en obligaciones legalmente

vinculantes, esto dentro del marco de la legislación internacional para aplicar leyes, políticas y programas encaminados a reducir la demanda de productos de tabaco y proteger a sus ciudadanos de la exposición al humo de tabaco.

La razón que hizo posible la creación de un instrumento mundialmente vinculante como el Convenio Marco fue la inmensa evidencia científica irrefutable que demostró las devastadoras consecuencias del consumo de tabaco y la exposición al humo. Otra de las preocupaciones que justificaba la creación de este tratado fue el aumento del número de fumadores y de consumidores de tabaco entre los niños y adolescentes en el mundo entero (Chaves, 2012, p. 34).

En referencia a las líneas de acción del CMCT, desde su preámbulo establece que las partes involucradas en este deberán dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública. El CMCT incluye en los artículos del 6 al 14, disposiciones sobre la demanda del tabaco, estas medidas incluyen, aparte de las relacionadas a los precios e impuestos, los siguientes aspectos:

1. Protección contra la exposición al humo de tabaco.
2. Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.

3. Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
4. Disposiciones relacionadas al empaquetado y etiquetado de estos productos.
5. Educación, información y concientización de la población.
6. Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
7. Medidas de reducción de demanda referentes a la dependencia y el abandono del tabaco.
8. De los artículos 15 al 17 se encuentran las principales disposiciones relativas a la reducción de la oferta, estas incluyen:
9. Comercio ilícito de productos de tabaco.
10. Ventas a menores y por menores.
11. Apoyo a actividades alternativas económicamente viables.

Otra de las disposiciones en el CMCT se establece en los artículos del 20 al 22, donde se indica que las Partes deben establecer programas de vigilancia, evaluaciones, investigaciones y demás actividades relacionadas con el monitoreo (OMS, 2003). La importancia de este apartado radica en que promueve el intercambio de información entre las Partes y la Secretaría, así como mecanismos de cooperación científica, técnica o jurídica.

En Costa Rica, como parte del compromiso político asumido a partir de la ratificación del Convenio Marco, en el año 2012 se aprobó la Ley N.º 9028, en la cual se promueve el derecho a la salud mediante la regularización de la venta y consumo de los productos de tabaco, además de crear estrategias de promoción de la salud y educación para la salud relacionadas a la cesación del consumo de tabaco en la población costarricense.

MPOWER

En el CMCT, los estados involucrados se comprometen a luchar contra la epidemia del tabaquismo y promover la mejora de la calidad de vida de las poblaciones. Con el fin de ayudar a los países a cumplir con el CMCT se plantea el MPOWER (por sus siglas en inglés) como estrategia de la OMS, creada como un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo, la cual, anima a los tomadores de decisiones y formuladores de políticas, en conjunto con la sociedad civil, a concebir un mundo libre de tabaquismo y sus efectos. Este plan, además proporciona los instrumentos con los que se buscará disminuir el consumo de tabaco al promover la toma de medidas jurídicas y socioeconómicas que favorezcan la cesación de este producto.

La intención de este plan de medidas es que se aplique con los más altos estándares

de cobertura, debido a que la parcialidad de las intervenciones puede ser insuficientes para el control del tabaco. Según la (OMS, 2008, p. 10) los países que deseen aplicar este plan de políticas deben regirse por lo siguiente:

Monitor: vigilar el consumo de tabaco

Protect: proteger a la población del humo de tabaco

Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

Warn: advertir de los peligros del tabaco

Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Raise: aumentar los impuestos al tabaco

De una manera más específica, la OMS ha explicitado los objetivos e intervenciones más recomendadas en cada uno de los puntos del plan MPOWER. A continuación, se muestra el cuadro 6 detallando estas medidas:

Cuadro 6: Estrategias del MPOWER

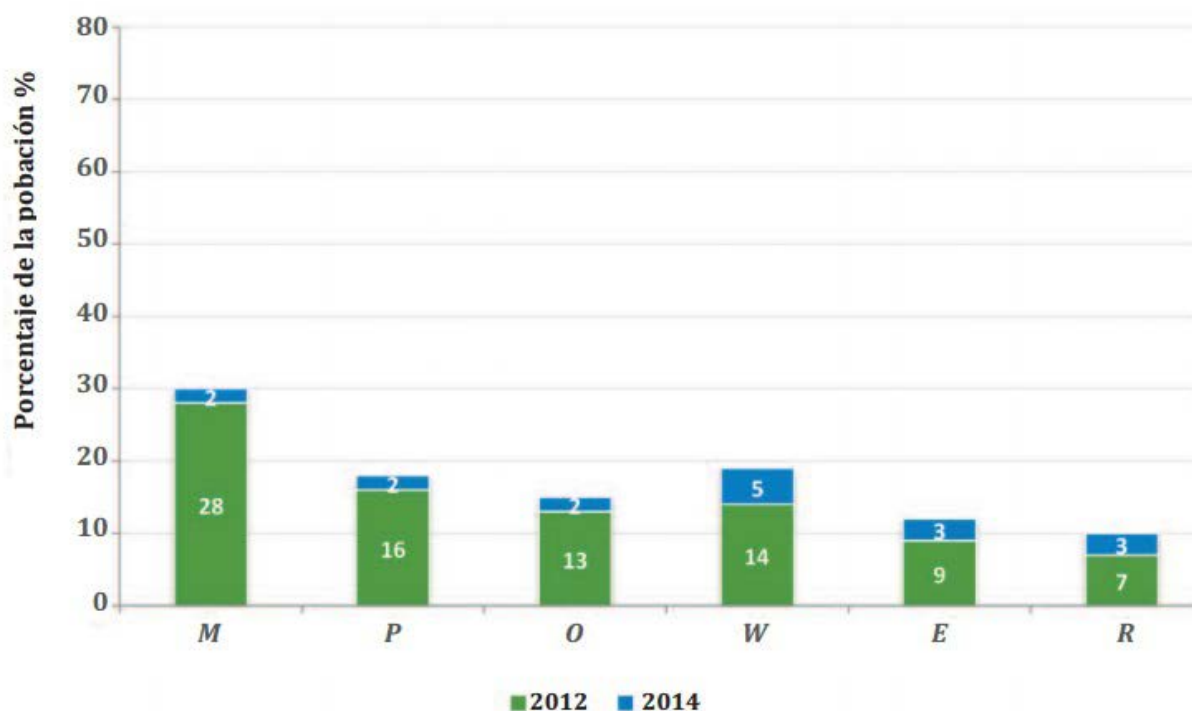
M	<p>Monitor: Vigilar el consumo de tabaco</p> <p>Objetivo: Establecer sistemas eficaces de vigilancia, supervisión y evaluación para vigilar el consumo de tabaco</p> <p>Actividad Transversal m1: Obtener datos periódicos representativos a nivel nacional y basados en la población sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos</p>
P	<p>PROTEGER a la población del consumo de tabaco</p> <p>Objetivo: Entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares.</p> <p>Intervención P1: Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares.</p>
O	<p>OFRECER ayuda para el abandono del tabaco</p> <p>Objetivo: Servicios de fácil acceso para tratar clínicamente la dependencia del tabaco en el 100% de los centros de atención primaria de salud y con los recursos de la comunidad.</p> <p>Intervención O1: Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud. Apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco y otras iniciativas comunitarias, junto con tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo, cuando sea conveniente</p>
W	<p>ADVERTIR los peligros del tabaco</p> <p>Objetivo: Altos niveles de sensibilización sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud entre grupos de edad, sexos y lugares de residencia, para que todas las personas comprendan que las consecuencias de fumar tabaco son el sufrimiento, la desfiguración y la muerte prematura.</p> <p>Intervención W1: Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces</p> <p>Intervención W2: Realizar campañas de publicidad anti-tabáquica</p> <p>Intervención W3: Obtener la cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas por los medios de difusión</p>
E	<p>HACER cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio</p> <p>Objetivo: Ausencia total de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.</p> <p>Intervención E1: Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco.</p> <p>Intervención E2: Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio indirectos del tabaco</p>
R	<p>AUMENTAR los impuestos al tabaco</p> <p>Objetivo: Productos de tabaco progresivamente menos asequibles</p> <p>Intervención R1: Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco, y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más rápido que el poder adquisitivo de los consumidores</p> <p>Intervención R2: Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco</p>

Fuente: Elaboración propia a partir del MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo, OMS, 2008.

Las políticas de MPOWER son complementarias y sinérgicas, por esto la aplicación de unas intervenciones potenciarán el impacto de otras. Por ejemplo, el aumento de impuestos a los productos de tabaco propicia que las personas dejen el hábito debido al costo de estos; esta sería una aplicación complementaria a la creación de centros o espacios en los que las personas fumadoras puedan recibir ayuda para dejar de fumar.

La cobertura de las estrategias MPOWER a nivel mundial se muestra en la figura 9:

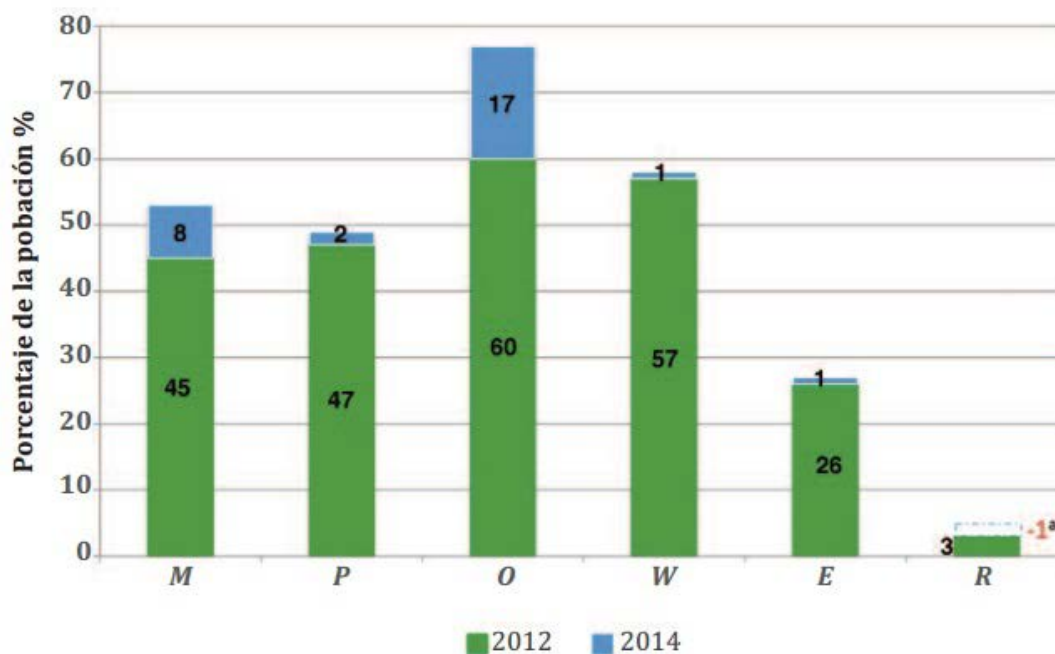
Figura 9: Proporción de la población mundial cubierta por algunas políticas de control del tabaco entre el 2012 y el 2014



Fuente: OPS, 2016, p. 17.

La mayoría de la población mundial está cubierta por la iniciativa relacionada al monitoreo, seguida por la iniciativa referente a la protección de la población contra el humo de tabaco. El comportamiento sobre la cobertura de las iniciativas MPOWER en el mundo se representa de manera descendiente desde la estrategia de monitoreo hasta la que refiere al aumento de los impuestos al tabaco.

Figura 10: Proporción de la población regional cubierta por algunas políticas de control del tabaco entre el 2012 y el 2014



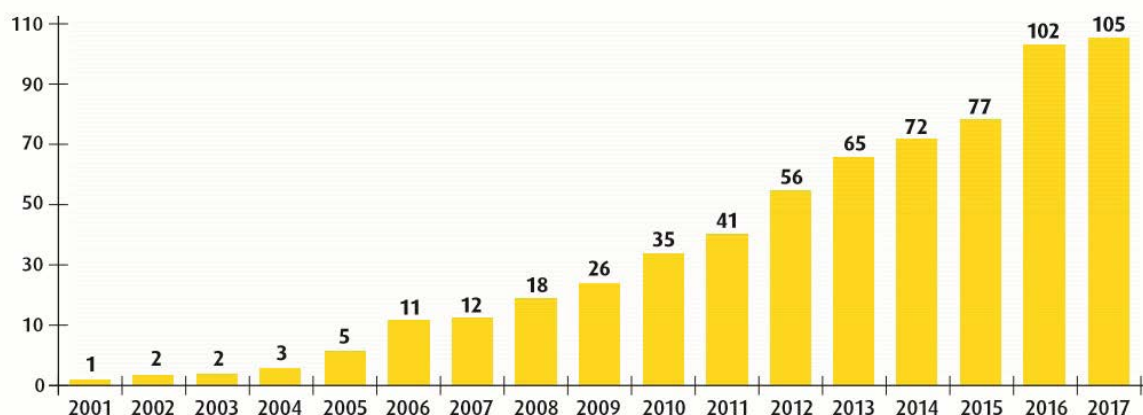
Fuente: OPS, 2016, p. 19.

Es pertinente mencionar que la proporción de implementación de todas las estrategias del MPOWER (a excepción de la estrategia sobre aumentar los impuestos al tabaco) es mayor para la Región de las Américas que la proporción a nivel mundial. Además, la estrategia de vigilancia o monitoreo es la que se implementa con mayor fuerza a nivel mundial, pero para la Región de las Américas la estrategia de ofrecer ayuda para el abandono del tabaco ha tenido mayor cobertura en la población.

En relación con las advertencias de los peligros del tabaco, de acuerdo con el *Informe de la Situación Internacional sobre Advertencias Sanitarias en los Paquetes de Cigarrillos*, un total de 105 países/jurisdicciones en todo el mundo requieren advertencias pictoriales, que abarca un 58% de la población mundial (Canadian Cancer Society, 2016, p. 2).

De estos, unos 94 países demandan que las advertencias cubran al menos un 50% del frente y reverso del empaque, encabezado por Nepal y Vanuatu con un 90% del tamaño de las advertencias. Mientras que, para el empaquetado neutro, son cuatro los países que lo están implementando: Australia fue el primero en el 2012, Reino Unido y Francia en el 2016 y Hungría iniciará en el 2018. Unos 14 países más están en proceso o bajo consideración formal de este proceso (Canadian Cancer Society, 2016, p. 2). En la figura 11 se muestra el aumento de la cantidad de países que requieren advertencias pictoriales en los últimos 17 años:

Figura 11: Cantidad de países/jurisdicciones que han exigido advertencias pictoriales en los paquetes de cigarrillos entre 2001 y 2017



Fuente: Canadian Cancer Society, 2016, p. 7.

Respecto a los resultados locales que se han obtenido en Costa Rica como parte de la aplicación de las estrategias MPOWER, de acuerdo con la GATS, se establecen los siguientes porcentajes:

Cuadro 7: Indicadores porcentuales de estrategias MPOWER para Costa Rica

M Monitoreo del consumo de tabaco y políticas de prevención

Indicador	Total	Sexo		Residencia	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Consumo actual de tabaco	9,1	13,6	4,5	9,7	7,2
Fumadores actuales de tabaco	8,9	13,4	4,4	9,6	7,1
Fumadores actuales de cigarrillos	8,7	13	4,3	9,3	6,9
Fumadores actuales de cigarrillos manufacturados	8,7	13	4,2	9,3	6,9
Consumo actual de tabaco sin humo	0,1	0,1	0	0,1	0,1
Cantidad promedio de cigarrillos fumados por día 1	13,4	14,1	11,4	13,3	13,9
Edad promedio de inicio de fumado diario 2	16,1	16	16,5	16,3	15,3
Escuchó alguna vez sobre el cigarro electrónico	47,5	52	42,9	51,8	35,2
Usuario actual de cigarro electrónico	1,3	1,6	0,9	1,5	0,6

P Proteger a las personas del humo de tabaco

Indicador	Total	Sexo		Residencia	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Exposición al humo de segunda mano en el hogar al menos una vez al mes	4,9	4,9	5	5,5	3,1
Exposición al humo de segunda mano en el trabajo *	6,3	7,5	4,2	5,8	8,7
Exposición al humo de segunda mano en lugares públicos ⁺ :					
Edificio / Oficinas del gobierno	4,1	3,6	4,7	4,2	4
Establecimientos de salud	3,4	3,2	3,6	3,5	3,3
Restaurantes	7,9	8,1	7,7	8,1	7,2
Bares / Clubes nocturnos	23	21,2	25,9	21,8	27,5
Centros educativos	5,4	4,2	6,3	5,3	5,8
Universidades	17,7	19,4	15,9	17,6	18,1
Transporte público	7,3	6,9	7,7	8,2	4,8
Apoyo a las leyes antitabaco en todos los lugares públicos 3	93,1	92,7	93,5	92,6	94,4

O Ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco

Indicador	Total	sexo		Residencia	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Intentó dejar de consumir tabaco en los últimos 12 meses 4	58,6	56,2	65,4	58	60,4
Recibió recomendaciones de un proveedor de servicios de salud para dejar de fumar 4, 5	64	60,6	70,5	63	68
Intentó dejar de fumar usando un método específico de cesación: 4					
Farmacoterapia	3,6	4,2	2,2	4,1	1,9
Consejería / Asesoramiento	6,7	6,6	6,9	7,5	4
Dejó de consumir tabaco sin ayuda	64,7	64,8	64,6	64,1	66,8
Interés en dejar de fumar *	73	72,9	73,6	73,9	69,6

W Prevenir sobre los peligros de consumir tabaco

Indicador	Total	Sexo		Residencia	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Cree que el fumado de tabaco causa enfermedades graves	97,8	97,7	97,9	98,1	97
Cree que el fumado causa					
Derrame cerebral	71,2	71,5	71	71,9	69,4
Infarto del miocardio	90	90,1	89,9	90,5	88,4
Cáncer de pulmón	98,2	98,3	98,2	98,4	97,9
Cree que oler el humo de otras personas causa enfermedades graves	95,8	95	96,5	96	95,1
Notó información contra el fumado de cigarrillos en un lugar*	72,3	71,6	72,9	72	72,9
Está pensando en dejar de fumar debido a las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos *,6	55,4	53,9	59,9	53,4	62,7

E Hacer cumplir las prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Indicador	Total	Sexo		Residencia	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Notó cualquier publicidad, promoción y patrocinio de cigarrillos*	27,4	27,4	27,4	28,7	23,8

R Aumentar los impuestos al tabaco

Indicador	Total	Sexo		Residencia	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Promedio de gastos en cigarrillos por mes 7	19.369,80	19.402,30	19.268,70	19.799,00	17.819,60
Costo promedio de un paquete de cigarrillos manufacturados 7	1.328,20	1.276,80	1.519,60	1.547,70	1.250,20
Fuente de la última compra de cigarrillos 7 :					
Vendedor callejero	5,4	6,2	2,6	5,7	4,2
Tienda libre de impuestos	6,2	5,2	9,5	5,8	7,8
Establecimiento comercial	80,7	81,4	78,1	80,8	80,3
A favor de aumentar los impuestos a los productos de Tabaco	85,1	83,8	86,5	85,1	85,2

Notas:

1. Entre fumadores diarios actuales
2. Entre fumadores diarios de 20 a 34 años
3. Apoya las leyes antitabaco en los siguientes lugares: hospitales, lugares de trabajo, restaurantes, bares, transporte público, centros educativos, universidades y lugares de culto
4. Entre fumadores del año anterior (incluye fumadores actuales y los que dejaron de fumar en los últimos 12 meses)
5. Entre aquellos que visitaron algún proveedor de servicios de salud en los últimos 12 meses
6. Entre fumadores actuales
7. Entre fumadores actuales de cigarrillos manufacturados

* En los últimos 30 días

+ Entre quienes visitaron los lugares en los últimos 30 días

Fuente: Ministerio de Salud, 2015a, p. 8.

Respecto al cuadro 7 y al cuadro referente a la cobertura de las estrategias MPOWER en la Región de las Américas, es posible identificar que en Costa Rica existe un importante porcentaje de cobertura sobre la estrategia relacionada a la oferta de ayuda para dejar de fumar.

De acuerdo con esta tabla, se visualiza también que el 97.8% de la población fumadora es consciente de los daños y enfermedades asociadas al consumo de tabaco, pero aun así se mantiene un 9.1% de población fumadora en el país, esto indica que es necesario continuar con el desarrollo e implementación de programas de prevención de consumo de tabaco y promoción de estilos de vida saludables.

Como conclusión, la implementación de las estrategias MPOWER como parte del CMCT asegura el rumbo hacia un panorama de continua mejora en la lucha contra el tabaquismo en el país y en el mundo.

Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco

Desde la COP 3 celebrada en Durban, Sudáfrica, en el 2008 se iniciaron las negociaciones para constituir el primer protocolo del CMCT que apuntará a atacar el problema del comercio ilícito. Cuatro años después, en la COP 5 en Seúl, Corea del Sur, finalmente se aprobó este instrumento.

Este tratado internacional tiene como principal objetivo eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, según los términos del artículo 15 del CMCT. En una primera parte busca la prevención del comercio ilícito mediante la protección de la cadena de suministro de productos de tabaco. Para ello, establece sistemas de concesión de licencias o equivalentes, un sistema de seguimiento y localización, la obligación de mantener registros y medidas de seguridad, así como de prevención, para todas las personas que participan en la cadena de suministro. También insta controles en las zonas francas, de tránsito internacional y a las ventas libres de derechos de aduana (OMS, 2013b).

En una segunda parte abarca asuntos relacionados con los actos delictivos y el cumplimiento de las disposiciones. Para esto, define como ilegales ciertas actividades, impulsa a que las Partes dispongan de sanciones para las personas físicas o jurídicas responsables, el pago de multas proporcional al monto de los impuestos no percibidos y la destrucción de los productos decomisados (OMS, 2013b).

En una tercera parte, se aborda el tema de la cooperación internacional como las medidas sobre el intercambio de información en el cumplimiento de la ley, la cooperación técnica, la confidencialidad de datos, la asistencia administrativa y jurídica recíproca, y la extradición. Mientras que la Secretaría del CMCT será también la Secretaría del Protocolo; pidiéndosele que instituya un grupo de expertos para que den asesoramiento técnico y jurídico sobre el PECIPT a los países que lo soliciten (OMS, 2013b, p. 2).

En el momento en que se cerró el periodo para que fuera firmado el PECIPT, únicamente lo habían hecho cincuenta y tres Estados y la Unión Europea. No obstante, han sido menos las Partes que lo han aprobado, ratificado o se han adherido, contabilizándose a enero del 2017 únicamente veintisiete Partes, necesitándose un mínimo de cuarenta para que este pueda entrar en vigor. En toda Latinoamérica, únicamente, cinco países lo han hecho, en cuenta Costa Rica, que junto con Panamá y Nicaragua es de los tres países centroamericanos adherentes (United Nations, s. f.).

MARCO JURÍDICO DEL TABACO EN COSTA RICA



Contexto histórico del marco jurídico sobre el tabaco

Se destaca un recorrido histórico por las distintas medidas y regulaciones que han dictaminado las autoridades nacionales en relación con el tabaco desde su dimensión productiva-comercial, hasta su utilización como producto de consumo. Al incorporar esta perspectiva de largo plazo, es posible colocar a la Ley N.º 9028 en el continuo histórico de disposiciones regulatorias que el Estado, en sus distintas etapas de desarrollo, ha tenido para con el tabaco. Sobre todo, visualizando cómo es que hasta entrada la segunda mitad del siglo XX es que comienzan a aparecer disposiciones sobre el consumo del producto en cuestión, ya que, desde los primeros años de la colonia, las disposiciones sobre el tabaco estuvieron mediadas por términos económicos de producción y comercialización.

El tabaco: su producción y comercio

En este sentido, Costa Rica ha tenido una larga relación con este producto, que se remonta a la utilización con fines recreativos y rituales que le daban los grupos indígenas que habitaban el actual territorio nacional antes de la llegada de los españoles. Asimismo, en el periodo colonial, las familias de mestizos que fueron poblando las villas, continuaron con la siembra de plantas de tabaco con carácter de autoconsumo, por lo que parecía ser un cultivo importante en términos sociales para esos momentos, pero estaba lejos de representar un producto de valor en términos económicos para la desamparada provincia de Costa Rica (Acuña, 1978, p. 283).

Fue hasta la segunda mitad del siglo XVIII cuando se experimentó un crecimiento en la producción y comercialización, especialmente al mercado de Panamá y Nicaragua, emparejado con el decaimiento que presentaba el cacao para esas épocas. En el año 1766 el control español a través del Reino de Guatemala estableció el estanco de tabaco en la provincia, que, entre otras reglamentaciones, se llegó a obligar a los comerciantes y cosecheros a presentar una declaración jurada con la cantidad de los distintos tipos de tabaco que tuvieran, así como la cantidad de producto cosechado, so pena de

decomiso en caso de que no procedieran de esa manera. Esa medida inició los primeros controles estatales sobre la comercialización de tabaco, que en los siguientes años se vivieron periodos cortos de mayores y menores restricciones (Acuña, 1978, p. 287).

Para 1787 se le concedió a Costa Rica el monopolio exclusivo de la producción de tabaco para abastecer el mercado del Reino de Guatemala, por medio de la Factoría de Tabacos que se había erigido en San José tres años antes. Si bien esta medida solo tuvo una duración de cinco años, permitió un gran auge económico para la provincia por todo el proceso de producción y administración que la actividad requería, por ejemplo, con las tercenas, que eran almacenes de la misma factoría que recibían el tabaco y lo vendían para consumo interno (Acuña, 1978, p. 303).

Después de un periodo de prohibición por tres años de siembra del producto, en 1795 se permitió nuevamente, pero con una reglamentación mucho más restrictiva que las anteriores, donde básicamente la factoría designaba quiénes, dónde y cuánta cantidad de tabaco podían sembrar. Con todo lo anterior, las autoridades ejercieron estas medidas con el fin

de proteger el monopolio por parte del Estado, y a la vez combatir el contrabando y las siembras ilegales que, paralelamente, se incrementaban conforme las restricciones aumentaban (Acuña, 1978, p. 304).

La tensión entre las autoridades estatales, los productores y comerciantes del tabaco en torno a las regulaciones que se imponían continuó en los primeros años del siglo XIX, donde, por ejemplo, en 1808 varios cosecheros disconformes con las regulaciones, enfrentaron a los guardas de la factoría, hurtaron tabaco y amenazaron a algunos funcionarios. En 1812, las autoridades tuvieron que eliminar el estanco por un año como medida paliativa ante el temor a la expansión de la insurrección que había tenido en Nicaragua contra el monopolio y que tuvo eco en Nicoya. Por otro lado, algunas autoridades coloniales también se mostraron contrarias al control de la producción y venta de tabaco, abogando por la liberalización del producto (Acuña, 1978, p. 323)

Aun así, llegada la independencia a los estados centroamericanos, a pesar del desorden administrativo inicial que este acontecimiento provocó en todos ellos, el control de este cultivo siguió en manos estatales en cada uno (González, 1984, p. 75). Y fue hasta la constitución de la Federación Centroamericana en 1824 cuando se restablece el monopolio regional del tabaco por medio de la Dirección General de Rentas, el cual va a ser criticado por las autoridades locales, ya que, en vez de generar beneficios económicos como uno de los principales productos de exportación para esos años, generaba perjuicios en las rentas del naciente Estado (Díaz y Viales, 2012, p. 32-37).

Las medidas alrededor del monopolio del tabaco continuaron siendo severas, ya que el número de cosecheros y las áreas de siembra las establecía la factoría. Realizando una selección

rigurosa del producto que compraba de los productores, en tanto las hojas de mala calidad eran quemadas sin que aquellos recibieran ninguna indemnización. También se destinaba una cantidad considerable de guardias para vigilar los distintos caminos de traslado del producto, con el fin de evitar robos o trasiego de contrabando. Mientras que otros funcionarios se encargaban de destruir y quemar las siembras ilegales, imponiéndoles una multa a los dueños del terreno (González, 1984, p. 86).

Una vez que los políticos al mando decidieron separar a Costa Rica de la Federación de Repúblicas Centroamericanas en el año 1838, la disputa giró en torno a continuar con el monopolio estatal o liberalizar la producción. Para los siguientes años se optó por que el Estado costarricense continuara administrando la producción, pero permitiendo mayores libertades a los cosecheros; como, por ejemplo, concesionando más terrenos para sembrar, autorizando el cultivo de la especie "chicagre"¹ y creando más tercenas en las cabeceras de cantón con el fin de combatir el contrabando (Arrieta, 1973; Chaverri, 1995, p. 5).

La ambivalencia sobre el producto permeó las décadas posteriores, ya que en 1850 se tomó la decisión de abolir el monopolio estatal, pero apenas un año después el Estado regresó a controlar todas las etapas productivas del tabaco. La misma situación se repitió en 1869 cuando se abolió el monopolio, restableciéndose en 1871 por considerarse que liberalizar el cultivo y comercio atentaba contra las arcas del Estado (Arrieta, 1973, p. 22)

El tabaco continuó estancado hasta que, en 1896, el entonces presidente, Rafael Iglesias, firmó la ley por la cual quedó abolido el monopolio y declarándose libre el cultivo y comercio en todo el territorio (Chaverri,

¹ Tipo de tabaco que se sembró en Costa Rica durante el siglo XIX.

1995, p. 5). A partir de ese momento, se dio un crecimiento en la producción local que conllevaría a que a inicios de siglo XX se establecieran las primeras industrias dedicadas a la manufactura de productos de tabaco, especialmente en forma de cigarrillos; dejando de lado la producción artesanal y casera que había prevalecido en las décadas anteriores. Por ello, para 1907, se tiene cuenta de la primera industria rudimentaria para la elaboración de cigarrillos de la fábrica La Moderna. Tres años antes ya existía una cigarrera que se encargaba de comercializar marcas importadas (Andueza, 1957, p. 5).

No obstante, fue en 1912 cuando se estableció la Republic Tobacco Company, que vino a representar la primera industria fuerte en la elaboración de cigarrillos, movilizando una serie de recursos técnicos y de capital en la mejora de los cultivos y en la propaganda sobre la superioridad de sus productos por sobre los cigarrillos amarillos, de elaboración artesanal (Arrieta, 1973, p. 29,30). Por otro lado, en 1932 se fundó con capital nacional la Tabacalera Costarricense S.A.,² logrando acaparar junto con la Republic Tobacco Company la mayor parte del mercado local de consumo de cigarrillos (Andueza, 1957, p. 9).

En estas primeras décadas del siglo XX, el Estado costarricense financió a los cosecheros de tabaco mediante las juntas rurales de crédito del Banco Nacional, con el fin de que estos pudieran cumplir con la producción que las compañías exigían. Sin embargo, esta relación entre los productores con los industriales fue conflictiva y desigual, debido a las condiciones de compra que imponían los segundos, por lo que se tomaron dos medidas para paliar la situación. La primera fue la organización de varios productores para crear cooperativas tabacaleras,

con el fin de hacerle frente colectivamente a las compañías (Andueza, 1957, p. 84-89).

Y la segunda, aún más importante, fue la intervención del Estado en la creación de la Junta de Defensa del Tabaco, por medio de la Ley N.º 2072 del año 1956, la cual tenía como fin establecer relaciones equitativas entre los productores e industriales del tabaco en beneficio económico para ambas partes (Chaverri, 1995, p. 5).³ Esta junta estuvo integrada por un representante del Ministerio de Agricultura e Industrias, uno del Ministerio de Economía y Hacienda, otro del Consejo Nacional de Producción, un representante calificado de los agricultores tabacaleros y un representante de las empresas del tabaco. Además, la ley aumenta el impuesto a la elaboración de cigarrillos con tabacos nacionales y extranjeros por cajetilla de veinte unidades, que ya existía desde la Ley N.º 34 de 1940 y el Decreto-Ley N.º 355 de 1949 establecido por la Junta Fundadora de la Segunda República.

La intervención del Estado para este periodo se puede observar en las consecuentes modificaciones al impuesto, ya que tres años después de la anterior legislación, una nueva ley derogó el impuesto, estableciendo uno nuevo con la CCSS como encargada de administrarlo; siguiendo la división entre cigarrillos que se elaboran con tabaco nacional, con tabaco extranjero, con tabaco mixto y para aquellos cigarrillos ya elaborados importados. Dos años después se aprobó la Ley N.º 3021 que, entre otros productos, establecía un nuevo impuesto al producto y a la vez daba origen al futuro subsidio tabacalero y la ley de pago de pérdidas. Mientras que, en 1970, la Ley N.º 4630 aumentó el precio de venta de la cajetilla y el impuesto existente.

² En 1976 vendió la mayoría de sus acciones a la compañía Phillip Morris International.

³ La Junta de Defensa del Tabaco fue suprimida por medio de la Ley N.º 8066 del año 2001.

Primeras regulaciones sobre el consumo de tabaco⁴

Es en la década de 1970 que se inició una expansión de los cultivos en varias zonas del país, correspondiendo al interés de los gobiernos anteriores de diversificar la producción agrícola, a la vez que la Junta de Defensa del Tabaco estableció varias agencias regionales (Chaverri, 1995, p. 6). Paralelamente, es en esta década que aparecen las primeras disposiciones sobre el fumado propiamente, dejando de lado las regulaciones que solo hacían mención al tabaco en su componente productivo y económico. Así, por medio del Decreto N.º 1520-SPPS de 1971 se exigió la incorporación de una advertencia de uso en los paquetes de cigarrillos, mientras que en 1979 el Decreto N.º 11.016-SPPS prohibió la publicidad de cigarrillos no autorizada por el Ministerio de Salud.

Hay que recordar que fue en ese contexto que se creó la Ley General de Salud N.º 5395, que actualmente rige, la cual estipula que la salud es un bien de interés público que debe ser tutelado por el Estado como una de sus funciones esenciales, tal y como lo establece el artículo 50 de la Constitución Política de Costa Rica. Y lo hace por medio del Ministerio de Salud, institución encargada de la política nacional, la normativa, planificación y demás coordinación de medidas que deban tomarse relativas a la salud.

Luego de esas disposiciones vía decreto, pasaron casi diez años para que volviera a aparecer alguna otra reglamentación en relación con el consumo del tabaco. Ya para la década de 1980 algunos estudios a nivel mundial comenzaron a cuestionar el impacto del humo

de los cigarrillos en la salud, lo que llevó a que las autoridades nacionales en dicha materia comenzaran a tomar medidas al respecto. Esto se vio materializado cuando en 1986 llegó el nuevo ministro de salud, Edgar Villa Mohs, quien en un periodo de tres años promulgó nueve decretos restrictivos al uso del tabaco, entre los cuales estaba la prohibición a los funcionarios públicos de fumar en el trabajo, la prohibición general de fumar en los lugares de trabajo, en cines o teatros, en vehículos de transporte público, la restricción de venta de cigarrillos a menores de edad, la colocación de letreros de no fumado en lugares visibles y la exigencia de advertencias sobre los efectos perjudiciales del tabaco en las cajetillas y en los lugares prohibidos para fumar (Salazar, 1999, p. 61-62).

Por un lado, el IAFA, la Asociación Costarricense de Salud Pública (Acosap) y la CCSS realizaron campañas de advertencia sobre las consecuencias del fumado a la salud, repartiendo materiales educativos y organizando eventos informativos (Crosbie, Sebrie y Glantz, 2013, p. 2-3).

Todo lo anterior hizo que para inicios de la década de 1990 se pensara en una iniciativa de ley de regulación del fumado, pues se consideró que, si el porcentaje de fumadores era elevado, más lo era el de los no fumadores, que contra su voluntad se veían compelidos a aspirar el humo que expelían los fumadores, de manera que el número de afectados era mayor. Por lo que algunos diputados habían hecho propuestas con diferentes proyectos al respecto, como lo fueron: el expediente N.º 11.057 ley reguladora

⁴ Ver recopilación de normativa sobre consumo de tabaco en el anexo N.º 3.

de la publicidad del cigarrillo en los medios de comunicación; el expediente N.º 10.252 llamado ley que establece la prohibición de la publicidad comercial que promueve el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas; el expediente N.º 10.571 titulado reformas a la ley sobre ventas de licores #10 del 7 de octubre de 1938 y sus reformas; el proyecto N.º 11.239 bajo el

nombre de prohibición de la publicidad de la propaganda de productos derivados del tabaco o que se consuman mediante el fumado; y el proyecto N.º 11.702 ley de distribución del impuesto sobre el consumo de cigarrillos; todos ellos rechazados y archivados (Chaves, 2012, p. 15).

La Ley N.º 7501

No fue hasta 1992 que la entonces diputada Sonia Rodríguez Quesada presentó ante la Asamblea Legislativa, un nuevo proyecto de ley bajo el expediente N.º 11.545 con el nombre de Ley de Prohibición del Fumado en Centros de Trabajo y Medios de Transporte Público, enfocada inicialmente en el uso del cigarrillo en los espacios de trabajo y medios de transporte público, pero en el cual se le incluyó posteriormente la prohibición de publicidad de cualquier producto asociado al tabaco (Crosbie et al., 2013, p. 3). Se pretendía proteger, especialmente, a quienes no poseían el hábito de fumar.

Sin embargo, como una forma de presión ante el proyecto de ley, las compañías tabacaleras -en conjunto con asociaciones locales de hospitalidad- implementaron algunos programas que también habían desarrollado en otros países latinoamericanos, con el objetivo de promocionar el concepto de áreas de fumado ante la amenaza de los llamados espacios 100% libres de humo de tabaco. Igualmente, en un principio una gran mayoría de legisladores estaban de acuerdo con la prohibición completa de la publicidad de marcas de cigarrillos, pero finalmente se modificó con el fin de que se permitiera la publicidad regulada (Crosbie et al., 2013, p. 4).

Después de muchas sesiones y mociones presentadas por los diputados y discusiones en la comisión legislativa, es por medio de una moción del entonces diputado Antonio Álvarez Desanti que se solicita que se le cambie el nombre del proyecto de ley para que se llame Ley Reguladora de Fumado. Así fue como finalmente se aprueba el 5 mayo de 1995, mientras que su posterior reglamento fue dado por el Decreto Ejecutivo N° 25462-S el 29 de agosto del año siguiente.

Entre algunas de las principales características de la ley era que establecía la obligación del Poder Ejecutivo por velar para que la información respecto del consumo del tabaco y sus derivados fuera objetiva. En ese sentido, la ley estableció una serie de restricciones a la publicidad del tabaco, tanto en su contenido, como en los lugares y espacios de difusión, con el objetivo de proteger a los menores de edad.

Asimismo, la Ley N.º 7501 establecía en su articulado los 25 sitios prohibidos para fumar. Ante estas prohibiciones, se delimita dentro de los cines, teatros, museos, auditorios, clínicas, instalaciones deportivas techadas o lugar de recreación con presencia de menores de edad, en los lugares de uso colectivo (que podía ser una gran mayoría de los lugares pues era aquella donde se prestaran servicios al público) y en

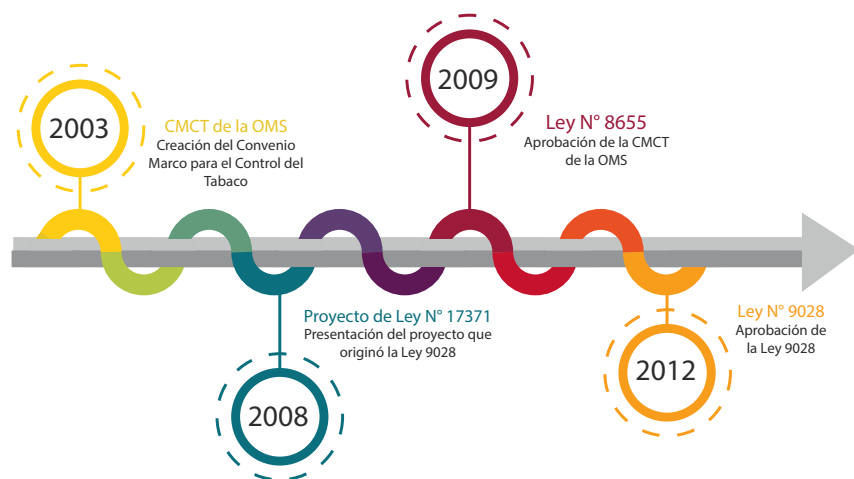
las oficinas o instalaciones del sector privado siempre que fueran techadas y dedicadas a un uso colectivo. Esto en el proyecto inicial lo que se indicaba eran “instalaciones deportivas cerradas”, considerándolo un concepto indeterminado, por lo que posteriormente se cambió a “instalaciones deportivas techadas” (Sistema Costarricense de Información Jurídica [SCIJ], s. f., art. 2).

Otros de los lugares prohibidos para fumar eran los vehículos de transporte remunerado de personas; centros de enseñanza públicos y privados, dependencias estatales ubicadas bajo techo y que se destinaran al uso colectivo, oficinas, talleres, fábricas, plantas, bodegas o instalaciones del sector privado, siempre que fueran techados y de uso colectivo. Se exceptuaban de esta disposición, los centros de diversión o esparcimiento dedicados exclusivamente a personas adultas (SCIJ, s. f., art. 2).

Una de las innovaciones de la ley fue la creación del Consejo de Control de Propaganda del Tabaco, como órgano del Ministerio de Salud, que estuvo integrado por cinco miembros propietarios y misma cantidad de suplentes, nombrados por el Poder Ejecutivo por un período de cuatro años. La función de este aparato era regular todo lo relacionado con la publicidad, sancionando o retirando de circulación aquella que se considerara que atenta contra las disposiciones de la ley (SCIJ, s. f., art. 14).

Por otro lado, el reglamento de la ley establecía restricciones en los lugares donde sí se permitía fumar, como por ejemplo los centros de enseñanza públicos o privados donde el estudiantado estuviera compuesto por personas adultas. Había áreas destinadas para el fumado fuera de las aulas de clase, debiendo colocar en el lugar seleccionado un rótulo debidamente identificado con caracteres visibles y la leyenda “Área de fumado”. De igual manera, debía ocurrir en los ya mencionados, cines, teatros, auditorios, clínicas y demás, donde el rótulo era primordial para indicar a las personas del único lugar donde se permitía fumar.

Las prohibiciones mencionadas iban dirigidas por igual a los propietarios, administradores, trabajadores, usuarios, clientes y demás particulares, que independientemente de la causa, deban permanecer en las instalaciones mencionadas. La población reclusa del Sistema Penitenciario Nacional eran los únicos que se encontraban excluidos de la prohibición de fumar dentro de la cárcel en la que se encontrara, y la razón de esta excepción, fue, en palabras de la Lda. Teresita Arrieta, trabajadora social del Proceso de Atención a Pacientes del Programa Espacios Libres de Humo de Tabaco del IAFA, porque los componentes del cigarrillo “provocan la tranquilidad y la disminución de la ansiedad por parte de los reclusos”. (Chaves, 2012, p. 18).



Últimos intentos regulatorios

Mientras que las instituciones correspondientes continuaban mostrando datos sobre los perjuicios del fumado, especialmente entre la población joven, con apenas tres años después de haberse aprobado la Ley N.º 7501, un nuevo proyecto de ley en la Asamblea Legislativa intentó prohibir completamente la publicidad del tabaco. Paralelamente, otro proyecto de ley en ese mismo año intentó convertir todos los lugares de trabajo y públicos en áreas 100% libres del humo de tabaco. No obstante, las compañías tabacaleras presionaron para impedir que dichas iniciativas fueran discutidas, promoviendo sus propios programas como medidas que evitaron, finalmente, la aprobación de los proyectos (Crosbie et al., 2013, p. 2).

Misma suerte ocurrió con el proyecto N.º 14.884 del año 2002, el cual había nacido desde hacía un año antes a través de un proyecto conjunto entre la OPS, el IAFA, la CCSS y el Ministerio de Salud, tendiente a crear espacios 100% libres del humo de tabaco en los lugares

de trabajo de manera voluntaria por parte de las empresas. Dicho esfuerzo representaba una amenaza aun mayor para las compañías tabacaleras, ya que aparte de prohibir fumar en el trabajo, exigía advertencias más estrictas en las cajetillas de cigarrillos, prohibía la publicidad en televisión y prensa escrita, y aumentaba las penas por incumplimiento.

En este caso, el argumento de las tabacaleras fue que ellas mismas podían autorregularse en cuanto a su publicidad, llegando a un acuerdo de palabra con el entonces ministro de salud, Rogelio Pardo, quien a su vez dictaminó el Decreto N.º 31616 en el año 2003, que aumentaba la regulación en cuanto promoción, publicidad y patrocinio de los productos de tabaco. Lo anterior desencadenó que la Asamblea Legislativa archivara el proyecto de ley para el año siguiente (Crosbie et al., 2013, p. 7).

Ley N.º 9028

La Ley N.º 9028 fue enviada al Poder Ejecutivo por la Asamblea Legislativa el 22 de marzo del año 2012. Como su nombre lo dice, esta ley surge con el propósito de controlar el consumo del tabaco y los efectos negativos que implica en la salud pública costarricense. En los apartados siguientes se exponen aspectos importantes sobre los eventos que antecedieron a la constitución de la ley, así como las líneas de acción de la misma.



Antecedentes políticos

Los aspectos políticos que se llevaron a cabo durante el proceso que antecedió a la creación de la Ley N.º 9028 son importantes, debido a que permitirá comprender de manera breve, el contexto a nivel legislativo y ejecutivo que permitió su aprobación. Se hace un recuento de los hechos para conocer los actores que se vieron involucrados en la aprobación de la ley, los intereses que les movían, así como sus principales argumentos.

Como se mencionó anteriormente, en julio del 2003 Costa Rica firmó el CMCT, gracias en parte, a la presión que hizo la Acosap entre los legisladores de ese momento, ya que recolectó 10.000 firmas y las entregó al Congreso. Sin embargo, los años pasaron sin que el país ratificara por ley dicho convenio. Es así, que, en 2007, distintas instituciones de salud, guiadas por IAFA, conformaron la Red Nacional Antitabaco (Renata) para presionar por dicha ratificación, organizando actividades académicas y presentando datos a los legisladores (Crosbie *et al.*, 2012, p. 8).

Asimismo, es importante exponer la legislación sobre los derechos de los costarricenses, así como de los deberes estatales de

proteger la salud de los habitantes. Así, según el artículo 50 de la Constitución Política de Costa Rica, el Estado debe velar por la salud individual y colectiva de los costarricenses, en procura siempre del mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza y debe asegurar a toda persona el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y así proporcionar las herramientas para que se pueda cumplir lo estipulado.

Por ello es que surge, a través de la evolución el Estado y de la conciencia de las sociedades, la necesidad de crear mecanismos (en este caso legales y políticos) que enmarquen el comportamiento de todos los actores en una sociedad cuando estén sucediendo hechos que afectan el mejor estado de la salud de las personas.

Este proceso se llevó a cabo durante la Administración 2010-2014 bajo el mandato del Partido Liberación Nacional, con Laura Chinchilla Miranda como presidenta de la República y la Dra. Daisy Corrales como ministra de salud durante ese periodo.

Proceso legislativo

Documentos de la Dirección de la Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, así como estudios realizados en la Universidad de Costa Rica bajo la modalidad de tesis de graduación, han hecho registros sobre los acontecimientos que se llevaron a cabo desde el primer momento en que el documento con la propuesta de ley fue presentado a la Asamblea Legislativa.

Uno de los diputados que simpatizaba con las propuestas de Renata era el diputado del Partido Acción Ciudadana, Orlando Hernández, quien manifestó la intención de presentar un proyecto de ley regulatorio en materia de tabaco (Crosbie *et al.*, 2012, p. 8). De esta manera, el 9 de junio del 2009, dicho legislador hizo llegar el proyecto de ley N.º 17.371, que

fue presentado en el plenario de la Asamblea Legislativa junto con los siguientes diputados: Lesvia Villalobos, Rafael Madrigal, Francisco Antonio Pacheco, Patricia Romero, Sergio Alfaro, Olivier Pérez, Francisco Molina, Alberto Salom, Elizabeth Fonseca, Ronald Solís, Grettel Ortíz, Patricia Quirós, Jorge Eduardo Sánchez, José Joaquín Salazar, Guyon Massey, Óscar López, José Luis Vásquez, Andrea Morales, Edine von Herold, Gladys González, Federico Tinoco, Óscar Núñez, Sandra Quesada, José Ocampo, Olivier Jiménez, Hilda González, Xinia Nicolás, Maureen Ballester, Jorge Méndez, Saturninio Fonseca, Carlos Pérez, Francisco Marín, Fernando Sánchez, Alexander Mora, Salvador Quirós, José Rosales, Yalile Esna, Evita Arguedas, Luis Antonio Barrantes, Leda María Zamora, Carlos Gutiérrez, Ovidio Agüero, Luis Carlos Araya, Bienvenido Venegas, Mario Núñez, Gilberto Jerez y Olga Marta Corrales (Chaves, 2012, p. 106-107).

Fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta N.º 128 el 3 de julio y diez días después trasladado el 13 de julio a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales. A partir de ese momento se inició una serie de discusiones con distintos actores sociales que estaban involucrados en la temática.

Dicho proyecto, que en su inicio contaba con 56 artículos, fue muy diferente al que finalmente se aprobó. Por ejemplo, por citar algunas diferencias, los lugares que se establecían como prohibidos para fumar estaban poco clarificados.

De igual forma, inicialmente el dinero recolectado de los impuestos llegaría a la Caja Única del Estado, desde donde se iba a repartir a la CCSS el 60% de los ingresos, pero especificado un 50% para programas de prevención y la otra para el fortalecimiento de la Red Oncológica, autorizándose a esta institución a crear plazas y dotar de equipamiento,

infraestructura y medicamentos necesarios. Un 30% se predestinaría al IAFA y solo un 10% al Ministerio de Salud. Además, el dinero de las multas también ingresaría a la caja única y se presupuestaría a todas las organizaciones que trabajaran con programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por otro lado, los patronos debían otorgar obligatoriamente el permiso a los trabajadores con adicción para que asistieran a programas terapéuticos. Y a nivel de impuestos, se tenía contemplado un monto de cien colones (₡100) por cada cigarrillo, cigarro, puro o derivado de producción nacional o importado (Asamblea Legislativa, 2012, p. 14,27,30-32,35).

En la sesión ordinaria número 45 del 18 de noviembre de ese mismo año se crea una subcomisión integrada por los diputados Hernández Murillo, Gutiérrez Gómez y Tinoco Carmona para conocer del proyecto, esto de conformidad con lo estipulado en el artículo 125 del Reglamento de la Asamblea Legislativa. En esta sesión en particular fue donde se acordó hacer las consultas obligatorias y facultativas a los distintos entes e instituciones que tuviesen relación alguna con un proyecto como el presente, como lo fueron: la Cámara Costarricense de Restaurantes (Cacore), la Cámara Nacional de Comerciantes Detallistas y Afines (Canacodea), la Cámara de Industrias de Costa Rica (CICR), el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), la Tabacalera Costarricense S.A (PMI), BAT, la CCSS, el IAFA, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Ministerio de Hacienda, la Contraloría General de la República (CGR), el Colegio de Médicos, entre otros (Chaves, 2012, p. 107).

Otra subcomisión de salud se conformó por los diputados Aiza Campos, Hernández Cerdas, Quintana Porras, a la cual se presentó el primer texto sustitutivo del proyecto

inicialmente presentado, por medio de moción como procede, a los demás diputados para su debido estudio. A este le siguieron tres más, sugeridos por el Ministerio de Salud, otro de la subcomisión, otra del diputado Víctor Hernández y otros (Chaves, 2012, p. 109).

En la sesión ordinaria número 71 del 22 de marzo del 2011 se dieron a conocer y se votaron los textos sustitutivos y el informe de la mayoría que la subcomisión había nombrado respecto del proyecto. El informe de la subcomisión conformada por el diputado Luis Antonio Aiza, la diputada Damaris Quintana y el diputado Víctor Hernández del 29 de noviembre del 2010, que básicamente daba un apoyo total al proyecto exponiendo datos y demás, el diputado Hernández remitió a la Comisión su retiro de apoyo a este informe, pues consideró que por nuevos estudios realizados en compañía de gente de Renata, del Ministerio de Salud y las diputadas Carmen Granados y María Eugenia Venegas, un nuevo texto ha de ser el sustitutivo (Chaves, 2012, p. 110).

En votación, el informe de la subcomisión presentado por el diputado Víctor Hernández Cerdas fue desechado, el que sí se aprobó fue el propuesto por el diputado Aiza, sin embargo, hubo desacuerdo por parte de la diputada Venegas, con respecto a la elaboración de dos textos sustitutivos pudiendo modificar solo uno, y que estas cuestiones lo único que reflejaban eran distancias por intereses políticos, de manera que expresó su desconcierto (Chaves, 2012, p. 110).

En sesión ordinaria número 6 del 7 de junio del 2011, se recibió en audiencia al Dr. Roberto Castro, Coordinador de Renta y al Lic. Fabián Volio. Por un lado, el Dr. Castro expuso en relación con las disposiciones más importantes que establecía el Convenio Marco, su importancia en general a nivel mundial y la complejidad de

su aprobación. Para él, era importante atacar la publicidad y la comercialización para poder disminuir el consumo, sobre todo en los países en vía de desarrollo.

Por el otro lado, el Lic. Fabián Volio estaba en la línea del derecho de comercializar una sustancia lícita como es el cigarro, pues "es lícito y moral producirlo, distribuirlo y consumirlo" (Chaves, 2012, p. 114) y por lo tanto no puede haber una prohibición absoluta, recomienda cambiar definiciones de la ley como la espacio abierto y espacio cerrado, y lugar público. Ya en esta sesión se encontraban a menos de un mes de tiempo para poder aprobar el proyecto de ley, razón por la cual, se crea una subcomisión integrada por pocos diputados para la redacción de un texto sustitutivo, pidiendo que fuera ya el definitivo en aprobar (Chaves, 2012, p. 114).

Ya en la sesión plenaria número 81 del 6 de octubre del 2011 inició la discusión en el trámite de primer debate, de conformidad con el artículo 131 del Reglamento de la Asamblea Legislativa. Las mociones fueron presentadas vía artículo 137 del reglamento, que son aquellas destinadas a modificar un proyecto de ley en el fondo.

Luego de haber pasado por las mociones que lo modificaron, en la sesión plenaria N.º 144 del 20 de febrero del 2012 se procedió a votar en primer debate el proyecto de ley. Este contó con 46 votos a favor y solo 4 en contra; se intentó proponer una moción de revisión de la votación, pero esta fue rechazada. Asimismo, se estableció que se votaría en segundo debate esa misma semana, pero fue hasta el 27 del mismo mes que se sometió a votación. En esta ocasión se aprobó con 45 votos a favor y únicamente 2 en contra (Chaves, 2012, p. 190).

No obstante, los diputados opositores al proyecto sometido a votación, Adonay Enríquez, Ernesto Chavarría, Mireya Zamora,

Carlos Góngora, Damaris Quintana, Luis Rojas, Víctor Hugo Víquez, Jorge Angulo, Óscar Alfaro y Walter Céspedes, presentaron horas antes de la votación de ese día una consulta ante la Sala Constitucional, con el fin de que esta se pronunciara por algunos artículos que consideraban inconstitucionales. Se pretendía que con ello se suspendiera el segundo debate, pero dado que dicha consulta no fue notificada al presidente de la Asamblea Legislativa antes de la votación, la Sala dictaminó que admitía el recurso prohibiéndole al Poder Ejecutivo firmar y publicar el decreto respectivo, hasta tanto ellos resolvieran la sentencia (Asamblea Legislativa, 2012, p. 1883-1888).

El 20 de marzo, la Sala declara que ni el procedimiento legislativo ni los artículos 4, 5, 12, 18, 22 que tratan del impuesto a los productos de tabaco, la regulación sobre publicidad, promoción y patrocinio de estos, los lugares donde se prohíbe fumar y la cantidad mínima de unidades de cigarrillos para la comercialización, presentaban ningún vicio de inconstitucionalidad.

De esta manera, el 22 de marzo la ley se envió al Poder Ejecutivo para la firma de la presidenta Laura Chinchilla, junto con la ministra de salud, Dra. Daisy Corrales, el ministro de hacienda, Fernando Herrero, la ministra de economía, industria y comercio, Mayi Antillón, la ministra de trabajo y seguridad social, Sandra Pizsk y el ministro de seguridad pública, Mario Zamora. Oficializándose el 27 de junio por medio del Diario Oficial La Gaceta bajo el N.º 37.185-S-MEIC-MTSS-MP-H-SP.

Aun así, dicho reglamento no estuvo exento de polémica. En el momento en que salió a consulta pública, se informó que distintos sectores harían llegar las sugerencias para los

cambios que consideraban debía detener, como lo manifestó Cacore con el tema de la rotulación (Mendoza, 2012, párr. 5). Mientras que Renata objetó, que en la elaboración del reglamento entraron en juego intereses particulares que eran contrarios al espíritu de la ley desde el momento en que Casa Presidencial se encargó de continuar el proceso, por lo que afirmaron que era un reglamento vacío y una burla al trabajo de tres años para que se aprobara la ley, tal y como lo denunció el representante de esta agrupación, David Moreno, en un debate televisivo con la ex ministra Corrales (Renata, 2012a).

Específicamente, el punto discordante fue el artículo 5 en su inciso b), que menciona los centros de trabajo como sitios prohibidos para fumar, pero con excepción de los espacios abiertos que se encuentren dentro de la propiedad a una distancia no menor de cinco metros de la unidad productiva de trabajo o de sus lugares anexos o conexos. Esto llevó a que la Fundación Pro Derechos de los No Fumadores presentara un recurso de amparo, bajo el artículo 50 de la Constitución Política, para impedir dicho portillo que permitiría el fumado en centros de trabajo. Según los firmantes, la ministra Corrales manifestó que el cambio surgió por el reclamo de 700 empleados fumadores, la mayoría de zonas francas, por lo que el derecho de miles de costarricenses que no fuman no puede estar por debajo del bien particular de 700 fumadores (Renata, 2012b).

No se tuvo acceso a la resolución final de la Sala Constitucional, pero se sabe que el recurso de amparo no tuvo lugar, dado que el reglamento se ha mantenido hasta la actualidad sin ningún cambio desde que fue aprobado.

Líneas de acción de la Ley N.º 9028

La Ley N.º 9028 comprende las regulaciones y aspectos a tomar en cuenta para que esta funja como una política pública saludable, para efectos de este documento es necesario recorrer cada uno de los artículos para comprender el fondo de la materia jurídica a la que se somete el país para controlar el consumo y a venta en aras de buscar una mejora en la salud pública de los costarricenses, por lo tanto se muestra un resumen de las líneas de acción de dicha ley a partir del texto original publicado en La Gaceta el 26 de marzo del 2012.

El artículo 1 de la Ley N.º 9028 es fundamental pues define el objeto de la misma, que es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias tanto sanitarias, sociales, ambientales como económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco.

El objetivo es regular las medidas de reducción del consumo de productos elaborados con Tabaco, reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco como también el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo. Además, prevenir nuevos fumadores, promover la educación y la salud y combatir el comercio ilícito de estos productos.

La ley da paso a que el Estado por medio de programas y proyectos garantice a los consumidores la prestación de los servicios y tratamientos adecuados para combatir la adicción. Además, en el primer apartado de la ley se especifican los sitios prohibidos de consumo de Tabaco.

El capítulo II expone sobre los espacios libres de humo deberán estar identificados por medio de avisos que deben llevar la leyenda

“Prohibido fumar, ambiente libre de humo de tabaco” y el símbolo internacional de prohibido fumar.

El capítulo III de la ley es sobre las potestades y deberes de la autoridad sanitaria en este caso al Ministerio de Salud, el cual queda autorizado en el ejercicio de sus potestades sanitarias para exigir a los productores sobre las medidas estrictas y necesarias para poder tener su producto en las calles.

En el siguiente capítulo la ley hace referencia al etiquetado de los productos de Tabaco, en donde el encargado de aprobar los mensajes y advertencias que estos expondrán es el Ministerio de Salud. Se prohíbe además que las cajetillas o los cartones de los productos de tabaco contengan términos que los promocionen de manera equívoca, falsa o engañosa. El capítulo V, hace referencia a las prohibiciones de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados.

En el siguiente capítulo de la ley se cita sobre las prohibiciones a la importación, fabricación, comercialización o cualquier tipo de distribución de productos de tabaco y sus derivados, para esto se autoriza al Ministerio de Salud para que proceda a la destrucción, con métodos inocuos para el medio ambiente, de los productos confiscados por ingreso no autorizado.

Sobre medidas de vigilancia expone el artículo 14 que el Estado adoptará y aplicará, en todas las áreas económicas especiales o en zonas francas del país, medidas para vigilar, documentar y controlar especialmente el almacenamiento y la distribución de productos del tabaco que se encuentren en régimen de suspensión de impuestos o derechos.

El capítulo VII expone sobre la regulación de la venta y suministro de productos de tabaco en determinados lugares y espacios. Además, cita que la venta de productos de tabaco al público deberá realizarse, exclusivamente, en las cajas de pago o en puntos de venta de los establecimientos, de tal forma que estos no estén, directamente, accesibles al consumidor final. Además, hace referencia a que las personas menores de edad no podrán dedicarse a la venta o comercialización de productos de tabaco, ni ser empleados por otras personas para tal fin. Queda prohibido además vender cigarrillos sueltos o al menudeo, así como en cajetillas que contengan menos de veinte cigarrillos.

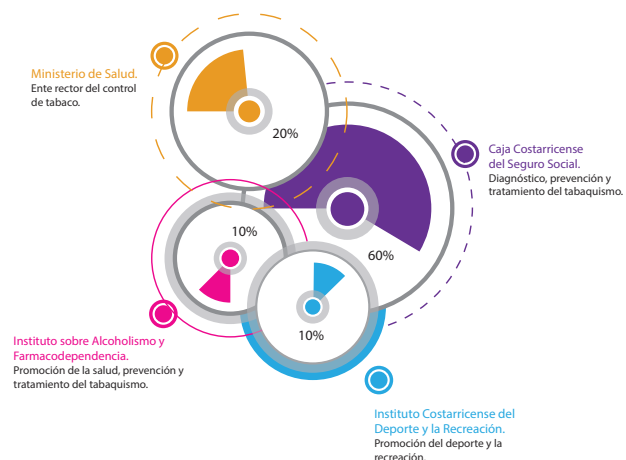
Seguidamente en el capítulo VIII, se propone la creación del *Programa Nacional de Educación para la Prevención e Información sobre el Consumo del Tabaco y sus Derivados*, a cargo del Ministerio de Salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Educación Pública y las demás entidades públicas vinculadas con la salud y la investigación, con el fin de elaborar y difundir información, programas educativos e investigaciones referidas a la prevención, el control y los efectos del tabaco.

Una de las partes más relevantes de esta ley es la creación del impuesto que se refiere a un impuesto específico de veinte colones (₡20) por cada cigarrillo, cigarro, puros de tabaco y sus derivados. La administración del impuesto creado en este capítulo corresponderá a la Dirección General de Tributación. Solamente se excluyen de este impuesto a productos destinados a la exportación, los sucedáneos de tabaco y los extractos y jugos de tabaco empleados en la preparación de insecticidas o parasiticidas.

El destino del tributo se distribuye de la siguiente manera¹:

- Un sesenta por ciento de los recursos se destinará a la CCSS para que sean utilizados en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo y en el fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional, para que sea utilizado en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos del cáncer.
- Un veinte por ciento (20%) se destinará al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la presente ley.
- Un diez por ciento (10%) se destinará al IAFA, para el cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley.
- Un diez por ciento (10%) se destinará al Icoder para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación.



1. Sobre este punto es necesario señalar que en el año 2019 se llevó a cabo una reforma al artículo 29 de la Ley No 9028. De este modo, los fondos recaudados serán distribuidos de la siguiente manera: Caja Costarricense del Seguro Social: Cincuenta y cinco por ciento (55%), Ministerio de Salud: Veinte por ciento (20%), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación: Veinte por ciento (20%) e Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia: Cinco por ciento (5%).

El capítulo X hace referencia a que el Ministerio de Salud regulará, controlará y fiscalizará el cumplimiento cabal de esta ley y sus reglamentos. Por otra parte, el MEIC deberá fiscalizar asuntos de comercialización.

Las municipalidades y el Consejo de Salud Ocupacional (CSO) del MTSS colaborarán en la fiscalización. Y el Ministerio de Seguridad Pública (MSP) colaborará con las autoridades indicadas en el control, la fiscalización y la ejecución de la ley y su reglamento.

Se propone la creación de un registro de infractores a cargo del Ministerio de Salud que se encargará de llevar el historial de faltas y sanciones que cometan los infractores de esta ley.

Las sanciones que se aplican a esta ley son las siguientes:

- 10% de un salario base a las personas físicas que fumen en los sitios prohibidos.
- 15% de un salario base a las personas que incumplan el deber de colocar los avisos de "Prohibido fumar".

- 50% de un salario base al responsable de una entidad donde se incumplieron los sitios de fumado, al que fabrique, importe o venda alimentos o juguetes que tengan la forma o el diseño de productos de tabaco, a quien venda cigarrillos sueltos o en cajetillas de menos de 20 unidades, entre otras ilegalidades.
- 10 salarios base a quien incumpla los trámites respectivos ante el Ministerio de Salud.

Las multas serán recaudadas por el Ministerio de Salud. Los recursos por este rubro deberán destinarse a las labores de control y fiscalización para el cumplimiento efectivo de la ley.

SITUACIÓN NACIONAL POSTERIOR A LA APROBACIÓN DE LA LEY 9028



Estado situacional posterior a la aprobación de la Ley N.º 9028

Es claro que desde que la ley entró en vigencia se han dado una serie de cambios en la situación nacional que está relacionada con el tema del tabaco. No obstante, puesto que la ley es de reciente aplicación, más allá de la encuesta GATS realizada en el año 2015 (que se analizará en el apartado siguiente), no existen mayores estudios que hayan abarcado o sistematizado los impactos de esta en sus distintas dimensiones, por lo que solo se pueden diagnosticar algunas líneas al respecto, a la espera de que puedan ser sustentadas por futuros estudios.

En términos socioculturales

La primera consecuencia se refiere al espacio desde donde se da la práctica del fumado. Al prohibirse fumar en varios espacios colectivos, el resultado ha sido, la cesación completa del consumo, o el traslado de la actividad a otros sitios. Así, se ha podido observar pequeños cambios en las conductas, ya que aquellas personas que fuman en el trabajo, bares o restaurantes han tenido que sustraerse de tiempos compartidos con sus pares para dedicarlos a fumar en las áreas donde no son prohibidas, como aceras y calles (Etnia Local, 2015, p. 14).

También, es posible considerar que, ante la proliferación de espacios libres de fumado a nivel colectivo, los fumadores hayan trasladado su práctica cada vez más al ámbito privado, es decir, a las casas o carros, espacios que comparten con miembros de los hogares, lo que trae consigo que estos estén más expuestos al humo de los cigarrillos (ABC, 2016).

Por ejemplo, una investigación de la Universidad de Granada, España, ha concluido que, a partir de la nueva ley antitabaco en ese país (la cual ha sido restrictivamente similar a la de Costa Rica en cuanto a los espacios públicos para fumadores) los niños han sido los principales afectados a la exposición del humo, debido a

que los padres intensificaron el consumo dentro del hogar. Si bien un estudio posterior puso en contradicho lo anterior (Berné, 2016, párr.6), resulta pertinente que se profundice en futuras investigaciones en esa posible consecuencia para el caso de fumadores habituales.

Otra de las repercusiones, es la variación en los productos de consumo distintos al tabaco y a su uso más común, por medio de cigarrillos. Primeramente, se presenta un mayor consumo de la marihuana que se ha reportado en los últimos años. Esto puede remitir a un impacto indirecto que puede estar provocando la ley, en tanto se entiende que explícitamente esta legislación no promueve el consumo de otras drogas, pero sus prohibiciones y campañas asociadas pueden tener un efecto colateral que propicie el aumento en el uso de la marihuana, la cual ha sido desde hace un tiempo la sustancia ilícita más consumida en el país (Cortés, 2012, p. 4).

Al respecto, en las encuestas del último decenio es posible observar cómo la cantidad de personas que utilizan esta droga ha aumentado. Mientras que, en 1990, la cantidad de personas entre 12 y 70 años que había probado esta droga alguna vez en la vida era de un 4%, once años después era un 5.5% y en la última encuesta del

2010 había subido a un 7.1% (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], s. f.). La misma tendencia creciente se repite para el consumo en el último mes y año.

Los sectores etarios que utilizan mayormente esta sustancia son los jóvenes y adultos jóvenes, ya que el pico más alto de uso se encuentra entre los 18 a 25 años. En cuanto a la edad de consumo inicial, de acuerdo con la última encuesta nacional de drogas, en el año 1990 la edad de inicio estaba en 19.1, diez años después era 17.7 y un decenio más tarde se establecía en 16.7 años (Cortés, 2012, p. 15). Sin embargo, una cifra distinta refleja las encuestas nacionales sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, según las cuales, entre el 2006 y 2015 la edad promedio de inicio del consumo se había mantenido en 13 años (IAFA, 2016a, p. 22).

Lo que sugieren estos datos es que la marihuana puede sobrepasar en algunos años al consumo de tabaco, que ha sufrido un doble proceso de deslegitimación social emparejado de la regulación estatal con la ley en cuestión. Una línea de investigación que necesita profundizarse es cómo la percepción entre estas dos drogas puede ayudar a comprender las tendencias de consumo; por ejemplo, ha sido posible ver que la naturalización de marihuana hace que su consumo sea percibido como menos dañino que el tabaco, que se interpreta como un producto más industrializado (Etnia Local, 2015, p. 55).

Comparativamente, el caso que se puede asemejar en esta línea es Uruguay que, como se sabe, fue el pionero latinoamericano en cuanto a una regulación estricta del tabaco en el 2006, y siete años después legalizó el consumo, comercio y cultivo de la marihuana. Lo más cercano al respecto en Costa Rica ha sido el proyecto de ley N.º 19.256 presentado por el diputado Marvin Atencio en el año 2014, que

pretende legalizar y regular el uso de marihuana con fines medicinales.

En segundo lugar, los cigarrillos electrónicos, y demás sistemas electrónicos similares denominados vaporizadores, se han ido posicionado en el mercado como una opción de administración de nicotina, que al mismo tiempo es posible que se haya intensificado a partir de la entrada en vigencia de la ley. Según la OMS (2014b), los cigarrillos electrónicos son dispositivos que emiten vapor (con o sin nicotina) y hacen llegar a los pulmones una mezcla de varias sustancias químicas. Se fuma una mezcla formada normalmente por nicotina, propilenglicol y glicerina vegetal, aunque en algunos casos estos cigarrillos no contienen nicotina.

Según afirma dicho ente, el posible riesgo para la salud de las personas usuarias de estos cigarrillos electrónicos todavía está por determinarse. Eso sí, la mayor parte de estudios efectuados hasta la actualidad son concluyentes en algo: la cantidad de productos tóxicos y perjudiciales presentes en los cigarrillos electrónicos representan una fracción mínima con respecto a los cigarrillos tradicionales. (OMS, 2014b, p. 7).

Debido a que la Ley N.º 9028 no hace explícito el concepto de cigarrillo electrónico, el reglamento posterior lo incorporó en sus definiciones, ampliando la prohibición en los lugares donde no se permite fumar, ya que aclara que no es permitido mantener productos de tabaco que contengan nicotina que expidan humo, gases o vapores (Decreto Ejecutivo N.º 37.185, 2012, p. 8). Sin embargo, debido a que no todos los cigarrillos electrónicos pueden llegar a contener nicotina, se hace difícil poder controlar el uso de los dispositivos en términos de la ley y el reglamento.

Figura 12: Detalle de un cigarrillo electrónico convencional



Fuente: Silver, 2015

En el 2013, el Ministerio de Salud buscó prohibir la importación total de estos cigarrillos, buscando que la aplicación de este proyecto no rigiera como un agregado a la ley en cuestión, sino a la Ley General de Salud; sin embargo, actualmente no hay registros de que esa iniciativa haya continuado para concretarse.

De forma paralela se ha llevado una discusión alrededor de las propiedades terapéuticas del cigarrillo electrónico como herramienta para la cesación de consumo de tabaco. Teresita Arrieta, representante de Renata, afirmó que se han abstenido de aprobar este producto por la ausencia de estudios científicos respaldados por laboratorios oficiales y reconocidos. Se expone que mientras que tengan nicotina, van a producir dependencia (Pardo, 2013, párr. 18).

Sin embargo, a pesar de que existen productos sustitutos que contienen nicotina, este producto no tiene un protocolo que respalde una recomendación a nivel nacional. Partiendo de lo anterior, no pueden ser considerados una terapia de remplazo, como sí lo son los parches

o los chicles (Pardo, 2013, párr.17); situación distinta a algunos países latinoamericanos, como Argentina, Brasil y Colombia, que han tomado la medida de prohibir la venta y consumo de los vaporizadores personales (Pardo, 2013, párr. 16).

Un reciente meta-análisis ha decidido hacer una nueva revisión de la información sobre los efectos a largo plazo de los cigarrillos electrónicos, conocidos también como *e-cigarettes* o *e-cigars*, en la abstinencia de fumar. Los resultados mostraron que estos dispositivos con nicotina sí pueden ayudar a las personas a dejar de fumar, ya que aumenta las probabilidades de dejar de fumar a los 6 a 12 meses en comparación con los que no tienen nicotina. Aun así, la calidad general de las pruebas se considera baja, en cuanto se basa en un reducido número de estudios, lo que tampoco pudo determinar si estos son mejores que los parches de nicotina para la abstinencia de fumar. Entre los efectos adversos secundarios más frecuentes se encuentra irritación de la

boca y garganta en el corto y mediano plazo (Hartmann-Boyce et al., 2016, p. 2).

Por otra parte, una de las mayores preocupaciones alrededor del tema es el papel que recientemente desempeñan estos dispositivos en el proceso de iniciación de consumo de tabaco. Al respecto, una encuesta a adolescentes de Oregon, Estados Unidos, en el 2015 expuso que los cigarrillos electrónicos son el producto de tabaco introductorio más usado entre estudiantes de octavo y undécimo año que habían probado o eran fumadores habituales.

Este resultado se da en el marco del declive de los últimos años en el uso de los cigarrillos convencionales, junto con un aumento del consumo de productos como las pipas de agua a nivel nacional en Estados Unidos (Hines, Fiala y Hedberg, 2017, párr.1).

En este contexto, la industria tabacalera ha visto en estos productos un mercado potencial, por lo que se ha aventurado a lanzar sus propias marcas de *e-cigarettes*, las cuales han publicitado con imágenes muy similares a como se hizo con los cigarrillos tradicionales en décadas atrás. Tal es el caso de la compañía Lorillard que tiene las marcas Blu y Skycig; Imperial desarrolló la marca Puritane; Altria cuenta con Mark Ten; Reynolds con Vuse; JMI con E-lites (Eriksen et al, 2015, p. 39).

Por otro lado, entre las dos compañías más importantes, la BAT, fue la primera de todas en lanzar Vype en el Reino Unido en el 2013, y ha estado desarrollando otros dispositivos en los últimos años, como iFuse en Rumania el 2015, Vype Pebble en diciembre del 2016 y más recientemente Glo para Japón. Además, adquirieron el grupo CHIC, una compañía líder de productos de vapeo de Polonia (BAT, s. f. a.).

Mientras que PMI adquirió en el 2014 Nicocigs, empresa líder del Reino Unido que produce productos desechables, recargables

y con sistemas de tanques. En el 2016 se informaba que esta compañía había invertido USD \$2.000.000 desde el 2008 en elaborar un producto menos dañino que el cigarro tradicional, para lo que han contratado 400 científicos de distintas ramas en una sede en Suiza. De ese trabajo han salido cuatro prototipos, el más conocido de ellos es el IQOS, y también están las marcas Solaris, Mesh y Teeps (El Financiero, 2016; PMI, s. f. a).

Otro de los argumentos en contra de los cigarrillos electrónicos está relacionado con la seguridad de estos dispositivos. Recientemente se han registrado varios casos de explosiones de cigarrillos electrónicos. La Agencia Federal de Gestión de Emergencias de Estados Unidos publicó un reporte de explosiones de estos dispositivos electrónicos, donde detallan que entre los años 2009 y 2014 hubo 25 incidentes de explosiones e incendios, comúnmente mientras las baterías se estaban cargando.

En ningún caso hubo muertes de por medio, pero hubo 9 heridos y 2 con quemaduras serias (FEMA, 2014, p. 1). Mientras que para el 2015, y los primeros meses del 2016, la Administración de Alimentos y Drogas de ese mismo país recibió 70 denuncias por explosiones (La Nación, 2017, párr. 6).

En Costa Rica, no se ha investigado la situación de este mercado, pero ante la cantidad de locales físicos y/o virtuales que han aparecido en los últimos años, se constata que se trata de un negocio que está en crecimiento. Precisamente, en una búsqueda preliminar en internet en junio del 2017 sobre locales que comercializan estos productos, se encontró que hay cerca de 26 sitios virtuales que venden cigarrillos electrónicos de distintos tipos, formas, colores y tamaños, varios líquidos de recarga con distintos sabores, baterías, resistencias, cargadores, tanques y demás accesorios

En términos de denuncias y sanciones

Ahora bien, una de las formas por las cuales es posible ver los efectos de la ley es a través del proceso sancionatorio de esta, tal y como lo estipula el capítulo X sobre el control, fiscalización y sanciones. Luego de la promulgación de la ley antitabaco, se crearon mecanismos para que las personas pudieran denunciar a quienes infringían las distintas restricciones, ya fueran personas físicas o encargados de espacios públicos y privados.

En este sentido, se cuenta con la Oficina de Atención al Cliente en el nivel central y las áreas rectoras del Ministerio de Salud a nivel local, en donde la denuncia puede ser presentada por escrito o por medio de un formulario de presentación de denuncias, para el cual existe una guía específica. Una vez hecha la denuncia, el infractor quedará con la multa pendiente por cuatro años en los sistemas del Ministerio hasta que no proceda a cancelar la deuda.

Además, el Ministerio tiene a disposición el módulo en línea Sinfra (Sistema de Infracciones), el cual presenta una plataforma tipo formulario para ingresar los datos de la persona que hace la denuncia y la información requerida para hacer la queja formal. Información como el nombre, número de cédula y la dirección para notificaciones son datos necesarios, y se permite hacer la denuncia de manera anónima, pudiéndose incluir fotografías y vídeos como pruebas de la denuncia.

Este sistema para recibir denuncias está en concordancia con lo dispuesto en el artículo 35 de la ley, el cual establece que el Ministerio de Salud debe crear un registro de infractores, con el fin de llevar un historial de sanciones. No obstante, fue posible encontrar que esta ha sido una de las falencias en la aplicación de la

ley, ya que ha existido falta de coordinación a la hora de llevar la contabilidad de infracciones, así como el seguimiento a estas.

La problemática surge a partir de la entrada en vigencia del Sinfra en el año 2016, porque al sustituir al anterior sistema de registro, no ha sido posible establecer con claridad si los datos que se migraron incluían todas las denuncias de años anteriores o si solo las que tuvieron sentencia en firme (Arias, comunicación personal, 23 de setiembre del 2016). Además de los medios anteriormente descritos, el Ministerio posee otros dos sistemas distintos para las denuncias de terceros, uno de ellos es a través de la página web de la Dirección de Promoción de la Salud <http://aquinosefuma.go.cr/como-denunciar/> y el correo control.tabaco@misalud.go.cr. En estos momentos se pretende coordinar para que todas las denuncias lleguen a una sola plataforma para un mejor registro (Arias, comunicación personal, 23 de setiembre del 2016).

Con todo, en su acceso interno, el Sinfra tiene un conteo de 1577 infracciones hasta el 23 de setiembre del 2016, de las cuales 981 fueron hechas por medio de informe técnico, es decir por oficio del Ministerio, 395 por informe de instituciones públicas y 201 por medio de terceros (Arias, comunicación personal, 23 de setiembre del 2016). Según la información brindada, para el 2013 se lograron cobrar 305 multas y en el 2014 se cobraron 267 (Cabezas, 2015, párr. 4).

Parece ser que dos son las prácticas contrarias a la ley que generan problemas a nivel de multas. La primera es el fumado en espacios públicos y demás prohibidos, cuya falta es difícil para las autoridades a la hora de que se ejecute el cobro, y que a su vez son complicadas de

aplicar cuando no se encuentran los inspectores del Ministerio o los operativos de la Fuerza Pública en actividades conglomeradas, debido a la intermitencia del acto de fumar. La segunda ha sido potenciada por la entrada en vigencia de la ley y refiere al menudeo de cigarrillos ilegales y legales, que, si bien se da en algunos locales comerciales, la dificultad mayor a la hora de multar y discontinuar la práctica ocurre cuando este es realizado por personas en la vía pública con alto flujo de transeúntes, como en los bulevares de la capital.

Esto se ejemplifica con un reporte de denuncias que fue suministrado por la Dirección de Atención al Cliente del Ministerio de Salud, sobre el registro de la página <https://www.aquinosefuma.go.cr> para el periodo del 22 de

agosto al 22 de setiembre del año 2016. En este, de un total de 80 denuncias, 9 se hicieron al ver a personas fumando en espacios que se consideraban prohibidos y 71 por venta ilegal. La mayoría de denuncias se reportaron en Alajuela y San José, siendo los principales lugares de denuncia los supermercados, restaurantes, licoreras, centros comerciales, las aceras y paradas de transporte público.

En términos legislativos

La oposición a la ley no solo aconteció durante la discusión legislativa, sino que después de aprobada hubo momentos en los que esta se intensificó. El sector conformado por comerciantes e industriales de las cámaras empresariales, junto con las compañías tabacaleras, han alegado que algunos artículos de la ley son excesivos en la regulación.

Así, posterior a la aprobación por el Congreso, dicho sector ha manejado dos argumentos de oposición. El primero refiere a que la prohibición de fumar en bares y restaurantes podía traer pérdidas económicas para los dueños de estos lugares, por los clientes fumadores que podrían dejar de visitar los locales. Sin embargo, este temor inicial parece que no se cumplió en todos los sitios después de la aprobación de la ley (Vindas, 2013), y la experiencia en otros países que han aplicado leyes de creación de ambientes 100% libres de humo de tabaco ha mostrado que no existen

pérdidas económicas drásticas y que en general una mayoría de clientes se muestran favorables a la medida (Monge, 2012, p. 12; Eriksen *et al.*, 2015)

Y el segundo argumento, que es el principal y el más utilizado, tiene que ver con la prohibición de vender menos de veinte cigarrillos por paquete y su relación con el comercio ilegal, especialmente a través del menudeo, que tiene repercusión en los ingresos fiscales del país.

Este fue precisamente el motivo que dio pie a que durante el año 2015 en la Asamblea Legislativa se intentara modificar la ley en ese apartado, donde las cámaras de comercio, industrias, detallistas, turismo y hoteles emitieron un pronunciamiento de manera conjunta dirigido a los diputados para que permitiesen la venta de paquetes con diez cigarrillos como una forma de combatir el contrabando (Sequeira, 2015, párr. 3).

En agosto del 2015, la Comisión de Seguridad y Narcotráfico aprobó una moción en el proyecto de ley N.º 19.407 para incorporar una modificación en el artículo 18 de la Ley N.º 9028, en aras de que en este se establezca la prohibición de vender paquetes de cigarrillos con menos de diez unidades, lo cual provocó una divergencia de opiniones entre los diputados, ya que un grupo de estos, junto con el Poder Ejecutivo y Renata, se mostró contrario a abrir ese portillo, bajo el alegato de que detrás de ello hay presión de las tabacaleras que buscan abrir el mercado de consumidores jóvenes (Sequeira, 2015, párr.9).

En el mismo marco regulatorio fue presentado en el Congreso el proyecto de ley N.º 19.448 para ratificar el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, que había sido firmado en marzo del año 2013, lo cual se aprobó finalmente en segundo debate el 13 de septiembre de 2016.

En términos de comercio ilícito

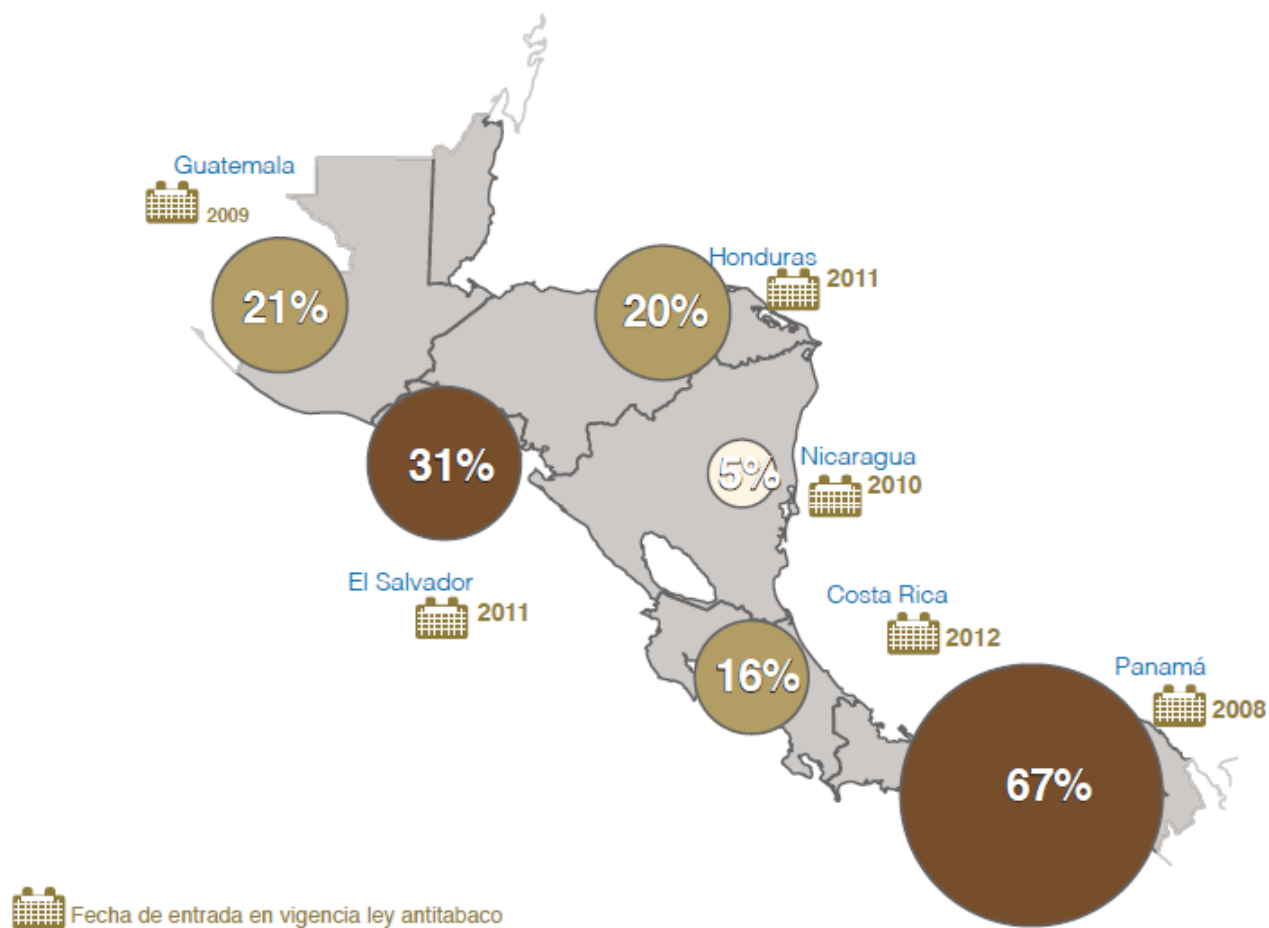
En los últimos años, los primeros intentos de acercarse a cifras que desdibujen el panorama del comercio ilícito en el país, han sido realizados por entidades privadas, incluyendo al sector opositor de la ley, debido a que esta actividad ha sido tan perjudicial a sus intereses como las regulaciones de la ley. Por tanto, las cifras estimadas han sido utilizadas por este sector para sustentar su propuesta de modificación a la ley.

Para el año 2013, se afirmaba que circulaban aproximadamente 1.350.000 cigarrillos ilegales, lo que representaba un 22.3% del mercado nacional (Castellanos, 2015, p. 54). De igual forma, la cantidad de cigarrillos decomisados durante el 2014 fue de 33.500.000 y en el 2015 de 24.200.000, dejando pérdidas aproximadas entre 21 y 25.000.000.000 en las arcas del Estado (Mata, 2015; Gutiérrez, 2016, p. 1). No obstante, para los primeros tres meses del 2016, se reportaron 35.000.000 de cigarrillos decomisados (Fallas, 2016, párr. 8), solamente

en un operativo realizado en setiembre de ese mismo año, confiscaron 40.000.000 de unidades valoradas en USD \$5.000.000 (Madrigal, 2016, párr.11).

El más reciente estudio al respecto, elaborado en octubre del 2016 por CID Gallup, a petición de la Cámara de Comercio Costarricense Norteamericana (Amcham, por sus siglas en inglés), afirma que la cifra que el Estado deja de percibir por este comercio ilegal es de USD \$26.000.000 (CID Gallup, 2016, p. 16). En este estudio, se hace una comparación a nivel de América Central sobre el incremento del comercio ilegal a partir de la fecha en que entraron en vigencia las leyes anti tabaco en cada país. Tal y como se muestra en la figura 14, Costa Rica aparece como el segundo país con menor incidencia, pero hay que tomar en cuenta el hecho de que fue el último país en aprobar una ley contra el tabaco basada en el Convenio Marco.

Figura 13: Legislación vs. incremento del comercio ilícito



Fuente: CID Gallup, 2016, p. 40.

Asimismo, presenta las rutas de trasiego ilegal en la región centroamericana, donde la Zona Libre de Comercio de Colón, Panamá, aparece como el sitio desde el cual se da la manufactura que se distribuye al resto de países, mientras que la Zona Libre de Comercio de Corozal de Belice es el otro punto importante de distribución para los países del triángulo norte centroamericano. Esto se da por la falta de controles que existe en ambas zonas, que permite la captación, almacenamiento y re-etiquetado de cigarrillos, en especial de marcas chinas e indias (CID Gallup, 2016, p. 4). Costa Rica tiene una de las rutas principales que se han trazado de este comercio, entrando por la provincia de Limón al Valle Central y de ahí una ruta secundaria para Nicaragua, como se ilustra en la siguiente figura:

Figura 14: Rutas de trasiego de cigarrillos ilegales en América Central



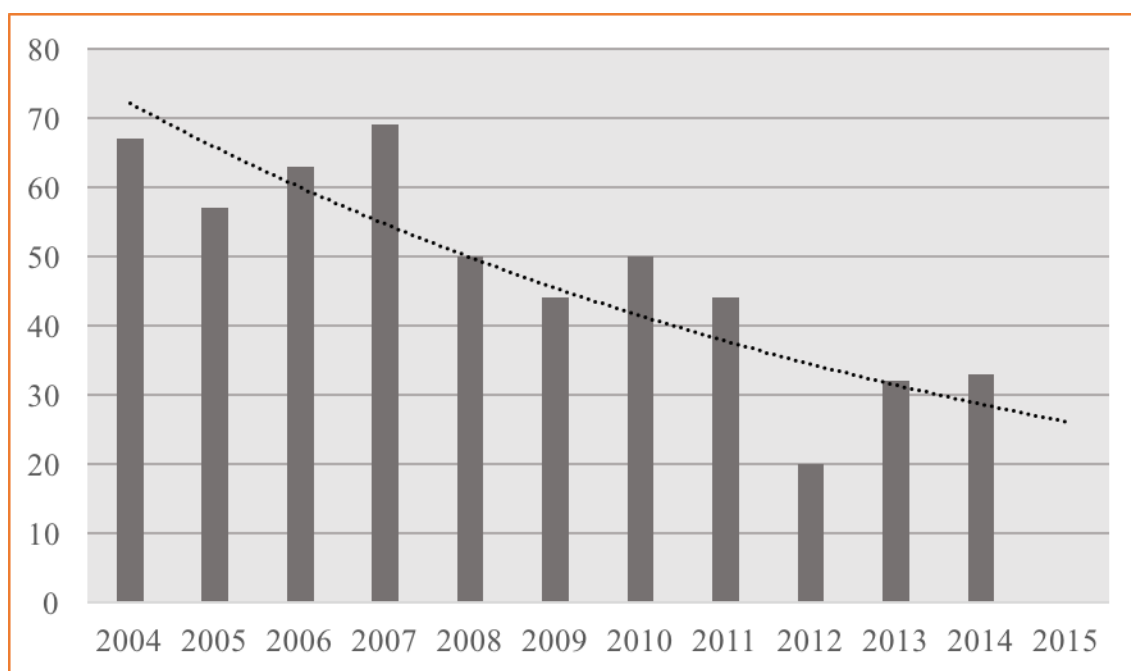
Fuente: CID Gallup, 2016, p. 33.

Precisamente, desde finales del 2014, Amcham ha intentado frenar el comercio ilegal en general mediante una aplicación desde la página web <https://www.mercadoilegal.com/>, en la que las personas pueden denunciar anónimamente los locales donde se presume que venden productos de contrabando, incluidos los cigarrillos, y cuyos datos son recopilados cada mes por el Ministerio de Hacienda para hacer la investigación correspondiente (Rodríguez, 2014).

En términos de economía del tabaco

Relacionado con los datos anteriores, es preciso mencionar que, en los últimos años, el cultivo parece haber dejado de tener importancia para el país en términos productivos. Esto porque se observa una baja sostenida en la producción de tabaco, donde cada vez son menos las hectáreas (ha) que se dedican a la siembra de este producto. Así, mientras que en 1994 la cantidad de tierra que se utilizaba era de 1042 ha, diez años después, solo se reportaban 65 ha. La baja continuó para el último decenio, como se ejemplifica en la figura 16:

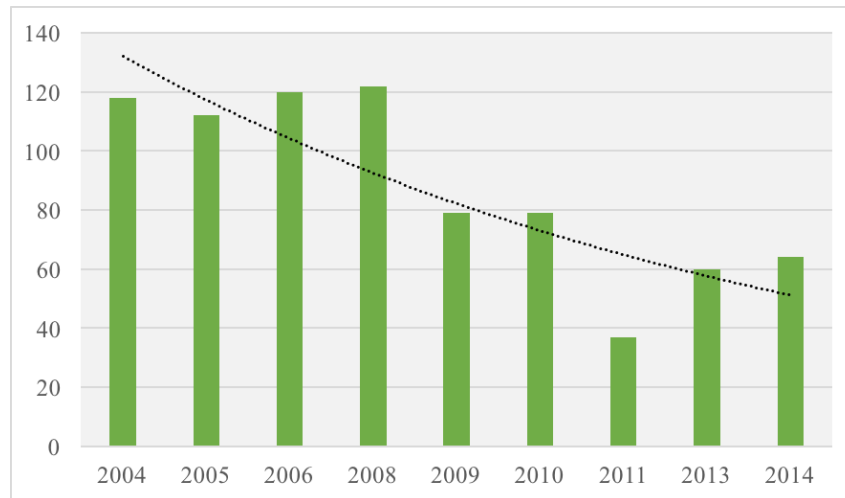
Figura 15: Cantidad de hectáreas de tabaco sembradas en Costa Rica para el período de 2004 al 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sepsa 2005-2015, 2016.

Para el año 2015, el área sembrada con tabaco cayó a un total de 20 ha, mientras que en el 2016 la cifra preliminar fue de 8 ha. La misma situación, en paralelo, se ha dado con la cantidad producida de tabaco por tonelada métrica (tm), donde en 1994 se produjeron 1797 toneladas, disminuyendo a solo 118 toneladas en el 2004. Las cifras para el período del 2004 al 2014 de toneladas métricas producidas se muestra en la figura 17:

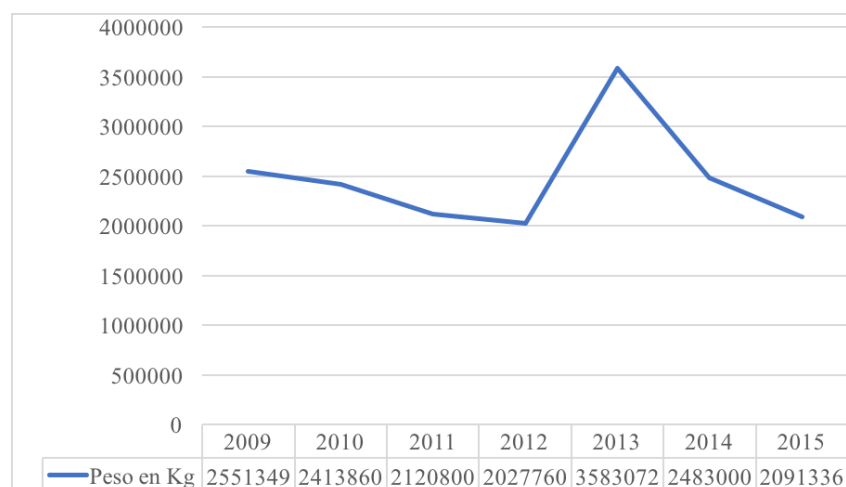
Figura 16: Cantidad de tabaco producido en toneladas métricas (tm) en Costa Rica para el período de 2004 al 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sepsa 2005-2015, 2016.

De acuerdo con datos recientes, la tendencia se ha mantenido durante el 2015 y 2016, donde se reporta una cantidad de producción de solo 40 tm y 14 tm respectivamente. Por otro lado, se ha notado una pequeña disminución en la cantidad de kilogramos (kg) de todos aquellos productos relacionados con el tabaco o sucedáneos, que incluyen los elaborados como cigarros (puros) y cigarrillos, importados al país en los últimos seis años, ya que para el 2009 se reportó una cantidad de 2.500.000 kg, disminuyendo en los tres siguientes años, para mostrar una alza en el 2013 y continuar decreciendo en los subsiguientes, hasta llegar a 2.000.000 de kg en el año 2015; tal y como se ejemplifica en la figura 18:

Figura 17: Cantidad de kilogramos brutos de productos de tabaco importados en Costa Rica entre el 2009 y 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda 2009-2015, s. f. a.

De acuerdo con las declaraciones juradas de ingredientes y emisiones de los productos de tabaco y derivados, que tiene a su disposición el Ministerio de Salud, hasta el 22 de setiembre del año 2016, existía en el país un total de 35 empresas que comercializan distintos productos y marcas de tabaco, siendo los principales puros, cigarrillos y líquidos para cigarrillos electrónico (ver anexo N.º 4).

Con todo, es necesario que se profundice en futuras investigaciones sobre estas cifras de la producción del tabaco, sus áreas de cosecha, importaciones, exportaciones, junto

con el mercado del comercio ilícito, todo ello a la luz de la legislación en contra de este, en tanto este ámbito también da pistas para entender el panorama de la práctica del fumado en el país. Ello en sintonía con el artículo 17 del Convenio Marco que se refiere a que las partes involucradas en el tema deben buscar alternativas económicas para todos aquellos que dependan de la actividad del tabaco como cultivo productivo.

Consumo de tabaco de acuerdo a la encuesta GATS

Al aprobarse la Ley N.º 9028 en el país, el panorama del consumo del tabaco a nivel nacional ha presentado importantes cambios, al respecto la encuesta GATS recoge ciertos datos que permiten visualizar el impacto de la ley antitabaco en Costa Rica en distintos ámbitos. A continuación, se discuten los resultados más relevantes arrojados por la encuesta GATS del año 2015.

Respecto a la cesación

El proceso de cesación del tabaco es aquel en el que las personas deciden abandonar el consumo de productos de tabaco. Este es un proceso muy difícil para el fumador(a), ya que implica que estará dejando de consumir la nicotina, droga esencial del tabaco, y sentirá -entre otras cosas- el síndrome de abstinencia (INAD, 2011).

El síndrome de abstinencia de la nicotina tiene síntomas como irritabilidad, problemas para dormir, déficit cognitivo de atención y aumento del apetito, los síntomas del síndrome de abstinencia se presentan de distintas maneras en cada individuo. Si bien es cierto, para algunas personas es más sencillo controlar

los síntomas del síndrome de abstinencia, para otras es un proceso por el que no pueden pasar solos y necesitan de apoyo y soporte mediante distintas estrategias para poder sobrellevar esta etapa (INAD, 2011).

Es por lo anterior, que se establece específicamente en el artículo 3 de la Ley N.º 9028, que, como parte de las estrategias contra el tabaquismo, el Estado se encargará de garantizar la prestación de servicios de ayuda y tratamiento para lidiar con el proceso de cesación de los consumidores.

De esta manera, la encuesta GATS para Costa Rica indica que 6 de cada 10 fumadores (58.6%) intentaron dejar de fumar durante el último año,

de esa cantidad, el 3.6% trató de dejar de fumar con ayuda de medicamentos, 6.7% recurrieron a la consejería o asesoramiento y el 64.7% intentó dejar de fumar sin ningún tipo de ayuda. El hecho de que la mayoría de las personas fumadores inicie el proceso de cesación por cuenta propia, potencia la posibilidad de presentar recaídas en el proceso y, por ende, no lograr un proceso de cesación exitoso y sostenido.

En relación con el servicio brindado por los centros de salud, acuerdo con esta encuesta, al 64% de las personas fumadoras que visitaron un servicio de salud en sus distintos niveles de atención, se les recomendó dejar de fumar. Asimismo, GATS registró que un 73% de las personas fumadoras actuales, conocen los efectos del tabaco y planeaban dejar este hábito (Ministerio de Salud, 2015a, p. 3).

Según los datos más recientes de la CCSS en cuanto al programa de cesación de las clínicas, al año están ingresando entre 900 a 1000 pacientes a estas, con una tasa total de éxito del 93% al terminar el programa y un 77% al completar un año, que es el periodo de seguimiento por medio de citas de control que se dan dadas las altas probabilidades de recaída en los meses posteriores de finalizar el programa (Reacio, 2017, p. 10).

Según lo registrado, los hombres entre los 20 y 65 años son los que han dejado de fumar más para los años de 2011 y 2015, ya que la cifra pasó del 24% al 15,9%. Mientras que, en el caso de las mujeres en ese mismo rango de edad, pasó de un 8% a un 5.4% (Rodríguez, 2017c, p. 3-4).

De manera reciente, la CCSS comenzó a utilizar el bupropión y la vareniclina como medicamentos para tratar la adicción física de los pacientes de las clínicas de cesación. Precisamente, en la Revista Médica en la Universidad de Costa Rica, en un artículo de González (2007) se realiza una reseña de la

vareniclina, en donde se resume la información del fabricante y algunos estudios sobre la efectividad del producto. A la conclusión que se llegó fue que la vareniclina había mostrado ser mucho mejor que el placebo y el bupropión para dejar de fumar en el corto plazo de tres meses, pero este no resuelve la abstinencia a largo plazo (González, 2007).

En una revisión de ensayos controlados aleatorios que analizaron la eficiencia de la vareniclina, citisina y dianiclina para abandonar el hábito de fumar, se comprobó que la vareniclina en dosis estándar aumentó de dos a tres veces las probabilidades de dejar de fumar en comparación con el placebo y fue más efectivo que el bupropión (Carhill et al., 2016, p. 3).

En el 2007, un metaanálisis analizó 150 estudios con más de 50.000 participantes con el propósito de determinar el efecto de la terapia de reemplazo de nicotina (TRN) en sus distintas formas, sea por medio de chicle, parches transdérmicos, spray nasal, inhaladores, tabletas o comprimidos, en comparación con el placebo. El resultado mostró que en cualquier forma las TRN aumenta las probabilidades de éxito para dejar de fumar independientemente del contexto (Stead, Perera, Bullen, Mant y Lancaster, 2008, p. 6).

Recientemente en el mercado farmacéutico nacional, apareció un nuevo producto que afirma permite ayudar a combatir la adicción a la nicotina. Lanzado por la farmacéutica After LifeScience, el Nicobloc es un fluido contenido en una botella con un gotero, el cual se aplica a los filtros del cigarrillo segundos antes de fumar. En la primera semana se coloca una gota, que bloqueará un 33% de la nicotina y el alquitrán que entra al cuerpo del fumador. En la segunda semana se colocan dos gotas, que permite un doble efecto y en la tercera semana hasta la sexta semana se utilizan tres gotas que

bloquean un 99% de estas sustancias. No se conocen estudios o análisis del mismo fabricante o independientes de este producto, pero se sabe que se comercializa libremente en varias farmacias y han participado en actividades sobre el fumado con el IAFA (Nelson, 2015, párr. 15)

Otra de las formas de cesación que han sido objeto de análisis son las distintas intervenciones del personal calificado para el abandono del hábito de fumar. Por ejemplo, en una revisión de las intervenciones motivacionales, que consiste en un estilo de orientación terapéutica centrada en el paciente desarrollado en un principio para el abuso del alcohol, se llegó a la conclusión de que estas tienen un éxito moderado en comparación con el asesoramiento breve, en especial si son administradas por médicos generales, en sesiones largas (de 20 minutos o más) (Lai, Cahill, Qin, y Tang, 2010). Un resultado similar se encontró con las intervenciones de orientación de parte de enfermeras, que a pesar de ser modesto es un efecto positivo en los pacientes que se encuentran en un contexto hospitalario (Rice y Stead, 2007, p. 6).

Respecto al humo de segunda mano

La Ley N.º 9028 establece en su artículo primero que uno de los objetivos de la misma es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, esta disposición busca proteger tanto a las personas fumadoras como no fumadoras.

En apartados precedentes se mencionó que en el mundo el humo de segunda mano mata a unas 600.000 personas no fumadoras al año, este humo se compone de dos formas de combustión, el que desprende del extremo

Igualmente, en contextos hospitalarios se ha medido el impacto positivo de las intervenciones preoperatorias para el abandono del fumado, que consisten en aprovechar el momento en que los pacientes van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas para motivarlos a dejar el hábito, en especial al hacer notar que las personas que fuman tienen considerablemente mayores complicaciones durante y después de una operación (Moller y Villebro, 2005).

Por último, recientemente se han aprovechado las nuevas tecnologías móviles para introducir distintas formas de apoyo para el abandono del fumado. Una revisión sobre la efectividad de las intervenciones con teléfonos móviles para la cesación a los seis meses de haberse desarrollado mostró resultados beneficiosos con 1.7 veces más de probabilidades de seguir sin fumar.

encendido del cigarrillo y la que exhala el fumador. El humo de segunda mano en espacios cerrados, por ejemplo, la casa, causa daños de manera instantánea aun cuando el fumador decida aislarse hacia otra habitación. Se estima que la nicotina en un ambiente cerrado puede tardar hasta 72 horas en desaparecer por completo por lo que es perjudicial para las personas que comparten estos ambientes (INAD, 2011).

Para Costa Rica, la encuesta GATS (2015) muestra que 6.3% de las personas adultas, habían estado expuestos al humo de tabaco durante el último mes. El 4.9% de las personas adultas

estuvieron expuestas al humo de segunda mano en el hogar al menos una vez al mes, mientras que el 7.9% de adultos estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno en restaurantes. Por su parte, el 17.7% de los adultos estuvo expuesto al humo de segunda mano en universidades en los últimos 30 días (p. 3)

De los datos presentados anteriormente, se debe destacar que una importante cantidad de personas adultas se ha visto expuesta al humo de tabaco ajeno en centros universitarios y restaurantes (17.7% y 7.9%, respectivamente), aun cuando estos lugares se han establecido como 100% libres de humo de tabaco en la legislación actual.

Ahora bien, el apoyo por parte de la población al establecimiento de lugares públicos como espacios libres de humo de tabaco es considerablemente alto. Los datos son los siguientes:

- Hospitales: 99.2%
- Lugares de trabajo: 98.5%
- Restaurantes 98.6%
- Bares: 94.6%
- Transporte público: 99.1%
- Centros educativos: 94.4%
- Universidades: 98.9%
- Lugares de culto: 99.1%

Es importante resaltar que aun cuando los bares están directamente asociados al consumo y venta de drogas lícitas, casi el 95% de la población apoya que en estos lugares se prohíba el consumo de tabaco y de esta manera se garantice este espacio como libre de humo de este producto.

En general, el 93.1% de las personas consultadas como parte de la GATS apoyaron las leyes para todos los espacios públicos anteriormente mencionados (Ministerio de Salud, 2015a, p. 4).

Respecto a la economía doméstica

La encuesta GATS analizó, además, los aspectos económicos del consumo de tabaco, permitiendo así identificar las fuentes de consumo de tabaco más relevantes. Como parte de los hallazgos, se determinó que la fuente más común de la compra de cigarrillos manufacturados eran los establecimientos comerciales (80.7%), seguido por tiendas libres de impuestos (6.2%), y vendedores callejeros (5.4%) (Ministerio de Salud, 2015a, p. 4).

Por otra parte, fue posible identificar que una proporción significativamente mayor de fumadores de cigarrillos manufacturados con edades entre 15 a 24 años, compraban cigarrillos de vendedores callejeros, representados por el

14.8%, en comparación con los fumadores de 25 años o más que representan el 3,1. Estos datos reflejan como los adolescentes y jóvenes constituyen uno de los principales blancos de la venta callejera de cigarrillos, especialmente en su modalidad de venta menudeo (Ministerio de Salud, 2015a, p. 4).

Para el 2015, los fumadores de cigarrillos gastaron en promedio ¢19.370 por mes en cigarrillos manufacturados. El monto promediado para 20 cigarrillos manufacturados fue de ¢1.328 y el costo de 100 paquetes de cigarrillos manufacturados (equivalente a 2000 cigarrillos) como porcentaje del PIB *per cápita* fue de 2.4%.

A partir de la aprobación de la Ley N.º 9028, el precio de los cigarrillos manufacturados ha aumentado considerablemente, presentado un incremento de hasta ¢500 entre año 2011 y el 2015.

En fin, el establecimiento de las medidas tributarias para los productos de tabaco promueve la cesación al dificultar el acceso a estas mercancías y asegura el financiamiento

de gran cantidad de programas y proyectos dirigidos a tratar a las personas fumadoras con intención de dejar de fumar, prevenir que las nuevas generaciones adopten patrones de consumo de tabaco, así como promover estilos de vida saludables que contribuyan al cambio hacia una cultura de no consumo de tabaco.

Respecto a los medios de comunicación

Se mencionó en apartados anteriores sobre la influencia que los medios de comunicación tienen sobre los patrones de consumo de tabaco de la población. Así como los medios de comunicación constituyen una influencia negativa respecto al consumo de tabaco, pueden fungir, de igual forma como herramienta para la prevención de este y la promoción de estilos de vida saludables.

Los medios de comunicación son la forma más eficaz de difundir información sobre los peligros del consumo de tabaco y la importancia de desalentarlo. Por esta razón, a partir de la promulgación de la Ley N.º 9028 se prohíbe en el país, la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco. Además, se obliga a usar advertencias sanitarias gráficas en los dos lados principales de los paquetes de cigarrillos. El impacto de estas reformas respecto a la publicidad, promoción, patrocinio de productos de tabaco, así como las advertencias sanitarias de los mismos se exponen a continuación.

Para el año 2015, un 72.3% de los adultos notó información anti-fumado en cualquier lugar en los últimos 30 días, y 66.1% de los adultos notaron estos mensajes en la televisión o la radio. Un 27.4% de los adultos notaron

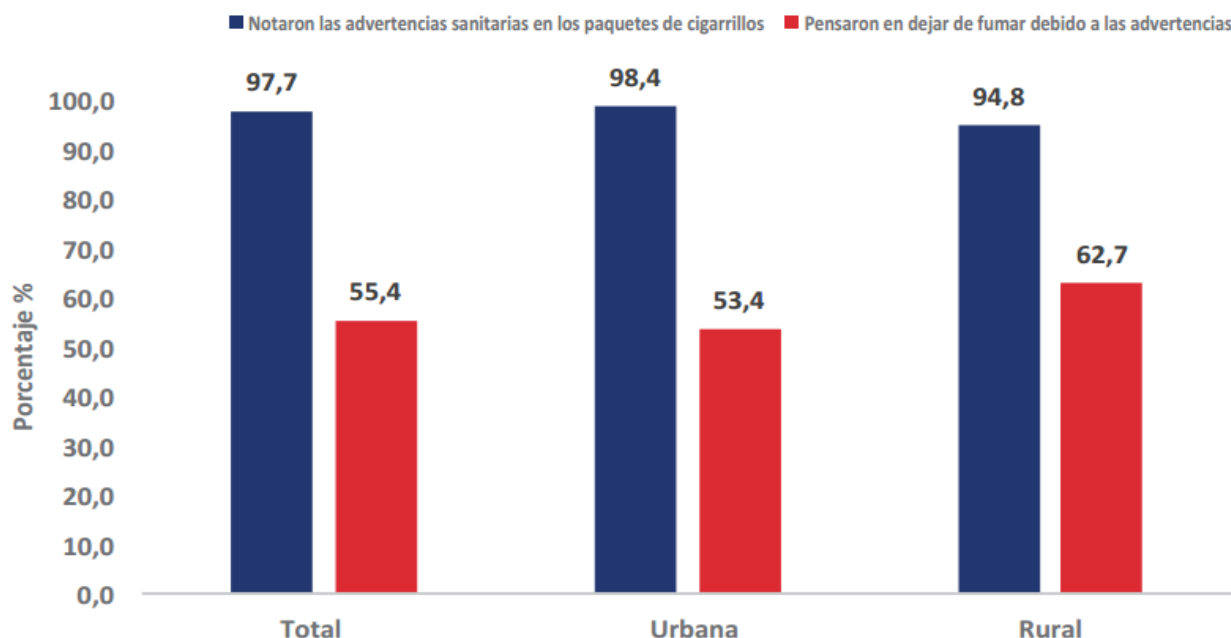
cualquier publicidad, promoción y patrocinio de cigarrillos en los últimos 30 días (Ministerio de Salud, 2015a, p. 5).

Durante los últimos 30 días, el 97.7% de los fumadores notó las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos, y 55.4% de los fumadores consideró dejar de fumar debido a las etiquetas de advertencia (Ministerio de Salud, 2015a, p. 5).

Se debe resaltar en relación con estos datos que una importante proporción de personas (27.4% específicamente) notó publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, situación que indica una deficiencia de aplicación de la ley, ya que como se mencionó anteriormente, está prohibido cualquier tipo de publicidad relacionada al tabaco en el país.

Por otra parte, es alentador que más de la mitad de personas que notaron las advertencias gráficas en las cajetillas de cigarrillos contemplaron dejar de fumar, esta situación indica que las medidas respecto a las advertencias en cajetillas es un factor protector en la lucha contra la epidemia del tabaquismo. En la figura 18 se presenta el porcentaje de personas que ha notado los avisos expuestos en las cajetillas de cigarro.

Figura 18: Porcentaje de personas que notan advertencias en las cajetillas de cigarros



Fuente: Ministerio de Salud, encuesta GATS: Costa Rica, 2015a, p. 5.

La población que más nota las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarros es la que se ubica en zonas urbanas, sin embargo, en la zona rural la cantidad de personas que nota estas advertencias es considerablemente alta también. Por su parte, una mayor proporción de población rural ha considerado dejar de fumar como consecuencia de los avisos en las cajetillas, lo que indica que esta medida tiene un impacto más significativo en las zonas rurales que en las urbanas.

Aparte de la exploración que hizo la encuesta GATS, la única investigación independiente que ha intentado medir el impacto de las advertencias sanitarias en las cajetillas ha sido la realizada en el 2016 por estudiantes de la Escuela de Comunicación Colectiva de la UCR, cuando se dieron a la tarea de conocer la percepción de estos mensajes en población fumadora y no fumadora, entendiéndolos como

medios de prevención y concienciación.

Lo resultados de aplicar una entrevista semiestructural a cinco fumadores y cinco no fumadores, arrojó que las imágenes que más recuerdan son las relacionadas con el cáncer o daño a terceros, y en el caso de los mensajes el único que se recordó de manera exacta fue "fumar es dañino/nocivo para la salud". Por lo que las imágenes son un medio más efectivo en cuanto a la recordación del mensaje que los textos (Díaz, Rivera, Sáenz, Solano y Solano, 2016, p. 7-8).

En cuanto a la recepción del mensaje, se pudo observar que este es menos impactante cuando las imágenes no son visualmente perturbadoras. Es decir, aun cuando el mensaje conlleve implicaciones más serias para la salud, si va incorporada una imagen más explícita, esta tendrá un mayor impacto. No obstante, el impacto parece ser efectivo solamente en los no

fumadores, ya que los fumadores muestran una oposición a los mensajes basado en la creencia de que se exageran los efectos o no les va a pasar a ellos (Díaz et al., p. 7).

Y es que también se ha medido el impacto del empaquetado neutro de las cajetillas, medida que busca reducir el atractivo promocional de los paquetes, siendo Australia el primer país en implementarlo, seguido de Francia a inicios del 2017. Si bien no se ha estimado directamente la

influencia sobre la iniciación o el abandono, se ha podido determinar que las personas analizadas han considerado de manera sistemática que los paquetes neutros eran menos atractivos que los de marca. Y, además, no se encontró evidencia de que estos aumenten el consumo de tabaco (McNeill, Gravely, Hitchman, Bauld, Hammond y Hartmann-Boyce, 2017, p. 3).

Intervenciones institucionales sobre control del tabaco

Es importante ahondar en el siguiente apartado en la recopilación de lo que se ha desarrollado hasta el momento como parte de la implementación de Ley N.º 9028, enfocándose de manera especial en los programas, proyectos y acciones desarrolladas por las cuatro instituciones que reciben recursos económicos del impuesto al tabaco. El cuadro 8 muestra el monto total que se ha girado para financiar estas acciones en los últimos cuatro años, donde se puede observar un descenso en la cantidad recaudada.

Cuadro 8: Monto total en colones asignado del impuesto a los productos de tabaco entre los años del 2013-2016

Año	Monto en colones
2013	₡37.560.000.000
2014	₡38.340.000.000
2015	₡35.332.000.000
2016	₡27.192.498.000

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del historial de la ley de presupuesto 2013-2016, Ministerio de Hacienda, s. f. b.

Lamentablemente, más allá de estas cifras y las asignadas a cada una de las cuatro instituciones anualmente, la falta de acceso a los datos financieros no permite hacer un análisis presupuestario de la ejecución económica en estas, ni mucho menos detallar a nivel de partidas específicas. Por lo que la aproximación se hará únicamente a nivel de las acciones realizadas como parte de las estrategias en salud pública relacionadas a la educación y promoción de la salud para el cumplimiento de esta ley.

Intervenciones del Ministerio de Salud

Como parte de las acciones en la implementación de la ley realizadas por esta institución, sobresale en primer lugar la conformación del Programa de Control de Tabaco (PCT) en abril del 2013, que vino a sustituir al llamado equipo de trabajo que la ministra de entonces, Dra. Daisy Corrales, había creado una vez aprobada la ley. El PCT es hasta la actualidad el encargado de articular todos los esfuerzos relacionados a la ley que se desarrollan en la institución.

La Dra. Nydia Amador, jefa de la Unidad de Evaluación del Impacto de las Acciones Estratégicas en Salud del Ministerio, y encargada del PCT hasta el año 2016, defendió la labor realizada por el programa en el taller sobre la evaluación conjunta de necesidades para la aplicación del Convenio Marco, realizado en agosto de ese mismo año, al declarar que actualmente en el país hay 200.000 fumadores menos desde el momento en que entró en vigencia la ley (Rodríguez, 2016a)

De acuerdo con ella, en aquel momento se realizaron negociaciones con organizaciones en Panamá para que los funcionarios del Ministerio de Salud se puedan capacitar en ese país por parte de expertos en el tema de control del tabaco (Amador, comunicación personal, 8 de septiembre del 2016). De hecho, fue de este país donde en el 2013 se contó con un experto para que ayudara a consolidar estudios de elasticidad del precio y demanda de productos de tabaco.

Y es que en el mismo año en que se aprobó la ley se informó que el Ministerio se estaba encargando de capacitar al personal de las áreas y direcciones regionales en los alcances y aplicabilidad de la legislación, haciendo lo mismo con los abogados de la Dirección de

Asuntos Jurídicos y de las regionales, con dueños de establecimientos y miembros de la Policía Municipal de San José (Ministerio de Salud, 2012a, párr. 3; Ministerio de Salud, 2012b, p. 14).

En los siguientes años se continuaron brindando talleres de sensibilización y capacitación, incluyendo uno virtual en el 2014, en el cual participaron funcionarios del Ministerio en actividades como el *Sexto Taller de Abogados de Latinoamérica sobre el Uso de los Recursos estratégicos Legales para el Control del Tabaco*, el curso de actualización en políticas públicas de control del tabaco y el *Taller Global Adult Tobacco GATS Orientation* (Ministerio de Salud, 2015b, p. 10; La Gaceta, 2014, p. 8).

De la misma forma, de ese año al presente se han destinado recursos para la formación de más de 30 especialistas en la maestría en epidemiología de la Universidad Nacional en los tres niveles de gestión de la institución, aumentando la capacidad de los funcionarios para el ejercicio de sus funciones y la toma de decisiones relacionadas con el tabaquismo (Ministerio de Salud, 2015b, p. 26).

Por otro lado, se ha realizado una importante inversión en dos máquinas para exteriores que permiten conocer la cantidad de partículas de tabaco que hay en el ambiente y se espera crear un laboratorio de emisiones de tabaco en conjunto con el Inciensa con la intención de hacer muestreos para conocer si lo que la industria está declarando es realmente cierto (Amador, comunicación personal, 8 de septiembre del 2016).

Vale destacar, respecto al equipo adquirido, que en el 2013 se hizo la compra de 103 vehículos para los tres niveles del Ministerio,

donde se incluían carros de doble tracción, automóviles y busetas; que, en palabras de la entonces ministra, se utilizarían para una mejor fiscalización de la ley (Ministerio de Salud, 2013b, párr. 5).

Otros temas que el Ministerio de Salud atiende son los relacionados a la regulación de los ingredientes de los cigarrillos, pues este producto contiene ingredientes como azúcar o mentol que hacen que las personas no sientan el sabor grotesco del cigarrillo y esto promueve el consumo. Así que se sugiere la toma de medidas, como las adquiridas por Brasil, para prohibir ingredientes que oculten el verdadero sabor del tabaco (Amador, comunicación personal, 8 de septiembre del 2016).

En cuanto a campañas publicitarias, cada año la Dirección de Promoción de la Salud ha trabajado con propuestas distintas. Por ejemplo, en el 2013 se contrató a la empresa Fuera de Serie para promocionar el concepto de *Respira Salud*, que consistió en una serie de anuncios en las dos principales televisoras, cuñas radiofónicas, imágenes en prensa escrita y afiches colocados en ciertos espacios, como edificios de instituciones, donde se resaltaba la importancia de los espacios 100% libres de humo de tabaco.

En el 2014 y 2015, el *slogan* de campaña fue *Ley 9028, la Ley de la vida*, que contó con un plan de comunicación desde el segundo semestre para divulgar los mensajes en prensa escrita, televisión, cine y radio. Mientras que en el año 2016 se tuvieron dos *slogans*, el primero fue *Lo mío es*, que se enfocó hacia los adolescentes, especialmente en redes sociales, por medio de una aplicación para teléfonos inteligentes en la que ellos podían monitorear y compartir con sus pares la actividad física que eligieran, teniendo la posibilidad de ganar premios seleccionados al hacerlo. Y el segundo fue *Aquí no se fuma*,

que contó con una página web y de Facebook, donde se proyectaron audiovisuales y afiches informativos de los espacios libres de humo, además de servir como un espacio para hacer denuncias por cualquier incumplimiento de la ley, como se mostró en un apartado anterior.

Tres acciones importantes, que apuntan a la investigación y divulgación de resultados en la temática, se han desarrollado en estos años. La primera fue el patrocinio para la *I Expo de Ciencia y Tecnología en Salud sobre el Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud*, en el 2013, que iba dirigido a la comunidad científica que estudiaba este tema, teniendo como punto principal el impulso de la investigación e innovación en salud relacionado con el tabaquismo. La segunda organización del *IV Congreso Latinoamericano y del Caribe Tabaco o Salud* del 2014, que por primera vez se realizó en el país, donde se dieron cita importantes exponentes del tema en la región. Y el tercero fue la iniciativa y financiamiento de la encuesta GATS en el 2015, que ha sido citada a lo largo del documento.

También se implementó el proyecto *MSalud*, que consistía en un sistema de mensajería de texto automatizado (mensaje SMS, por sus siglas en inglés), donde las personas enviaban las palabras *Quiero dejar* al número 4321 y recibían por tres meses mensajes de recomendaciones para ir dejando el fumado. En su momento fue promocionado con jugadores de fútbol de primera división de Saprissa, Herediano y Alajuelense (Solís, 2014c, párr. 9).

Actividades recreativas de disfrute familiar se han desarrollado en la ciudad capital, especialmente, como la llamada *I y II Cleteada Urbana Antitabaco* y la *Carrera Atlética Jóvenes sin Tabaco* (Ministerio de Salud, 2014a; Ministerio de Salud, 2014b). En dichos espacios se aprovecha para promocionar los estilos de

vida saludables y la Ley N.º 9028, como cuando se colocó un *stand* informativo en la romería hacia Cartago del 2 de agosto en el 2013, con anuncios gráficos que contenían imágenes de advertencias sanitarias y entrega de material promocional de la ley.

Precisamente, uno de los programas de prevención y promoción de estilos de vida saludables que se viene ejecutando desde el 2014 hasta el presente año, y que está enfocado en los jóvenes, es *Ponele a la Vida*, ejecutado por la Dirección de Promoción de la Salud, el cual busca incentivar el desarrollo de estilos de vida saludables entre los jóvenes en edad colegial, basados en las actividades físicas, una buena alimentación y una vida sin tabaco.

Otro proyecto ha sido *Domingos Familiares sin Humo*, que lo venía realizando exclusivamente el Comité de Deportes de San José, pero desde el año 2015, este órgano unió esfuerzos con el Ministerio para que las actividades se convirtieran en un espacio de concientización sobre el consumo de tabaco, incentivando, además, la promoción de estilos de vida saludables y la reglamentación entorno a la ley en cuestión, trabajo que se ha realizado con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de la UCR (Castro, comunicación personal, 1 de setiembre del 2016).

Se ha podido identificar, que la mayor parte del público participante en las actividades de los *Domingos Familiares sin Humo* tienen conocimiento de la legislación sobre el consumo de tabaco, pero no conocen con detalle los alcances de la ley, así como los derechos y deberes otorgados en esta (Castro, comunicación personal, 1 de setiembre del 2016). Debido al éxito de este proyecto, para el año 2017, el Ministerio de Salud aumentó la inversión y extendió la iniciativa a todas las provincias del país, en coordinación con las municipalidades.

Entre otras acciones del Ministerio durante el año 2016, se publicó la directriz ministerial DM-SM-739-2016, la cual autoriza al Ministerio a otorgar financiamientos a proyectos atinentes a la Ley N.º 9028 con los recursos del impuesto al tabaco a personas físicas o jurídicas. Lo anterior se da con el objetivo de cumplir con los objetivos de prevención del consumo y promoción de prácticas saludables que estipula la ley; siendo la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional la encargada de revisar los proyectos que son enviados a un correo electrónico específico (Ministerio de Salud, 2016b).

Y como una de las últimas acciones en las que ha participado el Ministerio, está el proyecto de las *Unidades itinerantes para la prevención y promoción contra el consumo de tabaco y otras drogas*, que fue inaugurado oficialmente a inicios del 2017, aunque había sido declarado de interés nacional dos años atrás. Este es desarrollado por la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico, en conjunto con el Instituto Costarricense de Drogas (ICD) y con el apoyo del Ministerio de Educación Pública (MEP). Estas consisten en dos cabinas de tráiler que fueron equipadas y transformadas en cuatro módulos que cuentan con distintas herramientas de aprendizaje, como pantallas táctiles, tabletas, equipos de sonido, juegos y otros materiales referentes al consumo del tabaco (Ministerio de Salud, 2016c, párr. 5).

Esta iniciativa está dirigida a niños y niñas de centros educativos de segundo ciclo, tanto de zonas urbanas como rurales, en donde existe mayor probabilidad de que consuman productos de tabaco. Por lo que las unidades presentarán información sobre los componentes negativos de los cigarrillos en las personas, en la sociedad y en el ambiente, así como los mecanismos por los cuales se puede abandonar su consumo (Ministerio de Salud, 2016c, párr. 2).

La Dra. Nydia Amador indica que uno de los retos más importantes de la Ley N.º 9028 es su modificación, ya que existen aspectos que deben modificarse, pero en este proceso hay posibilidad de que se rechace la ley como tal. Además, se indica que otro reto es la necesidad de que exista a lo interno del Ministerio de Salud una mejor articulación de los esfuerzos que se realizan desde la institución, así como un ente o departamento encargado específicamente de dar seguimiento a los distintos aspectos relacionados con esta ley (Amador, comunicación personal, 8 de septiembre del 2016).

Es por ello que la creación del OVEIS, como proyecto de la Dirección de Vigilancia de la Salud iniciado en el año 2016, se muestra como una de las principales acciones dirigidas en este tema. Debido a que se gesta con la intención de contar con una entidad encargada de gestionar un sistema de vigilancia de las estrategias e intervenciones relacionadas con esta ley, con la finalidad de recopilar información, analizarla y compartirla para articular intervenciones eficientes y eficaces para el cumplimiento de lo estipulado en el marco de la ley.

Intervenciones de la Caja Costarricense del Seguro Social

Desde el año 2006, mediante una decisión institucional contemplada en el artículo 49 de la sesión de la Junta Directiva N.º 8507, la entidad decidió integrar y fortalecer las acciones relacionadas con la atención de enfermedades del cáncer (CCSS, 2012a, p. 1), con lo cual se pretendía atacar al cáncer con un enfoque integral mediante el fortalecimiento de la Red Oncológica, tal y como lo estipula el inciso a) del artículo 29 de la mencionada ley.

Para el año 2007, del Ministerio de Salud publicó el *Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016*, en él se exponían los lineamientos de política que iban a guiar a las instituciones públicas y privadas en los procesos de la lucha contra el cáncer. A partir de eso surge el *Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer* en la Red Oncológica de la CCSS, en cumplimiento al Transitorio III de la Ley N.º 8718 publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009 (CCSS, 2012a, p. 1).

El proyecto propone acciones dirigidas a la gestión de la red de servicios de salud y al incremento de la capacidad resolutive

en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los cánceres prioritarios del país.

Las metas son potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones en la atención del cáncer, gracias a la integración de sub proyectos de corto y mediano plazo, que permiten mejorar la gestión en red e incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención (CCSS, 2012a, p. 1). Por ejemplo, para el año de aprobación de la Ley N.º 9028, se informó que la CCSS utilizó ₡9.024.000.000 para financiar la adquisición de equipo médico para la detección temprana del cáncer y enfermedades derivadas el fumado (Mairena, 2012, párr. 2).

Precisamente, el Dr. Gonzalo Azúa, quien ha sido el director del proyecto en los últimos años, manifestó que el Ministerio de Salud les trasfiere a ellos los recursos provenientes de la ley y desde ahí se distribuyen en siete componentes específicos con los que trabajan (Azúa, comunicación personal, 29 de setiembre de 2016); los cuales son:

- Publicidad
- Prevención
- Tratamiento (compra de medicamentos)
- Rehabilitación
- Equipamiento
- Comunicación
- Infraestructura

Quizás el medio por el cual se ha visibilizado más el papel de la CCSS en la implementación de los recursos de la ley ha sido a través de las clínicas de cesación, ya que, si bien desde años antes de aprobarse la ley existía una clínica de este tipo en el Hospital México, no fue hasta el 2012 que se inició el desarrollo del programa de cesación de tabaco.

Los datos más actualizados de la CCSS informan de la existencia de 32 clínicas de cesación en los 29 hospitales y en tres áreas de salud, que son: Goicoechea Dos, San Rafael de Puntarenas y, recientemente, en Cañas (CCSS, s. f.).

Además, en julio del 2017 inició el nuevo plan de intervenciones breves en los EBAIS, que consiste en que los médicos destinen cinco minutos para abordar la relación de los pacientes con el fumado (Rodríguez, 2017c, párr.11).

De acuerdo con cifras de la CCSS, el impacto que han tenido estas clínicas de cesación ha sido exitoso, ya que el 73% de quienes asistieron, o sea 685 personas de 900, dejaron el cigarrillo, comparado con otros países que tienen resultados de un 40% (Reacio, 2016, párr. 6).

La especialista en neumología y coordinadora de las clínicas en la actualidad, Dra. Wing Ching Chan Cheng, explicó que las sesiones duran de ocho a nueve semanas, en donde un promedio de quince asistentes recibe terapia individual, grupal y en algunos casos hasta medicamentos por parte de un grupo interdisciplinario que

incluye medicina familiar, terapia respiratoria, enfermería, trabajo social y psicología (Chan, comunicación personal, 7 de octubre del 2016).

Para asistir a las clínicas de cesación los pacientes no necesitan ser referidos por un médico, simplemente deben acercarse al hospital al que se está adscrito según la zona donde se vive y preguntar por el programa. Estos deben cumplir los requisitos de ser mayores de edad, asegurados, que muestren deseos de dejar de fumar y que estén dentro del área de atracción de cada centro médico.

Cuando ingresan a las clínicas, los pacientes reciben una valoración de su función pulmonar y se les mide la cantidad de monóxido de carbono que tienen en su sangre, mediante una prueba conocida como espirometría, con el fin de que conozcan el efecto que el cigarro ha causado en su organismo.

Durante el resto de sesiones, los asistentes aprenden no solo sobre las consecuencias del tabaco, sino que también reciben técnicas para hacer frente a la adicción y ansiedad, ejercicios de relajación mental y ejercicios para tratar problemas de sueño. Además, son valorados por nutricionistas y se les orienta sobre la importancia de tener hábitos de vida saludables (CCSS, 2014).

Tras finalizar las sesiones, los pacientes reciben un seguimiento durante un año con el fin de determinar los porcentajes de recaídas y abstinencia. De acuerdo con la Dra. Chan, aunque lo ideal sería que las personas acudan a estos programas siendo tan jóvenes, la mayoría de los asistentes rondan los 50 años (Chan, comunicación personal, 7 de octubre del 2016).

El otro aspecto que se ha resaltado sobre la labor de la CCSS ha sido las campañas publicitarias que han sido variadas. Por ejemplo, entre el 2013 y 2014 se llevaron a cabo las siguientes campañas *Tus sueños, El sabor de un*

beso, Razones por las cuales nadie debe fumar y Es posible dejar de fumar. Mientras que en el 2015 lanzaron las campañas *Dejar de fumar si se puede, No estás solo, apaga el cigarro* y durante el 2016, *Una decisión que cambia su vida.*

El común denominador de estas campañas fue que se utilizó el servicio de una empresa de análisis de medios y medición de *rating*, y que, además, se basaron en una investigación realizada por la misma institución sobre factores psicosociales que influyen en la práctica del fumado en la población adolescente, la cual se realizó con jóvenes de 10 a 20 años de edad, insertos y no en el sistema educativo mediante 28 talleres en cada una de las provincias (Solís, 2014c, párr. 5).

Una forma de interacción con la sociedad civil que realizó la institución en la temática del tabaco fue cuando anunciaron el concurso *Vota por la camiseta*, que consistía en que las personas podían votar por ciertos diseños de camisetas relacionados a los efectos del tabaquismo desde la página web <http://www.votaporlacamiseta.com/>, y a la vez quedaban participando en la rifa de estas. Este tipo de estrategias, que combinan publicidad con prácticas que involucran a la población en la participación activa, promueven que las personas sean las protagonistas además del vehículo de la publicidad como en este caso donde las camisetas portaban el mensaje para evitar el consumo de tabaco (Cabezas, 2014, p. 4).

Posteriormente a esa campaña, se organizó una mini feria de salud en las oficinas centrales de la CCSS donde se hizo la entrega de las camisetas a los ganadores y algunos especialistas de los hospitales San Juan de Dios, México y Calderón Guardia ofrecieron consultas gratuitas sobre cómo dejar de fumar e intercambiaron manzanas por cigarrillos (Solís, 2014a, p. 3).

El proyecto *Compromiso contra el Fumado*, que inició en el 2014, está enfocado en la prevención del consumo en niños,

primordialmente, de segundo ciclo, a través de actividades curriculares y extracurriculares, como concursos de arte, de oratoria, festivales deportivos, ferias científicas, las cuales son acompañadas por personeros de las áreas de salud. Durante el 2016, se ha focalizado en las direcciones regionales Huetar Caribe y Brunca, pero también se realizaron actividades en el mes de marzo en San Cristóbal de Desamparados, que incluyeron juegos tradicionales y un pasacalle con pancartas (Solís, 2016a, párr. 2)

Además, la sub-área de Patrimonio Cultural de la CCSS -integrada por funcionarios de la institución que conforman grupos artísticos- ha visitado durante el 2016 algunos centros educativos de Talamanca, Cariari, Guápiles, Guácimo, Matina, Buenos Aires, Osa, Palmar Norte, para hacer presentaciones de danza, teatro y música, con el fin de persuadir a los estudiantes a que asuman prácticas artísticas y desistan de probar el tabaco (Cabezas, 2016). Desde el 2014 se han venido coordinando estos esfuerzos, siendo algunas escuelas de Liberia, Cañas, Nicoya y Tilarán y Ciudad Neily las que fueron visitadas durante el año pasado (Solís, 2015a, párr. 6).

En una línea similar a la anterior, puesto que trata de prácticas artísticas, la CCSS hizo una alianza estratégica desde el 2014 con los organizadores del *Festival Nacional de las Expresiones Populares Costarricenses Emilia Prieto Tugores*, que consiste en un evento anual donde se presentan obras musicales, de teatro, baile, exhibición de artesanías, entre otras actividades, y en el que la CCSS aprovecha para llevar el mensaje de los efectos del tabaco (Galeano, 2015).

La acción más reciente en términos de inserción cultural es una gira que actualmente llevan a cabo bailarines de varios países latinoamericanos, donde se expone el mensaje antitabaco de la CCSS a varias comunidades del

país, especialmente a aquellas retiradas del área central (Solís, 2016b).

Igualmente, se han hecho actividades deportivas y recreativas, algunas en conjunto con otras instancias públicas, como el Icoder, el IAFA, áreas rectoras del Ministerio de Salud y otras organizaciones comunales, como caminatas por San José centro, en el marco del Día Mundial sin Tabaco o competencias de ciclismo recreativo (Solís, 2013).

Algunas otras campañas han sido *Sin fumar, es más fácil lograrlo*, enfocada en los adolescentes, donde una de las acciones ha sido colocar un *stand* en ferias universitarias

dedicadas a estudiantes de último año de colegio, para repartir información acerca de los perjuicios del tabaco (Montero, 2015). Y también se implementó un sistema de mensajería de texto en la cual las personas recibían periódicamente mensajes informativos sobre las consecuencias del fumado (Solís, 2014b).

En cuanto a capacitaciones al personal de salud, el programa de adicciones de la CCSS estaba tendiente a instruir en prevención e intervención a futuros profesionales, como médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos y trabajadores sociales mediante cursos virtuales (Solís, 2015b, párr. 3).

Intervenciones del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

De acuerdo con el director del IAFA, Dr. Luis Eduardo Sandí, la institución ha trabajado con fuerza en el tema de tabaco desde el año 1990, cuando en distintas investigaciones se identificó el consumo de tabaco asociado a la prevalencia de muerte en personas alcohólicas en proceso de cesación, así que ellos iniciaron la implementación de varios programas de capacitación para el personal de salud, programas de cesación para personas que querían dejar de fumar, entre otros, que fueron parte de un preámbulo a la legislación para el control del tabaco (Sandí, comunicación personal, 27 de septiembre del 2016).

Como se ha visto anteriormente, con los recursos de la ley, el IAFA ha podido ampliar sus servicios y ofrecer tratamiento farmacológico especializado a personas que deseen dejar de fumar, reforzando programas que desde antes se incluían en sus planes operativos. Un ejemplo de esto es que para el periodo 2015 - 2016, se ha implementado en todas las provincias el concurso *Deje y Gane*, que se había venido focalizando más en el área metropolitana.

Este concurso se ha venido implementando cada dos años desde el 2000, y consiste en que las personas fumadoras se inscriban por medio de una boleta física, de manera digital o por llamada telefónica, para que asuman el reto de dejar de fumar durante un mes y después de ese período se realiza un sorteo en el que se seleccionan al menos 15 personas participantes a las que se les realiza un examen de marcadores de nicotina para comprobar el proceso de cesación, esto en colaboración con el hospital privado Clínica Bíblica. Si el examen resulta positivo la persona pierde el derecho a ganar el premio dispuesto, pero si el examen nicotínico es negativo la persona puede reclamar el premio correspondiente.

Para el último concurso la promoción se llevó a zonas como Pococí, San Carlos, San Ramón, Puntarenas, Pérez Zeledón, Liberia y Santa Cruz, donde se realizaron negociaciones con distintas empresas de estos lugares para divulgarlo entre sus colaboradores, con la intención de que las personas tuviesen un mayor acompañamiento de parte de sus compañeros de trabajo y de

la institución en el proceso de cesación de fumado (IAFA, 2015b). Para esta última edición del 2016 se contó con la participación de 2600 personas, de los cuales el 74% fueron hombres y un 26% mujeres; provenientes mayormente del área central. Se estima que desde su creación al año 2015, *Deje y Gane* ha contado con la participación de 20.591 personas, en donde 4 de cada 10 lograron dejar de fumar por completo (Arrieta, Comunicación personal, 10 de octubre del 2016).

Otro de los programas de promoción de la salud es *El Club de los Vencedores*, el cual consiste en un grupo de acompañamiento de personas que han dejado el consumo de tabaco o que se encuentran en proceso, al que el IAFA les brinda asesoría para lograr el objetivo de no volver a consumir (El Club de los Vencedores, s. f.).

Para ello tiene una página web en donde se ofrece una serie de recursos interactivos e informativos sobre el cese del fumado, que incluyen testimonios de personas que han abandonado el vicio, consejos prácticos, recomendaciones, cifras y datos de la Ley N.º 9028, así como los contactos de los Centros de Atención Integral de la institución, entre otros. Destaca la creación de una aplicación para teléfonos inteligentes que se descarga de manera gratuita llamada "Entrenador Anti-fumado", la cual busca que las personas que intentan disminuir y terminar su consumo puedan crearse un plan de cesación que se va actualizando, mostrando los logros en salud y económicos conforme se va dejando de consumir.

A nivel de empresas aún se continúa ejecutando *Espacios Libres de Humo de Tabaco*, programa de sensibilización y capacitación que se imparte en centros de trabajo para trabajadores, colaborando para que los profesionales de

salud que laboran en estos conformen grupos de apoyo o refieran a las clínicas de cesación a la población fumadora.

Según el Dr. Luis Eduardo Sandí, director del IAFA desde el año 2015, las clínicas de cesación de esta institución han existido desde la década de 1990, cuando se inició con el planteamiento del consumo de tabaco como una enfermedad. Estas clínicas brindan el servicio de manera gratuita y no es necesario que estén aseguradas por la CCSS. Funcionan como grupos de apoyo a las personas fumadoras para que inicien un programa de cesación (ya sea con ayuda de medicamentos o no) con la intención de mantenerlo a lo largo de la vida (Sandí, comunicación personal, 27 de septiembre del 2016).

Actualmente, y gracias a los ingresos percibidos por la aplicación de la ley antitabaco, se están desarrollando más clínicas de cesación en las diferentes regiones del IAFA, ya que anteriormente solo se contaba con este servicio en algunas sedes del IAFA.

Parte de las limitaciones que identifica el Dr. Sandí para la aplicación de programas e intervenciones relacionadas a la ley son que no se puede realizar contrataciones directas para reforzar los proyectos actuales y futuros relacionados a las actividades propias de la ley. Según él, se vienen importantes retos a nivel de país como consecuencia de la ley, entre ellos, sostener los logros alcanzados hasta ahora, la especialización del tratamiento para personas con una dependencia muy fuerte al consumo de tabaco, mejorar las medidas de control de contrabando y establecer programas para la cesación del tabaco en poblaciones particulares, por ejemplo, población sexualmente diversa (LGBTI), indigente y embarazadas (Sandí, comunicación personal, 27 de septiembre del 2016).

Intervenciones del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

Roberto Solano, encargado de la Dirección de Deportes, afirmó que los recursos provenientes de la ley antitabaco se aplican en transferencias a federaciones y asociaciones deportivas para que desarrollen programas de capacitación, de participación internacional y de promoción a nivel interno, incluyendo campeonatos nacionales (Solano, comunicación personal, 27 de septiembre del 2016).

Por otra parte, el Icoder realiza acciones conexas promoviendo actividades deportivas y recreativas en lugares con afluencia de gran cantidad de personas, como en el Parque de la Paz en la celebración del Día Mundial sin Tabaco del 2015, donde tuvieron lugar exhibiciones de taekwondo, jiu-jitsu, porrismo, así como juegos tradicionales familiares y deportivos; en conjunto con personal de la CCSS que se encargó de atender consultas y brindar asesoría sobre el cese del fumado (Icoder, 2015a).

Además, para Solano los recursos que se reciben de la ley antitabaco se invierten en infraestructura deportiva, por ejemplo, para los juegos nacionales del año 2015 se realizó una inversión en la infraestructura deportiva de la zona norte del país, específicamente en San Carlos, que como anteriormente se vio consistió en ₡54.000.000.

En el informe anual del 2015 no se detallan los gastos específicos del presupuesto del impuesto al tabaco, únicamente se dice que construyeron parques bio-saludables para combatir el sedentarismo y consumo de tabaco, y que se dio la re-arborización de la Sabana para convertirlo en un lugar más seguro y libre de humo de tabaco (Icoder, 2015b).

Parte de los retos que se identifican por parte del Icoder refieren a que con la aplicación de la ley debería darse un aumento en los recursos anualmente, pero con la Ley N.º 9028 pareciera que no es así, sino que entre más campañas antitabáquicas se realicen se da menos consumo, por ende, se recibirán menos ingresos provenientes de la ley y esa es una variable que es necesario analizar (Solano, comunicación personal, 27 de septiembre del 2016).

Por otra parte, Roberto Solano indica que desde el Icoder se realizan actividades relacionadas al consumo de tabaco en las distintas áreas de la institución, pero estas acciones no son del conocimiento de todas las direcciones de la institución (Solano, comunicación personal, 27 de septiembre del 2016).

MAPEO DE ACTORES SOCIALES



Mapeo de actores sociales

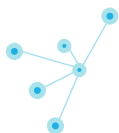
El mapeo de actores sociales constituye una herramienta fundamental, ya que permite obtener un acercamiento a la realidad social conformada por la red de actores sociales y sus articulaciones en un contexto definido.

Los actores sociales son personas, grupos u organizaciones que tienen interés en un proyecto o programa en específico. Estos se identifican y definen en relación a un tema en particular, por medio de una intervención externa, como en este caso una ley, o un problema específico. Es decir, los actores no se definen en forma independiente del contexto, sino en función de un aspecto específico de la realidad.

Como señala Martín (2001, p. 67) el abordaje se caracteriza por considerar que se puede pensar a la sociedad en términos de estructuras, las cuales se manifiestan por diferentes formas de relación entre actores (sean estos un grupo, una organización, un individuo, una institución, etc.).

De esta manera, el mapeo es considerado una metodología vinculada con el pensamiento en red, ya que facilita la comprensión de las estructuras sociales presentes en un lugar determinado y las diversas formas de relacionarse entre actores sociales e instituciones que convergen en relación con una temática específica.

Bajo esta línea, el siguiente mapeo buscó no solo la identificación de los principales actores, sino también la comprensión de sus intereses, posiciones y áreas de competencia, con el fin último de evidenciar la dinámica política y social alrededor del tema de control del tabaco en el país.



Identificación de actores involucrados

La identificación de actores sociales es el primer paso desarrollado para este apartado. Se realizó, como se describió en la metodología, basado en tres criterios definidos que, de manera general, permiten considerar a aquellos que pueden influenciar de manera positiva o negativa la gestión, implementación y cumplimiento de una ley específica.

A continuación, se detalla la selección de los principales actores, realizando una breve descripción de su constitución, competencias institucionales en función de la razón de ser de la organización y, en algunas ocasiones, algunas acciones realizadas en relación al tema de la ley.

Ministerio de Salud

Como se mencionó en el apartado sobre implementaciones de la ley, al Ministerio de Salud le corresponde a nivel ejecutivo ser el rector en salud, por lo que es parte de sus competencias institucionales la definición política, regulación, vigilancia de la salud, investigación y desarrollo tecnológico, dirección y conducción sectorial (Ministerio de Salud, 2016d)

A raíz de lo anterior, el Ministerio de Salud además de ser el principal impulsor de la creación y posterior aprobación de ley, actualmente es el ente encargado de velar por su correcta aplicación y cumplimiento, a través de la dirección y conducción de los actores sociales involucrados en la materia.

Como parte de las disposiciones de la ley, la institución recibe un 20% de los recursos obtenidos mediante la recolección de impuestos generados por la aplicación de la ley, para la ejecución no solo de sus obligaciones vinculadas al ejercicio de la rectoría, sino también para el desarrollo de planes, programas y proyectos relacionados con la prevención del fumado y la promoción de la salud.

Caja Costarricense del Seguro Social

La CCSS se creó a inicios de la década de 1940 como la institución encargada de la seguridad social, a la cual se le encomendó la tarea de brindar los servicios de atención directa y administrar el sistema de pensiones de los trabajadores, cuya universalización hacia el resto de la población se fue logrando con el pasar de las décadas. Se basa en tres ejes estratégicos que son: la prestación de servicios, la gestión institucional y la financiación; todo ello mediante una compleja organización de establecimientos

de salud organizados en redes, regiones, áreas y sectores, y en cuanto a los servicios de salud en tres niveles de atención (CCSS, 2012b, p. 9,14).

Como esta entidad tiene conocimiento de primera mano de los gastos en la atención médica por causas del tabaquismo, fue uno de los principales actores que se mostraron a favor de la aprobación de la ley, emitiendo varios acuerdos de la Junta Directiva y las distintas gerencias cuando se le consultó sobre criterios técnicos y legales (Asamblea Legislativa, 2012, p. 95,98).

Como se mencionó antes, la CCSS es la institución que recibe mayor cantidad de dinero del impuesto al tabaco y la única que cuenta a nivel de la legislación, con lineamientos claros sobre las dos áreas en las que debe ejecutar el presupuesto asignado, siendo así, uno de los principales actores con obligaciones vinculantes en el cumplimiento de la ley.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Este instituto se creó a finales de la década de 1980, cuando se dio un cambio en el perfil epidemiológico sobre el consumo de drogas, como un órgano adscrito al Ministerio de Salud. Tiene independencia en su funcionamiento administrativo y personalidad jurídica instrumental desde el año 2002, teniendo a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, al tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a aquellos mismos fines, de conformidad con dicha ley (IAFA, 2016b)

En los últimos años, el IAFA ha creado varios programas en relación con el tema de drogas, tanto desde la prevención como el tratamiento,

abriendo nuevas sedes fuera del área central, como las clínicas de cesación actuales. Las mismas son dirigidas por profesionales expertos en el tratamiento de las adicciones del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA, especializados en este tipo de intervención clínica. Esta medida se une a los esfuerzos que han ido naciendo a raíz de las necesidades de la aplicación de la ley, de la cual en su momento se pronunciaron a favor de su aprobación (Asamblea Legislativa, 2012, p. 49-54).

El IAFA, al igual que las dos instituciones anteriores, recibe presupuesto a partir de los impuestos generados por la aplicación de la ley, para la ejecución de funciones vinculadas con el cumplimiento de la legislación en temas específicos de prevención, promoción de la salud y cesación de consumo de tabaco.

Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

El Icoder nace el 1° de agosto de 1998 gracias a la Ley N.° 7800 donde se indica que es una institución semi-autónoma del Estado. El objetivo del instituto es la promoción, el apoyo y el estímulo de la práctica individual y colectiva del deporte y la recreación, componente fundamental para la salud integral de la población (Icoder, s. f.).

A partir de la aprobación de la Ley N.° 9028, esta institución se convierte en uno de los actores que cobra importancia en la aplicación de la ley debido que es una de las cuatro instituciones que recibe dinero a partir de la recaudación de los impuestos por cigarrillo. Por mandato de ley, el Icoder recibe un 10% del impuesto del tabaco cada año, cuyos fondos deben ser utilizados para promover la prevención del fumado por medio de la recreación y la educación física.

Universidad de Costa Rica

Según lo establece su Estatuto Orgánico, la UCR, como institución de educación superior reconocida en toda América Latina y abanderada de la enseñanza humanista, “debe contribuir con las transformaciones que la sociedad necesita para el logro del bien común” (Universidad de Costa Rica [UCR], s. f., art. 3) Asimismo, el artículo 88 de la Constitución Política le concede al Consejo Universitario de esta institución la potestad de pronunciarse ante la Asamblea Legislativa en la discusión de los distintos proyectos de ley que pasan por el plenario.

Por este motivo, la UCR ha sido uno de los actores alrededor de la Ley N.° 9028, y que se ejemplifica en el pronunciamiento que hicieron cuando se discutía el proyecto de ley en la Comisión de Asuntos Sociales en el 2010, donde se conformó una Comisión de Especialistas que, luego de haberlo analizado, sugirió que debía ratificarse (Asamblea Legislativa, 2012, p. 562-566).

También, en su constitución como centro educativo, es considerado por el artículo 5, inciso d) de la Ley N.° 9028, como un sitio 100% libre de humo del tabaco, incluyendo tanto las instalaciones como los espacios al aire libre. Esto significa, que, dentro del territorio de la Institución, en todo el país, no se permite el consumo de tabaco y sus derivados (Vicerrectoría de Administración-UCR, 2012, párr. 3).

Ministerio de Seguridad Pública

Al MSP le corresponde vigilar, conservar el orden público, prevenir las manifestaciones de delincuencia y cooperar para reprimirlas, preservar y mantener la soberanía nacional, así como coadyuvar en el fortalecimiento del

principio de legalidad, de conformidad con la Ley General de Policía, N.º 7410, sus reformas y la Ley Orgánica del Ministerio de Seguridad Pública, N.º 5482, del 24 de diciembre de 1973 (Ministerio de Seguridad Pública [MSP], s. f.).

La misión principal de este Ministerio es servir y proteger a todo ciudadano para el goce de sus derechos y libertades en el territorio nacional, además como visión buscan ser una institución profesional, eficiente y confiable, integrada a la comunidad. Los objetivos son promover la prevención del delito para disminuir el índice de criminalidad, así como incrementar la percepción de seguridad en los habitantes para contribuir al desarrollo del país (MSP, 2016).

Por ley, al MSP le corresponde coadyuvar al IAFA en la divulgación de los programas educativos, entre otras acciones igualmente en coordinación con varias instituciones siempre colaborando con el orden público y aplicación de la ley.

Ministerio de Educación Pública

El MEP, como la institución encargada a nivel nacional del sistema educativo, es mencionado en la ley en el artículo 21, como uno de los entes con los cuales debe coordinar el Ministerio de Salud para la elaboración y difusión de programas educativos para la prevención del tabaco.

De acuerdo con la subdirectora de la Dirección de Vida Estudiantil, recientemente se hizo un reacomodo en la Comisión Interinstitucional de Prevención del Fenómeno de Drogas en Centros Educativos, que está conformada por ellos, el IAFA y el ICD, cuyo plan de acción tiene como objetivo promover estrategias de información y sensibilización a la comunidad educativa.

Dicha comisión avala los programas que las instituciones ejecutan sobre la temática

por niveles. Por ejemplo, el IAFA tiene un programa para preescolar, uno para primero y segundo ciclo y otro para tercer ciclo y educación diversificada. El MSP también tiene uno en preescolar, pero ejecuta tres en primero y segundo ciclo y dos en tercer ciclo; mientras que el ICD solo realiza uno en primer ciclo y dos en tercer ciclo y educación diversificada. Y finalmente, el MEP tiene incorporados en todos los niveles programas de estudio donde se trata la prevención de drogas desde un enfoque de valores; manteniendo, asimismo, el programa *Convivir*, que se aplica a primer, segundo, tercer ciclo y educación diversificada, donde el tema de prevención de drogas es solo uno de los otros temas que se abarcan.

Actualmente, en el tema de tabaco, están colaborando con la prueba piloto del programa de *Unidades Itinerantes*, que se mencionó anteriormente. Este en un principio se pensaba llevarlo a distintos grados, pero el MEP recomendó que fuera aplicado para niños de segundo ciclo (Calvo, comunicación personal, 7 de octubre del 2016).

Asimismo, ellos le han hecho sugerencias al proyecto a como se estaba planeando, especialmente en el trasfondo pedagógico, ya que por ejemplo se pensaba mostrar pulmones sanos junto con otros que han sido dañados, algo que ellos criticaron por ir en contra e incluso contradecirse con la pedagogía del Ministerio, que se basa en las habilidades para vivir de la OPS (Calvo, comunicación personal, 7 de octubre del 2016).

Municipalidades

Los gobiernos locales se mencionan en la ley en los artículos 33 y 36 donde se les faculta para el decomiso de objetos prohibidos y productos de tabaco ilícitos, así como la aplicación de las sanciones, clausura de locales o no renovar

permisos en su jurisdicción. Dado que es sumamente complejo poder incorporar a las 81 municipalidades, resulta pertinente visibilizar a la Unión Nacional de Gobiernos Locales (UNGL), que es el ente que las agrupa y por lo tanto conoce de primera mano las acciones que estas emprenden en diferentes áreas de su competencia. Dicha institución promueve y desarrolla medidas que buscan mejorar las distintas funciones que tienen encomendadas las municipalidades, representándolas en juntas directivas y comisiones en las que se discuten temas que tengan injerencia (Unión Nacional de Gobiernos Locales [UNGL], s. f.).

Otra forma de visibilizar a las municipalidades es mostrando las acciones que se han emprendido en una de ellas. En ese caso, se seleccionó a la Municipalidad de San José por ser el gobierno local con más presupuesto del país y porque el cantón central, debido a la cantidad de personas que lo transitan, es uno de los nichos más importantes para el tráfico ilegal, que se ve reflejado en los decomisos que se han hecho (Alvarado, 2016; Rojas, 2014).

Para Erick Villalobos, colaborador de la Oficina de Planes y Operaciones de la Policía Municipal de San José, desde hace un tiempo ellos propusieron la iniciativa de hacer operativos conjuntos con distintas instituciones en los distritos josefinos, algo que la Fuerza Pública volvió a proponer, invitando al Ministerio de Salud, Patronato Nacional de la Infancia, Fábrica Nacional de Licores, Policía de Tránsito, Policía de Migración y PCF (Villalobos, comunicación personal, 4 de octubre del 2016).

La idea de realizar estos operativos es visitar sitios públicos y locales de bares y restaurantes de una manera integral, tratando de detectar incumplimientos a las leyes, entre ellas la de tabaco. Según Villalobos, “se regula tabaco, consumo en las afueras de los locales

comerciales, consumo de licor [...] se aborda todo lo que se pueda abordar desde nuestras competencias y también de las competencias de las instituciones que participan” (Villalobos, comunicación personal, 4 de octubre del 2016).

También tienen algunos encargados que se encargan de revisar patentes comercios temporales que se han encargado de hacer operativos para el decomiso de cigarrillos ilegales, “en algunos casos se ha hecho la destrucción. Con el tema de los cigarros que se decomisan, la cajetilla con cigarros sueltos se pasa como parte de la evidencia cuando se hace el parte” (Villalobos, comunicación personal, 4 de octubre del 2016).

Sin embargo, como lo dijo Greddy Quesada, encargado de la Oficina de Análisis y Estadística de esta policía, el problema ha sido que algunas instituciones solo asistieron las primeras veces y ya luego no volvieron, especialmente el Ministerio de Salud, bajo el argumento de que no cuentan con el personal para asistir (Quesada, comunicación personal, 4 de octubre del 2016). Para él es sumamente importante que esta institución se incorpore con ellos, ya que a la hora de hacer alguna infracción o sancionar a algún local comercial el proceso se agilizaría si se contaran con inspectores del Ministerio, y así la policía no tiene que invertir oficiales y tiempo en llevar la denuncia hasta el área rectora (Quesada, comunicación personal, 4 de octubre del 2016).

Red Nacional Antitabaco

Es una red interinstitucional creada en el 2007 y conformada por representantes de las principales instituciones en materia de salud del país, cuyo objetivo ha sido contribuir con la salud de los habitantes a través de la gestión de acciones para la reducción del

consumo de tabaco y la exposición al humo del mismo. Además, otro de los objetivos por los cuales trabaja esta red es propiciar espacios en la sociedad civil e instituciones públicas y privadas, por medio de la concientización hacia la aplicación de la Ley N.º 9028 (Red Nacional Antitabaco [Renata], s. f.).

Es por ello que luego de su creación fue la organización que más presión realizó en el Congreso para promover la ley que hiciera efectiva la adscripción al CMCT que, como se vio anteriormente, fue aprobada en el 2008.

Durante la discusión del proyecto de ley Renata tuvo una participación activa en mostrar evidencia para que se aprobara el proyecto, solicitando a especialistas en derecho constitucional que analizaran el proyecto para demostrar que no había roces inconstitucionales en este. Y bajo el financiamiento de la organización internacional Campaign for Tobacco-Free Kids, presentaron el *Estudio de tabaquismo en Costa Rica*, que consistió en una encuesta a 1240 personas en todo el país, que midió el consumo de tabaco y las percepciones en torno a las políticas de control (Asamblea Legislativa, 2012, p. 502-524).

También, como una forma de presión a los diputados en el momento en que se discutía el proyecto de ley, Renata se encargó de gestionar con la Municipalidad de San José una campaña publicitaria, que se utilizó en varios medios de comunicación, en la cual participaron exfumadores que habían sufrido alguna consecuencia física grave producto del fumado; y colocaron piezas metálicas en forma de cigarrillos con inscripciones alusivas al problema del tabaquismo, al cáncer y a la necesidad de regulación en el boulevard que se encuentra al lado de la Asamblea legislativa.

Entre las últimas acciones que han realizado está la defensa a las modificaciones a la ley que

intentaron hacerle en cuanto a la prohibición de vender menos de 20 cigarrillos por paquete durante el mes de agosto del 2015; y también se pronunciaron a favor de la aprobación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de los Productos del Tabaco, que ocurrió en setiembre del año 2016.

Policía de Control Fiscal

La PCF es parte del Ministerio de Hacienda y con la creación de la Ley N.º 9028 ha asumido nuevos retos respecto al seguimiento y control del comercio ilícito de cigarrillos. De acuerdo con el Lic. José Miguel Gómez, jefe de la División Técnico Jurídica, a, ellos tienen la responsabilidad de regular el contrabando de cigarrillos y productos de tabaco tal y como la ley lo establece, pero en un nivel macro. La PCF hasta la fecha ha realizado varias investigaciones donde se encuentran involucradas estructuras de crimen organizado, la investigación más reciente se realizó durante los últimos 10 meses y obtuvo como resultado el decomiso del equivalente a USD \$5.000.000 en cigarrillos de contrabando (Gómez, comunicación personal, 6 de octubre de 2016).

Como parte de las principales limitaciones a las que se enfrenta la PCF se encuentran la falta de recurso humano para hacer frente al creciente mercado de cigarrillos de contrabando, y esto sin contar con más presupuesto de la Ley N.º 9028. El director de este departamento indica que actualmente los grupos de crimen organizado están optando cambiar el contrabando de drogas como la cocaína por el de cigarrillos, situación que amerita mayor cantidad de investigaciones y operativos en relación a este tema (Gómez, comunicación personal, 6 de octubre del 2016).

Uno de los retos que se identifican desde la PCF es que una gran cantidad de cigarrillos

chinos, caracterizados por sus aversivos componentes, llegan al país con más fuerza cada día y no se cuenta con el personal necesario para hacer frente al incremento del contrabando en pequeñas cantidades (Gómez, comunicación personal, 6 de octubre de 2016).

Policía Municipal

La Policía Municipal es un cuerpo policial adscrito a los gobiernos locales el cual desarrolla funciones públicas tendientes a la seguridad ciudadana y vigilancia dentro del ámbito de competencia territorial.

En términos del cumplimiento de la Ley N.º 9028, la Policía Municipal funge como brazo operativo de los gobiernos locales, según lo dispuesto en el capítulo X de la Ley N.º 9028. Por lo tanto, las policías municipales desarrollan acciones orientadas a la fiscalización en relación con el cumplimiento de los espacios declarados 100% libres de humo de tabaco, así como la debida señalización en los sitios prohibidos para fumar.

También, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32 de la Ley N.º 9028, los gobiernos locales fungen como entes fiscalizadores en lo que respecta a la regulación de la venta, distribución y suministro de productos de tabaco, según normado en capítulo VII. En el caso de las municipalidades que cuentan con el servicio de Policía Municipal, delegan esta función sobre este órgano al cual le compete la vigilancia y regulación para el cumplimiento de la normativa.

En el artículo 33 de dicha legislación se establece que las municipalidades quedan facultadas para el decomiso de los productos de tabaco que se encuentren ilícitamente en el país. Y en materia de sanciones le compete a este órgano la gestión respectiva de denuncias,

o también llamado informes sanitarios, ante el Ministerio de Salud para la aplicación de sanciones ante el incumplimiento de la ley.

A partir de las acciones de fiscalización y control que desarrolla la Policía Municipal, se considera este un actor clave en la implementación de la Ley N.º 9028 y por tanto la información generada por este ente es un recurso indispensable para el monitoreo constante. De esta forma, la Policía Municipal puede aportar información que permita dar seguimiento en los temas de comercio ilícito, así como de denuncias e infracciones a la ley.

Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines

Es una entidad sin fines de lucro que está conformada por todas aquellas empresas, personas físicas o jurídicas que de una u otra manera participan de la actividad gastronómica y afines, los cuales en conjunto velan por los intereses del sector, conformada por restaurantes, hoteles, proveedores de bienes y servicios, licorerías, discotecas, bares, casinos, centros nocturnos y turísticos (Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines [Cacore], s. f.).

Como objetivo buscan promover el desarrollo empresarial gastronómico en el ámbito nacional e internacional, fomentando la integración y participación del sector y asumir oficialmente la representación del mismo. Así como obtener y brindar información de interés del sector ya sea gubernamental e institucional (Cacore, s. f.).

Se concentran en obtener y brindar información en diversos aspectos para sus agremiados en temas legales, mercantiles, financieros y realizar convenios o alianzas estratégicas con la empresa pública y privada,

esto con el fin de brindar beneficios directos a los agremiados (Cacore, s. f.).

Durante el proceso de consulta del proyecto de ley Cacore tomó una posición en contra, presentando firmas de afiliados que se manifestaban en esa misma línea, bajo el alegato de que la misma fomentaría el mercado ilícito de tabaco, mientras tanto también promovían que la ley marcara diferencia entre cuatro tipos de negocios, pues sin expresarlo claramente el grupo temía ver afectado económicamente sus agremiados por las restricciones que iban a implicar en sus negocios y para sus clientes (Asamblea Legislativa, 2012, p.12050-1257).

Este grupo solicitaba que se permitiera la opción de fumar o no fumar en establecimientos según el público al que se dirigen. Por lo tanto, pretendían que en sitios como bares no existiese prohibición pues solamente era frecuentado por adultos, y en lugares dominados mixtos como centros comerciales, existiesen áreas de fumado. Igualmente solicitaban más claridad con las relaciones obrero-patronal para justificar a los empleados fumadores (Asamblea Legislativa, 2012, p. 1251-1252).

Cámara Costarricense de Comerciantes, Detallistas y Afines

Es una organización gremial, sin fines de lucro, que agrupa a los micro, pequeños y medianos empresarios comerciales y de servicio, con el objetivo de defender y representar los intereses de todo el sector (Cámara Nacional de Comerciantes, Detallistas y Afines [Canacodea], s. f.).

Ante la consulta del proyecto el grupo se posicionó a favor, pero, criticando algunos aspectos de este. Entre ellos el hecho de que podría perjudicar a los agremiados que estuvieran

legalmente inscritos como comerciantes, los cuales cumplen con todos los atestados de la ley comercial, por otro, lado resaltaron el cobro del impuesto al cigarrillo como excesivo lo cual podría incrementar el comercio ilícito. Y el efecto que esto podría tener ante los comercios legales grandes, medianos y pequeños empresarios (Asamblea Legislativa, 2012, p. 1195).

Tampoco estaban de acuerdo con lo que se refería a otorgar tiempo en horas laborales a empleados fumadores pues causaría un daño a pequeños empresarios. Se pronunciaron en contra sobre la posibilidad de vender cajetillas con 20 cigarrillos, al requisito de una patente extra que se suponía para los comerciantes (Chaves, 2012, p. 49). Al igual que Cacore, en su momento presentaron al Congreso varias firmas de afiliados que se oponían al proyecto (Asamblea Legislativa, 2012, p. 1995-1249).

Cámara Costarricense de Hoteles

Esta cámara tiene más de setenta años de existencia, pero fue en 1995 que adoptaron el nombre actual. Tiene como objetivo brindar servicios, representar y asesorar a las empresas del sector turístico afiliadas (CCH, s. f.).

En el momento en que se aprobó la ley, una nota en prensa informaba que la mayor parte de este sector se pronunció a favor de la ley y de las multas que se incorporaban. Sin embargo, un año después el vicepresidente de la CCH criticó que la ley se fue a los extremos, quejándose de que se han dado denuncias de huéspedes por confusiones sobre si se podía fumar o no en el lobby o en el parqueo (Vindas, 2013).

Probablemente por esa razón, en el 2015 la cámara anunciaba que estaba llevando a cabo gestiones de consulta ante el Ministerio de Salud para que determinara si era posible que se permitiera el fumado dentro de las áreas de

parqueos de los hoteles; algo que, según ellos, sí era posible con la excepción dada en el artículo 5 del reglamento (CCH, 2015, párr.2). Según dijo su presidente en ese mismo momento, varios negocios han sufrido órdenes sanitarias por el fumado de huéspedes y han querido llegar a instancias como la Sala Constitucional que se podrían haber traído abajo la ley (Rodríguez, 2015, párr. 6).

De hecho, ese mismo año, la CCH fue una de las cámaras que se pronunció junto con otras a favor de que se permitiera la venta de cajetillas de 10 cigarrillos, que se detalló en páginas anteriores.

Cámara de Industrias de Costa Rica

La Cámara de Industrias de Costa Rica (CICR) es la institución que representa al sector industrial del país. Su liderazgo, le ha permitido impulsar mejores condiciones, no solo para el sector industrial, sino para miles de costarricenses que dependen directa o indirectamente de la actividad (CICR, s. f.).

La posición que tomó este grupo a partir de la consulta que se les hizo fue de preocupación debido a que la ley a como estaba redactada no era suficiente para los objetivos que buscaba, además de considerarla excesiva y poco clara. Entre otros temas sobre los que se pronunciaron fue el tributo como excesivo y que causaría otros problemas como en contrabando y la venta al menudeo (Chaves, 2012, p. 53).

Y es que en esta cámara se encuentran asociadas la BAT y la Tabacalera Costarricense (PMI) las dos principales tabacaleras del país, quienes también se pronunciaron en contra de la ley presentando estudios sobre el tema y argumentos jurídicos (Asamblea Legislativa, 2012, p. 83-9,99-217).

Ministerio de Economía, Industria y Comercio

El MEIC ejerce la función de participar en la formulación de la política económica del Gobierno y en la planificación nacional en los campos de su competencia, así como ser el ente rector de las políticas públicas de Estado en materia de fomento a la iniciativa privada, desarrollo empresarial y fomento de la cultura empresarial para los sectores de industria, comercio y servicios, así como para el sector de las pequeñas y medianas empresas (MEIC, s. f.).

Después de la consulta que se les realizó criticaron que la ley contenía aspectos pocos claros e inclusive algunos muy ambiguos. Fueron muy específicos haciendo anotaciones sobre los contenidos vacíos de la ley, los cuales causarían que la misma fuera poco aplicable.

Según Isabel Araya, directora de calidad del MEIC, después de que se realizaron las recomendaciones durante el proceso de consulta en acompañamiento a la CCSS y Ministerio de Salud, la entidad no continuó realizando un monitoreo constante de las aplicaciones de la ley (Araya, comunicación personal, 14 de octubre del 2016).

Esta situación se debe a una coyuntura de cambio dentro del Ministerio pues la Dirección de Mejora Regulatoria y Reglamentación Técnica fue la que se dedicó a acompañar la consulta y ahora esa dirección se llama Dirección de Calidad y esto ha significado una pérdida de información entre funcionarios y direcciones.

Cuando se realizó la consulta, uno de los aspectos que más señaló el MEIC es que en la regulación había temas que eran de difícil aplicación como por ejemplo que se prohibía fumar en las paradas de auto bus; sin embargo, el criterio fue que eso difícilmente se podía cumplir y muy complicado aplicarlo. La

regulación tiene que establecer cosas que sean verificables y controlables, porque si se basan en disposiciones de materia no verificable o no fiscalizables sinceramente es poco probable que se pueda cumplir y no se puede llevar a la práctica.

Actualmente, el MEIC no tiene ninguna estrategia para la aplicación de esta ley, sin embargo, por reglamento debe acatar el cumplimiento de algunos artículos específicos.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

El MTSS es la institución rectora y ejecutora de la política laboral y de seguridad social de Costa Rica, dirigida a personas trabajadoras y empleadoras para propiciar el trabajo digno y contribuir al desarrollo y la justicia social.

Este ministerio gestiona el proceso de la política pública en materia socio laboral, a través de la gestión de políticas puntuales y lineamientos generales para ejercer la rectoría que le compete y la conducción de la política institucional, legal, técnica y administrativa del Ministerio; para que los programas ejecutados por este se desarrollen dentro del marco establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y la política general de Gobierno (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS], s. f.)

Es así como, el MTSS, ejerce dentro del engranaje gubernamental funciones relativas al campo del desarrollo y la seguridad social tales como la planificación y la promoción del empleo, con énfasis en el desarrollo de la pequeña y mediana empresa; la fijación de salarios mínimos y otros programas dirigidos a la disminución de la pobreza, como la atención de grupos etarios en condiciones de desventaja o riesgo social (MTSS, s. f.).

En el panorama político de discusión que hubo de la ley, esta institución se pronunció ante la Comisión de Asuntos Sociales a favor del proyecto, debido a que en la legislación se menciona el tema del fumado en los espacios laborales y de los permisos patronales a los empleados que desearan acudir a programas de cesación (Asamblea Legislativa, 2012, p. 220-223).

Igualmente, en el reglamento de la ley se le confiere la potestad de fiscalizar lo dispuesto en los capítulos II y VII de la ley, función que en un principio se le confirió al CSO, pero dado que este ente por constitución orgánica no se encarga de esas labores ya en el reglamento se le da la tarea de colaborar en la prevención de consumo de productos de tabaco (Decreto Ejecutivo N.º 37.185, 2012, p. 88).

Consejo de Salud Ocupacional

El Consejo de Salud Ocupacional (CSO) es un órgano técnico adscrito al MTSS encargado de velar por la calidad de vida de la población trabajadora. Su función principal consiste en contribuir al mejoramiento de las condiciones laborales y ambientales en los centros de trabajo, a través de la actualización y fiscalización del cumplimiento de la normativa en este campo.

En relación con la implementación de la ley, se menciona en primera instancia en el artículo 32 al CSO como ente fiscalizador del cumplimiento de dicha legislación en los centros de trabajo.

Las municipalidades y el Consejo de Salud Ocupacional del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social colaborarán en la fiscalización de las disposiciones contenidas en los capítulos II y VII de esta ley y demás normativa que les resulte aplicable (Decreto Ejecutivo N.º 37.185, 2012, art. 32).

Según lo dispuesto en el artículo anterior, le compete al Consejo de Salud Ocupacional fiscalizar el cumplimiento de la normativa en relación con la protección contra el humo de tabaco (Capítulo II), asimismo, el CSO es considerado en el artículo 36 del reglamento como un ente colaborador en lo que respecta a la prevención del consumo de productos de Tabaco y sus derivados, así como a la exposición de humo de tabaco (Decreto Ejecutivo N.º 37.185, 2012)

Como parte de su función fiscalizadora el Consejo de Salud Ocupacional establece la *Guía de inspección de condiciones de salud ocupacional*, un instrumento dirigido a las Comisiones de Salud Ocupacional en cada centro de trabajo, los profesionales de Salud Ocupacional y profesionales de Inspección del Trabajo como del Ministerio de Salud para orientar las inspecciones regulares que deben realizar para el cumplimiento de la normativa en este campo.

En apego a las disposiciones de la Ley N.º 9028 dicha guía incorpora, en el bloque IV *Factores Psicosociales y de Organización del Trabajo*, tres enunciados referentes al control del tabaco los cuales evalúan el cumplimiento en materia de prohibición de fumado en los centros de trabajo, rotulación de los espacios 100% libre de humo de tabaco y disponibilidad patronal para la atención de los trabajadores con diagnóstico de adicción al tabaco.

A partir de lo anterior, en términos de indicadores la información que genera el CSO en relación con el control del tabaco en los centros de trabajo específicamente en lo que respecta a capacitación sobre el tabaquismo y la gestión de permisos laborales para la asistencia a programas de cesación, se considera un aporte fundamental para el seguimiento no solo de las disposiciones de la agenda temática, sino también del cumplimiento de la Ley N.º 9028.

Ministerio de Hacienda

Es la institución responsable de la recaudación de impuestos, la rectoría de la administración financiera, de la asignación de los recursos financieros a las entidades públicas y la administración de la deuda pública, por medio de una política fiscal sostenible, para contribuir a la estabilidad y crecimiento económico y social de los habitantes del país (Ministerio de Hacienda, 2015, p. 5).

Es responsable además de direccionar las finanzas públicas hacia el crecimiento y la generación de empleo a fin de buscar la estabilidad y equidad económica de Costa Rica (Ministerio de Hacienda, 2015, p. 5).

Con respecto a la Ley N.º 9028 el papel que ha jugado esta institución ha sido de gran importancia para el cumplimiento de la ley, pues es la entidad encargada de cobrar los impuestos que se recaudan de los productos de tabaco. Es por eso que este ministerio ha estado colaborando en campañas publicitarias con distintas cámaras empresariales para informar y persuadir a la población en cuanto a los perjuicios del contrabando de cigarrillos. Y como se mencionó páginas atrás, coopera con la aplicación creada por Amcham sobre las denuncias de comercio ilegal de distintos productos, entre ellos los cigarrillos

Organización Panamericana de la Salud

La OPS es una agencia de salud pública internacional con más de 100 años de experiencia en el trabajo para mejorar la salud y los estándares de vida de los países de las Américas. Sirve como la organización especializada para salud del Sistema Interamericano. También sirve como la Oficina Regional para las Américas de la OMS y goza de reconocimiento internacional como parte del sistema de Naciones Unidas (OPS, s. f. b, párr. 5).

En el 2014 la OPS honró al Ministerio de Salud por liderar un esfuerzo de cinco años para aprobar la legislación de control del tabaco que incorporó varias disposiciones del CMCT de la OMS. Y es que la OPS mantiene el Programa de Control de Tabaco desde donde se han emitido tres informes regionales sobre control del tabaco, un curso virtual, materiales de entrenamiento sobre la reglamentación de productos de tabaco, guías del empaquetado neutro y de promoción del Día Mundial sin Tabaco, así como datos del tema en el Observatorio Regional de Salud (OPS, s. f. c.).

Programa de Prevención, Consejería e Investigación en Drogas

El Precid nació en el año 2014 como una dependencia de la Escuela de Enfermería, unidad académica que buscó crear programas dirigidos a la comunidad de la UCR y al mismo tiempo capacitar docentes en cuanto al consumo de drogas; para lo cual desde el año 2006 realizó alianzas con el IAFA, con el ICD y diversas organizaciones no gubernamentales relacionadas con la temática de las adicciones (UCR, 2015, párr. 2).

Dentro de las acciones que ha llevado a cabo el Precid en los últimos tres años resalta la creación de cinco clínicas de cesación del fumado para la atención a la población universitaria, ofreciendo apoyo nutricional y terapia física recreativa como parte de las estrategias para incidir en el cese del consumo; la coordinación de un Trabajo Comunal Universitario que trabaja la prevención en el consumo de drogas a estudiantes de décimo, undécimo y duodécimo de zonas vulnerables; y la campaña Yo decido, en alianza con el IAFA, dirigida a estudiantes de primer año de la UCR (Jiménez, 2016, p. 10).

Actualmente se encuentran impartiendo el ciclo de conferencias *Entendiendo el fumado*, que consta de seis sesiones una vez a la semana, y tienen planeado abrir una clínica de cesación de alcohol y otra de marihuana (Jiménez, 2016, párr. 19).

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

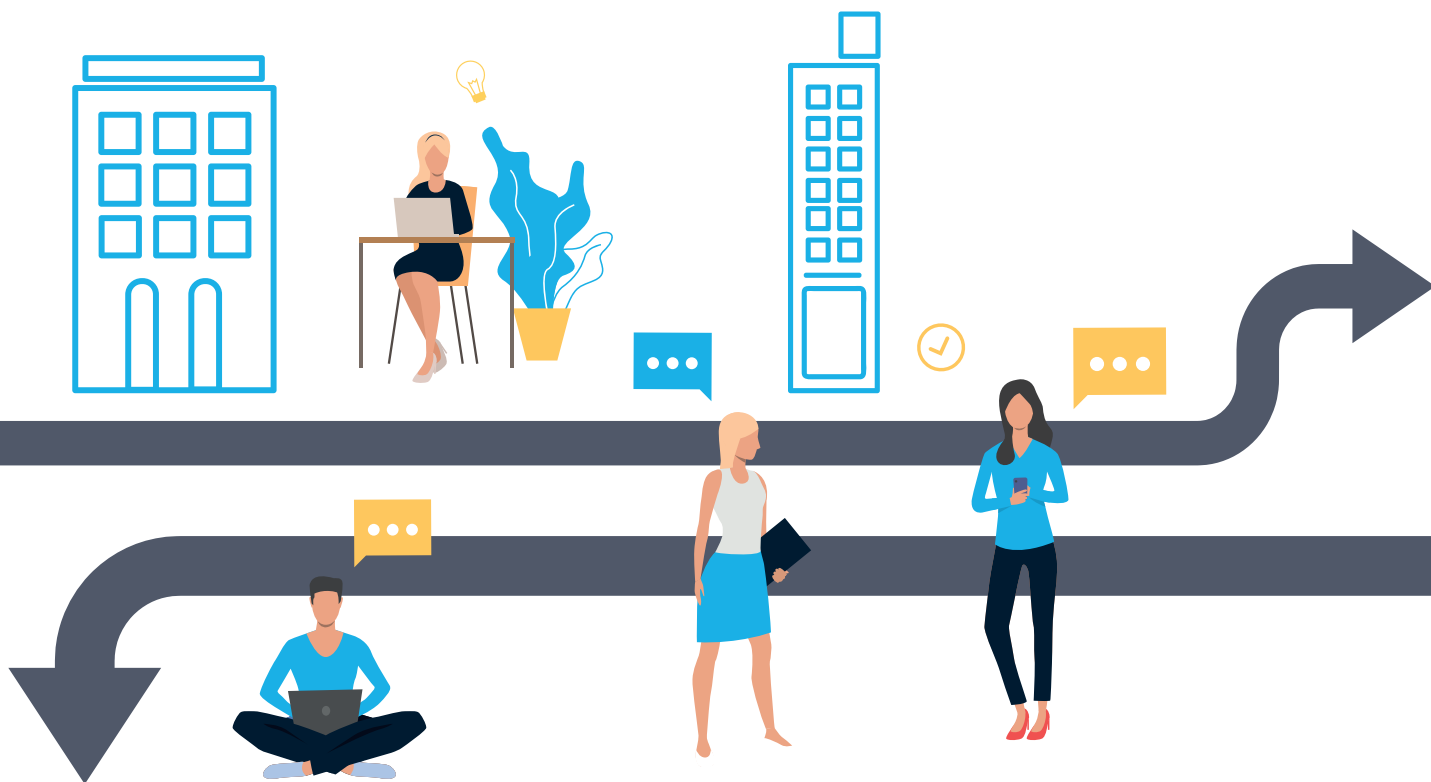
El Colegio de Médicos y Cirujanos nace el 19 de octubre de 1857 bajo la administración del presidente de la república, Juan Rafael Mora Porras, y con el nombre de "Protomedicato de la República de Costa Rica". La existencia actual del colegio se rige por la Ley N.º 3019 (Colegio de Médicos, s. f.).

Se considera válido integrar a este grupo porque rigen las políticas de buena práctica en el campo de la medicina; por lo tanto, es importante concientizar al gremio sobre las necesidades de llevar el mensaje a los pacientes y de promover estilos de vida saludables que eviten el fumado.

Colegio de Enfermeras de Costa Rica

Su misión es velar por el ejercicio profesional, ético y moral, con el fin de promover el cuidado de calidad, unidad y desarrollo profesional de sus colegiadas para asegurar una atención integral de salud para toda la población. Como visión, procuran fortalecer las interacciones humanísticas a través de la aplicación del proceso de enfermería, socializando los resultados e impacto, así como la actualización y compromiso con las necesidades de salud y los problemas que se relacionan con ésta, y ser un agente activo en la promoción de la salud (Colegio de Enfermeras, s. f.).

Por lo tanto, siendo esta una profesión con tanta vocación al servicio de la salud es igualmente importante concientizar a los y las agremiadas sobre la necesidad de educar acerca los daños del fumado y transmitir un mensaje educativo que ayude a construir una sociedad más consiente tanto de la Ley N.º 9028 como de los efectos del cigarrillo a la salud.



Clasificación de los actores

A continuación, se presenta la clasificación de los actores involucrados, según la división del sector público y tipo de institución, asimismo se describe la relación de cada grupo con respecto a la Ley N.º 9028.

Es necesario aclarar que, del apartado anterior, algunas instituciones no se tomaron en cuenta para la clasificación y posterior caracterización. En el caso de la OPS, se descartó debido a que en términos prácticos ha sido poca su participación en los años posteriores a la población de la legislación antitabaco y no se le encomienda en esta alguna responsabilidad. Luego, resultó mejor conceptualizar al MTSS y al CSO como una sola entidad para efectos de su rol en la Ley N.º 9028. Misma situación para el caso de la UCR y el Precid, que para las siguientes secciones van a entenderse como una sola instancia.

Primer nivel sector público

En este nivel se contemplan los tres niveles de la República (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [Mideplan], 2010). Los actores seleccionados pertenecen específicamente al Poder Ejecutivo, sus ministerios y entes adscritos:

- Ministerio de Salud
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
- Ministerio de Hacienda
- Policía de Control Fiscal
- Ministerio de Seguridad Pública
- Ministerio de Economía, Industria y Comercio
- Ministerio de Educación Pública
- Consejo de Salud Ocupacional

Los actores que conforman este grupo se caracterizan por tener una relación estrecha y de carácter formal con el tema de control del tabaco en el país. Esta relación está plasmada tanto en la legislación como en el marco institucional. En este sentido, estos actores desempeñan acciones de control, fiscalización e implementación de la Ley N.º 9028, de forma que su rol está orientado tanto a cumplir y hacer cumplir las disposiciones de aquella.

Segundo nivel sector público

Contempla el sector descentralizado institucional que abarca que organizaciones autónomas y semi autónomas, las empresas públicas estatales y las empresas públicas no estatales (Mideplan, 2010):

- Caja Costarricense del Seguro Social
- Universidad de Costa Rica
- Instituto Costarricense de Deporte y Recreación
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica

Tanto la CCSS como el Icoder mantienen obligaciones y responsabilidades formales plasmadas en la legislación y en su marco institucional por tanto mantienen una relación directa con la ley, desempeñándose como implementadores de la misma dentro de su área de competencia.

Por otro lado, instituciones como la Universidad de Costa Rica y los colegios profesionales, aunque por ley no adquieren obligaciones formarles en el marco de la implementación y cumplimiento de la legislación, han desarrollado acciones orientadas a este fin en función de los objetivos que persigue cada institución, los cuales indirectamente se relacionan con la Ley N.º 9028.

Tercer nivel sector público

Este nivel incluye a las instituciones u organizaciones descentralizadas territorialmente de acuerdo con la División Administrativa de la República (Mideplan, 2010):

- Municipalidades
- Policía Municipal

Al igual que las instituciones del primer nivel, al estar mencionadas en la legislación, las municipalidades y sus órganos adscritos fungen como entes implementadores de la ley en áreas específicas de la misma. En adelante, se conceptualizará a estas dos entidades como una sola bajo la denominación de Policía Municipal, debido a que representa más esa función operativa que encomienda la Ley N.º 9028.

Organizaciones No Gubernamentales

Estas son organizaciones u agrupaciones de cohorte privado independientes de la administración pública, las cuales persiguen objetivos sin fines de lucro:

- Cámara Costarricense de Restaurantes
- Asociación Cámara Nacional de Comerciantes Detallistas y Afines
- Cámara Costarricense de Hoteles
- Cámara de Industrias de Costa Rica
- Red Nacional Antitabaco

La relación que este tipo de actores mantiene con la Ley N.º 9028 nace a partir de los intereses propios de cada organización, los cuales están relacionados directa o indirectamente con la implementación de esta.

En este grupo se encuentran actores que por sus competencias defienden los intereses de grupos y asociados que desempeñan un rol de cumplidores o acatadores de la ley, como es el caso de las cámaras y asociaciones del sector comercial e industrial. Por su parte, Renata constituye la única organización de la sociedad civil cuyos intereses y objetivos están dirigidos a apoyar e impulsar el efectivo cumplimiento de la Ley N.º 9028.

Caracterización de los actores según su influencia y poder

El análisis desarrollado buscó evidenciar la realidad actual a partir no solo de las relaciones establecidas entre el actor y la legislación en términos de obligaciones y responsabilidades, sino también en función de las acciones desarrolladas por las instituciones u organizaciones en relación con la implementación y cumplimiento de la Ley N.º 9028.

A partir del ejercicio de consulta a expertos en control del tabaco y definición técnica para caracterizar a los actores, se elaboró el cuadro 9 e imagen 19, las cuales representan gráficamente las posiciones que ocupan los diferentes actores que se movilizan alrededor de la legislación antitabaco en el país, con su respectivo nivel de influencia y posición, evidenciando de esta forma las diferentes relaciones y conflictos de intereses generados por los actores clave en función de la Ley N.º 9028.

Cuadro 9: Posición, interés e influencia de los actores sociales en el marco de la implementación, gestión y cumplimiento de la Ley N.º 9028

Actor social	Posición			Interés / Influencia				
	En contra	Indefinido	A favor	Poca o ninguna	Baja	Moderada	Alta	Muy alto
Ministerio de Salud			X					X
Caja Costarricense del Seguro Social			X				X	
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia			X				X	
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación			X				X	
Universidad de Costa Rica			X			X		
Ministerio de Seguridad Pública			X			X		
Ministerio de Educación Pública		X				X		
Red Nacional Antitabaco			X				X	
Policia de Control Fiscal			X			X		
Policia Municipal		X				X		
Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines	X					X		
Cámara Costarricense de Comerciantes, Detallistas y Afines	X					X		
Cámara Costarricense de Hoteles	X					X		
Cámara de Industrias de Costa Rica	X						X	
Ministerio de Economía, Industria y Comercio		X				X		
Consejo de Salud Ocupacional		X			X			
Ministerio de Hacienda			X				X	
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica			X			X		
Colegio de Enfermeras de Costa Rica		X			X			

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el Ministerio de Salud, Renata, el IAFA y la CCSS mantienen una posición favorable respecto a la Ley N.º 9028, ocupando los primeros lugares en términos de interés y capacidad para influir en las agendas políticas y opinión pública en relación con el tema de control del tabaco.

Porsu parte, las cámaras de turismo, hotelería, industria y comercio representan el principal grupo de oposición, en tanto su objetivo está dirigido a la defensa de los intereses de aquellos sectores que se ven mayormente afectados por las disposiciones establecidas en la legislación.

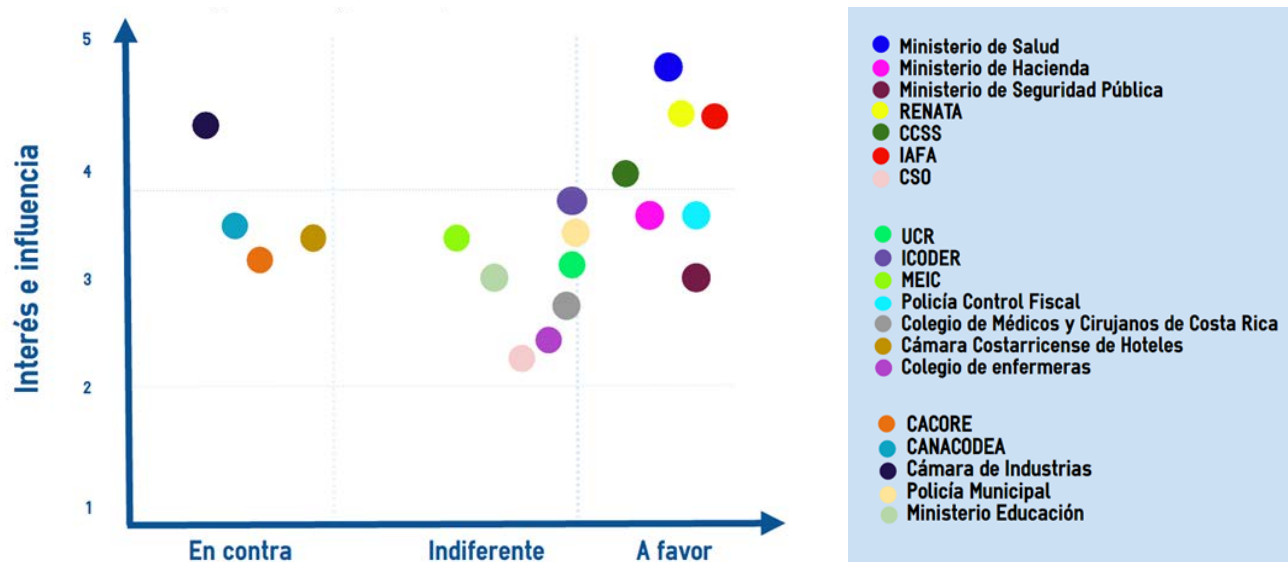
Pese a encontrarse en extremos opuestos en términos de posición, estos dos grupos de actores han demostrado tener altos niveles de interés e influencia, siendo los principales actores en el proceso de discusión política antes y después de la promulgación de la ley.

Los actores ubicados en el cuadrante central tanto en las categorías de influencia y posición, mantienen una posición indefinida frente a ley debido a que no se ha logrado registrar un pronunciamiento oficial por parte de la institución en relación con el tema.

No obstante, es importante resaltar que en su mayoría los actores ubicados en este cuadrante han desarrollado iniciativas relacionadas con la implementación de la ley, ya sea porque mantienen obligaciones directas de acuerdo con la legislación y su marco institucional o bien por interés de la institución en la temática.

De esta forma, desde el plano estratégico, los actores ubicados en el cuadrante central se consideran actores aliados en el gran tema de control del tabaco, los cuales a través de una correcta conducción interinstitucional vendrían a fortalecer los procesos de implementación, aplicación y promoción de la ley, a pasar de mantener un nivel medio de influencia política y social.

Figura 19: Diagrama de posición, interés e influencia



Fuente: Elaboración propia, 2017

Conclusiones

Luego de haber desarrollado este trabajo, es necesario sintetizar algunos puntos de cierre referidos al panorama nacional sobre el control del tabaco, con base a lo que se ha podido encontrar en las páginas anteriores.

Hay que afirmar que, sin lugar a dudas, la aprobación de la Ley N.º 9028 fue uno de los logros más representativos en los últimos años en términos de legislación sobre la salud pública y el derecho a un ambiente saludable. Su trámite legislativo fue de rápida aprobación, en comparación a otros proyectos de ley que suelen estancarse por varias legislaturas. Y, en general, fue un proyecto que no generó movilizaciones públicas, pues se negoció siempre en espacios políticos formales, es decir, a niveles institucionales.

Además, la aprobación de esta normativa trajo a colación la importancia de dos aspectos. Primero, que la presión de organizaciones de la sociedad civil, en esta ocasión Renata, pueden movilizar voluntades políticas en la Asamblea Legislativa para promover proyectos que busquen defender el derecho a la salud de la población.

Segundo, que la Ley N.º 9028 vino a representar un salto muy importante en cuanto a regulación del consumo de tabaco. Luego de haber rastreado el marco normativo anterior, es posible notar que la regulación de este tipo es reciente en el país, y aun cuando se contaba con una ley, esta era insuficiente para hacerle frente al problema del tabaquismo.

La presión de la industria del tabaco había bloqueado cualquier reforma que impusiera controles severos a la compra, publicidad, patrocinio y demás. Precisamente, algunos aspectos del proceso legislativo dejaron ver intereses en contra del proyecto de ley, de

parte de la industria tabacalera y de las cámaras empresariales. Oposición que todavía en el año 2015 intentó introducir modificaciones a la ley.

De manera comparativa a nivel internacional, Costa Rica puede presumir de tener una ley de control del tabaco muy completa, que le ha valido el reconocimiento de parte de otros países. En ese sentido, aparte de las disposiciones del CMCT, la legislación nacional contó con la ventaja de recoger las experiencias positivas de otros países que habían aplicado sus respectivas normativas desde antes.

Vale destacar de la Ley N.º 9028 la alta cobertura de los pictogramas y advertencias, la tipificación de sanciones por incumplimiento con sus respectivos cobros, el registro obligatorio de todos aquellos fabricantes o distribuidores de productos de tabaco, la prohibición de fumado en una gran cantidad de sitios y de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio. Y, sobre todo, la creación de un impuesto específico -aparte de los que ya existentes- que funciona de presupuesto para las instituciones que les corresponde atender esta temática.

Es muy probable que todo este paquete de medidas sea una de las razones por las cuales la prevalencia de consumo ha venido disminuyendo en los últimos años; siendo una de las más bajas de la región de las Américas.

No obstante, desde su operatividad en estos últimos cuatro años, ha sido posible determinar una serie de falencias, especialmente en las cuatro instituciones que reciben presupuesto del impuesto. Se ha podido observar que las acciones se han focalizado más en ciertos objetivos de la ley que en otros que no se han atendido de la misma manera, como el combate al comercio ilícito y la reducción del daño ambiental del tabaco. También, en

algunas ocasiones las acciones desarrolladas en programas de prevención son muy similares, lo que da a entender que no existe una coordinación adecuada en ese sentido.

El tema de la ejecución del presupuesto ha sido controversial, dado que, a diferencia de otras leyes, esta es una que genera mucho dinero, el cual no se ejecuta en su totalidad, y tampoco hay mayor profundización de parte de las instituciones de los motivos de la sub ejecución. La situación puede ser peligrosa en el sentido político, debido a que puede provocar que ciertos diputados vayan a utilizar esto como justificación para recortar el presupuesto o busquen direccionarlo al financiamiento de otros gastos del Estado.

Sin embargo, lo anterior no significa que el presupuesto debería ser gastado sin una dirección clara sobre las competencias y los fines, así como los objetivos plasmados en la legislación. Situación que fue posible observar mayoritariamente en el caso del Icoder. Lo que plantea el reto que tiene el Ministerio de Salud en mejorar los mecanismos que está utilizando para apuntar en la rectoría del control del tabaco.

Como se ha podido evidenciar, los estragos del tabaco no se quedan únicamente en el plano de las enfermedades que provoca su consumo. Desde la siembra de la planta se generan una serie de impactos al medio ambiente, que continúan en distintas etapas del ciclo de este producto hasta su desecho final por parte de los consumidores. Por estas características tan nocivas para la población, es que el control del tabaco debe ser prioritario para las instancias encargadas de su regulación. Y, también, porque las experiencias aprendidas con el tabaco sirven de ejemplo para regular otros productos riesgosos a la salud, como el alcohol, las bebidas azucaradas o las grasas *trans*.

Se vienen nuevos retos en control del tabaco para el país, como la implementación de un sistema de trazabilidad de cajetillas de cigarrillos, el empaquetado neutro en las cajetillas y la regulación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina. El abordaje que se les dé en los próximos años definirá la capacidad de las instituciones para defender el derecho a la salud.

Bibliografía

- ABC. (2016). La otra cara de la ley antitabaco: los padres fuman más en casa y en el coche con los niños. Consultado el 25 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.abc.es/sociedad/abci-otra-cara-antitabaco-padres-fuman-mas-casa-y-coche-ninos-201601131206_noticia.html#disqus_thread
- Acuña, V. (1978). Historia económica del tabaco en Costa Rica: época colonial. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 4, 279-392. Consultado el 9 de setiembre del 2016. Obtenido de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/3315>
- Alvarado, J. (2016, 27 de setiembre). Decomisan gran cantidad de cigarrillos y medicamentos de la Caja. *CR Hoy*. Consultado el 10 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/nacionales/decomisan-gran-cantidad-de-cigarrillos-y-medicamentos-de-la-caja/>
- Andueza, H. (1957). *Estudio agro-económico del cultivo del tabaco en Costa Rica. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Ingeniería Agronómica*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Arrieta, M. (1973). *El cultivo y la industria del tabaco en Costa Rica durante la segunda mitad del siglo XX*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Geografía. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Arrieta, T. (s. f.). Por un mundo mejor sin tabaco. San José, Costa Rica.
- Asamblea Legislativa. (2012). Expediente legislativo N° 17.371, Ley N.° 9028. San José, Costa Rica.
- Asociación de Estudiantes de Salud Ambiental. (s. f.). *Contaminación por colillas de cigarro en la Universidad de Costa Rica*. Foro Tabaco y Ambiente del 11 de setiembre del 2015, Ciudad de la Investigación, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Ávalos, A. (2014, 29 de setiembre). Impuesto a cigarrillos financia multimillonaria lucha contra fumado. *La Nación*. Consultado 11 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Impuesto-cigarrillos-financia-multimillonaria-fumado_0_1442055806.html.
- Baldares, E. (2016). La Ley de la Vida. *La Nación*. Consultado el 15 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/archivo/fumado-cigarrillo-ley_del_tabaco-ley_del_fumado_19_1525637422.html
- Bardach, A., Palacios, A., Alcaraz, A., Caporale, J., Rodríguez, B., Amador, N., Espinoza, A., Fernández, Y., Walker, L., Ugalde, F., Zúñiga, N., Augustovski, F. y Pichon-Riviere, A. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 16. Consultado el 18 de enero de 2017. Obtenido de: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Documento-T%C3%A9cnico-Costa-Rica-FINAL-2.pdf>
- Berger, P. y Luckman, T. (2003). La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrutu Editores.

- Berné, P. (2016). ¿Están los niños más expuestos al humo del tabaco en casa? *Heraldo*. Consultado el 29 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2016/01/15/estan-los-ninos-mas-expuestos-humo-del-tabaco-casa-709604-1381024.html>
- Brenes, C. (2012, 14 de octubre). Tabacaleras se ajustan ante nueva ley. *El Financiero*. Consultado el 10 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.elfinanciero.cr/negocios/tabacaleras-ajustan-nueva-ley_0_170982910.html
- British American Tobacco [BAT] (s. f. a.). *Nuestras marcas*. Consultado el 7 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.batcentralamerica.com/group/sites/BAT_A6XNWM.nsf/vwPagesWebLive/DO9T5KFL?opendocument
- BAT (s. f. b.). *Our product portfolio*. Consultado el 11 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.bat.com/group/sites/uk__9d9kcy.nsf/vwPagesWebLive/DOA89DQ5
- Cabezas, Y. (2014, 6 de noviembre). Lucha contra el tabaco continúa, Caja impulsa campaña con camisetas. *CR Hoy*. Consultado el 21 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/archivo/lucha-contra-el-tabaco-continua-caja-impulsa-campana-con-camisetas/nacionales/>
- Cabezas, Y. (2015, 3 de mayo). Controlar venta y consumo de cigarros en vías públicas sigue siendo un problema para Salud. *CR Hoy*. Consultado el 25 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/archivo/controlar-venta-y-consumo-de-cigarros-en-vias-publicas-sigue-siendo-un-problema-para-salud/nacionales/>
- Cabezas, Y. (2016, 1 de setiembre). Con espectáculo artístico, buscan acabar con el fumado en Talamanca. *CR Hoy*. Consultado el 25 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/nacionales/con-espectaculo-artistico-buscan-acabar-con-el-fumado-en-talamanca/>
- Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS]. (2012a). *Boletín N° 1. Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red-CCSS*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/cancer?pagina=2&v=36>
- Cámara Costarricense de Hoteles [CCH]. (s. f.). *Antecedentes de la Cámara Costarricense de Hoteles*. Consultado el 10 de marzo de 2017. Obtenido de: <http://www.camaradehoteles.com/acercade/historia>
- Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines [Cacore] (s. f.). *¿Qué es CACORE?* Consultado el 14 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.cacore.cr/>
- Cámara de Industrias de Costa Rica [CICR]. (s. f.). *Información estratégica para el asociado*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.cicr.com/informacion-y-asesoria-para-el-asociado/>
- Cámara Nacional de Comerciantes, Detallistas y Afines [Canacodea]. (s. f.). *Sobre CANACODEA*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.canacodea.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2
- Campaign for Tobacco-Free Kids (2012). *Impuestos y precios. Aspectos esenciales*. Consultado el 23 de marzo de 2017. Obtenido de: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/es/TAX_essential_facts_es.pdf

- Canadian Cancer Society. (2016). *Cigarette package health warnings. International status report*. Consultado el 3 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/for%20media/Media%20releases/2016/CCS-international-cigarette-packaging-report-2016-English.pdf?la=en>
- Carhill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, KH., Fanshawe, TR. y Lancaster, T. (2016). Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar tabaco (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 14 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD006103.PDF>
- Cascante, S. (2016, 2 de setiembre). 3 formas de denunciar a fumadores. *La Prensa Libre*. Consultado 8 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/82806/3-formas-de-denunciar-a-fumadores>
- Castellanos, A. (2015). Las batallas ganadas por el contrabando. *Revista Mercados & Tendencias*. Consultado el 2 de octubre del 2016. Obtenido de: <http://revistamyt.com/wp-content/uploads/2015/03/7-Contrabando.pdf>.
- CCH. (2015). *Hoteles podrían tener espacios de fumado*. Consultado el 10 de marzo de 2017. Obtenido de: <http://www.camaradehoteles.com/noticias/hoteles-podrian-tener-espacios-de-fumado>
- CCSS. (s. f.). *Lista de hospitales que brindan este servicio*. Consultado el 28 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/fumado>
- CCSS. (2012b). *Memoria institucional*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/cultura>
- CCSS. (2014). Ley 9028. *Lucha contra el tabaco. Boletín N°13. Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red-CCSS*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/cancer?pagina=1&v=36>
- CCSS. (2015). *El cáncer de pulmón. Programa de Atención Integral del Cáncer*. (Ed.), (Vol. 12). San José, Costa Rica: CCSS.
- Chaverri, R. (1995). *El cultivo del tabaco*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Chaves, C. (2012) *Aspectos legales de la regulación del fumado en Costa Rica: una nueva perspectiva en torno a la Ley 9028: Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud (ley antitabaco)*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- CID Gallup. (2016). *Comercio Ilícito de Cigarrillos en Centroamérica*. Consultado el 16 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://amcham.co.cr/wp-content/uploads/2016/10/Estudio-Comercio-Il%C3%ADcito-de-Cigarrillos-en-Centroam%C3%A9rica.pdf>
- Colegio de Enfermeros de Costa Rica (s. f.). *Misión, Visión*. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.enfermeria.cr/index.php/cole/mision-y-vision>.

- Colegio de Médicos (s. f.). *Colegio de Medicos Cirujanos de Costa Rica*. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://portal.medicos.cr/>
- Cortés, E. (2012). *Consumo de Cannabis en Costa Rica. Encuesta Nacional de Drogas, 2010*. San José, Costa Rica: IAFA. Consultado el 28 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.bvs.sa.cr/tabaquismo/cannabis.pdf>
- Crosbie, E., Sebrie, E. y Glantz, S. (2012). El éxito de la industria tabacalera en Costa Rica. *Center for Tobacco Control Research and Education*. Consultado el 17 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://escholarship.org/uc/item/5sk6n6qv#>
- Decreto Ejecutivo N.º 37.185. (2012). Reglamento a la Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud. San José, Costa Rica.
- Departamento de Salud Pública de California. (2016). *Las colillas de cigarro son residuos tóxicos*. Consultado el 26 de septiembre de 2016. Obtenido de: <http://language.tobaccofreeca.com/es/>
- Diamond, J. (1994). El tercer chimpancé. Evolución y futuro del animal humano. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Díaz, D. y Viales, R. (2012). *Independencias, estados y política(s) en la Centroamérica del siglo XIX: las huellas históricas del bicentenario*. San José, Costa Rica: Centro de Investigaciones Históricas en América Central.
- Díaz, F., Rivera, T., Sáenz, E., Solano, N. y Solano, K. (2016). ¿Aceptación o rechazo? Estudio de recepción de las cajetillas de cigarro con advertencias gráficas en Costa Rica. *Cuadernos de investigación del Hormiguero del CICOM*, 1, 8-18. Consultado el 24 de enero de 2017. Obtenido de: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/27881/01%20Tyros%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, P. y Salinas, S. (2002). *El tabaco se va: jornaleros y plaguicidas se quedan*. Huicholes y Plaguicidas. Consultado el 17 de agosto de 2017. Obtenido de: <http://hypinfo.org/documentos/tabaquismo.pdf>
- Dwyer-Lindgren, L., Mokdad, A., Srebotnjak, T., Flaxman, A., Hansen, G. y Murray, C. (2014). Cigarette smoking prevalence in US counties: 1996-2012. *Population Health Metrics*, 12 (5). Consultado el 5 de junio de 2017. Obtenido de: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-12-5>
- El Financiero (2016). Philip Morris avanza en búsqueda del “santo grial” de la industria tabacalera. El Financiero. Consultado el 11 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.elfinancierocr.com/negocios/Philip-Morris-busqueda-industria-tabacalera_0_899310062.html
- El Club de los Vencedores. (s. f.). *Sobre el club*. Consultado el 1 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.clubdelosvencedores.com/sobre-el-club/club-de-los-vencedores>
- Eriksen, M, Mackay, J., Schluger, N., Islami, F. y Drope, J. (2015). Atlas del tabaco (5 ed.). Georgia, Estados Unidos: American Cancer Society.

- Escobar, J., y Bonilla-Jiménez, F. (2009). Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 9 (1), 51-67. Consultado el 3 de agosto de 2016. Obtenido de: <http://files.palenque-de-egoya.webnode.es/200000286-47b1249946/Grupo%20focal.pdf>
- Etnia Local. (2015). Investigación en Tabaco, 2015. *Estudio cualitativo en nivel nacional para la comprensión del contexto cultural del acceso al tabaco*. San José, Costa Rica.
- Fallas, G. (2016, 17 de marzo). Decomiso de cigarros alcanza cifra record en solo 3 meses. *La Nación*. Consultado el 17 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/sucesos/seguridad/Decomiso-cigarros-llega-record-meses_0_1549045094.html
- Federal Emergency Management Agency [FEMA]. (2014). *Electronic cigarette fires and explosions*. Consultado el 4 de julio de 2017. Obtenido de: https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf
- Fernández, A. (2011). *Tabaco: así daña al medio ambiente*. EROSKI CONSUMER. España. Consultado el 4 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.consumer.es/web/es/medio_ambiente/urbano/2011/02/07/198755.php
- Fernández, D. (2010). Ignacio Santos: nací con los cigarrillos contados y ya me los fumé todos. *Bienestar*. 28, 8-13.
- Fonseca, S. (2012). *Consumo de Tabaco. Encuesta Nacional de Drogas, 2010*. Fascículo sobre tabaco. Serie 1 de 5. San José, Costa Rica: IAFA.
- Frazer, K., Callinan, JE., McHugh, J., van Baarsel, S., Clarke, A., Doherty, K. y Kelleher, C. (2016). Leyes que prohíben el acto de fumar para la reducción de los efectos perjudiciales debidos a la exposición pasiva al humo del cigarrillo, la prevalencia del tabaquismo y el consumo de tabaco (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 14 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD005992.PDF>
- Fundación Interamericana del Corazón de Argentina [FIC]. (2010). *Convenio Marco para el Control del Tabaco: desafíos para América Latina y el Caribe. Reporte de la sociedad civil*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Interamericana del Corazón de Argentina. Consultado el 4 de agosto de 2017. Obtenido de: https://s3.amazonaws.com/alatoldsite/images/stories/demo/pdf/Convenios/reporte_cmct_espanol.pdf
- FIC, Corporate Accountability International, Fundación Interamericana del Corazón de México y Alianza de Control de Tabagismo (2012a). *La salud no se negocia. La sociedad civil frente a las estrategias de la industria tabacalera en América Latina*. Casos de estudio 2010-2012. Buenos Aires, Argentina: Fundación Interamericana del Corazón.
- FIC, Corporate Accountability International, Fundación Interamericana del Corazón de México y Alianza de Control de Tabagismo. (2012b). *La salud no se negocia. Guía para comprender y contrarrestar la interferencia de la industria del tabaco en las políticas públicas*. Consultado el 5 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/guia_it_esp.pdf

- FIC, Corporate Accountability International, Fundación Interamericana del Corazón de México y Alianza de Control del Tabagismo. (2012c). *La salud no se negocia. Plan de acción para contrarrestar la interferencia de la industria del tabaco en las políticas públicas*. Consultado el 5 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2012/10/guia_breve.pdf
- Galeano, A. (2015). CCSS usará la cultura como herramienta para frenar el fumado. *La Prensa Libre*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/14019-ccss-usara-la-cultura-como-herramienta-para-frenar-el-fumado>
- González, R. (2007). Vareniclina; una ayuda para dejar de fumar. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 1 (1), 1-9. Consultado el 6 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/12333/7868-10660-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, Y. (1984). Continuidad colonial: cultivo del tabaco (1821-1878). *Revista de Ciencias Sociales*, 27, 75-92. Consultado el 12 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/27-28/gonzalez.pdf>
- Gutiérrez, T. (2016, 27 de abril). Evasión fiscal de cigarrillos se estima en \$25.000 millones. *CR Hoy*. Consultado el 5 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/archivo/evasion-fiscal-de-cigarrillos-se-estima-en-%C2%A225-000-millones/economia/>
- Hartmann-Boyce, J., McRobbie, H., Bullen, C., Begh, R., Stead, L. y Hajek, P. (2016). Cigarrillos electrónicos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 15 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD010216.PDF>
- Hera, G., Torres, R. y Rada, J. (2017). Seducción y aversión: factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco entre adolescentes en Bolivia. *Salud Pública de México*, 59 (1), 73-79. Consultado el 24 de julio de 2017. Obtenido de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7729/11032>
- Hines, J., Fiala, S. y Hedberg, K. (2017). Electronic cigarettes as an introductory tobacco product among eighth and 11th grade tobacco users, Oregon 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66, 604-606. Consultado el 28 de junio de 2017. Obtenido de: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6623a2.htm>
- Human Rights Watch (2015). *EEUU: las plantaciones no son lugar para adolescentes*. Consultado 13 julio 2017. Obtenido de <https://www.hrw.org/es/news/2015/12/08/eeuu-las-plantaciones-de-tabaco-no-son-lugar-para-adolescentes> .
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA]. (s. f.). *Consumo de marihuana en población en general*. Consultado el 15 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://datosabiertos.iafa.go.cr/dashboards/19674/consumo-de-marihuana-en-poblacion-general/>
- IAFA. (2015a). *Plan operativo institucional por programas y presupuesto*. Consultado el 4 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.iafa.go.cr/images/descargables/transparencia/programa-compras/POI-PRESUPUESTO-IAFA-2016.pdf>

- IAFA. (2015b). *Concurso Deje y Gane*. San José, Costa Rica. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <https://www.iafa.go.cr/dejeygane2016/>
- IAFA. (2016a). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria*. Costa Rica 2015. San José, Costa Rica: IAFA.
- IAFA. (2016b). *Acerca del IAFA. Quiénes Somos*. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.iafa.go.cr>.
- Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación [Icoder]. (s. f.). *¿Quiénes somos?* Consultado el 18 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.icoder.go.cr/icoder>
- Icoder. (2015a). *ICODER celebra el Día Mundial sin Tabaco*. Consultado el 14 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://icoder.go.cr/noticias-icoder/214-icoder-celebra-el-dia-mundial-sin-tabaco>
- Icoder. (2015b). *Informe anual del plan operativo institucional 2015*. Consultado el 4 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.icoder.go.cr/transparencia-institucional#estados>
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria [IECS] (2011). *Un estudio demuestra que el tabaquismo potencia la inequidad social*. Consultado el 22 de febrero de 2017. Obtenido de: <http://www.iecs.org.ar/un-estudio-cientifico-demuestra-que-el-tabaquismo-potencia-la-inequidad-social/>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD]. (2011). *Adicción al tabaco*. Estados Unidos. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/nota-de-la-directora>
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. (2004) *¿Bosques o tabaco? Contribución del cultivo de tabaco a la deforestación global*. *Boletín para el Control del Tabaco*, 5. Consultado el 11 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://media.controltabaco.mx/content/productos/Boletines/5_BCT_julio_04.pdf
- Jiménez, J. (2016). PRECID amplía aportes para desestimar el consumo de drogas. Consultado el 30 de octubre de 2016. Obtenido de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2016/06/13/precid-amplia-aportes-para-desestimar-el-consumo-de-drogas.html>
- Jiménez, M. (2012). De antorcha de libertad a estigma: resignificaciones del consumo femenino de tabaco. Universidad de Sevilla. *Revista Clepsydra*, 11; noviembre 2012, pp. 79-101; ISSN: 1579-7902. Obtenido de: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2293/CL_11_%282012%29_05.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- Lai, D., Cahill, K., Qin, Y. y Tang, J.L. (2010). Intervenciones motivacionales para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 17 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010691277&DocumentID=CD006936> La Gaceta N.º 163. (2014). Ministerio de Salud DM-FP-4266-14.
- La Nación (2017, 14 de enero). Alerta por explosiones de cigarrillos electrónicos. *La Nación*. Consultado el 3 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.lanacion.com.ar/1975667-alerta-por-explosiones-de-cigarrillos-electronicos>

- Ley N.º 9028. (2012). Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional.
- Madrigal, R. (2016, 19 de octubre). Contrabando de cigarrillos deja 26 millones en pérdidas anuales, según Amcham. *La Nación*. Consultado el 21 de octubre de 2016. Obtenido de: <https://www.nacion.com/economia/negocios/contrabando-de-cigarrillos-deja-26-millones-en-perdidas-anualmente-segun-amcham/AESV3OQJPRBJXNRLGCBFLO5FA4/story/>
- Mairena, J. (2012). *CCSS invertirá ¢9.024 millones en equipo médico para atender enfermedades relacionadas con el fumado*. Consultado el 07 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-invertira-9-024-millones-en-equipo-medico-para-atender-enfermedades-relacionadas-con-el-fumado>
- Martín, P. (2001). Mapas sociales: método y ejemplos prácticos. En: Villasante, T., Montañes, M. y Martín, P. (coord.). *Prácticas locales de creatividad social*. España: El Viejo Topo. Consultado el 28 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/lcc2_practicas_locales_creatividad_social.pdf
- Mata, E. (2015, 28 de junio). Contrabando de cigarrillos se dispara luego de reformas a la ley. *La Nación*. Consultado el 5 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/nacional/politica/Contrabando-cigarrillos-dispara-luego-reformas_0_1496450373.html
- McNeill, A., Gravelly, S., Hitchman, SC., Bauld, L., Hammond, D. y Hartmann-Boyce, J. (2017). Diseño de envase para la reducción del consumo de tabaco (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 26 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD011244.PDF>
- Mendoza, A. (2012, 22 de mayo). Sectores valoran cambios a reglamento de la nueva Ley Antitabaco. *CR Hoy*. Consultado el 19 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/archivo/sectores-valoran-cambios-a-reglamento-de-la-nueva-ley-antitabaco/nacionales/>
- Ministerio de Economía, Industria y Comercio [MEIC]. (s. f.). *MEIC*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.meic.go.cr/web/53/meic>
- Ministerio de Hacienda. (s. f. a). *Estadísticas de importación y exportación*. Consultado el 27 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.hacienda.go.cr/contenido/370-estadisticas-de-importacion-y-exportacion>
- Ministerio de Hacienda. (s. f. b). *Leyes de presupuesto*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.hacienda.go.cr/contenido/424-leyes-presupuestos>
- Ministerio de Hacienda. (2015). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.hacienda.go.cr/docs/5654d761c279e_PEI%202015-2018.pdf

- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [Mideplan]. (2010). *Sector público costarricense y su organización*. Consultado el 20 de julio de 2017. Obtenido de: https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/b62e1164-3b6e-449a-b531-f2076223dc81/Doc_Sector-Publico-Costarricense-y-su-organizaci%C3%B3n-Versi%C3%B3n-final.pdf?guest=true
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Esquema metodológico para la identificación de posiciones, intereses y grados de influencia de las partes interesadas en la formulación de la PFN*. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá, Colombia. Consultado el 4 de agosto de 2017. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Políticas%20Farmaceuticas/Pol%C3%ADtica%20farmac%C3%A9utica/Documentos%20soporte/Mapeo%20de%20actores.%20Esquema%20metodologico.pdf>.
- Ministerio de Salud. (s. f.). *Listado de los productos y las empresas que han presentado declaración jurada de ingredientes y emisiones de los productos de tabaco y sus derivados*. Consultado el 26 de noviembre de 2016. Obtenido de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informacion/tabaco>
- Ministerio de Salud. (2012a). *Ministra de Salud: este tipo de estudios, basados en datos nacionales, permitirán una mejor toma de decisiones*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/farmacovigilancia-informes-estadisticas-ms/doc_details/396-reglamento-servicio-social-obligatorio?tmpl=component
- Ministerio de Salud. (2012b). *Salud ejecutó 5822 inspecciones sobre la Ley de Control de Tabaco en todo el país*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/estadistica-y-base-de-datos/cat_view/121-vigilancia-de-la-salud/122-consulta-a-bases-de-datos/344-estadisticas/481-series-cronologicas-de-costa-rica
- Ministerio de Salud. (2013a). *Informe de evaluación anual. Ejercicio económico 2012*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2013b). *Salud adquiere nueva flota vehicular para reforzar operativos de control del tabaco*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/comunicados-de-prensa/3-newsflash/561-salud-adquiere-nueva-flota-vehicular-para-reforzar-operativos-de-control-del-tabaco>
- Ministerio de Salud. (2014a). *Análisis institucional 2013*. Consultado el 12 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-evaluacion/3028-informe-de-evaluacion-anual-del-ejercicio-economico-para-el-ano-2013/file>
- Ministerio de Salud. (2014b). *Salud impulsa la actividad física recreativa como una de las mejores formas de reducir el consumo de tabaco*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/662-noticias-2014/725-salud-impulsa-la-actividad-fisica-recreativa-como-una-de-las-mejores-formas-de-reducir-el-consumo-de-tabaco>

- Ministerio de Salud. (2015a). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: Costa Rica, 2015*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2015b). *Evaluación anual. Ejercicio económico 2014*. Consultado el 13 de noviembre de 2016. Obtenido de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-gestion-institucional/informes-de-evaluacion/2864-informe-de-evaluacion-anual-del-ejercicio-economico-para-el-ano-2015/file>
- Ministerio de Salud. (2016a). *Evaluación anual. Ejercicio económico 2015*. Consultado el 12 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-evaluacion/2864-informe-de-evaluacion-anual-del-ejercicio-economico-para-el-ano-2015/file>
- Ministerio de Salud. (2016b). *Salud ordena mecanismos de priorización para financiar proyectos atinentes a Ley 9028*. Consultado el 11 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/727-noticias-2016/987-salud-ordena-mecanismos-de-priorizacion-para-financiar-proyectos-atinentes-a-ley-9028>
- Ministerio de Salud. (2016c). *Salud lanza primera unidad móvil especializada en prevención del consumo de tabaco y otras drogas*. Consultado el 2 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/727-noticias-2016/1024-salud-lanza-primer-a-unidad-movil-especializada-en-promocion-y-prevencion-del-consumo-de-tabaco-y-otras-drogas>
- Ministerio de Salud. (2016d). *Estructura del Ministerio de Salud*. Consultado el 8 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informacion-general/estructura-organizacional>
- Ministerio de Salud. (2017). *Informe anual 2016*. Consultado el 18 de febrero de 2017. Obtenido de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-evaluacion/3209-informe-de-evaluacion-anual-del-ejercicio-economico-para-el-ano-2016/file>
- Ministerio de Seguridad Pública [MSP]. (s. f.). *El Ministerio*. Consultado el 19 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.seguridadpublica.go.cr/ministerio/>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España (1998). *La Vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales*. Consultado el 9 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_471.pdf
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS]. (s. f.). *El Ministerio*. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.mtss.go.cr/elministerio/>
- Moller, A. y Villebro, N. (2005). Interventions for preoperative smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 21 de junio de 2017. Obtenido de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002294.pub2/epdf/abstract>
- Monge, C. (2012). Economía del tabaco. *Asociación Médica Costarricense*. 54 (1), 8-14.

- Monge, D. (2013, 25 de marzo). País suscribe convenio contra comercio ilícito de tabaco. *La República*. Consultado el 9 de octubre de 2016. Obtenido de: https://www.larepublica.net/noticia/pais_suscribe_convenio_contra_comercio_ilicito_de_tabaco
- Montero, G. (2015). *CCSS procura que futuros universitarios no fumen*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-procura-que-futuros-universitarios-no-fumen>
- Morris, K. (2016, 14 de setiembre). Frenan comercio ilícito de productos de tabaco. *Diario Extra*. Consultado el 3 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/307994/frenan-comercio-ilicito--de-productos-de-tabaco>
- Nelson, J. (2015, 17 de setiembre). Nuevo producto lanzado en Costa Rica por una pyme ayudaría a dejar de fumar. *El Financiero*. Consultado el 10 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.elfinancierocr.com/pymes/Nuevo-producto-lanzado-pretende-ayudarle_0_812318773.html
- Nicobloc (s. f.). *¿Cómo funciona?* Consultado el 10 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.nicobloc.com.mx/como-funciona.php>
- Novotny, T., Aguinaga, S., Burt, L., Curtis, C., Luiza da Costa, V., Usman, S., Liu, Y., Pujari, S. y Tursan d'Espaignet, E. (2015). The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. *Bull World Health Organ*, 93, 877-880. Consultado el 17 de agosto de 2017. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-152744.pdf>
- Ocean Conservancy (2016). *International Coastal Cleanup 2016*. Consultado el 8 de junio de 2017. Obtenido de: <https://oceanconservancy.org/wp-content/uploads/2017/04/2016-data-release-1.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2006). *La eliminación del trabajo infantil: un objetivo a nuestro alcance. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*. Consultado el 4 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-i-b.pdf>
- OIT. (2017) *Colaboración de la OIT con la industria del tabaco en pos del mandato social de la Organización. Consejo de Administración. 329.ª reunión, Ginebra, 9-24 de marzo*. Obtenido de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_545954.pdf.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). *Directrices para la aplicación del artículo 6. Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco*. Consultado el 10 de mayo de 2017. Obtenido de: http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/Guidelines_article_6_es.pdf
- OMS. (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Consultado el 11 de octubre de 2016 Obtenido de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>

- OMS. (2008). *MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo*. Consultado el 27 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf
- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Consultado el 26 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- OMS. (2013a). *Directrices para la aplicación: artículo 5.3, artículo 8, artículo 9 y 10, artículo 12, artículo 13, artículo 14*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013b). *Protocolo para la Eliminación del Comercio Lícito de Productos de Tabaco*. Consultado el 17 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.who.int/fctc/protocol/Protocol-to-Eliminate-Illlicit-Trade-in-Tobacco-Products-ES.pdf?ua=1&ua=1>
- OMS. (2014a). *Documentos básicos*. Consultado el 11 de agosto de 2016. Obtenido de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- OMS. (2014b). *Sistemas electrónicos de administración de nicotina*. Consultado el 20 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s. f. a.). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Consultado el 19 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- OPS. (s. f. b.). *Acerca de la OPS*. Consultado el 19 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es
- OPS. (s. f. c.). *Control del Tabaco*. Consultado el 5 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1318&Itemid=1187&lang=es
- OPS. (2013). *Informe sobre el Control del Tabaco para la Región de las Américas*. Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 5 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23415&Itemid=270&lang=en
- OPS. (2016). *Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*. Consultado el 9 de marzo de 2017. Obtenido de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- Ortegón, E., Pacheco, J. y Prieto, A. (2015) *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Manual de Series CEPAL. Santiago, Chile: Naciones Unidas.
- Pardo, A. (2013, 30 de junio) ¿Luz al final del cigarro? *La Nación*. Consultado el 10 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/ocio/revista-dominical/Luz-final-cigarro_0_1350864918.html

- Park, A. (2008). *Quitting smoking is contagious*. Consultado el 8 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://content.time.com/time/health/article/0,8599,1808446,00.html>
- Philip Morris International [PMI] (s. f. a.). *Costa Rica*. Consultado el 7 de julio de 2017. Obtenido de: <https://www.pmi.com/markets/costa-rica/es>
- PMI (s. f. b.). *Discover our smoke-free product portfolio*. Consultado el 11 de julio de 2017. Obtenido de: <https://www.pmi.com/smoke-free-products>
- Pichon-Riviere, A., Bardach, A., Augustovski, F., Alcaraz, A., Reynales-Shigematsu, L., Teixeira, M., Castillo-Riquelme, M., Peña, E., Osorio, D., Huayanay, L., Loza, C., Sáenz, B., Gallegos-Rivero, V., De La Puente, C., Navia-Bueno, M. y Caporale, J. (2016). Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40 (4), 213-221. Consultado el 3 de julio de 2017. Obtenido de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Plamondon, G., Guindon, E. y Paraje, G. (2017). Exposición a la publicidad de tabaco y consumo de tabaco en adolescentes en América del Sur. *Salud Pública de México*, 59, 80-87. Consultado el 24 de julio de 2017. Obtenido de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7735/11034>
- Reacio, P. (2017, 17 de junio). 800 personas vencen al cigarro por año en clínicas de la CCSS. *La Nación*. Consultado el 20 de junio de 2017. Obtenido de: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/personas-vencen-cigarro-clinicas-CCSS_0_1640635956.html
- Reacio, P. (2016, 24 de mayo). 73% de quienes asistieron a clínicas de fumado de la CCSS dejaron el cigarrillo. *La Nación*. Consultado el 13 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/vivir/bienestar/personas-dejaron-asistir-clinicas-cesacion_0_1562643812.html
- Red Nacional Antitabaco [Renata]. (s. f.). *Objetivos*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.rednacionalantitabaco.com/institucional/objetivos/>
- Renata. (2012a). *La ley antitabaco y el reglamento antitabaco: debate en 7 Días entre la Red Nacional Antitabaco y el Ministerio de Salud*. Consultado el 20 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.rednacionalantitabaco.com/2012/07/03/la-ley-antitabaco-y-el-reglamento-antitabaco-debate-en-7-dias-entre-la-red-nacional-antitabaco-y-el-ministerio-de-salud/#comment-20>
- Renata. (2012b). *Movimiento antitabaco pugna contra el reglamento*. Consultado el 20 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.rednacionalantitabaco.com/2012/07/23/movimiento-antitabaco-pugna-contra-reglamento/>
- Renata. (2016). *Conozca la Ley Antitabaco en pocos minutos*. Consultado el 11 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.rednacionalantitabaco.com/tag/ley-9028/>
- Rice, V. y Stead, L. (2007). Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 22 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD001188.PDF>

- Rodríguez, A. (2015, 4 de mayo). Empresarios de Costa Rica piden ajustes en ley antitabaco. *La Nación*. Consultado el 14 de marzo de 2017. Obtenido de: <http://www.nacion.com/economia/negocios/empresarios-de-costa-rica-piden-ajustes-en-ley-antitabaco/VARAJGGXPZBJTLHWBYJ3IZVFCM/story/>
- Rodríguez, O. (2014, 12 de diciembre). Consumidores podrán atacar comercio ilegal desde celular. *La Nación*. Consultado el 20 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/economia/consumidor/Consumidores-atacar-comercio-ilegal-celular_0_1456854331.html
- Rodríguez, I. (2016a, 30 de agosto). Ministerio de Salud: hay 200.000 fumadores menos desde que entró ley antitabaco. *La Nación*. Consultado el 4 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/vivir/bienestar/Ministerio-Salud-fumadores-entro-antitabaco_0_1582241806.html
- Rodríguez, I. (2016b, 2 de octubre). Fumado pasivo daña salud aunque humo sea imperceptible. *La Nación*. Consultado el 5 de mayo de 2017. Obtenido de: <http://www.nacion.com/ciencia/salud/fumado-pasivo-dana-salud-aunque-humo-sea-imperceptible/U4HGICAQKBBLFFDNIFRZJ22UAU/story/>
- Rodríguez, I. (2017a, 12 de mayo). Fumar ocasionalmente también representa un riesgo muy alto para su salud. *La Nación*. Consultado el 5 de mayo de 2017. Obtenido de: <http://www.nacion.com/ciencia/salud/fumar-ocasionalmente-tambien-representa-un-riesgo-muy-alto-para-susalud/4W4J4AUNRNDP7CHSCDQHUCMLZA/story/>
- Rodríguez, I. (2017b, 30 de mayo). Tabaquismo causa deforestación, contaminación de aire y desperdicio de agua. *La Nación*. Consultado el 31 de mayo de 2017. Obtenido de: <http://www.nacion.com/ciencia/medio-ambiente/tabaquismo-causa-deforestacion-contaminacion-de-aire-y-desperdicio-de-agua/TRTU43AMXFDABBQLOT4ICRWIAI/story/>
- Rodríguez, I. (2017c, 30 de mayo). Hombres de mediana edad son quienes más han dejado de fumar en Costa Rica. *La Nación*. Consultado el 5 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.nacion.com/ciencia/salud/hombres-de-mediana-edad-son-quienes-mas-han-dejado-de-fumar-en-costa-rica/6LMBRTKHBRA4XGHFOWRIGMD4PA/story/>
- Rojas, L. (2014, 3 de octubre). Decomisan casi mil cigarrillos que se vendían de manera ilegal en San José. *CR Hoy*. Consultado el 10 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://www.crhoy.com/archivo/decomisan-casi-mil-cigarrillos-que-se-vendian-de-manera-ilegal-en-san-jose/nacionales/>
- Salazar, L. (1999). *Derechos del consumidor de tabaco*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Savell, E., Gilmore, A., Sims, M., Mony, P., Koon, T., Yusoff, K., Lear, S., Seron, P., Ismail, N., Tumerdem, K., Rosengren, A., Bahonar, A., Kumar, R., Vijayakumar, K., Kruger, A., Swidan, H., Gupta, R., Igumbor, E., Afridi, A., Rahman, O., Chifamba, J., Zatonka, K., Mohan, V., Mohan, D., Lopez-Jaramillo, P., Avezum, A., Poirier, P., Orlandini, A., Li, W., McKee, M., Rangarajan, S., Yusuf, S. y Chow, C. (2015). The environmental profile of a community's health: a cross-sectional study on tobacco marketing in 16 countries. *Bull World Health Organ*, 93, 851-861. Consultado el 28 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-155846.pdf?ua=1>

- Schaefer, R. (2012). *Sociología*. México D.F., México: McGraw Hill.
- SCIJ. (s. f.). Ley N.º 7501. *Regulación del fumado*. Consultado el 22 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=23718&nValor3=88109&strTipM=TC
- Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria [Sepssa]. (s. f.). *Boletines estadísticos agropecuarios nº9 – nº24*. Consultado el 27 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.infoagro.go.cr/EstadisticasAgropecuarias/Paginas/BoletinesEstadisticos.aspx>
- Sequeira, A. (2015, 11 de agosto). Cajetillas de 10 cigarrillos encienden pleito en la Asamblea Legislativa. *La Nación*. Consultado el 23 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/nacional/politica/Cajetillas-cigarrillos-encienden-Asamblea-Legislativa_0_1505249503.html
- Servicio de Información y Noticias Científicas [SINC]. (2017). *La contaminación aumenta las muertes asociadas al tabaco*. Consultado el 30 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/La-contaminacion-aumenta-las-muertes-asociadas-al-tabaco>
- Silver, C. (2015). *Los cigarrillos electrónicos, entre una nueva tendencia y la controversia*. Consultado el 10 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.mundiaro.com/articulo/sociedad/cigarrillos-electronicos-nueva-tendencia-y-controversia/20150617191358031029.html>
- Sociedad Española de Neumonía y Cirugía Torácica (2017). *Las colillas constituyen la primera fuente de basura en el mundo*. Consultado el 8 de junio de 2017. Obtenido de: http://www.separ.es/sites/default/files/SEPAR_contaminaci%C3%B3n_tabaco.pdf
- Solís, M. (2013). *IAFA y CCSS realizarán caminata contra el fumado*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?iafa-y-ccss-realizaran-caminata-contr-el-fumado>
- Solís, M. (2014a). *CCSS realizará mini feria antitabaco este viernes*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-realizara-mini-feria-antitabaco-este-viernes>
- Solís, M. (2014b). *CCSS recurre a mensajería de texto para reducir impacto de fumado*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-recurre-a-mensajeria-de-texto-para-reducir-impacto-de-fumado>
- Solís, M. (2014c). *Estudio de la CCSS revela vulnerabilidad de población joven costarricense*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?estudio-de-ccss-revela-vulnerabilidad-de-poblacion-joven-costarricense>
- Solís, M. (2015a). *CCSS arremete contra el tabaco en Ciudad Neily y Guanacaste*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-arremete-contr-el-tabaco-en-ciudad-neily-y-guanacaste>
- Solís, M. (2015b). *CCSS refuerza estrategias preventivas contra el tabaco*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-refuerza-estrategias-preventivas-contr-el-tabaco>

- Solís, M. (2016a). *Escolares le dicen NO al tabaco con pasacalles, días familiares, juegos tradicionales y experimentos*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?escolares-le-dicen-no-al-tabaco-con-pasacalles-dias-familiares-juegos-tradicionales-y-experimentos>
- Solís, M. (2016b). *Bailarines de América Latina llevarán a comunidades mensaje contra fumado*. Consultado el 9 de noviembre 2016. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?bailarines-de-america-latina-llevaran-a-comunidades-mensaje-contra-el-fumado>
- Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. y Lancaster, T. (2008). Terapia de reemplazo de nicotina para abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 15 de junio de 2017. Obtenido de: <http://www.cochrane.org/es/CD000146/terapia-de-reemplazo-de-nicotina-para-el-abandono-del-habito-de-fumar>
- Tapella, E. (2006). *El Mapeo de Actores Clave*. Universidad Nacional de Córdoba. Consultado el 18 de setiembre de 2016. Obtenido de: <https://planificacionsocialunsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>
- Unión Nacional de Gobiernos Locales [UNGL]. (s. f.). *¿Qué es la UNGL?* Consultado el 21 de octubre de 2016. Obtenido de: <http://ungl.or.cr/que-es-la-ungl-0>
- United Nations (s. f.). Treaty collection. 4. A Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. Consultado el 8 de junio de 2017. Obtenido de: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en#EndDec
- Universidad de Costa Rica [UCR]. (s. f.). *Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica*. Consultado el 12 de setiembre de 2016 de 2016. Obtenido de: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/estatuto_organico.pdf
- UCR. (2015). *PRECID procura mejorar la salud de la población universitaria*. Consultado 8 de octubre 2016. Obtenido de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/01/23/precid-procura-mejorar-la-salud-de-la-poblacion-universitaria.html>
- Vicerrectoría de Administración [VRA]-UCR. (2012). *Prohibido fumar en la UCR*. Consultado el 12 de setiembre 2016 de 2016. Obtenido de: <http://www.vra.ucr.ac.cr/node/223>
- Vindas, L. (2013, 28 de julio). Ley antitabaco genera ganancias y pérdidas para restaurantes y hoteles. *El Financiero*. Consultado el 24 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.elfinancierocr.com/negocios/ley_antitabaco-restaurantes-bares_0_343165708.html
- Winocur, R. (2009). *Robinson Crusoe ya tiene celular. La conexión como espacio de control de la incertidumbre*. México D.F., México: Siglo XXI Editores.

Anexos

Anexo 1: Tabla de resumen de las entrevistas realizadas.

Entrevistas realizadas		
Institución	Representante	Fecha
Ministerio de Salud / Renata	Roberto Castro Córdoba	01/09/2016
Ministerio de Salud	Nydia Amador	08/09/2016
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación	Roberto Solano	27/09/2016
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	Luis Eduardo Sandí	27/09/2016
Caja Costarricense del Seguro Social	Gonzalo Azúa	29/09/2016
Policía Municipal de San José	Erick Villalobos y Greddy Quesada	04/10/2016
Policía de Control Fiscal	José Miguel Gómez	06/10/2016
Ministerio de Educación Pública	Gloria Calvo	07/10/2016
Caja Costarricense del Seguro Social	Wing Ching Chan Cheng	07/10/2016
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia / Renata	Teresita Arrieta	10/10/2016
Ministerio de Economía, Industria y Comercio	Isabel Araya	14/10/2016
Consejo de Seguridad Ocupacional	Giovanny Ramírez	19/10/2016

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Anexo 3: Línea de tiempo de normativa de consumo.

Número de la normativa	Fecha de publicación	Característica
Decreto N.º 1520-SPPS	Febrero de 1971	Exige advertencias en los paquetes de cigarrillos
Decreto N.º 11016-SPPS	Diciembre de 1979	Prohíbe publicidad no autorizada por el Ministerio de Salud
Decreto N.º 17398 S-J	Enero de 1987	Prohíbe a funcionarios públicos fumar en el trabajo
Decreto N.º 17969-S	Febrero de 1988	Declara el día del no fumado
Decreto N.º 17967-S	Febrero de 1988	Restringe la venta a menores de edad
Decreto N.º 17964-S	Agosto de 1987	Prohíbe fumar en cines y teatros
Decreto N.º 18248-MOPT	Junio de 1988	Prohíbe el fumado en transporte público
Decreto N.º 18216-TSS	Junio de 1988	Prohíbe el fumado en lugares de trabajo
Decreto N.º 18771	Enero de 1989	Exige la colocación de letreros de no fumado en lugares visibles
Decreto N.º 18780	Enero de 1989	Exige advertencias sobre los efectos perjudiciales del tabaco
Decreto N.º 20196 AES	Diciembre de 1990	Refiere a la colocación de advertencias sobre efectos de fumado en paquetes de cigarrillos y en los sitios donde es prohibido fumar
Proyecto de ley N.º 11545	Julio de 1992	Presentación del proyecto legislativo que dio origen a la Ley N.º 7501
Ley N.º 7501	Mayo de 1995	Aprobación de la ley de regulación de fumado
Decreto N.º 31616	Mayo de 2003	Reglamenta la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco
Ley N.º 8655	Julio del 2008	Aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco
Proyecto de ley N.º 17371	Mayo del 2009	Presentación del proyecto legislativo
Ley N.º 9028	Febrero del 2012	Aprobación de la Ley General de Control del Tabaco

Fuente: Elaboración propia a partir de Salazar, 1999 y Crosbie et al., 2012.

Anexo 4: Cantidad de empresas en el país que producen, venden o importan productos de tabaco inscritas ante el Ministerio de Salud a noviembre del 2016.

Número	Empresa	Marca	Producto
1	TABACALERA COSTARRICENSE S.A.	Derby L & M Marlboro	Cigarrillos
2	TABACOS DON ARNOLDO JC, S.A.	Volcán Arenal Volcán Poás Volcán Irazú	Puros
3	CRUZ CANELA & TRUST G.B., S.A.	J.L. Piedra Belinda Bolívar Choix Supreme Cohiba Cuaba Flor de Cano Fonseca Guantanamera H. Upmann Hoyo de Monte Cristo Juan López La Gloria Cubana Montecristo Partagas Petit Coronas Por Larrañaga Punch Quai Quintero Ramón Allones Rey del Mundo Romeo & Julieta	Puros
		Stanley	Tabaco para enrollar
		Klondike Wolf	Tabaco de mascar
4	ADRIÁN LÓPEZ VEGA	Lopez Vega	Puros
5	NAPOLEÓN MARENCO NIÑO	Drops Liquid Halo Njoy Kilo	Líquido para cigarrillo electrónico
6	TABACOS EXCLUSIVOS S.A.	Jewels	Puros
		Domingo	Tabaco de enrollar
7	SERVICIOS TÉCNICOS ATESA LTDA.	Pure Vape	Líquido para cigarrillo electrónico
8	ALEF & DALET, S.A.	Volt Ripe Vapes The Milkman Cuttwood ANML The Vaping Rabbit Modus	Líquido para cigarrillo electrónico

9	ZETAL TABACOS, S.A.	L y M Tripa Larga Sukia	Puros
10	EL CENTAURO DE ORO, LTDA.	Cumbres de Puriscal	Puros
11	BAT SUCURSAL COSTA RICA S.A.	Pall Mall Viceroy Lucky Strike Kool Click On Rex	Cigarrillos
12	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA SERVICIOS VEROES, S.A.	Cigarros Café Creme Original HOC	Puros
13	EXPORTACIONES E. IMPORTACIONES LA CUENCA DEL CARIBE, S.A.	Captain Black	Picadura para pipas
		Longhorn Redman Timber	Tabaco para mascar
14	CHACARILLA, S.A.	V2 Cigs	Cigarrillo electrónico
15	MEGASELECT, S.R.L.	Premium	Líquido para cigarrillo electrónico
16	ROY ALEXANDER SALAS ALVARADO	Cuttwood Monarch Supreme E-liquid Mr. Good Vape Cosmic Fog	Líquido para cigarrillo electrónico
17	IMPORTACIONES EL GENERAL, S.A.	VIP	Líquido para cigarrillo electrónico
18	TEMSA TECNOLOGIA Y EQUIPO MEDICO	Super E-cigarrete	Cigarrillo electrónico
19	COMERCIALIZADO DE PRODUCTOS PURA VIDA S.A.	Seneca	Cigarrillos
20	REVOLUTION VAPOR S.R.L.	Artist Collection Baker White Five Pawns Revolution Vapor The Standard Way of Dragon	Líquido para cigarrillo electrónico
21	COMERCIALIZADORA OCHOA MORA LTDA.	Ochoa el Tata	Picadura para tabaco
22	NÉSTOR MADRIZ HERRERA	Vape House	Líquido para cigarrillo electrónico
23	HECTOR ZÚÑIGA SOLANO	Nicquid	Líquido para cigarrillo electrónico
24	TIQUICO, S.A.	Soleares Capricho Erte Hoja Rica	Puros
25	TREINTA Y OCHO DOS, S.A.	Sauvage	Tabaco para enrollar

26	GONZALO SAMUEL AGUIRRE VALENCIA	Sayri	Tabaco picado
27	NATURAL MYSTIC ECOLOGIC TRAVEL, NMET, S.A.	Caribbean Mystic	Tabaco para enrollar
28	SEVILLA CIGARS	Sevilla Cigars	Puros
29	JOHAN MATA ROJAS	Kilo E-Liquid Heartland Vapes	Líquido para cigarrillo electrónico
30	GEJAZ INTERNATIONAL, S.A.	Tribe	Cigarrillos
31	C.R. VAPOR, S.R.L.	C.R Vapor	Líquido para cigarrillo electrónico
32	EDUARDO AARON JIMÉNEZ MADRIGAL	Exclusivo Phillies Blunt	Puros
33	TABACALERA JOYA REAL DE COSTA RICA, S.A.	Joya Real Jairo Rodríguez	Puros
34	TABACOS DE COSTA RICA, S.A.	Arrontes Palma D'Guzman Vegas de Santiago Chaman Secretos del Maestro L y M Tripa Larga José Puro Best Al Trenza de Nicaragua	Puros
35	JEFFEREY LYNN TURK JR.	J. Juice	Líquido para cigarrillo electrónico.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud, s. f.

