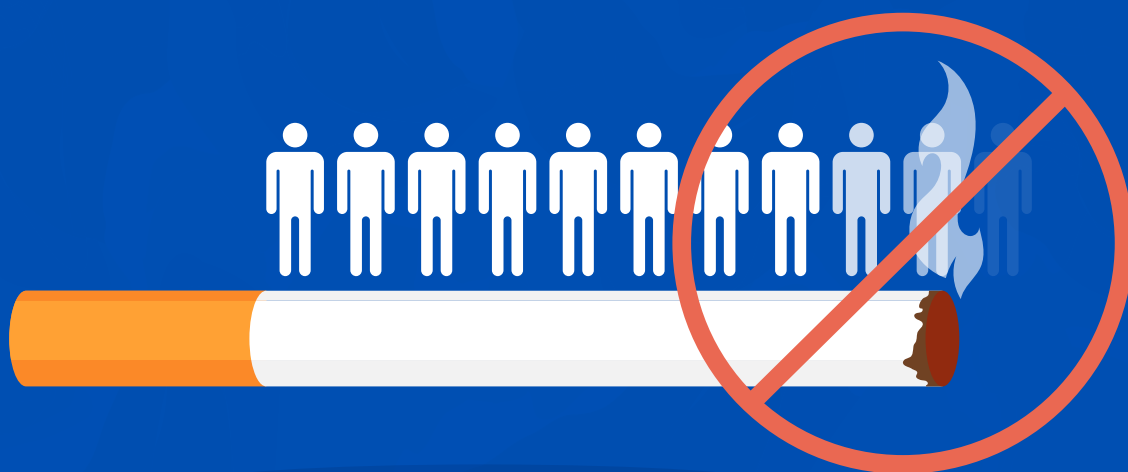


# Una historia de éxito en el control de la epidemia de tabaco



Proceso de Atención a Pacientes  
Área Técnica

Febrero, 2023



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

IAFA

### **Responsable de la compilación:**

Luis Eduardo Sandí Esquivel

### **Revisión filológica**

MSc. Rocío Arce Benavides, filóloga de la Universidad Nacional.

### **Consejo Editorial IAFA**

Irene Alvarado Rojas

Jorge Gómez Segura

Amanda Ramírez Leandro

Michael Rojas Vargas

Ericka Trejos Gómez

362.296.097.286

Ins-59-u

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Una historia de éxito en el control de la epidemia de tabaco:  
Proceso de Atención a Pacientes: Área Técnica. --[1a. ed.]--  
Costa Rica: IAFA, 2023.

40p.

ISBN: 978-9930-510-33-9

1. CONSUMO DE TABACO 2. TABAQUISMO-BIENESTAR SOCIAL 3. CESACIÓN  
DE FUMADO-COSTA RICA-PROGRAMAS I. Título II. Sandí Esquivel, Luis  
Eduardo, comp.

# Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Orígenes y punto de quiebre para el tratamiento del tabaquismo</b> .....	<b>5</b>
<b>¿Cómo se logró este descenso tan significativo en el consumo de tabaco?</b> .....	<b>9</b>
Estrategia nacional .....	9
Programas de Cesación .....	11
Capacitación .....	16
<b>Estrategias de mercadeo social para la promoción del abandono del tabaco desde IAFA:</b> .....	<b>19</b>
Día Mundial sin Tabaco .....	19
Concurso Deje y Gane .....	20
Deje y Gane en Costa Rica .....	22
Espacios libres de humo de tabaco .....	26
Control del tabaco .....	27
Convenio Marco de Control del Tabaco .....	29
Educación pública .....	32
Prevención del consumo de tabaco .....	32
<b>Conclusión</b> .....	<b>37</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>39</b>

# Introducción

En Inglaterra, en la época de los 50, y muy similar en otros países, fumar era un hábito normal e inofensivo, y altamente promocionado, tan así, que en este país el 80% de los hombres fumaban. Sir Richard Doll y Sir Austin Hill, médicos epidemiólogos ingleses, fueron los primeros en comprobar una correlación entre fumar cigarrillos y cáncer pulmonar. En 1954 empezaron a publicar sus resultados. En 1962, el Colegio de Médicos Inglés emitió el primer reporte que vinculaba fumar tabaco a cáncer, enfermedades cardiovasculares y muerte. Esto provocó un giro en la opinión pública, y fue, de manera sorpresiva para la época, la primera evidencia científica de la asociación entre fumar y enfermedad.

Pese a la inobjetable evidencia de las consecuencias del tabaquismo, desde principios de la década de los 60, el fumado, alentado por la industria tabacalera y la inacción social y de los sistemas de salud, se convirtió en una conducta deseada y promocionada socialmente, hasta llegar a convertirse en la primera causa evitable de muerte prematura, discapacidad, enfermedad y sufrimiento humano.

En la actualidad, en el mundo fuman 1.300 millones de personas. El tabaco mata a alrededor de 8 millones de personas cada año (más de 7 millones de personas fumadoras activas y más de 1 millón de personas no fumadores expuestas al humo ajeno). Quienes fuman, en promedio, viven diez años menos que las personas no fumadoras. Una de cada diez personas adultas fumadoras muere por una enfermedad asociada al tabaco. El tabaco es el único producto legal, que utilizado como se indica, mata a la mitad de los consumidores.

Desde 1988, Costa Rica, y en particular el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), asumió el fumado como una dependencia química y causa principal de enfermedades no transmisibles. Con el trabajo colaborativo interinstitucional e intersectorial, con la amplia participación de la Caja Costarricense de Seguro Social, del Ministerio de Salud, de los medios de comunicación, las compañías farmacéuticas, la Oficina Panamericana de la Salud, la academia con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, las asociaciones civiles de personas exfumadoras, la empresa privada, la Red Nacional Antitabaco (RENATA) y la Asamblea Legislativa, se realizó un trabajo sostenido en educación pública, prevención, promoción de la salud, cesación, capacitación y conformación de clínicas de cesación en el sistema de salud.

El presente documento testimonia el trabajo realizado en estos 26 años. Los ingentes logros, reconocidos por propios y extraños, son un orgullo para el IAFA y para todas las instituciones participantes, y todavía más importante, un permanente acicate para continuar con el trabajo de hacer del fumado una conducta no deseable y proteger la salud de los costarricenses.

Sin embargo, en el nuevo contexto del consumo de productos del tabaco, los cigarrillos electrónicos, el narguile y el tabaco sin humo, plantean un nuevo reto en la lucha antitabáquica, sobre todo, en la población de mayor riesgo, adolescentes y jóvenes.

# Una historia de éxito en el control de la epidemia de tabaco



## Orígenes y punto de quiebre para el tratamiento del tabaquismo

La Comisión sobre Alcoholismo surgió en Costa Rica en 1954, como un organismo cuyo objetivo era la atención de la población afectada por el consumo de alcohol. Posteriormente, en 1974 se transformó en el Instituto Nacional sobre Alcoholismo, con énfasis en la atención, la promoción comunitaria y la investigación respecto al consumo alcohol. Una década más tarde, en 1986, el nombre fue modificado a Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), para dar cabida a la atención de personas que deseaban tratar su consumo problemático con otras sustancias psicoactivas como la cocaína, el crack y el cannabis (León y Coto, 2004).

A finales de la década de 1980, las personas buscaban ayuda principalmente por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, sin embargo, la mayor parte de ellas también eran fumadoras crónicas. Si bien, muchas se recuperaban de sus trastornos adictivos, una cantidad significativa empeoraban su salud y morían prematuramente de enfermedades cardiopulmonares, respiratorias y cáncer, en su mayor parte producto del consumo de tabaco. Impactados por esta situación, un grupo de profesionales clínicos asumió el estudio de esta problemática, donde comprendieron, a las claras, que el cigarrillo produce una dependencia química, y, lo más importante, para la cual ya existía un tratamiento farmacológico específico. Fue así como en 1988, se

iniciaron los programas de cesación de tabaco en las personas que acudían al IAFA para el tratamiento de adicciones a otras sustancias psicoactivas.

El interés por el tema puso de manifiesto en el país, lo que ya era reconocido internacionalmente, que el fumado era un sustancial problema de salud pública, el cual no recibía la atención pertinente, en el tanto no existía la conciencia social del tabaquismo como una enfermedad; inequívoca prueba de ello era que los profesionales de la salud en la entrevista clínica incluían el fumado entre los antecedentes personales no patológicos, mucho menos se planteaba la posibilidad de una intervención terapéutica (Wald y Hackshaw, 1996).

El reconocimiento y acogida de las personas fumadoras exitosas y sus familiares, de los profesionales del IAFA, de la Oficina Panamericana de la salud (OPS ) y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue un acicate para que el equipo clínico involucrado en la atención del tabaco incluyera la temática de tabaco en los programas de prevención, cesación, investigación y comunicación institucional, así como, para favorecer alianzas interinstitucionales con organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, empresas farmacéuticas y la Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP). De manera progresiva, creció la demanda de atención clínica para la cesación del tabaquismo y el entrenamiento a personas profesionales. Los medios de comunicación participaron de manera intensa y progresiva en informar y educar a la ciudadanía sobre el tabaquismo y sus implicaciones en la salud. Sin embargo, lo más relevante, fue, que cada vez más, nuevas personas se sumaron a la lucha anti tabáquica, tanto dentro como fuera de la institución.

El IAFA desde hace varias décadas realiza estudios nacionales en los que se incluye la exploración del consumo de tabaco. En la encuesta realizada en 1987 (Martínez y Alfaro, 1989), se encontró una prevalencia nacional de consumo de tabaco en hombres de 32.9%, mientras que en las mujeres fue de 10.6%. Además, el 73% de los hombres y las mujeres que consumían sustancias psicoactivas ilícitas también fumaban. En la población económicamente activa, tanto de hombres como de mujeres el consumo era mucho mayor. En las mujeres de mayor nivel educativo el consumo de tabaco era más alto; por otra parte, en otra encuesta se encontró que lo contrario sucedía en los hombres: presentaban menos consumo a mayor nivel educativo (Madrigal y Sandí, 1989).

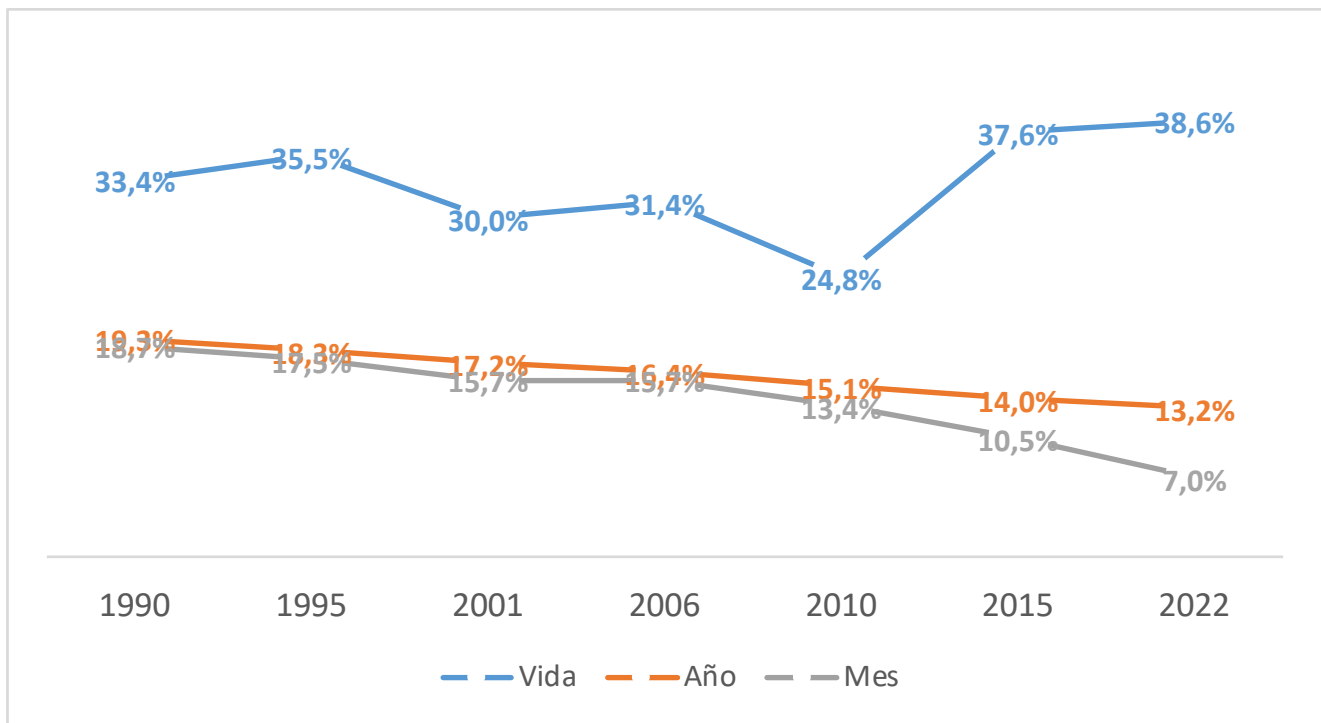
Asimismo, desde 1990 el IAFA realiza estudios nacionales cada cinco años sobre el consumo de drogas en la población general de 12 a 70 años. Desde 1990 al 2022 se encontró una disminución progresiva sostenida del consumo de tabaco en la población general y en personas adolescentes. En los primeros estudios en 1990, se encontró una prevalencia de consumo en el último año de 19.3%, la cual disminuyó a 14% en el 2015, a 13.2 % en el 2022; mientras que el consumo en los últimos 30 días disminuyó de 18.7 %

en 1990, a 10.5% en el 2015 y a 7% en el 2022. Las diferencias por sexo se mantienen muy parecidas a lo largo del tiempo, por cada tres hombres fumadores se encontró una mujer fumadora, figura 1. (IAFA, 2023)

De igual manera, en adolescentes escolarizados, desde el 2006, se realizan sistemáticamente cada tres años estudios epidemiológicos de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se ha encontrado una disminución significativa del consumo de tabaco, del 2006 al 2021. La prevalencia de vida descendió de un 30.9% en el 2006 a un 9.4 % en el 2021. El consumo en lo últimos doce meses disminuyó de 15.3% a 13.2 %. El consumo activo (último mes) pasó de un 7.5% en el 2006 a un 2.9 % en el 2021, figura 2. (IAFA, 2023)

Figura 1.

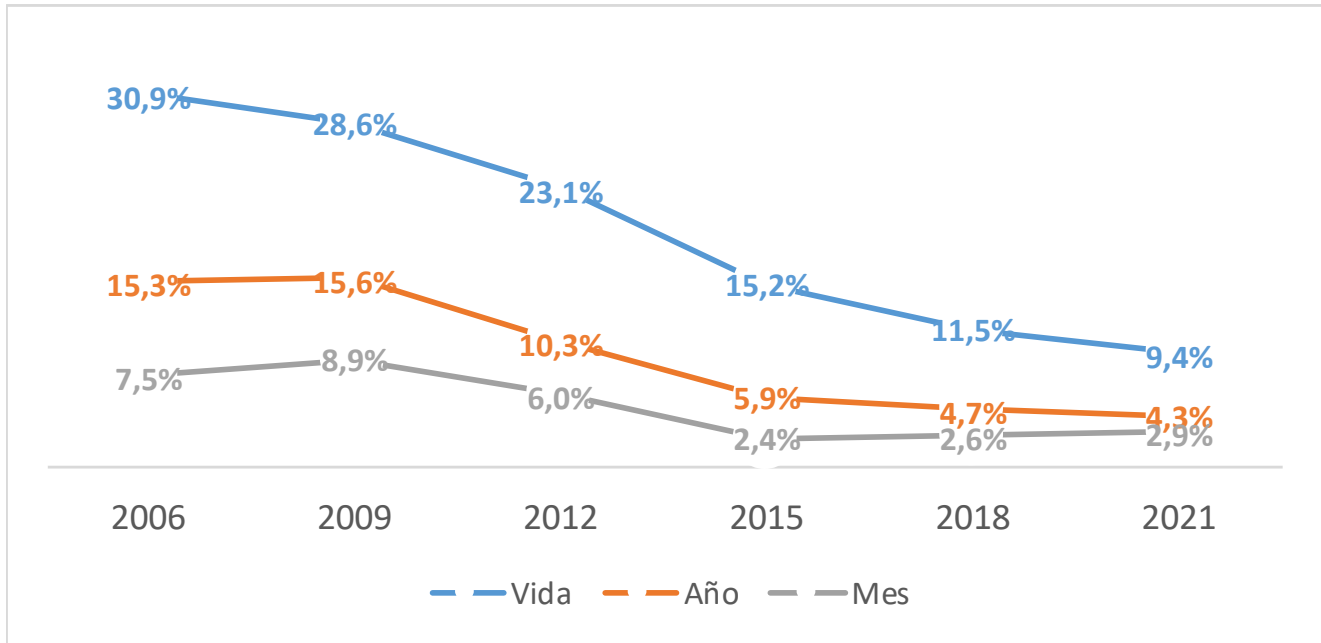
*Porcentaje de consumidores de tabaco alguna vez en la vida, último año y último mes, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010, 2015, 2022.*



Fuente: Resultados sobre consumo de productos psicoactivos. VII Encuesta en hogares, Costa Rica, 2022, IAFA, 2023

Figura 2.

Porcentaje de fumado de tabaco entre estudiantes de secundaria. Costa Rica, 2006, 2009, 2012, 2015, 2018, 2021



Fuente: VI Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de educación secundaria, 2021, IAFA, 2023

El trabajo interinstitucional e intersectorial, con el apoyo integrado de otras instancia públicas y privadas, ha hecho posible una disminución sostenida del consumo de tabaco en el país. Se pone de manifiesto, sin lugar a dudas, el notable impacto de los programas nacionales antitabaco. A continuación, se documentarán las principales estrategias que hicieron posible estos resultados.



## ¿Cómo se logró este descenso tan significativo en el consumo de tabaco?

### Estrategia nacional

A finales de la década de los ochenta el Ministerio de Salud (MS), con el apoyo de la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), conformó un equipo intersectorial integrado por el IAFA, el Departamento de Promoción de la Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud, y el Ministerio de Educación Pública (MEP), quienes asumieron el proyecto conocido como CARMEN (acrónimo que indica Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles). CARMEN es una iniciativa de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), conformada por los ministerios de salud de la región de las Américas, que trabajan juntos para la implementación de la estrategia regional y plan de acción para la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles (ENT). Este proyecto fue adoptado como estrategia nacional para reducir las principales enfermedades crónicas; principalmente, las cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes. (Ronderos, 2001, CDC, 2010)

En virtud de que el tabaco es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles, el rol del IAFA era esencial para abordar el tabaquismo como un problema relevante de salud pública. Como parte de la estrategia CARMEN, el

Departamento de Promoción de la Salud de la CCSS y los encargados de modernización establecieron lineamientos y recursos para estimular la cesación de tabaco en el nivel de atención primaria.

La estrategia integral de atención a la problemática del tabaquismo estaba centrada en múltiples ejes. Lo más urgente para Costa Rica en ese momento era aumentar la disponibilidad y accesibilidad al tratamiento para que las personas que quisieran cesar el consumo de tabaco. Se fortalecieron las actividades clínicas de cesación en el IAFA, y paralelamente, se brindó asesoría a los profesionales de los equipos de salud de las instituciones públicas y privadas para educar en la problemática de tabaquismo y conformar clínicas de cesación en los centros de trabajo. Particular mención, por su compromiso y trabajo colaborativo con el IAFA, merecen la clínica de cesación de la Asamblea Legislativa, la de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE), el Banco Nacional de Costa Rica, y Acueductos y Alcantarillados (AYA).

En segundo lugar, fue crucial aumentar la conciencia social a través de la educación pública para resaltar las consecuencias del consumo del tabaco. Uno de los retos más importantes, fue generar conciencia a la población, en general, que el tabaquismo no era vicio o una acción deliberada de la persona, sino que los sujetos fumadores estaban atrapados en una dependencia química, que hacía muy difícil desprenderse del tabaco. Aun hoy, décadas después, se continúa educando a las viejas y nuevas generaciones para que comprendan que el tabaquismo es una enfermedad, para la cual existe un tratamiento específico y efectivo. En este aspecto, los medios de comunicación ejercieron y continúan realizando una labor encomiable. La solicitud constante de los medios de comunicación al IAFA para brindar mayor información sobre el tabaquismo, y, por otro lado, el resaltar los resultados positivos de las experiencias, favorecieron un despliegue informativo amplio que resultó en una mayor demanda de servicios.

El mensaje caló tanto en personas que consumían como en quienes no lo hacían, lo que acrecentó la conciencia social del tabaquismo como una conducta no aceptable, para la cual había un tratamiento específico disponible. Las personas familiares, en el ámbito laboral e incluso las amistades, motivaban a quienes consumían tabaco a buscar ayuda. En tercer lugar, se tenía claro conocimiento de que las personas consumidoras de tabaco eran atendidas en los servicios de salud, pero no recibían asistencia para dejar de fumar, en parte, por falta de conocimiento sobre la dependencia al tabaco, y también, porque carecían de recursos farmacológicos para la cesación. En ese momento se desconocía cómo abordar a la persona consumidora de tabaco, sobre todo, si estaba resistente o desmotivada para dejar el cigarrillo, y cómo asistirle para que dejara de fumar. Además, persistía una actitud displicente ante estas personas bajo la premisa de que no vale la pena el esfuerzo, ya que la mayoría dejaba y volvía a fumar, tal y como sucede con las adicciones a otras sustancias psicoactivas.

Para solventar estas falencias terapéuticas, fue imprescindible la formación a las personas profesionales de la salud en la temática del tabaco, y, sobre todo, en cómo acercarse a una persona consumidora de tabaco, motivarla a dejar el cigarrillo y asistirle en la cesación. Y, por último, era prioritario retardar la edad de inicio del consumo, por lo que el consumo de tabaco se incluyó en el programa de prevención para las escuelas “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”. (IAFA, 2015).

Cabe resaltar que la política pública de control del tabaco fue liderada por el IAFA como institución especializada en farmacodependencia, referente nacional e internacional en consumo de sustancias psicoactivas, y con una amplia trayectoria de reconocimiento público y de trabajo interinstitucional. La solidez científica y la experiencia favorecieron el liderazgo en la educación pública y profesional del reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad, de sus consecuencias en personas fumadoras y fumadoras pasivas, y en la credibilidad en los tratamientos. Las personas afectadas por el consumo de tabaco, sus familiares, los medios de comunicación y los profesionales de la salud de las instituciones públicas y privadas, atraídos por esta temática, buscaron formarse para ser parte de este gran proyecto nacional.

### **Programas de Cesación**

Los programas de cesación para el tabaco iniciaron en el año 1992 en manos de un profesional en psiquiatría, una persona profesional del área de psicología, una de trabajo social y un investigador clínico. Las primeras personas beneficiadas fueron los funcionarios del IAFA, y sus familiares.

De manera progresiva el tratamiento del fumado se posicionó como una función esencial del IAFA. En consecuencia el equipo clínico de tabaco asumió la responsabilidad de ofrecer tratamiento clínico, elaborar los protocolos de intervención para el cese de fumado, ofrecer capacitación a personas profesionales de la salud en cómo ayudar a las personas consumidoras de tabaco a dejar de fumar, asesoría y capacitación a instituciones públicas y empresas privadas en cómo educar a las personas trabajadoras sobre el fumado pasivo, y estrategias de motivación y cesación del consumo de tabaco, así como educación social en los medios de comunicación masiva sobre las consecuencias del consumo de tabaco, el consumo involuntario y la aceptación del tabaquismo como una enfermedad viable de tratamiento.

Los primeros tratamientos en cesación en el IAFA fueron grupales, con el claro objetivo de aprovechar la experiencia que se tenía con el programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, en el cual una persona con problemas de adicción apoya a otra en la misma situación. La experiencia de los exfumadores fue crucial para estimular y apoyar a los nuevos, así como la riqueza de compartir sus logros, angustias y estrategias en la cesación, lo anterior se logró con el trabajo grupal dirigido por profesionales, y también

con un grupo de Fumadores Anónimos que se reunía una vez por semana en las noches para apoyarse mutuamente, el cual basaba su trabajo en el programa de los Doce Pasos de Fumadores Anónimos (NicAn, 1994).

En el primer año se atendieron 222 personas, con un éxito del 25% al año. Por la experiencia clínica del IAFA y ante la demanda de las empresas de estrategias grupales para atender a sus trabajadores, se elaboró un manual para la formación clínica de los equipos de salud denominado “Manual para Facilitadores en la Cesación de Tabaco” el cual constituye una herramienta clínica para los profesionales de salud con interés de estructurar una clínica de cesación del cigarrillo (Sandí y Molina, 2013). Este documento contiene de manera sencilla, ágil y estructurada los contenidos y estrategias esenciales que han probado ser eficaces para ayudar a los pacientes a dejar de fumar con el apoyo del grupo. Aborda, además, aspectos relacionados con las generalidades del fumado, el tabaquismo como una enfermedad neuro-psicobiológica, las consecuencias del fumado, el diagnóstico de la dependencia al tabaco, la evaluación del fumador, estrategias conductuales para antes y después de cese, psicofarmacología, manejo del estrés y calidad de vida, entre otras cosas.

De igual manera, el manual se concibe como un documento base de trabajo para que cada equipo clínico de acuerdo a sus recursos y necesidades elabore su propio programa, desde luego, con base en las mejores prácticas clínicas (IAFA, 2017). Varias instituciones públicas se entrenaron y establecieron un programa empresarial de educación en fumado y una clínica de cesación en el centro de trabajo. Por ejemplo, en una institución pública, RECOPE, dada la cercanía que tenía el equipo de salud con los funcionarios el éxito fue significativo, sobre todo porque se involucraron las autoridades administrativas, el personal, e inclusive la familia. La enfermera del equipo, con el psiquiatra del IAFA publicaron un artículo en la revista de enfermería sobre la experiencia, donde se reportó un sorprendente éxito de cesación a los dos años del 48% (Sandí y Pérez, 1998).

Muchas personas fumadoras con deseos de dejar de fumar manifestaban no tener el tiempo, la disposición o las condiciones clínicas para el trabajo grupal, por lo que preferían una intervención individual. Con base en la mejor evidencia y la experiencia clínica se elaboró un protocolo de intervención breve intensiva para el tratamiento individual de la cesación al tabaco denominado “Guía de intervención para el tratamiento de la dependencia al tabaco” (Sandí y Molina, 2013).

El objetivo de la guía es ofrecer a las personas profesionales de la salud una herramienta breve, sencilla, puntual y efectiva para ayudar a las personas fumadoras a dejar el cigarrillo. El documento ofrece un protocolo de intervención con las estrategias clínicas, psicofarmacológicas y conductuales para aplicarlas en sesiones breves de no más de quince minutos, de manera intensiva el primer mes, con control y

apoyo estricto en la etapa más crítica en el síndrome de supresión -que por lo regular dura tres meses-, y seguimiento mensual por doce meses. Además, contiene información detallada sobre generalidades del tabaco, consecuencias del fumado, el tabaquismo como una enfermedad de dependencia química, la intervención para dejar de fumar basada en siete sesiones breves centradas en apoyo continuo en el psicofarmacología y seguimiento. Es importante acotar que más allá de las estrategias psicofarmacológicas y conductuales, tanto en la intervención grupal como en la individual, se hace un marcado énfasis en que el éxito de la intervención para dejar de fumar se basa en la capacidad de las personas terapeutas para establecer una relación abierta, respetuosa, no juzgadora, empática y de absoluta confianza y esperanza en que sí es posible dejar el cigarrillo. (Sandí y Molina, 2013)

En el transcurso del proceso se encontró que algunas personas fumadoras no eran buenos candidatos para las clínicas de cesación por presentar alteraciones mentales significativas que distorsionaban de sobremanera las sesiones de grupo, y constituían un serio obstáculo para el progreso de la terapia grupal. Se determinó, entonces, la necesidad de elaborar un cuestionario de evaluación clínica, que, de manera sencilla, pudiera ser utilizado por personal no especializado en salud mental o trastornos adictivos para evaluar la situación clínica general de las personas fumadoras, y de esta manera precisar la mejor intervención posible.

En 1994 se construyó un instrumento ágil, sencillo, de fácil aplicación, que recopila información general personal, edad de inicio del consumo de tabaco, años de fumar, cantidad de cigarrillos, antecedentes físicos y mentales y aplica varias escalas para evaluar la situación clínica del paciente relacionada con el proceso de cesación; la severidad de la dependencia a la nicotina (Heatherton et al, 1991), la escala de depresión de Zung (Zung, 1971) para identificar síntomas depresivos, la escala de ansiedad de Zung (Zung 1965) para detectar síntomas ansiosos, la escala de motivación de Richmond (Richmond 1990), una prueba breve, CAGE, para identificar problemas con el consumo de alcohol (Sandí y Molina, 1997), la prueba de Prochaska y Diclemente para valorar la etapa de cambio en que se encuentra la persona consumidora de tabaco (Prochaska et al, 1997, Diclemente, 1991).

El Cuestionario para la Identificación Clínica del paciente (CICLI), logra de manera rápida -en no más de veinte minutos-, una evaluación integral y amplia que permite identificar de manera sencilla complicaciones en la persona usuaria que ameritan una intervención diferenciada, facilita derivar a la persona fumadora a servicios especializados de atención psicológica o psiquiátrica, a la atención específica para problemas con el consumo de alcohol u otras drogas, así como precisar la mejor opción psicofarmacológica y la intensidad del programa. Por su fácil aplicación y utilidad se ha incluido como un instrumento básico, esencial en la evaluación de todas las clínicas de cesación al interior del IAFA y de la CCSS, así como en las intervenciones individuales. (IAFA, 1999)

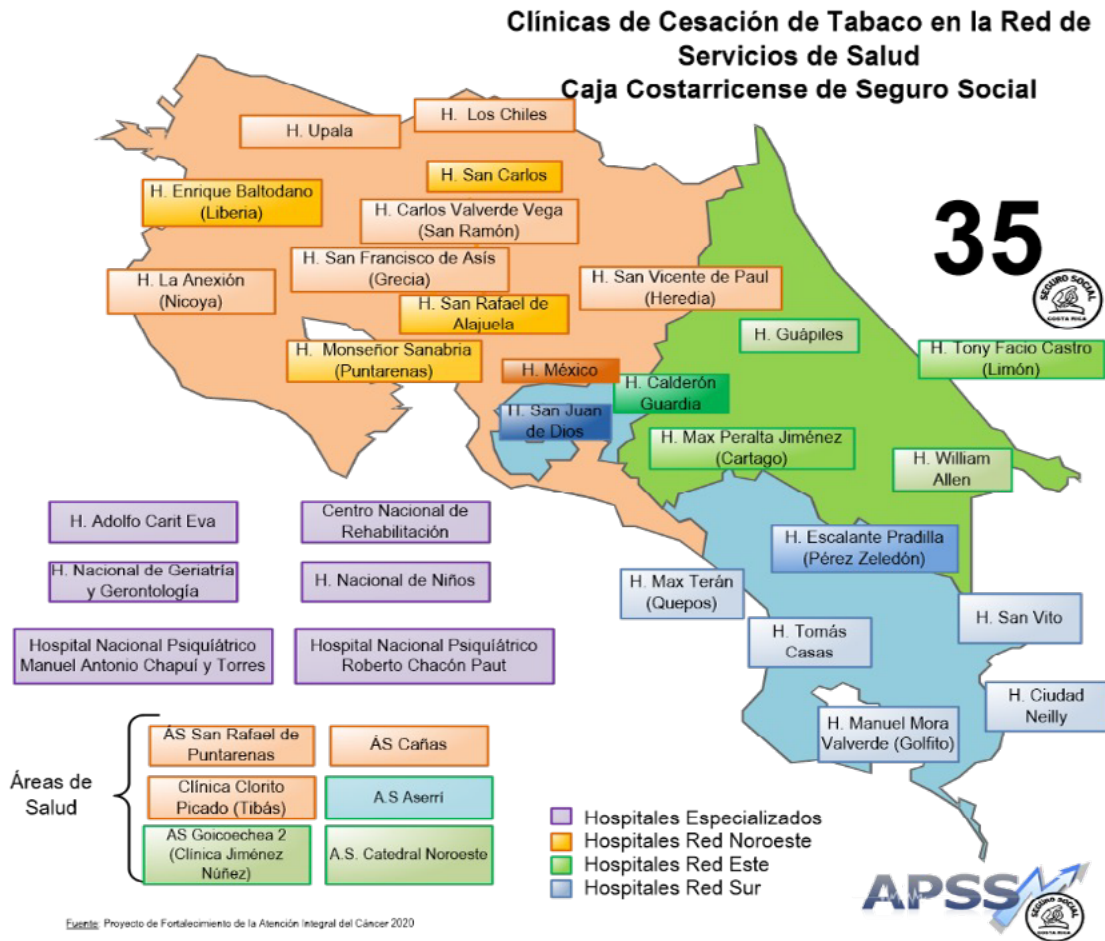
Las clínicas de cesación, en general, están conformadas, dependiendo de la disponibilidad, por una persona profesional en medicina general, una en psicología, una de trabajo social, una en enfermería y un profesional en promoción de la salud. En el caso del IAFA, el tratamiento individual ha estado a cargo de una persona profesional en psiquiatría y varios profesionales en medicina general, sobre todo, porque la población que atiende el IAFA, personas con problemas asociados al consumo drogas, tienen significativas comorbilidades mentales asociadas que ameritan de un especialista en salud mental. Los dos modelos de intervención, tanto el individual como el grupal, consisten en sesiones de evaluación, preparación, apoyo intenso, seguimiento y psicofarmacología, a base de bupropión, Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) y más recientemente vareniclina.

La primera clínica modelo interdisciplinaria e interinstitucional para la cesación de tabaco en la CCSS se estableció en el año 2000, en el Hospital Max Peralta, de la provincia de Cartago, en el marco de la estrategia CARMEN con la participación del IAFA, la CCSS, OPS, la empresa farmacéutica Glaxo Smithkline y la Municipalidad de Cartago. El personal estaba conformado por un profesional en medicina, uno en enfermería, uno en trabajo social y otro en promoción de la salud.

Esta primera clínica constituyó un acicate institucional para quienes trabajaban en el sistema de salud, para involucrarse en la detección y asistencia a las personas con problema con el consumo de tabaco, y marcó un parteaguas, con respecto a un cambio de mentalidad institucional en cuanto a la percepción del tabaquismo. Asimismo, constituyó un modelo de atención que despertó la inquietud institucional por el consumo de tabaco, sus implicaciones médicas y las posibilidades de abordaje clínico. La amplia difusión en los medios de comunicación de esta iniciativa motivó, además, a otras instituciones públicas y privadas a desarrollar sus propias estrategias de intervención. Para el año 2021, en la CCSS contaba con 35 clínicas especializadas en cesación de fumado, con un tratamiento grupal que incluía múltiples personas proveedoras entre profesionales en medicina, psicología, trabajo social, neumología, nutrición, entre otros. (H. Segura, comunicación personal, 2022), figura 3.

Figura 3

Clínicas de cesación de la CCSS



Fuente: Cesación de fumado-Control de tabaco. Documentos, Ministerio de Salud, 2021.

En el año 2021, en promedio se atendieron en las clínicas de cesación de la CCSS 900 personas, con un éxito de cesación del 90 % al terminar las 8 sesiones y de un 73 % a los 12 meses (W. Chang Cheng, comunicación personal, 2022). Los estudios de seguimiento en las clínicas de cesación del IAFA encontraron una abstinencia promedio del 35% al 43% a los seis meses. Con la apertura de las clínicas de la CCSS y la reducción de la prevalencia del fumado se redujo la afluencia al IAFA, lo que disminuyó el involucramiento institucional en las clínicas de cesación.

Desde el año 2018, sólo se ofrece atención individual, proporcionada por un profesional en medicina asignado específicamente para la atención de personas consumidoras de tabaco. Uno de los logros más significativos del programa de cesación de tabaco ha sido su capacidad para atraer y reclutar a nuevos socios en la lucha anti tabáquica, los medios de comunicación, las compañías farmacéuticas, los equipos

de salud de las empresas privadas, la academia, personas que antes fumaron como voceros públicos, y, lo más importante, el público en general, que fue asimilando de manera paulatina la consigna del fumado como una conducta no aceptable (IAFA, 2017).

## Capacitación

Los programas de estudios de pregrado y postgrado en las universidades públicas y privadas carecen de una enseñanza específica para los asuntos relacionados con el consumo de drogas, incluido el tabaco. Las personas profesionales en medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapia respiratoria y cardiaca se gradúan sin conocimientos básicos sobre la problemática del consumo de tabaco, y mucho menos, sin saber cómo orientar y asistir a las personas a cesar el mismo.

Pese a la considerable evidencia, desde 1960, de las consecuencias del tabaco, y que es, sin lugar a dudas, la primera causa de mortalidad, morbilidad, discapacidad y sufrimiento humano en el mundo, ha sido harto difícil priorizarlo como un problema esencial de salud pública (Baker, 2000, Doll, 2004, OMS, 2003, CDC, 2010). En la década de los noventa, cuando se inició de manera intensiva el trabajo en tabaco, y aún todavía hoy, en muchos centros clínicos, la exploración del tabaco en la entrevista clínica se incluía en antecedentes personales no patológicos, y no se intervenía al respecto de ninguna manera. Prevalecía la premisa de que fumar es una decisión propia, y que, además, quienes lo hacen, de alguna manera “deben pagar un precio por su aberrante conducta”.

En los programas de capacitación para las personas profesionales de la salud se evidenció de la reticencia de las personas profesionales clínicos para abordar a las personas fumadoras, prevaleciendo, en muchos clínicos, la idea de la poca eficacia en la intervención. Los profesionales de la salud desconocían las variables químicas, sociales, psicológicas y conductuales que median en la conducta de fumado y carecían de los conocimientos y recursos farmacológicos para asistir a quienes fumaban en la cesación. La conceptualización de tabaquismo como una enfermedad neuroquímica con múltiples determinantes psicosociales asociados y viable de un tratamiento específico no era parte del bagaje clínico de un trabajador de la salud promedio. Por consiguiente, se consideró de suprema importancia educar a las personas profesionales en salud de todo el país, tanto de instituciones públicas como privadas de que el fumado era la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte, y que, además, es una enfermedad neuropsicobiológica para la cual existía un tratamiento efectivo de fácil aplicación. Además, fue esencial darles el conocimiento y un protocolo accesible para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

Con base en un curso recibido en el país por la Asociación Internacional del corazón en el año 2000, se elaboró una versión local del curso “Guíe a sus pacientes a un futuro sin tabaco”. El curso de tres días, que todavía persiste, se basa en los siguientes contenidos: epidemiología del consumo de tabaco,

generalidades del tabaquismo, consecuencias físicas, bases neurobiológicas de la dependencia a la nicotina, etapas de cambio, entrevista motivacional, clínicas de cesación, instrumento clínico de identificación clínica, tratamiento farmacológico, modelaje de entrevista y discusión de casos. El curso ha sido una excelente herramienta para concientizar, informar, motivar y ofrecer los lineamientos terapéuticos básicos para detectar, motivar y asistir a las personas a dejar de fumar. El curso se ofrece de manera gratuita e ininterrumpida desde el año 2000 a cualquier profesional de salud interesado en aprender en cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. En oficinas centrales del IAFA, en promedio se ofrecen cuatro cursos al año para treinta personas por curso. Además, se imparten muchos otros a los equipos de salud de las empresas privadas o instituciones públicas. En promedio más de 200 trabajadores de la salud, médicos, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, terapeutas respiratorios y cardiacos, neumólogos y consejeros en adicciones son capacitados por año y se continúan formando, aunque con menos intensidad por la epidemia del covid-19. Los recursos profesionales fueron aportados por el IAFA y la CCSS, mientras que la OPS y las compañías farmacéuticas colaboraron con recursos financieros. Antes de la aprobación de la ley contra el tabaco en el 2012, que aportó un presupuesto específico para tal fin, las alianzas público privadas e interinstitucionales hicieron posible este logro.

Un aspecto esencial del programa de entrenamiento era entender fenomenológicamente cómo se desarrolla una dependencia a la nicotina y cómo se perpetúa, cuáles eran los mecanismos biológicos, conductuales y psicosociales que determinan que una persona empiece a fumar y que posteriormente quede atrapada en este trastorno, y cómo, a pesar de saber todas sus consecuencias, del conocimiento de lo que le puede suceder y el vehemente deseo de dejar de fumar, no pueda desprenderse del cigarrillo. Era esencial la clara comprensión del trastorno para evitar juzgar la conducta y rechazar a las personas fumadoras por su incapacidad para dejar de fumar, y, en su lugar, desarrollar una actitud respetuosa, empática y comprensiva que permita la intervención para la cesación.

La experiencia del IAFA en el tratamiento de las adicciones y la intervención del psiquiatra y del psicólogo en los procesos de capacitación permitieron darle un enfoque humanista, comprensivo y de fácil entendimiento para los trabajadores de la salud no acostumbrados a lidiar con personas con problemas de dependencia a sustancias psicoactivas. Esto permitió afianzar la empatía terapéutica, el apoyo intenso y el seguimiento como estrategias esenciales en la cesación del fumado. A través de juego de roles se les enseñaba a las personas participantes cómo acercarse a las personas fumadoras resistentes y lograr su compromiso en el tratamiento. Se enseñó la importancia de múltiples proveedores en el proceso terapéutico, no era sólo un problema atinente a los profesionales de medicina, sino que, también, los de psicología, trabajo social, promoción de la salud, terapia respiratoria y cardiaca, exfumadores, empleadores y la familia podían jugar un papel importante en la motivación para dejar de fumar y en asistir a quienes fuman en su proceso de cese.

La cesación al fumado requiere de un abordaje comprensivo, integral que involucra educación, motivación, preparación, evaluación, diagnóstico, apoyo intensivo y seguimiento a largo plazo, por lo menos el primer año. Las personas profesionales en medicina, por su credibilidad terapéutica y recursos farmacológicos juegan un rol esencial para enganchar en el tratamiento y tratar la supresión física, sin embargo, el curso se ofrece a toda persona trabajadora de la salud, ya que, cada uno juega un papel importante en detectar, motivar e involucrar a la persona fumadora en el proceso de cese, así como favorecer la creación de una conciencia social de percepción de la conducta de fumado como una conducta no deseable.

Por otra parte, además de la capacitación que recibe la CCSS por parte del IAFA, para el entrenamiento de su personal en las clínicas de cesación de tabaco, tiene su propio curso virtual de Estrategias Preventivas e Intervención Breve para la Atención del Consumo de Tabaco en los Servicios de Salud de la CCSS. Desde el 2015 al 2021 se capacitaron en promedio 167 funcionarios por año (H. Segura, comunicación personal, CCSS)



## Estrategias de mercadeo social para la promoción del abandono del tabaco desde IAFA:

### Día Mundial sin Tabaco

Desde la Asamblea Mundial de la Salud, se designó en 1989, al 31 de mayo, como el Día Mundial Sin Tabaco (DMST), para alentar a las personas fumadoras a dejar de fumar y para incrementar el conocimiento del público sobre el impacto que tiene el tabaco en la salud (OMS, 2023). Esta es una acción que se realiza anualmente, con un lema diferente cada año, para resaltar aspectos relacionados con el tabaquismo. Es una iniciativa mundial, promocionada por la OMS, en pro de la salud de las personas en todo el mundo. En Costa Rica participan las instituciones de salud, principalmente IAFA, CCSS, MS y los medios de comunicación.

En las Ferias de la Salud, en el DMST, se facilita material impreso sobre el consumo de tabaco y sus consecuencias, y un folleto, elaborado en el IAFA, sobre estrategias para dejar de fumar y motivación al cese (Sandí, 2000). En el año 2019 se realizó una carrera no competitiva llamada “Los sueños”, para conmemorar el 31 de mayo, Día Mundial sin Tabaco.

En la actividad se regalaron camisetas y materiales alusivos al cese del fumado. El 26 de mayo del 2001 se realizó una caminata para alentar actitudes y actividades orientadas a una mejor calidad de vida. Todos los centros del IAFA, en armonía con las demás instituciones públicas y la comunidad, realizan actividades promocionales del DMST para estimular socialmente la atención a la problemática del fumado.

Sin embargo, el esfuerzo más significativo en cuanto a visibilidad y estrategia de mercadeo social de la salud, durante casi 20 años, fue la realización del Concurso Deje y Gane.

### **Concurso Deje y Gane**

El concurso Deje y Gane es un programa internacional, que se integra a las iniciativas locales para enfrentar el problema del tabaquismo, el cual busca estimular a gran cantidad de personas fumadoras a dejar de fumar por medio de apoyo e incentivos. Fue desarrollado por el Instituto de Salud Pública de Finlandia (KTL) quién apoyaba y coordinaba la ejecución del concurso cada dos años.

En el marco de la Iniciativa Libre de Tabaco WHO/CINDI/CARMEN el concurso fue adoptado por muchos países. Por ser el tabaquismo un fenómeno masivo se ideó una intervención basada en las estrategias de mercadeo social para estimular a amplios sectores de la población a dejar de fumar. En 1994 se desarrolló en 13 países, en 1996 en 25 y en 1998 en 50. Para el año 2000 con el apoyo de WHO y la Iniciativa Libre de Tabaco participaron más 100 países con una inscripción entre 500.000 y 1.000.000 personas fumadoras (Sun et al., 1999)

El concurso Deje y Gane es una campaña de mercadeo social, que ha demostrado su éxito para motivar a gran cantidad de personas fumadoras a dejar de fumar. La premisa más importante que sustenta el programa es que al dejar de fumar la gente prevalece sobre el tabaco y todas sus consecuencias. El concurso ofrece premios o incentivos para dejar de fumar, además de apoyo social y técnico en el proceso del cese. La motivación de la recompensa a corto plazo ayuda a enfrentar las dificultades que implica dejar de fumar. El éxito de la estrategia está en su sencillez, atracción, alto alcance, bajo costo, sin costo económico para el fumador, y, sobre todo, su capacidad para provocar un cambio conductual (Walker, 2000).

El concurso fue diseñado para personas fumadoras regulares adultos, con edad legal para fumar, con al menos un año de fumar antes del inicio del concurso. Los participantes se registran por medio de un formulario avalado por un testigo que acreditaba la condición del fumador. La inscripción se realiza durante el mes anterior a la realización del concurso. En el formulario de inscripción se aceptan las reglas, y los fumadores se comprometían a dejar de fumar por un periodo de cuatro semanas, que iniciaba a principios de mayo y terminaba el 31 de mayo, con la celebración del Día Mundial sin Tabaco. Cada país establecía un premio nacional para el ganador, aunque al principio también había premios internacionales, y muchos otros incentivos para estimular la cesación del tabaco (Croghan, 2001). Los que se mantenían sin fumar participan en el concurso por los múltiples premios. En un intento de evitar fraudes, la participación es validada por un testigo y por prueba de monóxido de carbono o cotinina en orina (Korhonen, 2000).

Un aspecto esencial en el éxito del concurso es la promoción de la iniciativa. Se utiliza una gran variedad de esfuerzos promocionales para llamar la atención pública y reclutar participantes. Lo más importante son los medios de comunicación masiva, televisión, radio, prensa escrita, redes sociales, actividades de relaciones públicas y material impreso. Se promociona, no sólo, la cesación del tabaco, sino también, muchas otras ganancias, tales como, el premio, el ahorro de dinero, su capacidad para tomar la decisión, evitar las molestias de fumar en lugares públicos, los beneficios en la salud personal y familiar, las consecuencias del fumado pasivo, el ejemplo sus hijos, no estar dominado por una sustancia, un estilo de vida saludable, agregarle más vida los años y más años a la vida, entre otras cosas. Además de la infinidad de posibles premios personales, están también los premios e incentivos externos, que son de una gran variedad y muy estimulantes, los cuales pueden ser nacionales, comunitarios, empresariales y familiares.

El involucramiento de la familia, la administración de la empresa, la comunidad y los medios de comunicación lograron hacer de la experiencia del concurso un fenómeno social que trascendió con mucho la individualidad en el cese del cigarrillo (Lavalk, 2007 y Andreason, 2002). En promedio el concurso Deje y Gane logra enrolar entre un 0.04 % y un 7% de la población fumadora (Croghan, 2001). Un aspecto clave del concurso es la gran cantidad de participantes, y el involucramiento de muchos nuevos actores en la lucha antitabáquica, lo que lograba, de manera muy significativa, poner el tema del tabaco en la agenda nacional.

El seguimiento es un elemento indispensable en el concurso para medir los resultados de la intervención. Se encontró que en promedio un 15% y 25% de las personas fumadoras se mantenían sin fumar al menos por un año (Hahn et al., 2004, Chapman, 1993, Lavalk, 2007), sin embargo, cuando se ajustan los resultados por medio de pruebas biológicas suelen ser tres veces menor (Hahn, 2004). Como método para dejar de fumar tenía la ventaja que, al estar basado en el mercadeo social atraía la atención nacional sobre el problema del tabaquismo, reclutaba gran cantidad de personas fumadoras y una proporción significativa dejaba de fumar, y sobre todo, por ser un asunto de salud pública y sensibilidad social muchas personas no fumadoras y organizaciones públicas y privadas se involucraban en el concurso.

Fue un movimiento positivo de salud pública y mercadeo social que movilizó a amplios sectores para apoyar y estimular la cesación de fumado en beneficio de la salud personal, la de su familia y de la comunidad. Otra característica notoria de la estrategia es su capacidad para adaptarse a la idiosincrasia y recursos locales de cada comunidad, empresa o institución. La información, reclutamiento e inscripción involucró de manera significativa a los medios de comunicación, organizaciones de salud, compañías farmacéuticas, exfumadores, empresa privada, instituciones públicas, organizaciones profesionales y comunitarias creando redes y coaliciones que facilitaron la ejecución del concurso. Uno de los aspectos más relevantes del concurso fue su capacidad para crear y fortalecer coaliciones en los diferentes sectores

y organizaciones dedicadas a la lucha contra el tabaco. En cada uno de los concursos quedó demostrada su factibilidad y costo-efectividad, (Secker, 2002). Se consideró un método eficaz de cesación en virtud de su bajo costo y alto alcance.

### **Deje y Gane en Costa Rica**

Por iniciativa de la OMS y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Finlandia, en el año 1999 se realizaron en el país las coordinaciones a lo interno del IAFA y con otras instituciones, para realizar el primer concurso en el año 2000. La institución impulsó durante casi dos décadas el concurso Deje y Gane, con el propósito de motivar a la población fumadora adulta de Costa Rica a dejar de fumar. Deje y Gane fue una estrategia de comunicación para la salud, que para el 2016 había logrado la participación de 20591 personas (Cuadro 1). Desde el año 2000 se ha realizado cada dos años de manera ininterrumpida, a excepción del año 2014; el último concurso Deje y Gane en Costa Rica se realizó en 2018.

Los recursos para el desarrollo del concurso provenían de la ley 727 (Cargas tributarias a las bebidas alcohólicas y tabaco) hasta el 2012, a partir del 2013 se contaba con los recursos de la ley 9028 (Ley general de control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud). Pese a que esta estrategia perdió vigencia como iniciativa internacional de la OMS, lo mismo que el apoyo financiero y técnico de la Escuela de Salud Pública de Finlandia, dado sus buenos resultados en el país, desde el 2006 el IAFA continuó como único organizador del concurso, bajo la coordinación del proceso de comunicación.

Esta iniciativa se desarrolló durante los meses de abril y mayo, para que la premiación coincidiera con el Día Mundial sin Tabaco. Durante el mes de abril se realiza la inscripción y promoción del concurso, donde se motiva a los fumadores participantes a dejar de fumar durante el mes de mayo. Todas las personas interesadas en participar debían llenar una boleta con sus datos personales. El formulario de inscripción estaba disponible a partir del 1 de abril en los diferentes centros físicos de inscripción y en línea.

Para participar en el concurso debería ser mayor de edad, con un año o más de ser fumador, completar el formulario de inscripción en el mes de abril y comprometerse a dejar de fumar durante el mes de mayo a partir del 1 de mayo. Todos los fumadores inscritos podían participar en el sorteo que se realiza el Día Mundial sin Tabaco, el 31 de mayo, la entrega de los premios quedaba sujeta a la comprobación de la abstinencia a la nicotina con pruebas de tóxicos de cotinina en orina.

Si bien el concurso hacía énfasis en que lo más importante que obtenían era la recuperación de la salud y la posibilidad de una mejor calidad de vida para el fumador y su familia, no cabía duda, que el estímulo del premio era un buen incentivo para hacer el intento de dejar de fumar. Los premios variaban en cada edición, la mayoría de los premios eran donados por empresas patrocinadoras, que generalmente

consistían en dinero en efectivo. A partir del 2016 el IAFA entregó otros premios como pantallas y dispositivos digitales.

El Proceso de Comunicación del IAFA fue el encargado de asumir la coordinación y ejecución del concurso. A lo largo del tiempo se creó una red de colaboradores entre instituciones públicas, empresas privadas, academia, sociedad civil y exfumadores que apoyaban la divulgación y ejecución del concurso. Las farmacias realizaron una labor encomiable, ofrecían información, inscripción al concurso y asesoría en el proceso de cesación. Es importante resaltar que durante todas las etapas del Concurso Deje y Gane se desarrolló una estrategia de comunicación que abarcó a todo el territorio nacional con diferentes actividades promocionales, donde se fusionó el trabajo de oficinas centrales de la institución con las diez sedes regionales a través de publicidad en los diferentes medios de comunicación tradicionales y tecnológicos, con espacios de entrevistas y ferias de la salud en puntos importantes de la capital y de las regiones, con reuniones comunales y atención personalizada. Con el tiempo las personas concursantes participaban no sólo por un premio internacional, sino también, por un premio nacional, un premio regional, un premio empresarial o institucional en el marco de las iniciativas locales para desestimular el tabaquismo, y, el premio más importante, el bienestar personal y el de su familia.

Para ayudar a las personas fumadoras a lidiar con la cesación se desarrolló una estrategia de capacitación en cesación de tabaco con los equipos de salud de las empresas e instituciones para entrenarlos en las estrategias conductuales y farmacológicas para apoyar a las personas en el proceso de cesación cuando fuese necesario. Cuando los participantes firmaban el formulario de inscripción al concurso, se comprometían a dejar de fumar del 1 al 31 de mayo de cada año del concurso. Sin embargo, para muchas personas, sobre todo, si tenían dependencias muy severas o asociadas a comorbilidades mentales, no era suficiente la voluntad y el incentivo del concurso, era necesario una atención especializada adicional. Con el objetivo de facilitar la cesación en las personas fumadoras se elaboró el documento “Estrategias para Dejar de Fumar” el cual ofrecía información, apoyo y las principales estrategias a ejecutar antes y después de la cesación (Sandí, 2000). Por su utilidad en los programas de cesación, el documento cuenta a la fecha con 13 ediciones.

En el proceso de divulgación y motivación del concurso se produjeron varias campañas promocionales, como anuncios en televisión y cuñas de radio respecto a los fines del concurso, fechas de inscripción, periodo de cese y premiación. La realización de estos productos lo hacían las empresas privadas de producción audiovisual con el apoyo de los profesionales del área técnica del IAFA. Además, se elaboraron formularios de inscripción, banners, vallas publicitarias y materiales externos publicitarios como camisetas, calcomanías, botellas de agua, bolas antiestrés y panfletos informativos para informar, ayudar y asistir a las personas fumadoras en el concurso.

Se desarrollaron actividades promocionales en centros educativos, centros de salud de la CCSS y del IAFA, supermercados, farmacias, banca nacional, empresas privadas, y otras instituciones públicas. A partir del 2014 la información también se replicó en microsítios web, donde se ubicaban datos importantes como el reglamento, el proceso de inscripción, el papel de la persona de apoyo o testigo y cómo se realizaría el sorteo de los premios y el respectivo reclamo. La campaña se complementó con ferias de la salud, gestión en medios de comunicación con la participación de voceros institucionales especialistas en tabaco. En el 2010 se desarrolló el material interactivo “Ciudad Salud”, el cual acompañó todo el concurso. Durante el 2014 se desarrolló una propuesta más cercana y diferente que se conceptualizó con el nombre del “Club de los Vencedores”, para esta estrategia digital se estableció un micrositio web, el cual estuvo activo del 23 de abril al 31 de mayo, en el 2015 contaba con 6554 seguidores (B. Orozco, comunicación personal, departamento de comunicación, IAFA, 2022)

Para los concursos del 2016 y 2018 se contrató a funcionarios de la carrera de promoción de la salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, dado que tenían experiencia previa con la Red Nacional Antitabaco y con “Domingos libres de humo de tabaco” desarrollado por el Ministerio de Salud, donde desarrollaron estrategias de promoción de la salud y prácticas saludables, como alternativa para la cesación del tabaco. Esta contratación cumple con los objetivos de la ley 9028, específicamente el inciso e), que indica la promoción, la educación para la salud, así como la difusión de conocimiento a las generaciones presentes y futuras de los riesgos atribuibles al consumo de tabaco de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de tabaco. Además, con los promotores de la salud se podía llegar a zonas más alejadas y tomar en consideración el contexto sociocultural donde se desarrollan los individuos. Se les pedía desarrollar la estrategia basados en la promoción de la salud local y regional para la divulgación del concurso “deje y gane”. Para la promoción del concurso era imprescindible identificar actores sociales, medios de comunicación y grupos comunitarios locales.

El concurso finaliza con una premiación que se realizaba los 31 de mayo de cada año, con la participación de autoridades del IAFA, CCSS, OPS, compañías farmacéuticas, Ministerio de Salud, prensa nacional, equipos de fútbol y ex concursantes de año anteriores. En una de las evaluaciones realizadas posterior al concurso en el 2002 se encontró que un años después de realizado el concurso, un 27.6% de los participantes refería dejado de fumar totalmente y un 39.7 % fumaba menos de lo usual, lo cual, también, se consideró como muy exitoso (D. Molina, comunicación personal 2002). A los que continuaban fumando se les estimulaba a consultar al IAFA o las clínicas de cesación de la CCSS para asistirlos en la cesación.

A ojos vista el concurso Deje y Gane fue muy exitoso en incentivar y atraer personas fumadoras a la cesación del tabaco, pero esto, sobrepasa, con creces, la capacidad de esta iniciativa para poner en la agenda nacional el tema del tabaquismo como una prioridad de salud pública. Asimismo, se logró crear

una conciencia nacional de que el fumado no es un vicio o una debilidad del carácter, sino, un trastorno neuropsicobiológico para el cual existen tratamientos exitosos. La estrategia logró involucrar a la familia, a los compañeros de trabajo, a los empleadores de empresas públicas y privadas y a las organizaciones locales, en educar sobre los riesgos del tabaco para personas fumadoras y consumidores pasivos de tabaco, en promover iniciativas en los centros de trabajo orientadas a prevenir el consumo de tabaco y sus consecuencias, así como en generar opciones para ayudar a las quienes tenían interés en dejar de fumar. La capacidad del concurso para atraer nuevos actores e involucrar a los medios de comunicación masiva ha favorecido la creciente conciencia nacional del tabaquismo como una conducta no deseable, y también, estimular a quienes consumían tabaco de manera involuntaria a hacer respetar su derecho a no fumar pasivamente, y estimular a los tabaquistas a dejar de fumar, o bien, a buscar ayuda para lograrlo. De manera progresiva, con cada concurso se integraban nuevos participantes, por lo que, el mayor acierto del concurso fue su capacidad para involucrar progresivamente a nuevos actores en la lucha antitabáquica y poner el problema del consumo de tabaco en la agenda nacional por dos meses, amén del beneficio que obtuvieron consumidores y no consumidores.

### **Cuadro 1**

*Resultados del programa Deje y Gane 2000-2006*

<b>Año</b>	<b>Personas fumadoras</b>	<b>% Cese concurso</b>	<b>% cese al año</b>
<b>2000</b>	2105	-	27.5
<b>2002</b>	1117	67.9	27.6
<b>2004</b>	3079	73	28.7
<b>2006</b>	2442	69.2	32.6
<b>2008</b>	4436	60.4	36.6
<b>2010</b>	3517	62	41.0
<b>2012</b>	6000	60.1	40.0
<b>2016</b>	2544	59.1	-

*Fuente: Departamento de Comunicación. IAFA, 2022.*

## Espacios libres de humo de tabaco

Desde que el área de atención a pacientes inició el trabajo en cesación de fumado, a finales de la década de los noventa, en los programas de capacitación, divulgación y en los medios de comunicación, el fumado pasivo o involuntario fue un tema central que favoreció el trabajo con las familias, la población escolar y las personas fumadoras pasivas. Lo anterior permitió trabajar dos aspectos, el derecho de las personas a no fumar pasivamente, y, en segundo lugar, conscientes del daño del cigarrillo, estimular en los fumadores al cese del fumado. Desde el proyecto CARMEN, las instituciones participantes, además del fomentar la educación en las consecuencias del tabaco y el cese del fumado, le dieron un gran ímpetu a la importancia de que los no fumadores tenían derecho a un ambiente libre de contaminación y no sufrir las consecuencias del fumado pasivo. Durante muchos años no existió una conciencia clara de las implicaciones en la salud del fumado activo y del fumado pasivo, sin embargo, producto de la educación social en fumado, cada vez más, la ciudadanía se dio cuenta de que la salud es un derecho fundamental, y que, por lo tanto, respirar aire puro era esencial para su bienestar físico y emocional. En los programas de información pública y en las capacitaciones a funcionarios en salud se hizo hincapié en las consecuencias del fumado involuntario, y, por tanto, en la importancia de hacer valer su derecho a respirar aire libre de humo de tabaco. En el año 1999, el 31 de mayo, en el Día Mundial sin Tabaco, la dirección del IAFA, en concordancia con la evidencia científica de las implicaciones en la salud pública del fumado pasivo, en el marco de la ley # 7501 de Regulación del Fumado, y, también, para hacer del IAFA una institución modelo en la lucha antitabáquica, se declaró el 31 de mayo de 1999, al IAFA como un centro totalmente libre de humo de tabaco para funcionarios y visitantes, iniciativa que fue ampliamente acogida por los funcionarios.

El Programa Espacios Libres de Humo de Tabaco se desarrolló en el año 2000, el cual fue liderado por la funcionaria Teresita Arrieta Araya del IAFA. El objetivo del programa fue promover en la población costarricense la creación de espacios libres de humo de tabaco en los diversos escenarios de la vida cotidiana, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida. La intención primordial del programa era proteger a los no fumadores de los peligros del fumador pasivo, y se buscaba, además, de manera indirecta, motivar a los fumadores a dejar de fumar. En muchas empresas o instituciones donde se trabajó en espacios libres de humo de tabaco, la iniciativa concluyó con la creación de una clínica de cesación. Esta iniciativa, además, dio origen a un programa conjunto entre el Ministerio de Salud y el IAFA para la certificación sanitaria de establecimientos “Libre del Humo del Tabaco”. Tenían derecho a certificarse cualquier entidad pública o privada que brinde servicio. Con la certificación se adquiría el status de defensora de la vida y de la salud tanto para funcionarios como clientes, se protegía el medio ambiente, se reducían los riesgos de accidentes, incendios, deterioro del equipo, ausentismo y se aumentaba la productividad. Poco a poco se fueron uniendo a la iniciativa muchas entidades, como, por ejemplo, en el 2005, el Estadio Nacional y

siete unidades y departamento de la Universidad Nacional fueron declarados totalmente libres de humo de tabaco.

También, la Oficina Panamericana de la Salud, como parte de la iniciativa “América libre de humo de tabaco” trabajó en conjunto con IAFA, MS y CCSS para implementar proyectos de espacios libres de humo de tabaco en centros de trabajo y lugares públicos. El programa local de espacios libres de humo de tabaco alcanzó su mayor impacto con el Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT), y, al prohibir el consumo en espacios cerrados no fue necesario continuarlo. Sin embargo, ante el interés y búsqueda de opciones de diferentes instituciones y empresas públicas y privadas para la promoción de la salud mental, la prevención y atención de personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde 2017, la Unidad de Capacitación, Asesoría y Seguimiento (CAS) del IAFA asumió la intervención empresarial del tabaco en el marco del Programa Prevención de la Salud Mental, Prevención y Atención a Personas Afectadas por el Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Medio Laboral. El objetivo del programa es atender la salud mental de la población laboralmente activa con problemas de consumo de sustancias, y, por tanto, reducir las pérdidas económicas de las empresas. Para su desarrollo se establece un convenio de trabajo entre el IAFA y las instituciones y empresas participantes, se realiza por parte del IAFA un diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas, la empresa participante elabora una política interna para promover la salud mental, prevención y atención a personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas y un plan de acción para la prevención en salud mental, prevención y atención a personas afectadas por el consumo. Del 2017 al 2021 se han atendido 19 empresas.

### **Control del tabaco**

Durante la década de los 70 y 80 la regulación con respecto al tabaco se realizó principalmente por decretos:

El Decreto N°1520-SSPS del 24 de febrero del 1971 exigía advertencias en los paquetes de cigarrillos.

El Decreto N° 11016 -SSPS del 17 de diciembre de 1979 prohibía la publicidad no autorizada por el Ministerio de Salud.

El decreto N°15450 de mayo de 1984 se obliga a rotular las cajetillas de cigarros.

El Decreto N° 17377, de enero de 1987, obligaba a imprimir en las cajetillas de cigarros advertencias sobre las consecuencias del fumado.

El Decreto N°17398-S-J del 21 de enero de 1987 prohibía a los funcionarios públicos el fumado en el trabajo.

El Decreto N°17964 del 3 de agosto de 1987 prohíbe fumar en cines y teatros.

El Decreto N°17967 del 4 de febrero de 1988 restringía la venta a los menores de edad.

El Decreto N° 17969-S del 4 de febrero de 1998 estaba relacionado con los programas de información de tabaco.

El Decreto N° 18248-MOPT del 23 de junio de 1985 prohibía el fumado en los vehículos de transporte público

En este proceso de reglamentación, el IAFA y ACOSAP, ambos departamentos del MS, y la CCSS advertían sistemáticamente sobre las consecuencias del fumado en la salud. Esto contribuyó a introducir el proyecto de ley 11545 en 1992 para prohibir totalmente fumar en lugares públicos y de trabajo y prohibir la publicidad en tabaco.

Todas estas regulaciones fueron debidamente respaldadas con la Ley de Regulación de Fumado N° 7501 del 8 de junio de 1995. El artículo 14 de la esta ley estableció la creación del Consejo de Control de la Propaganda del Tabaco como organismo dependiente del Ministerio de Salud para el control de la propaganda de cigarrillos, compuesto por cinco miembros, con la potestad de suspender en forma inmediata cualquier publicidad sino contaba con su autorización. El consejo contó con la participación del IAFA en las sesiones de regulación y control del tabaco, mediante el aporte técnico del encargado de control de publicidad de bebidas alcohólicas del IAFA, el MSc. Hubert Blanco Lizano durante el período 1998 al 2006.

La regulación de la publicidad se hizo mediante el decreto N° 25462-S del 24 de setiembre de 1996, que, además, estimulaba las áreas de fumado y no fumado. Los restaurantes, cafeterías y similares deberán contar con áreas de fumado, siempre que cumplan con los requisitos de ventilación. Las áreas debían estar debidamente identificadas con leyendas de caracteres visibles y legibles que indique “Área de Fumado” o “Área de no Fumado”. El Ministerio de Salud velará que los establecimientos cumplan tal disposición.

La presión ejercida por los organismos de salud desde 1988 a 1995 fue sistemáticamente bloqueada por la industria tabacalera, contratando en forma secreta asesores científicos para contrarrestar la opinión pública en contra del humo de tabaco ambiental (HTA). Contrató profesionales y generó estudios para convencer a los formuladores de políticas que el principal contribuyente a la pobre calidad del aire interior no era el HTA, sino los malos sistemas de ventilación. La industria utilizó la estrategia del programa “La Cortesía de Elegir” de las agencias de relaciones públicas Spring O´Brien de New York y Rubin Barney & Birger de Miami para su implementación en Costa Rica como mercado prioritario dado el impulso social que tenía el proyecto de espacios libres de humo de tabaco, como una estrategia razonable a los espacios

100% libres de humo de tabaco. También hubo un fuerte trabajo por parte de British American Tobacco (BAT) y Phillip Morris International (PMI) en 1994 para contrarrestar los esfuerzos para la prohibición de la publicidad, estos intentos terminaron en 1995 cuando el congreso aprobó la ley 7501 “Regulación del Fumado” donde eliminó las disposiciones sobre lugares libres de humo de tabaco en trabajo y lugares públicos y con débiles restricciones a la publicidad. En 1999, Phillip Morris presentaba la perspectiva “Manejo Constructivo y Creíble de Problemas sobre Humo de Tabaco Ambiental” como modelo para América Latina. La “Cortesía de Elegir” entre 1995 y 1999 fue exitosa en América Latina.

El IAFA, desde que inició sus programas de atención a la problemática del tabaco consideraba como un problema importante de salud pública, no sólo la importancia de tratar a los fumadores, sino también, prevenir el consumo y evitar las consecuencias del humo ambiental. Estos tres aspectos eran temas fundamentales en el trabajo de capacitación a profesionales de la salud y en los medios de comunicación para crear sensibilizar a la opinión pública sobre la multidimensionalidad de esta problemática. Sin embargo, la fuerza opositora de las empresas tabacaleras y el apoyo del Ministerio de Salud para algunas iniciativas propuestas por las tabacaleras como los programas de prevención del uso de tabaco en los jóvenes, entre otras iniciativas políticas, no ayudaron en la década de los 90 a espolear la aprobación del CMCT. El apoyo explícito se dio a partir del 2007 y 2008 que concluyó en definitiva con la aprobación del CMCT.

El Decreto Ejecutivo 21616 de mayo del 2003, hizo énfasis en la publicidad de cigarrillos. La normativa incluía que todo material publicitario debería contener la advertencia, claramente visible y legible, de que “Fumar es dañino para la salud”. Prohibía colocar anuncios en vallas, murales o estaciones de transporte ubicadas a menos de 200 metros de cualquier punto del perímetro de escuelas, colegios o cualquier centro educativo o en lugares frecuentados por menores de edad. Se excluirán anuncios electrónicos de promociones de productos de tabaco y sus derivados en cintas de video o audio, discos compactos y discos de video digital, a menos que los destinatarios sean mayores de 18 años. La ofertas y promociones de productos de tabaco sólo serían para mayores de 18 años.

Posteriormente la prohibición total de la publicidad del tabaco en Costa Rica se dio por medio de la Ley 9028 sobre el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud, en consonancia con el Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### **Convenio Marco de Control del Tabaco**

El CMCT es una ley de orden público con el objetivo de 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 del humo de tabaco. Esta ley regula las medidas que el Estado implementará

para instrumentalizar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ley N.º 8655, de 17 de julio de 2008.

Desde mucho antes del CMCT en Costa Rica, los gobiernos, por decreto ejecutivo, habían introducido varias restricciones a la publicidad del tabaco. En 1980 se prohibían los anuncios de cigarrillos en las secciones deportivas e infantiles de los periódicos, en revistas deportivas e infantiles, en la radio y televisión durante las horas de mayor audiencia para menores de edad. La prohibición en radio y televisión se estableció los domingos y días feriados antes de las 7:00 pm. En los cines se prohibía publicidad de tabaco antes de las 5:00 pm. Además, en la publicidad de tabaco se prohibía el uso de menores de edad o personas famosas. Todo el material publicitario debería ser aprobado por el MS (Decreto ejecutivo 12, 069-SPPS, 1980). Con respecto al fumador pasivo, entre 1987 y 1988 se emitieron varios decretos para la protección de la salud de las no personas fumadoras. El decreto N°17398-SJ, 1987 se establece la prohibición a las personas funcionarias públicas fumar en el trabajo, el decreto N°17694, 1987 prohíbe fumar en cines y teatros. Posteriormente con los decretos N°18216-TSS, 1988 y el N°18771-S, 1987 se obliga a la colocación de anuncios y áreas para fumar. Con el decreto N°18248-MOP-S, 1988 se prohíbe.

La magnitud el problema del consumo de tabaco y sus innegables consecuencias conllevó a que la OMS y el Banco Mundial tuvieran claro que era la principal causa prevenible de discapacidad, enfermedad, muerte, dolor y sufrimiento humano, que se asociaba, también, a considerables pérdidas materiales. Esta contundente consideración conlleva a manifestarse en políticas y programas puntuales de carácter intersectorial. Una de las más novedosas y movilizadoras de estas políticas fue el Convenio Marco para la Lucha Anti tabáquica (CMLA) que sería lanzado por la OMS, con la esperanza de que una mayoría de los países se adhieran. Las estrategias estaban orientadas principalmente a reducir la demanda del consumo de tabaco, como estrategia fundamental de salud pública. El convenio es una estrategia que buscaba no sólo unir fuerza internacional, sino también involucrar a los gobiernos locales, las instituciones y la sociedad civil con el fin de garantizar la cohesión y sostenibilidad de la política. Es fundamental el diálogo y la coordinación entre los diferentes actores de cada sector para lograr consistencia y durabilidad en las políticas. El convenio marco para el control del tabaco fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2003.

En el año 2003, ACOSAP promovió la firma del CMCT, enviando copias del proyecto a la Asamblea Legislativa y al personal docente universitario, explicando su importancia en la salud pública; recolectó y envió más de 10.000 firmas al congreso, lo cual contribuyó a que el Congreso firmara el tratado en julio del 2003. En el año 2004, se introdujo el proyecto de ley 15687 para ratificar el convenio marco. En el 2006 el IAFA hace un llamado a diferentes instancias nacionales para lograr la ratificación del convenio. Producto de este esfuerzo se integra la “Comisión de Abogacía para la Ratificación del Convenio Marco en Costa Rica”.

En el 2007, se hace una nueva convocatoria y la comisión asume el nombre de Red Nacional Antitabaco (RENATA), conformada por Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP), Municipalidad de San José (MSJ), Municipalidad de Alajuela (MdA), Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC), IAFA, Ministerio de Salud (MINSAL), Universidad de Costa Rica (UCR), y la Universidad Estatal a Distancia (UNED), la Fundación Pro Derechos de los No Fumadores (FUPRODENO) y el ICE; posteriormente se une la CCSS, la Escuela de Salud Pública de la UCR y la Asociación de Estudiantes de Medicina (ACEM). El objetivo primordial de la red era lograr la ratificación del convenio marco.

En el 2008, en el Congreso, el diputado Orlando Hernández Murillo manifestó su intención de presentar un proyecto de ley para implementar todas las disposiciones del CMCT. Renata lo apoyo realizando una encuesta en el país, financiada por la organización no gubernamental estadounidense “Campaign for Tobacco - Free Kids”. El estudio reveló que el 93% de la población estaba de acuerdo con espacios 100% libres de humo de tabaco. El convenio fue ratificado el 17 de julio del 2008, ley 8655, lo cual le dio la posibilidad al país de participar en la conferencia de partes. En mayo del 2009 entra el proyecto a la corriente legislativa. En este mismo año se constituye legalmente RENATA, lo cual le permite recibir fondos internacionales, lo que facilita el despliegue de una gran variedad de estrategias públicas antitabaco, con el apoyo, también, de las demás instituciones públicas involucradas en la lucha antitabáquica como la CCSS y el IAFA. Finalmente, el 26 de marzo del 2012 se aprueba la Ley 9028, Ley General de Control del tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, y tres meses después el ejecutivo publica el reglamento. La ley establece las medidas que el estado implementará para instrumentalizar el Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En términos generales la ley regula el fumado pasivo al prohibir el fumado en lugares públicos, el etiquetado con mensajes claros y visibles sobre las consecuencias del fumado, prohíbe la publicidad, patrocinio y promoción de productos del tabaco y sus derivados, la venta y suministro, impuesto de veinte colones a cada cigarrillo y crea el Programa Nacional de Educación para la Prevención e Información sobre el Consumo de Tabaco y sus Derivados. Ante los múltiples intentos de las tabacaleras y de los políticos por trastocar algunos artículos del convenio, todas las instancias gubernamentales y no gubernamentales han estado alerta para defender lo logrado y cumplir al máximo los requerimientos del convenio.

En virtud del trabajo sostenido interinstitucional e intersectorial desde finales de la década de los ochenta, existía una amplia conciencia social sobre el fumado como una dependencia de innegables consecuencias dañinas, que, era mejor no iniciar el fumado, si fumaba dejarlo, y si era no fumador defender su derecho a respirar aire puro. En consecuencia, una vez firmada la ley antitabaco no hubo ni siquiera que esperar a su reglamento para la respuesta social a la ley 9028. Desde mucho antes ya venía un proceso de descenso continuo de la prevalencia del tabaco, por lo que la ley lo que hizo fue espolear lo que ya estaba en marcha, de ahí los buenos resultados que observamos en este momento.

Con el objetivo de implementar un servicio de vigilancia sobre las principales acciones desarrolladas en el CMCT para contribuir a la toma de decisiones y en los procesos de formulación de políticas públicas en el control del tabaco, desde la Unidad de Epidemiología de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud se crea el Observatorio de Vigilancia de las Estrategias e Intervenciones en Salud en Cumplimiento de la ley 9028 (OVEIS). Además, responde a los esfuerzos del país por cumplir con las disposiciones internacionales dispuestas en la Estrategia MPOWER de la OMS, donde alienta a los estados parte a crear sistemas de vigilancia. OVEIS es un ente de vigilancia y monitorio que investiga sobre el control del tabaco y el grado de cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley 9028. Para el seguimiento sistemático del consumo y del control del tabaco se estableció un Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT). Los indicadores se relacionan con ambiente y tabaco, prevención, promoción y conocimiento, tratamiento del tabaquismo, tabaquismo en centros de trabajo, control y fiscalización, recursos económicos de la ley 9028, indicadores epidemiológicos y economía del tabaco (MS-UCR, 2019).

La Ley N°10066, de enero del 2022, sobre Regulación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), sistemas similares sin nicotina (SSSN) y dispositivos electrónicos que utilizan tabaco calentado y tecnologías similares, prohíbe el uso de estos dispositivos en centros de trabajo, sanitarios y hospitalarios, en centros y dependencias de la administración pública, en centros educativos públicos y privados, en áreas de atención social, en centros educativos públicos y privados, en centros comerciales, bares, restaurantes, discotecas y hoteles, instalaciones deportivas, de ocio y esparcimiento, y prohíbe su venta a menores de edad.

### **Educación pública**

La CCSS, de manera consistente, por medio del Departamento de Medicina Preventiva, y el IAFA, por medio del Departamento de Comunicación y el MS han implementado medidas de salud pública de manera constante para prevenir el fumado y estimular la cesación en la población general, por medio de volantes, carteles, calcomanías y anuncios en televisión.

### **Prevención del consumo de tabaco**

Desde los orígenes del IAFA, denominado en 1954 como Comisión sobre Alcoholismo, se determinó en la primera reunión de la comisión, que trabajaría, entre otras cosas, en la educación a los menores para prevenir el consumo de alcohol (León, Coto 2004). El trabajo en atención a pacientes, educación escolar y fortalecimiento comunitario ha sido una constante en el quehacer del IAFA, a lo largo de su existencia. En 1998, el IAFA, en convenio con el Ministerio de Educación (MEP), el Centro Nacional de Prevención de Drogas (CENADRO), y con el patrocinio técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud

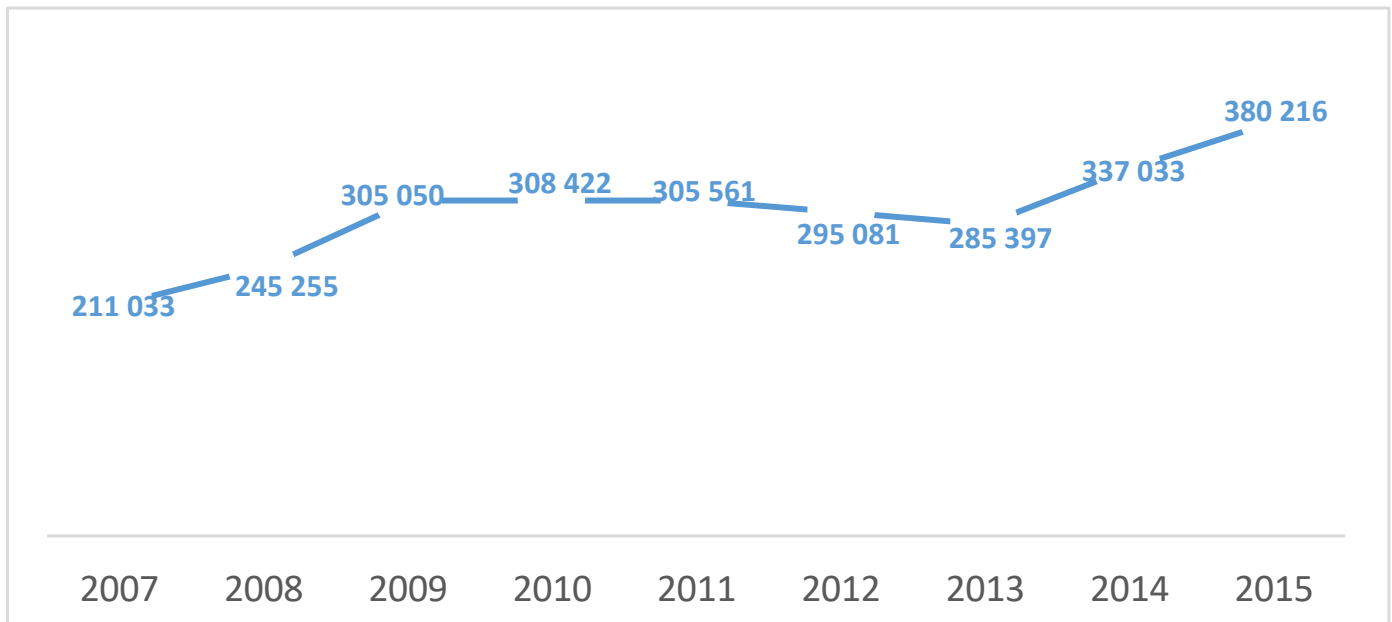
(OPS), desarrolló durante cuatro años el programa “Trazando el Camino”, como una propuesta educativa orientada a adolescentes del tercer ciclo de educación general básica. A partir de la experiencia anterior y ante la evidencia de un inicio cada vez más temprano del consumo de tabaco y alcohol, en el 2003 se desarrolla el programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo” (AVMM) dirigido a niños de educación general básica.

El programa se fundamenta en el enfoque de habilidades para la vida, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (WHO, 1993,1996, UNICEF, 2012) para dotar de herramientas a la niñez por medio de aprendizajes significativos que fortalezcan factores de protección para retardar la edad de inicio del consumo y reducir la prevalencia de consumo. Ante la eficacia de la intervención, determinada por una evaluación cualitativa y cuantitativa de la experiencia, en el 2006, el IAFA y el MEP establecieron un “Convenio marco de cooperación para el desarrollo de programas de prevención integral, detección e intervención temprana y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas (drogas)” para la universalización del programa en todas las escuelas de primaria del país. En el 2007 se inició la implementación en los CEN-CINAI. Desde el 2005 el programa AVMM se incorporó en los Planes Nacionales de Desarrollo, 2006-2010, 2011-2014, 2015-2018 al considerarse una estrategia básica del sector salud y de educación. Del 2010 al 2015 participaron aproximadamente 300.000 niños por año, con una cobertura universal en todas las escuelas del país (figura 4, 5).

El fundamento teórico de AVMM es el “enfoque de habilidades para la vida para el desarrollo saludable de niños y adolescentes” (OMS-OPS, 2001). La estrategia es considerada efectiva de acuerdo a los Estándares Internacionales de Prevención de drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODOC, 2013). El objetivo del programa de prevención no es sólo evitar o retrasar el consumo de sustancia o evitar el desarrollo de una dependencia, sino también, procurar un desarrollo sano y seguro de los niños, desarrollo de talentos y potenciales, con el fin de que se conviertan en niños que contribuyan a la comunidad y la sociedad (UNICEF, 2016, OMS, 1997). Se establece que las habilidades para la vida son destrezas que permiten desarrollar aptitudes necesarias para el buen desarrollo humano. El programa de habilidades se enfoca en el conocimiento de sí mismo, la empatía, la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, la solución de problemas y conflictos, el pensamiento creativo, el pensamiento crítico, el manejo de sentimientos y emociones, el manejo de tensiones y el estrés (OMS, 2000, 2003).

Figura 4.

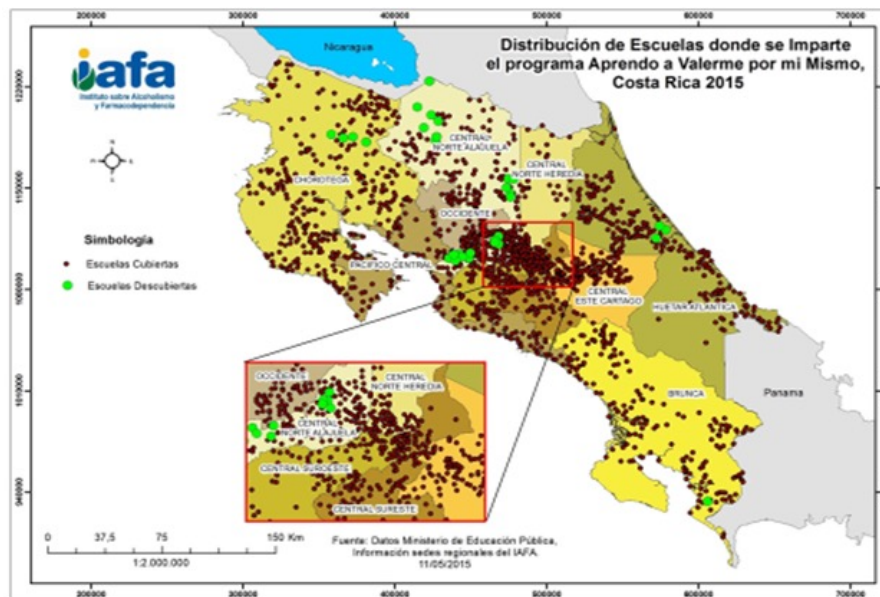
Total, de estudiantes capacitados en AVPM



Fuente: Desarrollo Institucional. IAFA, 2022

Figura 5

Distribución de escuela en las que se imparte AVMM.



Fuente: Desarrollo Institucional. IAFA, 2022

Las habilidades cognitivas, interpersonales y afectivas han demostrado ser efectivas tanto para la prevención del consumo de sustancias como para una gran variedad de conductas de riesgo. La práctica de las habilidades reduce la motivación para iniciarse en el consumo de drogas, disminuye la vulnerabilidad a las influencias sociales que estimulan el consumo, por lo tanto, disminuyen la incidencia y la prevalencia del consumo de sustancias. El Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), realizó una evaluación del programa AVMM en el 2016, en una muestra de 2457 estudiantes de secundaria. Se encontró que el programa tenía una amplia cobertura, el 91 % de los estudiantes evaluados afirmó haber recibido el programa cuando estaban en primaria. Además de los logros en diferentes habilidades para la vida, se encontró que el 86% de los adolescentes desarrollaron una actitud desfavorable hacia el consumo de tabaco, menor susceptibilidad de consumo y con menor intención de hacerlo. Los estudiantes conocían los riesgos de consumir tabaco.

Se encontró, además, una relación dosis respuesta, a más cantidad del programa recibido los logros eran mayores. En términos generales, la población estudiantil desarrolló una actitud desfavorable hacia el consumo de sustancias psicoactivas y la percepción de riesgo estaba relacionada al desarrollo de habilidades para la vida. Además, la media de edad mínima de inicio de consumo de tabaco fue de 13.3 años, mientras que en el 2006 era de 12.62 años, hubo un aumento significativo en la edad de inicio, es decir, el programa logró retrasar el inicio del consumo de tabaco.

En términos generales se encontró una disminución en la prevalencia del consumo de tabaco. Con respecto al consumo en el último año, disminuyó de cuanto al consumo de tabaco, en los doce últimos meses se encontró una prevalencia de 7.4%, y en los últimos 30 días de 2.9%; entre el 2006 y el 2015 se encontró una disminución de 4.4 puntos en la prevalencia de los últimos doce meses y de 3.62 en la prevalencia de los últimos 30 días. Sin lugar a dudas, AVMM ha contribuido a disminuir la cantidad de estudiantes que consumen tabaco activamente; los que recibieron el programa consumieron menos cantidad y menos frecuente. De los estudiantes evaluados el 88% afirmó que el programa le fue de utilidad, un 78% lo calificó de bueno a muy bueno. Y, por último, se encontró que el programa es costo efectivo, por cada colón invertido en el programa el Estado y la sociedad costarricense se ahorran 242 colones en atención, el programa es rentable en lo social y económico. (ICAP, 2016).

Con base en el decreto ejecutivo N° 42227, en el marco de la emergencia nacional por la epidemia del covid-19 se cancela el programa AVMM. Durante el 2020-2021 se implementó el programa "Kudos", así denominado por los niños y niñas, de manera virtual, conformado por dos módulos, el primero "Explorando habilidades" dirigido a I ciclo (1, 2, 3 grado), para edades entre 6 y 9 años, con 4 sesiones; y el segundo módulo, "Creciendo en habilidades" II ciclo (4, 5, 6 grado), para edades entre 9 y 12 años, con 4 sesiones. Kudos consiste en sesiones educativas interactivas con el propósito de brindar herramientas para la vida,

fundamentales para enfrentar los retos cotidianos y evitar conductas de riesgo. En cada sesión se abordan habilidades específicas, pero también vinculadas a las demás, para que de manera interactiva se propicie la posibilidad de explorarlas, analizarlas y reforzarlas. Durante el 2020 y el 2021 se aplicó de manera virtual y durante el 2022 presencial, a setiembre de estos años habían participado 16400 niños y 16 docentes. El programa se ofreció de acuerdo a la demanda, en el tanto no se ha firmado de nuevo el convenio IAFA – MEP que venció en julio del 2021, el cual permite su aplicación universal en todas las escuelas (D. Mata Pernudi, comunicación personal, 2022).

La prevención universal va dirigida a toda la población escolar, sin embargo, para las personas adolescentes no consumidores en riesgo se desarrolló por muchos años el programa de Prevención, Detección e Intervención Temprana del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (PDEIT). Este tipo de intervención se conoce como prevención selectiva. En la actualidad el programa se conoce como Dynamo, el cual atiende a población no consumidora de alto riesgo y personas adolescentes consumidores. Para quienes tienen problemas con el consumo se utilizan métodos de referencia y seguimiento. Los equipos interdisciplinarios dedicados a la detección e intervención temprana de escolares en alto riesgo y consumidores ha resultado ser una estrategia muy necesaria y valiosa para intervenir en el momento más indicado. En el año 2011 se atendieron en este programa a 2515 adolescentes y 907 docentes (D. Mata Pernudi, comunicación personal, 2022).

En Costa Rica, en la lucha antitabáquica los programas de prevención han tenido un papel relevante. En las personas adolescentes, a mayor edad de inicio de contacto con el tabaco, una menor prevalencia, una percepción de riesgo aumentada y una actitud desfavorable. Los programas de prevención universal a temprana edad basados en habilidades para la vida han sido efectivos en disminuir la edad inicio y desarrollar resistencias en los niños y adolescentes al influjo del tabaco. Por otra parte, el aumento en la edad de inicio disminuye los riesgos de un contacto más intenso y dependiente con la sustancia, y, de igual manera, puede tener un efecto protector contra el consumo de otras sustancias. Los programas de prevención articulados con la educación social a través de todos los medios de comunicación disponibles, los espacios libres de humo de tabaco, las iniciativas de cesación y el aumento en el costo de los cigarrillos hicieron, del consumo de tabaco en esta población, una conducta inaceptable. El fortalecimiento de los adolescentes, de la familia y de la sociedad en general es una estrategia incuestionable en el cambio de conducta no aceptables.

# Conclusión

Los programas de prevención, educación pública, tratamiento, capacitación y divulgación que se han implementado en el país para enfrentar la epidemia del consumo de tabaco, han tenido, a todas luces, un alto impacto en reducir la prevalencia y la incidencia de esta sustancia. El trabajo permanente interinstitucional e intersectorial con el apoyo de múltiples actores ha logrado poner el tabaco en la agenda nacional y crear una actitud de inaceptabilidad al consumo de tabaco. El establecimiento de clínicas de cesación en el IAFA, la CCSS, empresas privadas y otras instituciones públicas constituye un gran acierto en la oferta de servicios para un problema de magnitud nacional. En la actualidad la disponibilidad de tratamiento para cesación de tabaco es amplia y para todas las necesidades.

Ante la enorme brecha entre el conocimiento científico, que pone a disposición alternativas psicofarmacológicas para la cesación de primera línea y estrategias de intervención ágiles, sencillas y eficaces, y por otro lado, el desconocimiento por falta de preparación de los trabajadores de la salud, fue necesario, desde un inicio, en la década de los noventa, desarrollar de manera permanente programas de capacitación en fumado, centrados en una formación integral, amplia, de fácil acceso para no especialistas en conductas adictivas. La formación ininterrumpida de personal de salud en la problemática de fumado, tanto por el IAFA como por la CCSS, ha redundado en una amplia disponibilidad de servicios de cesación privados y públicos para asegurados y no asegurados. El IAFA ha mantenido en forma permanente el curso de capacitación de tres días “Curso Abordaje Integral a la Persona con Trastornos Asociados al Consumo de Tabaco”. La demanda del curso ha sido tan alta que los cursos disponibles están a un año plazo. La preocupación por el fumado y su intervención se ha convertido en una necesidad clínica en todas las áreas de la salud, algo inconcebible en la década de los noventa.

La estrategia nacional multisectorial se ha sido reforzada continuamente por el involucramiento progresivo de nuevos actores en la lucha antitabáquica. En primer lugar, se sitúan los medios de comunicación que han ejercido un significativo impacto en informar y educar respecto a las consecuencias del tabaquismo, pero, sobre todo, en crear conciencia social de consumo de tabaco como una conducta no aceptable. Las organizaciones de salud pública nacionales e internacionales, la academia, las empresas farmacéuticas, el voluntariado de exfumadores, la empresa privada y las instituciones públicas han participado de manera sostenida y articulada para facilitar las iniciativas públicas orientadas a desestimular el consumo de tabaco, ayudar a los fumadores a dejar de fumar y proteger a los no fumadores.

En Costa Rica, hoy día, fumar no es una conducta regular, la inaceptación social ha calado profundamente en todos los estratos sociales, es inusual, y no aceptado, que en actividades grupales alguien se atreva a fumar. Este avance significativo es incuestionable y ha repercutido sustancialmente, no sólo en disminuir

la prevalencia de consumo de tabaco, sino también, por el impacto en las enfermedades no transmisibles, principalmente cardiovasculares y cáncer.

Todavía quedan retos pendientes como el etiquetado neutro, el consumo de cigarrillos ilegales y una mayor accesibilidad a servicios de cesación de tabaco para personas no aseguradas y en situaciones mayor vulnerabilidad, sin embargo, el camino recorrido por Costa Rica en la lucha antitabáquica es encomiable y la salud pública del país se ha puesto una flor en el ojal. Nos sentimos muy orgullosos de los logros y apelamos a continuar trabajando desde la interinsitucionalidad y la intersectorialidad en este problema que nos atañe a todos.

# Referencias

- Andreason, A.R. (2002). Marketing social marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy y Marketing*, 21 (1), 3-13.
- Baker, F., Ainsworth, S. R., Dye, J. T., Crammer, C., Thun, M. J., Hoffmann, D., Repace, J. L., Henningfield, J. E., Slade, J., Pinney, J., Shanks, T., Burns, D. M., Connolly, G. N., y Shopland, D. R. (2000). Health risks associated with cigar smoking. *JAMA*, 284(6), 735–740. <https://doi.org/10.1001/jama.284.6.735>
- Center for Disease Control. (2010). A Report of the Surgeon General. How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You. [https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/2010/consumer\\_booklet/pdf/consumer.pdf](https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/2010/consumer_booklet/pdf/consumer.pdf)
- Chapman, S., Smith, W., Mowbray, G., Hugo, C., y Egger, G. (1993). Quit and win smoking cessation contests: how should effectiveness be evaluated? *Preventive medicine*, 22(3), 423–432. <https://doi.org/10.1006/pmed.1993.1035>
- Croghan, G.A., Hays, J.T., Dale. L.C., Bowen, D., Kottke, T. y Hurt, R.D. (2001). A Community-Wide Smoking Cessation Program: Quit and Win 1998. *Preventive Medicine*, 33, 229-238. doi: 10.1006/pmed.2001.0883
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.2.295>
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7455), 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Analytical mapping of life skills and citizenship education in the middle east and north america. <http://www.lsce-mena.org/> 25.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Review of the life skills education program. UNICEF
- Hahn, E.J., Rayens, M.K., Chirila, C., Riker, C.A., Paul, T.P., y Warnick, T. A. (2004). Effectiveness of a Quit and Win Contest with a Low-income Population. *Preventive Medicine*. 39, 543-550. <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2004.02.012>

- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Instituto Centroamericano de Administración Pública. (2016). Informe Final. Proyecto “Evaluación del Programa Aprendo a Valerme por mí mismo del IAFA. ICAP
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (1999). Cuestionario de Identificación Clínica (CICLI). IAFA.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015). Aprendo a Valerme por Mí Mismo: descripción del programa. IAFA
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017). Programa para Dejar de Fumar. Manual para facilitadores en la cesación a tabaco. IAFA.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2022). Proceso de Comunicación. IAFA
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2022). Desarrollo Institucional. IAFA
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2023). Resultados sobre consumo de productos psicoactivos. VII Encuesta en hogares, Costa Rica, 2022. [Presentación Power Point]
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2023). VI Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de educación secundaria, 2021. IAFA
- Korhonen, T., Mcalister, A., Laaksonen, M., Laatikainen, T., y Puska, P. (2000). International Quit and Win 1996: Standardized Evaluation in Selected Campaign Countries. *Preventive Medicine*, 31, 742-751.
- Lavalk, A., Watson, I. y Markvart, J. (2007). Quit and Win Contest: a social marketing success story. *Social Marketing Quartely* 13 (1), 31-52.
- León, E. y Coto, C. (2004). Bebidas alcohólicas, alcoholismo y respuesta institucional a la drogodependencia. León Vargas
- Madrigal, J. y Sandí, L. (1998). Una medición del hábito de fumar en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense.
- Martinez P. y Alfaro, E. (1989). Informe preliminar sobre consumo de drogas en C.R. *Revista Latinoamericana sobre alcohol y drogas*, 1 (1): 50-72.

- Ministerio de Salud-Universidad de Costa Rica. (2019). Seguimiento de sistema de indicadores para el control del tabaco (SIN-CT) en Costa Rica. [Resumen]. MS-UCR
- Ministerio de Salud. (2021). Cesación de fumado – Control de Tabaco. Documentos. [Sitio Web]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/control-de-tabaco-e-informacion-relacionada/cesacion-de-fumado-control-de-tabaco>
- Nicotine Anonymous. (1994). Doce pasos de fumadores Anónimos. World Services
- Oficina de las Naciones Unidas contra el Delito y Organización Mundial de la Salud. (2013). Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas. UNODOC-OMS
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Life Skills Education for children and Adolescents in Schools. Programme on Mental Health. OMS
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Life Skills Education: Planning for Research. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). Life skills education for children and adolescents in school [Educación de habilidades para la vida en escuelas para niños y adolescentes]. OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Sitio web. [https://www.paho.org/spanish/hpp/hpm/toh/wntd\\_2000.html](https://www.paho.org/spanish/hpp/hpm/toh/wntd_2000.html)
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Atlas de Tabaco. OMS.
- Organización Mundial de la Salud y Oficina Panamericana de la Salud. (2001). Enfoque en habilidades para la vida. OPS.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A. y Evers, K. (1997). The transtheoretical model and stages of change. En K. Glantz, F. M. Lewis y B. K. Rimer (Eds.): Health behavior and health education: Theory, research, and practice (pp.60-84). Jossey-Bass.
- Richmond, V.P. (1990). Communication in the classroom: Power and motivation. Communication Educations, 39(3), 181-195. <https://doi.org/10.1080/03634529009378801>
- Ronderos M. (2001). Las enfermedades cardiovasculares en Costa Rica. PAHO-WHO
- Sandí, L y, Pérez, M. (1988). Programa para dejar de fumar en empresa (RECOPE-IAFA). Enfermería en Costa Rica.

- Sandí, L. y Molina, D. (1997). Detección temprana de consumo problemático de alcohol: validación del MAST y el CAGE para Costa Rica. *Ciencias Sociales*, 77 (1): 35:43.
- Sandí, L. (2000). *Estrategias para Dejar de Fumar*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Sandí, L. y Molina, D. (2013). *Manual para Facilitadores en Cesación de Tabaco*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Sandí, L. y Molina, D. (2013). *Guía de Intervención para el tratamiento de la dependencia al tabaco*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Secker-Walker, R, Gnich, W, Platt, S, y Lancaster, T. (2002). Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2*. Art. No.: CD001745. DOI: 10.1002/14651858.CD001745
- Sun, S., Korhonen, T., Uutela, A., Korhonen, H. J., Puska, P., Jun, Y., Chonghua, Y., Zeyu, G., Yonghao, W., & Wenqing, X. (2000). International Quit and Win 1996: comparative evaluation study in China and Finland. *Tobacco Control*, 9(3), 303–309. <http://www.jstor.org/stable/20747544>
- Wald, N. y Hackshaw, A. (1996). Cigarette smoking: an epidemiological overview, *British Medical Bulletin*, 52, 1, p. 3–11. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011530>
- Walker M. (2000). *Quit and Win 2000*. International Quit and Win. European Commission.
- Zung W.W. (1965). A self rating scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12: 63-70. DOI: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971; 12(6): 371-9. DOI: 10.1016/S0033-3182(71)71479-0



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

IAFA