

EL CONTROL DEL TABACO EN COSTA RICA

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN NACIONAL
EN EL MARCO DE LA LEY N° 9028

RESUMEN

PERÍODO 2012 –2017



EQUIPO TÉCNICO ENCARGADO:

Dr. Roberto Castro Córdoba.

Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Msc. Cindy Valverde Manzanares.

Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Msc. Jeancarlo Córdoba Navarrete.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

Bach. Vivian Sandí Mora. Proyecto OVEIS

Lic. Diego Montero Hernández. Proyecto OVEIS.

Bach. Daniela Gómez González. Proyecto OVEIS.

Diseño gráfico: LATR3S

Cita sugerida: Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica. (2019). El Control del Tabaco en Costa Rica, Diagnóstico de la Situación Nacional en el Marco de la Ley N° 9028: Resumen. San José, Costa Rica.

614.166

Costa Rica. Ministerio de Salud. Universidad de Costa Rica.
Resumen del control del tabaco en Costa Rica.
—San José, Costa Rica.

48 p.; 2.3 Mb.

ISBN 978-9977-62-200-2

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



CONTENIDO

I. Presentación del observatorio	8
II. Introducción	10
III. Consideraciones metodológicas	11
IV. La epidemia del tabaquismo	12
Contexto mundial.....	12
Contexto regional	12
Contexto nacional.....	13
V. Principales causas y efectos del tabaco	14
Dimensión física.....	14
Dimensión social.....	16
Industria tabacalera y empleo.....	17
Tabaco y pobreza	18
Dimensión ambiental.....	19
Dimensión económica.....	20
VI. La industria tabacalera	22
VII. Estrategias mundiales contra el tabaquismo	23
Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	23

MPOWER.....	24
Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco	25
VIII. Contexto histórico del marco jurídico sobre el tabaco.....	26
IX. Ley N° 9028	29
X. Estado situacional posterior a la aprobación de la Ley N° 9028	30
En términos socioculturales.....	30
En términos de denuncias y sanciones.....	31
En términos legislativos	32
En términos de comercio ilícito.....	32
En términos de economía del tabaco	34
XI. Mapeo de actores sociales.....	34
Identificación de actores involucrados.....	35
Clasificación de los actores	35
Caracterización de los actores según su influencia y poder.....	38
XII. Conclusiones	39
XIII. Bibliografía.....	40

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AMCHAM: Cámara de Comercio Costarricense Norteamericana

BAT: British American Tobacco

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CMTC: Convenio Marco para el Control del Tabaco

COP: Conferencia de las Partes

CSO: Consejo de Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo

GATS: Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICODER: Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

IT: Industria tabacalera

JTI: Japan Tobacco International

MEP: Ministerio de Educación Pública

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

MSP: Ministerio de Seguridad Pública

MTSS: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OVEIS: Observatorio de Vigilancia de las Estrategias e Intervenciones en Salud para el Cumplimiento de la Ley No 9028

PIB: Producto Interno Bruto

SEPSA: Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria

SINFRA: Sistema de Infracciones del Ministerio de Salud

SCIJ: Sistema Costarricense de Información Jurídica

UCR: Universidad de Costa Rica

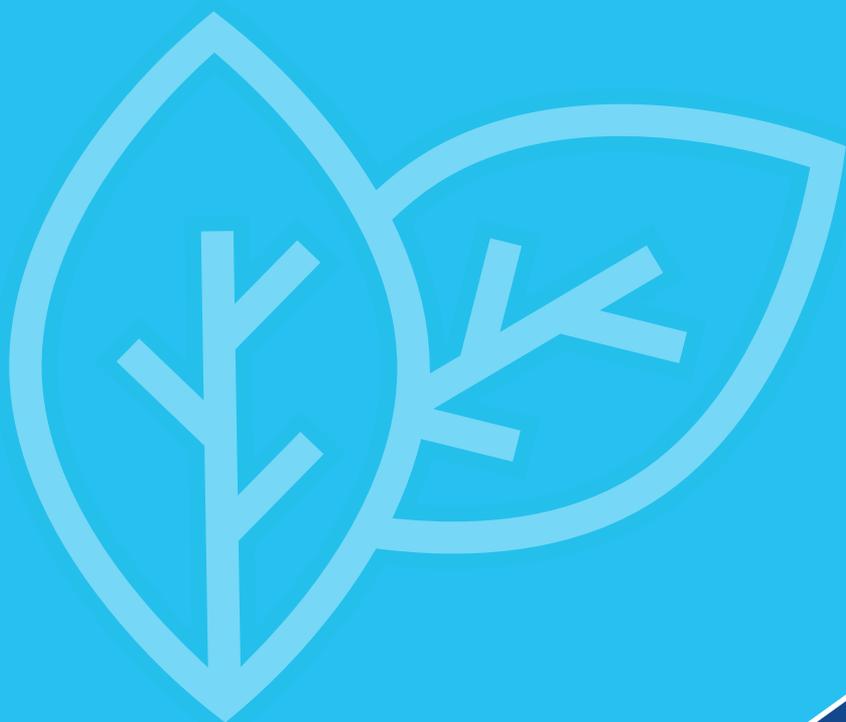
I. PRESENTACIÓN DEL OBSERVATORIO

A partir de la creación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) en el año 2003, la temática del control del tabaco se ha posicionado como un foco de atención en las agendas políticas de los Estados Parte. Para el caso costarricense, con la aprobación de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud No 9028, se han implementado una serie de estrategias con el objetivo de regular las dinámicas de venta y consumo de los productos de tabaco en el país.

En este contexto, la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, desde la Unidad de Epidemiología, en conjunto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, impulsaron la creación del Observatorio de Vigilancia de las Estrategias e Intervenciones en Salud para el Cumplimiento de la Ley N° 9028 (OVEIS), con el propósito de implementar un sistema de vigilancia sobre las principales acciones desarrolladas en el marco de la normativa vigente, y así contribuir en la toma de decisiones y en los procesos de formulación de políticas públicas para el control del tabaco.

La creación del OVEIS responde a los esfuerzos realizados por el país para cumplir a cabalidad con una de las disposiciones internacionales más relevantes para el control del tabaco contenidas en la estrategia MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La cual alienta a los Estados Parte a crear sistemas de vigilancia en aras de producir información relevante sobre el consumo de tabaco y la implementación de políticas para su control.

De esta forma, el Observatorio se ha posicionado como un ente de vigilancia y monitoreo que se ocupa de investigar el tema del control del tabaco y el grado de cumplimiento que las instituciones vinculadas hacen de las disposiciones contenidas en la Ley No 9028. Así, sus funciones están dirigidas a la generación de evidencia científica que permita informar los procesos de toma de decisiones a través de la gestión del conocimiento y la articulación de las estrategias e intervenciones desarrolladas en el marco de la Ley.



II. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es considerado uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la segunda causa de muerte en el mundo y se encuentra relacionada con el desarrollo de patologías respiratorias, oncológicas y cardiovasculares. Situación que representa una carga económica significativa para los sistemas de salud de muchos países (OMS,2003).

En respuesta a lo anterior, la OMS aprobó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) en el año 2003 con la intención de gestar una primera iniciativa de alcance mundial en la lucha contra el tabaquismo. Dicho convenio fue firmado en julio del mismo año por Costa Rica y fue ratificado en el año 2008 por medio de la Ley N° 8655. Estos acontecimientos fueron fundamentales para la aprobación de la Ley General para el Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N° 9028 en el año 2012.

El presente documento es un resumen del diagnóstico de los elementos más relevantes sobre la situación del tabaquismo en el contexto mundial, regional y nacional en el período 2012 -2017. De este modo, recupera información sobre los efectos del consumo de tabaco, las principales compañías involucradas en la industria y tres de las estrategias mundiales que han sido creadas para enfrentar la problemática del tabaquismo. Aunado a lo anterior, el texto analiza la situación nacional en los años posteriores a la aprobación de la Ley N° 9028, e identifica los principales actores involucrados, sus posiciones, intereses y niveles de influencia.

III. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El diagnóstico situacional sobre el control del tabaco se construyó a partir de la revisión bibliográfica y la ejecución de doce entrevistas a representantes de instituciones vinculadas con el cumplimiento de la Ley N° 9028.

En lo que respecta a la revisión bibliográfica, es preciso señalar que se realizó una búsqueda de información referente a tabaquismo y control del tabaco en las bases de datos del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (UCR), en los sitios web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Interamericana del Corazón (FIC) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Sumado a lo anterior, se consultaron noticias, informes, evaluaciones y memorias del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, con una periodicidad comprendida entre el año 2012 y el año 2016.

Finalmente, se realizó un mapeo de actores basado en la metodología de análisis de involucrados del marco lógico. De este modo, se identificaron los principales actores que intervienen en el tema, se clasificaron según su relación con el mismo y se caracterizaron según su posición y su nivel de poder e influencia (Ortegón, Pacheco y Prieto, 2015).



IV. LA EPIDEMIA DEL TABAQUISMO

El tabaquismo es considerado por la OMS como una epidemia y un problema de salud pública con consecuencias devastadoras a nivel físico, económico, ambiental y social (OMS, 2003). A continuación se presentan algunas de las repercusiones de este fenómeno a nivel mundial, regional y nacional.

CONTEXTO MUNDIAL

Se estima que en el período comprendido entre el año 2003 y el año 2013, 50.000.000 de personas fallecieron debido al consumo de tabaco. Durante el año 2011 el tabaquismo acabó con la vida de 6.000.000 de personas. La mayoría de estas muertes (80%) se presentaron en países de medios y bajos recursos (Eriksen et al., 2015). Así mismo, en el año 2010 una cantidad aproximada a las 600.000 personas murieron a causa de la exposición al humo de segunda mano (Eriksen et al., 2015).

Se calcula que la mitad de los fumadores a nivel mundial morirán a causa de alguna enfermedad asociada al consumo de tabaco. Aunado a esto, algunas estimaciones indican que el consumo de tabaco alcanzará, en el siglo XXI, una suma de 1.000.000.000 de muertes (Eriksen et al., 2015). Cifra alarmante si se considera que muchos de estos decesos serán de personas no fumadoras que han sido expuestas al humo de tabaco.

CONTEXTO REGIONAL

Se estima que el consumo de tabaco es el responsable del 16% de las muertes en personas mayores de 30 años en la Región de las Américas

(OPS, 2013). Según el informe regional del año 2013, en América existen 145.000.000 de fumadores, para una prevalencia del 22%. Lo cual posiciona a esta región en el cuarto lugar de mayor consumo entre las regiones de la OMS.

CONTEXTO NACIONAL

Desde hace más de 30 años el tabaquismo ha sido considerado un problema de salud pública en Costa Rica. Así, desde la década de 1980, se han desarrollado una serie de normativas para su regulación. En este sentido, desde el año 1990 el país ha experimentado una reducción considerable en los niveles de prevalencia de consumo de tabaco, pasando de un 19,3% en el año 2009 a un 15,2% en el año 2010 y posteriormente a un 8,9% en el año 2015 (GATS, 2015).

En cuanto a la prevalencia según el sexo, la brecha ha disminuido. Pasando de un 30% en el año 1990 a un 12% en el año 2010 (Fonseca, 2012). En esta misma línea, cabe destacar que los hombres inician el consumo de tabaco a los 16,5 años, mientras que las mujeres inician a los 17,4 años (Fonseca, 2012).

Por otra parte, el grupo de edad que reportó mayor consumo de tabaco fueron las personas situadas entre los 45 y los 64 años. Así mismo, existe una tendencia de consumo mayor en las zonas urbanas en comparación con las rurales (GATS, 2015).



V. PRINCIPALES CAUSAS Y EFECTOS DEL TABACO

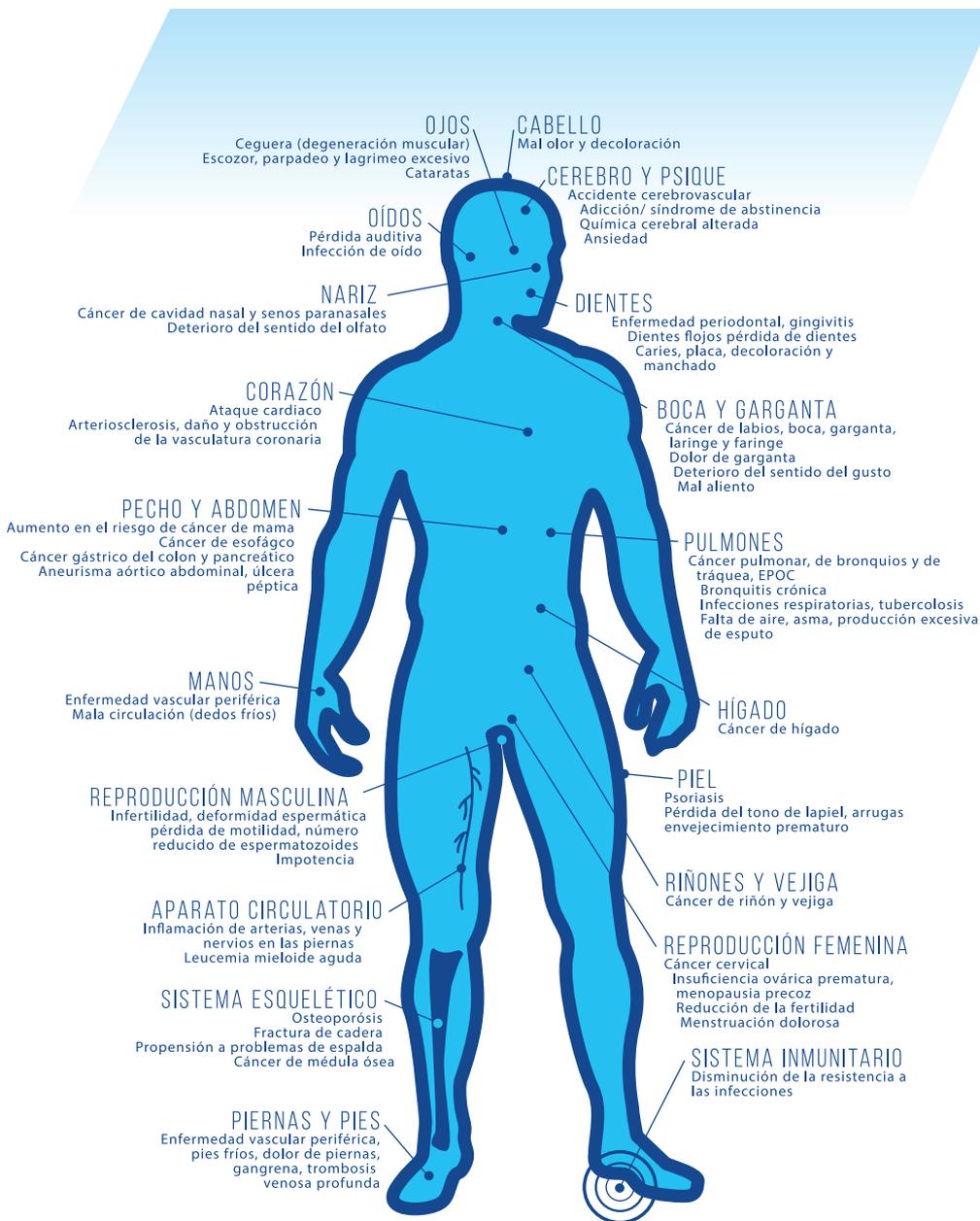
DIMENSIÓN FÍSICA

La nicotina es el principal componente del tabaco y es considerada una de las drogas más adictivas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD], 2011). El consumo de esta sustancia presenta una serie de efectos físicos de alto impacto que se ven reflejados en el gasto de los sistemas de salud.

Como ejemplo de lo anterior, en Costa Rica se estima un gasto anual de al menos ₡91.000.000 en la atención de enfermedades asociadas al consumo de tabaco (Arrieta, comunicación personal, 10 de octubre del 2016). Las principales enfermedades son el cáncer de pulmón y el infarto de miocardio. No obstante, es posible señalar la existencia de un conjunto de enfermedades asociadas a esta práctica (Figura 1).



Figura 1: Enfermedades asociadas al consumo de tabaco



Los efectos adversos del tabaco no solo afectan a la persona consumidora. Por el contrario, la evidencia científica ha demostrado que los fumadores sociales, así como los fumadores de segunda y tercera mano, sufren consecuencias negativas en su salud similares a las que presentan los fumadores habituales. Una de las problemáticas sobre esto radica en que generalmente la percepción del riesgo entre esta población es prácticamente nula, por lo que es un tema poco abordado en las visitas médicas (Rodríguez, 2017a).

DIMENSIÓN SOCIAL



Debido a su rol formador, la socialización primaria es considerada un factor determinante para la iniciación en el consumo de tabaco. Un estudio desarrollado en Bolivia evidencia que los jóvenes que no recibieron información sobre el tabaquismo en sus hogares, tenían un 60% más de riesgo de iniciar en el consumo de dicha sustancia. Además, este estudio también demuestra que existe una susceptibilidad a fumar del 42% en aquellas personas que tienen amigos fumadores, mientras que un 77.3% de los jóvenes que no tienen amigos cercanos fumadores, no son susceptibles a fumar (Hera, Torres y Rada, 2017).

Del mismo modo, es posible hacer referencia a otros dos agentes de socialización en las sociedades contemporáneas. Uno de ellos es el sistema educativo y el otro corresponde a los medios de comunicación. Estos tienen su peso ya que transmiten y difunden, por medio de las relaciones entre pares y la publicidad, una asociación entre tabaquismo, poder, felicidad y virilidad (Hera, Torres y Rada, 2017). En este sentido, es posible mencionar que “la experimentación con el tabaco de un tercio de los jóvenes proviene de la exposición a la publicidad, la promoción de ésta y su patrocinio” (Emery et al., 1999, citado por Plamondon, Guindon y Paraje, 2017, p. 81).

Entender el fumado como una práctica social permite dar una explicación complementaria al enfoque biológico de por qué muchas personas continúan fumando a pesar de las campañas contra el tabaco y las investigaciones sobre sus consecuencias para

la salud. Lo anterior se relaciona con el hecho de que las prácticas sociales no operan necesariamente desde el ámbito racional, sino desde el plano emocional y envuelven una serie de hábitos cotidianos considerados normales.

Aunado a esto, dentro del ámbito social es preciso estudiar dos fenómenos de relevancia. A saber, la industria tabacalera como generador de empleo y la relación entre el consumo de tabaco y la pobreza:

INDUSTRIA TABACALERA Y EMPLEO



El tabaco se produce en 124 países y aproximadamente 60.000.000 de personas se dedican a su cultivo y procesamiento (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2017). Como es conocido en la industria agrícola, la mayoría de las tareas representan un peligro para los trabajadores, siendo el cultivo de tabaco una de las más peligrosas. Como parte de los riesgos relacionados con esta actividad se encuentran: la enfermedad del tabaco verde, el calor ambiental y la exposición a sustancias químicas (plaguicidas y pesticidas) (Díaz y Salinas, 2002).

El trabajo infantil es una práctica común en muchas comunidades de cultivo de tabaco alrededor del mundo. Sobre esto se debe destacar que los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la nicotina, sufriendo consecuencias más severas que los adultos. Se calcula que a nivel mundial unos 218.000.000 de niños entre los 5 y los 18 años trabajan. De estos, 126.000.000 lo hacen en actividades de riesgo (OIT, 2006).

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



En los últimos diez años, “la tendencia indica que mientras la prevalencia de consumo en países de altos ingresos disminuye, esta aumenta en aquellos países de ingresos bajos y medios” (Savell et al., 2015, p. 852). A partir de este supuesto, de acuerdo con la Figura 2, la marginalidad y la exclusión social aumentan la probabilidad de fumar, convirtiendo al consumo de tabaco en un factor que potencia las desigualdades (Eriksen et al., 2015).

Figura 2: Círculo vicioso del tabaquismo y la exclusión social



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

De acuerdo con la Figura 2, las situaciones específicas que producen la marginalidad son consideradas factores que aumentan el consumo de tabaco. Por su parte, el consumo de tabaco se convierte en un medio para hacer frente a dichas circunstancias. En este contexto, el consumo de tabaco aumenta y las probabilidades de abandonar la adicción disminuyen.

Con respecto a esto y de acuerdo con la OMS, el 80% de los fumadores se encuentran en los países en vías de desarrollo, por lo que se entiende que los problemas de tabaquismo potencian la inequidad social (OMS, 2008). En relación con lo anterior, la OMS estima que en los países pobres un 10% de los ingresos de los hogares se destina a la compra de productos de tabaco (Eriksen et al., 2015).

Por lo tanto, a pesar de que existe una necesidad de implementar medidas para el control del tabaco, se hace un llamado especial a los países de ingresos medios y bajos para aplicar o endurecer sus políticas y desarrollar mecanismos de control más eficientes en el campo de la salud pública.

DIMENSIÓN AMBIENTAL



En el informe Tabaco y su Impacto Ambiental, la OMS realiza un análisis del proceso que está alrededor de la elaboración de un cigarrillo. De acuerdo con el Centro para el Control del Tabaco de la OMS, ningún otro producto de consumo masivo causa tanto daño desde su cultivo, producción, uso y desecho como el tabaco.

A pesar de que en muchos países el cultivo de tabaco ha disminuido de manera significativa, en los últimos años en otros países este porcentaje ha incrementado. La deforestación causada por el cultivo de tabaco constituye una de las principales problemáticas, especialmente porque se asocia a la erosión y degradación del suelo, la pérdida de diversidad y la contaminación del agua. Además de estas consecuencias, el consumo de tabaco genera una cantidad significativa de basura durante el proceso de empaquetado, etiquetado y ensamblaje de los cigarrillos.

Con respecto al proceso de manufactura, se estima que en los últimos 20 años la industria tabacalera ha depositado aproximadamente 45.000.000 de toneladas de desechos sólidos,

6.000.000 de toneladas de desechos de nicotina y 4.000.000 de toneladas de desechos químicos (Novotny et al., 2015).

Cabe destacar que las colillas de cigarro son el desecho más común asociado al consumo de tabaco, el cual constituye una de las principales causas de contaminación de las playas y fuentes de agua alrededor del mundo (Novotny et al., 2015). Se estima que anualmente se desechan 4.500.000.000 de colillas de cigarrillos (Eriksen et al., 2015).

En Costa Rica, recientemente se han realizado investigaciones sobre el impacto ambiental del consumo de tabaco. Estudiantes de la carrera de Salud Ambiental de la Universidad de Costa Rica desarrollaron un estudio en el 2015 que pretendía localizar los principales focos de concentración de colillas de cigarro dentro del campus universitario Rodrigo Facio. En cuatro días lograron recolectar un total de 14.182 colillas en 23 puntos del área (Asociación de Estudiantes de Salud Ambiental, s.f).

A modo de cierre, la producción, manufactura y consumo del tabaco es un problema significativo no solo para la salud física de las personas, sino también para su entorno. Por tanto, es necesario profundizar en el tema para que desde los gobiernos se tomen las medidas de control pertinentes desde el marco de la salud pública y en concordancia con las acciones de control del tabaco gestadas a nivel mundial.

DIMENSIÓN ECONÓMICA



El tabaquismo y las enfermedades asociadas tienen un impacto en las finanzas de los sistemas de salud. Para América Latina se estima que este fenómeno consumió cerca de \$34.000.000 del presupuesto sanitario. Siendo la enfermedad cardiovascular, la enfermedad

pulmonar obstructiva crónica y el cáncer, los principales responsables del gasto (Pichon-Riviere et al., 2016). En términos del impacto en el Producto Interno Bruto (PIB) de la región latinoamericana, se estima que un 0.7% de este se pierde en la atención a los problemas sanitarios relacionados con el consumo de tabaco. Monto que no necesariamente se recupera con los impuestos a estos productos. (Pichon-Riviere et al., 2016). Para el caso costarricense, se estima que se gastan alrededor de ₡129.133.000.000 al año para tratar los problemas de salud provocados por el tabaco (Bardach et al., 2016).

La evidencia generada en los distintos países ha demostrado que una de las medidas más efectivas para el control del tabaco es el incremento de los impuestos a este tipo de productos. Esta medida contribuye a la reducción en el consumo de tabaco, impide la iniciación de fumadores potenciales y alienta el abandono del consumo (Eriksen et al., 2015).

Sobre este tema se manejan dos tipos de impuestos al consumo. El primero de ellos es el impuesto al consumo específico, que se cobra por cantidad (cigarrillo, paquete o kilogramo). Por su parte, el segundo tiene que ver con el impuesto al consumo ad valorem. El cual se expresa como un porcentaje de cierto valor básico del producto, determinado según el precio del fabricante o según el precio del costo que pagan los consumidores (OMS, s. f.).



VI. LA INDUSTRIA TABACALERA

La industria tabacalera (IT) se compone por los fabricantes, distribuidores, mayoristas e importadores de tabaco (OMS, 2003). Se estima que para el 2013 las seis principales compañías del mundo, China National Tobacco Corporation, Philip Morris Internacional (PMI), British American Tobacco (BAT), Imperial, Altria/Philips Morris USA y Japan Tobacco International (JTI). Estas compañías generaron ganancias por \$44.100.000.000 a nivel mundial (Eriksen et al., 2015).

En Costa Rica son pocos los datos que se tienen sobre esta industria. Sin embargo, se sabe que el mercado está monopolizado por la PMI y la BAT, siendo esta última la compañía líder en el mercado nacional para el año 2008. Para el 2012 esta industria generaba ventas en el país cercanas a los \$277.000.000 anuales (Brenes, 2012).

Debido al poder económico de la IT, el artículo 5.3 del CMCT establece que cuando las Partes apliquen las políticas sanitarias para el control del tabaco deben evitar cualquier tipo de intervención por parte de la industria (OMS, 2013a). La base de este artículo parte del supuesto de que el objetivo de la IT “es aumentar sus ingresos mediante la venta de sus productos, para lo que necesitan mantener a sus consumidores y captar nuevos, razón por la cual se anticipa que se opondrán o intentarán minimizar las políticas públicas de control del tabaco que tengan un impacto en el consumo de sus productos” (FIC et al., 2012b, p. 10).

Algunas de las acciones realizadas por la IT para lograr sus objetivos incluyen: lobby en los espacios políticos de toma de decisiones, financiamiento de campañas electorales, contratación de consultores para diseminar investigaciones sesgadas, manipulación de información, utilización de aliados y grupos fachada para la defensa de sus intereses, litigios, intimidación a decisores políticos y referentes del control de tabaco, responsabilidad social empresarial

(a través del apoyo a organizaciones o actividades artísticas, deportivas o culturales), acciones destinadas a debilitar las políticas tributarias y restricciones a la comercialización, y violación o elusión de las restricciones impuestas por las normativas (FIC et al., 2012a, p. 11).

VII. ESTRATEGIAS MUNDIALES CONTRA EL TABAQUISMO

CONVENIO MARCO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL CONTROL DEL TABACO

En el año 2003, la OMS crea el CMCT como una estrategia de promoción de la salud en respuesta a la epidemia del tabaquismo. Este Convenio plantea que todas sus partes deberán cumplir con una serie de obligaciones para reducir la demanda de los productos de tabaco y así proteger a los ciudadanos de la exposición al humo del mismo.

En referencia a la demanda del tabaco, los artículos del 6 al 14 establecen lo siguiente:

- **Protección contra la exposición al humo del tabaco.**
- **Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.**
- **Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.**
- **Disposiciones relacionadas con el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.**
- **Educación, información y concientización sobre el consumo de tabaco.**

Por otra parte, en los artículos del 15 al 17 se hace referencia a las disposiciones sobre la reducción de la oferta:

- **Comercio ilícito de productos de tabaco.**
- **Ventas a menores de edad.**
- **Apoyo a actividades económicamente viables.**

En los artículos del 20 al 22 se indica que las partes deben establecer programas de vigilancia, evaluaciones, investigaciones y demás actividades relacionadas con el monitoreo y control del tabaco (OMS,2003).

MPOWER

La finalidad de la estrategia MPOWER consiste en establecer un plan de medidas para contener y reducir la epidemia del tabaquismo (Tabla 1). A su vez, esta anima a los tomadores de decisiones y a la sociedad civil a concebir un mundo libre de tabaquismo y sus efectos en la salud (OMS, 2008).

Tabla 1. Estrategias del MPOWER

M	MONITOR: VIGILAR EL CONSUMO DE TABACO.
P	PROTECT: PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO.
O	OFFER: OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO.
W	WARN: ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO.
E	ENFORCE: HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
R	RAISE: AUMENTAR LOS IMPUESTOS AL TABACO.

Fuente: Elaboración propia a partir OMS, 2008.

Las políticas de MPOWER son complementarias y sinérgicas. Por tanto, la aplicación de unas intervenciones potenciará el impacto de las otras. Es preciso señalar que la mayoría de la población mundial está cubierta por la iniciativa relacionada con el monitoreo, seguida por la iniciativa referente a la protección contra el humo de tabaco (OPS, 2016).

En cuanto al cumplimiento de la estrategia MPOWER en Costa Rica, cabe mencionar que existe un porcentaje considerable de cobertura de la iniciativa relacionada con la oferta de servicios para la cesación del fumado (GATS, 2015).

PROTOCOLO PARA LA ELIMINACIÓN DEL COMERCIO ILÍCITO DE PRODUCTOS DE TABACO

En la COP celebrada en el año 2012 se aprobó el primer protocolo del CMCT para atacar el comercio ilícito. Este tratado pretende eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco según lo estipulado en el artículo 15 del CMCT. En la primera parte, el protocolo busca la prevención del comercio ilícito mediante la protección de la cadena de suministro de productos de tabaco.

La segunda parte cubre asuntos relacionados con los actos delictivos y el cumplimiento de las disposiciones (OMS, 2013b). Finalmente, la tercera parte aborda el tema de la cooperación internacional en el intercambio de información, el cumplimiento de la ley, la cooperación técnica, la confidencialidad de los datos, la asistencia administrativa y jurídica y la extradición (OMS, 2013b).



VIII. CONTEXTO HISTÓRICO DEL MARCO JURÍDICO SOBRE EL TABACO

En la Tabla 2 y la Figura 2 se muestra el recorrido histórico de las medidas y regulaciones implementadas a nivel nacional para la regulación y control del tabaco.

Tabla 2. Recorrido histórico del marco jurídico sobre el tabaco

TEMA	PERÍODO
PRODUCCIÓN Y COMERCIO DEL TABACO	PERÍODO COLONIAL
	AUMENTO EN LA PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DEL TABACO
	1766
	1787
	1795
	PRINCIPIOS SIGLO XIX
	1824
	1838
	1850 y 1969
	1896
	Siglo XX
	1907
	1912
	1913
	1956
	1959
	1961
	1970

CONTEXTO, MEDIDAS Y REGULACIONES

CULTIVO DE TABACO PARA AUTOCONSUMO

El control español establece el estanco de tabaco en la provincia. Se obliga a los comerciantes a presentar una declaración sobre la cantidad de producto.

Se concede a Costa Rica el monopolio de producción de tabaco para abastecer el mercado del Reino de Guatemala.

Se establecen medidas para proteger el monopolio y combatir el contrabando y las siembras ilegales.

Tensión entre las autoridades, los productores y comerciantes de tabaco.

Se restablece el monopolio regional del tabaco.

Costa Rica se separa de la Federación de Repúblicas Centroamericanas. El Estado continúa administrando la producción pero concede libertades a los cosecheros.

Se toma la decisión de abolir el monopolio estatal. Años después el Estado vuelve a controlar las etapas de producción de tabaco.

Se abolió el monopolio y se declara libre el cultivo y comercio.

Se establecen las primeras industrias tabacaleras.

Surge de la fábrica La Moderna.

Se establece la Republic Tobacco Company.

Se funda la Tabacalera Costarricense S.A.

Se crea la Ley N° 2072 para establecer el impuesto a la elaboración de cigarrillos y las relaciones equitativas entre los productores e industriales.

Se modifica el impuesto y se encarga su administración a la CCSS.

Se aprueba la Ley N.º 3021 que establece un nuevo impuesto al producto.

La Ley N.º 4630 aumenta el precio de venta de la cajetilla y el impuesto.

IX. LEY Nº 9028

A continuación se presenta un recorrido por los principales contenidos de la Ley Nº 9028 a fin de comprender las decisiones tomadas por el país para controlar la venta y el consumo de tabaco.

En el primer capítulo se especifican los sitios prohibidos para el consumo de tabaco. El capítulo II expone la necesidad de identificar adecuadamente los espacios libres de humo de tabaco. El capítulo III expone las potestades y deberes del Ministerio de Salud como autoridad sanitaria. En el capítulo IV se hace referencia al etiquetado de los productos de tabaco. El capítulo V prohíbe cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados.

En el capítulo VI se mencionan las prohibiciones a la importación, fabricación y comercialización de los productos de tabaco y sus derivados. El capítulo VII refiere a la regulación de la venta y suministro de productos de tabaco en determinados lugares. Además, prohíbe que las personas menores de edad puedan dedicarse a la venta o comercialización de productos de tabaco o ser empleadas por otras personas para tal fin. A su vez, queda prohibido vender cigarrillos sueltos o al menudeo, así como cajetillas que contengan menos de veinte cigarrillos.

Seguidamente en el capítulo VIII, se propone la creación del Programa Nacional de Educación para la Prevención e Información sobre el Consumo del Tabaco y sus Derivados. Así mismo, se establece que el Ministerio de Salud coordinará con el MEP y las demás entidades públicas vinculadas con la salud y la investigación, con el fin de elaborar y difundir información, programas educativos e investigaciones referidas a la prevención, el control y los efectos del tabaco.

El capítulo IX establece que la administración del impuesto corresponderá a la Dirección General de Tributación. El capítulo X establece que el Ministerio de Salud regulará, controlará y fiscalizará el cumplimiento cabal de esta ley y sus reglamentos. Las municipalidades y el Consejo de Salud Ocupacional (CSO) del MTSS colaborarán en la fiscalización, y el Ministerio de Seguridad Pública (MSP) colaborará con las autoridades indicadas en el control, la fiscalización y la ejecución de la ley y su reglamento. Por último, se propone la creación de un registro de infractores a cargo del Ministerio de Salud.

X. ESTADO SITUACIONAL POSTERIOR A LA APROBACIÓN DE LA LEY Nº 9028

EN TÉRMINOS SOCIOCULTURALES

Al prohibirse fumar en espacios colectivos, el resultado ha sido el traslado del consumo hacia otros sitios. De esta manera, se han observado pequeños cambios en las conductas ya que aquellas personas que fuman en espacios libres de humo de tabaco han tenido que sustraerse de tiempos compartidos con sus pares para dedicarlos a fumar en áreas donde no es prohibido el consumo (Etnia Local, 2015). Por otra parte, ante la proliferación de espacios libres de fumado, los fumadores han trasladado su práctica cada vez más al ámbito privado. Es decir, a las casas, carros y espacios que comparten con miembros de los hogares (ABC, 2016).

Otra de las repercusiones, es la transición del consumo hacia otros productos distintos al tabaco. En este sentido, es posible evidenciar un mayor consumo de marihuana en los últimos años (Cortés, 2012). Así mismo, los cigarrillos electrónicos (conocidos también como Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN)

y demás Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN)), se han posicionado en el mercado como una nueva opción.

Cabe señalar que el reglamento de la ley incorporó a los cigarrillos electrónicos dentro de sus definiciones (Decreto Ejecutivo N.º 37.185, 2012). En relación al uso de estos productos, se han establecido preocupaciones sobre: las propiedades terapéuticas del cigarrillo electrónico como herramienta para la cesación de consumo de tabaco, los efectos a largo plazo del uso de estos productos y el papel que desempeñan en la iniciación del consumo de tabaco.

En Costa Rica se ha investigado poco la situación de este mercado. No obstante, se trata de un negocio que está en crecimiento. En una búsqueda web realizada en junio del año 2017 se identificaron cerca de 26 sitios que comercializan cigarrillos electrónicos y sus líquidos de recarga en el país.

EN TÉRMINOS DE DENUNCIAS Y SANCIONES

Una de las formas por las cuales es posible observar los efectos de la ley es a través del proceso de fiscalización. Posterior al establecimiento de la ley se crearon mecanismos para que la ciudadanía tuviera la posibilidad de denunciar las infracciones a la ley. Un ejemplo de estos mecanismos corresponde al Sistema de Infracciones del Ministerio de Salud (SINFRA).

Si bien este sistema permite la creación de un registro de las infracciones a la ley, se han identificado una serie de falencias que afectan la coordinación a la hora de contabilizar las infracciones y su seguimiento. Además del SINFRA, el Ministerio contaba con otros dos mecanismos para registrar las denuncias de terceros: la página web de la Dirección de Promoción de la Salud <http://aquinosefuma.go.cr/como-denunciar/> y el correo control.tabaco@misalud.go.cr.

Para el mes de setiembre del año 2016, el SINFRA registró 1577 infracciones. De estas, 981 fueron realizadas por medio de informe técnico, 395 por informe de instituciones públicas y 201 por medio de terceros. Los principales motivos de las infracciones fueron: fumado en espacios públicos y demás sitios prohibidos y venta al menudeo de cigarrillos legales e ilegales.

EN TÉRMINOS LEGISLATIVOS

La oposición a la ley ha sido constante ya que los comerciantes, industriales de las cámaras empresariales y las compañías tabacaleras, han alegado que algunos artículos de la ley son excesivos en la regulación. Así, dicho sector ha manejado dos argumentos principales.

El primero refiere a que la prohibición de fumar en bares y restaurantes tendría repercusiones económicas para los propietarios de dichos lugares (Vindas, 2013). Por su parte, el segundo argumento tiene que ver con la prohibición de vender menos de veinte cigarrillos por paquete (Sequeira, 2015). Lo cual, según este sector, fomentaría el comercio ilegal, especialmente a través de la venta al menudeo.

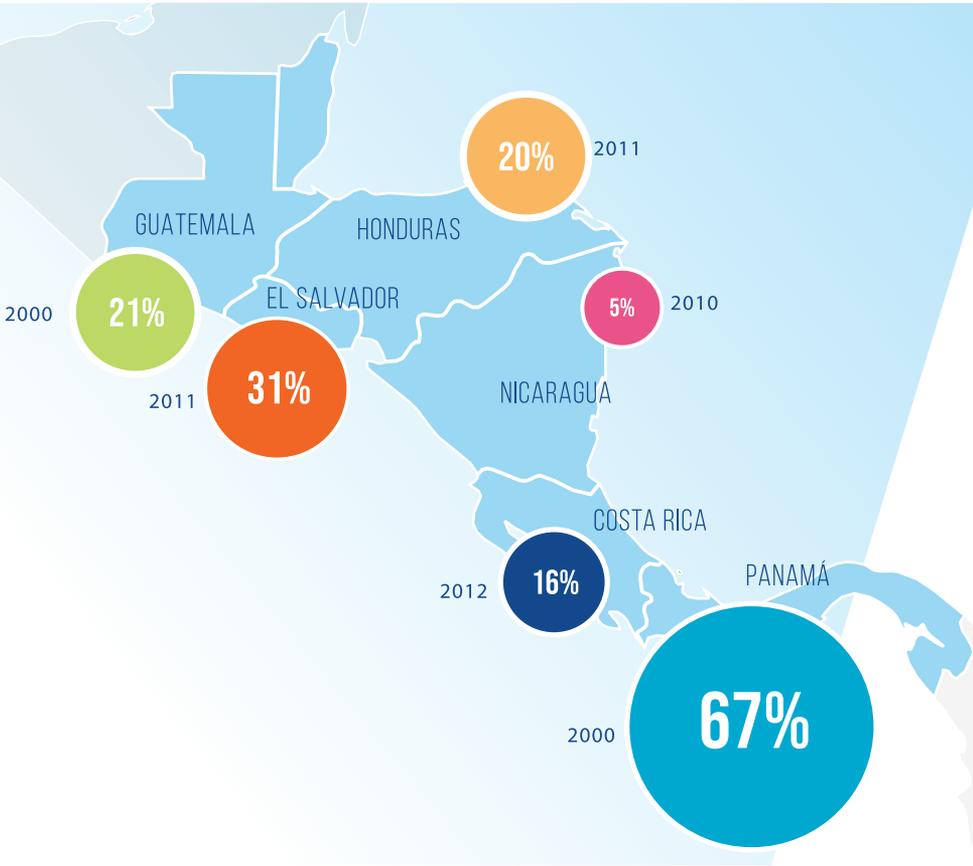
Además de lo anterior, cabe mencionar que el 13 de setiembre del año 2016 se aprobó en el Congreso el proyecto de ley N° 19.448 para ratificar el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.

EN TÉRMINOS DE COMERCIO ILÍCITO

En los últimos años, los primeros intentos para conocer las cifras del comercio ilícito en el país han sido realizados por entidades privadas.

El estudio elaborado por CID Gallup en el 2016, a petición de la Cámara de Comercio Costarricense Norteamericana (AMCHAM, por sus siglas en inglés), afirma que la cifra que el Estado deja de percibir por el comercio ilegal de productos de tabaco es de USD \$26.000.000. Lo cual ubica a Costa Rica en el segundo lugar de menor incidencia en términos de pérdidas económicas (Figura 3).

Figura 3: Legislación vs. incremento del comercio ilícito



Fuente: CID Gallup, 2016.

Este mismo estudio, presenta las rutas de trasiego ilegal en la región centroamericana. Aquí se identifica a Costa Rica como una de las rutas principales. A partir de esto, desde finales del año 2014, AMCHAM ha intentado frenar el comercio ilegal mediante una aplicación desde la página web www.mercadoilegal.com. En esta las personas pueden denunciar a los locales donde se presume que venden productos de contrabando, incluidos los cigarrillos. Los datos de este registro son recopilados cada mes por el Ministerio de Hacienda para hacer la investigación correspondiente (Rodríguez, 2014).

EN TÉRMINOS DE ECONOMÍA DEL TABACO

Relacionado con los datos anteriores, es preciso mencionar que en los últimos años el cultivo de tabaco parece haber perdido relevancia en términos productivos para el país. Esto ya que se observa una baja sostenida en la producción de tabaco. Ejemplo de lo anterior corresponde a que en el año 1994 la cantidad de tierra utilizada para el cultivo de tabaco era de 1042 hectáreas (ha), pero para el año 2015 solo se utilizaban 8 ha (SEPSA, s.f.). De la misma manera, en 1994 se produjeron 1797 toneladas, disminuyendo a 118 toneladas en el 2004 y a 14 toneladas en el 2016 (SEPSA, s.f.).



XI. MAPEO DE ACTORES SOCIALES

El mapeo de actores sociales se posiciona como una herramienta fundamental para conocer la realidad social del control del tabaco. El mapeo realizado como parte del diagnóstico busca identificar a los principales actores involucrados en este tema, sus intereses, posiciones y áreas de competencia.



IDENTIFICACIÓN DE ACTORES INVOLUCRADOS

Los principales actores involucrados en el cumplimiento de la Ley N° 9028 son:

Caja Costarricense del Seguro Social	Ministerio de Educación Pública
Cámara Costarricense de Comerciantes, Detallistas y Afines	Ministerio de Hacienda
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica	Ministerio de Salud
Consejo de Salud Ocupacional	Ministerio de Seguridad Pública
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	Municipalidades
Ministerio de Economía, Industria y Comercio	Organización Panamericana de la Salud
Cámara Costarricense de Hoteles	Policia de Control Fiscal
Cámara Costarricense de Restaurantes y Afines	Policia Municipal
Cámara de Industrias de Costa Rica	Programa de Prevención, Consejería e Investigación en Drogas
Colegio de Enfermeras de Costa Rica	Universidad de Costa Rica
Red Nacional Antitabaco	

CLASIFICACIÓN DE LOS ACTORES

En la Tabla 4 se presenta la clasificación de los actores involucrados según la división del sector público y tipo de institución. Así mismo, se describe la relación de cada grupo con respecto a la Ley N° 9028.

Tabla 4. Clasificación de los actores identificados



CLASIFICACIÓN

PRIMER NIVEL DEL
SECTOR PÚBLICO



SEGUNDO NIVEL DEL
SECTOR PÚBLICO



TERCER NIVEL DEL
SECTOR PÚBLICO



ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES

DESCRIPCIÓN

En este nivel se contemplan los tres niveles de la República: el Ministerio de Salud, el IAFA, el Ministerio de Hacienda, la Policía de Control Fiscal, el Ministerio de Seguridad Pública, el Ministerio de Economía, Industria y Comercio, el Ministerio de Educación Pública y el Consejo de Salud Ocupacional. Los actores que conforman este grupo se caracterizan por tener una relación estrecha y de carácter formal con el tema de control del tabaco en el país. En este sentido, estos actores desempeñan acciones de control, fiscalización e implementación de la Ley N° 9028.

Contempla el sector descentralizado institucional que abarca organizaciones autónomas y semi autónomas, las empresas públicas estatales y las empresas públicas no estatales, como lo son: la CCSS, la UCR, el ICODER, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, y el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Tanto la CCSS como el ICODER mantienen obligaciones y responsabilidades formales plasmadas en la legislación y en su marco institucional. Por otro lado, instituciones como la UCR y los colegios profesionales, aunque por ley no adquieren obligaciones formarles en el marco de la implementación y cumplimiento de la legislación, han desarrollado acciones orientadas a este fin en función de los objetivos que persigue cada institución.

Este nivel incluye a las instituciones u organizaciones descentralizadas territorialmente de acuerdo con la División Administrativa de la República, como: municipalidades y la policía municipal. Al igual que las instituciones del primer nivel, estas funcionan como entes implementadores de la ley en áreas específicas.

Estas son organizaciones u agrupaciones de corte privado independientes de la administración pública, las cuales persiguen objetivos sin fines de lucro: la Cámara Costarricense de Restaurantes, la Asociación Cámara Nacional de Comerciantes Detallistas y Afines, la Cámara Costarricense de Hoteles, la Cámara de Industrias de Costa Rica y la Red Nacional Antitabaco. La relación que este tipo de actores mantiene con la Ley N° 9028 nace a partir de los intereses propios de cada organización, los cuales están relacionados directa o indirectamente con la implementación de esta.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SEGÚN SU INFLUENCIA Y PODER

La Figura 4 muestra las posiciones que ocupan los diferentes actores involucrados con la normativa antitabaco. Aquí se toma en cuenta el nivel de influencia y posición.

Figura 4. Diagrama de posición, interés e influencia.



Fuente: elaboración propia.

XII. CONCLUSIONES

A manera de cierre, se debe resaltar que la aprobación de la Ley N° 9028 fue uno de los logros más representativos en los últimos años en el ámbito de la salud pública. La aprobación de dicha normativa demostró que la presión por parte de organizaciones de la sociedad civil puede mover voluntades políticas en la Asamblea Legislativa.

A nivel internacional es posible señalar que Costa Rica cuenta con una ley de control del tabaco bastante robusta. De esta normativa se destaca la alta cobertura de los pictogramas y advertencias, la tipificación de las sanciones, el registro obligatorio de todos aquellos fabricantes o distribuidores de productos de tabaco, la prohibición de fumar en una gran cantidad de sitios, la prohibición de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio y la creación de un impuesto específico.

A pesar de lo anterior, ha sido posible determinar una serie de debilidades en cuanto a la aplicación de la Ley. En este sentido, se ha observado que las acciones han sido acaparadas por ciertos objetivos, como el combate al comercio ilícito y la reducción del daño ambiental del tabaco, en detrimento de otras áreas que también son relevantes. Así mismo, en algunas ocasiones, las acciones desarrolladas en programas de prevención son muy similares, lo que da a entender que no existe una coordinación adecuada entre las instituciones, propiciando la duplicidad de esfuerzos. Del mismo modo, el tema de la ejecución presupuestaria ha sido controversial. Esto debido a que los recursos generados por medio de la ley no se ejecutan en su totalidad.

Como se ha podido evidenciar, los estragos del tabaco no se quedan únicamente en el plano de las enfermedades que provoca su consumo. Desde la siembra de la planta se generan una serie de impactos al medio ambiente, que continúan en distintas etapas del ciclo de este producto. Por estas características el control del tabaco debe ocupar un lugar prioritario en las agendas de las instituciones encargadas de su regulación.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

ABC. (2016). La otra cara de la ley antitabaco: los padres fuman más en casa y en el coche con los niños. Consultado el 25 de octubre de 2016. Obtenido de http://www.abc.es/sociedad/abci-otra-cara-antitabaco-padres-fuman-mas-casa-y-coche-ninos-201601131206_noticia.html#disqus_thread

Acuña, V. (1978). Historia económica del tabaco en Costa Rica: época colonial. Anuario de Estudios Centroamericanos, 4, 279-392. Consultado el 9 de setiembre del 2016. Obtenido de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/3315>

Andueza, H. (1957). Estudio agro-económico del cultivo del tabaco en Costa Rica. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Ingeniería Agronómica. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Arrieta, M. (1973). El cultivo y la industria del tabaco en Costa Rica durante la segunda mitad del siglo XX. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Geografía. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Asociación de Estudiantes de Salud Ambiental. (s. f.). Contaminación por colillas de cigarro en la Universidad de Costa Rica. Foro Tabaco y Ambiente del 11 de setiembre del 2015, Ciudad de la Investigación, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Bardach, A., Palacios, A., Alcaraz, A., Caporale, J., Rodríguez, B., Amador, N., Espinoza, A., Fernández, Y., Walker, L., Ugalde, F., Zúñiga, N., Augustovski, F. y Pichon-Riviere, A. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 16. Consultado el 18 de enero de 2017.

Obtenido de: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Documento-T%C3%A9cnico-Costa-Rica-FINAL-2.pdf>

Brenes, C. (2012, 14 de octubre). Tabacaleras se ajustan ante nueva ley. *El Financiero*. Consultado el 10 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.elfinanciero.cr/negocios/tabacaleras-ajustan-nueva-ley_0_170982910.html

Chaverri, R. (1995). *El cultivo del tabaco*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

CID Gallup. (2016). *Comercio Ilícito de Cigarrillos en Centroamérica*. Consultado el 16 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://amcham.co.cr/wp-content/uploads/2016/10/Estudio-Coercio-Il%C3%ADcito-de-Cigarrillos-en-Centroam%C3%A9rica.pdf>

Cortés, E. (2012). *Consumo de Cannabis en Costa Rica. Encuesta Nacional de Drogas, 2010*. San José, Costa Rica: IAFA. Consultado el 28 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.bvs.sa.cr/-tabaquismo/cannabis.pdf>

Crosbie, E., Sebrie, E. y Glantz, S. (2012). *El éxito de la industria tabacalera en Costa Rica*. Center for Tobacco Control Research and Education. Consultado el 17 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://escholarship.org/uc/item/5sk6n6qv#>

Decreto Ejecutivo N.º 37.185. (2012). *Reglamento a la Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud*. San José, Costa Rica.

Díaz, P. y Salinas, S. (2002). *El tabaco se va: jornaleros y plaguicidas se quedan. Huicholes y Plaguicidas*. Consultado el 17 de agosto de 2017. Obtenido de: <http://hypinfo.org/documentos/tabaquismo.pdf>

Eriksen, M, Mackay, J., Schluger, N., Islami, F. y Drope, J. (2015). *Atlas del tabaco (5 ed.)*. Georgia, Estados Unidos: American Cancer Society.

Etnia Local. (2015). *Investigación en Tabaco, 2015. Estudio cualitativo en nivel nacional para la comprensión del contexto*

cultural del acceso al tabaco. San José, Costa Rica.

Fonseca, S. (2012). Consumo de Tabaco. Encuesta Nacional de Drogas, 2010. Fascículo sobre tabaco. Serie 1 de 5. San José, Costa Rica: IAFA.

Fundación Interamericana del Corazón de Argentina [FIC], Corporate Accountability International, Fundación Interamericana del Corazón de México y Alianza de Control de Tabagismo (2012a). La salud no se negocia. La sociedad civil frente a las estrategias de la industria tabacalera en América Latina. Casos de estudio 2010-2012. Buenos Aires, Argentina: Fundación Interamericana del Corazón.

FIC, Corporate Accountability International, Fundación Interamericana del Corazón de México y Alianza de Control de Tabagismo. (2012b). La salud no se negocia. Guía para comprender y contrarrestar la interferencia de la industria del tabaco en las políticas públicas. Consultado el 5 de julio de 2017. Obtenido de: http://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/guia_it_esp.pdf

González, Y. (1984). Continuidad colonial: cultivo del tabaco (1821-1878). *Revista de Ciencias Sociales*, 27, 75-92. Consultado el 12 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/27-28/gonzalez.pdf>

Hera, G., Torres, R. y Rada, J. (2017). Seducción y aversión: factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco entre adolescentes en Bolivia. *Salud Pública de México*, 59 (1), 73-79. Consultado el 24 de julio de 2017. Obtenido de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7729/11032>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD]. (2011). Adicción al tabaco. Estados Unidos. Consultado el 12 de octubre de 2016. Obtenido de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/nota-de-la-directora>

Ley N.º 9028. (2012). Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [Mideplan]. (2010). Sector público costarricense y su organización. Consultado el 20 de julio de 2017. Obtenido de: https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpaceStore/b62e1164-3b6e-449a-b531-f2076223dc81/Doc_Sector-Publico-Costarricense-y-su-organizaci%C3%B3n-Versi%C3%B3n-final.pdf?guest=true

Ministerio de Salud. (2015a). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: Costa Rica, 2015. San José, Costa Rica.

Novotny, T., Aguinaga, S., Burt, L., Curtis, C., Luiza da Costa, V., Usman, S., Liu, Y., Pujari, S. y Tursan d'Espaignet, E. (2015). The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. *Bull World Health Organ*, 93, 877-880. Consultado el 17 de agosto de 2017. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-152744.pdf>

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2006). La eliminación del trabajo infantil: un objetivo a nuestro alcance. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Consultado el 4 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-i-b.pdf>

OIT. (2017) Colaboración de la OIT con la industria del tabaco en pos del mandato social de la Organización. Consejo de Administración. 329.ª reunión, Ginebra, 9-24 de marzo. Obtenido de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_545954.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). Directrices para la aplicación del artículo 6. Medidas relacionadas con los precios e

impuestos para reducir la demanda de tabaco. Consultado el 10 de mayo de 2017. Obtenido de: http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/Guidelines_article_6_es.pdf

OMS. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Consultado el 11 de octubre de 2016 Obtenido de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>

OMS. (2008). MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Consultado el 27 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf

OMS. (2013a). Directrices para la aplicación: artículo 5.3, artículo 8, artículo 9 y 10, artículo 12, artículo 13, artículo 14. Francia: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2013b). Protocolo para la Eliminación del Comercio Lícito de Productos de Tabaco. Consultado el 17 de noviembre de 2016. Obtenido de: <http://www.who.int/fctc/protocol/Protocol-to-Eliminate-Illlicit-Trade-in-Tobacco-Products-ES.pdf?ua=1&ua=1>

OPS. (2013). Informe sobre el Control del Tabaco para la Región de las Américas. Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 5 de noviembre de 2016. Obtenido de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23415&Itemid=270&lang=en

OPS. (2016). Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Consultado el 9 de marzo de 2017. Obtenido de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1.

Ortegón, E., Pacheco, J. y Prieto, A. (2015) Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Manual de Series CEPAL. Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Plamondon, G., Guindon, E. y Paraje, G. (2017). Exposición a la publicidad de tabaco y consumo de tabaco en adolescentes en América del Sur. *Salud Pública de México*, 59, 80-87. Consultado el 24 de julio de 2017. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7735/11034>

Rodríguez, O. (2014, 12 de diciembre). Consumidores podrán atacar comercio ilegal desde celular. *La Nación*. Consultado el 20 de octubre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/economia/consumidor/-Consumidores-atacar-comercio-ilegal-celular_0_1456854331.html

Rodríguez, I. (2017a, 12 de mayo). Fumar ocasionalmente también representa un riesgo muy alto para su salud. *La Nación*. Consultado el 5 de mayo de 2017. Obtenido de: <http://www.nacion.com/ciencia/salud/fumar-ocasionalmente-tambien-representa-un-riesgo-muy-alto-para-susalud/4W4J4AUNRN DP7CHSCDQHUCMLZA/story/>

Salazar, L. (1999). Derechos del consumidor de tabaco. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Savell, E., Gilmore, A., Sims, M., Mony, P., Koon, T., Yusoff, K. Lear, S., Seron, P., Ismail, N., Tumerdem, K., Rosengren, A., Bahonar, A., Kumar, R., Vijayakumar, K., Kruger, A., Swidan, H., Gupta, R., Igumbor, E., Afridi, A., Rahman, O., Chifamba, J., Zatonska, K., Mohan, V., Mohan, D., Lopez-Jaramillo, P., Avezum, A., Poirier, P. Orlandini, A., Li, W., McKee, M., Rangarajan, S., Yusuf, S. y Chow, C. (2015). The environmental profile of a community's health: a cross-sectional study on tobacco marketing in 16 countries. *Bull World Health Organ*, 93, 851-861.

Consultado el 28 de julio de 2017. Obtenido de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-155846.pdf?ua=1>

SCIJ. (s. f.). Ley N.º 7501. Regulación del fumado. Consultado el 22 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.pgr-web.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=23718&nValor3=88109&strTipM=TC

Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria [SEPSA]. (s. f.). Boletines estadísticos agropecuarios nº9 – nº24. Consultado el 27 de setiembre de 2016. Obtenido de: <http://www.infoagro.go.cr/EstadisticasAgropecuarias/Paginas/Bol-etinesEstadisticos.aspx>

Sequeira, A. (2015, 11 de agosto). Cajetillas de 10 cigarros encienden pleito en la Asamblea Legislativa. La Nación. Consultado el 23 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.nacion.com/nacional/politica/Cajetillas-cigarrillos-encienden-Asamblea-Legislativa_0_1505249503.html

Vindas, L. (2013, 28 de julio). Ley antitabaco genera ganancias y pérdidas para restaurantes y hoteles. El Financiero. Consultado el 24 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://www.elfinancierocr.com/negocios/ley_antitabaco-restaurantes-bares_0_343165708.html



Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



UCR
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

✉ oveis.ley9028@ucr.ac.cr

☎ 2221-0183