

OVEIS

SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE INDICADORES

PARA EL CONTROL
DEL TABACO (SIN-CT)
EN COSTA RICA

PERÍODO MAYO 2018 - ABRIL 2019



Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



UCR
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

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. Tatiana Gamboa Gamboa.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

Bach. Daniela Gómez González. Proyecto OVEIS.

Licda. Stephanie Arias Jiménez. Proyecto OVEIS.

Lic. Daniel Carrillo Barrantes. Proyecto OVEIS.

Diseño gráfico: LATR3S

Cita sugerida: Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica. (2019). Seguimiento al Sistema de Indicadores para El Control del Tabaco (SIN-CT) en Costa Rica. San José, Costa Rica.

615.628

Costa Rica. Ministerio de Salud. Universidad de Costa Rica. Seguimiento al sistema de indicadores para el control del Tabaco (SIN-CT) en Costa Rica. —San José, Costa Rica.

176 p.; 1.3 Mb.

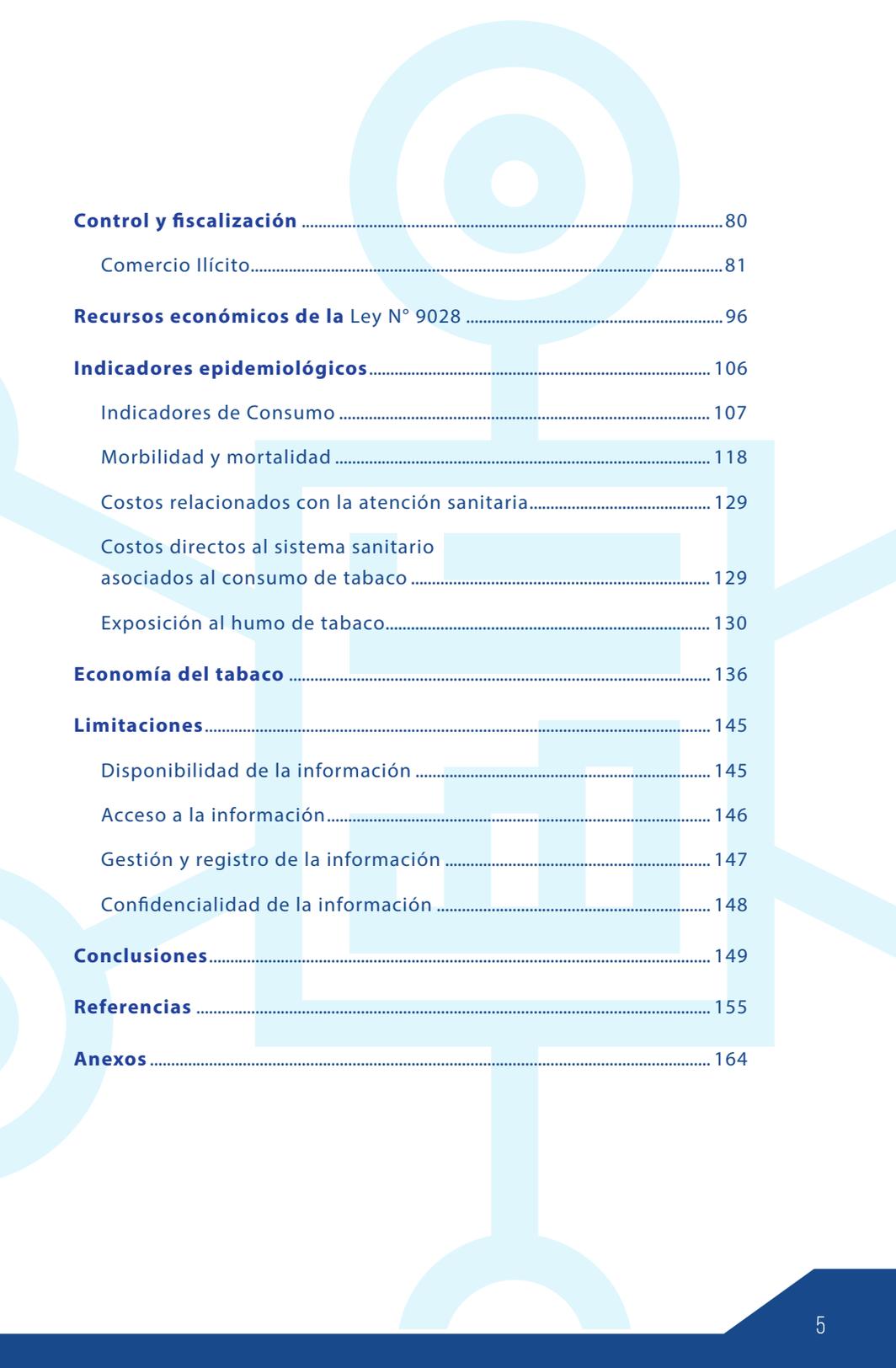
ISBN 978-9977-62-197-5

1. Tabaco. 2. Indicadores de salud. 3. Costa Rica.



CONTENIDO

Presentación del Observatorio	16
Introducción	18
Descripción Metodológica	20
Presentación de Resultados	31
Ambiente y Tabaco	32
Cultivo de tabaco	33
Producción de tabaco	38
Consumo de Tabaco	45
Post-Consumo	47
Promoción, Prevención y Conocimiento	50
Capacitación continua	51
Participación en capacitaciones	51
Campañas, programas y proyectos de promoción y prevención	56
Proyectos desarrollados en el ámbito educativo	59
Tratamiento del tabaquismo	66
Demanda del servicio para dejar de fumar	67
Oferta de servicios de cesación	69
Articulación de esfuerzos	76
Tabaquismo en centros de trabajo	78



Control y fiscalización	80
Comercio Ilícito.....	81
Recursos económicos de la Ley N° 9028	96
Indicadores epidemiológicos	106
Indicadores de Consumo	107
Morbilidad y mortalidad	118
Costos relacionados con la atención sanitaria.....	129
Costos directos al sistema sanitario asociados al consumo de tabaco	129
Exposición al humo de tabaco.....	130
Economía del tabaco	136
Limitaciones	145
Disponibilidad de la información	145
Acceso a la información.....	146
Gestión y registro de la información	147
Confidencialidad de la información	148
Conclusiones	149
Referencias	155
Anexos	164

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.

Matriz de indicadores planteados del Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco.....24

Tabla 2.

Fuentes de información del Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT).....29

Tabla 3.

Cantidad de tabaco importado según partida arancelaria de importaciones y principales países importadores, 2010-201842

Tabla 4.

Porcentaje de desechos sólidos recolectados en costas en el período 2009-2016..... 49

Tabla 5.

Aplicación de los programas de prevención del uso indebido de drogas en las escuelas de primaria de Costa Rica, según tipo de escuela, 2017.64

Tabla 6.

Aplicación de los programas de prevención del uso indebido de drogas en los colegios de Costa Rica, según tipo de colegio, 201765

Tabla 7.

Relación de las Clínicas de la CCSS con grupos de ex fumadores, 201868

Tabla 8.

Acciones que componen la Técnica de Intervención Breve para la cesación.....70

Tabla 9.

Listado de los hospitales de la CCSS que ejecutan programas para la cesación de consumo de tabaco, Costa Rica, 201872

Tabla 10.

Unidades de cigarrillos decomisados por la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda, durante el período 2010-2018182

Tabla 11.

Razón entre cigarrillos ilícitos y lícitos en Costa Rica, 2012-201784

Tabla 12.

Dinero que dejó de percibir el Estado a partir de los productos de tabaco incautados, 2013-201887

Tabla 13.

Distribución anual de los recursos de la Ley N° 9028, 2013-2018.....98

Tabla 14.

Ejecución presupuestaria de los recursos provenientes de la Ley N° 9028, Ministerio de Salud 2013-20181 100

Tabla 15.

Porcentaje de adultos mayores de 15 años fumadores y tipo de no fumadores, según sexo en Costa Rica, 2015 108

Tabla 16.

Distribución porcentual de fumadores actuales de tabaco en Costa Rica según sexo y residencia, 2015..... 112

Tabla 17.

Distribución porcentual del consumo actual de cigarrillo electrónico según sexo y residencia, 2015. 113

Tabla 18. Número promedio y distribución porcentual de cigarrillos fumados por día entre fumadores diarios, según grupo etario y lugar de residencia, 2015..... 115

Tabla 19.

Tasa de mortalidad e intervalo de confianza por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, distribuida por sexo y edad, Costa Rica, 2017 121

Tabla 20.

Años de Vida Saludables Perdidos por factor de riesgo relacionado al tabaco según sexo en el 2017, Costa Rica 124

Tabla 21.

Tasa de mortalidad e intervalo de confianza por enfermedades asociadas a la exposición al humo de segunda mano, distribuida por sexo y edad, Costa Rica, 2017 (muertes por 100,000 habitantes) 127

Tabla 22.

Costos sanitarios según patología asociada al tabaquismo, 2015 129

Tabla 23.

Distribución porcentual de la exposición al humo de segunda mano en varios lugares públicos, según sexo y residencia, 2015 132

Tabla 24.

Marcas de cigarrillos de acuerdo a los distribuidores registrados ante el Ministerio de Salud a octubre del 2017 138

Tabla 25.

Consumo per cápita de cigarrillos en Costa Rica, 2012-2017 140

Tabla 26.

Precios e impuestos de la cajilla de cigarro más vendida 2010-2018 142

Tabla 27.

Programas o actividades de Prevención del uso indebido de drogas que se realizan en I-II Ciclos, III Ciclo y Educación Diversificada 166

Tabla 28.

Programas o actividades de Prevención del uso indebido de drogas que se realizan en I-II Ciclos..... 167

Tabla 29.

Programas o actividades de Prevención del uso indebido de drogas que se realizan en III Ciclo y Educación Diversificada 168

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.

Extensión de tierra dedicada al cultivo de Tabaco en Costa Rica, 2006-201733

Gráfico 2.

Distribución de fertilizantes activos actualmente en Costa Rica, según año de registro, 2000-2018.....36

Gráfico 3.

Total de plaguicidas ingresados al Servicio Fitosanitario del Estado de Costa Rica utilizados en el cultivo de tabaco, según año de registro, 2000-201837

Gráfico 4.

Cantidad de tabaco importado en Costa Rica, 2010-2017, según descripción arancelaria de la partida.....40

Gráfico 5.

Porcentaje de incendios causados por fumado, 2013-201746

Gráfico 6.

Distribución porcentual de incendios causados por fumado, según provincia, 2013-201747

Gráfico 7.

Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que recibieron capacitaciones en temas de control del tabaco, según región del Ministerio de Salud, del 2012 al 201852

Gráfico 8.

Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que ejecutaron capacitaciones, según región del Ministerio de Salud, durante el período 2012 al 201854

Gráfico 9.

Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que ejecutaron campañas de promoción de la salud y prevención del tabaquismo, según región del Ministerio de Salud, del 2012 al 2018157

Gráfico 10.

Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que realizaron proyectos dirigidos a población de primaria y secundaria, según región del Ministerio de Salud, del 2012 – 2018159

Gráfico 11.

Distribución porcentual de Áreas Rectoras en Salud que realizaron proyectos en el ámbito local, según región del Ministerio de Salud, del 2012 – 2018162

Gráfico 12.

Distribución anual de la cantidad de centros de salud de la CCSS que implementan programas para cesación de tabaco, 2018.....71

Gráfico 13.

Comparativo de la tasa de finalización y la tasa de éxito de las clínicas de cesación de tabaco de la CCSS, según año.75

Gráfico 14.

Distribución porcentual de las infracciones registradas en el SINFRA por falta de rotulación en espacios libres de humo de tabaco según provincia, 2018.....92

Gráfico 15.

Distribución porcentual de las infracciones registradas en el SINFRA por terceros ante el irrespeto a los sitios libres de humo de tabaco según provincia, 2018.....94

Gráfico 16.

Distribución porcentual de las infracciones registradas en el SINFRA por irrespeto a los sitios libres de humo de tabaco, según provincia y denunciante, 201895

Gráfico 17.

Variación anual del Impuesto Específico a los Productos de Tabaco y porcentaje de variación anual 2012-2018 102

Gráfico 18.

Porcentaje del precio final de la marca más vendida que corresponde a impuestos 104

Gráfico 19.

Distribución de la prevalencia de fumadores diarios según residencia, 2015 110

Gráfico 20.

Promedio de cigarrillos fumados por día entre fumadores diarios, según sexo en el año 2015 114

Gráfico 21.

Edad media de inicio de consumo de productos de tabaco en población de secundaria, 2006-2015 117

Gráfico 22.

Número de casos y muertes según las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco, Costa Rica, 2015 118

Gráfico 23.

Distribución porcentual de la mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco según sexo y año, período 2007-2017, Costa Rica 119

Gráfico 24.

Distribución anual del total de Años de Vida Saludables Perdidos según factor de riesgo, 1990-2017, Costa Rica 123

Gráfico 25.

Distribución porcentual de la mortalidad por enfermedades atribuibles a la exposición del humo de segunda mano, según período 1990-2017, Costa Rica 126

Gráfico 26.

Distribución porcentual del apoyo a las leyes antitabaco en lugares públicos, según sexo, 2015 134

Gráfico 27.

Distribución porcentual del apoyo a las leyes antitabaco en lugares públicos, según residencia, 2015 134

Gráfico 28.

Distribución porcentual del apoyo a las leyes antitabaco en lugares públicos, según lugar público, 2015 135

Gráfico 29.

Cantidad de cigarrillos en unidades vendidas en Costa Rica por origen, 2012-2017 139

Gráfico 30.

Distribución porcentual de fumadores actuales mayores de 15 años, según última marca comprada, 2015 141

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACV: Accidente Cerebro Vascular

ARS: Áreas Rectoras de Salud

AVISA: Años de Vida Saludables Perdidas

AVD: Años de Vida Vividos con Discapacidad

AVP: Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura

BATCA: British American Tobacco Central America

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

CO₂: Dióxido de Carbono

DRRS: Direcciones Regionales de Rectoría en Salud

EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

EDUS: Expediente Digital Único en Salud

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

GATS: Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: Resumen Ejecutivo

GBD: Global Burden Disease

IAFA: Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICODER: Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

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

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INS: Instituto Nacional de Seguros

IT: Industria Tabacalera

MAG: Ministerio de Agricultura y Ganadería

MEIC: Ministerio de Economía, Industria y Comercio

MEP: Ministerio de Educación Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCF: Policía de Control Fiscal

PMI: Philip Morris International

OIT: Organización Internacional de 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 Ley N° 9028

SEAN: Sistemas Electronicos de Administración de Nicotina

SEPSA: Sistema de Información del Sector Agropecuario (SEPSA)

SIN-CT: Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco

SSSN: Sistemas Similares Sin Nicotina

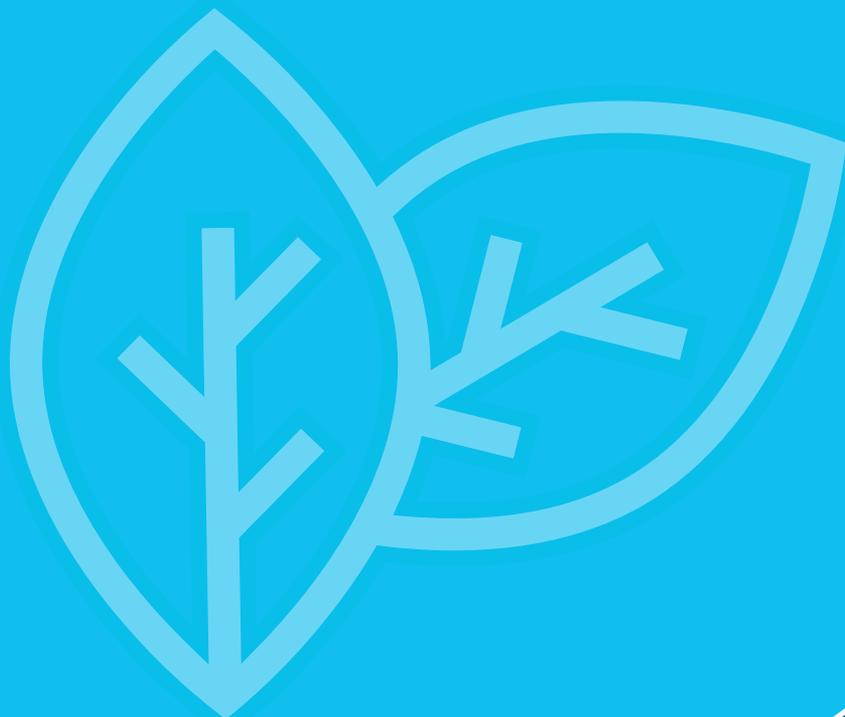
PRESENTACIÓN DEL OBSERVATORIO

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 N° 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.



INTRODUCCIÓN

La vigilancia de la salud es una de las funciones rectoras del Ministerio de Salud. Esta acción tiene como finalidad recopilar, dar seguimiento, analizar y difundir información para establecer las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población, a través del análisis y abordaje de sus determinantes (Ministerio de Salud, 2017a). La vigilancia de la salud, a través de un conjunto de indicadores, es esencial no solo para la comprensión del comportamiento de los problemas de salud y sus variaciones a lo largo del tiempo, sino que también es vital para la toma de decisiones (Ministerio de Salud, 2017a).

En el contexto del control del tabaco, lineamientos internacionales como el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y la Estrategia MPOWER, ambos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacen referencia a la importancia de que los Estados fortalezcan sus sistemas de vigilancia en relación con los factores determinantes del tabaquismo y la aplicación de las medidas de control del tabaco.

Uno de los beneficios de contar con dichos sistemas es que las autoridades sanitarias pueden contar con datos oportunos y actualizados que apoyen los procesos de toma de decisiones (OMS, 2008). Bajo esta premisa, el OVEIS como ente de vigilancia e investigación, establece el Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT) como la base para el seguimiento sistemático del tema de control del tabaco en el país.

El presente documento resume el proceso de recolección, sistematización y análisis de la información que caracterizó este primer seguimiento del SIN-CT efectuado por el OVEIS, en

el período comprendido entre mayo del año 2018 y abril del año 2019. Este documento expone los principales hallazgos obtenidos a partir de los procesos de recolección y análisis de la información recuperada en el contexto de aplicación de la Ley N° 9028, así como las principales limitaciones en cuanto a la disponibilidad y el acceso a los datos.

La información brindada, contribuye significativamente a la vigilancia epidemiológica, así como al seguimiento de aspectos sociales, económicos, sanitarios y ambientales asociados al control del tabaco. Por lo cual, pretende esbozar el panorama nacional en relación al cumplimiento de la legislación mencionada.



DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

El siguiente apartado recopila los principales aspectos técnicos y metodológicos que mediaron en el proceso de construcción del Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT) y su primer seguimiento. A continuación, se exponen los procesos desarrollados para dicha construcción, las fuentes de información consultadas y los mecanismos empleados para la recolección de los datos.

CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE INDICADORES PARA EL CONTROL DEL TABACO

Con la finalidad de establecer un mecanismo sistemático y permanente de vigilancia en relación con la implementación de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud (Ley N° 9028) y de su respectivo reglamento, se plantea desde el OVEIS, el Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT).

Este sistema, constituye una herramienta valiosa a través de la cual es posible desarrollar, no solo, la vigilancia epidemiológica del consumo y el control del tabaco en el país, sino también, la recopilación y análisis de indicadores sociales, económicos y sanitarios asociados al tema. La construcción de este sistema de indicadores estuvo determinada por tres momentos en específico (Figura 1).

Figura 1. Momentos presentados en la construcción del Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT).



MOMENTO 1: ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE INFORMACIÓN



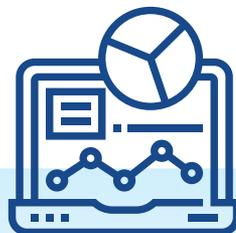
La construcción de este sistema de indicadores inició con un análisis de la oferta y la demanda de la información requerida. A través de este proceso fue posible identificar las necesidades de información requeridas para la vigilancia del tema y evaluar la disponibilidad de la información en el contexto nacional.

A este momento le antecede la elaboración de un diagnóstico situacional sobre el control del tabaco en el país, y la creación de una agenda temática construida con los principales actores que intervienen en la implementación de la Ley N° 9028. Ambos documentos formaron parte del análisis de la demanda, a lo que se sumó la revisión de referencias internacionales (planteamientos efectuados por la OMS) en materia de indicadores para el seguimiento del control del tabaco.

Una vez establecida la demanda de información, se construyó una primera propuesta de indicadores. La cual, abarca las necesidades de información encontradas por los actores sociales consultados para el análisis del tema de control del tabaco en el país. Posteriormente, se desarrolló un estudio de la oferta de la información con el fin de determinar la viabilidad de los indicadores en términos de disponibilidad, periodicidad y continuidad de los datos requeridos.

La información generada a partir de ambos estudios fue contrastada por medio de un análisis comparativo en el que se evaluó la pertinencia, la relevancia y la viabilidad de los indicadores, en un proceso de depuración, lo que permitió establecer una propuesta inicial de 77 indicadores que conformarían el Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT).

MOMENTO 2: PRIMER SEGUIMIENTO DEL SIN-CT



El SIN-CT reúne nueve de las principales áreas temáticas vinculadas al tema de control del tabaco a nivel nacional e internacional. En el período comprendido entre mayo del año 2018 y abril del año 2019 se efectuó el primer seguimiento al SIN-CT con la finalidad de establecer la primera medición de la realidad nacional en términos del control del tabaco, así como de aspectos económicos, sanitarios, ambientales y sociales asociados.

En este primer seguimiento no se logró obtener la información requerida para alimentar los 77 indicadores propuestos inicialmente. Esto se debió a una serie de limitaciones relativas a la disponibilidad de la información y a que algunos de los datos no están siendo generados por las instituciones encargadas. Por lo anterior fue posible completar 55 indicadores del total (Tabla 1).

Tabla 1. Matriz de indicadores planteados del Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco

TEMA	SUBTEMA	INDICADOR	
TEMA 1: AMBIENTE Y TABACO	1.Cultivo de tabaco	1.1.1. Cantidad de hectáreas de tierra dedicadas al cultivo de tabaco	
		1.1.2. Cantidad de agroquímicos utilizados en el cultivo de tabaco	
	1.2. Producción de tabaco	1.2.1. Cantidad de producción de tabaco en toneladas métricas	
		1.2.3. Cantidad de tabaco importado	
	1.3. Consumo de Tabaco	1.3.2. Porcentaje de incendios causados por el uso y/o consumo de productos de tabaco	
	1.4. Post-Consumo	1.4.1. Porcentaje de desechos sólidos generados por el consumo de productos de tabaco	
	TEMA 2: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONOCIMIENTO	2.1. Capacitación Continua	2.1.1. Número de capacitaciones recibidas por los funcionarios del Ministerio de Salud, CCSS, IAFA e ICODER respecto a temas relacionados con la aplicación de la Ley N° 9028
			2.2.1. Número de capacitaciones impartidas sobre temas relacionados con el control de tabaco
2.2. Campañas, Programas y Proyectos de promoción y prevención		2.2.2. Número de campañas realizadas sobre temas relacionados al control del tabaco	
		2.2.3. Número de proyectos desarrollados en el ámbito educativo para promover la salud y prevenir el tabaquismo	
		2.2.4. Número de proyectos desarrollados en el ámbito local para promover la salud y prevenir el tabaquismo	
		2.2.2. Tasa de cobertura de los programas de promoción de la salud y de prevención de tabaquismo en centros de enseñanza primaria y secundaria	
		2.2.2. Tasa de cobertura de los programas de promoción de la salud y de prevención de tabaquismo en centros de enseñanza primaria y secundaria	
3.1. Oferta de servicios para la cesación		3.1.1. Tasa de cobertura de la técnica de intervención breve de cesación de Tabaco en Áreas de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social	
	3.1.2. Tasa de cobertura de las clínicas de cesación de tabaco en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)		
	3.1.3. Accesibilidad a los programas de cesación		

TEMA	SUBTEMA	INDICADOR
	3.2. Demanda de los servicios de cesación	3.2.1. Demanda explícita de ayuda para dejar de fumar a través de programas de cesación de tabaco de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
		3.2.2. Tasa de finalización de los programas de cesación de consumo de tabaco
		3.2.3. Tasa de éxito de los programas de cesación de consumo de tabaco
		3.2.4. Intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses
TEMA 4: ARTICULACIÓN DE ESFUERZOS	4.1. Número de organizaciones	4.1.1. Número de organizaciones de la sociedad civil vinculadas al tema de control del tabaco
TEMA 5: TABAQUISMO EN LOS CENTROS DE TRABAJO	5.1.1. Cantidad de centros de trabajo	5.1.1. Cantidad de centros de trabajo que han recibido capacitaciones enfocadas a la prevención y cesación del tabaquismo
TEMA 6: CONTROL Y FISCALIZACIÓN	6.1. Comercio ilícito	6.1.1. Cantidad de producto de tabaco ilícito incautado por la Policía de Control Fiscal
		6.1.2. Porcentaje de productos de tabaco ilícitos en el país
		6.1.3. Dinero no percibido por Estado por el comercio ilícito
	6.2. Denuncias e infracciones	6.2.1. Número de infracciones por falta de rotulación en los sitios libres de humo de tabaco
		6.2.2. Número de infracciones por irrespeto a los sitios libres de humo de tabaco
6.2.3. Infracciones por fumado en espacios libres de humo de tabaco		
TEMA 7: RECURSOS ECONÓMICOS DE LEY	7.1 Recursos Económicos	7.1.1. Variación anual del Impuesto Específico de los Productos de Tabaco
		7.1.2. Porcentaje del precio final de la marca más vendida que corresponde a impuesto
		7.1.4. Porcentaje de ejecución de los recursos económicos provenientes de la Ley N° 9028, por institución
		7.1.5. Porcentaje de gasto del sistema sanitario por tabaquismo respecto al ingreso total proveniente de la recaudación fiscal
		7.1.7. Dinero recaudado a partir de las multas por incumplimiento a la Ley N° 9028

TEMA	SUBTEMA	INDICADOR
TEMA 8. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	8.1. Consumo	8.1.1. Prevalencia de fumadores actuales
		8.1.2. Prevalencia de ex fumadores
		8.1.3. Prevalencia de fumadores de cigarrillos electrónicos
		8.1.4. Consumo diario de cigarrillos
		8.1.5. Edad media de inicio de consumo de tabaco
	8.2. Morbilidad y mortalidad	8.2.1. Incidencia poblacional de las 5 principales enfermedades atribuibles al consumo de tabaco
		8.2.2. Tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco
		8.2.3. Años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaquismo
		8.2.4. Mortalidad atribuible a la exposición al humo de segunda mano
	8.3. Costos relacionados con la atención sanitaria	8.3.1. Costos directos relacionados con la atención sanitaria de enfermedades asociadas al consumo de tabaco
		8.3.2. Costos indirectos relacionados con la atención sanitaria de enfermedades asociadas al consumo de tabaco
		8.4.1. Porcentaje de la población adulta que ha estado expuesta al humo de segunda mano en el hogar
	8.4. Exposición al humo de tabaco	8.4.2. Porcentaje de la población adulta que ha estado expuesta al humo de segunda mano en el centro de trabajo
		8.4.3. Porcentaje de la población adulta que ha estado expuesta al humo de segunda mano en lugares públicos
		8.4.4. Apoyo a las leyes antitabaco para espacios libres de humo
	TEMA 9: ECONOMÍA DEL TABACO	9.1 Economía del tabaco
9.1.2. Precio de venta de la marca más vendida de cigarrillos		
9.1.4. Cantidad de marcas registradas de líquidos para cigarrillos electrónicos		

Fuente: Elaboración propia (2019).

Cabe señalar que este primer seguimiento al SIN-CT permitió identificar la necesidad de realizar una revisión y reestructuración de los indicadores, considerando el contexto y los hallazgos presentes en esta consulta.

MOMENTO 3: VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA DEL SIN-CT



Considerando los resultados obtenidos en el primer seguimiento al SIN-CT se recomienda desarrollar un nuevo proceso para verificar si los indicadores cumplen con los criterios de relevancia, precisión y calidad estadística para el análisis del control del tabaco en el país. Este proceso de validación se deberá realizar a un mediano plazo.

Esta validación debe conllevar, en primera instancia, una revisión de los indicadores planteados con la finalidad de estructurar un sistema más perfilado y depurado en relación con los objetivos y metas que persigue el OVEIS. Seguidamente, se deberá efectuar una validación externa con expertos en el tema y otra validación interna por parte del equipo de trabajo del OVEIS.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y MECANISMOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS EMPLEADOS EN EL PRIMER SEGUIMIENTO AL SIN-CT

Partiendo de la multisectorialidad que caracteriza la implementación de las medidas para el control del tabaco, el SIN-CT recoge información de más de 12 instituciones (ya sean públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales) que forman parte de los diversos sectores del país, así como sus diferentes dependencias. Estas mantienen una relación directa o indirecta con la implementación de la ley, lo que las convierte en generadoras de la información necesaria para la vigilancia del tema.

La Tabla 2, muestra el listado de las instancias consultadas durante el primer seguimiento al SIN-CT. Se debe aclarar que algunas instituciones no brindaron la información requerida, por lo cual determinados indicadores no contaron con esta primera medición.

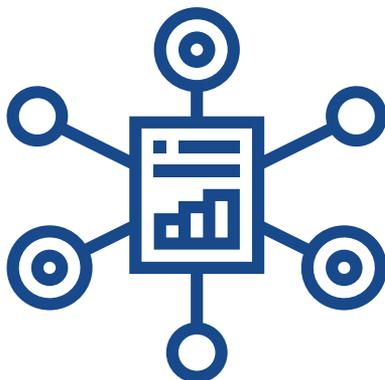


Tabla 2. Fuentes de información del Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT)

RESPONDIERON LOS FORMULARIOS:

Banco Central de Costa Rica: Departamento de Estadística Macroeconómica.

Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica: Unidad de Prevención e Investigación de Incendios.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS): Coordinación de Programas de Cesación de Tabaco y Clínicas de Cesación de Tabaco.

Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER): Área del Deporte¹.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA): Coordinación de Área Técnica.

Ministerio de Hacienda: Policía de Control Fiscal (PCF) y Dirección de Grandes Contribuyentes.

Ministerio de Salud: Direcciones Áreas Rectoras de Salud (solamente algunas direcciones respondieron), Programa de Control de Tabaco (PCT), Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional y Dirección de Atención al Cliente.

BRINDARON INFORMES O LA INFORMACIÓN FUE RECOPIADA DE SU PÁGINA WEB:

Instituto Nacional de Estadística y Censos: Estadística (Encuesta de Ingresos y Gastos).

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA): Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria.

Ministerio de Agricultura y Ganadería: Secretaría Ejecución de Planificación Sectorial Agropecuaria y Servicio Fitosanitario del Estado. Ministerio de Educación Pública: Departamento de Análisis Estadístico.

Ministerio de Hacienda: Servicio Nacional de Aduanas. Ministerio de Salud: Encuesta Global de Consumo de Tabaco en Adultos (GATS). Ocean Conservancy: Trash Free Seas Program.

University of Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Burden Disease (GBD)).

La recolección de los datos se realizó a través de diferentes mecanismos según la institución que los genera. La información presentada en este resumen se obtuvo a través de: cuestionarios, registros administrativos, encuestas, censos y estimaciones directas.

Fuente: Elaboración propia (2019).

¹ No se cuenta con información del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) debido a que no se ha logrado establecer canales de comunicación óptimos.

La recolección de los datos se realizó a través de diferentes mecanismos según la institución que los genera. La información presentada en este informe, se recopiló a través de:

- Cuestionarios: se envió este tipo de instrumento a: el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud (ARS) y el Programa de Cesación de Tabaco de esta misma (ver instancias consultadas en el Anexo 1).
- Registros Administrativos, se solicitaron este tipo de registros a instancias como: departamentos específicos del Nivel Central del Ministerio de Salud y la CCSS.
- Estimaciones directas, es decir, en algunos casos se realizaron cálculos a partir de datos simples, con la finalidad de poder efectuar un mayor análisis de indicadores económicos.
- Encuestas y Censos, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria y la Encuesta Global de Consumo de Tabaco en Adultos (GATS).

De esta forma, este primer seguimiento SIN-CT se alimentó de datos primarios generados por las instituciones como resultado de los procesos desarrollados en el marco de la implementación de la legislación, y datos secundarios recopilados en documentos oficiales elaborados como parte de la misma gestión institucional.



PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El siguiente apartado expone los principales resultados obtenidos a partir del proceso de recolección, sistematización y análisis de la información como parte del primer seguimiento efectuado al Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco.

La información que se presenta a continuación, permite esbozar el panorama nacional referente al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley General para el Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, estableciendo una línea base para el análisis y la toma de decisiones en materia de control del tabaco.



A large, light blue, stylized graphic of a tree or plant branch is positioned on the left side of the page, partially overlapping the text. The graphic consists of several thick, rounded lines forming a central trunk and several branching limbs, all set against a solid blue background.

**AMBIENTE
Y TABACO**

CULTIVO DE TABACO

EXTENSIÓN DE TIERRA DEDICADA AL CULTIVO DE TABACO

La extensión de tierra dedicada al cultivo de tabaco en el país ha sido cambiante y ha experimentado una disminución en los últimos años. Según lo reportado en el Sistema de Información del Sector Agropecuario (SEPSA) del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), entre los años 2006 y 2011 se destinaban más de 40 hectáreas para la siembra de este producto. No obstante, para el año 2012 la cantidad de hectáreas utilizadas para esta actividad se redujo en más de un 50% y, a pesar de que en los dos años siguientes aumentó, se evidencia una disminución considerable de hectáreas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Extensión de tierra dedicada al cultivo de Tabaco en Costa Rica, 2006-2017



USO DE AGROQUÍMICOS EN EL CULTIVO DEL TABACO

En el proceso de cultivo de la especie *Nicotiana Tabacum* y sus variedades pueden ser utilizados una serie de agroquímicos, los cuales son entendidos como “productos químicos que se fabrican o elaboran para ser utilizados en las labores agropecuarias e industrias afines. Entre ellos se incluyen los plaguicidas, los productos veterinarios, fertilizantes y sustancias químicas más peligrosas (...)” (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 1993, p. 1).

A partir de la información publicada por el Servicio Fitosanitario del Estado del Ministerio de Agricultura y Ganadería, se logró identificar que durante el período 2000-2018 se registraron en Costa Rica 583 agroquímicos que pueden ser utilizados para el cultivo de tabaco. Cabe señalar que este dato refleja la disponibilidad de productos, pero necesariamente la cantidad de ellos que son utilizados en el cultivo de tabaco. Dichos agroquímicos se dividen en fertilizantes y plaguicidas, el primero abarca un 88% del grupo, mientras solo un 12% de estos corresponde a plaguicidas. A continuación, se muestra la información correspondiente a cada uno de estos.



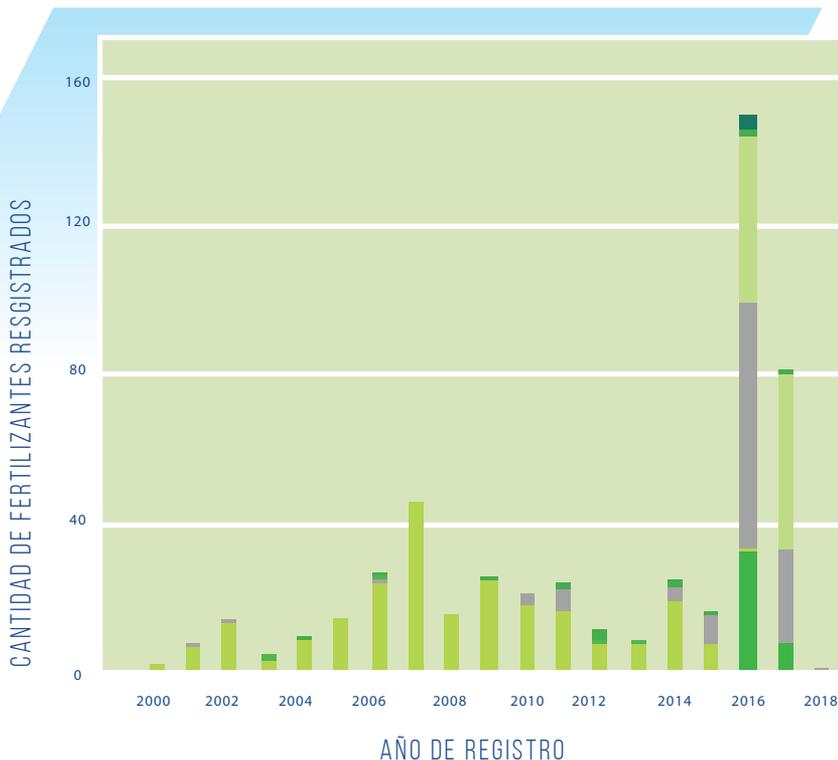
FERTILIZANTES

Los fertilizantes son considerados como “todo producto que incorporado al suelo o aplicado a los vegetales o sus partes, suministra en forma directa o indirecta sustancias requeridas por aquellos para su nutrición, estimular su crecimiento, aumentar su productividad o mejorar la calidad de la producción” (Cámara de Sanidad Agropecuaria y Fertilizantes Argentina [CASAFE], s,f, p. 2887).

En Costa Rica, para el cultivo de la especie *Nicotiana Tabacum* se pueden utilizar una gran variedad de fertilizantes. En el Servicio Fitosanitario del Estado del Ministerio de Agricultura y Ganadería se han registrado, desde el año 2000 hasta el año 2018, un total de 515 fertilizantes que podrían ser utilizados en este cultivo, de los cuales 4 fueron prohibidos, por lo que activos actualmente se identifican 511. Los mismos se encuentran divididos en varias clases: fertilizante, fertilizante formulado, fertilizante fórmula química, fertilizante mezcla física, mejorador de suelo, bioestimulante y enmienda (Gráfico 2).



Gráfico 2. Distribución de fertilizantes activos actualmente en Costa Rica, según año de registro, 2000-2018



- Enmienda
- Bioestimulante
- Mejorador de suelo
- Fertilizante mezcla física
- Fertilizante fórmula química
- Fertilizante formulado
- Fertilizante otro

1/ Para el año 2018 sólo se muestran los datos de enero a junio.

Fuente: Elaboración propia con base en la información del Servicio Fitosanitario del Estado del Ministerio de Agricultura y Ganadería (2018).

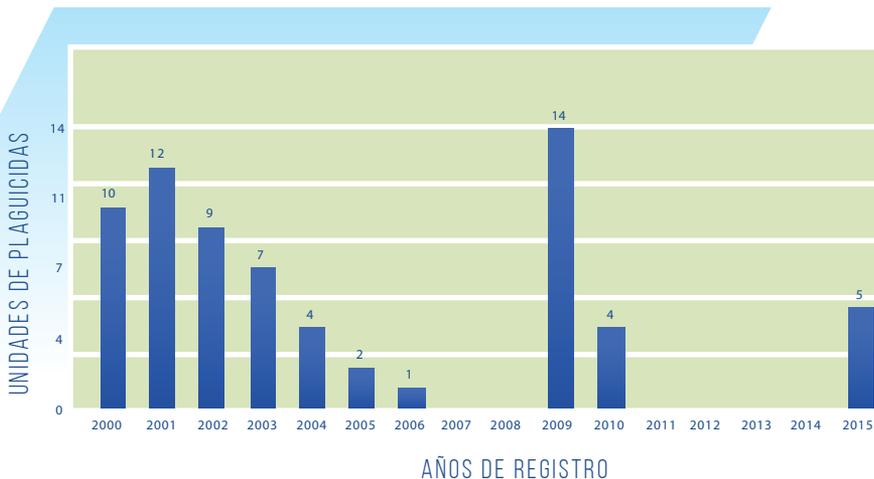
Como se aprecia en el Gráfico 2, a pesar de que todos los años se ha incorporado algún tipo de fertilizante que podría ser utilizado para el cultivo de tabaco, los años con mayor cantidad de registros de este tipo son del 2016 a mediados del 2018, y la clase más registrada actualmente son los fertilizantes de mezcla física.

Según el artículo 2° del Código Internacional de Conducta para la Distribución y Utilización de Plaguicidas, los plaguicidas son entendidos como:

“cualquier sustancia o mezcla de sustancias destinadas a prevenir, destruir o controlar cualquier plaga incluyendo los vectores de enfermedades humanas o de los animales, las especies no deseadas de plantas o animales que causan perjuicio o que interfieren de cualquier otra forma en la producción, elaboración, almacenamiento, transporte o comercialización de alimentos, productos agrícolas, madera y productos de madera o alimentos para animales, o que pueden administrarse a los animales para combatir insectos, arácnidos u otras plagas en o sobre sus cuerpos”. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 1996, p.7)

Desde el año 2000 hasta el 2015² se incluyeron 231 productos de este tipo, de los cuales, 161 se encuentran activos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Total de plaguicidas ingresados al Servicio Fitosanitario del Estado de Costa Rica utilizados en el cultivo de tabaco, según año de registro, 2000-2018



Nota: Según el Servicio Fitosanitario del Estado en los años 2016, 2017 y 2018 no se registraron plaguicidas.

Fuente: Elaboración propia con base en la información del Servicio Fitosanitario del Estado del Ministerio de Agricultura y Ganadería (2018).

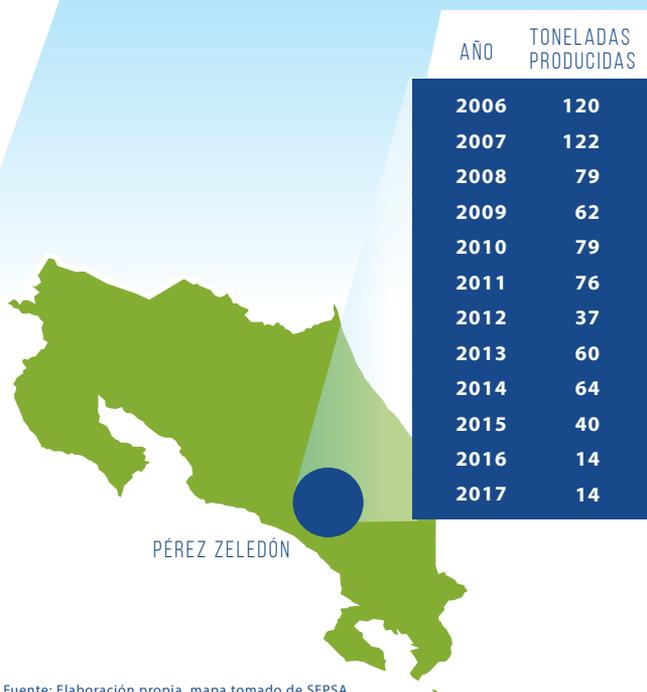
²Hasta este año se encontraron datos.

PRODUCCIÓN DE TABACO

PRODUCCIÓN DE TABACO EN TONELADAS MÉTRICAS

Este indicador hace alusión a la última etapa del proceso de cultivo de la planta del tabaco. Refiere al momento en el cual la planta está lista para utilizarse en la confección de cigarrillos, puros y demás formas similares o productos de este tipo. Desde el año 2006 hasta el año 2017, el SEPSA reporta que solo se está produciendo tabaco en la Región Brunca, únicamente en el cantón de Pérez Zeledón. Sin embargo, esta producción ha disminuido considerablemente pasando de 120 toneladas a 14 toneladas tal como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Producción de tabaco en Pérez Zeledón, Región Brunca, 2006-2017.



Fuente: Elaboración propia, mapa tomado de SEPSA e información recopilada de SEPSA con base en la información de Tabacos del Valle (2018).

TABACO IMPORTADO

En lo que concierne al tabaco importado, este se entenderá como los diferentes tipos y formas de tabaco que ingresan al país mensualmente y que son reportados. La Dirección de Aduanas del Ministerio de Hacienda es la encargada de generar esta información. Para los productos de tabaco importados existen tres descripciones arancelarias: (1) tabaco en rama o sin elaborar, desperdicios de tabaco; (2) cigarros (puros (incluso despuntados)), cigarrillos (puritos) y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos del tabaco; y (3) los demás tabacos y sucedáneos del tabaco, elaborados; tabaco “homogenizado” o “reconstituido”, extractos y jugos de tabaco (Ley N° 9028).

El producto que se importa en mayor cantidad, desde el año 2010, corresponde a “cigarros (puros (incluso despuntados)), cigarrillos (puritos) y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos del tabaco”. Esta situación cambia a partir del año 2013, donde se empieza a importar en mayor cantidad el “tabaco en rama o sin elaborar, desperdicios de tabaco”. Esta situación se mantuvo hasta el año 2017.

A pesar de los cambios en el comportamiento de las importaciones de dichos productos, estas dos categorías (1 y 2) han sido las más importadas en comparación con “los demás tabacos y sucedáneos del tabaco, elaborados; tabaco “homogenizado” o “reconstituido”, extractos y jugos de tabaco” (Gráfico 4).

Gráfico 4. Cantidad de tabaco importado en Costa Rica, 2010-2017, según descripción arancelaria de la partida



- Total tabaco importado
- Tabaco en rama o sin elaborar, desperdicios de tabaco
- Cigarros, cigarrillos y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos
- Demás tabacos y sucedáneos elaborados, tabaco homogenizado o reconstituido, extractos y jugos de este

Fuente: Elaboración propia a partir de información de los datos colgados en la página oficial por la Dirección de Aduanas del Ministerio de Hacienda (2018).

A pesar de que en el período 2013-2017 se observa una importación mayor de la categoría de “cigarrillos (puros (despuntados), cigarrillos (puritos) y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos del tabaco”, en el 2018 se evidencia un retorno al comportamiento presentado en los años 2010-2012, ya que de enero a mayo se identificó que “tabaco o en rama sin elaborar” es lo más importado. Esto debido a que en los primeros cinco meses del 2018 la Dirección de Aduanas reportó que:

- Lo importado en “Tabaco en rama o sin elaborar, desperdicios de tabaco” corresponde a 92.809 kilogramos.
- La cantidad de “cigarrillos (puros (despuntados)), cigarrillos (puritos) y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos del tabaco” importados fue: 329.127 kilogramos.
- Por último, los “demás tabacos y sucedáneos del tabaco, tabaco “homogenizado” o “reconstituido”, extractos y jugos de tabaco” importados en el país oscila en los 24.049 kilogramos.

Como se observa en la Tabla 3, existen varios países que importaron tabaco en el período analizado, en la mayoría de los años la cantidad de países importadores sumaron más de 10, sin embargo, tres países representaron el 70% la importación según partidas arancelarias. Dentro de estos se resalta Brasil y México como los países de los cuales se ha dado mayor importación de tabaco y sus derivados para el país.



Tabla 3. Cantidad de tabaco importado según partida arancelaria de importaciones y principales países importadores, 2010-2018

PARTIDA ARANCELARIA			
AÑO	Tabaco en rama o sin elaborar, desperdicios de tabaco		
	Cantidad total de países de origen	Principales países importadores según peso	Proporción de kg importados (%)
2010	18	Brasil	41
		Virgenes Británicas	13
		Polonia	8
2011	18	Brasil	57
		Nicaragua	19
		Virgenes Británicas	9
2012	16	Brasil	30
		Polonia	12
		Argentina	10
2013	20	Brasil	49
		Argentina	9
		Mozambique	8
2014	13	Brasil	35
		Argentina	16
		Mozambique	10
2015	13	Brasil	45
		Argentina	20
		Suiza	8
2016	13	Brasil	32
		Ecuador	25
		Argentina	11
2017	15	Brasil	31
		Argentina	26
		Mozambique	14
2018	5	Brasil	71
		Ecuador	11
		Perú	8

PARTIDA ARANCELARIA

AÑO	Cigarrillos (puros despuntados)		Cigarritos (puritos) Cigarrillos de tabaco o sucedáneos del tabaco
	Cantidad total de países de origen	Principales países importadores según peso	Proporción de kg importados (%)
2010	18	Honduras	87
		Bulgaria	6
		Panamá	2
2011	21	Honduras	79
		Panamá	35
		Paraguay	8
2012	22	Honduras	76
		Chile	10
		México	4
2013	18	Honduras	73
		México	10
		Chile	9
2014	17	Honduras	73
		México	14
		Chile	12
2015	12	Honduras	80
		México	12
		Chile	7
2016	15	Honduras	79
		México	18
		Chile	2
2017	12	Honduras	77
		México	20
		Chile	2
2018	11	Honduras	70
		México	17
		Costa Rica	9

PARTIDA ARANCELARIA

AÑO	Tabacos y sucedáneos del tabaco, tabaco "homogenizado" o "reconstituido", extractos y jugos de tabaco		
	Cantidad total de países de origen	Principales países importadores según peso	Proporción de kg importados (%)
2010	12	Brasil	69
		México	15
		China	14
2011	11	Brasil	78
		México	17
		Estados Unidos	2
2012	11	Brasil	75
		Guatemala	11
		México	8
2013	10	Brasil	67
		México	28
		Guatemala	5
2014	8	Brasil	68
		México	30
		India	0.3
2015	4	Brasil	56
		México	43
		Estados Unidos	0,09
2016	11	México	42
		Brasil	32
		Canadá	19
2017	8	México	38
		Brasil	34
		Canadá	27
2018	4	Canadá	95
		Bélgica	3
		Estados Unidos	1

1/ La información de este año corresponde al periodo enero-mayo
 Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Dirección de Aduanas del Ministerio de Hacienda (2018).

CONSUMO DE TABACO

INCENDIOS CAUSADOS POR EL USO Y/O CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO

Los incendios son fuegos de grandes proporciones que se desarrollan y arden sin control por causa de la combustión de fuentes de ignición (principalmente sólidas), en zonas que no estaban destinadas a quemarse (Grant, s.f). Estos pueden ser causados por diferentes fuentes, como por ejemplo el fumado. Es decir, por los restos de cigarrillos o instrumentos usados para fumar (fósforos, encendedores, otros), que luego de su consumo entran en contacto con diversas superficies inflamables.

Respecto a los incendios generados por causa de cigarrillos, se ha determinado que los mismos son producidos principalmente en casas de habitación, y que en los últimos años (2015-2017) el porcentaje de estos va en aumento, según datos del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica (Gráfico 5).



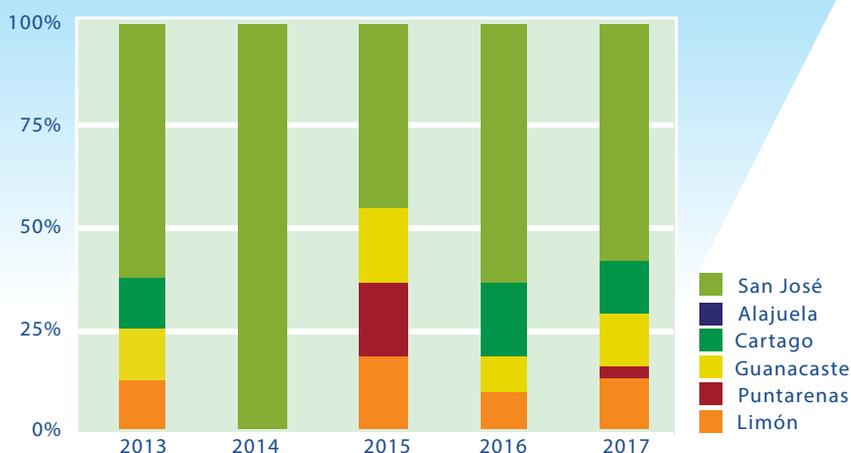
Gráfico 5. Porcentaje de incendios causados por fumado, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia de a partir de información de la Unidad de Prevención e Investigación de Incendios del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica (2018)

Para estos mismos años, también se observa que la mayor cantidad de incendios presentados como consecuencia del fumado se dio en las provincias de San José y Alajuela. La primera de ellas experimentó un incremento en los últimos años como se muestra en el Gráfico 6.

Gráfico 6. Distribución porcentual de incendios causados por fumado, según provincia, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia de a partir de información de la Unidad de Prevención e Investigación de Incendios del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica (2018).

POST-CONSUMO

DESECHOS SÓLIDOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO

Los desechos sólidos son entendidos como “todos aquellos desechos no líquidos que son generados por la actividad humana y los escombros resultantes del desastre mismo” (OPS y OMS, s.f. párr. 1). En este informe se consideran los desechos sólidos resultantes del consumo de tabaco, en comparación con los desechos totales recolectados en costas y mares del país.



La única fuente identificada para recolectar esta información corresponde a los informes elaborados por Ocean Conservancy, organización que según lo descrito en su página web, se dedica a la conservación y protección de los océanos (2018). Se debe considerar que los datos generados se basan en los residuos recolectados por medio de voluntarios, quienes participan en el programa por medio de organizaciones en el país que son enlaces con esta entidad.

Por lo anterior, se debe señalar que la recolección no se da en todas las costas del país. Además, pueden existir varios formatos de formularios de llenado (por lo que no es estandarizada en todas las zonas) y no existe una muestra probabilística, sino que es a conveniencia de los participantes. Debido a esto, los resultados obtenidos están sujetos a errores metodológicos dado sus características.

A pesar de lo anterior, se siguen considerando los resultados presentados por esta organización, debido a que es la única instancia que recopila y analiza este tipo de datos. Por ende, a pesar de que estos no reflejan el panorama total del país en este tema, brindan un acercamiento.

Con respecto a los resultados se identifica que a nivel de costas el porcentaje de desechos sólidos recolectados oscila entre 0 y 26,5%, durante los años 2009-2016, pero en los mares aparece como registro 0%³. En torno a la primera estadística, lo que más se observa son colillas de cigarro. En cuanto al año con mayor porcentaje de material recolectado fue 2014 (Tabla 4). Se debe recordar que estos datos están sujetos a disponibilidad y lugares de recolección.

³Hay que considerar que la recolección de estos desechos se realiza con base a las facilidades de los voluntarios, por ende, este resultado puede verse afectado por la dificultad de recolección de desechos en los mares.

Tabla 4. Porcentaje de desechos sólidos recolectados en costas en el período 2009-2016

AÑO	TIPO DE DESECHO	
	Colillas de cigarrillos (%)	Cajetillas de cigarrillos (%)
2009	2,62	0,14
2010	0,51	0,08
2011	2,55	0,02
2012	2,09	0,05
2013	16,50	0,11
2014	26,5	0,68
2015	0	0
2016	0,03	0

Nota: la muestra no es probabilística.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ocean Conservancy (2016).



PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONOCIMIENTO

A stylized, light blue graphic of a hand holding a magnifying glass is positioned in the background. The hand is on the left, with the index finger pointing towards the right. The magnifying glass is held over the right side of the page, with its handle extending towards the bottom left. The entire graphic is rendered in a light blue color that matches the background.

La promoción de la salud y la prevención del consumo de tabaco forman parte de los objetivos que persigue la ley como parte de las estrategias para disminuir el consumo y evitar la iniciación de nuevos fumadores. Para abordar los siguientes indicadores se consultó a las principales instituciones vinculadas con la aplicación e implementación de la ley. Las instituciones que brindaron información⁴ para este apartado corresponden a:

- El Ministerio de Salud. Se consultó a la totalidad de Áreas Rectoras de Salud (ARS) y se obtuvo una tasa de respuesta del 93% (Anexo 1).
- La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
- El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

CAPACITACIÓN CONTINUA

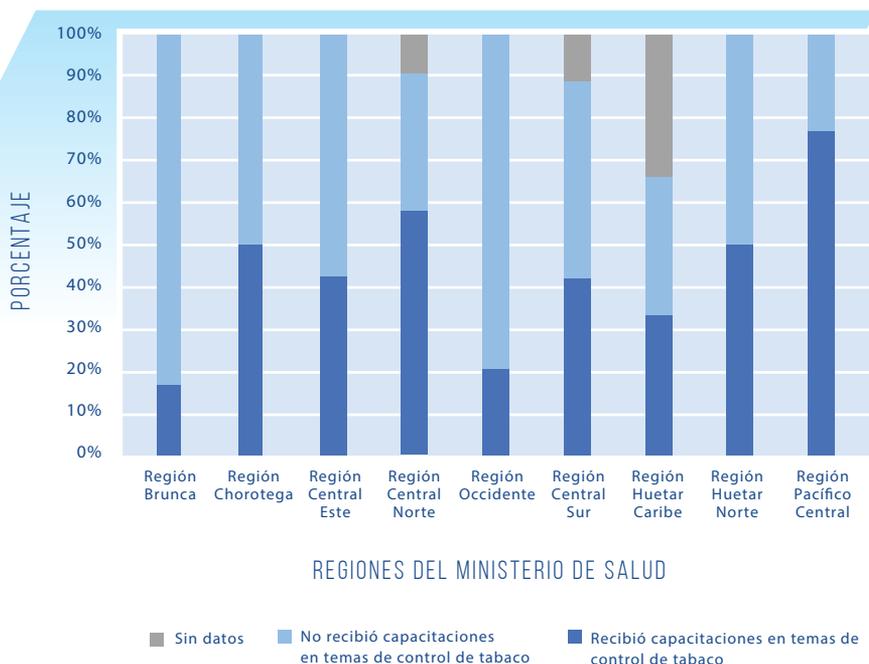
PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIONES

En este apartado, se expone información referente a las capacitaciones recibidas por parte de funcionarios del Ministerio de Salud en el tema de control del tabaco y la Ley N° 9028 y/o su respectivo reglamento.

De las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud que respondieron la consulta realizada, un 49,35% reportó haber recibido capacitaciones sobre temas relacionados al control del tabaco, mientras que un 50,65% informó no haber participado en ninguna actividad de formación sobre este tema. En el Gráfico 7 se muestran los datos según las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud.

⁴Cabe señalar que no se presenta información del ICODER, debido a que no se logró establecer canales de comunicación oportunos.

Gráfico 7. Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que recibieron capacitaciones en temas de control del tabaco, según región del Ministerio de Salud, del 2012 al 2018¹



^{1/} Datos disponibles hasta octubre del 2018.
Fuente: Elaboración propia, 2018

En términos generales, las capacitaciones a las que asistieron los funcionarios de Áreas Rectoras fueron impartidas principalmente por el Nivel Central del Ministerio de Salud, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Interamericana del Corazón, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), entre otros.

Algunas de las temáticas abordadas en dichas capacitaciones fueron: aspectos para la prevención del consumo de tabaco, cumplimiento de los espacios libres de humo, sensibilizaciones y conocer sobre la Ley N° 9028 y su reglamento, así como promover la cesación de tabaco, el tabaquismo como problema de salud pública, entre otros. Por otra parte, algunas de las motivaciones por las cuales los funcionarios asistieron a las capacitaciones se encuentran:

- **“Mejorar el perfil profesional”,**
- **“Tener más conocimiento en temas del tabaco”,**
- **“Aprovechamiento de conocimiento y recurso humano capacitado de otras instituciones” y,**
- **“Por convocatoria del Nivel Central del Ministerio de Salud”.**

CAPACITACIONES IMPARTIDAS SOBRE TEMAS RELACIONADOS AL CONTROL DEL TABACO

Para efectos de este indicador se presentará la información del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. A continuación, se muestran los resultados según institución.

- **Ministerio de Salud**

Para recopilar la información referente a las capacitaciones realizadas por el Ministerio de Salud, se consideró únicamente a las Áreas Rectoras de esta institución. De las ARS que respondieron el cuestionario, un 33,77% reportaron haber efectuado capacitaciones sobre temas relacionados al control del tabaco (Gráfico 8).

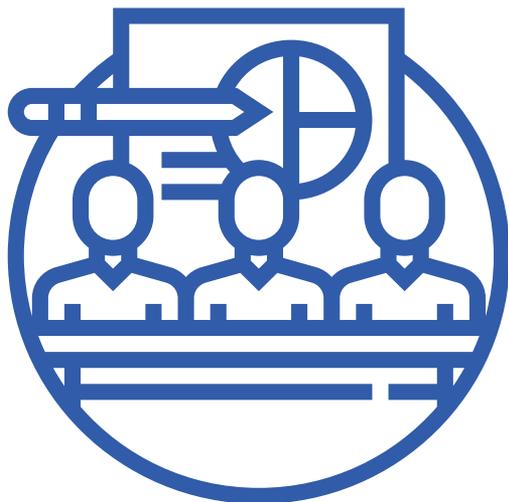
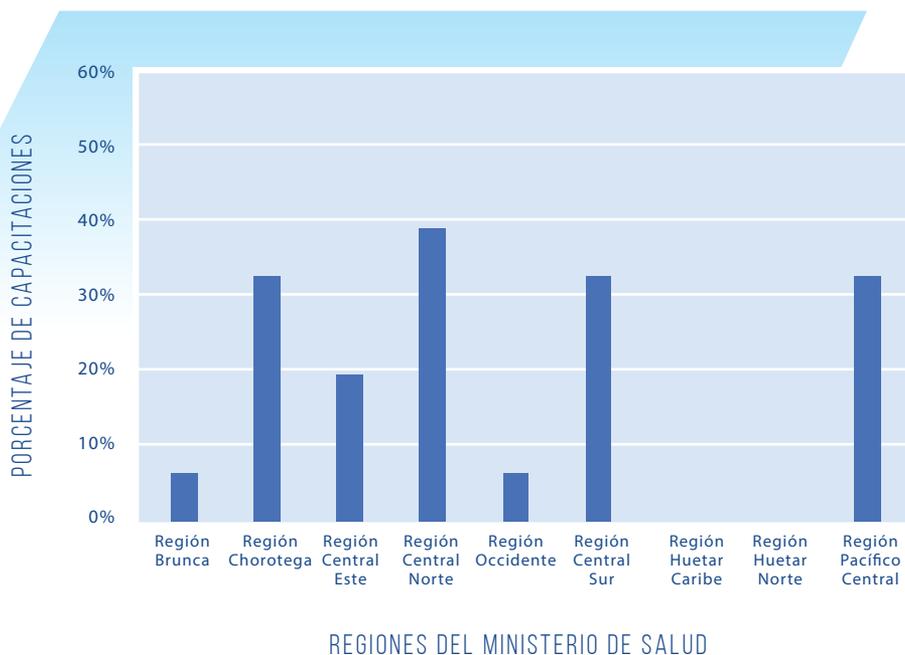


Gráfico 8. Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que ejecutaron capacitaciones, según región del Ministerio de Salud, durante el período 2012 al 2018¹



^{1/} Datos disponibles hasta octubre del 2018.

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que las Direcciones Regionales Central Norte, Central Sur, Chorotega y Pacífico Central destacan en la ejecución de capacitaciones a actores involucrados con la implementación de la Ley N° 9028. No obstante, en el caso de la Región Huetar Caribe y Huetar Norte indicaron no haber realizado alguna capacitación a este tipo de público.

Entre los principales temas abordados en las capacitaciones realizadas por las ARS destacan: “Sensibilización de la Ley N° 9028”, “Alcances de la Ley N° 9028”, “Ley N° 9028 y su reglamento”, “Espacios 100% libres de humo”, entre otros. Asimismo, estas acciones se brindaron a diversos públicos relacionados con la implementación de la ley como, por ejemplo: funcionarios de la Fuerza Pública, empleados municipales, personal de establecimientos comerciales, entre otros.

Según lo reportado, en la ejecución de las capacitaciones surgieron algunas limitaciones. Entre estas se encuentran, la falta de lineamientos institucionales en el tema, la escasez de recurso presupuestario para refrigerios, horas extra y transporte. También se señaló la falta de recurso humano para la organización de las capacitaciones, así como la falta de tiempo y material didáctico y promocional.

• **Caja Costarricense del Seguro Social**

La CCSS ha realizado seis capacitaciones desde la aprobación de la Ley N° 9028. Estas abordaron temáticas sobre cesación del fumado y el manejo del estrés y ansiedad en personas consumidoras de tabaco.

• **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia**

Para el año 2018, el IAFA indicó haber impartido cinco capacitaciones relacionadas con conceptos y estrategias para la cesación de tabaco. Estas se dirigieron a técnicos y profesionales vinculados con la atención de adicciones. Campañas, programas y proyectos de promoción y prevención

CAMPAÑAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

CAMPAÑAS SOBRE TEMAS RELACIONADOS AL CONTROL DEL TABACO

A continuación, se muestra la información sobre las campañas informativas realizadas por las Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia sobre temas relacionados al control del tabaco y la Ley N° 9028.

• Ministerio de Salud

En lo que compete al Ministerio de Salud, para efectos de estos indicadores se tomó en cuenta sólo la información recopilada de las ARS. De estas un 55,84% manifestaron que sí realizaron campañas informativas relacionadas a temas de control del tabaco en el período 2012-2018.

En el Gráfico 9, se puede observar esta distribución según las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud.

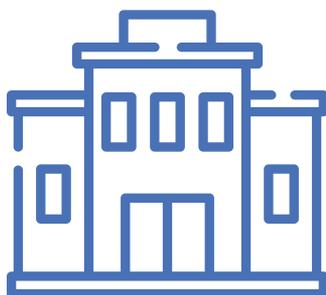
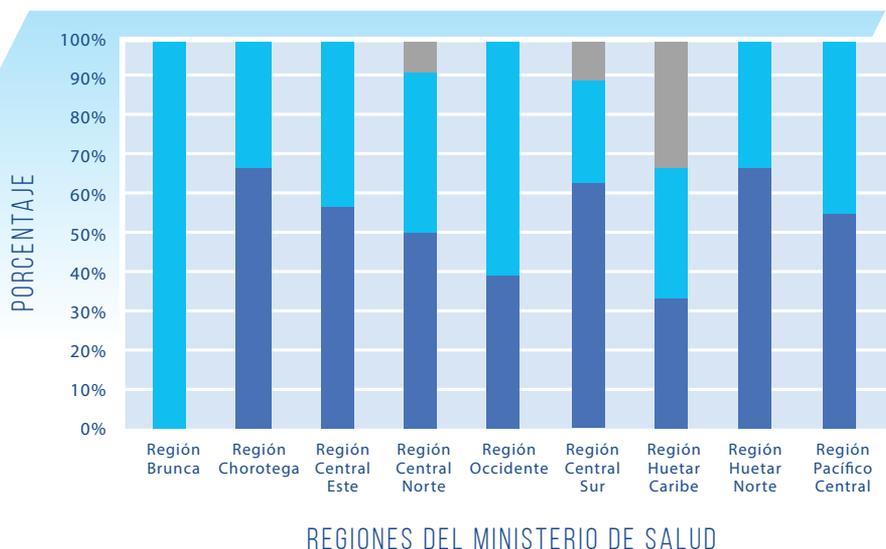


Gráfico 9. Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que ejecutaron campañas de promoción de la salud y prevención del tabaquismo, según región del Ministerio de Salud, del 2012 al 2018¹



1/ Datos disponibles a octubre del 2018.
Fuente: Elaboración propia, 2018

- Sin datos
- No realizó campañas informativas
- Realizó campañas informativas

Entre los principales temas abordados en las campañas informativas realizadas por las ARS se encuentran: “Mecanismos de denuncia y lugares prohibidos para fumar”, “Información Ley N° 9028”, “Promoción de espacios libres de humo de tabaco”, “Efectos nocivos del tabaco”, “Beneficios del no fumado”.

La población a la cual fueron dirigidas las campañas varía según el Área Rectora, sin embargo, en términos generales la población meta fue: habitantes de las unidades, dueños de comercios y bares del área, integrantes de las cámaras de turismo y hoteles, personal de instituciones públicas y privadas, estudiantes universitarios, entre otros.

Por otra parte, entre las limitantes para la realización de las campañas informativas señaladas por las Áreas Rectoras se encuentran: presupuesto insuficiente para organización de eventos, horas extra, alimentación y transporte. Asimismo, mencionan que la falta de material promocional y educativo, así como la escasez de tiempo y personal especializado les ha restringido el desarrollo de este tipo de actividades.

Por último, las Áreas Rectoras que señalaron no haber realizado campañas informativas sobre temas relacionados al control del tabaco expusieron como motivos: la ausencia de un departamento específico para realizar este tipo de actividades, así como la falta de indicaciones dentro del Plan Organizacional Institucional (POI).

• **Caja Costarricense del Seguro Social**

La CCSS ha realizado 12 campañas informativas desde el año 2013, las cuales se han dirigido a la población en general, y los temas abordados han sido: “Cesación del fumado”, “Riesgos y concientización sobre el fumado” y “Promoción del no fumado” y “Riesgos del uso de vaporizadores”.

• **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia**

El IAFA menciona que ha realizado 6 campañas desde el año 2016, enfocadas a los beneficios del no fumado, la prevención del consumo de tabaco, la promoción del abandono del tabaco y las habilidades para la vida como factor de protección para evitar consumo de drogas. Estas campañas han sido dirigidas a niños, jóvenes y adultos menores de 45 años.

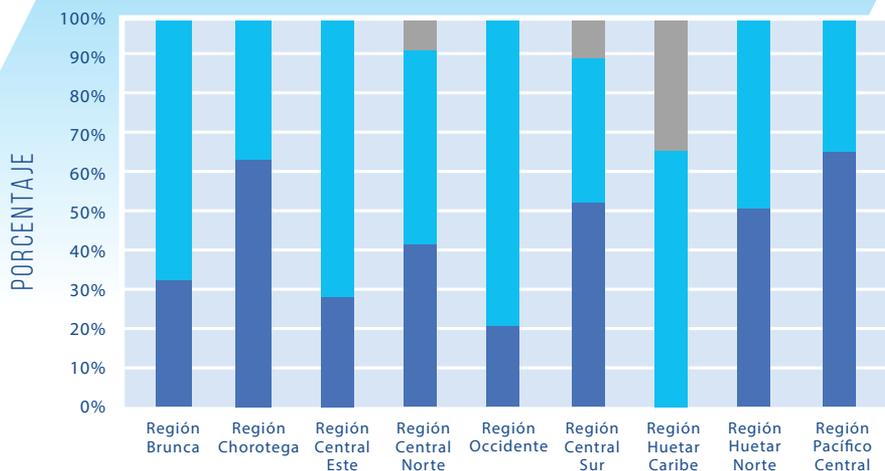
PROYECTOS DESARROLLADOS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Este indicador incluye la realización de proyectos relacionados a la prevención del tabaquismo en el ámbito educativo por parte de las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

• Ministerio de Salud

De la totalidad de las ARS que respondieron el cuestionario, un 46,75% indicó que ha realizado proyectos dirigidos a población de primaria y secundaria, relacionados con la prevención del consumo de tabaco. Por otra parte, más de la mitad (53,25%) mencionó no haber realizado este tipo de actividades. Lo anterior se puede observar con mayor detalle en el Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribución porcentual de Áreas Rectoras de Salud que realizaron proyectos dirigidos a población de primaria y secundaria, según región del Ministerio de Salud, del 2012 – 2018¹



REGIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

■ Sin datos ■ No han realizado proyectos en ámbito educativo ■ Sí han realizado proyectos en ámbito educativo

¹/ Datos disponibles a octubre del 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los proyectos realizados en primaria y secundaria por las ARS abordaron temas como: “Prevención del consumo de tabaco”, “Espacios libres de humo de tabaco”, “Efectos del tabaco en la salud de las personas”, “Promoción de estilos de vida saludables en población estudiantil”, “Prevención de las adicciones”, entre otros.

La población hacia la cual se dirigieron estos proyectos fue: personal docente, administrativo y estudiantes de distintas escuelas y colegios. En cuanto a las limitaciones presentadas durante la realización de los proyectos se menciona la falta de recursos económicos para alimentación de los participantes, transporte y horas extra, escasez de personal y material educativo.

Nuevamente la falta de recurso humano y económico, así como la falta de planificación del tema dentro del POI se presentan como las principales razones por las cuales las ARS no desarrollan proyectos de esta índole.

• **Caja Costarricense de Seguro Social**

La CCSS ha realizado un solo proyecto en el ámbito educativo, el cual se ejecutó en el período 2014 – 2018, y se desarrolló en coordinación con el Ministerio de Educación Pública (MEP).

Dicho proyecto llama: “Proyecto integral de comunicación y educación para la prevención del tabaquismo en población infantil, adolescente y adulta joven” y se ha llevado a cabo en diversos centros educativos públicos y privados del país.

- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia**

De igual forma, el IAFA indica que ha desarrollado dos proyectos a nivel educativo. Los cuales se ejecutaron en coordinación con el Ministerio de Educación Pública, y se implementaron durante el año 2018. Ambas iniciativas abarcaron temáticas de habilidades para la vida como factor de protección para la prevención del consumo de tabaco.

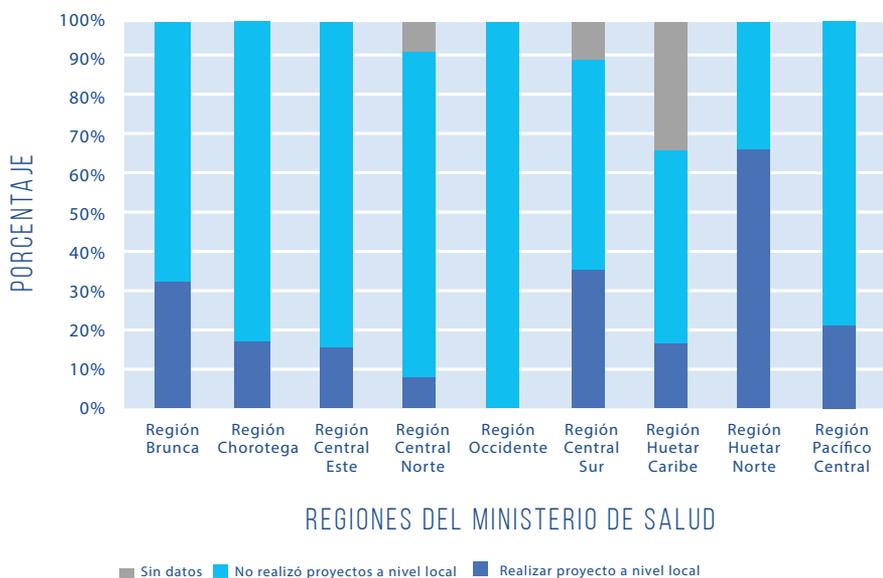
PROYECTOS DESARROLLADOS EN EL ÁMBITO LOCAL

Esta sección muestra la información respectiva a proyectos desarrollados por las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud, la CCSS y el IAFA en coordinación con instancias locales para la prevención del consumo de tabaco. A continuación, se presentan los resultados por institución.

- **Ministerio de Salud**

Es importante destacar que, en el caso de las iniciativas desarrolladas en el ámbito local, de las Áreas Rectoras que respondieron la consulta el 74,03% manifestó no haber realizado este tipo de proyectos (Gráfico 11). Esto debido a la escasez de presupuesto, la falta de un departamento específico para realizar proyectos sobre la Ley N° 9028, la no aprobación de los proyectos presentados al Nivel Central de la institución, la escasez de recurso humano y material educativo y promocional, entre otros.

Gráfico 11. Distribución porcentual de Áreas Rectoras en Salud que realizaron proyectos en el ámbito local, según región del Ministerio de Salud, del 2012 – 2018¹



REGIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

■ Sin datos ■ No realizó proyectos a nivel local ■ Realizar proyecto a nivel local

1/ Datos disponibles a octubre del 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Entre los temas abordados en los proyectos locales desarrollados por las Áreas Rectoras se destacan: “Promoción de estilos de vida saludables”, “Consecuencias del fumado”, “Promoción de espacios libres de humo de tabaco”, “Promoción de actividad física y prevención de adicciones”.

• Caja Costarricense de Seguro Social

En el caso de la CCSS, desde el año 2015 hasta el 2017, esta institución ha realizado seis proyectos culturales en coordinación con otras instancias, principalmente municipalidades. La finalidad de desarrollar este tipo de acciones radica en prevenir el consumo de tabaco y se han enfocado hacia la población en general.

• Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

En lo que respecta al año 2018 el IAFA ejecutó un proyecto en el ámbito local, el cual se llevó a cabo en coordinación con municipalidades, la CCSS, iglesias y organizaciones no gubernamentales. Las temáticas que se abordaron fueron: promoción de la salud, habilidades para la vida y prevención de consumo de sustancias psicoactivas.

TASA DE COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO EN CENTROS DE ENSEÑANZA PRIMARIA Y SECUNDARIA

Respecto a los programas de prevención del tabaquismo que se desarrollaron en centros de enseñanza primaria y secundaria, según datos de la Dirección de Planificación Institucional, del MEP, esta institución no desarrolla acciones exclusivas para tabaco. Sin embargo, en el 2017 implementó una serie de programas de prevención del uso indebido de drogas no medicadas, entre ellas el tabaco.

Estos programas fueron: DARE, Convivir, Programa Regional Antidrogas (PRAD), Protocolo de actuación en situaciones de hallazgo, tenencia, consumo y tráfico de drogas, Aprendo a valerme por mí mismo, Pinta seguro, La niña del Bosque y el Colibrí, Familias Fuertes, Circuito Saludable, Saber Elegir, Saber Ganar, Prevención, Detección e Intervención Temprana (PDEIT), Estado de Derecho y Cultura de Legalidad, y Formación de Formadores en Robótica (descripción en el Anexo 2).

En lo que respecta a la aplicación de los programas de prevención para el uso indebido de drogas desarrollados en escuelas se determinó una tasa de cobertura total de 89%, y las escuelas públicas presentan un mayor porcentaje de ejecución, del 95% (Tabla 5).

Tabla 5. Aplicación de los programas de prevención del uso indebido de drogas en las escuelas de primaria de Costa Rica, según tipo de escuela, 2017.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	Escuelas Públicas	Escuelas privadas	Escuelas subvencionadas	Totales
Número de escuelas en el país	3.714	295	19	4.028
Número de escuelas en las que se aplicaron los programas	3.516	71	9	3.595
Porcentaje de aplicación de los programas	95%	24%	42%	89%

Fuente: Ministerio de Educación Pública (2018).

Los programas que se ejecutaron en los colegios del territorio nacional tienen una tasa de cobertura del 59%, siendo los colegios privados las instancias en las que se aplica el menor porcentaje de estos programas (Tabla 6): Este mismo fenómeno se presenta en las escuelas, sin embargo, los porcentajes de aplicación son mayores en primaria que en secundaria.

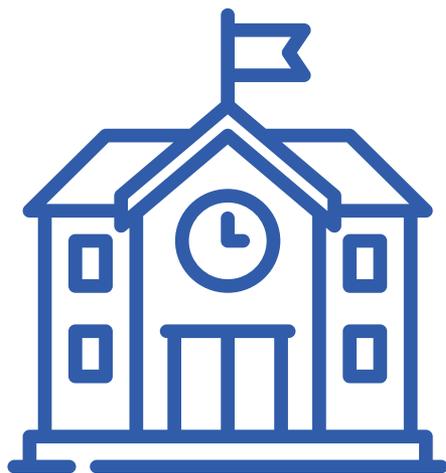


Tabla 6. Aplicación de los programas de prevención del uso indebido de drogas en los colegios de Costa Rica, según tipo de colegio, 2017

APLICACIÓN PROGRAMAS	Colegios públicos	Colegios privados	Colegios subvencionados	Totales
Número de colegios en el país	735	208	22	965
Número de colegios en los que se aplicaron los programas	543	19	6	568
Porcentaje de aplicación de los programas	74%	9%	27%	59%

Fuente: Ministerio de Educación Pública (2018).

Cabe señalar que este tipo de programas son desarrollados por el MEP, en conjunto con otras instituciones, como: el Ministerio de Seguridad Pública, Instituto Costarricense sobre Drogas, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el Programa de Consumo Inteligente de Florida Ice & Farm Co (FIFCO), la Universidad Nacional de Costa Rica.



A large, light blue graphic on a blue background. It features a heart shape at the top, with two hands reaching up from below, their fingers interlocking to form a larger heart shape. The lines are thick and rounded.

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

DEMANDA DEL SERVICIO PARA DEJAR DE FUMAR

INTENTO DE DEJAR DE FUMAR

Este indicador se basa en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) y se define como la proporción de personas que intentaron dejar de fumar en el último mes de la encuesta, en torno a la cantidad total de fumadores en el país en un año determinado. Los datos presentados en esta medición corresponden al año 2015. Se estableció que la demanda es de un 58,6%, y se determinó que:

- La mayor demanda la realizan las mujeres, con un 65,4%, en comparación con los hombres con un 56,2%.
- Las personas de la zona rural demandan más ayuda para dejar de fumar (60,4%) en comparación con la población residente en la zona urbana (58,0%).

GRUPOS DE APOYO A PERSONAS EX FUMADORAS

Por grupos de apoyo para exfumadores son aquellos que están constituidos mayoritariamente, pero no limitados, por personas que egresaron de las clínicas de cesación de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Este indicador permite observar si existen en el país algunas instancias organizativas que brinden apoyo a personas que han cesado el consumo, y que sirven para evitar recaídas, como ocurre con adicciones a otras drogas. Además, contribuye a determinar si la existencia de estos se da con base en algún apoyo de cualquier tipo de las instituciones públicas, específicamente, de la CCSS, del Ministerio de Salud o del IAFA.

Con base en los insumos de nueve clínicas de cesación de la CCSS, que respondieron el cuestionario de consulta, es posible indicar la existencia de grupos de personas ex fumadoras (Tabla 7).

Tabla 7. Relación de las Clínicas de la CCSS con grupos de ex fumadores, 2018

CLÍNICA DE CESACIÓN	Con grupo de exfumadores	Sin grupo de ex fumadores
CAIS Cañas	X	
Hospital Geriátrico Blanco Cervantes		X
Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde		X
Hospital de Grecia San Francisco de Asís	X	
Hospital de Niños Carlos Sáenz Herrera	X	
Hospital de Heredia San Vicente de Paúl	X	
Hospital de Osa Tomás Casas		X
Hospital México	X	
Hospital de San Vito	X	
Total	6	3

Nota: Sólo son contempladas estas clínicas de cesación de tabaco, debido a que fueron las únicas que respondieron la consulta realizada.

Fuente: Elaboración propia a partir de consulta a la CCSS (2019).

Estos grupos guardan una estrecha relación con las clínicas de cesación de tabaco debido a que están conformadas mayoritariamente por exparticipantes. Asimismo, estos grupos son invitados a participar en charlas motivacionales con los nuevos grupos de clínicas de cesación de tabaco y a las actividades anuales que se realizan.

OFERTA DE SERVICIOS DE CESACIÓN

CENTROS DE SALUD QUE REALIZAN INTERVENCIÓN BREVE DE CESACIÓN

Se denomina intervención sobre el tabaquismo al conjunto de estrategias efectivas orientadas al abandono del consumo de tabaco (Hernández et al, 2016). La técnica de intervención breve o intervención mínima forma parte de estas estrategias implementadas por los profesionales en salud como parte del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del tabaquismo como enfermedad (Hernández et al, 2016).

Esta técnica consiste en una terapia individual que se extiende dentro del tiempo de consulta, aunque el motivo de esta no esté relacionado con la búsqueda de ayuda para dejar de fumar (Hernández et al, 2016). Durante aproximadamente 10 minutos el profesional en salud evalúa el estatus del tabaquismo y la intención de dejar de fumar del paciente y advierte sobre los daños del consumo de tabaco, interviene y acuerda un seguimiento. La técnica se basa principalmente en la aplicación de las 5As las cuales se detallan a continuación en la Tab 8.

Tabla 8. Acciones que componen la Técnica de Intervención Breve para la cesación

AVERIGUAR	Preguntar al paciente si fuma
ACONSEJAR	Advertir sobre el daño en la salud por el fumado
APRECIAR	Preguntar si desea dejar de fumar
AYUDAR	Intervenir o referir al paciente para su tratamiento
ACORDAR	Dar seguimiento a la intervención

Fuente: Terapia de cesación de fumado contra tratamiento no farmacológico en Costa Rica, Hernández, 2016.

A nivel de la CCSS la técnica de intervención breve de cesación de fumado es implementada solamente en el primer nivel de atención, es decir, en Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y en Áreas de Salud.

Según el Programa de Cesación de Tabaco de la CCSS, para el año 2018 este tipo de intervención se ejecutaba en las 106 Áreas de Salud y los 1041 EBAIS del país. Por lo que, el 100% de estos centros de salud realizan intervención breve de cesación.

TASA DE COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE CESACIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN DIRECTA

La cesación de tabaco es comprendida como el proceso mediante el cual se llevan a cabo acciones en salud, para dejar el consumo de productos de tabaco y sus derivados (Ley N° 9028). A raíz de este entendido, se identifica las clínicas de cesación de tabaco como un modelo de atención dirigido a personas tabaquistas, que se encuentra caracterizado por basarse en un abordaje interdisciplinario, cuyo objetivo es lograr la suspensión del tabaco y el mantenimiento de la abstinencia (CCSS, 2017).

A partir de la aprobación de la Ley N° 9028, la CCSS adquiere la obligación legal de proporcionar a la población fumadora, servicios integrales para el abandono del tabaco. De esta forma, desde el año 2012 esta institución tiene la obligación de establecer clínicas de cesación de tabaco en los servicios de tercer nivel de atención (hospitales).

Para el 2017 se logró cumplir con una cobertura de las clínicas de cesación de tabaco de un 100% (Gráfico 12 y Tabla 9). Asimismo, a partir de dicho año se han creado este tipo de servicios en el segundo nivel de atención (clínicas) siempre y cuando cumplan con los requerimientos establecidos.

Gráfico 12. Distribución anual de la cantidad de centros de salud de la CCSS que implementan programas para cesación de tabaco, 2018



ertura por

Fuente: Elaboración propia a partir del Programa de Cesación de Tabaco (2018).

Tabla 9. Listado de los hospitales de la CCSS que ejecutan programas para la cesación de consumo de tabaco, Costa Rica, 2018

HOSPITALES ESPECIALIZADOS	Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas (CENARE)
	Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva
	Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
	Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera
	Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
	Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapu y Torres
HOSPITALES GENERALES	Hospital México
	Hospital San Juan de Dios
	Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
HOSPITALES REGIONALES	Hospital Enrique Baltodano Briceño
	Hospital Fernando Escalante Pradilla
	Hospital Maximiliano Peralta Jiménez
	Hospital Tony Facio Castro
	Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez
	Hospital San Carlos
	Hospital San Rafael de Alajuela
HOSPITALES PERIFÉRICOS	Hospital de Ciudad Neilly
	Hospital Carlos Luis Valverde Vega
	Hospital Maximiliano Terán Valls
	Hospital de Osa Tomás Casas Casajús
	Hospital William Allen Taylor
	Hospital de Guápiles
	Hospital de La Anexión
	Hospital Los Chiles
	Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde
	Hospital San Francisco de Asís
	Hospital San Vicente de Paúl
	Hospital de San Vito
	Hospital de Upala

Como se mencionó anteriormente, las clínicas de cesación de tabaco han empezado a desarrollarse en servicios de salud de segundo nivel, debido a su alto grado de especialización. Para el 2019, el servicio se brindó en cinco (5) de las veinticuatro (24) Áreas de Salud, lo que representa un 20.80% del total de Áreas de Salud que conforman el segundo nivel de atención. Estas son: Clínica Jiménez Núñez, Centro de Atención Integral en Salud de Cañas, Clínica San Rafael de Puntarenas, Clínica de Aserri y Clínica Clorito Picado.

TASA DE FINALIZACIÓN DE LAS CLÍNICAS DE CESACIÓN DE CONSUMO DE TABACO

Para efectos de este informe se entiende como tasa de finalización a la proporción de las personas que finalizan los programas de cesación de consumo de tabaco, con respecto a todas las personas que iniciaron en dichos programas. En Costa Rica, la CCSS y el IAFA son las instituciones encargadas de brindar el servicio de clínica de cesación de tabaco o intervención intensiva para el abandono del consumo de tabaco. Cabe señalar que para el presente informe no se contó con la información solicitada al IAFA sobre este tema.

Según el Programa de Cesación de Tabaco de la CCSS (2018) la tasa de finalización de las clínicas de cesación para el año 2016 fue del 93% y 90% para el año 2017. En otras palabras, 9 de cada 10 personas que ingresan al programa de clínica de cesación completa las ocho sesiones de trabajo programadas.

TASA DE ÉXITO DE LAS CLÍNICAS DE CESACIÓN DE CONSUMO DE TABACO

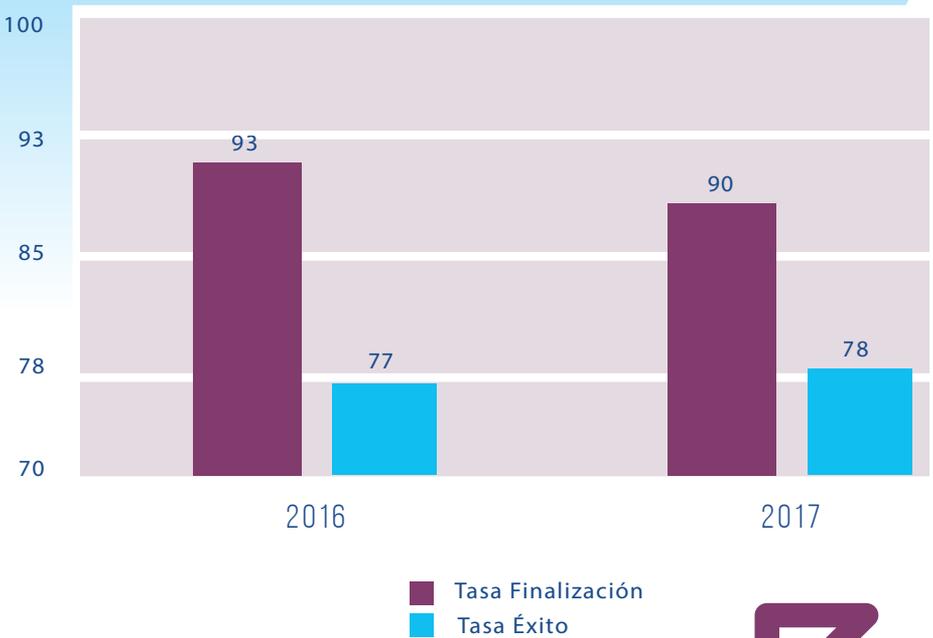
La tasa de éxito hace referencia a la proporción de personas que a un año de haber finalizado el programa de cesación se mantiene sin consumir este producto. Este indicador, mide a largo plazo el impacto de la intervención y permite evaluar su efectividad.

Las tasas de éxito de las estrategias para el abandono del tabaco pueden variar según la intensidad de la intervención y el nivel de acercamiento médico-paciente. La evidencia demuestra que solo el 1% de los fumadores logra dejar de fumar sin ayuda, mientras que la intervención intensiva puede elevar el porcentaje de éxito alrededor del 25%. De igual forma, el tratamiento solo o combinado puede alcanzar porcentajes de éxito de más del 30% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).



Según los datos reportados por la CCSS, las clínicas de cesación mantienen una tasa de éxito constante, ya que en el año 2016 la misma fue de un 77% con un aumento de un punto porcentual para el 2017. Como se puede observar en el Gráfico 13, alrededor de 17% de las personas que finalizan el programa recaen a menos de un año.

Gráfico 13. Comparativo de la tasa de finalización y la tasa de éxito de las clínicas de cesación de tabaco de la CCSS, según año.



Fuente: Programa de Cesación CCSS, 2018





ARTICULACIÓN DE ESFUERZOS

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL VINCULADAS AL TEMA DE CONTROL DEL TABACO

Este indicador hace referencia a todas las organizaciones, asociaciones o fundaciones legítimamente inscritas con personalidad jurídica que trabajan en el tema de prevención del tabaquismo, el control del tabaco y la promoción de la Ley N° 9028. En Costa Rica según la investigación realizada, para agosto del 2018 solo se identificó una organización de este tipo, la Red Nacional Antitabaco, conocida como RENATA.

Según lo mostrado en la página web de RENATA, esta es una red multidisciplinaria e interinstitucional (con representación estatal, de la academia y Organizaciones No Gubernamentales) que busca favorecer la salud de los habitantes de Costa Rica, por medio de la gestión de acciones que disminuyan el consumo de tabaco y la exposición al humo de este (RENATA, 2015). El objetivo de dicha institución es “propiciar espacios en la sociedad civil e instituciones públicas y privadas, para lograr la efectiva implementación de la Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud N.º 9028 y sus reglamentos” (RENATA, 2015, párr. 2).





TABAQUISMO EN CENTROS DE TRABAJO

CENTROS DE TRABAJO QUE DISPONEN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

El propósito de este indicador consiste en mostrar las intervenciones realizadas en centros de trabajo para prevenir el consumo de tabaco. Para medir este indicador se tomó en cuenta lo desarrollado por el Programa de Empresa del Proceso de Capacitación, Asesoría y Seguimiento del IAFA.

Como parte de sus acciones, desarrollan la formación: “Promoción de la salud mental, prevención, detección e intervención temprana y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas”, la cual consta de tres módulos y siete ejes temáticos. De estos, dos se enfocan en los principios neurofisiológicos del consumo de tabaco, la intervención breve en tabaquismo, y la normativa relacionada con el consumo.

Cabe señalar que, para recibir esta capacitación, las empresas interesadas pueden contactar directamente al IAFA.

A partir de una consulta realizada a esta institución, se identificó que para el año 2018, este programa se impartió en 16 centros de trabajo, de los cuales ocho eran instituciones estatales y la otra mitad empresas privadas.





**CONTROL
Y FISCALIZACIÓN**

COMERCIO ILÍCITO

PRODUCTOS DE TABACO INCAUTADOS

El comercio ilícito de productos de tabaco representa no solo un grave problema de salud pública, sino también un problema económico para los gobiernos. La venta ilegal de cigarrillos conlleva importantes pérdidas en los ingresos del Estado, fomenta el desarrollo de actividades delictivas y aumenta la accesibilidad y asequibilidad de los productos, socavando de esta manera las políticas de control del tabaco (OMS, 2015).

La cantidad de producto incautado anualmente permite evidenciar la magnitud de esta problemática en el país. Asimismo, provee la información necesaria para evaluar la efectividad de las medidas desarrolladas o bien la necesidad de intervenir en la materia.

La Tabla 10 muestra la cantidad de producto decomisado por la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda desde el año 2010 hasta la actualidad.

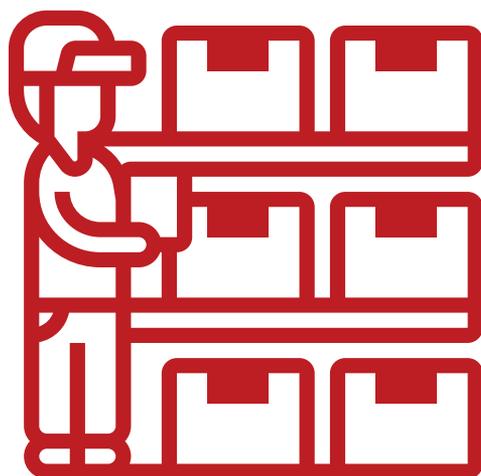


Tabla 10. Unidades de cigarrillos decomisados por la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda, durante el periodo 2010-2018

AÑO	CANTIDAD DECOMISADA (UNIDADES)
2010	6.192.782
2011	4.403.711
2012	2.356.820
2013	21.816.035
2014	33.516.061
2015	24.252.421
2016	60.826.771
2017	30.573.899
2018*	11.632.582

1/ Datos disponibles hasta junio del 2018
Fuente: Policía de Control Fiscal, Ministerio de Hacienda 2018.

A partir de la tabla anterior, es posible observar cambios constantes de aumento y disminución en la cantidad de cigarrillos incautados. Sin embargo, la cifra aumentó considerablemente desde el año 2013, siendo el 2016 el año en el que se decomisó la mayor cantidad de cigarrillos.

En el año 2013, la cifra de cigarrillos incautados aumentó 9 veces con respecto a la registrada en el año 2012. Si bien este aumento coincide con la entrada en vigor de la Ley N° 9028, existe evidencia que relacione directamente el aumento en los precios de venta, con un aumento en el

comercio ilícito de los productos de tabaco. Cabe destacar que un mayor posicionamiento del tema a partir de la legislación, acompañado de una mayor eficiencia en las gestiones desarrolladas por las autoridades encargadas, podrían ser factores determinantes de este fenómeno.

De acuerdo con la investigación de CID Gallup 2016 sobre el comercio ilícito en Centroamérica, Costa Rica forma parte de la ruta principal para el trasiego ilegal de productos de tabaco. A pesar de esto, se considera que ha dejado de ser una ruta de paso en tanto el producto se comercializa y se vende a lo interno del país (Morris, 2016).

PROPORCIÓN DE PRODUCTOS DE TABACO ILÍCITOS

El propósito de este indicador consiste en medir la razón entre la cantidad de productos de tabaco que circulan de forma ilegal en el país y la cantidad total de productos de tabaco que circulan en el territorio nacional. Los productos de tabaco ilícitos son aquellos que han sido preparados total o parcialmente incumpliendo las regulaciones y registros del Ministerio de Salud y que, por ende, son comercializados ilegalmente en el país.

Dado que las cifras de comercio ilícito son difíciles de calcular por su naturaleza, para este indicador se tomó la cantidad de unidades de cigarrillos ilícitos decomisados por la Policía de Control Fiscal (PCF). Asimismo, los datos sobre productos de tabaco en general presentan problemas para su registro, sin embargo, ya que los cigarrillos son el principal producto de tabaco comercializado y consumido, la medición se realizó únicamente con la cantidad de cigarrillos que son vendidos anualmente en el país.

Considerando lo anterior, se debe señalar que la información que se genere a partir de este dato es un acercamiento a la realidad y no el panorama total, debido a que no se conoce la cantidad de comercio ilícito que existe en el país. De esta manera, expresado anualmente hasta el 2017, en la Tabla 11 se muestra la razón de cigarrillos ilícitos con relación a los cigarrillos lícitos:

Tabla 11. Razón entre cigarrillos ilícitos y lícitos en Costa Rica, 2012-2017

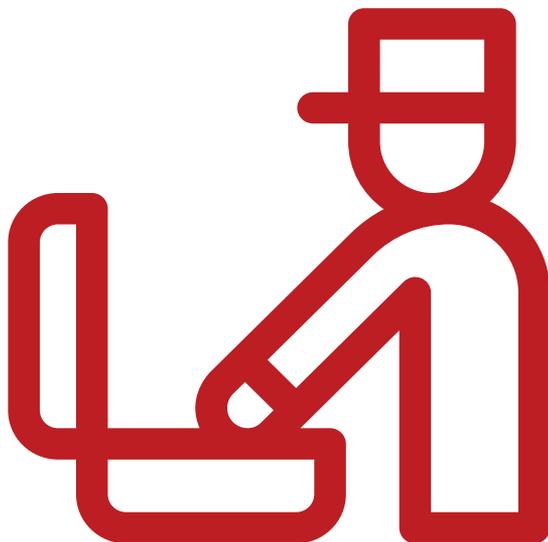
TIPO	AÑOS					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cigarrillos ilícitos ¹	2.356.820	21.816.035	33.516.061	24.252.421	60.826.771	30.573.899
Cigarrillos lícitos ²	1.882.024.774	1.853.167.764	1.493.743.768	1.513.001.938	1.509.062.864	1.343.929.876
Razón ³	1,25	11,77	22,44	16,03	40,31	22,74

1/ Contempla solamente los cigarrillos incautados por la PCF.

2/ Hace referencia a la cantidad de cigarrillos vendidos.

3/ Expresada por 1,000.

Fuente: Elaboración propia a partir de consulta a la Policía de Control Fiscal e IAFA (2019).



De acuerdo con la Tabla 11, es posible observar que la razón entre cigarrillos lícitos e ilícitos sufrió una baja considerable durante el año de la aprobación de la Ley N° 9028, ya que la razón era 1,25 cigarrillos ilícitos por cada 1.000 lícitos, sin embargo, esto cambió a partir del 2014, donde se empieza a ver un incremento considerable de comercio ilícito, lo cual llevó a que la razón para el 2017 sea de 22,74 cigarrillos ilícitos por cada 1.000 lícitos.

DINERO NO PERCIBIDO POR EL ESTADO POR EL COMERCIO ILÍCITO

El comercio ilícito de productos de tabaco representa pérdidas importantes de ingresos para los gobiernos por la evasión de impuestos. El dinero que el Estado deja de percibir por la venta ilegal de productos de tabaco disminuye en gran medida la capacidad de los gobiernos para gestionar correctamente los recursos orientados a fomentar el desarrollo económico y social del país, así como la prestación de servicios públicos.

Según los datos proporcionados por el Ministerio de Hacienda (2018), por concepto del Impuesto Específico a los Productos de Tabaco el Estado recauda anualmente alrededor de 30.000 millones de colones. Un monto que representa únicamente el 30% del gasto en salud por enfermedades asociadas al consumo de tabaco. La disminución en estos ingresos por motivo del comercio ilícito tendría un impacto significativo en la capacidad de Estado para aplicar a cabalidad la Ley N° 9028 y brindar servicios de salud para la atención de las enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

Además del Impuesto Específico de Tabaco, estos productos se encuentran grabados con al menos tres categorías de impuestos: impuesto General sobre las Ventas (13%), Impuesto

Selectivo de Consumo (95%) y el impuesto INDER (2.5%), por lo que el impacto del comercio ilícito es aún mayor en términos de pérdidas económicas para el Estado.

A continuación, se presenta un estimado del dinero que dejó de percibir el Estado por concepto de todos los impuestos de los productos de tabaco (Tabla 12), a partir de los productos incautados por la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda (Anexo 3). Cabe resaltar que los resultados presentados representan únicamente una aproximación al fenómeno y no el panorama real debido a que se desconoce la cifra exacta de comercio ilícito en el país.

Tabla 12. Dinero que dejó de percibir el Estado a partir de los productos de tabaco incautados, 2013-2018

AÑO	CIGARRILLOS DECOMISADOS (UNIDADES)	DINERO DEJADO DE PERCIBIR POR EL ESTADO (COLONES)
2013	21.816.035	874.663.746
2014	33.516.061	1.367.723.417
2015	24.252.421	1.047.813.723
2016	60.826.771	2.903.809.221
2017	30.573.899	1.491.654.671
2018	33.744.864	1.762.323.269

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Policía de Control Fiscal (2019) y la Dirección de Grandes Contribuyentes Nacionales del Ministerio de Hacienda.

Como es posible observar, para el año 2016 el dinero que el Estado dejó de percibir por concepto de impuestos rondó aproximadamente los 3.000 millones de colones. Lo que representa aproximadamente un 10% del total recaudado por los productos de tabaco importados para ese mismo periodo.

Tomando en consideración que para el cálculo de este indicador se utilizó la cantidad de producto de tabaco incautado por la PCF, debido a que no se cuenta con datos disponibles sobre el total del producto ilícito en el país, se sobre entiende que cifras reales del dinero no percibido por el Estado son significativamente más elevadas.



DENUNCIAS E INFRACCIONES

En el CMCT se establecieron una serie de estrategias para reducir la demanda de los productos de tabaco y así disminuir su consumo. Las principales medidas propuestas se relacionan con los precios de venta e impuestos. Sin embargo, el convenio también propone acciones como la protección contra la exposición al humo de tabaco.

Cuando se hace referencia a la exposición al humo de tabaco, se puede hablar de humo de segunda y tercera mano. El primero, hace alusión al humo que brota del extremo ardiente de un cigarrillo, cigarro o pipa; mientras el segundo es conocido también como tabaco invisible o “polvo de tabaco”, debido a que son los residuos del humo que se impregnan en el medio ambiente después de haber apagado el cigarrillo (Tobacco Control Committee of the American Thoracic Society, 2013).

De esta manera, además de ser una medida para la reducción del consumo de tabaco, la protección ante la exposición al humo de este producto también se plantea como una estrategia para mitigar las consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales. Esto debido a que existe evidencia científica que demuestra que los compuestos de los productos de tabaco y los generados al fumarlos son “farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos, y que la dependencia del tabaco figura como un trastorno aparte en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades” (OMS, 2003, p. 1).

Lo anterior convierte la protección ante la exposición al humo de tabaco en una necesidad para reducir el daño que esta actividad puede generar, principalmente en la población no fumadora. Con ello se busca proteger la salud pública y disminuir la incidencia de enfermedades asociadas a este factor de riesgo, así como las complicaciones en términos de discapacidades y muerte.

Ante esto, el CMCT establece que cada una de las partes planteará y aplicará las medidas necesarias para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco. Para alcanzar este último objetivo se propone que:

- Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados, y según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales (OMS, 2003, p. 9).

Bajo este panorama, se plantea en la Ley N° 9028, y en su respectivo reglamento, el capítulo “Protección contra el Humo de Tabaco”, en el cual se definen y establecen espacios 100% libres de humo. Este término se utiliza para hacer referencia al área donde, por razones de orden público, queda prohibido consumir o mantener encendido productos de tabaco y sus derivados, así como la exposición al humo de estos (Reglamento 37185, art. 4).

Para cumplir con tales disposiciones, en el reglamento de la ley se plantean varios artículos que velan por la protección contra el humo de tabaco, estos son:

- **Artículo 5.** De los sitios prohibidos para fumar.
- **Artículo 6.** De la información a las personas con discapacidad visual.
- **Artículo 7.** Del derecho de las personas y deberes de propietarios, gerentes, administradores, representantes y demás personas con poder de decisión, de los espacios o lugares públicos y privados, cien por ciento (100%) libres de la exposición al humo de tabaco y sus derivados.
- **Artículo 8.** Obligaciones de las personas propietarias, representantes legales, gerentes, administrativos y jercas institucionales de los lugares públicos y privados, cien por ciento (100%) libres de la exposición al humo de tabaco y sus derivados.
- **Artículo 9.** De los avisos y la señalización en los lugares y espacios públicos y privados cien por ciento (100%) libres de la exposición al humo de tabaco y sus derivados.

Ante cualquier tipo de incumplimiento de alguno de estos artículos contenidos en la Ley N° 9028 y su reglamento se establecen una serie de sanciones. Estas infracciones pueden ser denunciadas por la población general ante la instancia correspondiente, o presentadas por medio de informes institucionales de la Fuerza Pública y el Ministerio de Salud.

Estas infracciones son registradas en el Sistema de Infractores (SINFRA), el cual es un sistema del Ministerio de Salud que busca registrar las infracciones a la Ley N° 9028 identificadas por dicha institución, así como por otras instituciones públicas, como la Fuerza Pública. A su vez, el SINFRA permite a la ciudadanía en general ingresar denuncias por incumplimiento de dicha legislación.

Por lo cual, este sistema es considerado como fuente de información para el seguimiento y análisis de los indicadores que se presentan a continuación. A pesar de lo anterior, es pertinente señalar que dicho sistema presenta una serie de limitantes que deben ser consideradas.

El SINFRA es un sistema rígido que no permite modificaciones, lo cual ha afectado el registro de infracciones de manera que los datos de ciertos años no coinciden con las cifras presentadas en informes del Ministerio de Salud. Como segundo punto se presentan limitaciones para el análisis de la información, ya que este no permite el cruce de variables ni hace posible utilizar la información para generar los estudios requeridos.

INFRACCIONES POR FALTA DE ROTULACIÓN EN LOS SITIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

Sobre el tema de protección a los espacios libres de humo de tabaco, es necesario señalar que se estableció una tipología de señalización que debe estar presente en los lugares y espacios públicos y privados declarados cien por ciento libres de humo.

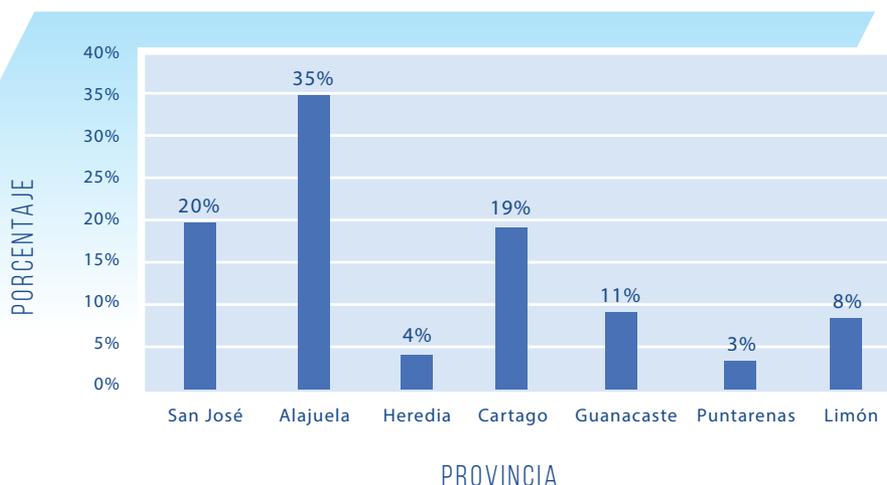
En caso de que la persona propietaria, representante legal, gerentes, administradores y/o jefes institucionales de los espacios libres de humo no cumplan con la señalización, se

exponen a recibir una denuncia por incumplimiento a lo establecido en el artículo 9 del reglamento de la Ley N° 9028.

Según los registros del SINFRA, las infracciones relacionadas con la falta de rotulación en los espacios libres de humo corresponden a un 80% del total de las infracciones reportadas. La mayoría de estas infracciones (98%) fueron impuestas a través de los informes realizados por los inspectores sanitarios del Ministerio de Salud.

Tal y como se muestra en el Gráfico 14, la mayor cantidad de infracciones se registran en la provincia de Alajuela mientras que el menor porcentaje en Puntarenas. Cabe señalar, que también se identifica que la mayor proporción de infracciones por falta de rotulación en los espacios libres de humo de tabaco se denuncian en el último cuatrimestre del año (52%), y se presentaron principalmente en horas de la tarde.

Gráfico 14. Distribución porcentual de las infracciones registradas en el SINFRA por falta de rotulación en espacios libres de humo de tabaco según provincia, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de SINFRA (2019).



INFRACCIONES POR IRRESPECTO A LOS SITIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

El artículo 7 del reglamento de la Ley N° 9028, hace alusión al derecho que poseen las personas de estar en un ambiente libre de humo y establece los deberes que poseen los propietarios, gerentes, administradores, representantes y/o demás personas con poder de decisión sobre los espacios o lugares públicos y privados dispuestos como sitios libres de humo de tabaco.

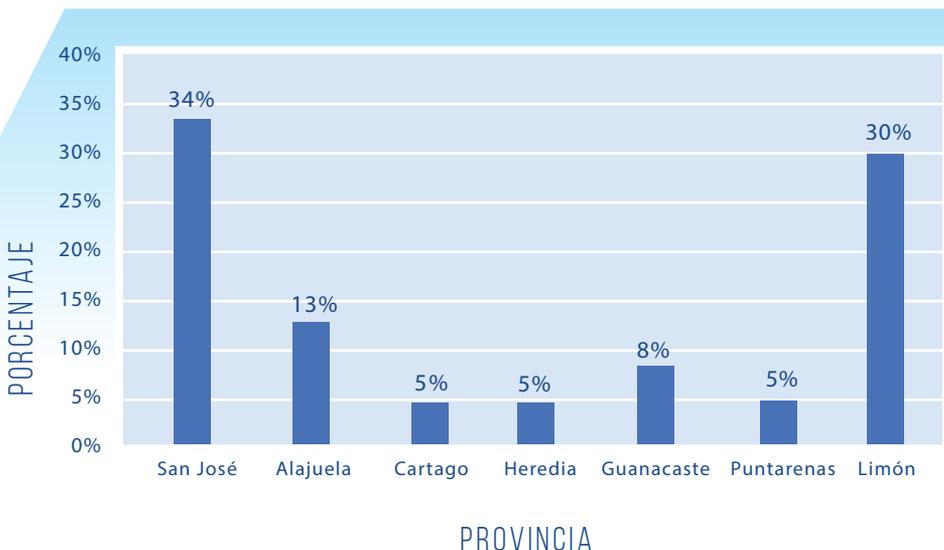
Este artículo plantea que, si algún cliente o trabajador está fumando o consumiendo productos de tabaco y sus derivados, cualquier persona que se encuentre en el lugar tendrá derecho a exigir al propietario o encargado del establecimiento que inste al infractor a cesar su comportamiento.

En caso de que los responsables del establecimiento no velen por el respeto a los espacios libres de humo, el usuario podrá presentar una denuncia por incumplimiento a lo establecido en la Ley N° 9028, específicamente por fumar o consumir productos de tabaco en espacios 100 % libres de humo de tabaco.

La denuncia se podrá establecer ante la Fuerza Pública o ante alguna de las instancias del Ministerio de Salud, ya sean en las Áreas Rectoras de Salud, las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud o en la Dirección de Atención al Cliente en el Nivel Central de la misma institución.

Respecto a las infracciones realizadas por terceros sobre el irrespeto a los sitios libres de humo de tabaco, en el SINFRA se registra que estas corresponden a menos de la cuarta parte de las infracciones en esta área (20%), y se presentan principalmente en San José y Limón (Gráfico 15).

Gráfico 15. Distribución porcentual de las infracciones registradas en el SINFRA por terceros ante el irrespeto a los sitios libres de humo de tabaco según provincia, 2018





INFRACCIONES POR FUMADO EN ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

Las infracciones por fumar en espacios libres de humo, representan el menor porcentaje del total de infracciones (7%). Este tipo de denuncias son interpuestas principalmente por la Fuerza Pública (53%), seguido por el Ministerio de Salud (25%) y ciudadanos (22%).

Además, como se puede apreciar en el Gráfico 16, la mayor cantidad de infracciones se registran en San José y la menor en Cartago.

Gráfico 16. Distribución porcentual de las infracciones registradas en el SINFRA por irrespeto a los sitios libres de humo de tabaco, según provincia y denunciante, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de SINFRA (2019).

The background is a vibrant blue. In the top left corner, there is a dark blue triangle with a white border. The top right corner features a dark teal horizontal bar containing the white number '7'. The central area is filled with various white and light blue abstract shapes, including lines, circles, and a large upward-pointing arrow. In the bottom right, there is a stylized stack of coins, represented by a series of horizontal white bands within a blue cylindrical shape.

RECURSOS ECONÓMICOS DE LA LEY N° 9028

ASIGNACIÓN ANUAL DE LOS RECURSOS DE LA LEY N° 9028

A partir de abril del año 2012 se establece en el artículo 22 de la Ley N° 9028 la creación del impuesto específico a los productos de tabaco de producción nacional o importados. Los recursos generados a partir de este impuesto son administrados por la Dirección General de Tributación, para que sea la Tesorería Nacional la encargada de girarlos de manera directa y oportuna (Ley N° 9028, 2012, art.22).

Costa Rica es de los pocos países de la Región que cuentan con un enfoque redistributivo del tributo por concepto del Impuesto Específico a los Productos de Tabaco (OPS, 2018). En este sentido, los ingresos generados a partir de la aplicación de la Ley N° 9028 ingresan al Fondo General de la República como ingresos corrientes con aplicación específica. Estos son distribuidos según el artículo 29 de la legislación, de la siguiente manera⁵:

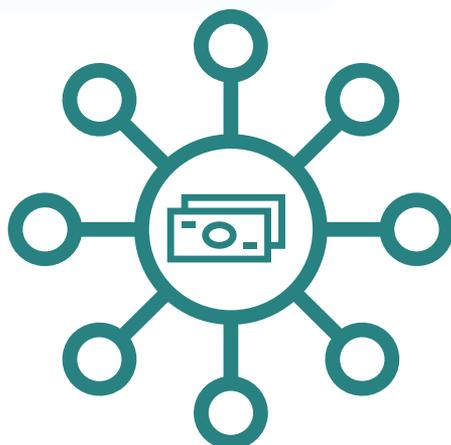
- **Caja Costarricense del Seguro Social:
Sesenta por ciento (60%)**
- **Ministerio de Salud:
Veinte por ciento (20%)**
- **Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación:
Diez por ciento (10%)**
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia:
Diez por ciento (10%)**

⁵Sobre este punto es necesario señalar que en el año 2019 se llevó a cabo una reforma al artículo 29 de la Ley N° 9028. De este modo, los fondos recaudados serán distribuidos de la siguiente manera: Caja Costarricense del Seguro Social: Cincuenta y cinco por ciento (55%), Ministerio de Salud: Veinte por ciento (20%), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación: Veinte por ciento (20%) e Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia: Cinco por ciento (5%).

La distribución de estos recursos se realiza con el propósito de brindar un adecuado cumplimiento a los objetivos planteados en la Ley. Por medio de ellos se pretende abordar áreas como la fiscalización, la educación y promoción de la salud, la recreación, la prevención, la cesación y la atención de enfermedades asociadas al consumo. En la Tabla 13, se presenta la asignación anual de los recursos económicos provenientes de la Ley N° 9028 por institución desde al año 2013 hasta el año 2018

Tabla 13. Distribución anual de los recursos de la Ley N° 9028, 2013-2018.

INSTITUCIÓN	PRESUPUESTO ANUAL (EN MILLONES DE COLONES)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MINSA	6.182.717.000	5.298.380.841	4.515.894.325	2.836.778.000	2.887.812.008	4.914.996.740
MONTO TRANSFERIDO (EN MILLONES DE COLONES)						
CCSS	21.360.000.000	20.304.000.000	19.740.000.000	18.723.039.999	20.529.600.000	12.945.575.879
ICODER	3.560.000.000	2.755.333.333	3.226.070.000	2.220.254.593	1.808.264.733	2.296.745.979
IAFA	3.559.999.999	2.890.500.000	2.243.228.938	343.186.089	2.243.228.938	815.839.209



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Inversión Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud 2013-2018, Ministerio de Salud (2018).

Como se puede observar en la Tabla 13, a partir del año 2013 se presenta una disminución en la asignación anual de los recursos de la ley por institución, lo cual es consecuente con la disminución en la recaudación anual del tributo específico a los productos de tabaco.

Sin embargo, es importante señalar que únicamente se transfieren los montos requeridos que fueron justificados, en cumplimiento con las directrices de la Tesorería Nacional y tomando en consideración el seguimiento trimestral y anual de la ejecución física de estos recursos

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS PROVENIENTES DE LA LEY N° 9028

El presupuesto asignado a las instituciones, según lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley N° 9028, debe ser destinado a las acciones propias de su aplicación según las competencias de cada una de las instituciones. La ejecución de estos fondos responde al desarrollo de acciones orientadas al uso de los recursos financieros, humanos y materiales, para el cumplimiento de objetivos y la obtención de bienes y servicios relacionados con la aplicación eficiente y efectiva de la legislación.

A partir de lo anterior, el porcentaje de ejecución se toma como un indicador de desempeño de las instituciones en tanto mide el cumplimiento de metas o resultados a partir de la capacidad institucional para movilizar los recursos disponibles (Tabla 14).

Tabla 14. Ejecución presupuestaria de los recursos provenientes de la Ley N° 9028, Ministerio de Salud 2013-2018

PERIODO	PRESUPUESTO MS	MONTO EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN
	(colones)	(colones)	
2018*	¢4,914,996,740.00	358,041,794.63	7%
2017	¢2,887,812,008.00	1,048,629,405.91	36%
2016	¢2,836,778,000.00	1,480,112,418.70	52%
2015	¢4,515,894,325.00	1,018,958,568.38	23%
2014	¢5,298,380,841.00	1,013,228,368.45	19%
2013	¢6,182,717,000.00	594,787,859.13	10%

1/ Datos hasta el mes de octubre.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Inversión Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud 2013-2018, Ministerio de Salud (2018).

En el caso del Ministerio de Salud, la subejecución del presupuesto asignado por concepto de la Ley N° 9028, es una de las principales debilidades de la institución. Desde el año 2013 los porcentajes de ejecución del presupuesto asignado al subprograma 631-02 Control del Tabaco siguen siendo los más bajos de toda la institución, afectando directamente el porcentaje de ejecución presupuestaria global.

Los porcentajes de ejecución del subprograma 631-02 Control del Tabaco difícilmente alcanzan el 50%, presentando en los años 2013 y 2018 (hasta el mes de octubre) los porcentajes más bajos con un 10% y 7%, respectivamente.

No se ha logrado tener acceso a los porcentajes de ejecución presupuestaria de los recursos de la Ley N° 9028 de las otras tres instituciones que reciben fondos. Sin embargo, el Informe Anual de Resultados Físicos y Financieros del Ministerio de Salud, hace referencia al aumento en los saldos de Caja Única. Es decir, refieren al superávit de instituciones como el IAFA y el Instituto

Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), en su mayoría producto de los recursos transferidos de la Ley N° 9028 (2018, p.13).

Debido a lo anterior, no ha sido posible establecer el porcentaje global de ejecución de los recursos de la Ley General de Control del Tabaco, un indicador indispensable para la evaluación presupuestaria y la planificación en torno al tema de control del tabaco a nivel nacional.

VARIACIÓN ANUAL DEL IMPUESTO ESPECÍFICO A LOS PRODUCTOS DE TABACO

A partir del 12 de abril del año 2012, se establece en el artículo N°22 de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud la creación del Impuesto Específico a los productos de tabaco de producción nacional o importados comprendidos en las siguientes partidas arancelarias:

De conformidad con el artículo 30 de la Ley N° 9028, a partir de la entrada en vigor de la legislación, el impuesto debe actualizarse anualmente, de acuerdo con la variación del Índice de Precios al Consumidor que determina el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

CÓDIGO ARANCELARIAS	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO
24.01	Tabaco en rama o sin elaborar, desperdicios de tabaco
24.01	Cigarros (puros), Cigarros (puritos) y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos del tabaco.
24.03	Los demás tabacos y sucedáneos del tabaco, elaborados; tabaco homogenizado o reconstituido; extractos y jugos del tabaco

A continuación, se muestra el histórico de montos que corresponden al Impuesto Específico de los productos de Tabaco desde al año 2012, así como el porcentaje de variación anual de los montos.

Gráfico 17. Variación anual del Impuesto Específico a los Productos de Tabaco y porcentaje de variación anual 2012-2018



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Hacienda



Como se puede observar en el Gráfico 17, existe una tendencia al aumento en el monto que corresponde al Impuesto Específico a los Productos de Tabaco. Este impuesto, ha experimentado un crecimiento del 16.9% desde el año 2012, lo que ha representa un aumento de 3.39 colones por cada cigarrillo.

Las variaciones de este impuesto han mantenido una tendencia positiva a excepción del año 2016. En el año 2013 se registró la mayor tasa de crecimiento del impuesto con un 6.5%, representando un aumento de 26 colones por cajetilla de 20 cigarrillos, mientras que la más baja se presentó en el año 2016 con una variación decreciente del -0.04%.

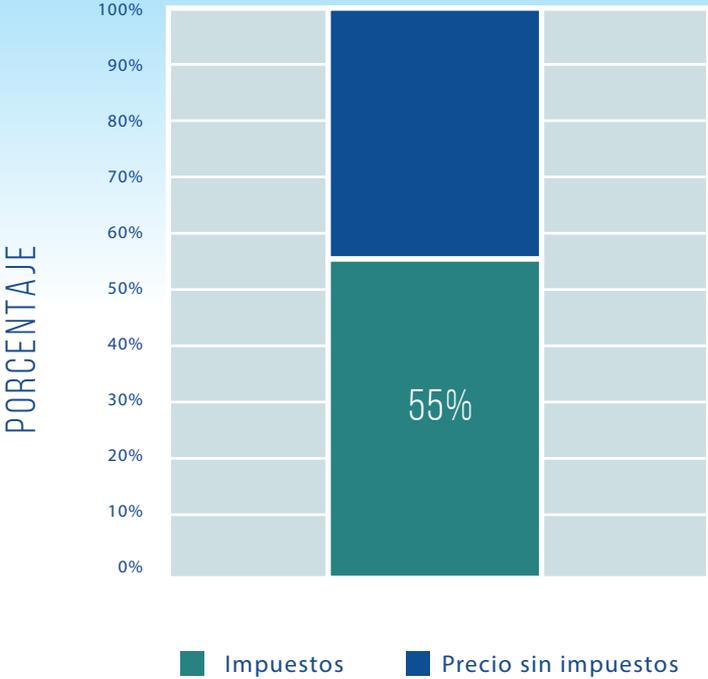
PORCENTAJE DEL PRECIO FINAL DE LA MARCA MÁS VENDIDA QUE CORRESPONDE A IMPUESTOS

El aumento en los impuestos y precios de los productos de tabaco está catalogado por la Organización Mundial de la Salud, como una de las estrategias más costo-efectivas que le permite a los gobiernos lograr una mayor recaudación fiscal mientras reduce el consumo de tabaco.

Como parte de las recomendaciones de la OMS en relación con el aumento de los impuestos, se establece que la carga impositiva sobre los productos de tabaco debe representar al menos el 75% del precio de venta final (OMS, 2014).

A nivel de la Región, son pocos los países que han alcanzado esa disposición. En Costa Rica según datos suministrados por la Dirección de Grandes Contribuyentes Nacionales del Ministerio de Hacienda, la carga impositiva sobre estos productos representa un 55% sobre el precio de venta de la cajetilla más vendida (Gráfico 18), la cual tiene un valor de 1900 colones en el mercado.

Gráfico 18. Porcentaje del precio final de la marca más vendida que corresponde a impuestos



Fuente: Elaboración propia con base en datos proporcionados por la Dirección de Grandes Contribuyentes del Ministerio de Hacienda

PORCENTAJE DE GASTO DEL SISTEMA SANITARIO ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO

Durante el 2015 la recaudación fiscal por la venta de cigarrillos fue de aproximadamente 33,7 mil millones colones, este valor representa menos del 30% de los costos directos en el sistema sanitario atribuibles al consumo de tabaco (Bardach, A et al, 2016).

Es importante resaltar, que el presupuesto recaudado por el impuesto a los productos de tabaco se distribuye según el artículo 29 de la Ley N° 9028 entre cuatro instituciones con el fin de dar cumplimiento a diferentes objetivos orientados, entre otros temas, a la promoción de la salud, la recreación, la prevención, la cesación y la atención de enfermedades asociadas al consumo.

Según se establece en la legislación, el 60% de este presupuesto se destina a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), como principal proveedor de servicios de salud, para la atención de enfermedades asociadas al consumo de tabaco. De esta forma, el presupuesto destinado a la atención directa en salud cubre únicamente un 15% del gasto total del sistema sanitario atribuible al tabaquismo.



A light blue line-art outline of a microscope is centered on the page. The background is a solid blue color. The title text is overlaid on the central part of the microscope outline.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

INDICADORES DE CONSUMO

PREVALENCIA DE EX FUMADORES

De acuerdo con la Secretaría del CMCT, la importancia de cuantificar a los fumadores antiguos, o ex fumadores, radica en que ofrece un punto de referencia para evaluar la eficacia de los programas de control del tabaco a lo largo del tiempo (OMS, 2015, p. 20).

Se entiende que una persona es ex fumadora cuando en el pasado fumaba cualquier producto de tabaco y no ha fumado durante un período determinado anterior a la fecha de la medición (OMS, 2015). Para el caso de Costa Rica, el dato se encuentra en la encuesta GATS, donde no especifica un periodo de tiempo en el cuestionario aplicado, refiriéndose únicamente a si las personas han fumado en el pasado, ya sea diaria u ocasionalmente.

En la Tabla 15 se muestra la prevalencia de fumadores actuales y la tipología de no fumadores a nivel nacional, desagregada por sexo:



Tabla 15. Porcentaje de adultos mayores de 15 años fumadores y tipo de no fumadores, según sexo en Costa Rica, 2015

TIPO DE FUMADOR	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Fumador actual	8,9	13,4	4,4
No fumador	91,1	86,6	95,6
Ex fumador diario	9,5	13,6	5,3
Nunca fumó diario	86,1	72,9	90,3
Ex fumador ocasional	7,8	9,4	6,1
Nunca fumador	73,8	63,5	84,2

Se destaca de lo anterior que las diferencias entre sexos son mayores en antiguos fumadores diarios, ya que es más del doble en hombres que en mujeres. Mientras que la diferencia entre ambos sexos disminuye en los antiguos fumadores. Si bien no se muestra en la tabla, esta situación se repite cuando se observan las diferencias de porcentaje entre sexos en fumadores actuales diarios y ocasionales.

Ahora bien, utilizando nuevamente la encuesta GATS, se puede notar que la edad de inicio de consumo en los ex fumadores es muy cercana a los fumadores actuales, ya que promedia los 17,7 años, focalizándose casi el 50% en un

rango de edad entre los 13 y 17 años. De la misma manera, cuando se les consultó hace cuánto tiempo dejaron de fumar, la mayoría de ex fumadores indicaron que fue en un período de tiempo mayor a un año, siendo la cifra más repetida 20 años.

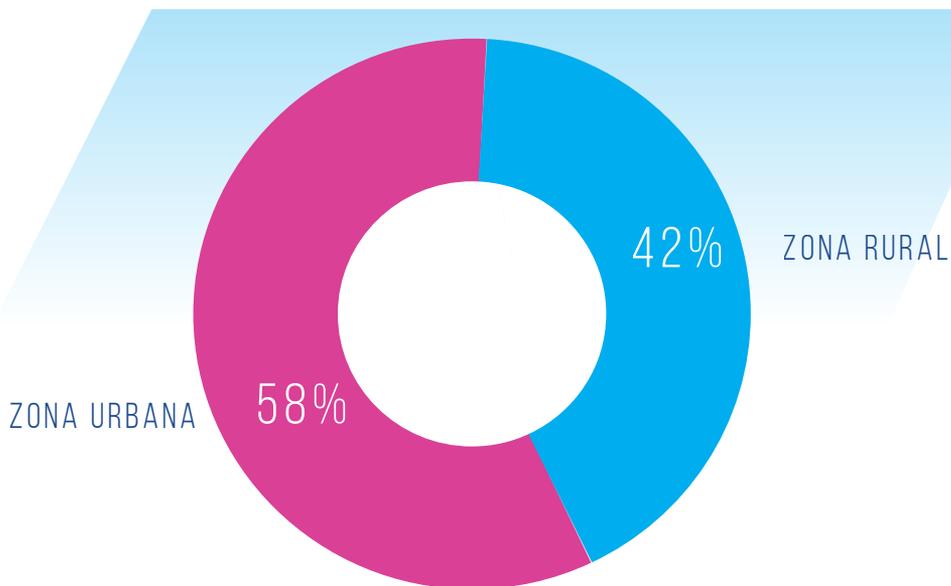
Por último, si se analiza la razón de fumadores actuales con ex fumadores, es decir, la proporción de abandono, es posible observar que al 2015 había en el país 936 por cada 1000 ex fumadores. Lo cual, es una forma de evaluar si las medidas de control del tabaco están teniendo algún efecto en la prevalencia de consumo.

PREVALENCIA DE FUMADORES DIARIOS

El término fumadores diarios hace referencia a los individuos que fuman “cualquier producto de tabaco al menos una vez al día (las personas que fuman todos los días, excepto los días de ayuno religioso, se siguen clasificando como fumadores diarios)” (OMS, 2015. p. 12).

En los resultados presentados en la encuesta GATS de Costa Rica, en el 2015, se observa que el 5,8% de los adultos eran fumadores diarios, y que este tipo de fumador es mayor en las áreas urbanas que en las rurales tal como se aprecia en el Gráfico 19.

Gráfico 19. Distribución de la prevalencia de fumadores diarios según residencia, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud (2015)



PREVALENCIA DE FUMADORES OCASIONALES

Según la OMS (2015) un fumador ocasional es aquella persona que fuma, pero que no lo hace todos los días. Por ello, este tipo de fumadores incluyen:

“reductores (personas que solían fumar a diario, pero que ahora no fuman todos los días), ocasionales continuos (personas que nunca han fumado a diario, pero que han fumado 100 o más cigarrillos – o la cantidad equivalente de tabaco- en su vida y ahora fuman ocasionalmente) y experimentales (personas que han fumado menos de 100 cigarrillos o la cantidad equivalente de tabaco en su vida y ahora fuman de vez en cuando) (OMS, 2015, p. 16)”.

Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) del 2015, se estima que para dicho año la prevalencia de este tipo de fumadores en Costa Rica corresponde a un 3.1% del total de fumadores que hay en el país.

PREVALENCIA DE FUMADORES ACTUALES

Un fumador actual es aquella persona que fuma, ya sea ocasionalmente o todos los días (fumador diario) (OMS, 2015). Para el año 2015, en Costa Rica se estima que la prevalencia de este tipo de fumadores fue de un 8,9%, siendo los hombres los principales consumidores de tabaco. Además, cabe destacar que este es un fenómeno que se presenta más en las áreas urbanas tal y como se puede apreciar en la Tabla 16.

Tabla 16. Distribución porcentual de fumadores actuales de tabaco en Costa Rica según sexo y residencia, 2015

INDICADOR	TOTAL	SEXO		RESIDENCIA	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Fumadores actuales de tabaco	8.9	13.4	4.4	9.6	7.1

En este mismo año, se observó que un 8,7% de los adultos fumaban cigarrillos manufacturados, siendo este el tipo de producto preferido por los consumidores.

PREVALENCIA DE FUMADORES DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Los cigarrillos electrónicos son conceptualizados en el Reglamento de la Ley General del Control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud como:

“sistemas electrónicos de administración de nicotina (ENDS), que constituyen una categoría de productos de consumo diseñados para liberar nicotina, tras introducir en la boca el extremo de un cilindro de plástico o metálico, de manera similar a un cigarrillo o un puro, e inhalar con objeto de extraer una mezcla de aire y vapores del dispositivo y liberarla en el aparato respiratorio. Contienen sistemas electrónicos de vaporización, una fuente de energía y un cargador, controles electrónicos y cartuchos reemplazables o recargables que contienen nicotina. Se incluyen dispositivos similares o no en su diseño, que tengan como objetivo suministrar nicotina a una persona (p.56)”.

Respecto a su uso, la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (2015) refleja que un 1,3% de la población utiliza este tipo de cigarrillo, siendo los hombres los principales consumidores, al igual que la población residente en zona urbana (Tabla 17); este comportamiento es similar al presentado por los fumadores de cigarrillos manufacturados.

Tabla 17. Distribución porcentual del consumo actual de cigarrillo electrónico según sexo y residencia, 2015

INDICADOR	TOTAL	SEXO		RESIDENCIA	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Usuario actual de cigarrillo electrónico	1.3	1.6	0.9	1.5	0.6

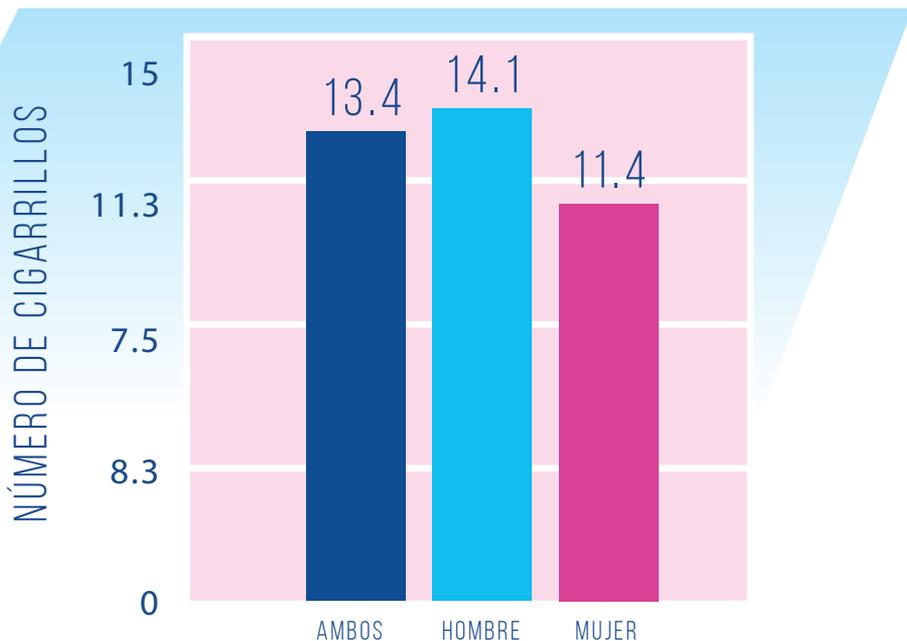
Fuente: extracción del resumen de indicadores MPOWER de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, del Ministerio de Salud (2015).

CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS

El consumo diario de cigarrillos es uno de los principales indicadores epidemiológicos utilizado para medir el nivel de dependencia a la nicotina en la población fumadora. Este indicador también proporciona información relevante para calcular el impacto económico y sanitario atribuible al consumo de tabaco, ya que a mayor consumo se incrementan las posibilidades de desarrollar patologías asociadas al tabaquismo.

De acuerdo con la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS), los costarricenses fuman en promedio 13,4 cigarrillos por día, siendo los hombres los que poseen un mayor consumo diario que las mujeres (Gráfico 20).

Gráfico 20. Promedio de cigarrillos fumados por día entre fumadores diarios, según sexo en el año 2015



Fuente: Ministerio de Salud, encuesta GATS (2015)

A diferencia del comportamiento de la prevalencia a nivel nacional, donde existe mayor prevalencia en las zonas urbanas, en términos de consumo diario se registra un mayor consumo de cigarrillos al día en las zonas rurales.

Por otra parte, las diferencias etarias juegan un papel importante en la cantidad de cigarrillos fumados por día. De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 18, el mayor consumo se presenta en los grupos de mayor edad, mientras que en el grupo etario que va de los 15 a los 44 años se consume menos cigarrillos al día.

Tabla 18. Número promedio y distribución porcentual de cigarrillos fumados por día entre fumadores diarios, según grupo etario y lugar de residencia, 2015

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	PROMEDIO DE CIGARRILLOS	Distribución porcentual de cigarrillos fumados por día				
		<5	5-9	10-14	15-24	>25
LUGAR RESIDENCIA						
Urbano	13.3	18.9	18.1	23.3	29.7	10.0
Rural	13.9	19.5	15.3	26.4	31.8	7.1
GRUPO ETARIO						
15-24	8.6	34.7	30.7	12.6	21.0	1.0
25-44	12.1	17.2	20.3	30.1	25.6	6.8
45-64	16.7	14.8	8.4	22.3	39.6	14.9
65+	15.2	21.6	19.7	12.3	30.3	16.1

Fuente: Ministerio de Salud, encuesta GATS 2015.

Al tratarse de una medición de consumo, las variaciones en este indicador constituyen un insumo importante para evaluar el impacto de las políticas de control del tabaco aplicadas en el país con el objetivo de disminuir la prevalencia.

EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO

La edad media de iniciación en el consumo es una variable explorada con el objetivo de establecer la edad promedio en la que inicia el consumo de los productos de tabaco. Esta información es fundamental ya que señala la edad en la que se deben implementar estrategias de promoción de la salud y prevención del consumo.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2015), la edad media de consumo de tabaco promediada a nivel nacional se encuentra alrededor de los 16,2 años, este dato, presenta una diferencia de dos años entre mujeres (17,4) y hombres (15,4), siendo estos últimos los que históricamente han iniciado el consumo a edades más tempranas.

Si bien este dato se presenta como una medida central que permite observar el comportamiento general de esta variable a nivel nacional, al establecer este indicador como punto de partida para la intervención oportuna en el tema de prevención, es necesario explorar esta variable por grupo etario, en tanto la variabilidad de este indicador recae en los grupos de edad más jóvenes donde principalmente inicia el consumo de tabaco.

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población Secundaria (2015), a nivel de adolescentes y jóvenes de secundaria la edad promedio de inicio es de 13,3 años (Gráfico 21), una edad comparable con la realidad de otros países de la Región. De esta forma, las estrategias dirigidas a la prevención del consumo deben iniciar prácticamente desde la infancia.

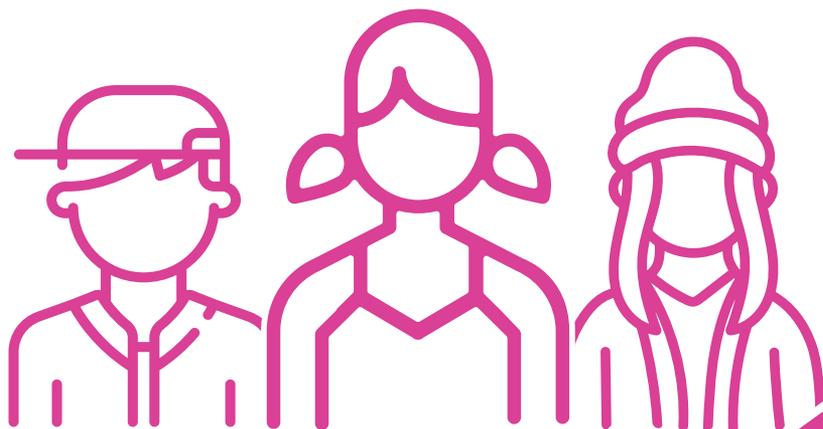
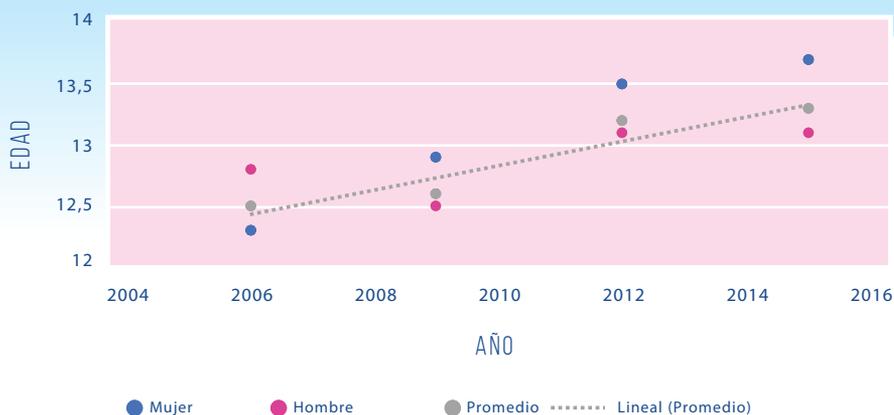


Gráfico 21. Edad media de inicio de consumo de productos de tabaco en población de secundaria, 2006-2015



Fuente: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015

Como se muestra en el Gráfico 21, desde el año 2006 la edad de inicio en la población secundaria ha ido en aumento, sin embargo, en comparación con el promedio nacional, la brecha de edad entre hombres y mujeres no presenta diferencias significativas, lo cual evidencia que las mujeres están iniciando el consumo a edades más tempranas que en años anteriores.

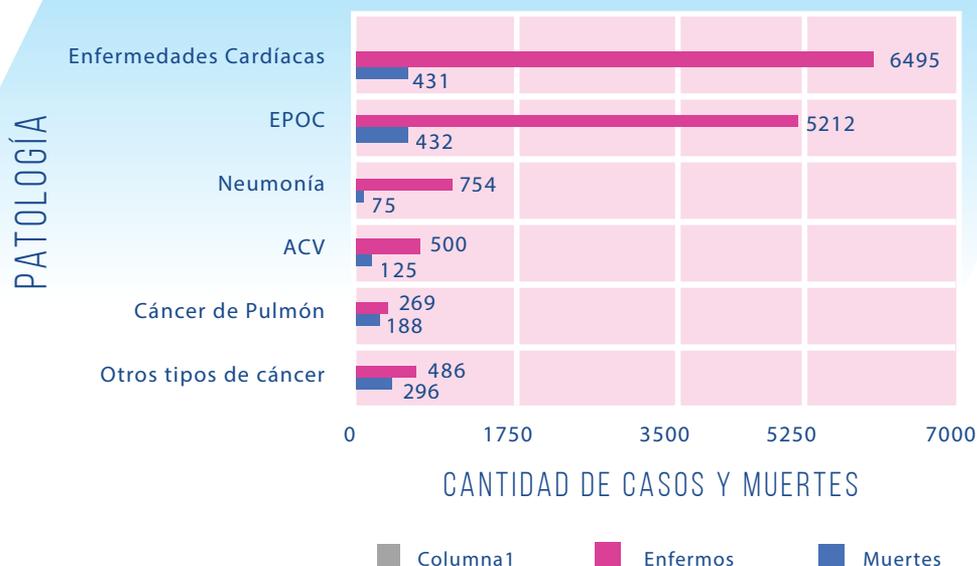
Si bien no se puede establecer una relación directa entre la aprobación de la Ley N°9028 y el aumento en la edad media de inicio, este fenómeno podría estar determinado entre otros factores, por la intervención institucional en el tema de promoción de la salud y prevención del consumo, desarrolladas en el ámbito educativo en niveles de primaria y secundaria.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

INCIDENCIA POBLACIONAL DE LAS CINCO PRINCIPALES ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco es considerado un factor de riesgo para una serie de padecimientos. En el caso de Costa Rica las enfermedades con mayor asociación a este factor son: Enfermedades Cardíacas, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Neumonía, Accidente Cerebro Vascular (ACV) y Cáncer de Pulmón y otras nueve neoplasias (Bardach et al, 2016). El Gráfico 22, expone la cantidad de casos presentados por enfermedad y el total de muertes según las mismas.

Gráfico 22. Número de casos y muertes según las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco, Costa Rica, 2015

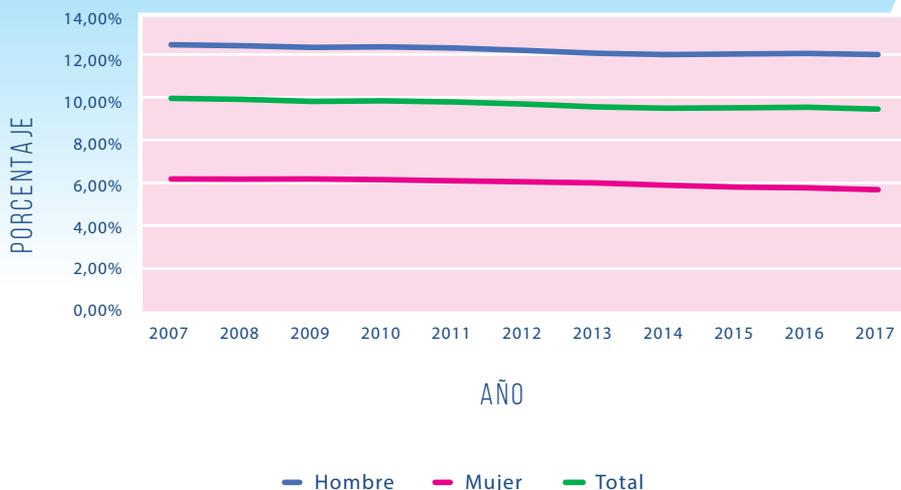


TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE TABACO

En Costa Rica se ha identificado el impacto en la salud de la población que supone el consumo de tabaco, ya que este hábito es un factor de riesgo para el desarrollo de ciertos padecimientos que pueden traducirse en defunciones. Considerando lo anterior, se hace referencia a la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles a esta práctica.

Respecto a la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, el Gráfico 23 evidencia como esta ha experimentado una leve disminución desde el año 2007 hasta la actualidad. Así mismo, cabe destacar que la tasa de mortalidad es mayor en hombres que en mujeres.

Gráfico 23. Distribución porcentual de la mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco según sexo y año, período 2007-2017, Costa Rica



Fuente: GBD Compare Data Visualization, Institute for Health Metrics and Evaluation (2018).

En la Tabla 19 se presentan los datos de mortalidad desagregados. En ella se puede observar que las defunciones registradas por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco se presentan a partir de los 30 años e incrementan conforme avanza la edad. Por ende, se puede decir que estas enfermedades son más letales para las personas adultas mayores.

Sin embargo, la mortalidad es mayor en hombres que en mujeres en algunos casos -dependiendo de la edad- la tasa de mortalidad de los hombres es tres veces más que la de las mujeres. Se debe señalar que este fenómeno podría estar relacionado a la prevalencia de consumo de tabaco, debido a que los hombres fuman más que las mujeres, por ende, tienen una mayor exposición a este factor de riesgo.

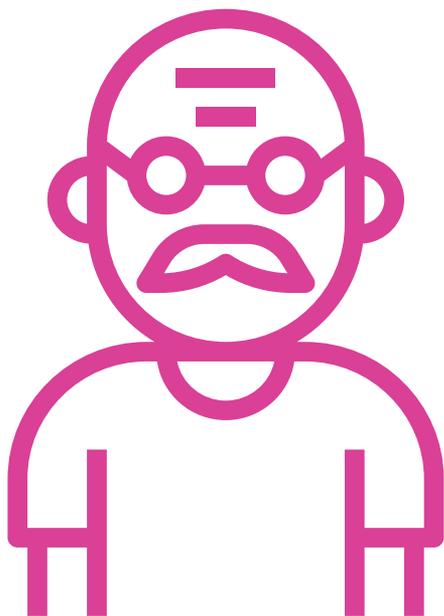


Tabla 19. Tasa de mortalidad e intervalo de confianza por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, distribuida por sexo y edad, Costa Rica, 2017

SEXO				
EDAD	Mujer	Intervalo de confianza	Hombre	Intervalo de confianza
30-34	1.30	(0.9 – 1.77)	3.01	(2.25 – 3.87)
35-39	3.26	(2.28 – 4.33)	5.91	(4.28 – 7.72)
40-44	5.24	(3.76 – 6.95)	13.57	(10.14 – 17.39)
45-49	12.15	(9.22 – 15.41)	29.93	(24.32 – 36.31)
50-54	18.46	(14.12 – 23.55)	72.54	(58.70 – 86.76)
55-59	33.71	(26.71 – 42.23)	117.14	(98.36 – 137.43)
60-64	54.34	(42.65 – 68.59)	215.84	(186.25 – 250.79)
65-69	77.33	(60.17 – 96.36)	298.94	(262.8 – 337.78)
70-74	112.13	(84.83 -144.97)	479.11	(418.87 – 539.26)
75-79	177.88	(134.55 -229.96)	698.65	(595.31 – 802.51)
80-84	328.92	(248.26 – 429.71)	1,006.02	(845.49 – 1,178.25)
85-89	380.86	(261.97 – 522.94)	1,448.19	(1,201.19 – 1,718.9)
90-94	619.54	(432.26 – 838.63)	1,722.08	(1,364.5 – 2,133.68)
95 o más	764.48	(518.61 – 1,061.26)	2,083.46	(1,593.56 – 2,644.64)

Nota: De los 0 años a los 29 no se reporta información. El intervalo de confianza evidencia el margen de error en los datos presentados según la metodología utilizada por IHME.

Fuente: GBD Compare Data Visualization, IHME (2018).

TOTAL

EDAD	Promedio Ambos sexos	Intervalo de confianza
30-34	2.12	(1.65 – 2.65)
35-39	4.51	(3.43 – 5.66)
40-44	9.21	(7.25 – 11.46)
45-49	20.63	(17.19 – 24.32)
50-54	44.05	(36.69 – 51.66)
55-59	72.88	(62.54 – 83.46)
60-64	129.94	(113.12 – 148.38)
65-69	180.89	(159.67 – 201.96)
70-74	284.29	(247.44 – 321.44)
75-79	418.03	(359.54 – 478.42)
80-84	626.85	(535.54 – 724.64)
85-89	829.83	(692.01 – 981.16)
90-94	1,049.62	(850.86 – 1,282.53)
95 o más	1,248.97	(977.26 – 1,543.12)



AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO

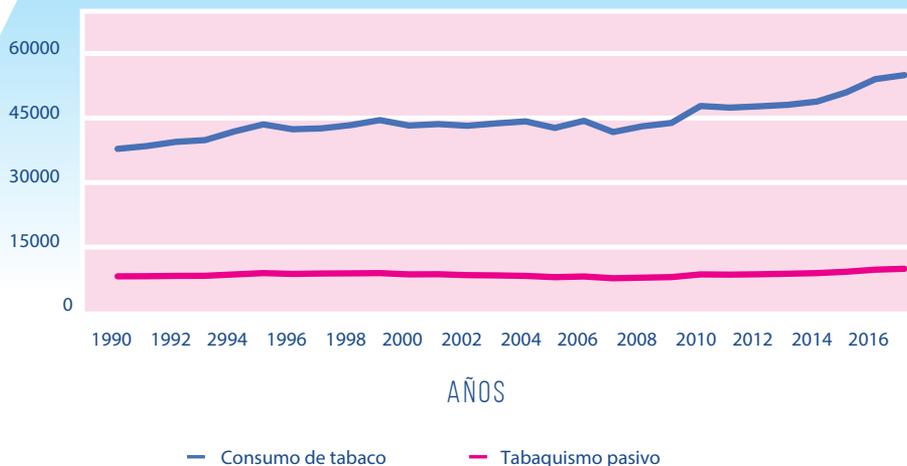
Este indicador hace referencia a los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). Los cuales son el producto de los Años de Vida perdidos por muerte Prematura (AVP) sumado a los Años vividos con Discapacidad (AVD) (Sorío Flor, 2018). Por ende, los AVISA son el número de años que se viven con daño causado por las enfermedades (Sorío Flor, 2018), las cuales en este caso estarán asociadas al consumo de tabaco, así como a la exposición al humo de segunda mano.

Para el cálculo de este indicador, se utilizó la información presentada en las visualizaciones de datos del Global Burden of Disease (GBD), en este sistema se identificó que a través de los años se presenta un incremento en la cantidad de AVISA, principalmente en las personas que fuman tabaco (Gráfico 24).



Gráfico 24. Distribución anual del total de Años de Vida Saludables Perdidos según factor de riesgo, 1990-2017, Costa Rica

CANTIDAD DE AVISA



Fuente: GBD Compare Data Visualization, IHME (2018).

En el año 2017 se identificó que hombres y mujeres suman un total de 53,563 AVISA por fumar tabaco, mientras que por consecuencia de la exposición al humo de tabaco este dato corresponde a 8,78 años. Asimismo, se identifica que la cantidad de años perdidos es mayor en hombres que en mujeres. Esto se puede visualizar en la Tabla 20.

Tabla 20. Años de Vida Saludables Perdidos por factor de riesgo relacionado al tabaco según sexo en el 2017, Costa Rica

FACTOR DE RIESGO	SEXO				TOTAL	
	Mujer	Intervalo de confianza	Hombre	Intervalo de confianza	Ambos	Intervalo de confianza
Consumo de tabaco	14,717.3	(12,448.04 – 17,087.24)	38,846.13	(34,766.78 – 43,426.93)	53,563.43	(47,767.94 – 59,970.95)
Tabaquismo pasivo	3,638.09	(2,701.93 – 4,663.24)	4,740.09	(3,632.53 – 5,915.7)	8,378.18	(6,348.89 – 10,568.87)

Nota: El intervalo de confianza evidencia el margen de error en los datos presentados según la metodología utilizada por IHME.
Fuente: GBD Compare Data Visualization, IHME (2018).

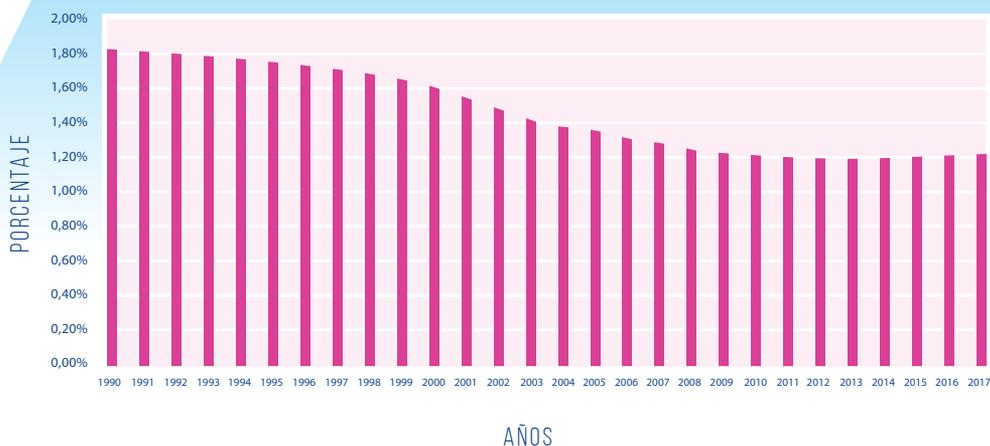
MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE SEGUNDA MANO

Como se ha mencionado anteriormente, la mortalidad asociada al tabaco está relacionada tanto con el consumo como con la exposición al humo de segunda⁶ y tercera mano⁷. Esta última ha tenido variaciones a través de los años, presentando una disminución de más de medio punto porcentual entre el año 1990 (1.85%) y el año 2017 (1.23%). A pesar de lo anterior, cabe señalar que a partir del año 2007 se ha notado una constancia, mientras en los siguientes años se ha dado un leve aumento (Gráfico 25).

El humo de tercera mano es el tabaco invisible “polvo de tabaco” (o químico) que queda impregnado en el medio ambiente y permanece allí incluso, después de haber apagado el cigarrillo. El humo de tercera mano contiene más de 250 productos químicos.



Gráfico 25. Distribución porcentual de la mortalidad por enfermedades atribuibles a la exposición del humo de segunda mano, según período 1990-2017, Costa Rica



Fuente: GBD Compare Data Visualization, IHME (2018).

La exposición al humo de segunda mano cobra la vida miles de personas de todas las edades, lo cual difiere al comparar este dato con las muertes relacionadas por consumo, ya que la mortalidad de este último inicia a partir de los 30 años.

Para el año 2017, a nivel general se identificó una tasa de mortalidad atribuible a la exposición al humo de segunda mano de 6.24, este factor de riesgo es responsable de la muerte de 5.11 mujeres por cada 100,000, mientras que en hombres esta cifra corresponde a un 7.45. A continuación, se presenta la Tabla 21, que muestra los datos específicos por edad.

⁶Hace referencia al humo que surge del extremo ardiente de un cigarrillo, cigarro o pipa. Las sustancias contenidas en este humo producen cambios que afectan el funcionamiento de las células del cuerpo, exponiendo a las personas que inhalan este humo a padecer determinadas enfermedades Tobacco Control Committee of the American Thoracic Society (2013)

⁷El humo de tercera mano es conocido como tabaco invisible o "polvo de tabaco", ya que es el humo que se impregna en el medio ambiente (en objetos, plantas...) después de haber apagado el cigarrillo, y que afecta a las personas que interactúan con ese medio ambiente Tobacco Control Committee of the American Thoracic Society (2013)..

Tabla 21. Tasa de mortalidad e intervalo de confianza por enfermedades asociadas a la exposición al humo de segunda mano, distribuida por sexo y edad, Costa Rica, 2017 (muertes por 100,000 habitantes)

EDAD	SEXO			
	Mujer	Intervalo de confianza	Hombre	Intervalo de confianza
0-6 días	17.19	(8.12 – 30.44)	21.12	(9.78 – 39.34)
7-27 días	6.54	(3.15 – 11.36)	8.63	(3.96 – 15.39)
28-364 días	1.64	(0.77 – 3.05)	1.81	(0.84 – 3.31)
1-4	-	-	-	-
5 – 9	-	-	-	-
10–14	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-
25-29	0.26	(0.17 – 0.39)	0.47	(0.27 – 0.71)
30-34	0.42	(0.27 – 0.62)	0.74	(0.43 – 1.16)
35-39	0.79	(0.5 – 1.15)	1.3	(0.75 – 2.04)
40-44	1.54	(0.97 – 2.21)	2.63	(1.56 – 4.19)
45-49	3.02	(2 - 4.24)	5.07	(3.05 – 7.82)
50-54	4.62	(2.98 – 6.58)	9.54	(5.82 – 14.59)
55-59	6.77	(4.62 – 9.48)	13.88	(8.7 – 20.92)
60-64	10.41	(6.94 – 14.24)	21.2	(13.17 – 31.96)
65-69	13.56	(9.28 – 18.97)	28.4	(18.24 – 41.07)
70-74	24.55	(16.86 – 34.54)	45.64	(28.62 – 66.48)
75-79	35.1	(23.95 – 49.07)	59.32	(38.04 – 87.14)
80-84	62.23	(41.31 – 86.97)	83.85	(52.3 – 121.15)
85-89	99.87	(67.17 – 138.84)	129.28	(83.46 – 181.86)
90-94	135.19	(88.06 – 187.17)	180.96	(115.44 – 265.41)
95 o más	187.2	(125.7 – 264.51)	249.47	(161.16 -368.47)

Nota: Los grupos de edad comprendidos entre 1-24 años no cuentan con datos disponibles. El intervalo de confianza evidencia el margen de error en los datos presentados según la metodología utilizada por IHME.

Fuente: GBD Compare Data Visualization, IHME (2018).

EDAD	TOTAL	
	Promedio Ambos sexos	Intervalo de confianza
0-6 días	19.19	(9.22 – 33.13)
7-27 días	7.6	(3.77 – 13)
28-364 días	1.73	(0.84 – 3.07)
1-4	-	-
5 – 9	-	-
10-14	-	-
15-19	-	-
20-24	-	-
25-29	0.36	(0.23 – 0.52)
30-34	0.58	(0.36 – 0.82)
35-39	1.03	(0.66 – 1.5)
40-44	2.06	(1.34 – 3)
45-49	4.00	(2.59 – 5.63)
50-54	6.94	(4.42 – 10.00)
55-59	10.11	(6.87 – 14.39)
60-64	15.46	(10.2 – 21.73)
65-69	20.49	(13.84 – 28.28)
70-74	34.45	(23.49 – 47.08)
75-79	46.27	(31.84 – 64.33)
80-84	71.74	(47.98 – 97.67)
85-89	112.24	(77.51 – 151.51)
90-94	153.04	(105.26 – 213.25)
95 o más	210.07	(145.26 -291.24)

COSTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA

COSTOS DIRECTOS AL SISTEMA SANITARIO ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo asociado al desarrollo de enfermedades crónicas, cardiovasculares y pulmonares, siendo la principal causa de muerte prevenible en el mundo (OMS). Lo anterior no solo representa un problema de salud pública, sino que además impone una importante carga económica para los sistemas de salud.

En Costa Rica, los costos sanitarios por la atención de enfermedades atribuibles al tabaquismo son de aproximadamente 129,133 mil millones de colones. Esta cifra representó un 4.8% del gasto público en salud durante el año 2015.

Tabla 22. Costos sanitarios según patología asociada al tabaquismo, 2015

EVENTO	MONTO (COLONES)
Enfermedades Cardiacas	51,902,012,705
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	21,661,713,627
Otros Cánceres	21,494,721,514
Cáncer de Pulmón	13,536,456,523
Accidente Cerebro Vascular	5,006,321,651
Neumonía	776,002,183

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Bardach, A et al, 2016.

Como se puede observar en la Tabla 22, las Enfermedades Cardiovasculares y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Pulmonar representan un alto porcentaje del gasto, debido a la alta prevalencia y el alto costo del tratamiento.

EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO

PERSONAS ADULTAS EXPUESTAS AL HUMO DE SEGUNDA MANO EN EL HOGAR

Este indicador fue consultado de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS), desarrollada por el Ministerio de Salud, y hace referencia a las personas expuestas en su casa de habitación a la combinación del humo que sale del extremo de un cigarrillo encendido y el humo que exhala una persona fumadora que se encuentra a pocos metros de distancia de una persona no fumadora (GATS, 2015).

Para el año 2015 se identificó que un 4,9% de la población adulta ha estado expuesta al humo de segunda mano en el hogar, y se determinó que:

- **De la población expuesta al humo de segunda mano en el hogar un 4,9% eran hombres, mientras un 5,1% correspondía a mujeres.**
- **La población más expuesta reside en zona urbana, con un 5,5%, mientras que en la zona rural este dato corresponde a 3,1%.**

PERSONAS ADULTAS EXPUESTAS AL HUMO DE SEGUNDA MANO EN EL CENTRO DE TRABAJO

En este indicador se consideran todas aquellas personas expuestas en el centro de trabajo a la combinación del humo que sale del extremo de un cigarrillo encendido y el humo que exhala una persona fumadora que se encuentra a pocos metros de distancia. Cabe señalar, que un centro de trabajo se entiende, según la Ley N° 9028, como

“Un lugar que utilizan uno o más trabajadoras o trabajadores que sean empleados (as) o voluntarios (as) durante el trabajo. Se incluyen todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Se exceptúan las casas destinadas, exclusivamente, a la habitación familiar.”

(Ministerio de Salud, 2012, p.9).

En la GATS se determinó que alrededor de un 6,3% de las personas adultas que trabajan en ambientes cerrados⁸ estuvieron expuestos al humo de segunda mano en el centro de trabajo en el último mes. De esta población, un 7,5% eran hombres y un 4,2% eran mujeres. Asimismo, la población residente en zona rural es la más expuesta, con un 8,7% en comparación a un 5,8% en la zona urbana.

⁸ Entendidos como un espacio cubierto por un techo y cerrado por dos o más paredes o laterales, independientemente de la clase de material que se utilice o de que la estructura sea permanente o temporal.

PERSONAS ADULTAS EXPUESTAS AL HUMO DE SEGUNDA MANO EN LUGARES PÚBLICOS

Este indicador refiere a las personas adultas expuestas al humo de segunda mano en lugares que por ley están dispuestos como sitios libres de humo de tabaco por ser lugares públicos. Ejemplo de esto serían los establecimientos de salud, los centros educativos, las universidades, los edificios/oficinas de gobierno, los restaurantes, los bares/clubes nocturnos, el transporte público, entre otros.

Con respecto a esto, se identificó que el lugar público en el que la población se expone más al humo de segunda mano es en los bares/clubes nocturnos, seguido por universidades; mientras el lugar con menor riesgo de exposición son los establecimientos de salud. Además, en términos generales las mujeres sufren una mayor exposición (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución porcentual de la exposición al humo de segunda mano en varios lugares públicos, según sexo y residencia, 2015

EXPOSICIÓN AL HUMO DE SEGUNDA MANO EN LUGARES PÚBLICOS:	TOTAL	SEXO		RESIDENCIA	
		Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Edificio/oficinas de gobierno	4.1	3.6	4.7	4.2	4.0
Establecimientos de salud	3.4	3.2	3.6	3.5	3.3
Restaurantes	7.9	8.1	7.7	8.1	7.2
Bares/Clubes nocturnos	23.0	21.2	25.9	21.8	27.5
Centros educativos	5.4	4.2	6.3	5.3	5.8
Universidades	17.7	19.4	15.9	17.6	18.1
Transporte público	7.3	6.9	7.7	8.2	4.8

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Global de Consumo de Tabaco en Adultos del Ministerio de Salud (2015).

APOYO A LAS LEYES ANTITABACO PARA ESPACIOS LIBRE DE HUMO

El apoyo a las leyes antitabaco para los espacios libres de humo hace referencia al respaldo que brinda la ciudadanía a todas aquellas reglamentaciones legislativas que buscan regular el consumo de tabaco. El establecimiento de los espacios libres de humo de tabaco es un ejemplo de ellos. En estos se conciben las áreas cerradas o abiertas como lugares donde se encuentra prohibido consumir o mantener encendido productos de tabaco.

Según la Ley N° 9028, se entiende como lugar público el

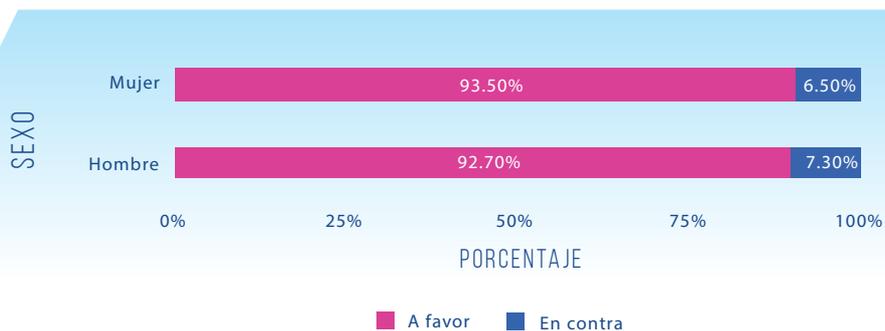
“Lugar al que tiene acceso el público en general o lugares de uso colectivo, independientemente de quién sea el propietario o de quién posea el derecho de ingreso”

(Ministerio de Salud, 2012, p.10).

Según la encuesta GATS desarrollada en Costa Rica en el año 2015, el apoyo de la población a este tipo de leyes corresponde a un 93,1% (Gráficos 26 y 27). Siendo más fuerte en el área rural que en el área urbana y teniendo un respaldo mayor por parte de mujeres que por hombres.

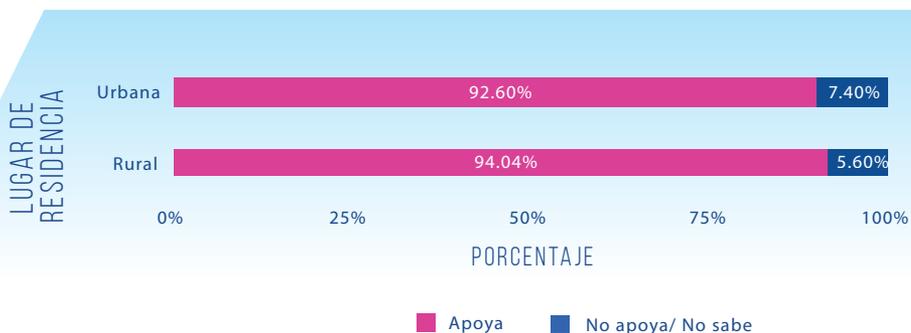


Gráfico 26. Distribución porcentual del apoyo a las leyes antitabaco en lugares públicos, según sexo, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Global de Consumo de Tabaco en Adultos del Ministerio de Salud (2015)

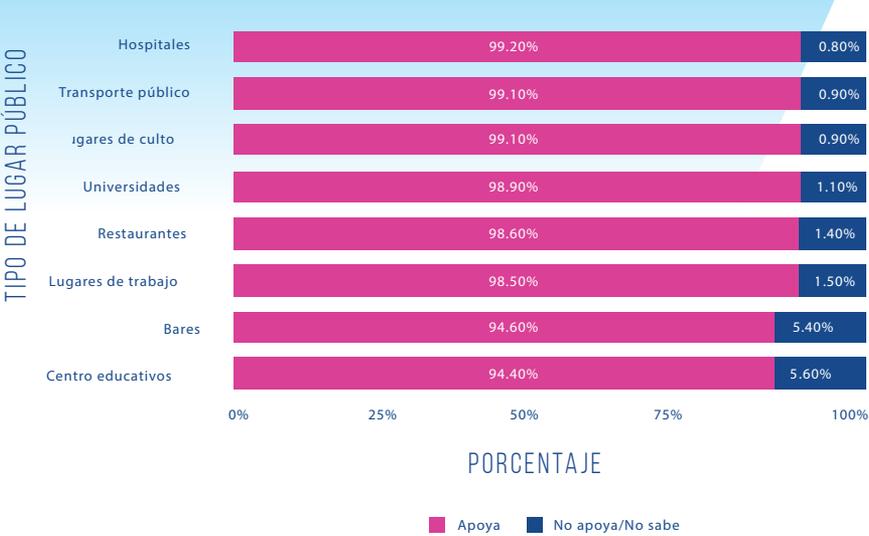
Gráfico 27. Distribución porcentual del apoyo a las leyes antitabaco en lugares públicos, según residencia, 2015



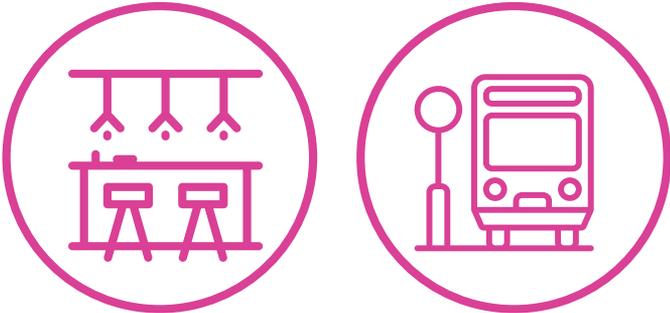
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Global de Consumo de Tabaco en Adultos del Ministerio de Salud (2015)

Cabe destacar que a los participantes de la encuesta se les consultó si apoyaban el establecimiento de leyes antitabaco en lugares públicos como: hospitales, transporte público, lugares de culto, universidades, restaurantes, lugares de trabajo, bares y centros educativos (Gráfico 28). En todos estos lugares el apoyo a la ley de ambientes libres de humo de tabaco fue mayor al 90%.

Gráfico 28. Distribución porcentual del apoyo a las leyes antitabaco en lugares públicos, según lugar público, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Global de Consumo de Tabaco en Adultos del Ministerio de Salud (2015).





**ECONOMÍA
DEL TABACO**

NÚMERO DE CIGARRILLOS VENDIDOS POR PARTE DE LA INDUSTRIA TABACALERA

Este indicador busca lograr un acercamiento al mercado costarricense de consumo de tabaco por medio de cifras referentes a la cantidad de cigarrillos que se venden anualmente en el país. Con respecto a lo anterior, cabe destacar que en Costa Rica prevalecen dos grandes empresas tabacaleras que monopolizan el mercado de cigarrillos lícitos. A saber, la British American Tobacco Central America (BATCA) y Philip Morris International (PMI), con su subsidiaria Tabacalera Costarricense, S.A (identificados en el Diagnóstico realizado por el OVEIS). De forma minoritaria también se encuentra la empresa Grand River Enterprises de Canadá con la marca Séneca y la empresa estadounidense Dosal Tobacco Corporation con la marca Arcos (identificado en el Diagnóstico realizado por el OVEIS, 2018).

La Tabla 24 muestra las marcas de cigarrillos registrados ante la Dirección de Atención al Cliente del Ministerio de Salud en el segundo semestre del 2017, según lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley N° 9028.

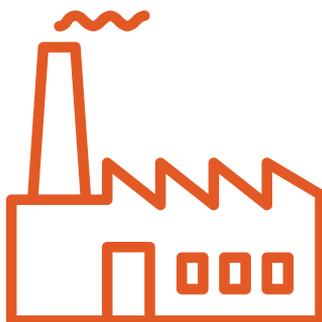


Tabla 24. Marcas de cigarrillos de acuerdo a los distribuidores registrados ante el Ministerio de Salud a octubre del 2017

MARCA	EMPRESA DISTRIBUIDORA
VICEROY	British American Tobacco
REX	British American Tobacco
PALL MALL	British American Tobacco
LUCKY STRIKE	British American Tobacco
KOOL	British American Tobacco
L&M	Tabacalera Costarricense, S.A.
DERBY	Tabacalera Costarricense, S.A.
MARLBORO	Tabacalera Costarricense, S.A.
SENECA	Comercializadora de Productos Pura Vida, S.A.
TRIBE	Gejaz International, S.A.
ARCOS	Inversiones y RCG, S.A.
SAUVAGE	Treinta y Ocho Dos, S.A..
CAPITAL	Stephany Fallas Barrantes
FOX KS BOX	TGH, S.A.

Fuente: Ministerio de Salud (2017b).

En cuanto a la cantidad de cigarrillos vendidos, existen dos fuentes de información. La primera de ellas corresponde a las cifras estimadas por el Ministerio de Hacienda. Estas se calculan a partir de lo recaudado cada mes por el impuesto específico a cada cigarrillo. Por otra parte, se encuentran las cifras estimadas por la consultora internacional Euromonitor en su base de datos PASSPORT. En este informe se utilizará únicamente los datos reportados por el Ministerio de Hacienda, debido a que se consideran más confiables que las presentadas por Euromonitor, cuyas proyecciones han presentado inconsistencias en otros países (Comercio Ilícito de productos de tabaco en América Latina, 2015). Así, en el Gráfico 28 se muestra la cantidad de cigarrillos vendidos entre los años 2012 y 2017 de acuerdo con su origen.

Gráfico 29. Cantidad de cigarrillos en unidades vendidas en Costa Rica por origen, 2012-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda (2018).

En términos generales, desde que se aprobó la Ley N° 9028 ha habido una baja en la cantidad de cigarrillos que se venden cada año, ya sean manufacturados en el país o importados.

Si se analiza en términos del consumo per cápita, es decir, toda la población mayor de 15 años entre la cantidad de cigarrillos vendidos, se puede observar una disminución anual como se ilustra en la Tabla 25

Tabla 25. Consumo per cápita de cigarrillos en Costa Rica, 2012-2017 :

AÑOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CONSUMO PER CÁPITA	533	516	409	407	399	350

Fuente: IAFA, s. f., a partir de cifras del Ministerio de Hacienda.

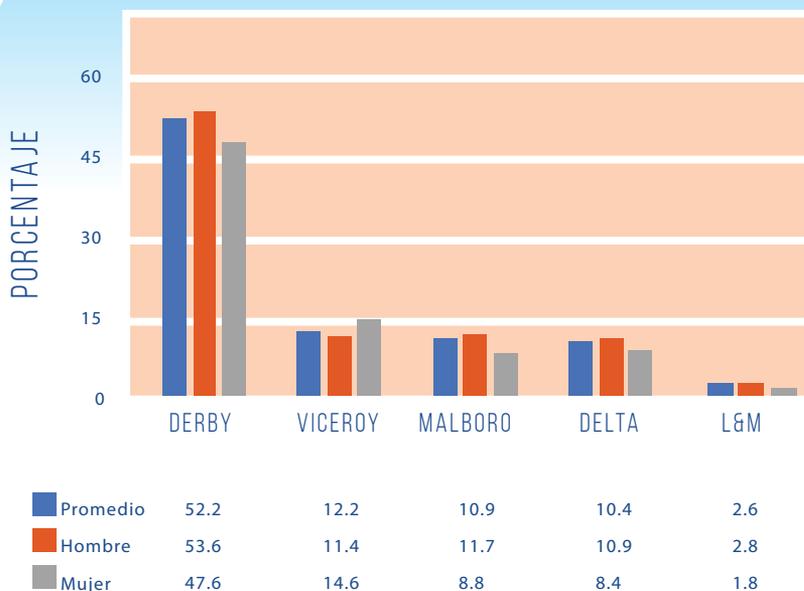
Es importante señalar que, a pesar de esta baja en las ventas de unidades, los cigarrillos continúan siendo el producto de tabaco más consumido y vendido en el país, por encima de puros, cigarros, cigarrillos electrónicos o productos para vapear. Así mismo, los ingresos de las compañías tabacaleras, que disminuyeron los primeros años después de la aprobación de la Ley N° 9028, han aumentado entre el año 2016 y 2017 debido a la innovación en los productos y el aumento en el precio de venta (IAFA, 2016, p. 14).

PRECIO DE VENTA DE LA MARCA MÁS VENDIDA

El precio de una cajetilla de cigarro varía según la marca y el tipo de producto. Para el año 2018, en el mercado costarricense el costo de las cajetillas de cigarro rondaba entre los ₡1500 (\$2.5) y los ₡ 2100 (\$3.5), siendo uno de los precios más bajos de la Región.

De acuerdo con la Encuesta GATS la marca Derby de Philip Morris International, fue la marca de cigarrillos más comprada entre los fumadores actuales durante ese periodo, con un valor en el mercado de ₡ 1900 (\$3.3).

Gráfico 30. Distribución porcentual de fumadores actuales mayores de 15 años, según última marca comprada, 2015



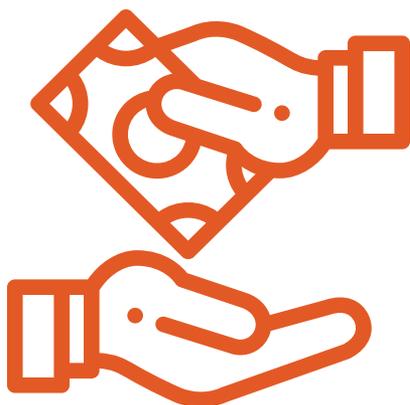
Fuente: Ministerio de Salud, encuesta GATS 2015.

Como se muestra en la Tabla 26, a partir de la creación del Impuesto Específico a los productos de tabaco y las variaciones experimentadas en los impuestos de consumo y ventas, el precio de la cajetilla de cigarro más vendida aumentó aproximadamente un 137.5% con respecto al año 2010. Lo que significa que en ocho años el precio de venta de estos productos aumentó más del doble.

Tabla 26. Precios e impuestos de la cajetilla de cigarro más vendida 2010-2018

PRECIO DE LA CAJETILLA DE CIGARROS DE LA MARCA MÁS VENDIDA	2010	2018
En colones	800	1900
En dólares PPP	2,22	3,16
IMPUESTOS A LOS PRODUCTOS DE TABACO		
Impuesto Específico	0	23.39
Impuesto Selectivo al Consumo	65%	95%
Impuesto de Venta	13%	13%
Otros impuestos	-	2.5%

Fuente: Elaboración propia con base en datos la OPS, 2010.



CANTIDAD DE MARCAS REGISTRADAS DE LÍQUIDOS PARA CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

En Costa Rica se comercializan una serie de marcas de líquidos para cigarrillos electrónicos. De acuerdo con datos de la Dirección de Atención al Cliente del Ministerio de Salud, para octubre del año 2016 se declararon 32 marcas de este producto, esta cantidad aumentó a 47 marcas para abril del año 2017. Este incremento se mantiene ya que para agosto del presente año se declararon las 69 marcas mencionadas a continuación:

ANGELS VAPORS	CUTTWOOD
DIPPED	DARTH VAPOR
KRAZE	DUNK´D
LIFTED LIQUIDS	ANML
DOTMOD DOT JUICE	HALO/EVO
COHEIBA TOBACCO	SOUTHERN SILK
EVIL RAINBOW	SQEEZ
FINAL BOOSTED	SUGOI VAPOR
COUNTRY CLOUDS	HULA HONEY
FLAMBE	SUICIDE BUNNY
CHERRI BOMBZ	SUNDAE BREAKFAST
CHILL	SURF
COASTLINE	SURVIVAL SERUM
CRUMBS	TANGED

BLU BEAN	THE VAPING RABBIT
BOMBO	TWELVE MONKEYS
BOOSTED	TWONK
BY THE POUND	UPRISING
CEO VAPE CO	NAKED FISH
ELEVATE	OUT THE BOX
ENTOURAGE	PATTY CAKE
FUEGO	PHILLIP ROCKE
GOLDEN OREE-YO	SNACK SHACK
GUSTARD FACTORY	REDRUM
JUICE	RESTOMODS
KOMB	RIPE VIPES
MARSH MADNESS	SENGOKU VAPOR
MCDONALD VAPOR CO	SHANIZZLE
MELLO BUDDHA	MR. CANNOLI
MILK MAESTRO	VAPING RABBIT
MODUS	VAPORFI
MOST WANTED	VOLT
THE BAR	YAMI VAPOR
THE FOURTH	YERLI
THE MILKMAN	



LIMITACIONES

El siguiente apartado recopila las principales limitaciones encontradas durante el proceso de seguimiento al SIN-CT, así como los factores que dificultaron el acceso a la información requerida. A partir de la experiencia, las diferentes barreras de acceso a la información para el seguimiento al Sistema de Indicadores se pueden agrupar en cuatro grandes categorías que van desde la confiabilidad de las fuentes hasta la disponibilidad de la información a nivel nacional.

Como se mencionó anteriormente, a nivel metodológico la fase de seguimiento al Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT), implicó un despliegue de relaciones entre el OVEIS y los actores involucrados que constituyen las fuentes de datos. Esta coordinación se orientó principalmente a la solicitud de los datos requeridos para alimentar los indicadores y, en algunos casos, para la validación de los resultados obtenidos a partir del intercambio de información. Sobre esto, es necesario destacar que durante el proceso se presentaron una serie de limitaciones relacionadas con el acceso y la disponibilidad de la información.

a. Disponibilidad de la información

Uno de los obstáculos que se encontró de manera repetitiva en el proceso de recolección de datos fue la poca, nula o incompleta información disponible para alimentar los indicadores. Las razones que explican

est condición pueden variar según el indicador y la institución encargada de generar dicha información. Sin embargo, es claro que la falta de lineamientos y procedimientos estandarizados desde los mandos superiores para que los niveles operativos o administrativos registren la información constituye uno de los principales motivos. Asimismo, la falta de personal que pueda colaborar en estas labores es una dificultad presente en la mayoría de las instituciones consultadas.

Por esas razones, las limitaciones asociadas con la disponibilidad son quizás, las más perniciosas y complicadas de corregir a nivel institucional, ya que estas últimas deben contar con herramientas normativas que exijan el registro de la información.

b. Acceso a la información

Otra de las limitaciones presentadas se relaciona con la anuencia o capacidad de las instituciones para compartir la información en los tiempos solicitados. Es decir, aunque los datos se encuentran recolectados o sistematizados, no se puede acceder a la información en su totalidad o en el tiempo requerido.

Lo anterior puede deberse a que, desde el momento en el que se hace la solicitud, los mandos superiores delegan la transferencia de información a los funcionarios responsables de manejar esos datos. En otras ocasiones, la transferencia de información no es expedita de acuerdo a los tiempos en que se necesita entregar los productos. En otros momentos ha mediado la falta de interés por parte de los responsables para compartir la información.

Por último, aunque ha sido la excepción, el acceso de la información no ha sido posible por un tema de confidencialidad de la institución, ya que el marco jurídico hace imposible entregar la información solicitada.

c. Gestión y registro de la información

A lo largo de la etapa de seguimiento a los indicadores, se han identificado limitaciones asociadas con los registros de información, en términos de registro, calidad y accesibilidad. Esto debido a que a menudo las bases de datos institucionales son incompatibles entre sí, poseen datos no actualizados o bien carecen de precisión.

En este sentido, a pesar de que la información requerida se registra de forma parcial o completa, ya sea a través de sistemas de información o registros administrativos institucionales, en muchas ocasiones no cumple con criterios de calidad y confianza. Por tal razón, los datos no pudieron ser utilizados para el análisis y el seguimiento de los temas. Entre los principales factores que determinan las limitaciones en los registros se encuentran:

- **Falta de sistemas de registro obligatorios.**
- **Poca uniformidad o estandarización de los registros.**
- **Deficiencias técnicas en los sistemas de información.**
- **Falta de sistematización de las experiencias en control del tabaco.**

d. Confidencialidad de la información

Finalmente, el abordaje de algunos indicadores se vio obstaculizado por limitaciones asociadas con la confiabilidad de la fuente. Esto debido a que directa o indirectamente la única fuente de información identificada para alimentar algunos indicadores es la Industria Tabacalera (IT). En otras palabras, la información disponible solamente la produce y conoce la IT o la construyen instituciones públicas con base en cifras que provienen directa o indirectamente de este sector.

Al respecto, la OMS en sus directrices para la aplicación del CMCT plantea como un principio rector que, “existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública” (OMS, 2008, p.2). En este sentido, la IT ha buscado estrategias para debilitar este tipo de políticas a partir del sabotaje a los procesos políticos y legislativos, la exageración de la importancia económica que representa esta industria, la manipulación de la opinión pública, la desacreditación de la evidencia científica sobre el impacto del consumo de tabaco y la intimidación a los gobiernos con litigios o amenazas de litigio (OMS, 2012).

Lo anterior refuerza el motivo por el cual el CMCT plantea que para “establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados por la industria tabacalera [...]” (OMS, 2008, p. 2).

Debido a que la información presentada por la industria tabacalera supone un conflicto de intereses, y por todo lo que esto conlleva, el OVEIS no utilizó, ni contempla viable o confiable basarse en datos provenientes de esta fuente. Sin embargo, es preciso reconocer que esto es una limitante para el seguimiento de ciertos indicadores, los cuales podrían contribuir al análisis de la situación del control del tabaco en el país.

CONCLUSIONES

En relación con el tema de ambiente y tabaco, los datos reflejan una disminución significativa en la extensión de tierra dedicada a la siembra de tabaco a partir del año 2007. Lo cual es consecuente con el hecho de que este cultivo no representa una actividad económica importante para el país. No obstante, en apego con lo dispuesto en el artículo 17 del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el gobierno debe establecer alternativas económicas para los trabajadores y cultivadores de tabaco que aún siguen subsistiendo a base de esta actividad.

A pesar de las consecuencias negativas que la producción y consumo de tabaco suponen para el medio ambiente, actualmente el país no cuenta con un sistema de monitoreo que le permita estimar la magnitud del daño ambiental causado en cada una de las etapas que componen el ciclo de vida del tabaco. La falta de investigaciones en este tema repercute directamente en la generación de conocimiento sobre el impacto ambiental causado por el consumo de tabaco y sus efectos en la población, así como la evidencia científica que permita orientar la toma de decisiones dirigidas a abordar la problemática.

Respecto al tema de capacitaciones, estas se han concentrado específicamente en las instituciones que poseen vínculo directo con la legislación, en la medida en la que reciben presupuesto proveniente del impuesto al

tabaco. No obstante, existe un gran porcentaje de instancias que desempeñan o incluso podrían desempeñar un papel importante en términos de aplicación, cumplimiento y fiscalización de la ley N° 9028. Estas últimas en su mayoría no cuentan con capacitaciones continuas en el tema.

Bajo esta misma línea, a partir del análisis realizado se logró establecer que podría existir una relación entre las capacitaciones recibidas y la cantidad de acciones desarrolladas para el cumplimiento de la Ley N° 9028. Por lo cual se debe considerar que el desarrollo de actividades para el control del tabaco puede estar determinado por el nivel de capacitación de los funcionarios, así como de otros factores como la motivación, la demanda de la población, la existencia de recursos u otros.

Cabe señalar que se ha identificado que la mayoría de estas capacitaciones están orientadas al contenido de la legislación, dejando de lado temas relevantes asociados a la aplicación de la misma, tal y como lo sería la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de consumo de tabaco.

Por su parte, el IAFA, ha generado variedad de capacitaciones, campañas y proyectos para la prevención del consumo de tabaco, abordando temas como factores de protección, promoción de estilos de vida saludables y factores de riesgo. Dichas acciones se han centrado mayoritariamente en población cautiva de centros de enseñanza primaria y secundaria.

En lo que concierne al tema de tratamiento y abordaje del tabaquismo, los datos demuestran que existe un interés en la población fumadora por abandonar el consumo de tabaco. Este interés se ve reflejado en los diferentes intentos realizados por esta población para lograr la abstinencia del consumo.

Bajo esta misma línea, en correspondencia con los marcos internacionales de la OMS y lo establecido en la Ley N° 9028, la Caja Costarricense del Seguro Social ha fortalecido desde el año 2012 los servicios de atención dirigidos a ofrecer ayuda para dejar de fumar a través de las clínicas de cesación de tabaco y, más recientemente, la incorporación de la técnica de intervención breve en la consulta general brindada en la atención primaria.

En el tema de comercio ilícito, dado lo lucrativo del negocio, actualmente esta actividad forma parte importante del mercado del tabaco en Costa Rica, con consecuencias devastadoras para los gobiernos en términos de salud pública, evasión fiscal y seguridad. No obstante, a pesar de que de esta problemática se puede ver reflejada en el aumento de cigarrillos decomisados desde al año 2012, no es posible atribuir este fenómeno únicamente al fenómeno del comercio ilícito.

Como es constante en otros ejes temáticos, la escasa generación de evidencia científica en el tema de comercio ilícito limita la comprensión general de este fenómeno en el país, así como la estimación de la magnitud del problema en sus diferentes dimensiones. Actualmente, el país no cuenta con estudios por lo que se carece de datos para el análisis de la situación y su comparabilidad con otros países de la región.

En relación con los recursos económicos de la Ley N° 9028, a pesar de que no se ha logrado recopilar toda la información referente a los porcentajes de ejecución de las instituciones, se estima que existe un elevado porcentaje de sub ejecución por parte de algunas de las instancias que reciben fondos de la ley. Una sobreestimación del gasto o la falta de planificación a nivel nacional e institucional en el tema de control del tabaco, que estructure lineamientos operativos y financieros para la ejecución de los recursos, pueden ser factores determinantes de esta condición.

Por otra parte, respecto a los indicadores epidemiológicos se observa que la mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Costa Rica si bien presenta una tendencia a la baja, esta no representa un cambio significativo en el periodo del 2007-2017. Asimismo, la mortalidad atribuible a la exposición al humo de segunda mano ha experimentado una disminución. Esta tendencia puede estar determinada por una serie de factores, entre ellos, la incorporación de los espacios libres de humo de tabaco, que es uno de los cambios generados a partir de la Ley N° 9028. Sin embargo, no existe evidencia que compruebe esta hipótesis.

Otro aspecto para resaltar es el cambio en el comportamiento de las mujeres con respecto al consumo de tabaco. Se ha evidenciado que no solamente existe un mayor consumo en esta población, sino que también están iniciando su consumo a edades más tempranas en comparación con otros años, equiparándose cada vez más con la edad de inicio de los hombres.

En materia de investigación, el país ha dado grandes avances en generación de conocimiento alrededor del tema de

tabaquismo y control del tabaco. Sin embargo, es necesario promover e incluso facilitar la investigación académica en el tema de control del tabaco. A partir de ello, se considera pertinente no solo contar con el financiamiento para la investigación, sino también con lineamientos que orienten la investigación hacia las principales necesidades de información del país.

Como parte de los nuevos escenarios que se presentan después de la aprobación de las medidas de control del tabaco, las nuevas formas de consumo representan uno de los principales retos para los gobiernos alrededor del mundo. Al igual que en otros países de la Región, Costa Rica presenta una tendencia al uso de los nuevos Sistemas Electrónicos Administración de Nicotina (SEAN) y los Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) lo cual presenta retos importantes para las autoridades en términos sanitarios y regulatorios.

Ante este panorama, se refleja la necesidad de investigación científica en este tema, con dirección no solo a evidenciar los efectos en la salud sino también enfocada a los posibles marcos regulatorios de estos productos de acuerdo con la legislación vigente.

Finalmente, este primer seguimiento al Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco evidenció la necesidad de investigar en temas específicos. Esto debido al peso que tienen para el cumplimiento de la Ley N° 9028 y su reglamento, así como para la toma de decisiones que contribuyan a la protección de la salud de la población costarricense.

Asimismo, se identificó que existen barreras para el acceso a la información relacionada con el tema de control del

tabaco. A nivel nacional, existe una tendencia en las instituciones a no sistematizar o registrar de forma estandarizada las acciones desarrolladas en el marco de la Ley N° 9028, lo cual repercute directamente en la disponibilidad y la calidad de la información requerida para el análisis de las estrategias e intervenciones relacionadas con la aplicación de la ley.

Partiendo de que el SIN-CT se creó como una herramienta para la vigilancia y el seguimiento del tema de control del tabaco, las limitaciones en relación con la disponibilidad y acceso a la información repercuten directamente en el análisis de la situación de Control del Tabaco a nivel nacional, así como en la generación de evidencia científica que oriente los procesos de toma de decisiones.



REFERENCIAS

Bardach A et al. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 16. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: www.iecs.org.ar/tabaco

Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica: Unidad de Prevención e Investigación de Incendios. (2018). Base de datos completada por la Unidad de Prevención e Investigación de Incendios.

British American Tobacco [Batca]. (s. f.). Centroamérica. Recuperado de: http://www.batcentralamerica.com/group/sites/BAT_AX9FAB.ns-f/vwPagesWebLive/DO9T5K52

Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS]. (2017). Manual de Procedimientos Clínicas de Cesación de Tabaco. Código UEP. Versión: 01. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cancer?v=35>

Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS]: Clínicas de Cesación de Tabaco. (2019). Consulta realizada a los encargados de las Clínicas de Cesación de Tabaco de la CCSS.

Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS]: Programa de Cesación de Tabaco. (2018). Cuestionario completado por la coordinación del Programa de Cesación de Tabaco.

Cámara de Sanidad Agropecuaria y Fertilizantes Argentina [CASAFE]. (s.f). Fertilizantes. Recuperado de: <http://agrolluvia.com/wp-content/uploads/2009/09/fertilizantes.pdf>

Castellanos, A. (2013). Resaltan impacto económico del tabaco Guatemala. Recuperado de: <https://revistaproagro.com/resaltan-impacto-economico-del-tabaco-en-guatemala/>

CID Gallup Latinoamérica Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo S.A. Recuperado de: <http://amcham.co.cr/wp-content/uploads/2016/10/Estudio-Comercio-Il%C3%ADcito-de-Cigarrillos-en-Centroam%C3%A9rica.pdf>

Comercio Ilícito de productos de tabaco en América Latina. (2015). Recuperado de: https://cigarroilicito.weebly.com/uploads/1/0/9/4/10947265/ops-fact-sheet_comercio-ilicito-en-america-latina.pdf

Eriksen, M., Mackay, J., y Ross, H. (2013). Atlas del tabaco (4 ed.). Georgia, EE. UU.: American cancer Society.

Fernández, A. (2011). Tabaco: así daña al medio ambiente. EROSKI CONSUMER. España. Recuperado de: http://www.consumer.es/web/es/medio_ambiente/urbano/2011/02/07/198755.php

García González; Castro Arias; González Morera. (2008). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/modelo.pdf>

García-Gómez, L et al. (2015). Impacto del consejo breve para dejar de fumar. Salud Pública de México, 57, (5). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500006

Grant, C. (s.f). Incendios. Sumario. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/41.pdf>

Hernández López, Teresa, Roldán Fernández, Jesús, Jiménez Frutos, Anunciación, Mora Rodríguez, Carlos, Escarpa Sánchez-Garnica, Dolores, & Pérez Álvarez, María Teresa. (2016). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. Recuperado de http://scielo.iisiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es

Institute for Health Metrics and Evaluation: Global Burden Disease. (2018). GBD Compare. Visualization. Recuperado de: <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA]. (2016). Análisis de mercado: consumo alcohol y tabaco en Costa Rica, 2011-2016. San José, Costa Rica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA]: Capacitación, Asesoría y Seguimiento. (2018). Cuestionario completado por el departamento de Capacitación, Asesoría y Seguimiento.

Ministerio de Educación Pública [MEP]. (2018). Programas de prevención del uso indebido de drogas y estadísticas del consumo de drogas no medicadas, curso lectivo 2017. Boletín 04-18.

Ministerio de Hacienda. (2018) Oficio DM-6910-2018, Asunto: Respuesta a oficio DM-5902-18 y oficio 5903-18.

Ministerio de Hacienda: Dirección de Aduanas. (2018). Estadísticas de importación y exportación. Recuperado de <http://www.hacienda.go.cr/contenido/370-estadisticas-de-importacion-y-exportacion>

Ministerio de Hacienda: Dirección de Grandes Contribuyentes. (2018) Base de datos facilitada por la Dirección de Grandes Contribuyentes.

Ministerio de Hacienda: Policía de Control Fiscal. (2018). Base de datos completada por la División Técnico Jurídico y Departamento de Recopilación.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-cesacion-tabaco.pdf>

Ministerio de Salud. (2012). Ley general y su Reglamento de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, Ley N° 9028.

Ministerio de Salud. (2015). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: Resumen ejecutivo 2015. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/crri_executive_summary_es.pdf

Ministerio de Salud. (2017a). Reglamento de vigilancia de la salud N° 40556-S. Recuperado de: http://www.pgr-web.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=84661&nValor3=109322&strTipM=TC

Ministerio de Salud. (2017b). Listado de los productos y las empresas que han presentado declaración jurada de ingredientes y emisiones de ingredientes y emisiones de los productos de tabaco y sus derivados a octubre del 2017. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informacion/tabaco>

Ministerio de Salud. (2018). Informe de Inversión Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud 2013-2018.

Ministerio de Salud. (2019). Informe Anual de Resultados Físicos y Financieros.

Ministerio de Salud: Sistema de Infractores (2019). Revisión de la base de datos del Sistema de Infractores de la Ley N°9028 y su respectivo reglamento, en el período enero-marzo, 2019.

Ministerio de Sanidad y Política Social, (s.f). Indicadores para la Evaluación de los Programas de Control del Tabaquismo. España. Recuperado de: <http://femp.femp.es/files/566915archivo/INDICADORES%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20PROGRAMAS%20DE%20CONTROL%20DEL%20TABAQUISMO.pdf>

Morris, K. (2016, 14 de setiembre). Frenan comercio ilícito de productos de tabaco. Diario Extra. Recuperado de: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/307994/-frenan-comercio-ilicito--de-productos-de-tabaco>

Muñoz, F et al. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Rev. Panamá Salud Pública. 8(2). Recuperado de http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Funciones_escencialesenSalud.pdf

Ocean Conservancy. (2017). International Coastal Cleanup Report. Recuperado https://oceanconservancy.org/wp-content/uploads/2017/06/International-Coastal-Cleanup_2017-Report.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (1996). Código Internacional de Conducta para la Distribución y Utilización de Plaguicidas. Tomado de <http://www.fao.org/docrep/w1604S/w1604s00.htm#Contents>

Organización Internacional de Trabajo [OIT]. (1993). Guía sobre Seguridad y Salud en el Uso de Productos Agroquímicos. Ginebra. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@pro

trav/@safework/documents/instructionalmaterial/wcms_235707.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f). Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Iniciativa Liberarse del Tabaco: Folletos MPOWER y otros recursos. Recuperado de: <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). La vigilancia es un componente esencial del control del tabaco. Recuperado de: https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/sp_tfi_mpower_m.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=0C74044109CA935763FF36A4EAA333D0?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008a) MPOWER Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Recuperado de: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008b). Directrices para la aplicación del párrafo 3 del artículo 5 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco sobre la protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera. Recuperado de https://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Interferencia de la industria tabacalera. Un resumen mundial. Consultado el 6 de febrero del 2019. Obtenido de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/NTD-brochure-spa.PDF>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. Recuperado de <https://www.who.int/fctc/protocol/Protocol-to-Eliminate-Illicit-Trade-in-Tobacco-Products-ES.pdf?ua=1&ua=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - CMCT. Directrices para la aplicación del artículo 6. Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco. Ginebra, Suiza. Recuperado en: <https://goo.gl/IW4GEs>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). CMCT de la OMS. Compendio de indicadores (1.a edición). Recuperado de http://www.who.int/fctc/reporting/who_fctc_indicator_compendium_1st_edition_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Comercio ilegal de productos de tabaco. Lo que debe saber para detenerlo. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172597/WHO_NMH_PND_15.3_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. Washington, D.C.: Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.) Notas técnicas sobre agua, saneamiento e higiene en emergencias. Manejo de desechos sólidos. Recuperado de: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-notes-on-disasters&alias=2027-12-manejo-de-desechos-solidos&Itemid=1179&lang=en

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Documento Conceptual: Intersectorialidad. Concurso de experiencias significativas de Promoción de la Salud en la región de las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2018. Washington, D.C. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49237>

Red Nacional Antitabaco [RENATA]. (2015). Nuestro trabajo. Recuperado de <http://www.rednacionalantitabaco.com/nuestro-trabajo/>

Red Nacional Antitabaco [RENATA]. (2015). Objetivos. Recuperado de <http://www.rednacionalantitabaco.com/institucional/objetivos/>

Reglamento 37185 (2012). Reglamento a la Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud. San José, Costa Rica.

Rodriguez, O. (2018). Filial de Philip Morris adquiere el 100% de Tabacalera Costarricense y dejará de producir cigarrillos en Costa Rica. La Nación. Recuperado de: <https://www.nacion.com/economia/negocios/filial-de-philip-morris-adquiere-100-de/CTXTONJS65G6TBLVSRALZBD51M/story/>

Servicio Fitosanitario del Estado. (2018). Selección del Fertilizante, Enmienda o Sustancia Afín. Recuperado de: <http://app.sfe.go.cr/SFEInsumos/asp/Insumos/ConsultaRegistroFertilizante.aspx>

Sistema de Información del Sector Agropecuario [SEPSA]. (2018). Costa Rica: Área y producción de todas las actividades agropecuarias. Período: 1983 – 2018. Recuperado de <http://www.infoagro.go.cr/EstadisticasAgropecuarias/PRODUCCIONDESEMPEÑOPRODUCTIVO/Paginas/ReporteAreaProduccion.aspx>

Sistema de Información del Sector Agropecuario [SEPSA]. (2018). InfoRegiones. Recuperado de <http://www.infoagro.go.cr/InfoRegiones/Paginas/default.aspx>

Sorio Flor, L. (2018) Overview of GBD Metrics and Terms. Presentación realizada en el Curso-Taller de Verano: Estrategias para el Control del Tabaco en México y Latinoamérica, efectuado en Cuernavaca, México.

Thomson, A. (2007). Gestión de la información y registro de los datos. Recuperado de: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/national_forest_assessment/images/PDFs/Spanish/KR2_ES__9_.pdf

Tobacco Control Committee of the American Thoracic Society (2013). Serie de información al paciente. ¿Qué es el humo de segunda y tercera mano? Recuperado de <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/what-is-second-and-third-hand-smoke.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. LISTADO DE INSTITUCIONES CONSULTADAS POR MEDIO DE CUESTIONARIO, DURANTE EL 2018-2019, SEGÚN RESPUESTA.

INSTANCIA CONSULTADA	BRINDÓ RESPUESTA	NO BRINDÓ RESPUESTA
LA UNIDAD TÉCNICA DEL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA		
EL PROGRAMA DE CLÍNICAS DE CESACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL		
ORGANIZACIONES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE LAS UNIVERSIDADES	<p>-Carrera de Enfermería de: la Universidad Autónoma de Centro América (UACA), la Universidad de Costa Rica (UCR), la Universidad Iberoamericana (UNIBE) y la Universidad de las Ciencias y el Arte.</p> <p>-Carrera de Medicina de: la Universidad de Ciencias Médicas.</p>	<p>-Carrera de Enfermería de: la Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA), la Universidad Hispanoamericana, la Universidad Latina de Costa Rica, y la Universidad Santa Lucía.</p> <p>-Carrera de Medicina de: la UACA, la UCR, UNIBE, la Universidad Federada San Judas Tadeo, la Universidad Internacional de las Américas (UIA), la Universidad Latina de Costa Rica.</p>

CLÍNICAS DE CESACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Hospital México, Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde, Hospital San Francisco de Asís, Hospital San Vicente de Paúl, Hospital de Osa Tomás Casas Casajús, Hospital de San Vito, Centro de Atención Integral en Salud de Cañas

Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas (CENARE), Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut, Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, Hospital San Juan de Dios, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital Enrique Baltodano Briceño, Hospital Fernando Escalante Pradilla, Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, Hospital Tony Facio Castro, Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez, Hospital San Carlos, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital de Ciudad Neilly, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Hospital Maximiliano Terán Valls, Hospital William Allen Taylor, Hospital de Guápiles, Hospital de La Anexión, Hospital Los Chiles, Hospital de Upala, Clínica Jiménez Núñez, Clínica San Rafael de Puntarenas, Clínica de Aserri y Clínica Clorito Picado.

ÁREAS RECTORAS DEL MINISTERIO DE SALUD

Abangares, Acosta, Aguas Zarcas, Aguirre, Alajuela 1, Atenas, Bagaces, Barranca, Barva-San Rafael, Belén-Flores, Buenos Aires, Cañas, Carmen-Merced-Uruca, Carrillo, Cartago, Ciudad Quesada, Coronado, Corredores, Coto Brus, Curridabat, Desamparados, El Guarco, Escazú, Esparza, Florencia, Garabito, Grecia, Goicoechea, Golfito, Guácimo, Guatuso, Hatillo, Heredia, Hojancha, La Cruz, La Unión, Liberia, Limón, Los Chiles, Los Santos, Mata Redonda, Matina, Montes de Oca, Montes de Oro, Mora, Moravia, Nandayure, Naranjo, Nicoya, Oreamuno, Orotina, Osa, Palmares, Paraíso, Parrita, Pavas, Peninsular, Pérez Zeledón, Poás, Puntarenas-Chacarita, Puriscal-Turrubares, San Pablo-San Isidro, San Ramón, Santa Ana, Santa Bárbara, Santa Cruz, Santa Rosa, Santo Domingo, Sarapiquí, Sureste Metropolitana, Talamanca, Tibás, Tilarán, Turrialba, Upala, Valverde Vega, Zarcero.

Alajuela 2, Alajuelita, Aserri, Guápiles, Siquirres.

ANEXO 2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS O ACTIVIDADES QUE REALIZA EL MEP PARA LA PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS EN EL SISTEMA EDUCATIVO.

Tabla 27. Programas o actividades de Prevención del uso indebido de drogas que se realizan en I-II Ciclos, III Ciclo y Educación Diversificada

PROGRAMA O ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
DARE	Su desarrollo contempla dos objetivos: la promoción de habilidades para la toma de decisiones que contribuyan a la prevención del uso y abuso de drogas legales e ilegales y la violencia; y a su vez busca capacitar a los padres de familia.
Convivir	Es un programa que promueve el fortalecimiento de las relaciones de convivencia en la comunidad educativa, así como propiciar relaciones basadas en el respeto, el disfrute de la diversidad, la participación y el sentido de pertenencia e identidad.
Programa Regional Antidrogas (PRAD)	Surgió como respuesta a la necesidad de la atención oportuna ante las ventas de droga al menudeo en zonas abiertas. Entre las acciones que se realizan como parte de este programa están: búsqueda y detección de droga en centros educativos, asistencia técnica en el caso de que el infractor sea un menor, y rehabilitación de los menores que han entrado en consumo.
Protocolo de actuación en situaciones de hallazgo, tenencia, consumo y tráfico de drogas.	Este es un protocolo que se sigue ante la sospecha o detección de tenencia, consumo o tráfico de drogas en la población estudiantil.

Fuente: Ministerio de Educación Pública (2018), en el boletín 04-18.



Tabla 28. Programas o actividades de Prevención del uso indebido de drogas que se realizan en I-II Ciclos

PROGRAMA O ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Aprendo a valerme por mí mismo	Es un programa que promueve la enseñanza y la práctica de las “Habilidades para Vivir” en la población escolar, como estrategia para prevenir y rechazar el consumo de drogas, esto debido a que su finalidad es fortalecer los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para prevenir y desestimular el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
Pinta Seguro	Busca prevenir que la población estudiantil sea víctima de robos, maltratos, agresiones, accidentes y secuestros. Entre las acciones que se realizan se encuentran: búsqueda y detección de droga en centros educativos, asistencia técnica en el caso de que el infractor sea un menor, y rehabilitación de los menores que han entrado en consumo.
La Niña del Bosque y el Colibrí	Es una actividad que aborda temas de tráfico y venta ilegal de drogas y busca generar reflexión a partir del cuento narrado, es fundamental su uso con niños y adolescentes de las poblaciones indígenas.
Familias fuertes	Es un proyecto que tiene como objetivo trabajar con familias y adolescentes para prevenir el consumo de drogas, el delito y otros comportamientos de riesgo por parte de la juventud.
Círculo Saludable	Tiene como objetivo prevenir el consumo de drogas, a partir del reforzamiento de buenos hábitos alimenticios y la actividad física. Los circuitos se basan en los siguientes ejes: educación nutricional basada en un programa llamado “Mi plato”, actividad física que constituye no solo ejercicios, sino todo aquello que le ayude a moverse, y cero consumo de alcohol en menores.

Fuente: Ministerio de Educación Pública (2018), en el boletín 04-18.

Tabla 29. Programas o actividades de Prevención del uso indebido de drogas que se realizan en III Ciclo y Educación Diversificada

PROGRAMA O ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Saber Elegir, Saber Ganar	Tiene como objetivo que los centros educativos puedan promover el desarrollo de potencialidades, destrezas y fortalezas en la población estudiantil para impulsar la búsqueda de una mejor calidad de vida.
Prevención, Detección e Intervención Temprana (PDEIT)	Es un programa que busca favorecer el desarrollo sostenible de programas y proyectos de prevención, detección e intervención temprana en los centros educativos enfatizando la promoción de estilos de vida sanos, previniendo, resistiendo y desestimulando el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población estudiantil.
Estado de Derecho y Cultura de Legalidad	Es una estrategia metodológica que busca prevenir el delito y fomentar una cultura de prevención en la población estudiantil.
Formación de formadores en Robótica	Este programa busca una prevención integral, a partir de la incorporación de población estudiantil vulnerable en espacios para ocuparse en el diseño, programación y construcción de robots, en su tiempo libre.

Fuente: Ministerio de Educación Pública (2018), en el boletín 04-18.

ANEXO 3. CÁLCULO DEL DINERO DEJADO DE PERCIBIR POR EL ESTADO POR EL COMERCIO ILÍCITO DE PRODUCTOS DE TABACO, A PARTIR DEL PRODUCTO INCAUTADO POR LA POLICÍA DE CONTROL FISCAL DEL MINISTERIO DE HACIENDA

NIVEL DE TRIBUTACIÓN



Resolución sobre la actualización del nivel de tributación mínimo de los impuestos sobre el tabaco establecidos en la ley N° 9028 "Ley General sobre el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud" para el período 2015-2016 N° DGT-R-14-2015, Dirección General de Tributación⁹

I. Cálculo del Impuesto General sobre las Ventas (IGV).

$$\text{IGV} = [\text{PVS} \div (1 + \text{TIGV})] * \text{TIGV}$$

De donde:

IGV = Monto del Impuesto General sobre las Ventas

PVS = Precio de venta sugerido al público, menos el impuesto específico a los productos de tabaco.

$$\text{PVS} = \text{€}1.500,00 - 437,60 = 1.062,40$$

TIGV = Tarifa porcentual del Impuesto General sobre las Ventas

$$\text{IGV} = [1.062,40 \div (1 + 0,13)] * 0,13$$

$$\text{IGV} = [1.047,00 \div 1,13] * 0,13$$

$$\text{IGV} = 940,1770 * 0,13$$

$$\text{IGV} = 122,22305$$

⁹http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=79665&nValor3=100838&strTipM=TC

II. Cálculo del Impuesto a favor del Instituto de Desarrollo Rural (Inder).

$$IInder = \{[PVS \div (1+TIGV) \div (1+TInder)] * TInder\}$$

De donde:

IInder = Impuesto a favor del Instituto de Desarrollo Rural

PVS = Precio de venta sugerido al público, menos el impuesto específico a los productos de tabaco.

$$PVS = \text{¢}1.500,00 - 437,60 = 1.062,40$$

TInder = Tarifa porcentual del Impuesto a favor del Instituto de Desarrollo Rural.

TIGV = Tarifa porcentual del Impuesto General sobre las Ventas

$$IInder = \{[1.062,40 \div (1+0,13) \div (1+0,0250)] * 0,0250\}$$

$$IInder = \{[1.062,40 \div (1,13) \div (1,0250)] * 0,0250\}$$

$$IInder = 940,1770 \div 1,0250 * 0,0250\}$$

$$IInder = \{917,2458 * 0,0250\}$$

$$IInder = 22,9311$$

III. Cálculo del porcentaje de utilidad presuntiva del detallista (PUD).

$$PUD = (PVS-PDET) \div PDET$$

De donde:

PUD = Porcentaje de utilidad presuntiva del detallista

PVS = Precio de venta sugerido al público, menos el impuesto específico a los productos del tabaco.

$$PVS = \text{¢}1.500,00 - 437,60 = 1.062,40$$

PDET = Precio de venta facturado a los clientes detallistas, menos el impuesto específico a los productos del tabaco

$$PDET = \text{¢}1.363,60 - 437,60 = 926,00$$

$$PUD = (1.062,40 - 926,00) \div 926,00$$

$$PUD = 136,40 \div 910,60$$

$$PUD = 14,73\%$$

IV Cálculo del Impuesto Selectivo de Consumo (ISC).

$$\text{ISC} = \left(\left(\left[\text{PVS} \div (1+\text{PUD}) \div (1+\text{PDESC}) \div (1+\text{PUDIST}) \right] - \text{linder} - \text{IGV} \right) \div (1+\text{TISC}) \right) * \text{TISC}.$$

De donde:

ISC = Monto del Impuesto Selectivo de Consumo

PVS = Precio de venta sugerido al público, menos el impuesto específico a los productos de tabaco.

$$\text{PVS} = \text{¢}1.500,00 - 437,60 = 1.062,40$$

PUD = Porcentaje de utilidad presuntiva del detallista PDESC = Porcentaje aplicable por descuento por volumen (2,51%)

PUDIST = Porcentaje de utilidad presuntiva de distribución (25%)

linder = Monto del Impuesto Instituto de Desarrollo Rural

IGV = Monto del Impuesto General sobre las Ventas

TISC = Tarifa porcentual de Impuesto Selectivo de Consumo (95%)

$$\text{ISC} = \left(\left(\left[1.062,40 \div (1+14,73\%) \div (1+2,51\%) \div (1+25\%) \right] - 22,9311 - 122,2230 \right) \div (1+0,95) \right) * 0,95$$

$$\text{ISC} = \left(\left(\left[1.062,40 \div (1,1473) \div (1,0251) \div (1,25) \right] - 22,9311 - 122,2230 \right) \div (1,95) \right) * 0,95$$

$$\text{ISC} = \left(\left(\left[926,0002 \div (1,0251) \div (1,25) \right] - 22,9311 - 122,2230 \right) \div (1,95) \right) * 0,95$$
$$\text{ISC} = \left(\left(\left[903,3267 \div (1,25) \right] - 22,9311 - 122,2230 \right) \div (1,95) \right) * 0,95$$

$$\text{ISC} = \left(\left[722,6614 - 22,9311 - 122,2230 \right] \div (1,95) \right) * 0,95$$

$$\text{ISC} = (577,5073 \div 1,95) * 0,95$$

$$\text{ISC} = 296,1576 * 0,95$$

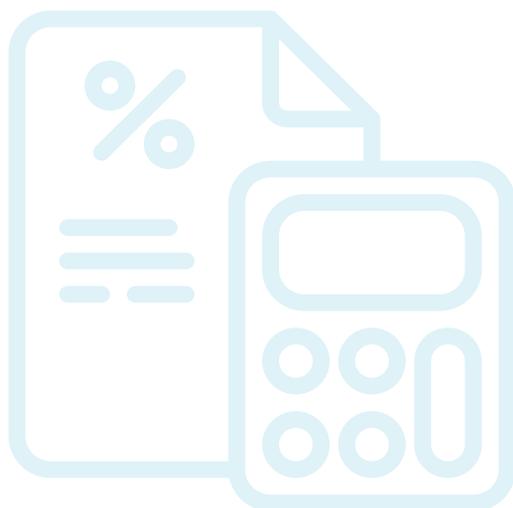
$$\text{ISC} = \mathbf{281,34975}$$

Suma de los impuestos:

$$\text{IV} + \text{linder} + \text{ISC} = 122,2230 + 22,9311 + 281,3497 = \mathbf{¢426,5038}.$$

APLICACIÓN DEL CÁLCULO CON DATOS DEL 2018

DESCRIPCIÓN	VALOR	MONTO (COLONES)
Precio de la cajetilla más vendida		1900
Impuesto Específico de Tabaco	23.39	467.8
Impuesto General sobre las Ventas	13%	164.766372
Impuesto del INDER	2.50%	30.9130153
PVS		1432.2
PDET		1259.2
Porcentaje de Utilidad Detallista	13.74%	
Impuesto selectivo de Consumo	95%	383.417556
Impuestos		1046.89694
% de carga impositiva sobre el precio		55%



DINERO NO PERCIBIDO POR EL ESTADO A PARTIR DEL PRODUCTO INCAUTADO POR LA POLICÍA DE CONTROL FISCAL DEL MINISTERIO DE HACIENDA

Para esta estimación se utilizó la carga impositiva de los productos de tabaco de la cajetilla más vendida. Debido a que el reporte del producto incautado se realiza por unidades de cigarrillos, se calculó la proporción de cada impuesto por cigarrillo y se multiplicó por el monto reportado de cigarrillos incautados por año.

Ejemplo: Dinero no percibido por el Estado debido al comercio ilícito, a partir del producto incautado por la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda, 2018.

DECOMISADO (2018)	CARGA IMPOSITIVA (2018)			DINERO NO PERCIBIDO
	IMPUESTO	CAJETILLA	CIGARRILLO	
33,744,864	Tabaco	467.80	23.39	789,292,369
	ventas	164.76637	8.24	278,000,940
	INDER	30.913015	1.55	52,157,775
	Selectivo de Consumo	383.41756	19.17	646,918,665
	TOTAL			1,766,369,749

Otros datos utilizados para el cálculo de los periodos anteriores

NIVEL DE TRIBUTACIÓN PARA EL AÑO 2013-2014

IMPUESTO GENERAL SOBRE LAS VENTAS	112.05
IMPUESTO DEL INDER	21.02
IMPUESTO SELECTIVO DE CONSUMO	257.09

Fuente:: Dirección General de Tributación, Resolución N° DGT-R-14-2015¹⁰

NIVEL DE TRIBUTACIÓN PARA EL AÑO 2015-2016

IMPUESTO GENERAL SOBRE LAS VENTAS	122.22
IMPUESTO DEL INDER	22.93
IMPUESTO SELECTIVO DE CONSUMO	281.34

Fuente:: Dirección General de Tributación, Resolución N° DGT-R-14-2015¹¹



¹⁰http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=79665&nValor3=100838&strTipM=TC

¹¹http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77528&nValor3=100907&strTipM=TC



Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



UCR
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

✉ oveis.ley9028@ucr.ac.cr

☎ 2221-0183