



FACULTAD LATINOAMERICANA
DE CIENCIAS SOCIALES

Sede Argentina
Tucumán 1966. Buenos Aires
Tel.: 5238-9300 – Fax: 4375-1373
polsoe@flacso.org.ar
www.flacso.org.ar

MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

Ciclo 2015/2016

***LEY ANTITABACO EN COSTA RICA. TENDENCIAS EN EL CONSUMO,
IMPLICACIONES EN SALUD Y PERCEPCIONES CIUDADANAS DESDE SU
IMPLEMENTACIÓN.***

TESIS DE MAESTRÍA

AUTORA: ANDREA MONTERO ZAMORA

DIRECTOR: MÁSTER PABLO MONTERO ZAMORA

ASESOR: MÁSTER JEAN CARLO CÓRDOBA NAVARRETE

2017

ÍNDICE

GLOSARIO	2
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO CONCEPTUAL	5
II.I. Políticas públicas y programas sociales	5
II.II. Política sanitaria	10
II.III. Tabaco y tabaquismo	12
II.IV. Causas y efectos del tabaco	14
II.IV.I. A nivel salud	14
II.IV. II. A nivel social	17
II.V. Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad	19
II.VI. Políticas públicas y la percepción ciudadana	22
III. ANTECEDENTES	25
III.I Leyes para el control del tabaco a nivel internacional	26
III.II. Leyes para el control del tabaco a nivel nacional	28
III.III. Ley General para el Control del Consumo de Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud N° 9028.	29
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	33
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	34
VI. OBJETIVO GENERAL	34
VI.I. Objetivos específicos	34
VII. METODOLOGÍA	35
VII.I. Diseño de investigación	35
VII.I.I. Componente cuantitativo	36
VII.I. II. Componente cualitativo	36
VIII. ASPECTOS ÉTICOS	38
IX. RESULTADOS	38
X. DISCUSIÓN	66
XI. CONCLUSIONES	77
XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	79
XIII. REFERENCIAS	80
XIV. ANEXOS	88

GLOSARIO

APMP: Años perdidos por muerte prematura.

En inglés **YLL:** Years of Life Lost.

AVD: Años vividos con discapacidad.

En inglés, **YLD:** Years Lived with Disability.

AVISA: Años de Vida Saludable Perdidos.

En inglés, **DALY:** Disability Adjusted Life Years.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CEPAL: Comisión Económica para Latinoamérica y El Caribe.

CMCT: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

GBD: Global Burden of Disease.

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica.

ICODER: Instituto Costarricense para el Deporte y la Recreación.

IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation.

INAD: Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos.

MEIC: Ministerio de Economía Industria y Comercio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

En inglés, **WHO:** World Health Organization.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SIEMPRO: Sistema de Información Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales de Argentina.

UCR/ESP: Universidad de Costa Rica/Escuela de Salud Pública.

I. INTRODUCCIÓN

La evidencia existente respecto a las consecuencias negativas del consumo de tabaco en la salud es contundente y ha llevado a la creación de políticas públicas destinadas a la reducción del consumo de tabaco con el fin de disminuir la pérdida en salud a causa de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel global. Diversos convenios a nivel internacional invitan a los países a crear iniciativas que promuevan estilos de vida saludable y logren la cesación del consumo de tabaco. Las dos estrategias más conocidas son el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MPOWER, el cual se creó con el fin de garantizar que los países inscritos cumplieren con el CMCT.

A nivel Latinoamericano varios países han logrado disminuir drásticamente los niveles de consumo de tabaco. Por ejemplo, Brasil a través del organismo INCA perteneciente al Ministerio de Salud de Brasil ha coordinado el Programa Nacional de Control del Tabaco desde 1989. Este programa ha logrado importantes resultados positivos en la prevalencia del tabaquismo entre la población mayor de 18 años al reducirla 34,8% en 1989 a 22,4% en 2003, una disminución de aproximadamente el 35% (INCA, 2017). Actualmente Brasil forma parte del CMCT y fue el primer país de las Américas que estableció un órgano intergubernamental para gestionar la aplicación del CMCT de la OMS en 2003, y en 2012, fue también el primero en promulgar directrices éticas basadas en la CMCT de la OMS para todos los organismos miembros participantes. (La Unión, 2016)

En Costa Rica, como respuesta al CMCT se aprobó en el 2012 la Ley Antitabaco y sus efectos nocivos en la salud. N° 9028 mayormente conocida como “Ley Antitabaco” o “Ley Antitabaco”, cuyo objetivo es proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo y exposición al humo del tabaco.

Las implicaciones sociales y en salud de la Ley Antitabaco aún no han sido ampliamente documentados dejando una necesidad evidente de investigación y análisis en la actualidad. Debido a esto, el presente trabajo tiene como objetivo determinar los efectos de la Ley Antitabaco a partir de su aprobación e implementación en Costa Rica, más

específicamente, los efectos que ha tenido la ley en el nivel de consumo, en el marco de la pérdida en salud y en la percepción de la población. Así mismo se pretende evidenciar como la generación de políticas públicas en salud incide en la vida de las personas desde diversas dimensiones a nivel poblacional e individual. Este trabajo sirve como punto de partida en la discusión de la agenda nacional en internacional de investigación en salud referente al tabaquismo, cuyo fin último es buscar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y poblaciones más vulnerables vinculadas a estos procesos de manera indirecta.

II. MARCO CONCEPTUAL

II.1. Políticas públicas y programas sociales

Políticas Públicas se refiere a las acciones que hace o deja de hacer un gobierno en términos de gasto, medidas regulatorias y leyes acorde a sus prioridades establecidas (Kilpatrick, 2000). A través de un gobierno y una administración pública el Estado diseña y gestiona proyectos y actividades que tienen como fin satisfacer necesidades de su población (Graglia, 2012). La Ley Antitabaco en Costa Rica forma parte de las políticas públicas a nivel nacional, siendo unos de sus objetivos regular el consumo de tabaco, proveer tratamiento médico y promover una vida saludable con el fin beneficiar la salud pública del país.

Las políticas públicas son la principal guía de acción tomada por la administración pública en relación a una serie de problemas. Estas acciones van de la mano con las leyes y costumbres institucionales y son consideradas sólidas cuando resuelven los problemas de manera eficiente, efectiva, justa y promoviendo la acción ciudadana (Norwich, 2017).

Otros autores definen la política pública como un sistema de curso de acción, medidas regulatorias, leyes y prioridades de financiamiento concernientes a un tema dado promulgado por una entidad gubernamental o sus representantes (Kilpatrick, 2000), Comúnmente la política pública está inscrita en las constituciones, actos legislativos y judiciales. (Norwich, 2017)

Entendiendo el concepto de política pública nos damos cuenta que no es un evento singular o aislado, sino social, ocasionado por la necesidad de resolver demandas colectivas y/o establecer incentivos de acción para aquellos que comparten una meta o necesidad, pero no desean conseguirla a través de la cooperación (Frohock, 1979).

Siguiendo el concepto de Frohock, podría decirse que las políticas públicas resuelven el llamado problema del *free rider*, el cual se refiere a aquellas personas que se benefician de productos o servicios y no pagan por ellos (Baumol, 1952), este problema es común

en el uso de los servicios públicos y se cree que ciertos individuos en las comunidades puede que reduzcan sus contribuciones o desempeño si piensan que uno o más de los miembros del grupo pueda ser un polizón (Ruël; Bastiaans & Nauta, 2003). A pesar que este problema se da en el uso de los servicios públicos, puede que las políticas públicas reduzcan el problema del *free rider* debido a que las personas están obligadas a contribuir a través de sus impuestos para resolver las necesidades comunes que a través de otras formas como la cooperación no desearían conseguir.

La creación de políticas públicas se caracteriza por ser un proceso dinámico, complejo e interactivo a través del cual se identifican problemas públicos y se contrarrestan creando nuevas políticas públicas o reformando las existentes (John, 1998). Los problemas públicos tienen muchos orígenes y requieren de diferentes aproximaciones de política pública para su solución, por ejemplo, regulaciones, subsidios y leyes en los niveles locales, regionales e internacionales (Sharkansky & Hofferbert, 1969).

Un modo de determinar los orígenes de los problemas públicos descritos por Sharkansky & Hofferbert en la formulación de programas es realizar un desglose analítico del problema conocido como “Árbol de Problemas”, el desglose analítico propone reconocer todas las causas inmediatas que determinan el problema; y a su vez, las causas que determinan esas causas inmediatas, y así sucesivamente, incorporando los niveles que sean necesarios para llegar a los factores directos sobre los cuáles puede actuar un proyecto o programa (Aldunate & Córdoba, 2011).

La formulación de políticas públicas es un proceso continuo que requiere de retroalimentación y su evaluación es esencial para el funcionamiento del sistema (Thei, 2009). De acuerdo al Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) de Argentina, la evaluación es “un proceso permanente de indagación y valoración de la gestión del programa para generar conocimiento y aprendizaje que alimente la toma de decisiones”. (Neirotti, 2005).

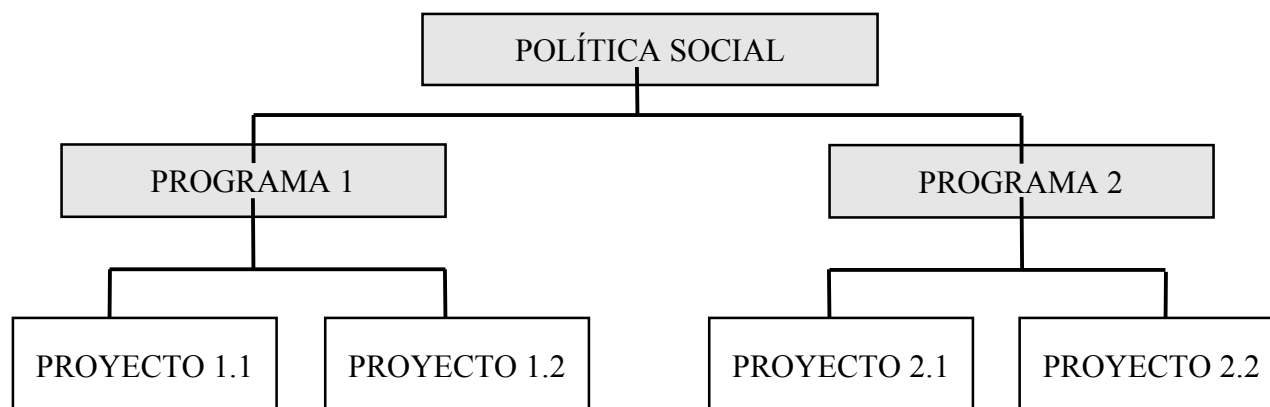
Muchos actores y grupos de interés se involucran con el fin de influenciar a los elaboradores de las políticas para que actúen de diversa manera. Entre los principales actores que generalmente se involucran están los políticos, los funcionarios públicos, los grupos de presión, expertos y representantes de la industria. Estos utilizan una variedad de tácticas y herramientas para lograr sus objetivos, entre ellos propugnar su posición públicamente para educar a partidarios y oponentes y movilizar aliados en un problema en particular. A pesar de que los diseñadores de políticas deben tomar en cuenta las necesidades de todos los actores en respuesta a la ética en el sector público, al final escogen la política pública en respuesta al problema que tengan a la mano (Thei, 2010).

Debido a que las sociedades han cambiado en las últimas décadas, hoy en día la formulación de políticas está más orientada a resultados, apuntando a objetivos más medibles, y centrado en la toma de decisiones inmediata (Thei, 2010). La Gestión de Resultados se diferencia de formas más tradicionales de gestión como la gestión por funciones la cual no tiene a la vista el resultado final por el cual se realiza el esfuerzo, la gestión para resultados, en cambio, define el objetivo esperado para un grupo de trabajo y no establece funciones rígidas, sino que se deja la decisión de cómo llevarlo a cabo a la iniciativa, proactividad y creatividad del equipo.

Es importante mencionar que las políticas no solo se basan en leyes y regulaciones, sino que las políticas como decisiones a nivel marco se materializan a través de programas y proyectos que simultáneamente trabajan para conseguir los objetivos de las políticas, siendo los programas “la unidad intermedia” y los proyectos “la unidad mínima de asignación de recursos” para el logro de uno o más objetivos (CEPAL, 1998 en Mezones, 2005).

En la siguiente figura se aprecia mejor la dinámica explicada:

Figura 1. Relación entre las políticas, programas y proyectos de acuerdo a la CEPAL



Fuente: CEPAL, 1998 en Mezones, 2005.

Una definición más amplia de programas sociales es dada por Cortázar, según el cual son “conjuntos estructurados de actividades mediante las cuales las organizaciones públicas diseñan y generan bienes y servicios, como medios para satisfacer necesidades básicas, construir capacidades, modificar condiciones de vida o introducir cambios en los comportamientos, en los valores y en las actitudes que lo sustentan. Dentro de éstos, se distinguen aquellos que proveen bienes (obras de infraestructura, alimentos, etc.) o recursos (transferencias monetarias) y aquellos que proveen servicios (de salud, educación, asistencia legal, etc.) (Mezones, 2005)

Además de la categorización anterior respecto a aquello que proveen los programas sociales, Martínez Nogueira (Mezones, 2005), subraya la heterogeneidad y contingencia de los programas sociales creando cuatro tipologías. Su heterogeneidad se expresa en “las áreas problemáticas, en las poblaciones a que los programas se dirigen, en los contextos institucionales y sociales en que se ejecutan, en los instrumentos utilizados, los recursos disponibles y la naturaleza de los actores involucrados. La naturaleza contingente de su implementación viene dada por la incertidumbre manifestada a través de múltiples planos, como los provenientes de los procesos de producción y entrega, de la participación social y de la coordinación institucional”. En el siguiente cuadro se puede apreciar la tipología desarrollada por Nogueira:

Cuadro 1. Tipología de programas sociales de acuerdo a la tipología de Nogueira.

Tipología de programas sociales

	Homogeneidad de la tarea Programabilidad de la tarea de la elevada uniformidad del servicio: Receptor como categoría	Heterogeneidad de la tarea Programabilidad de la tarea baja Especificidad del servicio: Receptor como individuos (personas, grupos, comunidades)
Interacción con el receptor nula o baja incertidumbre relativamente baja durante la ejecución	1. Transferencia de bienes y recursos	4. Prestaciones asistenciales y de emergencia
Interacción con el receptor media o alta incertidumbre relativamente elevada durante la ejecución	2. Servicios profesionales	3. Servicios “humanos” desarrollo de capacidades y de inserción social

Fuente: Martínez Nogueira, 2004 en Mezones 2005.

De acuerdo al cuadro anterior se podrían tipificar los programas sociales que se han creado a partir de la Ley Antitabaco los cuáles están a cargo de diferentes instituciones que reciben un porcentaje de los impuestos al tabaco recaudados con el fin de desarrollar programas para ayudar a la educación, promoción de la salud, tratamiento, y diferentes actividades para lograr cumplir con los objetivos de la ley.

El Cuadro 2 resume los programas existentes, la institución encargada del programa, el porcentaje recaudado que se le designa, sus áreas de intervención, y a qué tipo de programa se acercaría de acuerdo a la tipología de Nogueira.

Cuadro 2. Tipos de programas sociales según institución, porcentaje recaudado e intervenciones según Tipología de Nogueira.

Programa	Institución	%	Intervenciones	Tipología Nogueira
Programa para la Atención Integral del Cáncer	Caja Costarricense del Seguro Social	60 %	-Publicidad -Prevención -Tratamiento (Compra de medicamentos) -Rehabilitación -Equipamiento -Comunicación -Infraestructura	Debido a la multiplicidad de componentes este programa puede categorizarse como el tipo 1 debido a que se entregan medicamentos, también tipo 2 por el tratamiento otorgado y tipo 3 por la rehabilitación dada.
Programa para el Control del Tabaco	Ministerio de Salud	20 %	- Articulación de esfuerzos. - Regulación	El programa puede pertenecer a la tipología 1 debido a que no existe ninguna interacción con el receptor y una uniformidad del servicio.
Diversos programas	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	10 %	Programas de atención, de cesación y educación sobre el consumo de tabaco	Estos programas al igual que el de la CCSS encajan en las tipologías 1, 2 y 3.
Diversos programas	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)	10 %	Programas vinculados con el deporte y la recreación	Este tipo de programas pertenecen a la categoría 3 ya que hay una interacción con el receptor media y una heterogeneidad de la tarea.

Fuente: Elaboración propia a partir del Diagnóstico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, 2017.

II.II. Política sanitaria

La política de salud o sanitaria puede definirse como las “decisiones, planes y acciones que se realizan en una sociedad para lograr objetivos específicos en atención en salud” (WHO, 2017). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) una política de salud puede lograr diversas cosas como: definir una visión para el futuro; establecer

prioridades, definir roles esperados de distintos grupos; construir concesos e informar a las poblaciones (WHO, 2017).

Muchos países integran una filosofía de derechos humanos en la creación de sus políticas de salud. La OMS reporta que todos los países del mundo forman parte de al menos un tratado de derechos humanos que menciona derechos relacionados a la salud, incluyendo el derecho a la salud, así como otros derechos relacionados a las condiciones necesarias para una buena salud (WHO, 2017).

La Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su artículo 25 menciona, entre otras cosas, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure salud y bienestar, asistencia médica y los servicios sociales necesarios. También especifica que la maternidad e infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. (United Nations, 2017)

En ciertas jurisdicciones y organizaciones basadas en la fe, las políticas de salud son influenciadas por las creencias religiosas y su obligación percibida de cuidar de aquellos en circunstancias menos favorables, incluyendo a los enfermos. Otras jurisdicciones y organizaciones no gubernamentales se basan en los principios del humanismo para definir sus políticas de salud, afirmar la misma obligación percibida y consagrar el derecho a la salud (Center for Economic and Social Rights, 2017).

Existe controversia en el diseño de políticas de salud acerca de quién cubrirá los gastos de atención médica para toda la población y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, el gasto público en salud se utiliza a veces como indicador global del compromiso de un gobierno con la salud de su población (*Lu et al, 2010*)

La Ley Antitabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N° 9028 es un ejemplo de los esfuerzos de la política sanitaria de Costa Rica para el control del tabaco. Esta legislación junto con el compromiso asumido en el CMCT requiere de trabajo intersectorial que comprometa a los ciudadanos a cumplimiento de la ley con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

Tanto la legislación como el CMCT promueven un cambio de comportamiento, la creación de entornos saludables y la recaudación de impuestos para la creación de programas sociales (UCR/ESP, 2017).

II.III. Tabaco y tabaquismo

El tabaco es un producto preparado a partir de las hojas curadas de la planta de tabaco. Las hojas secas de tabaco son principalmente utilizadas para fumar en cigarrillos, puros, pipa y tabaco de narguile saborizado. También pueden ser consumidos como rapé (tabaco para inhalar), tabaco de mascar, y *snus o dipping* las cuales son variantes que se dejan en la boca sin masticar. (WHO Tobacco, 2017)

El Tabaco posee un alcaloide llamado nicotina el cual estimula el sistema nervioso central y es el principal responsable de la adicción al Tabaco conocida como tabaquismo. El tabaquismo es un factor de riesgo para muchas enfermedades, especialmente aquellas que afectan el corazón, el hígado y los pulmones, así como muchos tipos de cáncer (WHO, 2008). En el 2008, la Organización Mundial de la Salud nombró a el tabaco como la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo (WHO, 2008).

El consumo del tabaco en cualquiera de sus formas es peligroso para la salud pública mundial. Se estima que a pesar de ser la causa de muerte más evitable, del 2003 al 2013, 50 millones de personas fallecieron en todo el mundo por causa del tabaquismo (Atlas del Tabaco, 2013). Además, la mitad de los fumadores morirán a causa de una enfermedad asociada al consumo de tabaco, lo que representa mil millones de personas durante el siglo XXI. (Eriksen, Mackay y Ross, 2013). En China, por ejemplo, es la causa de muerte número uno. (Eriksen et. al, 2013). Debido a esto, es prioridad el establecimiento de políticas sociales que tengan como fin el control del consumo de tabaco.

Otro de los problemas del consumo de tabaco es que no sólo afecta a los fumadores directos, sino a aquellas personas que comparten ambientes con éstos. A esto se le

conoce como humo de segunda mano, y también es causa de muerte de hombres, mujeres y niños no fumadores. Debido a esto, existe una preocupación por promover los ambientes libres de humo de tabaco. (Eriksen et. al, 2013).

A nivel regional, en la Región de las Américas, el 16% de las muertes en personas mayores de 30 años son debido al consumo de tabaco, mientras que en el mundo es el responsable del 12% de las muertes (OPS, 2013). Según el Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas del 2011 existen en la región 145 millones de fumadores, y la prevalencia del consumo de tabaco es del 22%, encontrándose en el cuarto lugar de mayor consumo entre las 6 regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por su parte, en el 2010 Costa Rica presentaba valores de prevalencia del consumo activo de tabaco del 13,4% según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas realizada por el IAFA. En el 2010 las personas que consumían activamente cigarrillo disminuyó a un 10,5% (IAFA, 2017) sin embargo, Costa Rica es el país con mayor consumo de cigarrillos anual en Centroamérica, con un consumo promedio de cigarrillos diario de 12 por fumador, que si se suman al año son 1930 millones de cigarrillos aproximadamente (Fonseca, 2010). Esto es importante a la hora de analizar la diversidad de efectos que poseen los cigarrillos no sólo a nivel físico, sino también social y ambiental.

En Costa Rica, según estudios locales en las últimas tres décadas ha habido una reducción en los niveles de prevalencia del consumo de tabaco. En el año 1990 el total de costarricenses que fumaba era de 33,4% y al 2010 se logró una disminución de 20,4%. Para ese mismo período la brecha entre el consumo de hombres y mujeres disminuyó un 20% (Fonseca, 2010). Según los investigadores, esta reducción se debió a una preocupación por parte del gobierno nacional de visibilizar el problema, sin embargo, nunca se habían tomado medidas políticas hasta el año 2012 que se aprobó la ley N° 9028. Un dato importante es que desde el 2010 (cuando se realizó la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas) la prevalencia de consumo de tabaco se cree ha

disminuido un 4%, situación que puede identificarse como parte del impacto de la ley N° 9028 en el país.

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica en 2010 la edad de inicio de consumo de tabaco fue de 16 años y medio para los hombres, y 17.4 años para las mujeres. Esto es anterior a la edad legal para comprar cigarrillos en el país, por lo tanto, es necesario fortalecer las estrategias para la prevención del consumo de tabaco en edades tempranas (Fonseca, 2010).

Por otra parte, las personas mayores de 40 años también son un foco importante para los programas de salud, ya que entre los 40 y 44 años se mostró el porcentaje más elevado de cigarrillos diarios consumidos por persona por lo que en edades posteriores podrían representar un reto para la atención de los problemas y enfermedades asociados a este consumo (Fonseca, 2010).

II.IV. Causas y efectos del tabaco

II.IV.I. A nivel salud

De acuerdo al Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos (INAD), las personas que fuman el tabaco reciben a los 10 segundos de la inhalación una activación de los receptores de tipo neuronal y se produce la secreción de la hormona dopamínica, conocida como la hormona de la felicidad, la dopamina está directamente relacionada a los momentos de placer, goce y felicidad. Es debido a esta sensación de felicidad que a las pocas horas el cerebro solicita de nuevo la nicotina del tabaco como síndrome de abstinencia. Si el cuerpo no recibe la sustancia presenta síntomas como dolor de cabeza e irritabilidad, y si se introduce de nuevo la nicotina en el cuerpo los síntomas de abstinencia desaparecen. De esa manera se crea una adicción a la nicotina. (INAD, 2011)

La evidencia sobre el impacto del tabaco en la salud es sustancial e indiscutible. El hecho de que el tabaco sea perjudicial para las personas y tenga efectos negativos sobre la

salud de la población no es dudoso. Existe una fuerte relación dosis-respuesta entre el consumo de tabaco y sus efectos sobre la salud. Los riesgos para la salud aumentan dependiendo de la duración y la intensidad del consumo de tabaco. En consecuencia, los riesgos para la salud asociados con el tabaquismo disminuyen como resultado de dejar de fumar (Stellman y Djordjevic, 2009). El tabaquismo causa muchas enfermedades incluyendo cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades vasculares, y tiene efectos negativos sobre la salud reproductiva (Stratton et al, 2001).

El humo del tabaco es un carcinógeno múltiple. Además del aumento del 80-90% en el riesgo de mortalidad prematura por cáncer de pulmón atribuido al tabaquismo, los estudios confirman que el tabaquismo también causa cáncer de las vías urinarias inferiores (riñón, vejiga), cáncer de las vías respiratorias superiores y del tracto digestivo, Faringe, laringe, esófago) y cáncer gástrico y pancreático. El tabaco es una de las causas de la leucemia mieloide aguda, el cáncer cervical y el cáncer de hígado (A WHO/The Union Monograph, 2007).

El humo del cigarrillo puede desencadenar y mantener la inflamación del tracto respiratorio comúnmente observada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Otros mecanismos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de enfermedades de las vías respiratorias inferiores de los fumadores y fumadores pasivos incluyen: la supresión de los mecanismos de defensa; deterioro del aclaramiento mucociliar; y susceptibilidad a las infecciones respiratorias. El riesgo de muerte para los consumidores de más de 25 cigarrillos al día es 20 veces mayor que el de los no fumadores. Fumar también causa bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis pulmonar, asma y neumonía (Stratton, 2001). El riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar en los fumadores es 2,3 veces el riesgo de los no fumadores (WHO, 2007).

Entre las enfermedades cardiovasculares atribuibles al tabaquismo están la cardiopatía isquémica, la hipertensión, la degeneración miocárdica, el aneurisma aórtico, la cardiopatía pulmonar, la aterosclerosis y otras enfermedades vasculares y la enfermedad cerebrovascular periférica. Fumar acelera los procesos ateroscleróticos, dañando la

estructura y función de los glóbulos rojos, plaquetas, leucocitos, etc. (Turcanu, Obreja y Salaru; 2011).

Durante el embarazo, el tabaquismo aumenta el riesgo de reducción de la función pulmonar fetal, la mortalidad fetal, el bajo peso al nacer y la muerte fetal. También aumenta el riesgo de rotura prematura de las membranas, el nacimiento prematuro y la placenta previa (IARC; 2004 y United States Department of Health and Human Services, 2004). Además, las madres que fuman y amamantan a sus hijos por un período más corto de tiempo, tienen menor cantidad de leche y su leche es menos nutritiva. (United States Department of Health and Human Services, 2004).

A parte de las enfermedades mencionadas, el tabaquismo aumenta el riesgo de cataratas, afecta negativamente la cicatrización de las heridas postoperatorias, las complicaciones respiratorias y las fracturas de cadera, acelera la osteoporosis postmenopáusica en las mujeres e incita la úlcera péptica en individuos con *Helicobacter pylori* positivos (United States Department of Health and Human Services, 2004).

Por otra parte, los riesgos para la salud del tabaco provienen tanto del consumo directo de tabaco como de la exposición al tabaquismo en segunda mano, lo que ha sido probado por pruebas sólidas. Casi 6 millones de personas mueren anualmente debido al consumo de tabaco y la exposición al humo del cigarrillo, lo que constituye el 6% de todas las muertes en mujeres y el 12% de todas las muertes en hombres en todo el mundo (Global status, 2011 y United States Department of Health and Human Services, 2004). Entre ellos, más de 5 millones son el resultado del consumo directo de tabaco y más de 600 000 casos se atribuyen a la exposición de los no fumadores al humo del tabaco (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009 y Global Status, 2011).

En términos de mortalidad por todas las causas, según las estimaciones de la OMS a nivel mundial, se espera que la mortalidad atribuible al tabaco aumente de 5,4 millones en 2004 a 8,3 millones en 2030 (Global health risks, 2009 y Assessment of the Economic, 2011). La mayoría de las muertes relacionadas con el tabaco ocurren en personas en

edad laboral. La proporción de enfermedades relacionadas con el tabaco dentro de la carga total de enfermedades a nivel mundial aumentará de 2,6% en 1990 a alrededor del 10% en 2015, matando a más personas que cualquier otra enfermedad (Global Status, 2011)

II.IV. II. A nivel social

Otra de las razones que hace que una vez probado el tabaco las personas sigan consumiéndolo, es la social. Esto debido a que es un hábito que se transmite de manera cultural en las sociedades occidentales (UCR/ESP, 2017). El proceso de iniciación del fumado se da en la adolescencia en donde se atraviesa un proceso de construcción de identidad para generar una individualidad propia, y el grupo de pares compuesto, generalmente, por personas de la misma edad y estatus social de los jóvenes influencia a iniciar el consumo de esta droga. Es por ello, que los procesos de socialización son cruciales para comprender el inicio del consumo de tabaco y el arraigo a este, en especial la llamada socialización primaria, que es el grupo en donde se desenvuelven las personas desde la infancia y donde aprenden las primeras normas, valores y roles, así como los comportamientos que tendrán un peso determinante en las siguientes etapas de desarrollo. (Berger y Luckman, 2003)

En las sociedades contemporáneas existen otros agentes de socialización de los cuales los jóvenes se ven influenciados: el sistema educativo y los medios de comunicación, siendo este último el que es cada vez más determinante debido a su capacidad de innovación. Estos medios como la televisión, páginas de internet, redes virtuales y publicidad directa e indirecta establecen diferentes roles sociales de acuerdo con el género y rango etario. Por ejemplo, en los anuncios publicitarios y películas se muestran hombres poderosos, viriles y atractivos con una cajetilla de cigarrillos y rodeados de mujeres, así mismo, la mujer que fuma es representada como femenina, popular y delgada, e inclusive en la década de 1920 se asoció el derecho del voto femenino con el uso de cigarrillos (Eriksen, et. al 2013)

Para las personas que ya son fumadoras habituales es difícil dejar de fumar no sólo por la razón biológica de la naturaleza adictiva del tabaco, sino también social, ya que el cigarrillo puede representar un sentido de pertenencia en un grupo particular de amigos o de trabajo, (Diamond, 1994) e inclusive lo utilizan como ansiolítico y desestresante. (Winocur, 2009). Esta es una de las razones por las cuáles las personas no dejan el hábito de fumado a pesar de las campañas de concientización y los mensajes en las cajetillas, debido a que las prácticas sociales no son racionales, sino, emocionales, y en función de hábitos de la cotidianidad que se interiorizan como normales. (UCR/ESP, 2017)

La producción de tabaco además de afectar la salud de las personas fumadoras y no fumadoras causa grandes estragos en el medio ambiente, según el Centro para el Control del Tabaco de la OMS ningún otro producto de consumo masivo causa tanto daño desde su cultivo, producción, uso y desecho como el tabaco. Entre los efectos que provoca en el medio ambiente está la deforestación, ya que para hacer 15 cajetillas de cigarrillos se necesita cortar un árbol adulto. También la contaminación del agua es otro de los problemas debido a que un solo cigarrillo puede contaminar 50 litros de agua con nicotina, alquitrán y otras sustancias tóxicas. (Fernández, 2011 en UCR/ESP, 2017). Por otra parte, el consumo de tabaco no sólo destruye los suelos y propicia la deforestación, sino que el proceso de empaquetado, etiquetado y construcción de los cigarrillos genera una cantidad exorbitante de basura a nivel mundial (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2013)

En conclusión, el uso de tabaco afecta a las personas en distintas dimensiones físicas, sociales y ambientales, y por esto que es considerado un problema de salud pública que debe de tratarse a través de la creación de leyes y programas sociales que apunten a mejorar la calidad de vida de las personas.

II.V. Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad

El Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad o Global Burden of Disease Study (GBD) es un programa integral de investigación regional y global sobre la carga de morbilidad que evalúa la mortalidad y la discapacidad de las principales enfermedades, lesiones y factores de riesgo. Posee descripción coherente y comparativa de la carga de las enfermedades y lesiones y los factores de riesgo que las causan. GBD es una colaboración de más de 1.800 investigadores de 127 países. Bajo el cargo del investigador principal Christopher J.L. Murray, el GBD se encuentra en el instituto para la medida y la evaluación de la salud (IHME) en la universidad de Washington y es financiado por la fundación de Bill y de Melinda Gates. (Murray, 2017)

Este estudio es muy importante debido a que es un aporte a los procesos de toma de decisiones y planificación de la salud. La información disponible sobre la mortalidad y la salud en las poblaciones de todas las regiones del mundo es fragmentaria y a veces inconsistente. Por lo tanto, el GBD sirve marco para integrar, validar, analizar y difundir dicha información para evaluar la importancia comparativa de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en la muerte prematura, la pérdida de salud y la discapacidad en diferentes poblaciones. Los países pueden combinar este tipo de evidencia junto con información sobre las políticas y sus costos para decidir cómo establecer su agenda de salud.

Una característica de este estudio es que también introdujo una nueva métrica - el año de vida ajustado por discapacidad (DALY) - como una sola medida para cuantificar la carga de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. La DALY se basa en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida vividos en una salud que no es completa. El primer estudio GBD 1990 cuantificó los efectos sobre la salud de más de 100 enfermedades y lesiones en ocho regiones del mundo en 1990. Generó estimaciones comprensivas e internamente consistentes de mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región. (WHO, 2017)

Métricas utilizadas en el GBD:

La carga de la enfermedad representa el impacto de los problemas de salud estimado mediante estrategias de modelaje estadístico que incluyen análisis de costos, mortalidad, morbilidad, y otros indicadores. Comúnmente se cuantifica en términos de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y los años de vida asociados a discapacidad (AVD), los cuales a su vez se integran en un solo indicador que se traduce como los años de vida saludable perdidos (AVISA) por una enfermedad (GBD; 2015). En el siguiente cuadro se resumen las principales métricas utilizadas por el GBD.

Cuadro 3. Principales métricas utilizadas en el GBD 2015.

Métrica	Unidades de medida
AVD ó YLD (en inglés)	Años vividos con discapacidad
APMP ó YLL (en inglés)	Años perdidos por muerte prematura (la esperanza de vida al nacer – edad de muerte).
AVISA ó DALY (en inglés)	Años de vida saludable perdidos. Es la suma de AVD y APMP.
Mortalidad	Número de muertes.
Mortalidad prematura	La sumatoria de APMP

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del GBD 2015

Carga de la enfermedad atribuible al consumo de tabaco

Respecto al tema estudiado del consumo de tabaco, el GBD del 2013, en su primer apartado habla acerca de “La Prevalencia del Fumado y Consumo de Cigarrillos en 187 países, 1980-2012”, el cual fue publicada en el Journal of the American Medical Association y el IHME siguió actuando como el centro coordinador de la obra. (GBD:2015) (IHME:2017)

Las estimaciones del GBD son una herramienta fundamental para realizar un análisis de tendencias y de impacto potencial de las políticas públicas en relación a la pérdida en salud atribuible a diversos factores y el tabaco es uno de los factores mejor desarrollados en el marco del estudio. El cuadro 4 detalla las principales causas de pérdida en salud atribuibles al tabaco estudiadas por el GBD:

Cuadro 4. Principales causas de pérdida en salud atribuibles al consumo de tabaco según el GBD 2015.

Causa	
1	Enfermedades cardiovasculares
2	Neoplasias
3	Enfermedades respiratorias crónicas
4	Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes
5	Diabetes, y enfermedades endócrinas, urogenitales y de sangre
6	VIH/SIDA y tuberculosis
7	Enfermedades digestivas
8	Lesiones no intencionales
9	Lesiones por accidentes de transporte
10	Otras enfermedades no transmisibles
11	Trastornos musculoesqueléticos
12	Suicidio y violencia interpersonal
13	Fuerzas de la naturaleza
15	Enfermedades cardiovasculares

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del GBD 2015.

Dado que los efectos del consumo de tabaco son acumulativos y tienen lugar a lo largo del tiempo, la carga actual de mortalidad y morbilidad refleja el consumo de tabaco en décadas anteriores y no en los actuales: en algunos países la mortalidad relacionada con el tabaco es baja y el consumo de tabaco es elevado; y en otros países, donde el consumo de tabaco disminuye, la mortalidad aumenta. Los cambios en la mortalidad

relacionada con el tabaco siguen los cambios en la prevalencia y el consumo sólo en un período significativo de tiempo (17-20 años) después de que el consumo de tabaco se ha restringido (The GBD, 2008).

Dado que los hombres consumen más tabaco que las mujeres, se espera que el tabaco atribuya la mortalidad a medio plazo seguirá siendo mayor entre los hombres. Según las estimaciones a nivel mundial, el tabaquismo causa alrededor del 71% del cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y el 10% de las enfermedades cardiovasculares (Global health risks, 2009 y Global Status, 2011].

Los no fumadores expuestos al tabaquismo de segunda mano en el hogar o en el trabajo tienen un riesgo aumentado de más del 20% de desarrollar enfermedades cardiovasculares y un 20-30% más de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. La evidencia muestra que no hay niveles de exposición al tabaquismo pasivo sin riesgo para la salud (Blas y Kurup, 2010 y WHO Reporto on the Global Tobacco Epidemic, 2009].

II.VI. Políticas públicas y la percepción ciudadana

La percepción es la organización, identificación e interpretación de la información que recibimos a través de nuestros sentidos con el fin de representar y entender nuestro entorno (Schacter, 2011). La percepción no es una acción pasiva ya que requiere de aprendizaje, memoria, expectativa y atención (Gregory, 1987)

La percepción puede dividirse en dos procesos. Primero, se da el procesamiento de la información sensorial recibida (por ejemplo, el reconocimiento de los objetos y sus formas), y segundo, el procesamiento que está conectado con las expectativas y conceptos de la persona de acuerdo a su conocimientos y mecanismo de selección (atención) que influyen esa percepción (*Bernstein, 2010*).

Respecto a la relación entre la percepción ciudadana y las políticas públicas, una de las preguntas que continua haciéndose la ciencia política y los estudios de políticas públicas es la interacción entre la política pública y la legitimidad pública producto de su percepción, más específicamente, si los cambios en las políticas son resultado de la

opinión del votante, o son las políticas públicas las que dirigen la opinión pública (Brooks & Manza, 2007; Page y Shapiro, 1983 en Sepan & Reeskens, 2012). Como respuesta a esto se ha llegado a la conclusión de que hay ciclos de retroalimentación considerables. (Soroka y Wlezien, 2011 en en Sepan & Reeskens, 2012).

Soroka and Wlezien en 2001, (2011, en Sepan & Reeskens, 2012) han propuesto que la opinión pública trabaja como un termostato. La función de este termostato argumenta que mientras la política pública responda a las demandas de la opinión pública, la opinión pública está bien informada de los cambios políticos , haciendo que la política pública y la opinión estén en constante interacción. Por tanto, los autores sugieren que las democracias representativas son una forma eficiente de gobierno.

Continuando con la pregunta de si las políticas públicas son influenciadas por la opinión pública, o si las políticas dirigen la opinión pública. Mair and Thomassen (2010 en en Sepan & Reeskens, 2012) alegan que en una democracia el partido sirve como representante del pueblo, por lo que a través de las elecciones se conecta las preferencias políticas de los ciudadanos con las políticas públicas, ya que idealmente los ciudadanos basados en su ideología, eligen el partido que está en línea con sus preferencias. En ese escenario, los partidos van a estar interesados en presentar las preferencias de su electorado en sus planes de gobierno. En todo caso, el ciclo electoral predice que, en el caso de insatisfacción con las políticas del gobierno, el electorado tiene la oportunidad de llevar al poder los partidos que puedan hacer un cambio. (Sepan & Reeskens, 2012)

Sin embargo, la relación entre la opinión pública y las políticas públicas no es tan clara, ya que en la mayoría de los casos no hay un voto para cada problema sino un voto que conecta diferentes campos de política pública, desde política exterior a políticas sociales. Otra situación que afecta es el tiempo entre la toma de decisiones, la implementación de políticas y sus efectos hasta llegar al punto de que exista una opinión pública al respecto. Esto también depende del tipo de política que se desee implementar, debido a que es más fácil ver los efectos de un programa de tipo asistencial de emergencia, por ejemplo, para una catástrofe natural, que ver el impacto de una reforma de pensiones en la vida

de una persona. Estudios, sin embargo, han demostrado que la opinión pública tiene una gran influencia en las políticas públicas, por ejemplo, Brooks y Manza (2007 en Sepan & Reeskens, 2012) proveen evidencia robusta de que esta es la razón de por qué ciertos estados de bienestar son más generosos que otros.

Estudios de la percepción y las políticas sociales han demostrado que la opinión pública y las preferencias acerca de la distribución del bienestar son influenciadas por factores contextuales (Almond and Verba, 1963, Inglehart, 1977; van Oorschot et al., in press en Sepan & Reeskens, 2012). Siguiendo los argumentos de Arts y Gelissen (2001 en Sepan & Reeskens, 2012). Los autores argumentan que el contexto nacional determina la evaluación individual de dos formas distintas: primero, la Nación-Estado y el debate que toma lugar dentro de un contexto en el que los individuos adquieren un conocimiento colectivo acerca de las funciones y el funcionamiento de su sistema político. Segundo, los individuos socializan en un entorno nacional específico, y sobre la base que a través de su conocimiento adquirido son capaces de hacer inferencias acerca del grado en que el Estado de Bienestar produce consecuencias positivas o negativas.

Por tanto, el contexto nacional provee individuos con marcos de referencia sobre la intervención gubernamental. Explicado de manera más sencilla, podemos esperar que si la política gubernamental no se preocupa por mejorar las condiciones de vida de los individuos, no debería sorprendernos que la opinión pública sea más bien negativa, por otra parte, si el gobierno claramente invierte en individuos con bienestar, entonces la expectativa es que la opinión pública sea positiva respecto a la influencia de las políticas en la vida diaria. (Sepan & Reeskens, 2012).

Como conclusión, a partir de la percepción respecto a las políticas públicas los ciudadanos crean una opinión pública, esta opinión si es considerada por el gobierno, es seguida por una respuesta de los ciudadanos de informarse acerca de los cambios políticos, y de esta manera se crea una interacción entre ellos y el gobierno, favoreciendo la creación de nuevas políticas públicas.

III. ANTECEDENTES

El consumo del tabaco se remota a tiempos inmemorables en el continente americano, en donde los sacerdotes indígenas aspiraban el humo para actividades de supuesta adivinación (Micheli & Izaguirre, 2005). En Europa se difundió a partir de finales del siglo XV y continuamente se han venido reportando los efectos positivos y negativos para la salud de esta planta dentro y fuera de diversos ambientes como el laboral. Un ejemplo de ello fue la monografía de Paracelso, en donde este puso en evidencia las enfermedades de los mineros en el período entre 1533 a 1534.

También el libro de Bernardino Ramazzini a finales de la época Barroca sistematizaba un gran número padecimientos asociados al tabaco. Otros trabajos como el de Johann Peter Frank realizados en 1779 en Europa reportaron algunas consecuencias en salud interesantes a nivel clínico-sanitario, y estas se plasmaron en los primeros volúmenes de su amplia obra "System einer vollständigen medizinischen Polizey" (Micheli & Izaguirre, 2005).

En la actualidad el consumo de tabaco ha cambiado poco desde la época de los noventa cuando se empezó a controlar su consumo en países como los Estado Unidos. Inclusive, el número de fumadores ha aumentado de 721 millones en 1980 a 967 millones en el 2012, y el número de cigarrillos fumados aumentaron de 4,96 billones a 6,25 billones. Es importante tomar en cuenta que, si bien esto puede ser debido al crecimiento en la población, las cifras siguen siendo alarmantes ya que no ha habido una disminución significativa a pesar de la mucha evidencia que existe relaciona a los efectos adversos en salud (Ng, 2014).

En el mundo el 12% de las muertes en personas mayores de 30 años es debido al consumo del tabaco y en la Región de las Américas la proporción alcanza el 16%. (OPS, 2013). En el 2002 cerca de 100,000 jóvenes (13 a 15 años) se iniciaban en el hábito del fumado cada día, y se proyecta que la mitad de las personas que comienzan a fumar en la adolescencia seguirán fumando por 15 a 20 años (WHO/WPRO, 2002)

Muchos países han tomado medidas para controlar el consumo de tabaco con restricciones a las ventas y mensajes en las cajetillas acerca de los efectos dañinos del consumo de tabaco. Adicionalmente leyes para propiciar los ambientes libres de tabaco han sido implementadas en bares y restaurantes, ayudando a las personas a dejar el fumado. Los impuestos a los productos del tabaco son otro esfuerzo para aumentar su precio y disminuir el consumo, especialmente en los países en desarrollo (WHO, 2014). Particularmente en Latinoamérica, se ha dado la implementación de programas específicos para reducir el tabaquismo. Países como México con el “Programa de Antitabaquismo” (Micheli & Izaguirre, 2005), Argentina con el “Programa Nacional de Control del Tabaco” y Brasil a través del “Programa Tabaco o Salud” han tenido un papel pionero para que otros países como Costa Rica inicien acciones preventivas relacionadas con el control del tabaco.

A pesar de que Costa Rica no presenta una prevalencia alta respecto a la de toda la región, es el país de Centroamérica con mayor consumo per cápita de cigarrillos (OPS, 2013). En Costa Rica desde la década de los ochenta ha habido una preocupación por visibilizar el tabaquismo como un problema (UCR/ESP, 2017). Estimaciones del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés) han estimado que desde 1980 el país ha reducido su prevalencia en el fumado diario de cigarrillos. Esta disminución pudo verse relacionada con la aprobación e implementación en 2012 de la ley N° 9028, con la cual se empezaron a tomar medidas concretas al respecto. Esta ley tiene como objeto establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco (UCR/ESP, 2017).

III.I Leyes para el control del tabaco a nivel internacional

Existen convenios a nivel mundial que invitan a los países a crear iniciativas que promuevan estilos de vida saludable y la cesación del consumo de tabaco, las dos

estrategias más conocidas son el convenio marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT) y el MPOWER (OMS, 2003)

El CMCT es uno de los tratados más rápidos y ampliamente adoptados en la historia de la Organización de las Naciones Unidas. Este convenio, nació en el 2003 como respuesta al creciente nivel de tabaquismo a nivel mundial y la evidencia científica existente de los problemas de salud ocasionados por el tabaco. Es una estrategia de promoción de la salud que se basa en el derecho de todas las personas de gozar de un grado máximo de salud (OMS, 2003) La Ley General para el Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud N° 9028 fue aprobada en Costa Rica como parte del compromiso asumido con el CMCT.

Entre las líneas de acción del CMCT están los impuestos al tabaco, la protección contra la exposición al humo de tabaco, la reglamentación del contenido de los productos de tabaco, la reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco, las disposiciones relacionadas al empaquetado y etiquetado de estos productos, la educación, información y concientización de la población, la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, las medidas de reducción de demanda referentes a la dependencia y el abandono del tabaco. (OMS, 2003)

Por su parte el MPOWER (por sus siglas en inglés) se creó con el fin de ayudar a los países a cumplir con el CMCT. Este plan es una iniciativa de la OMS que proporciona las herramientas para tratar de disminuir el consumo de tabaco al promover la toma de medidas legales y socioeconómicas que favorezcan la cesación del consumo de tabaco. Este plan pretende que las intervenciones se apliquen con un nivel de cobertura alto (OMS, 2008).

Los países que deseen pertenecer a este plan de políticas deberían registrarse por las siguientes estrategias:

Monitor: monitorear el consumo de tabaco

Protect: proteger a la población del humo de tabaco.

Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.

Warn: advertir de los peligros del tabaco.

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

Raise: aumentar los impuestos al tabaco.

Cabe resaltar que, de acuerdo al Informe Sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas del 2013, la implementación de las estrategias es mayor proporcionalmente en América Latina que a nivel mundial, con excepción de la estrategia de aumentar los impuestos (Raise). Y si se analiza solamente la cobertura en las Américas, aquella destinada a ofrecer ayuda para el abandono del tabaco (Offer) es la que posee mayor cobertura. Por su parte Costa Rica posee un porcentaje importante de cobertura en la estrategia relacionada a la oferta de ayuda para dejar de fumar (Offer). (OMS, 2008)

A pesar de los esfuerzos de estas estrategias a nivel mundial, en Costa Rica el 9.1% de la población aún consume tabaco y de acuerdo a la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) el 97,8% de la población fumadora es consciente de los efectos asociadas al consumo de tabaco (OMS, 2008). Esto muestra la necesidad de seguir adelante con el diseño e implementación de programas que prevengan el consumo de tabaco y promuevan estilos de vida saludable.

III.II. Leyes para el control del tabaco a nivel nacional

En Costa Rica antes de la década de 1970 existían solamente leyes relacionadas al componente productivo y económico del tabaco sin hacer mención al fumado propiamente. Es hasta el decreto N° 1520-SPPS de 1971 que se exigió la incorporación de una advertencia de uso en los paquetes de cigarrillos. (UCR/ESP, 2017)

En la década de los ochenta después de que aparecieran estudios acerca de los posibles daños del humo de los cigarrillos en la salud, en 1986 el nuevo Ministro de Salud, Edgar Villa Mohs, promulgó nueve decretos restrictivos al uso del tabaco los cuales prohibían fumar en los lugares de trabajo, en cines o teatros, en vehículos de transporte público, la restricción de venta de cigarrillos a menores de edad, la colocación de letreros de no

fumado en lugares visibles y la exigencia de advertencias sobre los efectos perjudiciales del tabaco en las cajetillas y en los lugares prohibidos para fumar (UCR/ESP, 2017). Además de las prohibiciones anteriores se realizaron esfuerzos de promoción de la salud por parte del IAFA, la Asociación Costarricense de Salud Pública y la CCSS al crear campañas de advertencia, repartiendo materiales educativos y organizando eventos informativos. (Crosbie, Sebie y Glantz, 2013).

En mayo de 1995 se aprobó la “Ley Reguladora de Fumado” o ley N° 7501, la cual establecía la obligación del Poder Ejecutivo de velar porque la información relacionada al consumo del tabaco y sus derivados fuera objetiva, por lo que creó el Consejo de Control de Propaganda del Tabaco que tenía como fin regular todo lo relacionado con la publicidad. Así mismo establecía los sitios prohibidos de fumado, en donde se exceptuaban los centros de diversión o esparcimiento dedicados exclusivamente a personas adultas; mientras que en restaurantes, cafeterías o similares se debían asignar áreas para fumar. También se prohibía el consumo, expendio gratuito y venta de tabaco y sus derivados en establecimientos como: farmacias, boticas, droguerías, laboratorios o fábricas farmacéuticas, botiquines y otros similares. (UCR/ESP, 2017)

Antes y después de la creación de la Ley N° 7501 se presentaron varios proyectos de ley los cuáles fueron archivados o detenidos por las tabacaleras, las cuales argumentaban, por ejemplo, que ellas mismas podían autorregularse. Fue hasta que el 22 de marzo de 2012 que la ley General para el Control del Consumo de Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud N° 9028, fue enviada al Poder Ejecutivo por la Asamblea Legislativa que se aprobó por primera vez una ley que regulara de manera más restrictiva el consumo de tabaco (UCR/ESP, 2017)

III.III. Ley General para el Control del Consumo de Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud N° 9028.

El proceso de aprobación de la ley se llevó a cabo durante la Administración de Laura Chinchilla Miranda (2010-2014). Esta ley se ve amparada por el artículo 46 de la Constitución Política de Costa Rica, el cual dice que los consumidores y usuarios tienen

derecho a la protección de su salud, ambiente, seguridad e intereses económicos; y a recibir información adecuada y veraz. De acuerdo a la ley publicada en La Gaceta el 26 de marzo del 2012, su objeto es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco.

Entre sus objetivos están el reducir el consumo de productos elaborados con tabaco, reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco; reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo; prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes; fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento a las generaciones presentes y futuras de los riesgos atribuibles al consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de tabaco; y finalmente, combatir el comercio ilícito de estos productos. (Ley N° 9028, 2012)

Por su parte, el Estado desarrollará programas y proyectos integrales que garantizará a los consumidores la prestación de servicios y tratamientos adecuados para combatir la adicción a los productos del tabaco. Y de acuerdo al artículo 7 de la ley, los patrones deberán otorgar el permiso para que las personas diagnosticadas con adicción al tabaco puedan asistir a cualquiera de los programas aprobados por el Ministerio de Salud. La ley declara varios espacios 100% libres de la exposición al humo de tabaco y expone que en estos espacios deben colocarse por parte de las personas responsables avisos con la leyenda “Prohibido fumar, ambiente libre de humo de tabaco”. (Ley N° 9028, 2012)

La ley también determina que el Ministerio de Salud tiene ciertas potestades y deberes que cumplir para regular el uso de determinados ingredientes en los cigarrillos. Si los productos no cumplen con los criterios científicos objetivos y estándares internacionales, el Ministerio queda autorizado para decomisarlos y destruirlos. (Ley N° 9028, 2012)

En el capítulo IV de la ley, se hace referencia al etiquetado de los productos de Tabaco, en donde deberá de aparecer impreso los mensajes sanitarios que describan los efectos

nocivos del tabaco. Se prohíbe además que las cajetillas o los cartones de los productos de tabaco contengan términos que los promocionen de manera equívoca, falsa o engañosa. (Ley N° 9028, 2012)

El capítulo V habla sobre la prohibición de cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. En el capítulo VI se cita sobre la producción ilegal y comercio ilícito de los productos del tabaco, para esto se autoriza al Ministerio de Salud para que proceda a la destrucción, con métodos inocuos para el medio ambiente, de los productos confiscados por ingreso no autorizado.

Expone el artículo 14 que el Estado adoptará y aplicará, en todas las áreas económicas especiales o en zonas francas del país, medidas para vigilar, documentar y controlar especialmente el almacenamiento y la distribución de productos del tabaco que se encuentren en régimen de suspensión de impuestos o derechos. El capítulo VII habla de las regulaciones relacionadas a la venta de cigarrillos y suministro de productos de tabaco en determinados lugares y espacios. Prohibiéndose la venta y suministro en establecimientos sanitarios y hospitales, dependencias de administración pública, centros educativos, centros de atención social, instalaciones deportivas, centros culturales y de ocio, etc... Además, prohíbe la venta a menores de edad, y estos no podrán dedicarse a la venta de productos de tabaco. Otra disposición es que los productos de tabaco no pueden ser accesibles al consumidos, y su venta al público deberá realizarse, exclusivamente, en las cajas de pago o en puntos de venta de los establecimientos. Queda prohibido vender cigarrillos sueltos o al menudeo, así como en cajetillas que contengan menos de veinte cigarrillos.

En el capítulo VIII se declara de interés público la creación del Programa Nacional de Educación para la Prevención e Información sobre el Consumo del Tabaco y sus Derivados, a cargo del Ministerio de Salud. Por otra parte, el Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Educación Pública y las demás entidades públicas vinculadas con la salud y la investigación, con el fin de elaborar y difundir información, programas educativos e investigaciones referidas a la prevención, el control y los efectos

del tabaco.

Una de las disposiciones más importantes de esta Ley es la creación del impuesto a los productos del tabaco. Se crea un impuesto específico de veinte colones (¢20,00) por cada cigarrillo, cigarro, puros de tabaco y sus derivados. La administración del impuesto creado en este capítulo corresponderá a la Dirección General de Tributación. Solamente se excluyen de este impuesto a productos destinados a la exportación, los sucedáneos de tabaco y los extractos y jugos de tabaco empleados en la preparación de insecticidas o parasiticidas.

El tributo recaudado se distribuye de la siguiente manera:

- Un sesenta por ciento (60%) de los recursos se destinarán a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) para que sean utilizados en el diagnóstico, tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo
- Un veinte por ciento (20%) se destinará al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la presente ley.
- Un diez por ciento (10%) se destinará al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), para el cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley.
- Un diez por ciento (10%) se destinará al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (Icoder) para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación.
-

En el capítulo X hace referencia al control, fiscalización y sanciones. Dispone que cinco actores principales se harán cargo del control y fiscalización: El Ministerio de Salud regulará, el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), las municipalidades, el Consejo de Salud Ocupacional del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y el Ministerio de Seguridad Pública.

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

De acuerdo con la infracción cometida, se sancionará:

- Con una multa del 10% de un salario base a las personas físicas que fumen en los sitios prohibidos.
- Con una multa de 15% de un salario base a las personas que incumplan el deber de colocar los avisos de “Prohibido fumar”.
- Con una multa de 50% de un salario base al responsable de una entidad donde se incumplieron los sitios de fumado, al que fabrique, importe o venda alimentos o juguetes que tengan la forma o el diseño de productos de tabaco, a quien venda cigarros sueltos o en cajetillas de menos de 20 unidades, entre otras ilegalidades.
- Con una multa de 10 salarios base a quien incumpla los trámites respectivos ante el Ministerio de Salud.

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

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El objetivo de la Ley Antitabaco es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco. La aprobación de esta ley se basa en los múltiples estudios que han demostrado los efectos nocivos que tiene el consumo de tabaco en la salud y la necesidad de implementar estrategias como la de MPOWER que han dado resultados positivos en muchos países en relación a la disminución del consumo de tabaco y la disminución de morbilidad y años perdidos por discapacidad de acuerdo al Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad.

Costa Rica con el fin de mejorar la salud de la población y cumplir con el fin de las políticas públicas de satisfacer las necesidades de la población, y el de la política sanitaria de lograr objetivos específicos en atención en salud (WHO, 2017) decidió

implementar la estrategia de MPOWER y la Ley Antitabaco. Sin embargo, es demostrado que el consumo de tabaco tiene un componente social muy importante, ya que es un hábito que se transmite de manera cultural en las sociedades occidentales. Es debido a esto que a pesar de las campañas de concientización acerca de los efectos dañinos del consumo de tabaco, en Costa Rica aún un 9% de la población fuma. Esta es una de las razones por las que es importante conocer la percepción de la población acerca de la implementación de la ley, y cómo han identificado e interpretado la información recibida como personas no pasivas respecto a las acciones gubernamentales, y cuya opinión siguiendo a Soroka & Wlezien (2011, en Sepan & Reeskens, 2012) es como un termostato, y actúa acorde a las respuestas del gobierno a sus demandas.

Al afectar el consumo de tabaco diferentes niveles como el físico, social y ambiental, es necesario, además de la percepción, analizar los efectos cuantitativos en términos de morbilidad y años de vida perdidos a causa de los efectos del consumo de tabaco, así como las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco a nivel nacional. Esto debido a que no hay estudios que hablen al respecto en Costa Rica y su análisis es crucial para cumplir con el objetivo general del trabajo de determinar los efectos de la Ley Antitabaco a partir de su aprobación e implementación en Costa Rica.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos de la Ley Antitabaco a partir de su aprobación e implementación en Costa Rica?

VI. OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos de la Ley Antitabaco a partir de su aprobación e implementación en Costa Rica.

VI.I. Objetivos específicos

1. Analizar las tendencias en el consumo de tabaco a nivel nacional, por sexo y edad de 1990 al 2015.

2. Analizar las prevalencias de consumo de tabaco a nivel regional y cantonal en 2015.
3. Conocer las implicaciones en salud desde la implementación de la ley en el marco de los resultados de las estimaciones del último estudio de la Carga Global de la Enfermedad.
4. Describir la percepción de una comunidad universitaria de Costa Rica acerca de la implementación de la Ley.

VII. METODOLOGÍA

VII.I. Diseño de investigación

El diseño de investigación que se utilizará es el mixto debido a que al ser un procedimiento que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos tiene la capacidad de responder a distintas preguntas provenientes de un mismo planteamiento del problema como lo es en este caso (Teddlie y Tashakkori, 2003; Creswell, 2005; Mertens, 2005; Williams, Unrau y Grinnell, 2005 en Hernández et al 2014).

Cabe destacar que el enfoque mixto va más allá de la simple recolección de datos del mismo fenómeno con diferentes métodos, sino que implica también desde el planteamiento del problema utilizar simultáneamente la lógica inductiva y la deductiva. Como señalan Teddlie y Tashakkori (2003), “un estudio mixto lo es en el planteamiento del problema, la recolección y análisis de los datos, y en el reporte del estudio”.

Por lo anterior, se cree oportuno utilizar el diseño exploratorio secuencial de modalidad comparativa (DEXPLOS), propuesto por Hernández-Sampiere y colaboradores en 2014. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De esta forma se iniciará con una primera fase de análisis de información cuantitativa (componente cuantitativo) continuada por la recolección de datos y análisis de las entrevistas de percepción (componente cualitativo) De esta forma dentro del diseño mixto ambos componentes tendrán la misma intensidad y su recolección de datos y análisis será realizado de manera secuencial.

VII.I.I. Componente cuantitativo

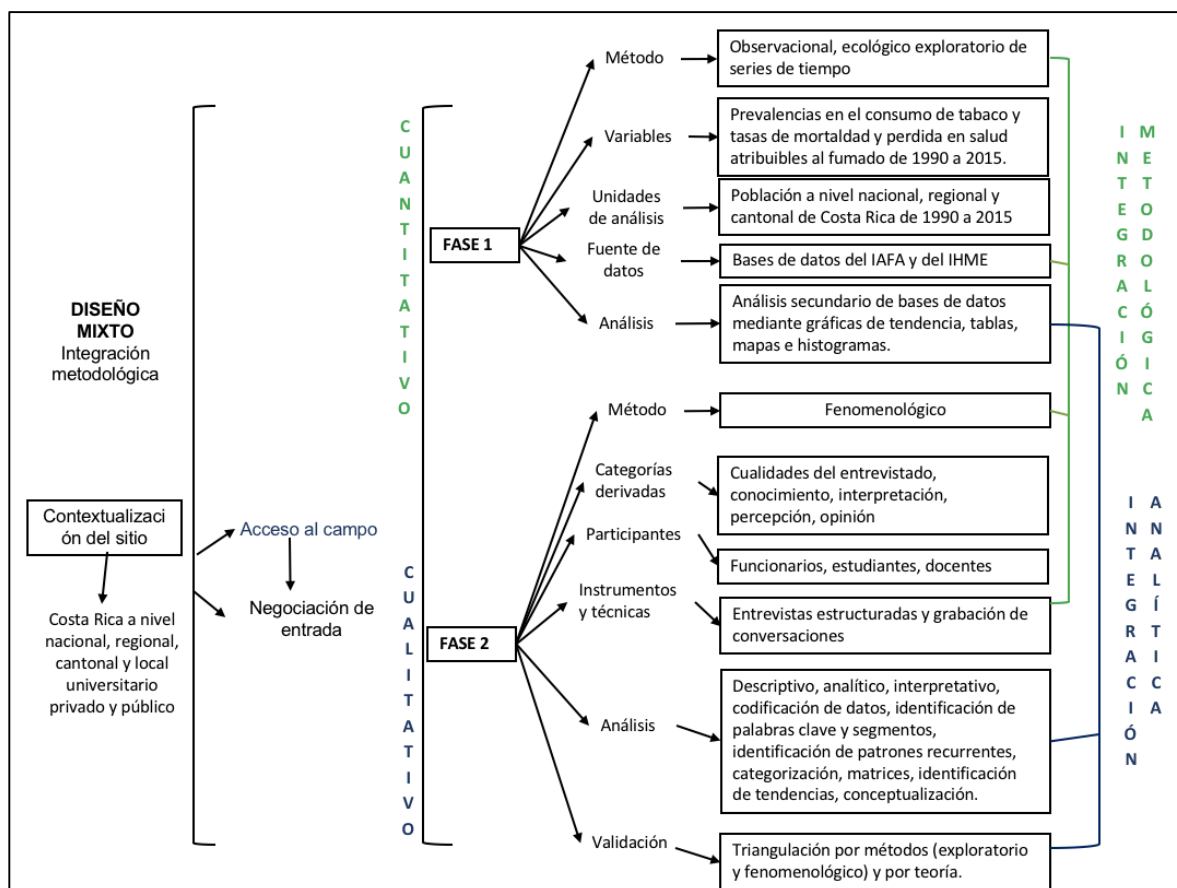
Este corresponde el análisis de las bases datos secundarias con la información relacionada a las tendencias y el consumo de tabaco y la pérdida en salud atribuible al fumado. Las fuentes de información para análisis de las tendencias del consumo vendrán de las estimaciones históricas de consumo puestas a disposición como datos abiertos en el IAFA. Por otra parte, las bases de datos del IHME con los resultados del GBD 2015 serán las utilizadas para realizar el análisis de la pérdida de salud y sus cambios desde 1990 hasta 2015. De esta manera se optará por un diseño ecológico de tipo exploratorio de series de tiempo, el cual analiza las tendencias temporales para buscar patrones poblacionales y generar hipótesis a nivel individual que permitan la fundamentación de futuros estudios relacionados con el tema. Para lo anterior se realizarán gráficas de tendencia, gráficos de distribuciones proporcionales según grupos de edad y sexo y mapas para comprender las implicaciones del fumado en la salud desde 1990 hasta el 2015.

VII.I. II. Componente cualitativo

La información acerca de la percepción ciudadana se obtendrá a través de la aplicación de una guía de entrevista (Anexo 1) para la realización de entrevistas estructuradas con preguntas abiertas, semi abiertas y cerradas, en diversos individuos de población universitaria. Se propone realizar entrevistas a funcionarios (profesores y administrativos) y estudiantes de instituciones educativas públicas y privadas a seleccionar por conveniencia. Se pretenden realizar 12 entrevistas de las cuales 6 serán a funcionarios y 6 a estudiantes. Así mismo, de las 12 entrevistas, 6 se realizarán en hombres y 6 en mujeres. Dentro del espectro de sujetos se incluirán 6 fumadores y 6 no fumadores. De esta forma se espera llegar a una saturación teórica a través de la selección de sujetos considerando también el factor de edad como variable confusora. Todas las entrevistas serán audiograbadas bajo la obtención de un consentimiento informado por parte de los informantes. Las grabaciones serán transcritas y posteriormente analizadas a través de matrices para su análisis. Se identificarán las

temáticas que surjan de manera común en las entrevistas. La figura 2 muestra un diagrama en el que se detallan las características principales de las fases del estudio.

Figura 2. Diagrama del diseño de estudio



Fuente: Elaboración propia a partir de Pereira, 2010

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

Esta propuesta de investigación fue enviada para su aprobación a las direcciones nacionales en Costa Rica y Argentina de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) (Anexo 3). Cabe señalar que la propuesta en su componente cuantitativo pretende utilizar datos a disposición del público provenientes de distintos instrumentos. Para el desarrollo del componente cualitativo se obtuvo un consentimiento informado (Anexo 2) por parte de cada participante. Se obtuvo además la firma por parte de un testigo ajeno al equipo de investigación y se buscó que de forma preferente estos fueran familiares o amigos de cada participante. Posteriormente, el investigador entregó una copia de la carta de consentimiento informado firmada al participante, y conservó otra copia para su resguardo. Ningún procedimiento del componente cualitativo del estudio se llevó a cabo antes de que hubiera sido firmada la carta de consentimiento por parte de la participante, el testigo y el investigador. Las grabaciones serán guardadas bajo llave por Andrea Montero Zamora, cédula 114110284, y serán destruidas cinco años después de aprobada la tesis.

IX. RESULTADOS

Estimaciones del consumo de tabaco en Costa Rica de acuerdo a los datos abiertos del IAFA.

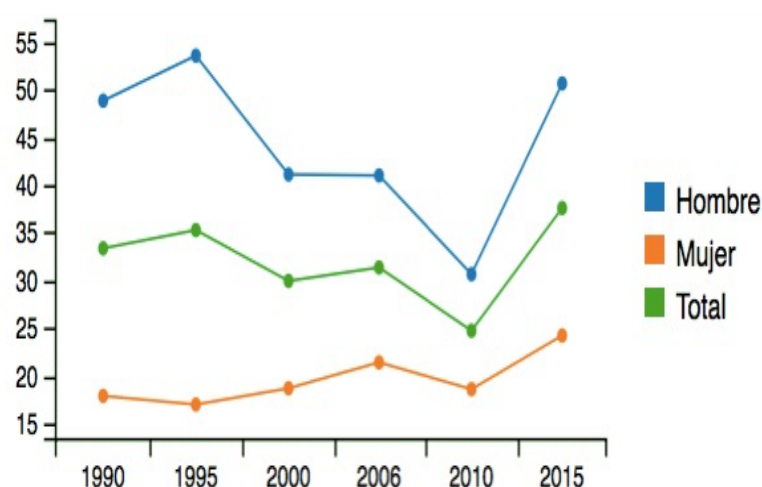
La tendencia en el consumo alguna vez en la vida¹ durante el período de 1990 a 2015 se observó muy irregular, tanto en hombres como mujeres. De esta manera los datos muestran un aumento en la prevalencia en hombres y en ambos sexos durante el período 1990 – 1995. A partir del año 1995 la situación cambió de manera evidente en los hombres presentándose una disminución significativa y constante hasta el año 2010. Para el año 2015 esta prevalencia subió de manera drástica hasta llegar a un 50.6%. En

¹ La encuesta realizada por el IAFA mide tres clases de prevalencias de consumo de tabaco (IAFA, 2015):

1. Consumo alguna vez en la vida.
2. Consumo reciente (en el último año)
3. Consumo activo (en el último mes)

cuanto a las mujeres se presentó un decremento de 18% a 17.1% durante el período 1990-1995. Sin embargo, de 1995 a 2006 las prevalencias tendieron a subir de 17.1% en 1995 a 21.5% en 2006. Durante 2010 se reportó un decremento de 2.8% y finalmente se observó un aumento de 5.6% en 2015. Este mismo aumento entre 2010 y 2015 se presentó para los hombres al aumentar 19.9%. La figura 3 muestra las tendencias temporales de esta prevalencia, para ambos sexos de 1990 a 2015.

Figura 3. Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida según sexo, Costa Rica, 1990-2015.

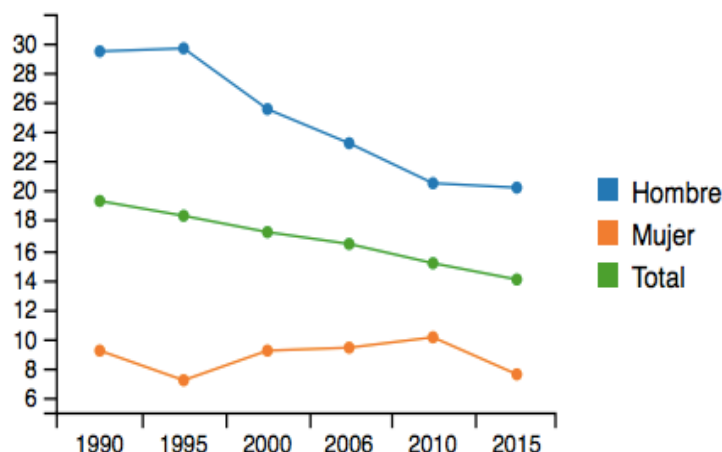


Fuente: IAFA

Por otra parte, la tendencia en el consumo reciente (en el último año) durante el período de 1990 a 2015 se observó constantemente decreciente para el total de la población. De esta manera los datos muestran una disminución en la prevalencia en hombres y ambos sexos durante el período 1990 – 2015. Sin embargo, durante el período de 1990 a 1995 las mujeres presentaron una disminución en el consumo reciente de 2%, y fue a partir del año 1995 cuando la situación cambió presentándose un aumento constante hasta el año 2010, al pasar de 7.2% en 1995 a 10.1% en el 2010. Para el año 2015 esta prevalencia bajó hasta llegar a 7.6%. En cuanto a los hombres, se presentó un decremento de 29.4% a 20.2% durante el período 1990-2015. Sin embargo de 1990 a 1995 las prevalencias tendieron a subir de 29.4% a 29.6%, a partir de ese año hubo una disminución de 4.1% en 2000, 2.3% en 2006, 2.7% en 2010 y 0.3% en 2015. La mayor

disminución para el caso de los hombres se dio de 1995 al 2000 con 4.1%, en las mujeres del 2010 al 2015 con 2.5% y en ambos sexos de 2006 al 2010 con 1.3% de disminución. La figura 4 muestra las tendencias temporales de esta prevalencia, para ambos sexos de 1990 a 2015.

Figura 4. Prevalencia de consumo reciente de tabaco según sexo, Costa Rica, 1990-2015.

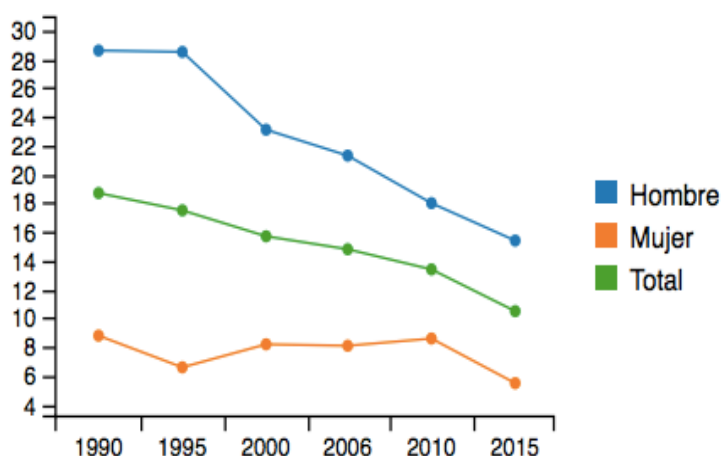


Fuente: IAFA

La tendencia en el consumo activo (en el último mes) durante el período de 1990 a 2015 se observó decreciente para el total de la población. De esta manera los datos muestran una disminución en la prevalencia en hombres y ambos sexos durante el período 1990 – 2015. De 1990 a 1995 las mujeres tuvieron una disminución en el consumo activo de 2.2%. Del año 1995 al 2000 se presentó un aumento de 1.6% y volvió a disminuir 0.1% para 2006. Del 2006 al 2010 aumentó 0.5% y volvió a disminuir hasta llegar a 5.5% en el 2015, con una disminución total de 3.3% desde 1990. En cuanto a los hombres, se presentó un decremento constante de 28.6% a 15.4% durante el período 1990-2015. El mayor decremento entre períodos se dio de 1995 al 2000 con una disminución de 5.4%, a partir de ese año se disminuyó 1.8% en 2006, 3.3% en 2010 y 2.6% en 2015. Para el total de la población la mayor disminución fue de 2.9% en el período del 2010 al 2015.

La figura 5 muestra las tendencias temporales de esta prevalencia, para ambos sexos de 1990 a 2015.

Figura 5. Prevalencia de consumo activo de tabaco según sexo, Costa Rica, 1990- 2015.

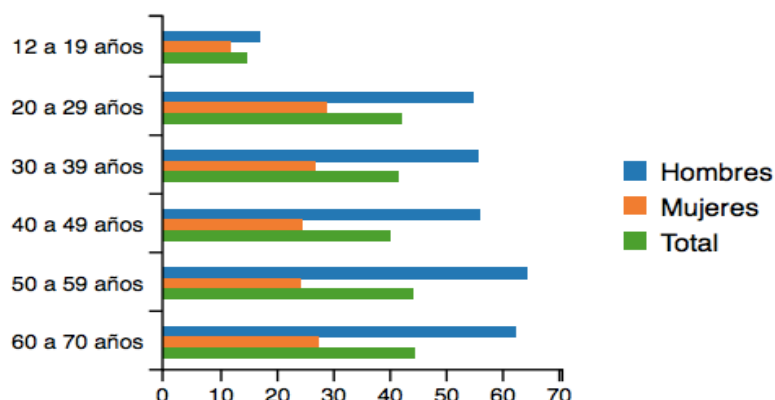


Fuente: IAFa

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida de acuerdo al grupo de edad muestra mayores porcentajes para los hombres en el grupo de 50 a 59 años (64.4%), para las mujeres en el de 20 a 29 años (29.1%), y para el total de la población en el de 60 a 70 años (44.6%). En adolescentes de 12 a 19 años las prevalencias resultaron ser las menores con un 17.2% para los hombres y un 12.1% para las mujeres. En el grupo de adultos jóvenes de 20 a 29 años las prevalencias aumentaron significativamente respecto al grupo de edad anterior con prevalencias de 54.9% para los hombres y 29.1% para las mujeres. Por su parte el grupo de 40 a 40 años presentó prevalencias de 56.1% para los hombres y 24.7% para las mujeres, lo cual corresponde a un 0.3% más respecto al grupo anterior en los hombres y 2.2% menos en las mujeres. El grupo de 50 a 59 años con prevalencias de 64.4% y 24.4% es un 8.3% mayor en los hombres y 0.3%

menor en las mujeres que el grupo anterior. El último grupo de 60 a 70 años con una prevalencia de 62.6% en los hombres y 27.6% en las mujeres, es un 1.8% menor en los hombres y 3.2% mayor en las mujeres, presentándose por primera vez una disminución en la prevalencia de hombres respecto al grupo anterior y para las mujeres un cambio de tendencia desde el segundo grupo de edad. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se dio en el grupo de 50 a 59 años con una diferencia de 40% entre ambos. La figura 6 muestra el comportamiento de esta prevalencia, para hombres, mujeres y el total de la población en el 2015.

Figura 6. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, según sexo y grupo de edad, Costa Rica 2015.

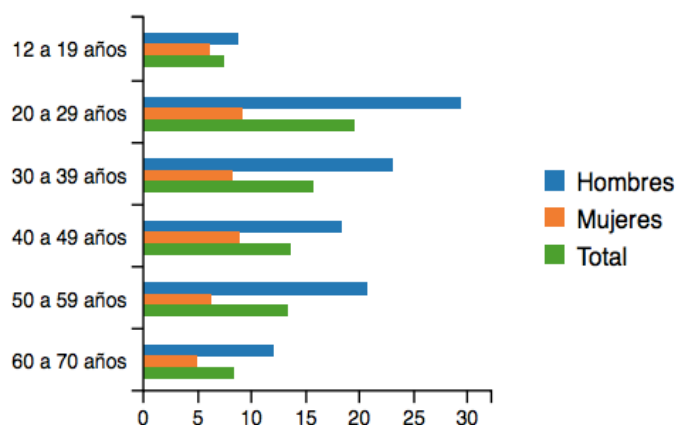


Fuente: IAFA

La prevalencia de consumo reciente de acuerdo al grupo de edad muestra mayores porcentajes para los hombres en el grupo de 20 a 29 años (29.4%), para las mujeres en el de 20 a 29 años (9.2%), y para el total de la población en el de 20 a 29 años (19.6%). En el grupo de 12 a 19 años las prevalencias fueron las menores para los hombres con 8.7%, sin embargo, el grupo con la prevalencia menor para las mujeres fue el de 60 a 70 años con un 4.9%. En el grupo de 20 a 29 años las prevalencias aumentaron significativamente respecto al grupo de edad anterior con prevalencias de 29.4% para los hombres y 9.2% para las mujeres, por tanto 20.7% más en los hombres y 3.1% más en las mujeres.

El grupo de 30 a 39 años, con prevalencias de 23.1% para los hombres y 8.2% para las mujeres, presentó una diferencia respecto al grupo 20 a 29 años de 6.3% menor en los hombres y 1% menor en las mujeres. Por su parte el grupo de 40 a 49 años con prevalencias de 18.4% para los hombres y 8.9% para las mujeres, posee un 4.7% menos respecto al grupo anterior en los hombres y 0.7% más en las mujeres. El grupo de 50 a 59 años con prevalencias de 20.8% y 6.2% es un 2.4% mayor en los hombres y 2.7% menor en las mujeres que el grupo anterior. El último grupo de 60 a 70 años con una prevalencia de 12% en los hombres y 4.9% en las mujeres, es un 8.8% menor en los hombres y 1.3% menor en las mujeres. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se dio en el grupo de 20 a 29 años con una diferencia de 20.2% entre ambos. La figura 7 muestra el comportamiento de esta prevalencia, para hombres, mujeres y el total de la población en el 2015.

Figura. Prevalencia de consumo reciente, según sexo y grupos de edad, Costa Rica 2015.

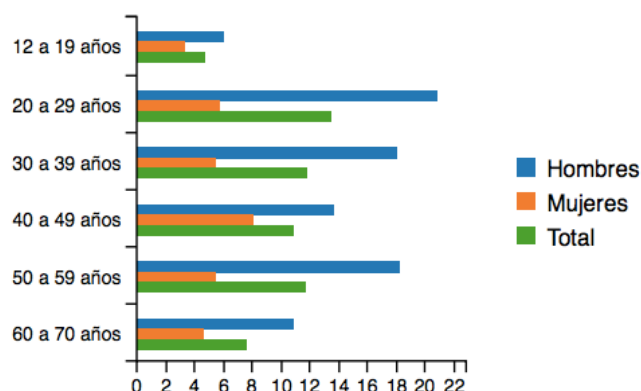


Fuente: IAFA

La prevalencia de consumo activo de acuerdo al grupo de edad mostró mayores porcentajes para los hombres en el grupo de 20 a 29 años (20.8%), para las mujeres en el de 40 a 49 años (8.1%), y para el total de la población en el de 20 a 29 años (13.5%). En el grupo de 12 a 19 años las prevalencias fueron las menores para los hombres con

6%, y también para las mujeres con una prevalencia de 3.3%. En el grupo de 20 a 29 años las prevalencias aumentan significativamente respecto al grupo de edad anterior con prevalencias de 20.8% para los hombres y 5.7% para las mujeres, por tanto 14.8% más en los hombres y 2.4% más en las mujeres. El grupo de 30 a 39 años, con prevalencias de 18% para los hombres y 5.5% para las mujeres, presentó una diferencia respecto al grupo 20 a 29 años de 2.8% menor en los hombres y 0.2% menor en las mujeres. Por su parte el grupo de 40 a 49 años con prevalencias de 13.7% para los hombres y 8.1% para las mujeres, posee un 4.3% menos respecto al grupo anterior en los hombres y 2.6% más en las mujeres. El grupo de 50 a 59 años con prevalencias de 18.2% y 5.5% es un 4.5% mayor en los hombres y 2.6% menor en las mujeres que el grupo anterior. El último grupo de 60 a 70 años con una prevalencia de 10.9% en los hombres y 4.6% en las mujeres, es un 7.3% menor en los hombres y 0.9% menor en las mujeres. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se dio en el grupo de 20 a 29 años con una diferencia de 15.1% entre ambos. La figura 8 muestra el comportamiento de esta prevalencia, para hombres, mujeres y el total de la población en el 2015.

Figura 8. Prevalencia de consumo activo, según sexo y grupos de edad, Costa Rica 2015.



Fuente: IAFA

Los datos de consumo de tabaco en mujeres por regiones geográficas de Costa Rica mostraron que la región Central Suroeste posee las mayores prevalencias de consumo

alguna vez en la vida (24.29%), reciente (7.62%) y activo (5.51%) respecto a las demás regiones, seguida por la región Central Sureste.

Por otro lado, la región que en mujeres presentó menores prevalencias de consumo alguna vez en la vida y reciente fue la Central Norte Alajuela con prevalencias de 15.1% y 3.1% respectivamente. La prevalencia de consumo activo menor se observó en la región Chorotega y fue de 2%. Las regiones que reportaron la menor edad de primer consumo en mujeres fueron la Occidente y la Central Norte Alajuela ambas con una media de 16.51 años. Por su parte, la región Brunca reportó la mayor media de edad de inicio de consumo con 18.09 años.

En el caso de los hombres, la región Central Este Cartago mostró la mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida con 54.3%, seguida de la Central Sureste con 54.0%. La prevalencia mayor de consumo reciente se encontró en la región Central Suroeste y la Central Sureste con 23.8 % y 21.9% respectivamente. La mayor prevalencia de consumo activo observada se presentó en la región Central Suroeste (17.8%), seguida de la Central Este Cartago (17.3%). Por otro lado, la región con prevalencia de consumo alguna vez en la vida menor en hombres fue la Huetar Atlántica (41%). La Brunca fue la región que presentó el menor consumo reciente y activo. La región que reportó la menor edad de primer consumo en hombres fue la Central Suroeste (15.33 años), y la mayor fue la Chorotega (16.41 años).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, en todas las prevalencias de consumo, con excepción del primer consumo reciente de abstemios, el hombre presentó un porcentaje mayor. Para el consumo alguna vez en la vida, la región Central Norte Alajuela presentó la mayor diferencia entre hombres y mujeres (37.5%) y la Huetar Norte la menor diferencia (18.1%). En el consumo reciente la mayor diferencia se encontró en la Central Norte Alajuela (17.8%) y la menor en la Central Suroeste (9.8%). En el consumo activo la mayor diferencia estuvo en la región occidente (13.4%) y la menor en la región Central Suroeste. En el primer consumo reciente de abstemios, la diferencia más evidente entre sexos fue observada en la región Suroeste (2.8%), y la menor en la

región Sureste y Atlántica (0.1%). La única prevalencia mayor para las mujeres se observó en la región del Pacífico Central (1.2%). Respecto a la edad de primer inicio, en todas las regiones fueron las mujeres que iniciaron primero el consumo de tabaco, especialmente en la región Brunca con una diferencia de hasta 2.6 años. La tabla 1 resume el porcentaje de estas prevalencias, a nivel regional para hombres, mujeres y el total de la población para el 2015.

Tabla 1. Prevalencia de consumo en mujeres y hombres a nivel nacional y por región geográfica del IAFA, Costa Rica, 2015.

Región	MUJERES Consumo				HOMBRES Consumo			
	Alguna vez en la vida (%)	Reciente (%)	Activo (%)	Edad de primer consumo (Años)	Alguna vez en la vida (%)	Reciente (%)	Activo (%)	Edad de primer consumo (Años)
Nacional	24.29	7.62	5.51	17.36	50.64	20.17	15.35	15.72
Central Suroeste	32.9	14	11.1	17.60	52.7	23.8	17.8	15.33
Central Sureste	30.6	11	7.4	16.85	54.0	21.9	16.8	15.89
Brunca	18.7	3.4	2.1	18.09	45.6	13.8	10.6	15.54
Central Norte Alajuela	15.1	3.1	2.6	16.51	52.6	20.9	13.8	15.41
Occidente	19.1	5.5	3.8	16.51	47.8	21.3	17.2	15.77
Chorotega	15.7	3.6	2.0	17.84	49.3	17.4	13.8	16.41
Central Este Cartago	24.5	8.5	5.9	17.56	54.3	20.6	17.3	15.47
Central Norte Heredia	29.4	8.4	6.2	17.66	52.1	20.7	17.1	15.70
Pacífico Central	23.0	5.8	3.1	17.50	46.8	18.2	13.3	16.13
Huetar Atlántica	22.9	5.1	4.3	17.67	41.0	17.3	12.7	16.34

*Reciente: en el último año.

**Activo: en el último mes.

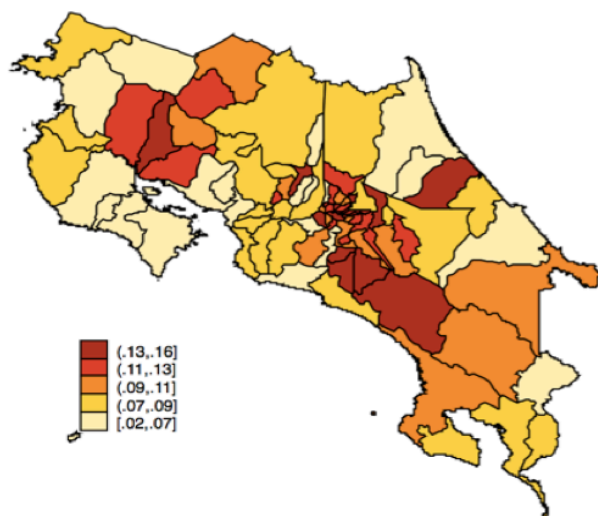
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IAFA

A nivel nacional la prevalencia de consumo activo de tabaco fue de 10.48%. Además de la división geográfica por regiones de Costa Rica, se pudo analizar el consumo a través de los 81 cantones de Costa Rica. De esta forma, el cantón con el mayor consumo activo de Costa Rica para el 2015 fue San José con una prevalencia de 16.41%, seguido de

Tibás (15.9%) y San Pablo (15.52%). Los cantones con menor prevalencia fueron Coto Brus (2.42%), Pérez Zeledón (3.73%) y Hojancha (5.21%).

En general la distribución fue heterogénea con focos de alto consumo en la parte central del país, específicamente en San José (16.41%), San Pablo (15.52%), Goicoechea (14.46%) y León Cortés (13.9%). En la parte Oeste, sobresalieron los cantones de Abangares (13.11%), Tilarán (10.51%) y Cañas (10.14%). En la parte Este del país Siquirres fue el único cantón que presentó una prevalencia de consumo activo mayor al 14 %. En el Sur del país cantones como Talamanca (9.83%) y Osa (9.54%) presentaron una prevalencia similar a la nacional. Por otro lado, los cantones con las menores prevalencias en la parte central del país fueron Pérez Zeledón (3.73%), Hojancha (5.21%) y Poás (5.2%). En la zona Oeste los menores fueron Nandayure (5.71%) y Nicoya (6.04%). En la zona Este, Pococí (6.42%) y Matina (7.67%). En la zona Sur Coto Brus (2.42%). La figura 9 muestra el comportamiento de esta prevalencia, a nivel cantonal para el total de la población en el 2015.

Figura 9. Prevalencia de consumo activo de tabaco (en el último mes) por cantones de Costa Rica, 2015.



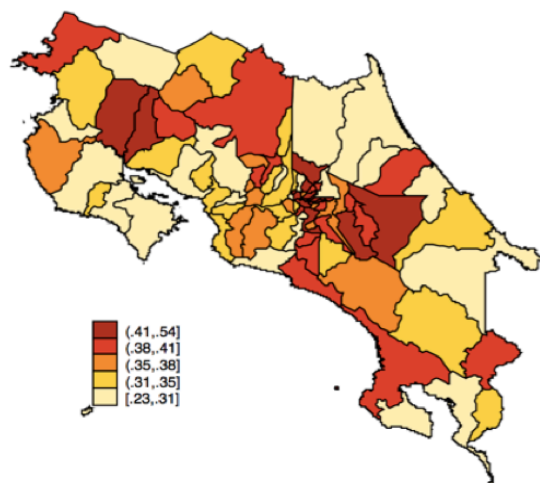
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IAFA

Respecto al consumo alguna vez en la vida, el promedio nacional fue de 37.6% y el cantón con mayor prevalencia de Costa Rica para el 2015 fue Tibás (53.62%), seguido

de Heredia (48.37%) y Vázquez de Coronado (47.72%). Los cantones con menor prevalencia fueron Guatuso (22.96%), Zarcero (22.99%) y Belén (24.52%).

El mapa cantonal de Costa Rica, mostró una distribución heterogénea y no focalizada. La parte Este del país presentó una prevalencia baja, en donde cantones como Matina (25.47%), Talamanca (26.81%) y Pococí (28.41%) presentaron prevalencias menores al promedio nacional. También se observó una menor prevalencia en la parte Oeste, en cantones como Carrillo (24.93%), Nicoya (27.11%) y Nandayure (31.02%) con excepción del Cantón de la Cruz (39.94%). En la parte Sur el cantón con menor prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue Golfito (29.04%), seguido de Buenos Aires (27.7%). En la parte Norte Upala (31.47%) y Sarapiquí (31.09%), y en la parte central los que Zarcero (22.99%) y Belén (24.52%). Los cantones con mayor prevalencia en la parte Oeste fueron Tilarán (41.4%) y Bagaces (36.85%). En la zona norte San Carlos (39.63%). En la zona Este Siquirres (41.17%). En la zona sur Osa (41.4%) y Coto Brus (38.51%). En la parte central del país, se encontraron los cantones con las mayores prevalencias, como fue el caso de Tibás, Heredia, Vázquez de Coronado, Santo Domingo (46%) y San José (45.23%). La figura 10 muestra el comportamiento de esta prevalencia, a nivel cantonal para el total de la población en el 2015.

Figura 10. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de tabaco por cantones de Costa Rica, 2015.



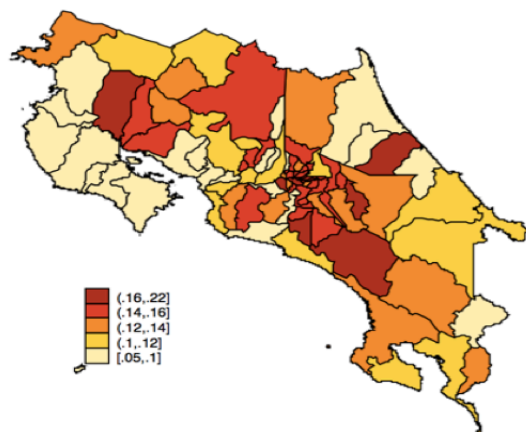
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del IAFA

Respecto al consumo reciente de tabaco, el promedio nacional fue de 13.95%, el cantón con mayor prevalencia de Costa Rica para el 2015 fue San José con un 21.56%, seguido de Tibás (20.7%) y Jiménez (20.19%). Los cantones con menor prevalencia fueron Pérez Zeledón (4.63%), Coto Brus (5.77%) y Hojancha (6.38%).

Si se ve el mapa cantonal de Costa Rica, se nota una distribución heterogénea y no focalizada. Al igual que en el consumo alguna vez en la vida y consumo activo de tabaco, la prevalencia en la zona Oeste se ve baja, por ejemplo, cantones como Hojancha (3.38%), Nandayure (7.46%), Santa Cruz (8.29%), Nicoya (9.19%)%, y Liberia (9.97%) se encuentran entre los menores del país, con excepción del Cantón de la Cruz (13.08%). De igual forma en la parte Este, cantones como Matina (9.18%), Talamanca (10.66%) y Pococí (8.44%) presentan prevalencias menores al promedio nacional. En la parte norte del país Guatuso es el que presenta una menor prevalencia (7.93%). En la parte central Pérez Zeledón (4.63%), Montes de oro (6.82%), y Poás (7.37%) son los menores. En la zona sur del país la menor prevalencia la posee Coto Brus (5.77%).

Las mayores prevalencias en la zona central del país, fueron de San José (21.56%), Tibás (20.7%) y Jiménez (20.19%). En la zona Este, Abangares (15.69%), Tilarán (14.4%) y Bagaces (10.66%). En la zona Norte San Carlos (14.77%). En la zona Este Siquirres (19.45%). En la zona sur no se observaron prevalencias altas de consumo en relación a los demás cantones del país, por ejemplo, Buenos Aires (12.72%) y Osa (13.03%), los cuales se encontraron debajo del promedio nacional. La figura 11 muestra el comportamiento de esta prevalencia, a nivel cantonal para el total de la población en el 2015.

Figura 11. Prevalencia de consumo reciente de tabaco (en el último año) por cantones de Costa Rica, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del IAF

Estimaciones de Carga de la Enfermedad

De acuerdo a los datos del GBD 2015 para el año 1990, los países con mayor tasa de mortalidad por causas atribuibles al tabaco, para ambos sexos, estandarizado por edad en el mundo fueron: Groenlandia (448.88 muertes por 100,000 habitantes), Papúa Nueva Guinea (364.08 muertes por 100,000 habitantes) y Kiribati (339.99 muertes por 100,000 habitantes), mientras que los países con las menores tasas de mortalidad fueron Niger (22.76 muertes por 100,000 habitantes), Antigua y Barbuda (23.85 muertes por 100,000 habitantes) y Sudán (25.1 muertes por 100,000 habitantes). Por su parte, de los 195 países, Costa Rica se encontró en la posición 74 con una tasa de 50.11 muertes por 100,000 habitantes.

Para 2015, los países con una mayor tasa de mortalidad por causas atribuibles al tabaco, para ambos sexos, estandarizado por edad en el mundo fueron Papúa Nueva Guinea (301.94 muertes por 100,000 habitantes), Kiribati (301.13 muertes por 100,000 habitantes) y Groenlandia (280.62 muertes por 100,000 habitantes), mientras que los países con una tasa de mortalidad menor fueron Antigua y Barbuda (20.82 muertes por 100,000 habitantes), Nicaragua (23.77 muertes por 100,000 habitantes) y Barbados

(24.53 muertes por 100,000 habitantes). Por su parte, de los 195 países, Costa Rica se encontró en la posición 184 con una tasa de 32.47 muertes por 100,000 habitantes.

Específicamente en la Región de las Américas, para 1990 Brasil era el país con mayor tasa de mortalidad con 175.96 muertes por 100,000 habitantes, seguido de Uruguay (163.8) y Bermuda (157.6). Para ese mismo año Nicaragua (34.46) poseía la menor tasa de mortalidad, precedido por Antigua y Barbuda (35.08) y El Salvador (40.76). Para el 2015, en la misma Región, Cuba pasó a tener la primera posición con 124.23 muertes por 100,000 habitantes, seguido de Uruguay (118.23) y Argentina (107.94). Para ese mismo año Antigua y Barbuda (27.01) poseía la menor tasa de mortalidad, precedido por Nicaragua (34.1) y El Salvador (28.65).

Tanto en 1990 como en el 2015, Costa Rica se encontró en la misma posición (31 de 37) en el *ranking* de mortalidad por causas relacionadas al tabaco, sin embargo, tuvo una disminución importante de 35% en su tasa de mortalidad al pasar de tener 50.11 muertes por 100,000 habitantes en el 1990 a 32.47 muertes por 100,000 habitantes en el 2015. En general en las Américas, todos los países disminuyeron su tasa de mortalidad estandarizadas por edad por causas relacionadas al consumo de tabaco, con excepción de Jamaica que tuvo un aumento de 1.75%. Los países que tuvieron una mayor disminución fueron Perú (53%), Bermuda (51%) y Haití (48%). Los países con menor disminución fueron (aparte de Jamaica que no disminuyó), Paraguay (2.5%), República Dominicana (3.3%) y Honduras (5.3%).

Si hablamos en términos de AVISA, en la Región de las Américas, para 1990 Brasil era el país con mayor tasa de AVISA por 100,000 habitantes con 4068.11 por 100,000 habitantes, seguido de Uruguay (3816.86) y Bermuda (3430.5). Para ese mismo año Antigua y Barbuda (876.7) poseía la menor tasa de AVISA, precedido por Nicaragua (1006.9) y Barbados (1033). Para el 2015, en la misma Región, Uruguay pasó a tener la primera posición con 2572.75 AVISA por 100,000 habitantes, seguido de Cuba (2447.6)

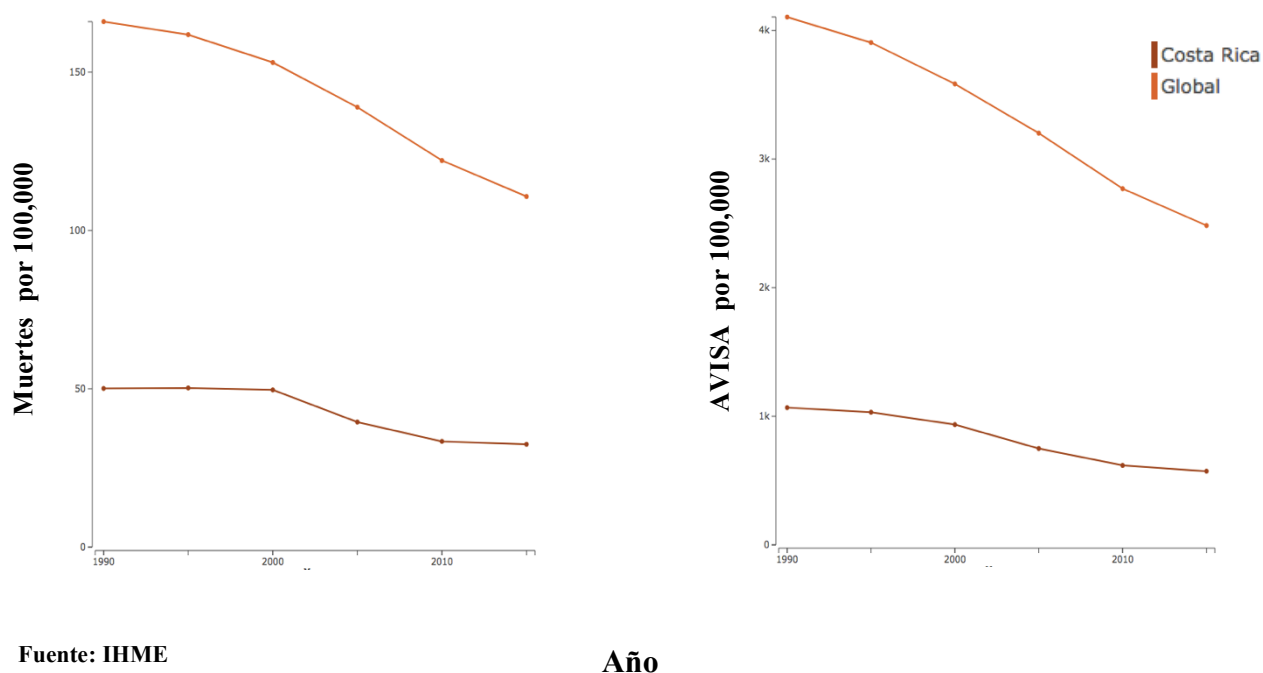
y Argentina (2323.7). Para ese mismo año Costa Rica (572.6) poseía la menor tasa de AVISA, precedido por Antigua y Barbuda (605.9) y Perú (762.3).

En 1990 Costa Rica se encontraba en la posición 33 de 37 del ranking de tasa de AVISA en la Región de las Américas, y en el 2015 en la posición 37 de 37. Pasando de perder 1066.8 años de vida saludable por 100,000 habitantes en 1990 a 572.6 años de vida saludable por 100,000 habitantes en el 2015, lo que representó una disminución de 46%. Y ubicando a Costa Rica en el noveno país de las Américas con mayor disminución.

En general en las Américas, todos los países disminuyeron su tasa de AVISA estandarizadas por edad por causas relacionadas al consumo de tabaco. Los países que tuvieron una mayor disminución fueron Perú (64%), Bermuda (58%) y Panamá (48%). Los países con menor disminución fueron Jamaica (9.3%), Dominica (9.8%) y Paraguay (12%).

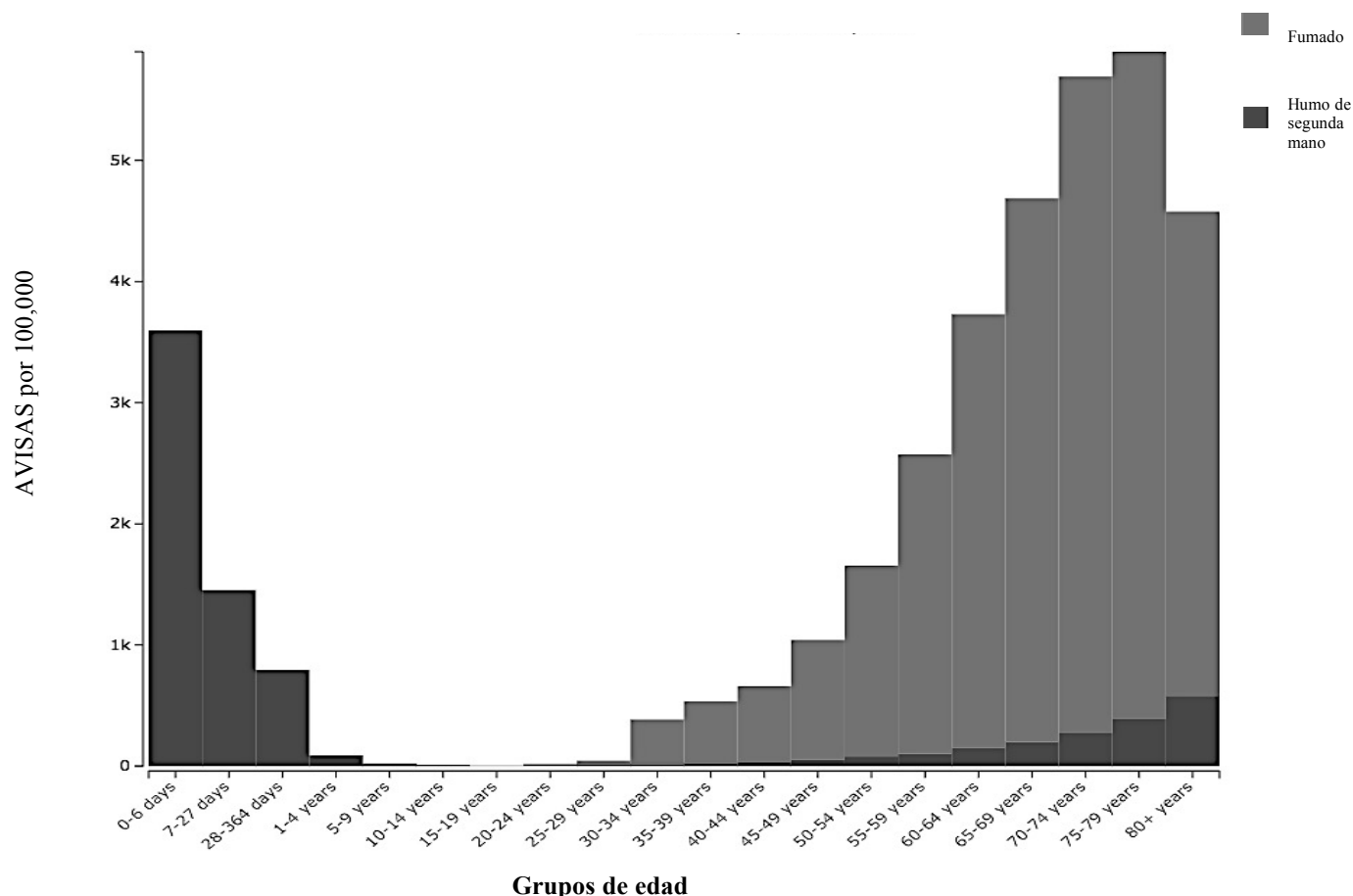
Al comparar la tasa de muertes y AVISA del promedio a nivel mundial y las de Costa Rica, se observaron tendencias similares, disminuyendo las tasas desde 1990 al 2015. También se pudo apreciar la brecha existente entre Costa Rica y el mundo, siendo la mortalidad promedio mundial más de tres veces mayor a la de Costa Rica, y las tasas de AVISA más de cuatro veces mayores. La figura 12 muestra las tendencias en la tasa de muertes y AVISA, a nivel nacional para el total de la población de 1990 al 2015.

Figura 12. Tasa de muertes y AVISA por todas las causas atribuibles al consumo de tabaco, ambos sexos, edad estandarizada, para Costa Rica y el mundo, 1990- 2015



Los grupos de edad que más AVISA perdieron por causas atribuibles al tabaco fueron aquellos entre 70 a 79 años. Específicamente, el grupo de edad que más perdió años debido al humo de segunda mano fueron los niños de 0 a 1 años. Por su parte, el grupo de edad que más mortalidad presentó por causas atribuibles al tabaco fueron las personas de 80 años y más, y debido al humo de segunda mano fueron los niños de 0 a 27 días. La figura 13 muestra las tendencias en las tasas de AVISA para cada grupo de edad a nivel nacional, en ambos sexos, para el 2015.

Figura 13. Distribución de los años de vida saludable perdidos por todas las causas atribuibles al tabaco, por grupo de edad específico, ambos sexos, Costa Rica, 2015



Fuente: IHME

La tabla 2, muestra las principales causas de AVISA atribuibles al consumo de tabaco. De estas, las más relevantes fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las neoplasias, y enfermedades respiratorias crónicas. En general, todas las tasas de AVISA atribuibles al consumo de tabaco tanto en hombres como mujeres, disminuyeron en el período entre 1990 a 2015. Las mayores reducciones en ese período estuvieron representadas por el VIH/SIDA y tuberculosis (-85.0%), las infecciones respiratorias bajas (-58.4%) y las lesiones no intencionales (-51.6 %). Por su parte las enfermedades cardiovasculares presentaron una disminución de un 51,3% en el período de 1990 a 2015. (Tabla 2). Al comparar hombres y mujeres, de todas las principales causas de

AVISA atribuibles al consumo de tabaco, los hombres presentaron tasas considerablemente mayores a las de las mujeres. De esta forma, en los últimos 25 años los hombres presentaron una disminución de 401.95 AVISA por 100,000 habitantes, mientras que en las mujeres esta disminución fue de 156.14 AVISA por 100,000 habitantes.

Tabla 2. Años de vida saludable perdidos en hombres y mujeres por las principales causas atribuibles al consumo de tabaco, estandarizado por edad, Costa Rica, 1990-2015

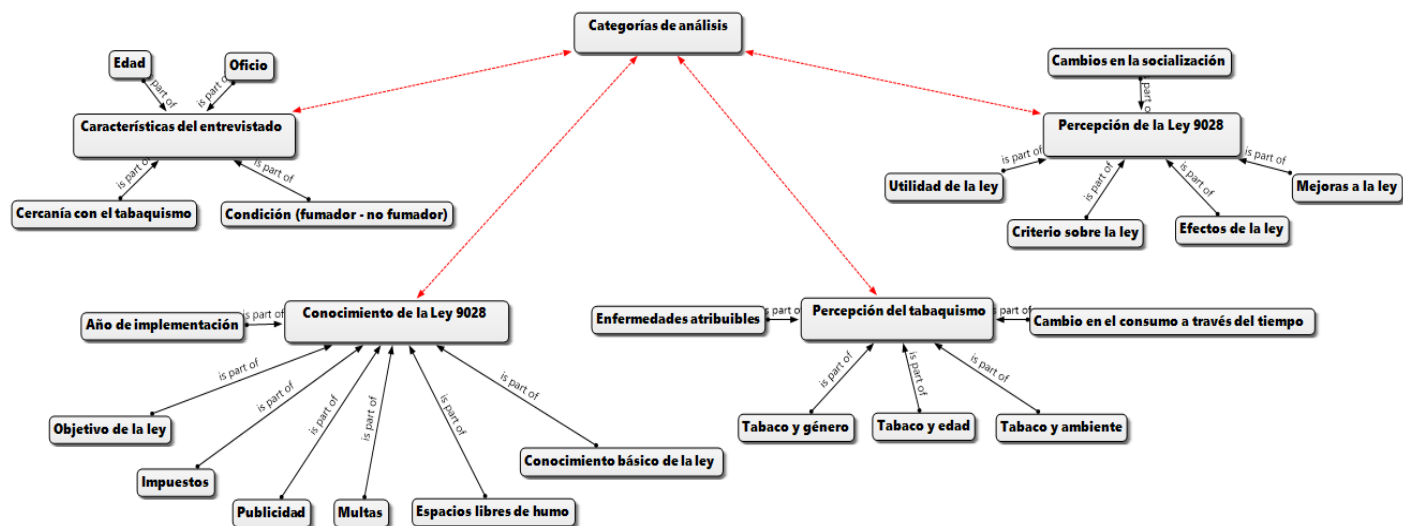
Causa	Mujeres			Hombres		
	1990 AVISA por 100,000	2015 AVISA por 100,000	1990-2015 Cambio (%)	1990 AVISA por 100,000	2015 AVISA por 100,000	1990-2015 Cambio (%)
Todas las causas	508.84	288.80	-43.23	1678.61	884.04	-47.34
Enfermedades cardiovasculares	298.54	142.40	-52.30	783.72	381.77	-51.29
Neoplasias	52.15	33.61	-35.55	429.46	222.58	-47.93
Enfermedades respiratorias crónicas	85.46	78.82	-7.77	247.81	180.98	-26.97
Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes	53.71	22.38	-58.34	122.35	50.85	-58.44
Diabetes, y enfermedades endocrinas, urogenitales y de sangre	4.81	2.58	-46.30	40.22	22.54	-43.97
VIH/SIDA y tuberculosis	2.52	0.37	-85.45	15.85	2.37	-85.05
Enfermedades digestivas	3.67	1.70	-53.74	14.56	7.26	-50.14
Lesiones no intencionales	1.44	0.82	-43.20	6.21	3.01	-51.59
Lesiones por accidente de transporte	0.74	0.46	-37.57	6.70	3.49	-47.92

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del IHME

Percepción ciudadana sobre la Ley Antitabaco

Se aplicaron un total de 13 entrevistas estructuradas con preguntas abiertas, semi abiertas y cerradas, llevadas a cabo en el campus universitario de universidades públicas y privadas de Costa Rica. De esta manera se hizo un análisis de discurso que se basó, primeramente, en la codificación por medio del programa informático para análisis cualitativo Atlas.ti 7.0, lo que llevó a que los datos se agruparan en categorías a partir de las preguntas y respuestas, como se muestra en la siguiente imagen:

Figura 14. Categoría de análisis en base a la codificación de datos en el programa Atlas.ti



Fuente: Elaboración propia.

En el marco de la primera categoría, llamada características del entrevistado, se contó con participantes con un rango etario desde los 19 años hasta los 55 años, donde siete de ellos fueron estudiantes de pregrado, grado y posgrado, mientras que el resto profesionales que laboran en la universidad.² Al consultarles si habían fumado en el último año, se tuvo que solo cinco personas respondieron afirmativamente, pero cuando se les consultó si tenían algún familiar o persona cercana que fumaba, siete de ellos dijeron que sí.

La segunda categoría trató sobre el conocimiento de la Ley Antitabaco que tenían los participantes. En esta se agruparon distintas preguntas cuya finalidad era dar cuenta del nivel de conocimiento sobre las principales disposiciones de dicha ley que podían ser reconocidas por las personas. Cuando se les consultó por el año en que se aprobó,

² Se contó con la participación de personas de ambos sexos, sin embargo, en aras de mantener su confidencialidad, todos se denominarán entrevistados y se diferenciarán a partir del número con que fueron tabulados en el programa Atlas.ti.

ninguno acertó la fecha exacta, aunque las aproximaciones que se hicieron la situaron en años cercanos al 2012. Lo que parece mostrar que aun cuando no se ubicara la fecha correcta de implementación de la ley, hay una moción temporal reciente.

En la misma categoría se quiso saber si conocían algo de la ley, a lo que la mayoría respondió afirmativamente. De esas solo uno pudo ubicar el numeral de la ley. Y a excepción de una persona, todos ubicaron alguna característica mínima de la ley, especialmente con los espacios libres de humo. Seguidamente, se les preguntó por el objetivo de la ley y casi todos intentaron dar alguna respuesta, a pesar de manifestar no estar muy seguros de esta. Se manejaron dos grandes líneas, una fue por el ámbito del consumo, es decir, que se decía que la ley tenía como objetivo incidir en la reducción del consumo. Y otros fueron por el ámbito de los espacios libres de humo, o sea, que el objetivo era regular espacios donde se prohibiera fumar.

Además, hubo cuatro ámbitos que también se intentaron medir, el primero fue los espacios libres de humo, que ante la pregunta de si conocían las regulaciones sobre los espacios de consumo, todos pudieron ubicar esta característica de la ley, unos mostrando un mayor conocimiento a como lo especifica la normativa y otros siendo un poco más sencillos; y fundamentalmente fue ubicado a través del concepto de espacio público y asociado a ciertos sitios como restaurantes y bares. El segundo ámbito fueron los impuestos, donde un grupo de entrevistados no pudieron ubicar el tema del todo, mientras que otros si lo hicieron, pero de manera muy superficial

- Sé que tienen unos impuestos muy altos, pero no sé específicamente (Entrevistado #7).
- Sí sé que subieron de precio porque implementaron un impuesto, pero realmente no sé cuánto fue, pero sí sé que subieron de precio (Entrevistado #11).
- Sí, sé que son muy altos, pero no estoy muy informado de cuando son sus montos ni nada, pero sí sé que son muy altos (Entrevistado #6).

Ninguno pudo profundizar mucho más en la particularidad de esta medida que se encuentra contenida en el capítulo IX de la ley, como su medición, administración y redistribución entre instituciones. Caso similar fue observado con las multas, ya que si bien muy pocos fueron los que afirmaron que conocían de casos de establecimientos o personas multadas, algunos de ellos dijeron conocer las multas, asociándolas nuevamente a espacios como restaurantes y bares, pero sin mayores especificaciones de las sanciones, la recaudación o el procedimiento. Por ejemplo, el entrevistado #2 narró que un amigo que estaba en un bar “salió a fumar y en eso que salió lo multaron, iban pasando creo que policías y le hicieron la multa”.

Y el último ámbito de aquella categoría era conocer si los participantes habían visto publicidad relacionada con la ley y la cesación de tabaco, por lo que se incluía dentro de esto las advertencias sanitarias. Así, la gran mayoría había visto algún tipo de publicidad en medios de comunicación, como en radios o en señalamientos publicitarios ubicados en estaciones de transporte público, siendo las más recordadas las de la CCSS. Específicamente con los pictogramas, algunos destacaron su correcta efectividad

“Principalmente cuando estoy pagando en los supermercados y están sobre las cajas las urnas de cajas de cigarros y uno ve las fotografías que son realmente escabrosas, monstruosas, hasta yo digo: “¡qué mal gusto!”, pero es necesario que se vean los pulmones destrozados, las bocas desdentadas, los dientes amarillentos. Entonces realmente que es una manera de desanimar a la persona que va a consumir ese producto (Entrevistado #8).”

Mientras que otros pusieron en duda la supuesta efectividad de esta medida y afirmaron que el uso de estas imágenes en las cajetillas “es desagradable [...] O sea, al final de cuentas el que fuma seguirá fumando, le pone una etiquetita; yo conseguí un lugar donde ponerlos, la cajetilla se bota. O sea, eso no va a hacer que el fumador deje de fumar [...] es ilógico” (Entrevistado #10).

Según un entrevistado, también las catalogó de desagradables, “pero la persona que fuma yo creo que lo que hace es quitar y botarla, porque la adicción existe entonces a la

persona que tiene la adicción no les hace mella” (Entrevistado #11). De manera similar, otro participante decía que algunas imágenes le parecían

“pésimas porque uno como estudiante de medicina por lo menos sabe cuáles son los cambios reales que ponen y normalmente como que los ponen como, di no sé, como en un dibujo ahí muy extraño. O sea, la verdad es que me parece que podrían poner fotos más reales [...] sí uno los ve, pero no les da importancia, la verdad” (Entrevistado #12).”

Para la tercera categoría, se agruparon las preguntas que buscaban dar cuenta de la percepción sobre el tabaquismo, de manera más general, por lo que la primera pregunta era si consideraban que el consumo había cambiado en los últimos cinco o diez años. A excepción de un entrevistado, todos los demás concordaron en que el consumo de tabaco ha disminuido en los últimos años. Algunas de las explicaciones para ello giraban en torno a la falta de regulaciones que existían antes en comparación con las de ahora

“Por lo que me cuentan, digamos, mis papás, por ejemplo, que antes en un lugar como aquí en la universidad estando en clases fumaban los profesores, fumaban los estudiantes y cosas así (Entrevistado #4).”

“Yo creo que muchas personas, y lo conozco incluso de primera mano, colegas que yo conozco que fumaban han dejado de fumar porque las restricciones son muchas, entonces lo reflexionan y generalmente su fumado se ha restringido muchísimo a lo social prácticamente (Entrevistado #7).”

Por la aceptabilidad social que tenía antes y ahora no tanto, como lo dice uno de los entrevistados “tal vez ya lo piensan porque es que antes era muy libre verdad, que cada persona fumaba donde quería”. De manera similar el entrevistado #3 creía que

“Los jóvenes ahora tienen un poco más de conciencia, pues uno, bueno aquí en la universidad usted va a ver siempre, pero por ejemplo usted antes no podía entrar a un bar porque usted salía totalmente oliendo a cigarro. Por lo menos ya la gente es como: “ey estamos en un lugar público” y la gente baja

el cigarro, hay de todo, verdad, pero por lo menos en lugares públicos si ha disminuido un montón.”

Y otros consideraban que se consume menos porque ha habido un cambio de drogas que están más de moda, en especial la marihuana: “creo que la tendencia en los últimos años ha sido más hacia a la marihuana y estas otras drogas verdad y tal vez el tabaco sí se ha dejado un poco más de lado” (Entrevistado #2).

Más adelante, cuando se les consultó su conocimiento sobre enfermedades que se suelen atribuir al consumo de tabaco todos pudieron describir más de una enfermedad, siendo la principal el cáncer de pulmón, otros tipos de cáncer y enfermedades respiratorias. Hay que mencionar que uno de los entrevistados fumadores reconoció que ahora se le achacan enfermedades al tabaquismo de manera exagerada.

En esta misma categoría, se quiso conocer la relación que tenía el consumo de tabaco con el género y la edad. Para la mayoría de los entrevistados el consumo no es igual en hombres que en mujeres, ya que los primeros suelen fumar más. Aunque para algunos esa diferencia se ha acortado y lo ven parejo: “antes no había tantas mujeres que fumaban, pero yo creo que ahora sí, la cantidad de hombres y mujeres puede estar muy similar” (Entrevistado #5). Misma opinión externó el entrevistado #7 cuando dijo que “se ha igualado, cosa que en la generación anterior no lo era. Creo que siempre hay un poquito más de hombres que fuman, pero yo puedo decirle que ya en la generación presente el fumado se ha, digamos, nivelado bastante entre géneros”.

Por el lado de la edad y el consumo, de manera unánime todos respondieron que sí existe una relación, debido a que es en la adolescencia cuando más se quiere experimentar y cuando hay mayor propensión a probar el cigarrillo.

Entre más jóvenes creo que consumen un poquito más, porque están en la época donde están tratando de conocer y experimentar (Entrevistado #11).

Por ejemplo, tal vez lo chiquillos mucho por modas o como por verse *cool* tienden más a fumar que los adultos que ya es como más por vicio que comenzaron chiquillos (Entrevistado #6).

Bueno, ahora los muchachos desde jóvenes, tal vez queriendo probar cosas nuevas, se aventuren a fumar (Entrevistado #5).

En cuanto a la relación entre el tabaco y su impacto ambiental, hubo dos tendencias en las respuestas. Una que no está tan segura de que el consumo tenga un impacto, ya que perciben que el humo expedido por cigarrillos es muy poco comparado con “otros contaminantes más fuertes que el tabaco” (Entrevistado #11). Complementariamente a lo anterior, otro participante manifestó que el impacto “sinceramente es tan mínimo. Hay muchos más gases y efectos ahorita en el ambiente que afectan muchísimo más” (Entrevistado #4).

Otra tendencia aseguró, por el contrario, que sí es posible relacionar el humo expedido con contaminación

“Definitivamente, yo creo que el hecho mismo de todos los tóxicos que bien van para unos como a otros, también impactan el ambiente, verdad. El hecho de todo el humo que uno está echando en el aire tiene que incidir, o sea imagínese usted simplemente en una fiesta donde usted reúne alrededor de cincuenta o cien personas y que por lo menos el setenta por ciento de esas fumen, usted levanta ahí una nube de contaminantes que es densa y es alta y tiene que incidir en el ambiente (Entrevistado #7).”

La cuarta categoría agrupó las preguntas referentes a conocer de una forma más específica la percepción de la Ley Antitabaco, por lo que se preguntó, primeramente, si consideraban que dicha normativa había tenido algún efecto en la salud. Una tendencia mayoritaria manifestó que sí lo ha hecho, entendiéndolo a través de los espacios libres de humo

“Como que tal vez ya mucha gente lo piense, si quiere fumar o no porque ya está como más restringido y tal vez eso le ayude a uno a tomar la decisión (Entrevistado #1).”

“Sí. Por ejemplo, cuando uno visita un restaurante o algo así entonces ya usted nota el aire limpio o en el transporte público o en cualquier lado, me imagino que eso ayuda a no ser fumadores pasivos (Entrevistado #6).”

“Pienso que sí porque, primero que nada, ya no se permite fumar en espacios donde se combinan personas fumadoras con no fumadoras, como por ejemplo restaurantes o bares. Segundo las personas fumadoras o fumadores sociales, que no son tan constantes, sino que son esporádicos, tienen menos posibilidades de fumar en espacios de este tipo o por el hecho de ser fumadores casuales reducen el consumo al verse impedidos de fumar en espacios donde puedan visitar o puedan recrearse (Entrevistado #13).”

Mientras que la otra manifestó que no, bajo los argumentos de que las cifras de enfermedades por fumado se mantienen en los centros de salud y de que los efectos solo se pueden ver a largo plazo, por lo que aún no se puede afirmar su efectividad.

Con la pregunta de si la ley ha traído algún cambio en el comportamiento social de las personas, todos reconocieron que de alguna u otra forma si lo ha hecho, por ejemplo, las regulaciones de espacios prohibidos para fumar han hecho que los momentos de interacción entre personas o grupos se vean interrumpidos: “uno ya no se levanta de la mesa tan a menudo para ir a fumarse un cigarro, entonces tal vez uno si puede estar más involucrado en la conversación” (Entrevistado #12). Otro de ellos decía que el fumado no se ve tanto “como se veía hace años, por lo menos en los centros de recreación. Antes se fumaba mucho también por aceptación social, porque todos los que estaban a la par de nosotros fumaban en los lugares donde estábamos [...] muchas personas que fumaban con más libertad ahora lo hacen escondidos” (Entrevistado #9).

En la misma línea de la utilización del cigarrillo como aceptación social, el entrevistado #8 rememoraba al respecto

“Yo le puedo decir que yo estuve en ese colegio, el Liceo de Costa Rica, en el puro centro de la capital, entre solo varones, verdad, y lo más, llamémoslo así, lo más arriesgado para la salud a lo que yo me vi expuesto socialmente fue el

consumo de tabaco y el consumo de licor, verdad, que en algunos momentos no era tan fácil como el consumir tabaco que se podía hacer incluso hasta en un recreo, ir y fumarse en la esquina un cigarro y volver a entrar a clases, verdad, o a la salida de clases; pero también el consumo de licor en algunos casos, fiestas privadas, bailes, estaba hasta cierto punto asociado a la aceptación social, en este momento no, no es el cigarro como tal o el licor, son otras drogas de carácter más [...] cuando yo entré acá a generales que venía del Liceo de Costa Rica, yo entré a esta universidad fumando un paquete de Derby azul por día, por día, verdad, imagínese usted.”

Cuando se les consultó si la Ley ha servido de algo, de manera unánime los entrevistados señalaron que sí, aunque algunos dieron distintos motivos o no dieron mayores detalles de porqué consideraban que sí había servido. La respuesta que más se repitió fue que ha servido para reducir el consumo.

Seguidamente, se preguntó si creían que la ley podía mejorar y qué aspectos en específico. Se obtuvo que, a excepción de uno, todos respondieron afirmativamente, señalando dos áreas de mejora, la primera referida a la parte de comunicación y educación del tabaquismo en niños y jóvenes

“Mire, ante todo yo creo que lo que se debe trabajar muchísimo, muchísimo, muchísimo es más el aspecto educativo, creo que es fundamental que niños, niñas, adolescentes, sepan cuáles son los efectos nocivos que tiene en la salud el cigarro y también otras sustancias, pero creo que se ve como de manera muy, muy superficial (Entrevistado #8).”

“Si enfocan la campaña diferente, verdad, un poco más hacia desde que están en programas escolares o del colegio. Ponerlos a ver las cosas diferentes, verdad, es que ya cuando la persona se mete a la adicción difícilmente va a entender, pero yo diría que sería como desde la escuela, darles la campaña para que el niño vea que fumar no es bueno (Entrevistado #11).”

“Siento que tal vez se puedan hacer campañas más grandes donde se le informe a la gente los prejuicios que trae el fumar a la salud (Entrevistado #5).”

Y una segunda que remite a la parte de control por medio de multas e impuestos

“Sí, por ejemplo, lo de las multas, que si no se ven casos y es muy poco común [...] podrían ser más rigurosos tal vez en eso (Entrevistado #4).”

“Podría mejorar mucho. Inclusive llegar hasta un punto de prohibición o inclusive aumentar los impuestos para que sea mucho más difícil adquirir ese tipo de productos (Entrevistado #13).”

“Si podría mejorar, tal vez un poquito más caros o más impuestos para solventar otras cosas; por ejemplo, vi que se iba a hacer un nuevo impuesto de mil colones a, creo que, si mal no recuerdo, al salario renta para zonas boscosas, ¿por qué no ponérselos a los cigarros? por ejemplo (Entrevistado #6).”

“O sea, si se ponen súper más estrictos y subieran muchísimo más el precio muchas personas estarían restringidas; pero o sea tampoco el precio es un determinante de dejar de fumar ¿me entiende? porque hay muchísimos cigarrillos de contrabando, entonces uno tiene que caminar nada más en la Avenida Central para darse cuenta que le van a vender cigarrillos sueltos, por ejemplo, eso que ya es prohibido (Entrevistado #12).”

“Yo siento que debe haber medidas más estrictas de control como, qué sé yo, en ciertos lugares públicos que como son espacios cerrados tú entras y cierran y nadie se da cuenta lo que pasa ahí (Entrevistado #2).”

Para concluir, la última pregunta de esta categoría pretendía conocer el criterio sobre la Ley Antitabaco, si les gustaba, si no les gustaba o si les era indiferente. La mayoría opinó estar a favor de esta, especialmente bajo el argumento de que ahora es posible librarse del humo de segunda mano, como lo afirmaron varios participantes

“Sí, me parece que es buena, porque digamos al menos a mí no me gusta mucho lo que es por ejemplo que alguien tal vez esté a la par de uno fumando en un restaurante o así, me incomoda mucho el olor y todo lo que hay detrás del cigarro (Entrevistado #1).”

“Ah no, yo estoy muy de acuerdo, me encanta porque no soporto el olor a cigarro. Me molesta mucho cuando va alguien delante y va fumando y que antes eso uno ni siquiera se molestaba porque era muy normal, ya yo lo veo como que no es tan común que la gente vaya fumando (Entrevistado #3).

Sí me gusta, como le comentaba no me gusta el humo de cigarro y me parece que es una ley que podríamos aplicar de una buena manera (Entrevistado #5).”

“Sí me gusta que se haya creado la ley [...] sí me gusta, claro, ir a un restaurante y estar comiendo tranquilito sin que alguien esté fumando a la par; es más ya casi ni tolero, por ejemplo, cuando uno pasa por la Calle de la Amargura y ellos salen a fumar, pasar esos diez metros de acera con olor a cigarro es casi imposible, entonces sí ha mejorado mucho como usted dijo, todos esos olores y ser fumadores pasivos. O sea, yo sí me alegro que haya pasado (Entrevistado #6).”

No obstante, dos afirmaron que les era indiferente, mientras que uno dijo que en realidad no le gustaba “porque lo sentí un atropello. Un atropello a los que tenemos conciencia y decidimos fumar” (Entrevistado #10).

X. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de las fuentes de datos del IAFA y del GBD 2015, a nivel general, las tendencias en el nivel de consumo reciente de tabaco disminuyeron de 1990 al 2015. De la misma forma la carga de la enfermedad disminuyó significativamente en el mismo período. Por su parte, las personas entrevistadas opinaron desde su percepción que el consumo de tabaco ha disminuido en los últimos años, y a su vez se evidenció un claro desconocimiento de la ley y sus alcances.

El consumo de 1990 al 2015 para todas las prevalencias fue siempre mayor en los hombres que en las mujeres durante todos los años analizados. Lo anterior coincide con los análisis de prevalencias de fumado diario reportados por el grupo de colaboradores del GBD 2015, en el cual en su último trabajo reportaron disminuciones anuales en la prevalencia de fumado diario de 1990 a 2015 de -1.1% en mujeres y -1.8% en hombres. (GBD 2015 Tobacco Collaborators 2017). Esto es soportado a través del análisis cualitativo en donde las personas de mayor edad comentaron que en Costa Rica, era bien visto que los hombres fumaran y se consideraba que las mujeres que fumaban eran “malillas” (Entrevistado #7). En palabras del Entrevistado #8:

“para el caso de una persona de mi generación, que hizo la educación secundaria durante la primera mitad de la década de 1980 prácticamente era una forma de aceptación en comunidad, aceptación social entre pares, entre adolescentes el fumar. Yo pasé los cinco años de colegio en una institución de solamente estudiantes varones, el Liceo de Costa Rica, y parte de la construcción de la masculinidad que se manejaba en ese momento era la de saber fumar; y si se daba un caso, digamos extraño, en mi caso yo llegué a probar un cigarro hasta que estuve en noveno año de colegio y en el momento en que empecé a fumar y mis compañeros me empezaron a ver con un cigarro en la boca, a partir de ese momento fue que empecé a ser mejor aceptado socialmente”

Aunque los datos muestran que los hombres consumen más cigarro que las mujeres y esto coincide con la opinión del 50% de los entrevistados, el otro 50% considera que consumo es igual. Esto se puede deber a que los entrevistados procedían de diferentes partes del país, sin embargo, su cotidianidad se da en los alrededores de la universidad estudiada la cual se encuentra en las región central del país, y de acuerdo a los datos recabados del IAFA, las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo reciente y activo fueron menores en la región Central Suroeste.

Es importante señalar que en cuanto al consumo reciente la prevalencia en mujeres de 1995 al 2010 presentó un aumento constante, sin embargo, para el año 2015 esta disminuyó 2.5%. Esto podría atribuirse a cambios culturales, económicos y políticos, relacionados con la transformación de los roles y estatus de las mujeres, los cuales pudieron haber desencadenado un empoderamiento de las mujeres a través del consumo de diversas sustancias entre ellas el tabaco y alcohol, las cuales están íntimamente relacionadas. (Jiménez 2007). Sin embargo, de 2010 a 2015 se observó un cambio de direccionalidad hacia la disminución de la tendencia en este grupo particular, lo cual podría estar asociado al impacto colectivo específico, que tuvo el cambio de conciencia social potenciado por la ley en Costa Rica.

Por otra parte, las prevalencias de consumo aumentaron a partir de los 20 años en ambos sexos, sin embargo, en los hombres este aumento fue mucho mayor. Es así como la prevalencia de consumo alguna vez en la vida para los hombres superó el 50% de manera constante en todos los grupos de edad, sin embargo, para las mujeres en ningún grupo de edad superó el 30%. Esta tendencia de consumo también coincide con los datos del IHME (GBD 2015 Tobacco Collaborators 2017), en donde se reportó una disminución constante en las tendencias de edad y la prevalencia diaria de tabaquismo en todos los grupos de desarrollo en hombres, con la mayor prevalencia generalmente observada entre los 25 y los 35 años. Sin embargo, para las mujeres los patrones de edad fueron más variados según los niveles de desarrollo, lo cual coincide con los datos del IAFA en puntos específicos como en el rango 40 a 49 años.

En cuanto al consumo y su relación sociodemográfica, los cantones con mayor IDH según los datos del Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica (2014) se encuentran en las regiones con mayores prevalencias de consumo de tabaco como es la región Central Suroeste con Santa Ana que posee un IDH de 0,944 y una prevalencia de consumo activo de 14,19%, y Heredia en la región Central Norte Heredia con un IDH de 0,86 y una prevalencia de consumo de 13.36%. Los cantones con menor IDH se encuentran en las regiones con menores prevalencias de consumo como lo es Coto Brus en la región Brunca con un IDH de 0,669 y un consumo activo de 2,42%, este cantón en particular presenta las menores prevalencias de consumo y es uno de los cantones con menor IDH en el país.

Esta relación entre nivel de consumo de tabaco e IDH también son sustentados con los resultados del GBD 2015 sobre consumo de tabaco (GBD 2015 Tobacco Collaborators 2017). Los autores examinaron la relación entre la prevalencia del tabaquismo diario y el estado de desarrollo, medido mediante el Índice Socio-demográfico, que sintetiza los ingresos, la educación y las tasas de fecundidad. La prevalencia diaria de tabaquismo varió según el sexo y el nivel de desarrollo. La prevalencia más alta de fumadores en los hombres se observó en los países de desarrollo de nivel medio, mientras que la prevalencia más alta de fumadores en las mujeres se observó en los países altamente desarrollados. La menor prevalencia de tabaquismo tanto para hombres como para mujeres se observó en países del quintil más bajo de desarrollo tabaco (GBD 2015 Tobacco Collaborators 2017). A pesar de que se utilizó otro índice en el estudio, tanto el IDH como el Índice Socio-demográfico utilizan el nivel de ingresos y la educación en sus variables, lo cual podría justificar un análisis desde el propio IDH costarricense a futuro. Otros estudios con índices sociodemográficos similares al costarricense como el realizado por Salazar et al (2014), reportaron la relación entre el índice de desarrollo humano y el uso de drogas, y concluyeron que la prevalencia de consumo de drogas en el último año y en el mes previo al estudio fue mayor en los países con IDH alto en comparación con los países con IDH medio, por tanto, indican que “si bien el índice de desarrollo humano refleja mejoras en la economía o bienes materiales, no

necesariamente se traduce en valores humanos para la persona o la sociedad y no garantizan una buena calidad de vida o el bienestar”.

Respecto a los resultados de la carga de la enfermedad en el país atribuibles al consumo de tabaco, Costa Rica en el 2015 se encontró en la posición 74 de 195 países con una tasa de muertes de 32.47 por 100,000 habitantes, lo que significó que, a tres años de haberse implementado la ley, el país se encontraba por debajo de los tres quintiles superiores de países con mayores muertes por causas atribuibles al tabaquismo.

Es importante destacar que el ranking es necesario para compararse con países similares a Costa Rica y así detectar otras estrategias en el campo de la salud pública implementadas en países vecinos o de similar nivel socioeconómico. Sin embargo, el ranking por sí mismo no determina si el país ha disminuido sus tasas de mortalidad, ya que, por ejemplo, de 1990 al 2015, Costa Rica disminuyó su tasa de mortalidad un 35% al pesar de tener 50.11 muertes por 100,000 habitantes en el 1990 a 32.47 muertes por 100,000 habitantes en el 2015, manteniendo la misma posición en el ranking de la Región de las Américas.

En términos de AVISA, Costa Rica pasó de tener la posición 33 de 37 de la Región de las Américas, a tener la última posición en el 2015, por tanto, es el país de la Región con menos años de vida saludable perdidos al pasar de perder 1066.8 años de vida saludable por 100,000 habitantes en 1990 a 572.6 años de vida saludable por 100,000 habitantes en el 2015, con una disminución de 46% en su tasa de AVISA.

Al comparar la tasa de muertes y AVISA del promedio a nivel mundial y las de Costa Rica, se observaron tendencias similares, disminuyendo las tasas desde 1990 al 2015. También se pudo apreciar la brecha existente entre Costa Rica y el mundo, siendo la mortalidad promedio mundial más de tres veces mayor a la de Costa Rica, y las tasas de AVISA más de cuatro veces mayores. Esto podría deberse a que Costa Rica es el país que más invierte en salud en términos de porcentaje del PBI después de Paraguay. A esto Maceiras explica que existe cierta correlación entre el ingreso, gasto en salud y

resultados, medidos en términos de mortalidad (Maceiras, 2014). Tanto Costa Rica como otros países con tradición en leyes antitabaco como Uruguay se encuentran entre las naciones que presentan un gasto en salud per cápita alto con respecto a los demás países y un gasto moderadamente bajo del bolsillo de las familias, lo cual repercute en la carga de la enfermedad asociada a al consumo de sustancias como el tabaco.

En términos de edades específicas, los resultados muestran como las poblaciones más vulnerables siguen siendo los adultos mayores entre 70 a 79 años y los niños y niñas menores de 1 año. Sin embargo, existe una alta diferencia en la causa específica, ya que en los adultos la causa es el consumo per se, mientras que en las poblaciones infantiles es el fumado de segunda mano la causa asociada. Con base a esto, es importante destacar la diferenciación de las estrategias de abordaje en la lucha contra el tabaco, haciéndolas más dirigidas según problemática y la población blanca a impactar. De esta manera, hombres y mujeres también deberían de recibir abordajes diferenciados. Los programas contra el tabaco apoyados por los fondos recaudados a través de la ley y los equipos encargados deben de tener presente que el problema se centra en los hombres en magnitud pero que aumenta en mujeres de manera incidente.

Por su parte, la tendencia en las respuestas a las preguntas sobre percepción del tabaquismo en relación al tabaco, edad y género, fue muy cercana a los resultados mostrados por el IAFA y el IHME, y a partir de sus respuestas y la literatura encontrada al respecto, se pudieron concluir dos aspectos: primero, los hombres históricamente han consumido más productos de tabaco que las mujeres, pero en las últimas décadas se ha ido cerrando la barrera y las mujeres se acercan un poco más a las cifras de consumo de hombres, a lo que se mencionó anteriormente y se le ha llamado la feminización del consumo de tabaco (Jiménez, 2010). En segundo lugar, que es en la niñez y adolescencia donde se da la edad del primer consumo y donde los jóvenes son más vulnerables a convertirse en futuros fumadores, dato que para el 2015 fue de 16,2 años la edad media del primer consumo en el país (IAFA, s.f.).

A partir de los resultados que se han obtenido del análisis se pudieron trazar algunas líneas importantes a discutir. Primero, las entrevistas mostraron que la mayoría de los entrevistados manejaba poco conocimiento de la Ley Antitabaco y algunas de sus principales características y disposiciones. Otro caso se dio en el tema de las multas, donde ningún entrevistado profundizó en los distintos tipos de sanciones que existen ni en los montos que se cobran.

Otro caso fue con los impuestos a los productos de tabaco, que evidenció un desconocimiento de la administración y destino de este. Mientras que datos más concretos como el año de implementación de la ley fue completamente desconocido. No obstante, ese único dato no tiene mayor significancia, ya que lo que importa es notar que, en términos generales, fue posible ver que existe entre los participantes una noción temporal de cambio en la regulación nacional sobre el consumo de tabaco que lleva a que ubiquen la ley cerca de los años recientes de la última década o lustro.

Lo anterior es importante, ya que puede hablar de una exposición a los distintos tipos de publicidad que han hecho los tres entes encargados, a saber, CCSS, Ministerio de Salud e IAFA; algo de lo cual se recupera cuando varios de ellos manifestaron recordar los anuncios de la CCSS, que, probablemente, sean los más llamativos visualmente de las tres instituciones. Este dato es concordante con la encuesta GATS del año 2015, donde mostró que un 72,3% de los adultos en el país notaron información anti-fumado en cualquier lugar en los últimos treinta días (Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud & CDC Foundation, 2015)

No hay que dejar de lado que, prácticamente, todos afirmaron haber visto los pictogramas y advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarros, que se comenzaron a utilizar a partir del año 2014, lo que permite dar a entender que las personas, independientemente de que sean fumadores o no, los pueden reconocer cuando los ven y genera algún tipo de remembranza.

Lo anterior puede ser verse como exitoso por parte de las autoridades sanitarias en términos de política pública, sin embargo, a la hora de percibir su efectividad es cuando pueden surgir las dudas. Como lo externaron algunos de los entrevistados, los pictogramas y advertencias no parecen ser efectivos entre los fumadores, algo que aún está pendiente de profundizar en el país ante la falta de investigaciones al respecto. Pero, de momento, a esa misma conclusión llegó una investigación de estudiantes de comunicación colectiva de la Universidad de Costa Rica, quienes realizaron un estudio sobre la aceptación o rechazo sobre estas advertencias en las cajetillas de cigarro, concluyendo sobre la base de una muestra de cinco fumadores y cinco no fumadores, que en estos últimos la medida es más exitosa que en los primeros, a pesar de que son estos a quienes se supone deberían ir dirigidos los pictogramas y advertencias (Díaz, Rivera, Sáenz, Solano y Solano, 2016).

Al fin de cuentas, lo sustancial de la información anterior es que puede permitir pensar un proceso de educación, prevención y divulgación del conocimiento sobre los efectos del tabaquismo, en el que por muy básico que sea, muchos ciudadanos costarricenses se han visto expuestos desde distintos medios y en distintas etapas de sociabilización. Situación que no pasa, pareciera, con la relación entre impacto ambiental y el tabaco, ya que se tiende a pensar (y es un problema también de las autoridades sanitarias) más en el humo que expelen los cigarrillos al ser usados, que en la disposición final de las colillas; que culturalmente se encuentra aceptado botarlas al suelo, lo que provoca una seria contaminación de las fuentes de agua, siendo actualmente el principal producto contaminante que se encuentra en las costas de Costa Rica y el mundo (Ocean Conservancy, 2016). Ni tampoco se piensa en el impacto al ambiente del proceso de siembra, cultivo y preparación de los cigarrillos, que sabe ahora, es una de las producciones más contaminantes y agotadoras de suelos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Asimismo, la pregunta sobre el objetivo de la ley, los participantes se acercaron a algunos de los objetivos que se encuentran especificados en esta, propiamente en su artículo segundo, pero lo que más sobresale es que varios de los entrevistados, y a lo largo de

otras preguntas, también relacionaron esta legislación con las regulaciones de los espacios libres de humo. Es decir, parece ser que si se hace una revisión sobre qué es lo que más recuerdan las personas cuando les hablan de la Ley Antitabaco lo que aparece en primer lugar son las disposiciones sobre los espacios libres de humo, asociadas más comúnmente a restaurantes, cines, bares y espacios públicos o cerrados en general.

Así, como conclusión general este análisis permite afirmar que la Ley Antitabaco ha pasado de forma más desinteresada que interesada entre los participantes, ya que ninguno presentó un conocimiento cabal de la ley que dé a entender que conoce las disposiciones de esta casi en su totalidad. Sin embargo, hay que aclarar que los anterior no hace que ellos desconozcan del todo el nuevo contexto regulatorio del consumo de tabaco que hay en el país, porque como ya se dijo en párrafos anteriores, los espacios libres de humo y los pictogramas en las cajetillas, parecen ser los principales canales para que puedan asociar y reconocer la ley.

Y, también, el hecho de que no muestren mucho interés en el conocimiento de la ley no impide que la califiquen, mayoritariamente, como buena, efectiva o útil, reconociendo que nuestra situación actual de consumo y prevalencia es muy distinta a la de años o décadas atrás, y que eso se debe entre otras cosas a la implementación de esta.

Como se mencionó en los resultados, todos los entrevistados pudieron describir más de una enfermedad atribuible al consumo de tabaco, y sin embargo, la mitad de los entrevistados fumaba. De acuerdo a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (2017) , una de las razones que hace que una vez probado el tabaco las personas sigan consumiéndolo, es la social. Esto debido a que es un hábito que se transmite de manera cultural en las sociedades occidentales. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de las entrevistas, las personas ya no fuman por razones sociales como se hacía en épocas anteriores, y actualmente las personas fumadoras se encuentran menos empoderadas respecto a su decisión de fumar.

“Por ejemplo, personas que dicen: ¡mirá ya vengo!” y literalmente se trasladan para fumar en un patio, fumar fuera en la calle, cosa que antes simplemente prendían el cigarro e intoxicamos al amigo; más bien ahora hasta te hacen así en la cara y te quitan el humo y “perdoná, perdoná” y se van afuera, una cosa que uno no la veía, por lo menos yo le puedo decir el contraste en generaciones. Entonces yo creo que estamos haciendo, me parece a mí, una juventud un poquito más consciente también del derecho del otro a tener un espacio limpio, y bueno, en general los muchachos suelen ser muy buenos compañeros y dicen: “bueno el fuma, dejalo que se vaya a hablar”. Ahora, son cambios tal vez poco a poco que no se han hecho extremos, pero creo que sí ha incidido en la vida social, yo creo, haciéndola un poquito más consciente socialmente de la necesidad de la otra persona, porque el cigarro tenía el problema de imponer un hábito y casi que uno era el que caía mal, uno que no era fumador, es más, la pregunta más tonta de la vida: “¿te molesta si fumo?” o sea no se trata de una cuestión condicionante de decir: me gusta o no, es que me hace daño y el otro ni siquiera debe de haber hecho esa pregunta. Entonces yo veo que ahora prácticamente mucha gente ni siquiera lo hace, sino se levanta y dice: “mirá ya vengo voy a ir a fumar”, entonces creo que eso muestra un respeto que yo no veía antes, se imponía la ley del fumador.” (Entrevistado #7)

De acuerdo al Entrevistado #7, al inicio simplemente prendían el cigarro e intoxicaban al amigo, después preguntaban si le molestaba que fumaran, y ahora se levantan y dicen: “mirá ya vengo voy a ir a fumar”. Por tanto, se concluye que las personas saben de las consecuencias de fumar y ya no lo hacen por razones sociales, por lo que podría pensarse que lo que queda es la adicción provocada por la nicotina que hace que las personas sientan la necesidad de fumar.

Respecto a la generación de políticas públicas y la opinión ciudadana, se concluyó que las personas tenían poco conocimiento respecto a la ley, sin embargo, saben de su existencia y están de acuerdo con ella. Por tanto, este análisis de la percepción puede

servir como el termostato mencionado por Soroka and Wlezien en 2001, ya que, al ser una ley reciente, puede ser objeto de futuras reformas, y la percepción de las personas acerca de la ley podría servir en el proceso de retroalimentación de la opinión pública en relación a las acciones del Estado, y dar cuenta de si los ciudadanos están bien informados de los cambios políticos. Un ejemplo de una retroalimentación importante por parte de una persona fumadora es la del Entrevistado #10:

“Se ha dado sí un mayor aislamiento a la persona fumadora, lo cual también va en detrimento de, porque los lugares de reunión ya no son tan amplios, ya ha habido que optar por reuniones en la casa, ya menos reuniones en centros públicos y lamentablemente pues eso sí es, en mi caso por lo menos, era mi centro de socialización, por decir algo, el cual se vio totalmente afectado. ¿Que sigo consumiendo? Sí, en mi casa, pero ya esa socialización cero y sé de muchas personas que también lo han perdido; o si no que terminan en media conversación a salir afuera del bar a fumar, que al final de cuentas ha habido muchos accidentes porque lamentablemente no hay respeto del ámbito automovilístico, ha habido hasta gente atropellada, en lugar de poder estar en una zona segura.”

El comentario anterior denota que las personas fumadoras actualmente se sienten excluidas socialmente e inseguras, ya que tienen que salir a la calle a fumar y no hay espacios seguros afuera de los establecimientos para que puedan hacerlo de manera segura si lo necesitan, ya que se ha demostrado que es una necesidad biológica por la naturaleza adictiva del cigarillo, aparte de la social.

Es importante mencionar que los efectos de la ley en los diferentes ámbitos como el social, ambiental, consumo y salud tienen diferentes tiempos de acción desde la implementación de la política y sus efectos, hasta llegar al punto de que exista una opinión pública al respecto. Principalmente por el tipo de política que se desee implementar, por ejemplo, los programas relacionados a la ley se pueden clasificar en distintos tipos de acuerdo a la tipología de Nogueira (ver apartado II.I), debido a sus

diferencias respecto a la interacción con el receptor, su nivel de incertidumbre, homogeneidad de la tarea, y el receptor como una categoría o individuo. Esto es muy importante, ya que por ejemplo, los efectos inmediatos de la ley de crear espacios libres de humo son percibidos por la población de manera inmediata, de igual forma los relacionados al consumo, sin embargo, los efectos en salud del consumo de tabaco, de acuerdo al GBD 2015 , son acumulativos y tienen lugar a lo largo del tiempo, la carga actual de mortalidad y morbilidad refleja el consumo de tabaco en décadas anteriores y no en los actuales, lo cual podría implicar que el verdadero efecto de la ley en carga de la enfermedad para el país sea detectable entre 10 y 20 años después de su implementación y por ende una percepción de la ley en la mejora de la salud de la población estaría en espera y probablemente sería positiva.

La pregunta de si consideraban que la ley servía de algo, de acuerdo a los argumentos de Arts y Gelissen (2001) podía diferir acorde a que tan informada estaba la personas acerca de los ámbitos de acción de la ley, ya que según los autores los individuos adquieren un conocimiento colectivo acerca de las funciones y el funcionamiento de su sistema político y después socializan en un entorno nacional específico, y sobre la base de esos conocimientos son capaces de hacer inferencias acerca del grado en que el Estado de Bienestar produce consecuencias positivas o negativas. Es evidente que la falta de información por parte de los entrevistados acerca de los ámbitos de acción de la ley, como, por ejemplo, el monto de las multas y el monto de los impuestos y su destino, hace que la mayoría de los entrevistados tengan una percepción positiva de la ley. En el único ámbito que los entrevistados mostraron descontento era en la aplicación de las multas, ya que la mayoría de los entrevistados sabían que existían multas relacionadas a fumar en lugares prohibidos, pero mencionaron que no conocían a alguien que hubiera sido multado, con excepción del entrevistado #2. Inclusive los entrevistados mostraron incredulidad respecto a si las multas se estaban aplicando, por ejemplo, el entrevistado #13 dijo: “Sé que hay multas, pero no recuerdo el monto y no conozco ninguna persona que haya sido multada, realmente no creo que haya mucho control sobre eso”. Esto se confirmó en la pregunta de cuáles mejoras podría tener la ley, en la cual ocho de los

entrevistados mencionaron que debía de haber más control o rigor a la hora de aplicar la ley.

XI. CONCLUSIONES

Si bien los efectos de la Ley Antitabaco en Costa Rica no han sido determinados en el pasado mediante un diseño de estudio apropiado de evaluación de impacto, la exploración de resultados de bases de datos secundarias permite realizar análisis exploratorios ecológicos adecuados para justificar su implementación y seguir adelante con la política actual. Por su parte, queda claro que las prevalencias de consumo de tabaco en Costa Rica han ido en decremento sin importar el tipo de fumado que esté en cuestión desde 1990. Este decremento se ha mantenido en términos generales de manera constante y se cree que seguirá así por los próximos años, tanto en hombres como en mujeres. Así mismo, la transición etaria existente asociada con un aumento en las prevalencias de consumo con la edad, sin duda hace creer que el patrón de disminución continuará. Sin embargo, y a pesar de que las prevalencias son mayores en hombres en comparación con las mujeres, se recomienda prestar una atención especial a estas últimas ya que existen rangos de edad particulares en donde las prevalencias toman fuerza e incrementan posiblemente por razones socio culturales aún no descritas en su totalidad.

Geográficamente el consumo de tabaco presenta una distribución heterogénea, que se rige a primera vista por las distribuciones socioeconómicas y de educación del país. En este aspecto indicadores como el IDH podrían fungir como predictores del consumo, aspecto importante en la toma de decisiones y asignación de recursos para la prevención y promoción en salud asociada al fumado. Cabe señalar que, sin importar el índice, el nivel socioeconómico expresado a través de indicadores sociodemográficos se correlaciona de manera espacial con el consumo.

En cuanto a los niveles de pérdida en salud obtenidos mediante el análisis del GBD 2015, concluimos que en términos generales la carga de la enfermedad atribuible al tabaco

como factor de riesgo se encuentra en una clara disminución. Sin duda, desde 1990 el peso de las enfermedades no transmisibles se encuentra representado cada vez menos por el tabaquismo y son otros factores como la dieta inadecuada los que inciden en su magnitud actual. Es importante destacar que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo las afecciones que representan el mayor reto dentro de esta asociación causal entre el tabaco y la muerte.

Por otro lado, la mortalidad a pesar de tener un papel protagónico en los efectos del tabaco, no demuestra en su totalidad los alcances nocivos del tabaco para la sociedad. Es por esto que indicadores compuestos como los AVISA toman una fuerte posición en análisis como este. Dejar de lado la morbilidad asociada al tabaco en un país con un sistema de salud con una cobertura tan amplia como la de Costa Rica supondría una subestimación de los efectos del tabaco y por ende de políticas de salud como la que ponemos en cuestión este trabajo. De esta forma se recomienda de manera futura analizar cualquier efecto o impacto de la ley desde una perspectiva que incluya tanto a la mortalidad como a la morbilidad atribuible al fumado.

Por último, la percepción ciudadana ante la Ley Antitabaco ha mostrado señales positivas por parte del grupo entrevistado seleccionado. No obstante, el desconocimiento de la ley en su espectro completo podría atentar contra la sostenibilidad de esta percepción alcanzada con los primeros resultados visibles, más que todo asociados a cambios espaciales, fácilmente detectados por la población. Desde nuestra perspectiva, se debería de dar más información a la ciudadanía acerca de la ley y de sus alcances. Así mismo, creemos que los recursos de esta deberían de destinarse no solo hacia la prevención de su consumo y promoción de espacios y hábitos saludables, si no también a la investigación en prevención a nivel comunitario. Lo anterior para comprender el impacto actual y a futuro de las políticas en salud del país.

XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La mayor limitación de este análisis ecológico es la inferencia de los resultados ya que puede llegar a cometerse un sesgo de falacia ecológica. Con el propósito de evitar este tipo de sesgos se tomará en cuenta durante la interpretación de resultados no realizar inferencias causales a nivel individual. Toda inferencia se realizará respetando el nivel del cual provinieron los datos durante la recolección.

XIII. REFERENCIAS

- Aldunate, E.; Córdoba, J. (2011). Formulación de programas con la metodología del marco lógico. ILPES-CEPAL. Manual 68. Santiago de Chile. Capítulos 1; 2; 3; 5 y 8.
- Baumol, W (1952). *Welfare Economics and the Theory of the State*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Berger, P. y Luckman, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrutu Editores.
- Bernstein, D (2010). *Essentials of Psychology*. Cengage Learning. pp. 123–124. Recuperado el 13 de mayo de 2017 de: https://books.google.co.cr/books?id=rd77N0KsLVkC&pg=PA123&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Blas E, Kurup AS. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization.
- Center for Economic and Social Rights. *The Right to Health in the United States of America: What Does it Mean?* Recuperado el 15 de mayo de 2017 de: <http://cesr.org>
- Crosbie, E., Sebrie, E., Glantz, S. (2012). “El éxito de la industria tabacalera en Costa Rica”. Center for Tobacco Control Research and Education. Obtenido el 22 de mayo de: <http://escholarship.org/uc/item/5sk6n6qv#>
- Diamond, J. (1994). *El tercer chimpancé. Evolución y futuro del animal humano*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Díaz, F. et. al. (2016). ¿Aceptación o rechazo? Estudio de recepción de las cajetillas de cigarro con advertencias gráficas en Costa Rica. Cuadernos de investigación del Hormiguero del CICOM, 1, 8-18. Consultado el 24 de enero de 2017. Obtenido de: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/27881/01%20Tyros%20l.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Eriksen, M; Mackay, J; & Ross, H. (2013). *Atlas del tabaco* (4 ed.). Atlanta, Georgia. EE.UU.: American Cancer Society.

- Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica. (2014). Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Fernández, D. (2010). "Ignacio Santos: nací con los cigarrillos contados y ya me los fumé todos". *Bienestar*. 28, 8-13.
- Fernández Muerza, A. (2011). Tabaco: Así daña al medio ambiente. EROSKI CONSUMER. España.
- Fonseca, S. (2010). Consumo de Tabaco. Encuesta Nacional de Drogas. San José, Costa Rica.
- Frohock, F (1979) Public policy: scope and logic. Edition, illustrated. Publisher, Prentice-Hall.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 385(9963), 117–
- GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017, Vol. 389, No.10082. Obtenido el 24 de mayo de 2017 de: <http://www.thelancet.com/gbd>
- Graglia, J. Emilio (2012) En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Buenos Aires. Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS) Argentina.
- Gregory, R. (1987). "Perception" in Gregory, Zangwill. pp. 598–601.
- Health. 2006. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General". Atlanta, U.S., p. 93: Recuperado el 13 de mayo de 2017 de : <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/>
- Hernández, R, Fernández, C y Baptista, M (2014). Metodología de la investigación. 6° edición. Mc Graw Hill. México. Recuperado de <http://upla.edu.pe/portal/wp-content/uploads/2017/01/Hern%C3%A1ndez-R.-2014-Metodologia-de-la-Investigacion.pdf.pdf>

- IARC. (2004). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol.83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer.
- INCA. (2017). Tobacco control in Brazil. 25 de julio de 2017, de Ministry of Health of Brazil Sitio web: http://www.inca.gov.br/english/tobacco_control.html
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD History. Recuperado el 22 de mayo de: <http://www.healthdata.org/gbd/about/history>
- Institute of Medicine (IOM). (2010). Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence. Washington DC, The National Academies Press. (www.nap.edu)
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. (2004). Bosques o tabaco? Contribución del cultivo de tabaco a la deforestación global. Boletín para el Control de Tabaco. 5. Consultado el 11 de setiembre de 2016. Obtenido de: http://media.controlltabaco.mx/content/productos/Boletines/5_BCT_julio_04.pdf
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2011). Adicción al tabaco. (Ed.). Estados Unidos.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA] (s.f.). Edad del primer consumo de tabaco, según sexo, 2015. Consultado el 27 de julio de 2017. Obtenido de: <http://datosabiertos.iafa.go.cr/visualizations/27786/edad-de-primer-consumo-de-tabaco-segun-sexo-2015/>
- Jiménez, M.L. (2010). La feminización del consumo de tabaco: ¿convergencia o desigualdad? Revista Española de Drogodependencia, 35 (3), 285-296. Consultado el 22 de mayo de 2017. Obtenido de: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_2.pdf
- John, Peter (1998). Analysing Public Policy. Continuum.
- Kilpatrick, D (2000). Definitions of Public Policy and Law. National Violence Against Women Prevention Research Center. Recuperado el 10 de mayo de 2017 de: <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/policy/definition.shtml>
- La Unión. (2016). Brasil inauguró el primer observatorio sobre industria del tabaco dirigido por el gobierno en la región de América Latina y el Caribe con el apoyo de

La Unión. 25 de julio de 2017, de Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Sitio web: <https://www.theunion.org/espanol/centro-de-noticias/noticias/brasil-inauguro-el-primer-observatorio-sobre-industria-del-tabaco-dirigido-por-el-gobierno-en-la-region-de-america-latina-y-el-caribe-con-el-apoyo-de-la-union>

- Lu, C.; Schneider, M. T.; Gubbins, P.; Leach-Kemon, K.; Jamison, D.; Murray, C. J. (2010). Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *The Lancet*. 375 (9723): 1375–1387. Recuperado el 10 de mayo de 2017 de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60233-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60233-4/fulltext)
- Maceira, D. (2014). “Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), documento de trabajo 122/2014. Buenos Aires, Argentina.
- Mezones, Francisco. 2005. El valor público en los programas sociales: una aproximación práctica. En Repetto, Fabián, Ed. *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*. Cap. 4, pp. 207-246. INDES. INAP Guatemala. BID. NMFA. Guatemala.
- Micheli, A.; Izaguirre, R. (2005). Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. *Revista de investigación clínica versión impresa*, ISSN 0034-8376.57 no.4 México.
- Miguel F. (1998). Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Atención Primaria*, 22, 585-595.
- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud & CDC Foundation (2015). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: resumen ejecutivo 2015*. Consultado el 15 de mayo de 2017. Obtenido de: http://apps.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/cr_i_executive_summary_es.pdf
- Murray, C. (2017) What does a \$100 million public health data revolution look like?. TEDMED. Recuperado el 22 de mayo de 2017 de: <http://www.tedmed.com/talks/show?id=17751>

- Neirotti, Nerio. (2005). "Elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación de políticas y programas sociales", IIPE / UNESCO Buenos Aires.
- Ng, Marie (2014). "Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012". Journal of the American Medical Association. 311: 183–192. doi:10.1001/jama.2013.284692. PMID 24399557.
- Norwich University Public Administration (2017). Characteristics of Successful Public Policy. Recuperado el 12 de mayo de 2017 de: <http://graduate.norwich.edu/resources-mpa/infographics-mpa/characteristics-of-successful-public-policy/>
- Ocean Conservancy (2016). International Coastal Cleanup 2016. Consultado el 8 de junio de 2017. Obtenido de: <https://oceanconservancy.org/wp-content/uploads/2017/04/2016-data-release-1.pdf>
- OPS (2013). Informe sobre el Control del Tabaco para la Región de las Américas. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pereira, Zulay. (2010). La mirada de estudiantes de la Universidad Nacional hacia el docente y la docente: sus características y clima de aula. Revista Electrónica Educare , Vol. XIV, N° Extraordinario, [21-39], ISSN: 1409-42-58. Recuperado el 12 abril de 2017 de ResearchGate Base de datos.
- Poder Ejecutivo de Costa Rica. (2012). LEY ANTITABACO Y SUS EFECTOS NOCIVOS EN LA SALUD N° 9028. La Gaceta.
- Ruël, G.; Bastiaans, N & Nauta, A. (2003). Free-riding and team performance in project education. Recuperado el 12 de mayo de 2017 de: <http://www.rug.nl/research/portal/files/3010481/03a42.pdf>
- Salazar, L. (1999). Derechos del consumidor de tabaco. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Schacter, Daniel (2011). Psychology. Worth Publishers.
- Schuster II, W (2009). FOr the Greater Good: The use of Public Policy Considerations in Confirming Chapter 11 Plans of Reorganization. Houston Law Review, Vol. 46, p. 467. Recuperado el 12 de mayo de 2017 de: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1368469

- Sepan, M & Reeskens, T. (2012). Public Policy and the People's Perception – Analyzing the Relation between the Shift in Government Policies and Individual Perceptions of the Role of the Government in China. Paper Prepared for Presentation at the Annual Meeting of the Midwest Political Science Association. Recuperado el 18 mayo de 2017 de: <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/346967/1/ChinaStepanReeskens.pdf> Base de datos.
- Sharkansky, I; Hofferbert, R "Dimensions of State Politics, Economics, and Public Policy". The American Political Science Review. Recuperado el 10 de mayo de: https://www.researchgate.net/publication/273358914_Dimensions_of_State_Politics_Economics_and_Public_Policy
- Stellman SD, Djordjevic MV. Monitoring the Tobacco Use Epidemic II:
- Stratton, K et al. (2001). Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction. Washington DC, Institute of Medicine, The National Academies Press.
- The Agent. (2009). Current and Emerging Tobacco Products. Preventive Medicine, 2009, Vol. 48, No. 1, (Suppl.1):S11–S15.
- Thei, G (2010). Be Informed. "Public Policy: The 21st Century Perspective". Recuperado el 11 de mayo de 2017 de: <http://beinformedblog.blogspot.com/2011/07/public-policy-making-21st-century.htm>
- Turcanu G; Obreja, G; y Salaru, I. (2011) Costs, Health effects and cost-effectiveness of tobacco control strategies in the Republic of Moldova. World Health Organization. Recuperado el 2 de junio de 2017 de: http://apps.who.int/fctc/implementation/database/sites/implementation/files/documents/reports/moldova_2016_annex4_cost_effectiveness_tobacco_control_2011.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and

- United Nations. The Universal Declaration of Human Rights. Adopted on December 10, 1948 by the General Assembly of the United Nations. Recuperado el 15 de mayo de 2017 de: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>
- United States Department of Health and Human Services. (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública (UCR/ESP). (2017). DIAGNÓSTICO: Observatorio de Vigilancia de Estrategias e Intervenciones en Salud para el Cumplimiento de la Ley N 9028 (OVEIS).
- Vainio H (1987). "Is passive smoking increasing cancer risk?". Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 13 (3): 193–6.
- Winocur, R. (2009). Robinson Crusoe ya tiene celular. La conexión como espacio de control de la incertidumbre. México D.F., México: Siglo XXI Editores.
- World Health Organization. (2011). Assessment of the Economic Costs of Smoking., Economics of tobacco toolkit. Geneva.
- World Health Organization. (2009). Report on the Global Tobacco Epidemic. Implementing smoke- free environments. Geneva.
- World Health Organization. (2017). Health Topics: Tobacco. Recuperado el 2 de junio de 2017 de: <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
- World Health Organization /The Union Monograph. (2007). On TB and Tobacco Control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva.
- WHO/WPRO-Smoking Statistics". World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 2002-05-28.
- World Health Organization. About the Global Burden of Disease (GBD) project. Health statistics and health information systems. Recuperado el 22 de mayo de 2017 de: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/
- World Health Organization. Health and Human Rights. Geneva. Recuperado el 15 de mayo de 2017 de: <http://www.who.int/gender-equity-rights/en/>

- World Health Organization. Health Policy. Recuperado el 15 de mayo de 2017 de:
http://www.who.int/topics/health_policy/en/
- World Health Organization. (2014) Tobacco Fact. Obtenido el 22 de mayo de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- World Health Organization (2008). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: The MPOWER package. Geneva. Recuperado el 12 de mayo de:
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_forward_summary_2008.pdf
- World Health Organization (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva.
- World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases. Geneva.
- World Health Organization (2008). MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo (pp. 41). Ginebra, Suiza.
- World Health Organization (2003). Convenio Marco De La OMS Para El Control Del Tabaco. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Consultado el 11 de octubre de 2016 Obtenido de:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>
- World Health Organization (2017). Tobacco and its environmental impacts: an overview. Switzerland: OMS. Consultado el 2 de junio de 2017. Obtenido de:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255574/1/9789241512497-eng.pdf>

1. GUÍA DE ENTREVISTA



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS
SOCIALES
Sede Argentina
Tucumán 1966 (C1050AAN). Buenos
Aires

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE PERCEPCIÓN ACERCA DE LA LEY ANTITABACO EN COSTA RICA

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar (ciudad y sitio específico): _____

Entrevistador(a): _____

Entrevistado(a) (nombre, edad, género, puesto, dirección): _____

Introducción:

Este trabajo tiene como objetivo conocer los efectos de la Ley General de Control del Tabaco a partir de su aprobación e implementación en Costa Rica. Así mismo pretende evidenciar como la generación de políticas públicas en salud incide en la vida de las personas desde diversas dimensiones a nivel poblacional e individual. Para esto se escogió la población universitaria de docentes, estudiantes y funcionarios de universidades públicas y privadas de Costa Rica en sus distintas sedes regionales.

Objetivo específico: Describir la percepción de la comunidad universitaria de Costa Rica acerca de la implementación de la Ley.

Características de la entrevista:

La utilización de los datos será anónima y con fines únicamente académicos. La duración aproximada es de minutos (este punto no siempre es conveniente, solamente que el entrevistado pregunte por el tiempo, se puede decir algo como: "no dura más de".)

1. ¿Ha fumado usted al menos un cigarrillo en el último año?
2. ¿Tiene usted algún familiar o persona cercana que sea fumador?
3. ¿Conoce algo de la ley antitabaco en Costa Rica? (existencia, año de implementación, objetivo de la ley)
4. ¿Sabe en qué consiste o que regulaciones tiene a nivel de espacios de consumo, impuestos a los cigarrillos, publicidad (ha visto alguna publicidad agradable o desagradable), conoce de multas o personas / establecimientos que hayan sido multados por fumar en espacios prohibidos?
5. ¿Cree que el consumo en comparación con hace 5 / 10 / 20 años ha cambiado? ¿Por qué? En caso negativo ¿Podría llegar a tenerlo?
6. ¿Es igual el consumo en hombres y mujeres?
7. ¿Cree que la edad puede influir en el nivel consumo?
8. ¿Cree que actualmente la ley ha tenido algún efecto en la salud? En caso negativo ¿Podría llegar a tenerlo?
9. ¿Podría decirme algunas enfermedades que se asocien al consumo de tabaco?
10. ¿Socialmente hablando, considera que la ley ha traído consigo algún cambio en los jóvenes/adultos?
11. ¿Considera que a nivel ambiental podría la ley tener algún impacto importante?
12. ¿Cree que la ley ha servido de algo? ¿Podría mejorar? ¿Cómo?

Observaciones: _____

Agradecimiento e insistir en la confidencialidad

1. Williams Benavente, Jaime (2003). Lecciones de Introducción al Derecho (4ª edición). Santiago de Chile: Fundación de Ciencias Humanas. ISBN 956-7098-06-9.
2. Wolfgang Donsbach, The International Encyclopedia of Communication. Wiley-Blackwell, 2

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD LATINOAMERICANA
DE CIENCIAS SOCIALES
Sede Argentina
Tucumán 1966 (C1050AAN).
Buenos Aires
Tel.: 5238-9300 – Fax: 4375-1373
polsoc@flacso.org.ar
www.flacso.org.ar

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

LEY GENERAL DE CONTROL DEL TABACO EN COSTA RICA. TENDENCIAS EN EL CONSUMO, IMPLICACIONES EN SALUD Y PERCEPCIONES CIUDADANAS DESDE SU IMPLEMENTACIÓN.

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

Mi nombre es Andrea Montero, soy una estudiante de maestría en la universidad FLACSO Argentina y estoy realizando mi tesis en Costa Rica, la cual es acerca de los efectos que ha tenido la ley antitabaco en Costa Rica, mi intención es analizar la percepción de la personas y su opinión respecto a los cambios que ha generado la ley en el país a través de una entrevista con estudiantes y funcionarios de la Universidad _____.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Su participación en la investigación es ser entrevistado para conocer su percepción y opinión respecto a la ley. En la entrevista se le harán 6 preguntas abiertas en las que discutiremos todo lo necesario para poder contestar la pregunta de investigación que es: ¿Cuáles son los efectos de la Ley General de Control del Tabaco a partir de su aprobación e implementación en Costa Rica?. La entrevista será grabada con una audigrabadora y después transcrita en una computadora. La entrevista se realizará adentro del campus universitarios de _____ durante los meses de _____.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted debido a que son preguntas acerca de su opinión personal, y pueden resultarles incómodas, provocarle ansiedad o sensación de pérdida de privacidad.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

Aprobado por la Dirección de – Sede FLACSO Costa Rica

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de la percepción y opinión de los ciudadanos respecto a la implementación de la Ley antitabaco, y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Andrea Montero Zamora o Pablo Montero Zamora o Giancarlo Córdoba Navarrete sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Andrea Montero Zamora al teléfono 85907435 en el horario de 10 am a 8 pm . Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

Aprobado por la Dirección de – Sede FLACSO Costa Rica

3. CARTA APROBACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS



San José, 26 de junio de 2017
SCR 077/17

A quién interese

Por medio de la presente, certifico que **Andrea de los Ángeles Montero Zamora**, número de identidad **1-1411-0284**, es alumna de la Maestría en Diseño y Gestión de Programas Sociales y se encuentra actualmente realizando el trabajo de campo para la elaboración de su tesis de maestría.

Su proyecto de investigación se propone analizar la **Ley general de control del tabaco en Costa Rica. Tendencias en el consumo, implicaciones en salud y percepciones ciudadanas desde su implementación**, necesitando realizar entrevistas a los actores clave involucrados en el proceso de elaboración del instrumento legal y su implementación.

Cabe destacar que la información obtenida será utilizada con fines estrictamente académicos, reservando la identidad de las personas entrevistadas, quienes a su vez firmarán un formulario de Consentimiento Informado previo a la realización de las entrevistas.

Aprovecho la ocasión para expresarle las muestras de mi estima y consideración.

Atentamente,

Ilka Treminio Sánchez
Directora
FLACSO - Sede Académica de Costa Rica



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, SEDE ACADÉMICA COSTA RICA

▪ Apartado Postal 11747-1000 San José ▪ Teléfono: (506) 2224-8059 ▪ Fax: (506) 2224-2638
▪ Página web: www.flacso.or.cr ▪ Curridabat de Plaza del Sol, 200 sur, 25 este