

Legislación para el control del tabaquismo en Cuba

Smoking control legislation in Cuba

Nery Suárez Lugo^I; Magali Caraballosa Hernández^{II}; Delvys Manuel Rodríguez Cueleza^{III}

^IDoctora en Ciencias Económicas. Investigadora y Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

^{II}Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

^{III}Máster en Salud Pública. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba

RESUMEN

Introducción La población cubana se encuentra protegida mediante una legislación nacional, el Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, que permite controlar la venta de cigarrillos a menores y regular la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados, en instituciones de salud y educación.

Objetivos Caracterizar el cumplimiento de las regulaciones y prohibiciones de fumar definidas en el mencionado acuerdo.

Métodos Estudio observacional descriptivo. El universo fue el municipio Habana del Este, de Ciudad de La Habana, se realizó un muestreo por conglomerado monoetápico de cada localidad. La información primaria se obtuvo mediante guías de observación estructuradas y entrevistas. Los datos se procesaron de forma computarizada y los resultados se expresaron en porcentajes.

Resultados Se encontró que en el 13,8 % de los lugares de expendio, se vendió cigarrillos a menores de 18 años y fueron las cafeterías donde único de produjo violación de lo establecido a pesar de ser los lugares más señalizados. El 45,9 % de los lugares con prohibición de fumar se encontraban señalizados pero en ellos se localizó un alto porcentaje de personas asistentes fumando. Los dependientes estaban fumando durante la atención al público en el 41 % de los lugares de expendio, el 85,7 % de los trabajadores de centros de salud fumaban durante el ejercicio de su profesión, el mayor porcentaje encontrado; no siendo así en los trabajadores de centros educacionales. Los directivos desconocen la existencia de señalización en sus propias entidades.

Conclusiones La aplicación y cumplimiento de las regulaciones de venta y

prohibiciones de fumar en lugares públicos como está establecido en el Acuerdo 5570 de 2005 en el municipio Habana del Este en el año 2007 es insuficiente, los principales factores determinantes son la falta de exigencia y control.

Palabras claves: tabaquismo, legislación, Cuba.

ABSTRACTS

Introduction The Resolution 5570 of 2005 passed by the Executive Commission of the Council of Ministers protects the Cuban population through the control of selling cigarettes to children and of forbidding smoking in closed public places and in health and educational institutions, and plays a role in promoting healthy lifestyles.

Objectives To characterize the enforcement of the regulations and of the ban on smoking defined in the Resolution no. 5570 of the Executive Commission of the Council of Ministers.

Methods An observational descriptive study. The universe of study was Habana del Este municipality in the City of Havana province where one-stage cluster sampling was conducted. Primary data were collected from structured observational guides and interviews. Data was computer-processed and the results were given as percentages.

Results Signs indicating the ban on selling cigarettes to children were seen in 44,8% points of sale but they were less frequent in bars and restaurants (66.7 %). 13.8 % of these placed did not abide by the legislation. Signs were seen in 45.9 % of no smoking places but in 48.6 % of them, there were people who smoked, including 41.4 % of the staff at work; the healthcare personnel accounted for the highest percentage. Managers ignored the placing of such signs in their entities.

Conclusions The enforcement of and compliance with regulations on cigarette sale control and ban on smoking in closed public places as established by Resolution 5570 of 2005 was poor in Habana del Este municipality in 2007; and in this regard, the main determining factors were lack of control and exigency.

Key words: Smoking, legislation, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que al iniciarse el siglo xxi el tabaquismo mantiene dimensiones epidémicas, 20 % de la población mundial y 29 % de la población de 15 años y más fuma.¹ Un nuevo informe de la OMS, presenta el primer análisis exhaustivo del consumo mundial de tabaco y las actividades de control, con datos de 179 Estados Miembros, en el que llega a la conclusión de que sólo el 5 % de la población mundial está protegida mediante una legislación nacional completa sobre el humo de tabaco, y en los hospitales y escuelas de 40 % de los países, continúa permitido el fumar.¹

Lo anterior pone en evidencia lo difícil que resulta que los decisores de las políticas públicas consideren la importancia de unir los efectos de las acciones educativas y de promoción de salud y hacerlas coherentes con factores económicos y sociales

favorecedores que limiten la accesibilidad al consumo de productos nocivos a la salud. Está comprobado que la única forma de sinergizar los efectos de unas y otras acciones en un programa de cambio de comportamiento es con una adecuada interacción e interrelación entre todos y un adecuado balance del binomio educación-legislación. Los hábitos de consumo y los estilos de vida relacionados con la salud no son una excepción.²

Resulta interesante investigar en torno a la definición de las políticas y estrategias relacionadas con el consumo de tabaco en Cuba, para lograr que sean efectivas y den respuesta al propósito de reducir la presencia del tabaquismo, como factor de riesgo de las principales causas de muerte en la situación de salud actual, con elevada prevalencia de fumadores y notable consumo de cigarrillos.

Cuba no ha sido de los países más aventajados en la presencia de figuras legales que regulen y prohíban fumar en lugares públicos y otras medidas de carácter económico cuyo sustento sea también jurídico, a pesar que el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo, en su fundamento y plan lo establece a través de regulaciones y medidas, no sólo por el Ministerio de Salud Pública, sino también por otros Ministerios implicados en esta problemática.^{3,4}

En el año 1988 se comenzó un trabajo de magnitud que involucró a todos los organismos de la administración del Estado para valorar la legislación vigente en relación con las prohibiciones de fumar en lugares públicos, la venta de cigarrillos a menores y la advertencia en las cajetillas, así como proponer las modificaciones a lo ya existente, con el propósito de hacerlo coherente con los propósitos del Programa. Un estudio realizado mostró que el 78 % de la población consideraba insuficientes las prohibiciones y regulaciones establecidas en lugares públicos y el 76 %, que no se cumplían las establecidas.⁵ Estos argumentos permitieron fundamentar la primera propuesta que fue elevada a las instancias superiores del gobierno, pero que no logró su cometido.

En 1994 Cuba se convierte en uno de los primeros países en que la aviación civil prohíbe fumar en los vuelos domésticos y se adhiere al reclamo de la Organización Internacional de la Aviación Civil (OACI), para la prohibición paulatina en los vuelos internacionales, primero los de menor duración y posteriormente todos, en el año 1996.⁶

La Resolución No. 277, de fecha 23 de agosto del 2001, puso en vigor diferentes regulaciones alrededor de la venta de cigarrillos y tabacos. Un momento importante lo constituye la aprobación, en noviembre de 2005, de la Resolución No. 360 del Ministro de Salud Pública al respecto.⁷

Posteriormente se pone en vigor el acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, documento legal de mayor fuerza y alcance, que plantea la prohibición de la venta de cigarrillos y tabacos a menores de 18 años de edad, establece la prohibición de fumar en locales públicos cerrados que no tengan áreas creadas a tales efectos, así como en los medios masivos de transportación; establece también la prohibición de fumar en los centros e instituciones educacionales, de la salud e instalaciones deportivas, en los que, de considerarse por los organismos correspondientes, se habilitarán áreas específicas para fumar. En los demás centros e instalaciones pertenecientes a otros organismos o instituciones se crearán áreas para fumar. En cualquier caso, las áreas de fumadores y de no fumadores deberán estar debidamente señalizadas.⁸

Aunque algunos sugieren la aplicación de medidas no tan drásticas a través de restricciones parciales, alegando que de esta manera se da tiempo a la preparación

de los fumadores para el cambio, sin embargo, es reconocido que el tabaquismo pone en peligro la salud de toda la comunidad y, sobre todo, la salud de los que no fuman y comparten el mismo ambiente cerrado con los fumadores.⁹

Se requiere incrementar la conciencia social para que la contaminación del aire por el humo del tabaco sea reconocida como un aspecto de la mayor importancia para la salud de todos y para que se adopten consecuentemente políticas y programas que garanticen ambientes libres de este humo en los espacios públicos y lugares de trabajo.

La estrategia definida en Cuba en el programa para la prevención y control del tabaquismo y las medidas legales, la voluntad política y un sistema de salud armónico estructurado como factor adicional, permiten enfrentar con más fuerza este problema con las condiciones creadas para su aplicación. Todo depende del nivel de exigencia, monitoreo y preocupación de las personas que deben hacer cumplir estas medidas, que los propios implicados tomen mayor conciencia de que perjudica no sólo su salud, sino también a las personas que lo rodean. El objetivo final es gozar de estilos de vida sanos donde todos puedan disfrutar de ambientes agradables y libres de humo.

No se dispone de investigación anterior que diagnostique la situación existente en relación con las regulaciones y prohibiciones de venta y fumar en lugares públicos cerrados, que permita trazar una estrategia científicamente argumentada, y establecer medidas para que se cumpla lo establecido en el Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros a lo que el presente estudio pretende dar respuesta. A partir de las consideraciones realizadas, es de interés identificar la existencia de señalización de las regulaciones y prohibiciones de fumar, el comportamiento de la prohibición de venta de cigarrillos y tabacos a los menores de 18 años de edad, describir el cumplimiento por la población de las regulaciones y prohibiciones de fumar y de las personas en prestación de servicios y atención a la población, así como identificar los principales factores asociados con la aplicación y cumplimiento del Acuerdo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal desde el 1ro. de enero hasta el 30 de marzo de 2007. El universo lo constituyó el total de lugares de expendios de cigarrillos y tabacos, (cafeterías, restaurantes, bares, mercados y kioscos) y lugares con prohibición de fumar (instituciones de salud, educación, recreación, centros deportivos y transporte público) del municipio Habana del Este, Ciudad de la Habana, según lo establece el Acuerdo 5570 de 2005, del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.

El muestreo fue por conglomerado monoetápico. Se tomaron como conglomerados cada localidad del municipio Habana del Este (Camilo Cienfuegos, Cojímar, Guiteras, Alamar, Guanabo, Campo Florido), de los cuales se seleccionaron tres, Camilo Cienfuegos, Cojímar y Guanabo por muestreo simple aleatorio. En las localidades seleccionadas se visitaron todos los lugares de expendios de productos manufacturados del tabaco (43) y los centros con prohibición de fumar (45). En la localidad de Guanabo no se obtuvo información de tres lugares de expendio en pesos cubanos convertibles (CUC), por no contar con el consentimiento de sus directivos.

Se emplearon como métodos, la revisión documental relacionada con el Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, la revisión bibliográfica, la observación, cuestionario, entrevista y el criterio de expertos. La triangulación de los resultados obtenidos permitió el análisis y discusión de los mismos.

Se confeccionaron cuatro instrumentos para la obtención de la información: dos guías de observación y dos entrevistas, a partir de la revisión de otros validados y utilizados en estudios realizados. Posteriormente se realizó una prueba piloto y los ajustes en lo concerniente a la secuencia de aplicación. Se midieron en ambos las mismas variables y se corroboraron los resultados obtenidos por las dos técnicas empleadas.

Se empleó también el cuestionario elaborado por la OMS para consultar expertos sobre el cumplimiento de la legislación de fumar en lugares públicos. Este instrumento se aplicó con las mismas categorías y sólo se modificaron las preguntas a los lugares que establece el Acuerdo analizado. Los expertos fueron seis vice-directores de epidemiología y técnicos de higiene o inspectores de salud de las áreas de salud de cada localidad.

La información fue recogida primero con la observación y posteriormente la entrevista. Se utilizaron tres menores de edad, que simulaban la compra de cigarrillos, para comprobar lo establecido en relación con la venta a menores.

Se almacenó la información en una base de datos de Microsoft Excel. Se analizó de forma automatizada y se calcularon medidas en números absolutos y porcentajes.

Se contó con el consentimiento de los trabajadores y directivos de los centros, entidades y expertos que se incluyeron en el estudio. Se les solicitó permiso a los padres de los menores de edad que participaron en la observación.

RESULTADOS

La observación en los lugares de expendio reflejó que el 55,2 % no tenía la señalización de la prohibición de venta a menores. Por localidades, Camilo Cienfuegos con el 75 % fue la menos señalizada y por tipo de unidad, los bares y restaurantes con 66,7 %. Los más señalizados fueron las cafeterías.

Los directivos, en la entrevista, refirieron que estaban señalizados 72,4 % de los lugares, siendo notables las localidades de Guanabo y Camilo Cienfuegos con 81,8 % y 75 %, respectivamente y según las unidades de venta, 100 % de los de restaurantes, bares y mercados.

La comparación indica que los directivos desconocen la existencia o no de señalización en sus propias unidades.

En relación con la señalización de prohibición de fumar en lugares con restricciones de fumar establecidas, se encontró, de forma general, que el 45,9 % estaba señalizada, la de mayor nivel fue la localidad de Cojímar con 62,5 %, mientras que Camilo Cienfuegos fue el de menor nivel con sólo 35,7 %.

Según los tipos de centros y otros -el transporte público y centros de trabajo- fueron los más señalizados, 80 % y 50 %, respectivamente. Entre los menos señalizados

se encontraron centros deportivos (75 %), de recreación (66,7 %), educacionales (60 %) y de salud (57,1 %), respectivamente.

De los directivos, 59,5 %, plantearon que sí estaban señalizadas sus unidades, resultó más notable Guanabo con 80 % y que los centros más señalizados eran los deportivos y de trabajo (75 %), seguido de los centros de salud (71 %), así como que los menos señalizados eran los recreativos (66,7 %) y educacionales (60,5%).

Los resultados demostraron también la falta de coherencia entre percepción y observación. Es de destacar que en los centros de salud, aunque están sin señalar 57,1 %, los directivos perciben que no tienen señalización 28,6 %.

Referente a la venta de cigarrillos a menores de 18 años en los lugares de expendios según localidad, se observó que se vendió cigarrillos a menores en 13,8 % del total. En Camilo Cienfuegos se encontró el mayor porcentaje con 37,5 %. Por tipo de establecimiento se pudo apreciar, que en las cafeterías fue donde único se produjo la violación de lo establecido con 26,7 %. En general, la venta a menores de edad no presentó resultados que puedan considerarse relevantes, no obstante, por la importancia que tiene en la iniciación del tabaquismo y ser las cafeterías los lugares donde más acuden los niños y adolescentes, se debe monitorear y controlar de manera sistemática.^{10,11}

Los dependientes estaban fumando durante la atención al público en 41 % de lugares de expendios, siendo más notable la localidad Camilo Cienfuegos con 62,5 % y por unidades de ventas, los bares (66,7 %), cafeterías (33,3 %), restaurantes y centros nocturnos (100 %).

En la observación realizada, en 48,6 % de las instituciones se encontró a las personas asistentes fumando en las instalaciones donde estaba prohibido o reguladas las áreas para fumar, siendo más notable en la localidad de Cojímar (75 %). Por tipo de centro, la mayor cantidad se presentó en los centros deportivos y centros de salud (hospitales y policlínicos), con 100 % y 85,7 %, respectivamente.

El número mayor de personas en el ejercicio de su profesión fumando, en lugares con restricción de fumar por localidad fue en Cojímar con 25 %. Según tipo de centro, en los de salud, se encontró el mayor porcentaje de personas fumando con 85,7 % y donde menos, en centros deportivos, transporte público y centros de recreación.

En las entrevistas realizadas a los directivos con respecto al cumplimiento de la prohibición de fumar por la población, el 50 % consideró que siempre se respetan las señalizaciones, 20 % que en ocasiones y 30 % que nunca las respetan, siendo en los centros de salud en los que menos se respeta con 33,3 %. En la [tabla 1](#) se presenta los resultados por tipos de centro de mayor relevancia en la prevención del tabaquismo y la promoción de salud.

El 70 % de los directivos en relación con la aplicación de sanciones a los que no respetan la señalización de no fumar, por tipo de centro, consideraron que se debe sancionar a las personas que no cumplan con estas medidas, pero no refieren haber aplicado sanciones por esta causa, siendo más notable en los centros educacionales y de trabajo con 75 % y 100 % respectivamente, a pesar que estos centros son los menos señalizados, al parecer son los más controlados.

La conducta de los profesionales sanitarios y muy en particular de los médicos, es muy importante por su condición de patrones imitativos en lo que a conductas de salud se refiere, los establecimientos asistenciales tienen también un rol social

ejemplar en el cuidado de la salud, se constituyen como instituciones prioritarias en la ejecución de toda estrategia de prevenir y controlar el tabaquismo a nivel nacional.

La falta de exigencia en los establecimientos asistenciales de salud, donde los pacientes, acompañantes o visitantes que acuden a ellos, fuman sabiendo que está prohibido y que el personal de la salud también lo hace, tiene efecto en el propio prestigio de la institución ya que es el Ministerio de Salud Pública el encargado de velar por la salud de la población, responsable del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo y otros programas de salud y debe ser ejemplo en el cumplimiento del Acuerdo.¹²

Aunque la observación en los trabajadores de la educación no resultó crítica, hay que tener en cuenta que ellos también juegan un papel importante como promotores y "ejemplo" en evitar la generalización del tabaquismo de las nuevas generaciones, además que el hecho de fumar en instituciones educativas, convertiría a sus educandos, generalmente niños y jóvenes, en fumadores pasivos.

Otro tanto ocurre con el hecho de fumar en centros laborales, recreativos, deportivos e incluso en el transporte público, por la alta peligrosidad que representa que los chóferes fumen, la cifra encontrada también constituye un aspecto a considerar aunque no se encuentra entre los porcentajes más altos.

Por la importancia que tiene este aspecto se realizó la consulta a los expertos sobre el cumplimiento de la legislación de fumar en lugares públicos. Según sus criterios, las prohibiciones se respetan en un grado mínimo y moderado, esto significa que las personas que las respetan constituyen a lo sumo una minoría y los efectos han sido mínimos, lo que muestra poca exigencia y control de su cumplimiento.

Como se observa en la [tabla 2](#), los expertos le confirieron porcentajes de alto grado de cumplimiento al transporte público (66,7 %) y centros educativos (33,3 %), no así a los restantes tipos de centros que tienen su valoración en el grado mínimo y moderado. Se destaca que es a las instituciones de salud a las que le confirieron el mayor porcentaje de mínimo cumplimiento en el respeto a las prohibiciones de fumar. Esta percepción puede estar condicionada por la importancia que ellos conocen tiene el que no se fume en las instituciones sanitarias.

El hecho de que se fume en instituciones educativas contribuye a facilitar que los educandos también lo hagan, lo que resulta contradictorio con las acciones educativas que se realizan, tanto en la formación curricular como en actividades extracurriculares orientadas a la formación de hábitos saludables.¹³

Mientras que fumar resulta factible en los centros laborales, recreativos, deportivos y en el transporte público, entre otros, continuará siendo visto como algo socialmente aceptable y se continuará difundiendo de generación en generación.

Aunque no se observa total coincidencia entre las técnicas empleadas, sí fue importante considerar que el cumplimiento de las prohibiciones de fumar no es aún una meta alcanzada, ni siquiera en aquellas instituciones que tienen el rol fundamental en la preservación de la salud y en la formación de hábitos saludables en las nuevas generaciones.

Para identificar los factores asociados al cumplimiento del Acuerdo se entrevistó a los directivos de todas las instituciones y unidades. Referente a lo que consideraron que permitiría fomentar el respeto a las señalizaciones, el 80 % planteó que las multas eran las medidas que más se debían adoptar con los infractores, seguido de

la opinión del 76 % que coincidió en que el trabajo comunitario es lo más importante; en menor cuantía con 40 %, los que plantearon como medidas efectivas la propaganda para disminuir el consumo de cigarrillos.

Otro factor que se consideró fue el conocimiento del Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, 60 % de los directivos de lugares con restricción de fumar y 40 % de los empleados de lugares de expendio lo conocían. Por localidad se destacó Guanabo donde 83,3 % de los entrevistados de unidades e instituciones lo conocían.

Al indagar sobre las prohibiciones establecidas en relación con el fumar en lugares públicos, el 92 % de los directivos poseía conocimiento sobre dichas regulaciones, se destacó también la localidad de Guanabo donde la totalidad las conocían. Mientras que el 72 % de los empleados poseen conocimiento al respecto, Cojimar es la localidad más notable con el 60 %.

Lo anterior permitió afirmar que los directivos y empleados conocían sobre las prohibiciones regularmente, pero desconocen del Acuerdo en su mayoría.

DISCUSIÓN

Las señales o carteles de restricción de venta o de prohibición de fumar tienen la función de informar a la población, por lo que deben ser claras, precisas y adaptadas a la situación o momento de la política reguladora. Deben estar ubicadas en lugares visibles; si se trata de establecimientos comerciales, lugares de expendio de productos y deben permitir al consumidor conocer al respecto; si son prohibiciones de fumar en lugares públicos deben colocarse a la entrada de los centros o instituciones. Tanto unas como otras se convierten en el vocero de la legislación, en este caso particular, del Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, lo que contribuye a su cumplimiento, informan y facilitan su control.

La venta de cigarrillos a menores, inclusive aquellos que se ofertan en cajetillas de menor precio o individuales, es un problema que contribuye a la creciente iniciación al tabaquismo en adolescentes, pese a que en las campañas de promoción y prevención se le ha dado en las dos últimas décadas, singular atención. En la investigación se corroboró que esa situación se presenta, inclusive se observó en escolares uniformados.¹⁴

En un estudio realizado en los Países Bajos, se encontró que la adquisición de cigarrillos en establecimientos autorizados para su venta era la forma de acceso en más de 35 % de los jóvenes encuestados, a pesar de las estrictas regulaciones sobre el expendio a menores que existen en esos países.¹⁵

Uno de los aspectos más controversiales en cuanto al consumo de tabaco radica en la práctica "libre" de fumar por parte del personal en el ejercicio de su profesión en lugares con restricción total. La mayoría de los programas que enfrentan el tabaquismo en sitios públicos o de servicios, recomiendan que esta restricción debe ser total y no parcial, a pesar de que no es bien aceptada por los fumadores, quienes la consideran arbitraria y discriminatoria.¹⁶

El control del Acuerdo debe ser priorizado por los directivos de las diferentes instituciones, en primer lugar, porque obviarlas presupone una violación de la ley

establecida y además de todo lo ya señalado sobre el efecto negativo sobre la salud, porque el tabaquismo puede causar importantes gastos en la economía individual y familiar. Se ha establecido medidas a las administraciones que no garanticen el cumplimiento de las diferentes regulaciones establecidas y es importante que sean cumplidas estrictamente. Las instituciones *libres de humo* deberán ser un ejemplo a seguir por parte de todos y deben establecerse estrategias para lograrlo.

De igual forma, las diferentes normativas deben ser conocidas tanto por parte de los directivos, como de los trabajadores, por lo que la información y la divulgación a través de los medios adecuados de difusión deben incrementarse en aras del conocimiento de los encargados de hacerlo cumplir y de la población. Es de vital importancia, la fiscalización y la sanción a los que la violen, pero además empoderar a los no fumadores para que ejerzan su derecho a respirar un aire no contaminado y de esta forma contribuyan a que se exija lo que legalmente está establecido.¹⁷

Estos resultados demuestran que, a pesar de las acciones de educación para la salud que se realizan en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, y en conjunto con otros organismos y entidades en la lucha antitabáquica, no siempre se acompañan de las medidas restrictivas que se requieren para modificar las actitudes y conductas de la población al respecto, destacándose la falta de exigencia y control de las personas encargadas de hacer cumplir estas medidas legales que se establecen.

Por consiguiente, el efecto sinérgico que se requiere de existir total coherencia y complementación entre las acciones educativas, económicas y legales, no tiene el efecto deseado, pues aunque se educa, las barreras, en este caso de carácter legal, no están cumpliendo su rol y por consiguiente, minimizan o en ocasiones hasta anulan dicho efecto, por lo que el propósito final, reducir el tabaquismo no se logra, con su consecuente impacto en la salud pública.¹⁸

Por ser realizado el trabajo de campo por uno de los investigadores y un auxiliar previamente entrenado y supervisado, se considera que no se produjo variabilidad en la obtención del dato primario, tanto en las entrevistas como en las observaciones realizadas, lo que apunta a la rigurosidad del estudio y la confiabilidad de sus resultados.

El estudio de un municipio de Ciudad Habana permite una fotografía en ese lugar de lo relacionado con el cumplimiento del Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, principal instrumento legal del Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba, siendo un elemento de importancia para el análisis a nivel provincial y nacional de esta problemática.

Finalmente se puede concluir que la aplicación y cumplimiento de las regulaciones de venta y prohibiciones de fumar en lugares públicos, como está establecido en el Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, en el municipio Habana del Este, en el año 2007, es insuficiente. Los principales factores asociados a la no aplicación y cumplimiento, son la falta de exigencia, control y la poca importancia que le confieren los directivos y autoridades de salud de las localidades correspondientes.

La no señalización facilita el desconocimiento e incumplimiento de la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados. El hecho de que los propios empleados en el cumplimiento de sus funciones donde está prohibido lo hagan, acrecienta aún más lo antes expuesto.

Los centros de salud y los profesionales sanitarios no juegan aún el importante rol que les corresponde en la promulgación de áreas libres de humo y en la prevención y control del tabaquismo.

Se recomienda informar a las autoridades, locales y provinciales, así como a las entidades nacionales responsabilizadas con el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo y otras instancias del Ministerio de Salud Pública, sobre los resultados del estudio realizado.

De manera particular, en las localidades estudiadas, las autoridades de salud deben instrumentar el control del Acuerdo, acompañado de una estrategia utilizando los resultados que ofrece el estudio realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Fumar. Disponible en: <http://www.who.int/es/index.html> Ginebra: OMS, febrero 06/2006 (DPA).
2. OMS. Fumar. Disponible en: <http://www.who.int/es/index.html> Nueva York: OMS, febrero 07/2008 (DPA).
3. Suárez Lugo N. Marketing y Salud: una perspectiva teórico-práctica. Cali, Colombia: Editorial CATORSE; 2004.
4. Suárez Lugo N. Tabaco o Salud: una decisión social. Revista Horizontes Sanitarios. 2004;1.3(2):12-21.
5. Chapman S, Wai W. Tobacco Control in the Third World. A Resources Atlas. IOCU. Penng, Malasya. 1990:214-5.
6. Smoking control in Latin American. Report of Annual Meeting Latin American Coordination Comiteee. UICC /CLACCTA;1995.
7. Gaceta Oficial de la República de Cuba. N' 008, 14 de febrero de 2006. Resolución No .360, Noviembre 2005 del Ministerio de Salud Pública.
8. Comité Ejecutivo Consejo de Ministros, República de Cuba. Acuerdo 5570 de 2005 contra tabaquismo y alcoholismo. La Habana: Comité Ejecutivo;2007.
9. Navaz-Acien A, Peruga A, Breyse P. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA. 2004; 291(22): 2741-5.
10. Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares. Barcelona, 1987-1996. Atención Primaria. 1999; 23:359-62.
11. López Pérez P, García Sábada I. Evaluación de un programa de prevención del tabaquismo en centros escolares de la provincia de Córdoba. Semergen. 2000;26: 482-7
12. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo. La Habana: MINSAP; 2000.

13. López ML, Comas A, Herrero P, Pereiro S, Fernández M, Thomas H, et al. Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. Rev Esp Salud Pública. 1998;72: 303-18.
14. Suárez Lugo N. El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006; .32(2): 1-17.
15. Raaijmakers T, Van den Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. Rev Esp Salud Pública. 2003;77:97-116. (Centro Holandés de Fomento de la Salud en el Trabajo, Woerden, Países Bajos).
16. Ob. cit: 2 y 5.
17. Peruga A. Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las América. Revista Panamericana Salud Pública. 2002;11(2).
18. Suárez Lugo N. Enfoque Social de la Mercadotecnia Sanitaria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2007:225-43.

Recibido: 13 de marzo de 2008.
Aprobado: 31 de marzo de 2008.

Nery Suárez Lugo. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Linea esq. I. El Vedado 10400. La Habana, Cuba. E-mail: nerysl@infomed.sld.cu

Tabla 1. Respeto a la señalización de la prohibición de fumar a criterio de los directivos según instituciones visitadas. Municipio Habana del Este, Marzo-Mayo 2007

Instituciones	Respeto a la señalización de prohibición						Total	
	Siempre		En ocasiones		Nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
De salud	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
Deportivas	0	0	1	100	0	0	1	100
Educacionales	3	70	0	0	1	25	4	100
Centros de trabajo	1	50	0	0	1	50	2	100
Total	5	50	2	20	3	30	10	100

Tabla 2. Cumplimiento de la legislación de fumar en instituciones y transporte público según criterios de expertos. Municipio Habana del Este, Marzo-Mayo 2007

Instituciones y transporte público	Grado de respeto a la prohibición de fumar						n
	Mínimo		Moderado		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
De salud	4	66,7	2	33,3	0	0	6
Educacionales	1	16,7	3	50	2	33,3	6
Centros de trabajo	2	33,3	4	66,7	0	0	6
Deportivas	2	33,3	4	66,7	0	0	6
Transporte	0	0	2	33,3	4	66,7	6
De recreación	2	33,3	4	66,7	0	0	6