

Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud

Citizen perception of healthcare rights and duties

MSc. Isabel Pilar Luis González,^I Dra. C. Silvia Martínez Calvo^{II}

^I Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en los últimos años varios autores han llamado la atención sobre cómo se olvida con frecuencia que, si bien todo individuo tiene derecho a que el Estado adopte medidas que vayan en beneficio de su salud, al propio tiempo se le debe educar en el deber de actuar en su vida cotidiana, de modo que su comportamiento no resulte nocivo para otros.

Objetivo: realizar una propuesta de deberes ciudadanos para el cuidado de la salud.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva de corte transversal de enero a Junio de 2009 en el Policlínico "Ángel Machaco Ameijeiras". El universo de estudio fue de 21 326 habitantes con edad igual o superior a los 18 años, residentes en los Consejos Populares D´Beche, Nalón y Mañana y Habana Nueva, atendidos por 47 consultorios médicos de la familia (CMF). Se diseñó un muestreo no probabilístico, polietápico en tres fases: consultorios, familias e integrantes. Se utilizaron la revisión documental, los grupos nominales y la entrevista. Para el procesamiento se usaron frecuencias absolutas y relativas. La disposición al cumplimiento de deberes se evaluó mediante el cálculo del valor promedio de los puntos obtenidos en la escala Likert.

Resultados: se reconoció la existencia de deberes para el cuidado de la salud. Se elaboró una propuesta de 15 deberes que fue sometida a consulta. La disposición para el cumplimiento de deberes relacionados con el autocuidado no sobrepasó el 80 % y entre los deberes relacionados con la salud colectiva fueron prioritarios los relacionados con la salud ambiental.

Conclusiones: Se reconoce la validez de los deberes propuestos y la necesidad de continuar las transformaciones que se realizan desde el sistema de salud, e incluir la autorresponsabilidad y el cumplimiento de deberes para la salud colectiva como renovado enfoque de la participación comunitaria.

Palabras clave: deberes, autorresponsabilidad, transformaciones del sistema de salud, autocuidado, participación comunitaria.

ABSTRACT

Introduction: In recent years several authors have drawn our attention to the often forgotten balance between healthcare rights and duties: every individual has the right to enjoy the benefits provided by the State in the field of healthcare, and the duty to restrain from causing harm to other individuals.

Objective: Develop a proposal of citizen duties in the field of healthcare.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted from January to June 2009 at Angel Machaco Ameijeiras polyclinic. The study universe was composed of 21 326 persons aged 18 and over from the People's Councils of D'Beche, Nalón, Mañana and Habana Nueva, who were cared for at 47 family doctor's consultation offices. A multi-stage non-probabilistic sampling procedure was designed for three phases: consultation offices, families and members. Use was made of document review, nominal groups and interviews. Processing was based on absolute and relative frequencies. Willingness to fulfill duties was evaluated by mean value estimation of the scores obtained on the Likert scale.

Results: The existence of healthcare duties was acknowledged. A proposal of 15 duties was developed and subjected to consultation. Willingness to fulfill self-care duties did not exceed 80%. Among collective health duties, there was a predominance of those related to environmental health.

Conclusions: There is recognition of the validity of the duties proposed and the need for continued transformation of the health system, including self-responsibility and the fulfillment of collective health duties as a renewed approach to community participation.

Key words: duties, self-responsibility, transformations in the health care system, self-care, community participation.

INTRODUCCIÓN

Se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".¹ El derecho a la salud ha sido refrendado internacionalmente por más de cincuenta instrumentos jurídicos y políticos de alto nivel. Fue consagrado por primera vez en la Constitución de la OMS, donde se reconoce además que "...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".¹ Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) establece que «...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar".²

Reconocer la salud como un derecho humano, implica para los estados la obligación de garantizar mediante un conjunto de mecanismos sociales normas, instituciones, leyes y un entorno propicio el disfrute de este derecho, traducido para los gobiernos en tres tipos de obligaciones: a) obligación de respetar, b) obligación de proteger y c) obligación de cumplir.³

Mientras la idea de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ha demostrado su valor ético y práctico al tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, aplicación, supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros), que guarden relación con la

salud, en los últimos años varios autores han llamado la atención sobre cómo a fuerza de mencionar el derecho a la salud de modo reiterativo se olvida con frecuencia que, si bien todo individuo tiene derecho a que el estado adopte medidas que vayan en beneficio de su salud, al propio tiempo se le debe educar en el deber de actuar en su vida cotidiana de modo que su comportamiento no resulte nocivo para otros.⁴⁻⁷

Temas como el papel del respeto a la libertad y la autodeterminación de los individuos, y las medidas coercitivas emprendidas por los estados para proteger y promover la salud colectiva, la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud, o la salud derecho y deber ciudadano, han ido ganando espacio en los debates que se generan en torno a las propuestas de reformas constituyentes y en el campo de la Salud Pública en varios países de América y el resto del mundo.⁸⁻¹⁸

De esta forma, mientras la protección de la salud como un derecho humano se encuentra consagrada en 19 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela), las Cartas Magnas de Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras, Perú, Uruguay y Venezuela contemplan, además, explícitamente el deber de los individuos de participar activamente en la promoción y defensa del derecho a la salud y la preservación del ambiente. En otras se hace explícita la obligación por parte de los ciudadanos de cumplir ciertas medidas sanitarias, de saneamiento y de socorro, o no abandono a menores de edad, ancianos, enfermos y otros grupos vulnerables.

Cuba, con un modelo de desarrollo de carácter socialista, ratifica la salud como un derecho de todos los ciudadanos y es una responsabilidad y prioridad del estado. La Constitución de la República de Cuba, en su capítulo VII correspondiente a los derechos, deberes y garantías fundamentales de los que goza un ciudadano cubano, plantea:

Artículo 50: Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El estado garantiza este derecho:

- con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado;
- con la prestación de asistencia estomatológica gratuita;
- con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.¹⁹

De igual forma, la Ley de la Salud Pública²⁰ y su reglamento anexo, al sentar las premisas jurídicas para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud en Cuba, aseguran el cumplimiento de este derecho. Sin embargo, el enfoque de la salud como deber se abre paso muy lentamente en el país.

En momentos en que Cuba se aboca a una actualización de su modelo económico social²¹ y en el ámbito sanitario, y se desarrolla un proceso de transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública,²² se consideró oportuno y necesario publicar los resultados de una indagación realizada a la población de un área de salud acerca de su percepción sobre la existencia de deberes en el cuidado a la salud

individual y colectiva, una propuesta de posibles deberes y una evaluación de la disposición de la comunidad para cumplirlos.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal de enero a junio de 2009 en el área de salud del policlínico docente comunitario "Ángel Machaco Ameijeiras", del municipio Guanabacoa, en la provincia de La Habana.

El universo de estudio estuvo formado por los 21 326 habitantes con edad igual o superior a los 18 años, residentes en los Consejos Populares D´Beche Nalón y Mañana Habana Nueva, atendidos por 47 Consultorios Médicos de la Familia (CMF). Se diseñó un muestreo no probabilístico, polietápico, en tres fases: consultorios, familias, integrantes.

Criterios de inclusión: individuo que al momento de ser encuestado sea mayor de 18 años de edad y que no se encuentre mentalmente incapacitado para responder.

Criterios de exclusión: aquellos que no cumplan los requisitos anteriores o que no se encuentren en la vivienda o no sean localizados en el momento de realizar la encuesta.

Se utilizaron tres técnicas cualitativas básicas:

- Revisión documental.
- Grupos nominales: se realizaron tres sesiones con los integrantes de las 6 familias pertenecientes a los tres CMF seleccionados para este fin en el muestreo. Para llegar al consenso final en la propuesta de deberes, cada participante asignó una puntuación de 0 puntos (no apropiado) a 10 (muy apropiado) para cada uno de los deberes propuestos. Finalmente se aceptaron los deberes con una puntuación promedio igual o mayor que siete.
- Entrevistas, personal y privada, a los integrantes de las familias, realizadas en horarios no laborables de 5:00 a 8:00 pm para asegurar la estancia en el hogar de la mayor cantidad de integrantes en la familia. Las respuestas obtenidas fueron recogidas en un diario de campo. Cada una de las variables fue descrita según su naturaleza y en las cualitativas se realizó el análisis de contenido.

Para el procesamiento y análisis de la información se usaron medidas según la naturaleza de las variables, como cálculos de frecuencias absolutas y las relativas en porcentajes. La disposición al cumplimiento de deberes se evaluó mediante una escala Likert y podía tomar los siguientes valores: totalmente dispuesto (5 puntos), dispuesto (4-4,9 puntos), parcialmente dispuesto (3-3,9 puntos), poco dispuesto (2,9 puntos) y no dispuesto (1,9 punto). El nivel de disposición final de cada deber se calculó según el valor promedio de los puntos obtenidos en la escala Likert y se valoró teniendo en cuenta la escala anterior.

RESULTADOS

En los grupos nominales participaron 24 de 28 personas seleccionadas, para un nivel de respuesta de 87,3 %. Predominaron el sexo femenino (55,5 %), las edades entre 30-39 años (83,3 %) y las amas de casa (44,4 %). Los principales resultados obtenidos de la discusión en estos tres grupos nominales se muestran a continuación:

- El Estado no es único con obligaciones en el cuidado de la salud. Los individuos son corresponsables del cuidado de su salud propia y de la salud de quienes le rodean, en tanto sus actuaciones impactan en la situación de salud de una población.
- Es justo exigir a los individuos que cumplan con ciertas normas de conducta para hacer efectiva esta responsabilidad, fundamentalmente en sus aspectos preventivos, aun cuando implique cierta pérdida de autonomía.
- La pérdida de ciertos grados de autonomía en beneficio del bien común se justifica éticamente al entender que en términos poblacionales todos tenemos la responsabilidad solidaria de cuidar la salud propia y la salud colectiva.
- El reconocimiento de la autorresponsabilidad y el autocuidado como deberes para el cuidado de la salud no puede ser analizado sin evaluar el grado en que el estado ha cumplido sus obligaciones con respecto al derecho a la salud en su más amplia concepción.

La propuesta de deberes ciudadanos para el cuidado a la salud, consensuada y aprobada por los 24 participantes en los tres grupos nominales, fue la siguiente:

A) Deberes relacionados con la responsabilidad individual (autocuidado).

- 1) Procurar formas sanas de recreación.
- 2) Mantener una dieta balanceada.
- 3) Mantener una adecuada higiene corporal.
- 4) Mantener una adecuada higiene bucal.
- 5) Abstenerse de practicar hábitos tóxicos.
- 6) Practicar ejercicios físicos.
- 7) Realizarse exámenes para la detección temprana de signos y síntomas de enfermedades.
- 8) Buscar atención médica oportuna.
- 9) Practicar sexo seguro y/o protegido.

B) Deberes relacionados con la responsabilidad de proteger la salud colectiva.

- 1) Desechar de forma adecuada la basura.
 - 2) Acatar las medidas de aislamiento y/o cuarentena que sean indicadas por el personal sanitario.
-

- 3) Informar nuestro estado o condición de salud a personas que por el tipo de contacto que mantienen nosotros se expongan al riesgo de contraer enfermedades transmisibles.
- 4) No emitir ruidos innecesarios ni escuchar música en niveles que sean molestos para otras personas que se encuentran alrededor.
- 5) No practicar hábitos tóxicos en presencia de otros sin previa autorización de estos.
- 6) Ejecutar en el interior de cada hogar medidas higiénicas útiles en la prevención y/o eliminación de enfermedades.

Los participantes en uno de los tres grupos consideraron como un deber la responsabilidad de los cuidadores de atender correctamente la salud de las personas a su cargo, pero no se logró consenso en definir esa propuesta y, por tanto, no se incluyó en el listado final de los deberes.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Las 80 familias seleccionadas contabilizaban un total de 266 individuos de los cuales se entrevistaron 168 (65,1 %), pues fueron excluidos 50 menores de 18 años (18,7 %), 22 personas consideradas mentalmente incapacitadas (8,3 %) y 26 miembros de la familia que no estuvieron presentes al momento de realizar la entrevista (9,8 %).

Se pudo comprobar que predominaron las familias nucleares integradas por 2 o 3 individuos, con un tamaño promedio de tres individuos por familia (tabla 1). Predominaron el sexo femenino (53,6 %), las edades entre 40-49 años (24,4 %), la escolaridad de preuniversitario (47 %) y las personas con vínculo laboral dentro del sector estatal (44,6 %).

DEFINICIÓN DE SALUD DE LOS ENTREVISTADOS

La tabla 2 muestra las respuestas ofrecidas por los entrevistados al solicitarles definir con una breve frase qué significa para ellos la salud. Como se observa, el 54,2 % percibió la salud como ausencia de enfermedad, al equipararla, en primer lugar, con el hecho de "no estar enfermo". El 41 % asoció la salud con un estado de bienestar, ya que para ellos tener salud es "sentirse bien" y "tener buena alimentación". Para un 8 % de los encuestados la salud presupone algo valioso al mencionar que es «lo más importante», "lo primero que hace falta", ya que "sin salud no hay nada" y esta es la que "te permite hacer otras cosas".

Tabla 1. Descripción de la población entrevistada

Variable	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Tamaño de las familias según número total de miembros		
1 miembro	26	32,5
2 a 3 miembros	48	60
4 a 5 miembros	2	2,5
6 o más miembros	4	5
Sexo		
Masculino	78	46,4
Femenino	90	53,6
Edad		
Menos 20 años	6	3,6
20-29	28	16,7
30-39	28	16,7
40-49	41	24,4
50-59	25	14,8
60 y más	40	23,8
Escolaridad		
Primaria terminada	29	17,3
Secundaria	23	13,7
Preuniversitario	79	47,0
Técnico medio	10	6,0
Obrero calificado	6	3,6
Universitario	21	12,5
Ocupación		
Trabajador estatal	29	17,3
Estudia	23	13,7
Ama de casa	79	47,0
Jubilado	10	6,0
Desempleado	6	3,6

RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD DE TODOS CON EL CUIDADO DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

Ante la siguiente proposición: "...las personas tienen la responsabilidad y el deber de cuidar de su salud propia y la de las personas que lo rodean", se solicitó a los entrevistados que respondieran totalmente de acuerdo o en desacuerdo. Los resultados de esta pregunta se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Reconocimiento de la responsabilidad de autocuidado y de proteger la salud comunitaria

Edad	#	Sí		No	
		#	%	#	%
Menos 20 años	6	6	100,0	0	0,0
20-29	28	26	92,9	2	7,1
30-39	28	26	92,9	2	7,1
40-49	41	39	95,1	2	4,9
50-59	25	21	84,0	4	16,0
60 y más	40	33	82,5	7	17,5
Total	168	151	89,9	17	10,1

Es mayoritario (89,9 %) el reconocimiento de los entrevistados, ante la responsabilidad de todos de cuidar de la salud propia y colectiva. Los menores de 20 años aparecen como el grupo de edad que más apoyara esta afirmación (100 %), mientras los entrevistados de 60 años y más constituyeron el grupo con menor aceptación (82,5 %).

DISPOSICIÓN AL CUMPLIMIENTO DE DEBERES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Se solicitó a cada uno de los 151 encuestados que habían respondido positivamente la pregunta, patentizar su disposición para cumplir los deberes relacionados con el cuidado de la salud, que formaron parte de la propuesta consensuadas anteriormente en los grupos nominales. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 4.

En cuanto a los deberes de autocuidado, en ninguno se obtuvo una disposición para cumplirlos superior al 80 % entre los encuestados. Los de mayor porcentaje de aceptación fueron: procurar formas sanas de recreación (79,5 %), mantener una dieta balanceada (78,8 %) y mantener una adecuada higiene corporal (74,8 %). Entre los menos aceptados estuvieron: el deber de realizarse exámenes que permiten la detección temprana de signos y síntomas de enfermedades (34,4 %), de practicar sexo seguro y/o protegido (25,2 %) y se repite el deber de mantener una dieta balanceada (13,9 %).

En el caso de los deberes relacionados con el cuidado de la salud colectiva (tabla 5), entre los más aceptados apareció el deber de desechar de forma adecuada la basura (83,4 %), de acatar las medidas de aislamiento y/o cuarentena que sean indicadas por el personal sanitario (79,5 %) y el deber de informar nuestro estado o condición de salud a personas que por el tipo de contacto que mantienen con nosotros se expongan al riesgo de contraer enfermedades transmisibles (74,8 %).

Las figuras 1 y 2 muestran los niveles de disposición al cumplimiento de los deberes propuestos de acuerdo con el promedio obtenido en la ponderación cuantitativa de la escala Lickert. De acuerdo con estos gráficos, dentro de los deberes de autocuidado los de mayor disposición a su cumplimiento fueron procurar formas sanas de recreación y mantener adecuada higiene bucal, ambos con 4 y 5 puntos, mientras realizarse exámenes para la detección temprana de signos y síntomas de enfermedades obtuvo la menor puntuación ponderada (3,3 puntos). En los deberes relacionados con el cuidado de la salud colectiva el valor máximo fue obtenido por desechar de forma adecuada la basura, y la menor puntuación correspondió a

ejecutar en el interior de cada hogar medidas higiénicas útiles en la prevención y/o eliminación de enfermedades transmisibles.

DISCUSIÓN

Los encuestados en la comunidad sujetos de estudio definieron la salud utilizando un amplio rango de expresiones, lo cual confirma un presupuesto escasamente reconocido: la individualidad de la representación social de la salud. Sin embargo, las respuestas estuvieron en su mayoría enmarcadas en una visión negativa de la salud, la cual definieron como ausencia de enfermedad, lo que resultó algo esperado, y concuerda con hallazgos de otros autores.²³⁻²⁴ Estos resultados sugieren que para la mayoría de la población entrevistada la ausencia de enfermedad constituye aun un elemento fundamental para definir si se es o no saludable.

La no aceptación por una parte de los encuestados de la idea de que todos tienen la obligación de cuidar de la salud propia y colectiva, se relacionaría con lo que *Granda*²⁵ denominó enfermología pública, fenómeno que expone entre sus principales características partir del presupuesto teórico filosófico de la enfermedad para explicar la salud y sobredimensionar el papel del estado como fuerza privilegiada, para asegurar la prevención de la enfermedad invisibilizando los aportes que desde lo individual pueden ser realizados.

Si bien los gobiernos siguen conservando el poder (y deber) de dirigir y regular en términos de salud pública, es difícil imaginar que se realicen progresos significativos si se exonera a las personas de sus deberes a este respecto, aun cuando estos deberes sean éticamente considerados como de beneficencia, mínimos o imperfectos (obligan para siempre; aunque no siempre dependen de la honestidad y el decoro de las personas, están remitidos a la gestión individual, no pueden ser impuestos al conjunto de la sociedad y solo el sujeto puede imponerlos voluntariamente a sí mismo si así lo quiere).⁷

Coincidimos con *Villarreal* cuando plantea que en las actuales circunstancias se impone «...superar la resistencia al deber que puede experimentar el paciente al suponer que su salud le pertenece y por tanto es solo él quien debe decidir acerca de cuál será el grado de compromiso que establezca con el sistema sanitario, acercándose y alejándose cuando le parezca, siguiendo o abandonando el consejo o la terapia, favoreciendo o entorpeciendo el éxito de las intervenciones que (con el propósito de asegurar la salud pública) se realizan». *Villarreal* afirma además que "... la noción del deber (en salud) solo puede surgir en una persona que ha sido educada en un marco de relaciones sustentadas en la confianza, en el placer de la responsabilidad, de la auténtica convivencia y la recíproca entrega de los seres humanos; en una persona que, incluso al adquirir en contra de su voluntad la calidad de paciente, continúe sintiéndose integrada a la totalidad de su vida".⁷

Cuba constituye un ejemplo de lo que algunos autores denominan la producción social de salud, pues la salud en Cuba está determinada por la voluntad política, la acción intersectorial y el diseño de políticas sanitarias basadas en la reorganización de los servicios de salud y el desarrollo permanente de su capital humano, además de otros muchos factores que al actuar de manera individual o combinada, se asocian con el estado de salud de la población.²⁶ En las distintas etapas por las que ha transitado el Sistema Nacional de Salud, el estado y el gobierno han propiciado la adopción y el desarrollo de diversas alternativas y propuestas de participación comunitaria en salud a todos los niveles. Sin embargo, el tema de los deberes ciudadanos en el cuidado de la salud ha sido poco abordado, lo que nos permite afirmar que aun quedan reservas en los niveles de participación comunitaria en salud.²⁷

En documentos programáticos de la salud pública cubana que han sido elaborados en la última década^{22,28} se recoge la necesidad de fortalecer los mecanismos de participación comunitaria en pos de la salud de la población, mediante acciones de promoción y prevención que vayan dirigidas a lograr las metas trazadas para el 2015. Para que esta participación pueda alcanzar niveles superiores, es necesario incorporar en las estrategias de promoción de salud, la educación de la población para lograr una verdadera y arraigada autorresponsabilidad que sirva de base para el tránsito hacia modalidades de participación comunitaria donde la asunción de deberes ciudadanos para el cuidado de la salud resulte una clara expresión del fomento de valores como la solidaridad y la responsabilidad.

La propuesta de deberes elaborada y consensuada en esta investigación mediante la participación directa de la población y las técnicas de grupo focal, y posteriormente avalada su disposición al cumplimiento mediante encuesta, es en nuestro criteriototalmente coherente con los objetivos y acciones presentadas en el documento "Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública". La introducción de los deberes ciudadanos para el cuidado de la salud como un elemento más de la cultura participativa de la sociedad cubana resulta esencial para que propuestas como las contenidas en las "transformaciones necesarias" puedan ser viables. No hay dudas de que cuando los individuos participan con autorresponsabilidad en la cogestión de problemas de salud, mediante la práctica de deberes relacionados con la responsabilidad de autocuidado y deberes relacionados con el cuidado de la salud colectiva, adquieren mayor poder de decisión sobre sus vidas; confían más en sí mismos y se fortalece su autoestima y su autonomía. A su vez para el Sistema Nacional de Salud esto redundaría en una mayor eficacia y sostenibilidad de las políticas públicas saludables y permitiría avanzar aún más en el logro de consensos y el desarrollo de normas legales basados en el concepto de "salud en todas las políticas", al fortalecer el papel de cada individuo en la búsqueda de un ideal de salud y vida apropiado.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dado que se realizó un muestreo no probabilístico, los resultados obtenidos en esta investigación no pueden ser extrapolados a otras poblaciones. El listado de deberes resultado de este estudio representa solo una primera aproximación al tema y no una propuesta formal, pues aun no emitieron sus opiniones los expertos del sector salud, los funcionarios del gobierno y los miembros del cuerpo legislativo, cuya experiencia sin dudas enriquecería el debate.

CONCLUSIONES

Existe el reconocimiento por parte de la población de la responsabilidad compartida en el cuidado de la salud. La elaboración de una propuesta de 15 deberes ciudadanos para el cuidado de la salud, realizada por los residentes en esa área, es relevante.

Todos se identifican con medidas preventivas bien conocidas, aunque no siempre aceptadas; de ahí que se valoren como deberes contrapuestos al derecho a la salud que saben reconocido. Existe coherencia entre la propuesta de deberes ciudadanos para la salud y los objetivos y acciones de las transformaciones necesarias y específicas, por lo que se destaca la necesidad de continuar las transformaciones que lleva a efecto el sistema de salud y de incluir el desarrollo de la participación comunitaria y la autorresponsabilidad mediante el cumplimiento de deberes ciudadanos para la preservación y conservación de la salud.

Agradecimientos

Los autores de este artículo deseamos expresar nuestro explícito agradecimiento al MSc. *Adolfo Álvarez Pérez* por su importante colaboración, pues sus comentarios y apoyo bibliográfico constituyeron, sin duda, sustanciales aportes e incrementaron la calidad de esta propuesta final. También deseamos agradecer a las doctoras *Annia Lemus* y *María Esther González*, directora y subdirectora de Higiene y Epidemiología, respectivamente, del policlínico «Ángel Machaco Ameijeiras», su apoyo para la realización de esta investigación, y a los equipos básicos de salud y la población de los CMF incluidos en el estudio, pues sin su apoyo resultaría imposible la realización de este empeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS [Internet]. 2006 [citado 29 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York: Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas [Internet]. 2012 [citado 29 marzo 2012]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml
3. World Health Organization. The Right to Health. Fact Sheet No. 31. Spanish. Geneva: OHCHR/WHO [Internet]. 2008 [cited 2012 Mar 29]. Available from: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>/http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Factsheet31sp_2.pdf
4. Valtueña JA. La salud: derecho, deber u obligación perentoria. *JANO*. 2005;69(1):10-1.
5. Rothstein MA. The future of Public Health. *AJPH* [Internet]. 2012 [cited 2012 Mar 29];2(1):9. Available from: http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/11/00_Rothstein.pdf
6. Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2003 [citado 29 de marzo de 2012];19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100011&lng=es
7. Villarroel Soto R. Bioética y reciprocidad en el reconocimiento de derechos y deberes. *Act Bioet*. 2009;15(1):79-86.
8. Allen M. Is liberty bad for your health? Towards a moderate view of the robust coequality of liberty and health. *Publ Heal Eth*. 2012;4(3):2608.
9. Powers M, Faden R, Saghai Y. Liberty, mill and the framework of public health ethics. *Publ Heal Eth*. 2012;5(1):615.
10. James Wilson J, Dawson A. Giving liberty its due, but no more: trans fats, liberty and public health. *Am Jour Bioet*. 2010;10(3):34-6.

11. Overs Ch, Hawkins K. Can rights stop the wrongs? Exploring the connections between framings of sex workers' rights and sexual and reproductive health. *Internat Heal Hum Rights* [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 29];11(Suppl. 3):S6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/S3/S6>
12. Framing rights and responsibilities: accounts of women with a history of AIDS activism. MacGregor H, Mills E. *Internat Heal Hum Rights* [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 29];11(Suppl. 3):S7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/S3/S7>
13. Sugarman J. Implications of universal screening for HIV infection. Ethical concerns must be considered and sound practices adopted. *BMJ*. 2013;346:2957.
14. Zia Sadique M. Individual freedom versus collective responsibility: an economic epidemiology perspective. *Emerg Them Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2012 Mar 29];3:12. Available from: <http://www.ete-online.com/content/3/1/12>
15. Ashcroft R. Individual freedom versus collective responsibility: an ethicist's perspective. *Them Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2012 Mar 29];3:11. Available from: <http://www.ete-online.com/content/3/1/11>
16. Looker KJ, Hallett TB. Individual freedom versus collective responsibility: too many rights make a wrong? *Emerg Them Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2012 Mar 29];3:14. Available from: <http://www.ete-online.com/content/3/1/14>
17. Salmon DA, Omer SB. Individual freedoms versus collective responsibility: immunization decision-making in the face of occasionally competing values. *Emerg Them Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2012 Mar 29];3:13. Available form: <http://www.ete-online.com/content/3/1/13>
18. Tafuri S, Martinelli D, Caputi G, Arbore A, Germinario c, Prato R. Italian healthcare workers' views on mandatory vaccination. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2009 [cited 2012 Mar 29];9:100. Availble from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/100>
19. Constitución de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba. Publicación Digital*. La Habana: Ministerio de justicia [Internet]. 2008 [citado 29 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/constitucion_de_la_republica.html
20. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41 de Salud Pública. Agosto 15, 1983. La Habana: Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba [Internet]. 2013 [citado 29 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.parlamentocubano.cu/index.php /labor-legislativa/leyes/257-ley-no-41-salud-publica.html>
21. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. La Habana: PCC 2011 [citado: 25 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/secciones/6to-congreso-pcc/FolletoLineamientosVICong.pdf>
22. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública. La Habana: Repositorio Infomed [Internet]. 2010 [citado: 25 de septiembre 2011]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>

23. Amable Ambrós ZM, Peña Gácita M, Cabrera Matamoros R, Clarke Columbié CS. Hacia una ruta de salud. La Habana: Universidad de La Habana/Centro de Estudio de Bienestar y Salud Humanos [Internet]. 2012. Disponible en <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Zoraida1.pdf>
24. Garrido Amable G. El enfoque sanológico en la construcción de la salud en la edad escolar [Trabajo para optar por el Título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina «10 de Octubre» [Internet]. 2002. Disponible en <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/tesis7.pdf>
25. Granda E. ¿A que llamamos salud colectiva hoy? Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2004 [citado: 25 de septiembre 2011];30(3):148-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Álvarez Pérez A, Luis González IP, Rodríguez Salva AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, Pol De Vos, Patrick Van der Stuyft. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado: 25 de septiembre 2011];48(2):204-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es
27. Luis González IP, Martínez Calvo S, Álvarez Pérez AG. Community Engagement, Personal Responsibility and Self Help in Cuba's Health System Reform. MEDICC Review [Internet]. 2012 [cited 2013 Ene 13];14(4):44-7. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=22&id=279&a=va>
28. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

Recibido: 12 de enero de 2013.

Aprobado: 6 de marzo de 2013.

MSc. *Isabel Pilar Luis González*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Calle Infanta No. 1158 e/ Clavel y Llinás. Municipio de Centro Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: isapi@inhem.sld.cu; isabelpl@infomed.sld.cu