

Incorporación de los deberes ciudadanos para el cuidado de la salud en las transformaciones necesarias del sistema nacional de salud.

AUTORES

Isabel Pilar Luis González¹, Silvia Martínez Calvo², Adolfo Álvarez Pérez³

¹ Máster en Bioética. Especialista de I grado en Higiene y Epidemiología. Licenciada en Enfermería. Aspirante a investigador. Profesor asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

² Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora e Investigadora de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

³ Máster en Salud Pública. Especialista en Salud Internacional OPS/OMS. Licenciado en Biología. Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

Correspondencia al autor

Isabel Pilar Luis González. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta No.1158, e/ Llinás y Clavel, Centro Habana, La Habana. CP 1300, Cuba. Teléfono: 8705723 e-mail: isapi@inhem.sld.cu; isabelpl@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción. En el año 2010, se iniciaron un grupo de transformaciones en el sistema nacional de salud, con el propósito de mantener y mejorar el nivel de salud de la población y responder a los nuevos retos y demandas del sector. Las políticas y estrategias de promoción de salud que se establezcan en este proceso de transformaciones, estimularán la participación comunitaria enfocada hacia la autorresponsabilidad y el cumplimiento de deberes ciudadanos para el cuidado de la salud. **Objetivo:** contribuir al desarrollo de las transformaciones necesarias con una propuesta de incorporación de los deberes ciudadanos para el cuidado de la salud. **Método:** se describen los principales resultados de una investigación comunitaria relacionada con la “Percepción ciudadana sobre los deberes de salud”, para identificar sus vínculos con “Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública en Cuba”. **Resultados:** los 151 entrevistados reconocen que se cumple su derecho a la salud e identificaron 15 deberes para la salud; sobre el autocuidado, no se sobrepasó el 80% de cumplimiento y entre los deberes relacionados con la salud colectiva fueron prioritarios los relacionados con la salud ambiental. Existió coherencia entre la propuesta de deberes

ciudadanos para la salud y los objetivos y acciones de las transformaciones necesarias y específicamente, con el objetivo primario de preservar y mejorar los resultados de salud alcanzados en el país. **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.

INTRODUCCIÓN

Es indudable que los indicadores nacionales alcanzados durante los últimos 54 años traducen la prioridad que otorgó el Estado cubano al cumplimiento de sus responsabilidades y obligaciones relacionadas con el derecho a la salud. Considerada la salud como un producto social su conservación no se logra solamente cuando los Estados cumplen sus obligaciones de respetar, proteger y hacer cumplir este derecho. Para lograr la eficacia y sostenibilidad de las políticas públicas saludables resulta imprescindible fomentar la creación de alianzas con múltiples actores y la más activa participación de los individuos y las comunidades en el cuidado y protección social de la salud.

Con estas premisas, durante el año 2010, en el sistema de salud cubano se inició un proceso de reforma sectorial sustentado en “transformaciones necesarias”, con el propósito de mantener y mejorar los niveles de salud de la población cubana y responder a los nuevos retos derivados de su situación de salud y las demandas del propio sector. Entre las principales acciones a desarrollar con las transformaciones, está la reorganización, compactación y regionalización de los servicios. Ante la oportunidad que ofrecen estas transformaciones, se consideró oportuno y necesario, proponer la incorporación en las políticas y estrategias que se establecen para la promoción y la educación para la salud, de un renovado enfoque de la participación comunitaria, con prioridad para la autorresponsabilidad, el autocuidado y el cuidado de la salud colectiva, traducidos en deberes para el cuidado de la salud.

OBJETIVOS

Contribuir al desarrollo de las transformaciones necesarias con una propuesta de incorporación de los deberes ciudadanos para la salud

METODOLOGÍA

Se describen los principales resultados de una investigación descriptiva de corte transversal realizada de Enero a Junio del 2009 en el área de salud del Policlínico Docente Comunitario “Ángel Machaco Ameijeiras” del municipio Guanabacoa, en la actual provincia de La Habana y se analiza su posible vinculación con los objetivos y acciones transcritos en el documento de trabajo “Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública en Cuba”.

El universo de estudio estuvo formado por los 21326 habitantes con edad igual o superior a los 18 años residente en los Consejos Populares D’Beche – Nalón y Mañana – Habana Nueva, atendidos por 47 Consultorios Médicos de la Familia (CMF). Se diseñó un muestreo 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 3 CMF seleccionados para este fin en el muestreo. Para llegar al consenso final en la propuesta de deberes cada participante una puntuación de 0 puntos (no apropiado) a 10 puntos (muy apropiado) para cada uno de los deberes propuestos. Finalmente se aceptaron los deberes con una puntuación promedio igual o mayor que siete.
- Entrevistas a los integrantes de las familias (actores/informantes claves): personal y privadamente por la autora de la investigación, en horarios no laborables de 5.00 pm 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.

RESULTADOS

Resultados de los grupos nominales

En los grupos nominales participaron 24 de 28 personas seleccionadas, para un nivel de respuesta del 87.3%. Predominó 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 co-responsables 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:

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.

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

Se entrevistaron 168 integrantes de las 80 familias seleccionadas que contabilizaban un total de 266 individuos (65,1%); de estos 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 siendo el tamaño promedio de 3 individuos por familia. Predominó 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%) (Tablas No. 1)

Tabla No. 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

Definición de salud.

La Tabla No. 2 muestra las respuestas ofrecidas por los entrevistados al solicitarles *definir con una breve frase qué significa para usted “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 No. 2: Definición del término salud según criterios de la población entrevistada.

FRASES	#	%
La salud como ausencia de enfermedad	91	54,2
○ No estar enfermo.	58	63,7
○ No padecer enfermedades.	17	18,7
○ No tener limitaciones.	16	17,6
La salud como bienestar	69	41,1
○ Sentirse bien.	23	33,3
○ No tener problemas.	19	27,5
○ Vivir en armonía.	11	15,9
○ Vivir en tranquilidad.	5	7,2
○ Alimentarse bien.	6	8,7
○ Poder hacer lo que uno quiere sin que el cuerpo se oponga.	3	4,3
○ No tener vicios.	1	1,4
○ Mantener buena higiene.	1	1,4
La salud como valor	8	4,8
○ Lo más importante en la vida.	3	37,5
○ Lo primero que hace falta.	2	25
○ Sin salud no hay nada.	2	25
○ Lo que te permite hacer otras cosas.	1	12,5

El derecho a la salud

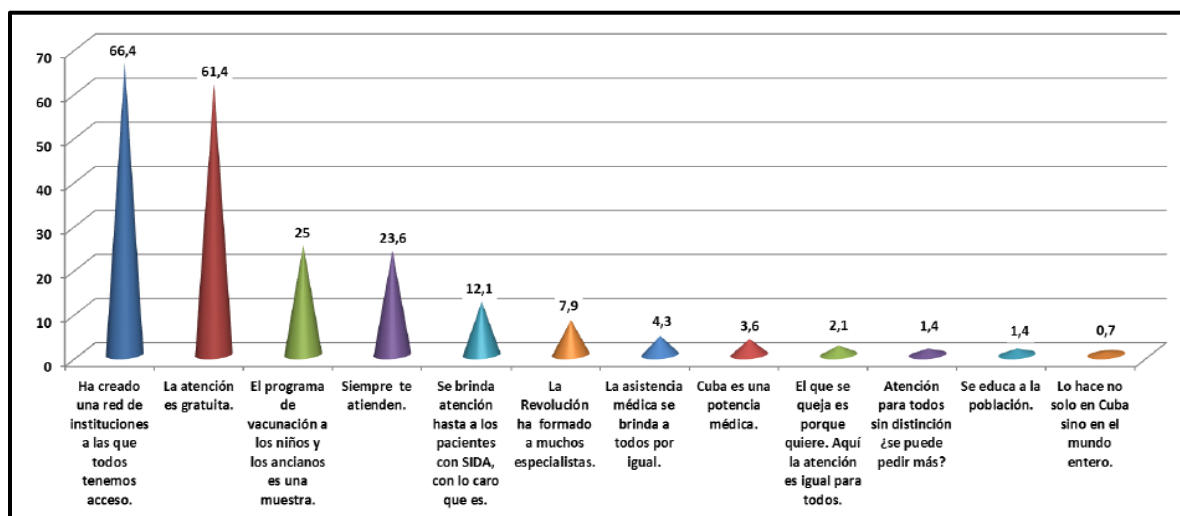
Al interrogar a los encuestados sobre si *considera[ban] que el Estado y gobierno cubano le[s] garantiza el disfrute del derecho a la salud*, el 83.3% de los entrevistados, aseveró tener garantizado ese derecho (tabla No. 8).

Tabla No. 3: Criterios de la población sobre la garantía y limitaciones al disfrute del derecho a la salud.

FRASES	#	%
La salud como ausencia de enfermedad	91	54,2
○ No estar enfermo.	58	63,7
○ No padecer enfermedades.	17	18,7
○ No tener limitaciones.	16	17,6
La salud como bienestar	69	41,1
○ Sentirse bien.	23	33,3
○ No tener problemas.	19	27,5
○ Vivir en armonía.	11	15,9
○ Vivir en tranquilidad.	5	7,2
○ Alimentarse bien.	6	8,7
○ Poder hacer lo que uno quiere sin que el cuerpo se oponga.	3	4,3
○ No tener vicios.	1	1,4
○ Mantener buena higiene.	1	1,4
La salud como valor	8	4,8
○ Lo más importante en la vida.	3	37,5
○ Lo primero que hace falta.	2	25
○ Sin salud no hay nada.	2	25
○ Lo que te permite hacer otras cosas.	1	12,5

Al justificar su respuesta (gráfico No.1), los elementos empleados fueron que “[el estado] ha creado una red de instituciones a las que todos tenemos acceso” (66.4%), donde se brinda “atención gratuita” (61.4%) y “siempre te atienden” (23.6%). Otro grupo ejemplificó la garantía de ese derecho refiriéndose a la existencia de programas como el de vacunación (25%) y la garantía de atención especializada a pacientes infectados o enfermos de VIH – SIDA (12.1%).

Gráfico No. 1: Garantía del derecho a la salud según criterios de la población.

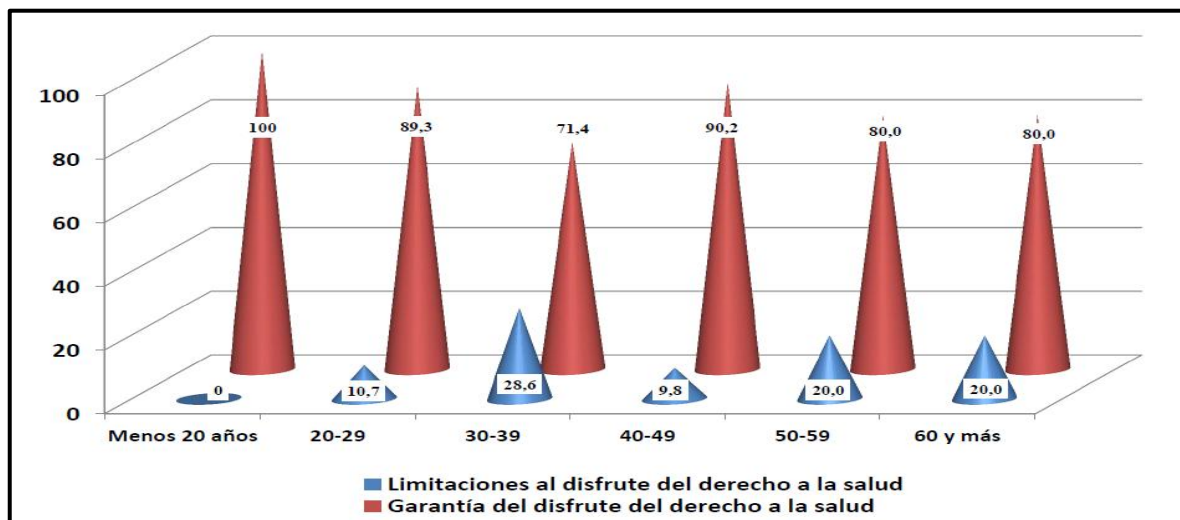


Fuente: Tabla No. 3

En contraposición con lo anterior el 16,7% de los encuestados identificó limitaciones en la garantía de este derecho al argumentar como razones una “baja disponibilidad de médicos” en la Atención Primaria de Salud (35.7%), una “baja calidad de la atención” (25%), marcada fundamentalmente por demoras, falta de higiene o déficit de recursos en las instituciones de salud, así como la imposibilidad de “atenderse donde uno quiera” (14.3%) referido a la regionalización de los servicios (Tabla No. 3).

En todos los grupos de edades predominaron las personas que consideran que el Estado ha cumplido sus obligaciones, pero resulta interesante como los menores de 15 años respondieron positiva y unánimemente a esta pregunta, manifestándose las mayores divergencias en este sentido a partir en el grupo de 30 a 39 años. (Gráfico No. 2)

Gráfico No. 2: Distribución de los criterios de la población sobre la garantía y limitaciones al disfrute del derecho a la salud según grupos de edades.



Fuente: Tabla No. 3

Reconocimiento de la responsabilidad de todos con el cuidado de la salud individual y colectiva.

Ante la siguiente proposición, “...las personas además de tener derecho a la salud poseen la responsabilidad 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 No. 4.

Tabla No 4: Reconocimiento de la responsabilidad de autocuidado y de la responsabilidad de proteger la salud comunitaria.

EDAD	TOTAL	SI		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

Fue mayoritario (89.9%) el reconocimiento de los entrevistados, ante la responsabilidad de todos de cuidar de la salud propia y colectiva. Resultó interesante que los menores de 20 años, aparecen como el grupo de edad que más apoyara esta afirmación (100%) y que los entrevistados de 60 años y más fuera 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 anterior 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. Esta disposición se evaluó mediante una escala lickert y podía tomar los siguientes valores: totalmente dispuesto (5 puntos), parcialmente dispuesto (3 puntos) y no dispuesto (5 puntos). Los resultados obtenidos se muestran en la tabla No. 5.

Tabla No. 5: Disposición al cumplimiento de deberes relacionados con la responsabilidad de autocuidado.

Propuesta de deberes de autocuidado	Totalmente dispuesto		Parcialmente dispuesto		No dispuesto		Aceptación (valor promedio en la escala lickert)
	n=	Media	n=	Media	n=	Media	
	%		%		%		
Procurar formas sanas de recreación	120 (79,5%)	4,0	28 (18,5%)	0,6	3 (2%)	0,0	4,5
Mantener una dieta balanceada	119 (78,8%)	3,9	11 (7,3%)	0,2	21 (13,9%)	0,1	4,3
Mantener una adecuada higiene corporal	113 (74,8%)	3,7	37 (24,5%)	0,7	1 (0,7%)	0,0	4,5
Mantener una adecuada higiene bucal	112 (74,2%)	3,7	36 (23,8%)	0,7	3 (2%)	0,0	4,4
Abstenerse de hábitos tóxicos	107 (70,9%)	3,5	42 (27,8%)	0,8	2 (1,3%)	0,0	4,4
Practicar ejercicios físicos	105 (79,5%)	3,5	40 (26,5%)	0,8	6 (4%)	0,0	4,3
Realizarse exámenes para la detección temprana de signos y síntomas de enfermedades	78 (51,7%)	2,6	21 (13,9%)	0,4	52 (34,4%)	0,3	3,3
Buscar atención médica oportuna	78 (51,7%)	2,6	68 (45%)	1,4	5 (3,3%)	0,0	4,0
Practicar sexo seguro y/o protegido	65 (43%)	2,2	48 (31,8%)	1,0	38 (25,2%)	0,3	3,4

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 No. 6) entre los más aceptados aparecen 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%).

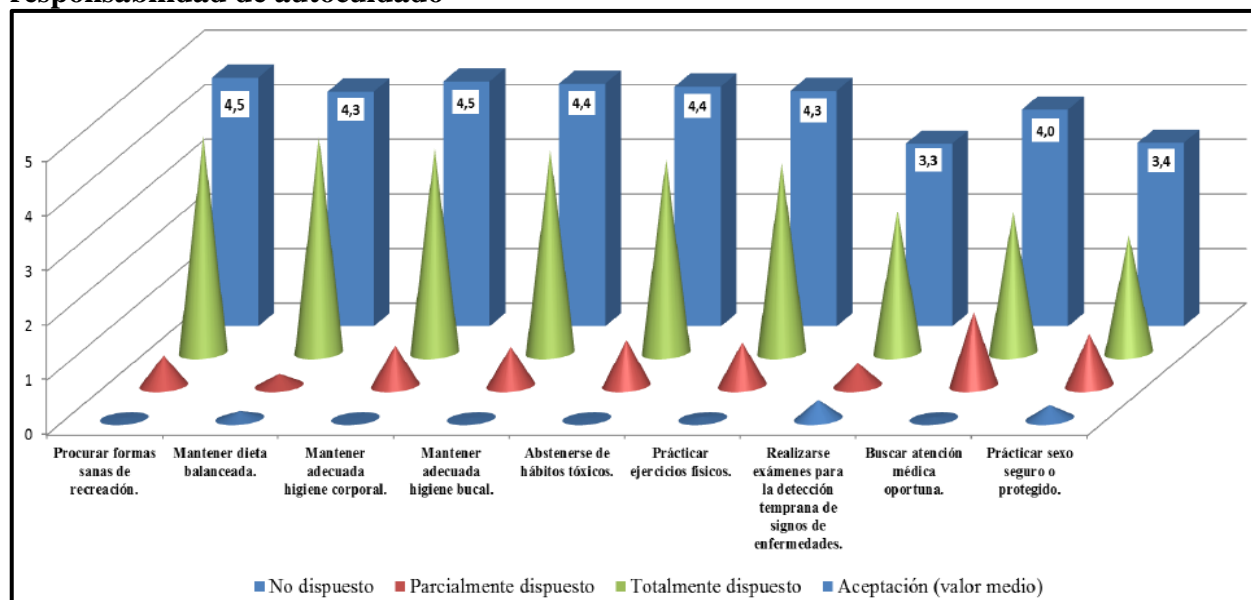
Tabla No. 6: Disposición al cumplimiento de deberes relacionados con el cuidado de la salud colectiva.

Propuesta de deberes relacionados con el cuidado de la salud colectiva.	Totalmente dispuesto		Parcialmente dispuesto		No dispuesto		Aceptación (valor promedio en la escala lickert)
	n=	Media	n=	Media	n=	Media	
	%		%		%		
Desechar de forma adecuada la basura.	126 (83,4%)	4,2	23 (15,2%)	0,5	2 (1,3%)	0,01	4,6
Acatar las medidas de aislamiento y/o cuarentena que sean indicadas por el personal sanitario.	120 (79,5%)	4,0	19 (12,6%)	0,4	12 (7,9%)	0,08	4,4
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.	113 (74,8%)	3,7	37 (24,5%)	0,7	1 (0,7%)	0,01	4,5
No emitir ruidos innecesarios ni escuchar música en niveles que sean molestos para otras personas que se encuentran alrededor.	106 (70,2%)	3,5	45 (29,8%)	0,9	0 (0%)	0,00	4,4
No practicar hábitos tóxicos en presencia de otros sin previa autorización de estos.	97 (64,2%)	3,2	30 (19,9%)	0,6	24 (15,9%)	0,16	4,0
Ejecutar en el interior de cada hogar medidas higiénicas útiles en la prevención y/o	93 (61,6%)	3,1	36 (23,8%)	0,7	22 (14,6%)	0,15	3,9

eliminación de enfermedades transmisibles.							
--	--	--	--	--	--	--	--

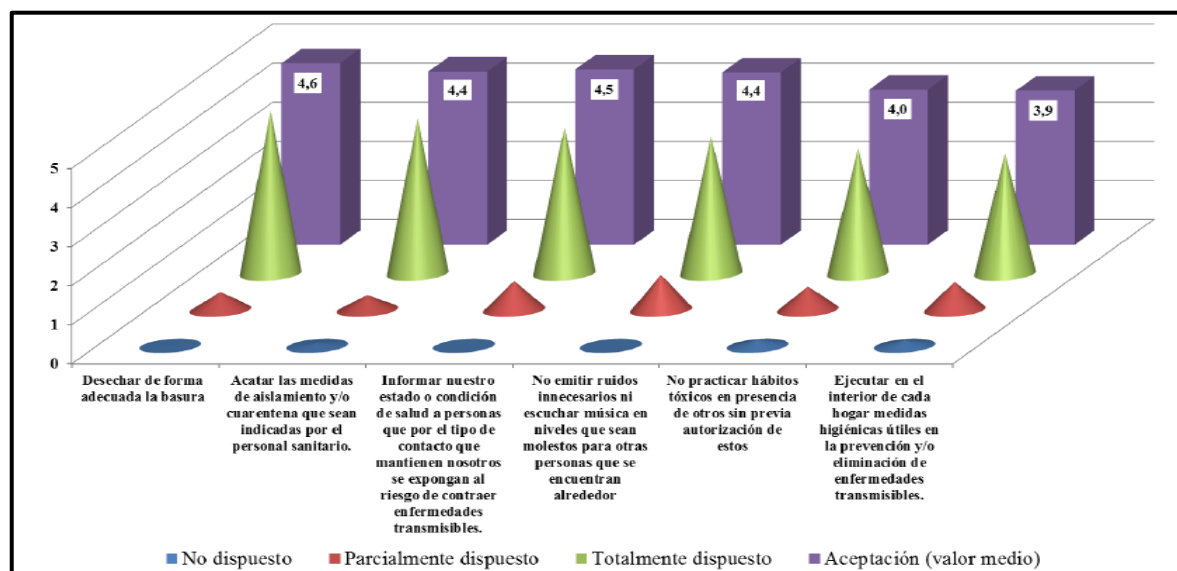
Los gráficos No. 3 y 4 muestran los niveles de disposición al cumplimiento de los deberes propuestos de acuerdo con la ponderación cuantitativa de la escala Lickert. De acuerdo este grafico dentro de los deberes de autocuidado los de mayor disposición total fueron procurar formas sanas de recreación y mantener adecuada higiene bucal, ambos con 4;5 puntos como promedio 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 puntuacion correspondió a ejecutar en el interior de cada hogar medidas higiénicas útiles en la prevención y/o eliminación de enfermedades transmisibles.

Grafico No. 3: Disposición al cumplimiento de deberes relacionados con la responsabilidad de autocuidado



Fuente: Tabla No. 5

Grafico No. 4: Disposición al cumplimiento de deberes relacionados con el cuidado de la salud colectiva.



Fuente: Tabla No. 6

Análisis de los objetivos y acciones de las transformaciones necesarias. Su relación con la participación comunitaria, la autorresponsabilidad y los deberes ciudadanos para el cuidado de la salud

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. 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 aún quedan reservas en los niveles de participación comunitaria en salud.

En los documentos programáticos de la salud pública cubana que han sido elaborados en la última década 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 desde las convencionales modalidades de participación comunitaria en

salud, hacia una participación cada vez más auténtica donde la asunción de deberes ciudadanos para el cuidado de la salud resulte una clara expresión del fomento en la población cubana de valores como la solidaridad y la responsabilidad.

En nuestro criterio, la relación participación comunitaria – autorresponsabilidad es totalmente 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 co-gestión 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.

Conclusiones

Entre los principales resultados de la investigación comunitaria, se encuentra 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, fue realizada por los residentes en esa área, cuya disposición para cumplirlos, fue 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 específicamente, por lo que se destaca la necesidad de continuar las transformaciones que lleva a cabo 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.

Referencias

1. Constitución de la República de Cuba. [publicación en Internet] [citado: 2011 Sept 25]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/constitucion_de_la_republica.html
2. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41 de Salud Pública. Agosto 15, 1983.

3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas Nacionales de Salud Anuario Estadístico de Salud 2010. [publicación en Internet]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
4. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]; 2007, 33(2) [citado: 2011 Sept 25]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu13207.htm.
5. Pagliccia, N, Alvarez Pérez A. The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have a Role? International Journal of Health Services, [revista en la Internet]; 2012, 42 (1): Pages 77–94. Available for: <http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,8,13;journal,2,166;linkingpublicationresults,1:300313,1>
6. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Declaración de Alma Ata. [publicación en Internet]. [citado 2012 Mar 29]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
7. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública. [publicación en Internet]; 2010 Nov [citado: 25 de septiembre 2011]]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>
8. Álvarez Pérez AG, Luis González IP, Rodríguez Salva AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, De Vos P, Van der Stuyft P. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. (Rev Cubana Hig Epidemiol 2010[Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es.
9. Álvarez Pérez AG, García Fariñas Anai, Rodríguez Salvá Armando, Bonet Gorbea Mariano. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2010 Nov 14] ; 45(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es.
10. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud Pública en Cuba para el 2015. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana. 2006.
11. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública. [publicación en Internet]; 2010 Nov [citado: 25 de septiembre 2011]]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>