Descargado el: 11-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Responsabilidad personal con la salud. Conocimientos y percepciones de diferentes actores sociales

Personal Responsibility with Health. Differents Social Actors Knowledges and Perceptions

Isabel Pilar Luis Gonzálvez[1] Yusdany Torres Jiménez[2] Adolfo Álvarez Pérez[3]

[1] Instituto Finlay de Vacunas, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guanabacoa, La Habana, La Habana, Cuba
[3] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Luis-Gonzálvez I, Torres-Jiménez Y, Álvarez-Pérez A. Responsabilidad personal con la salud. Conocimientos y percepciones de diferentes actores sociales. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 11]; 10(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/707

Resumen

Fundamento: el proceso de actualización del modelo económico y social cubano refrenda la necesidad de asegurar el adecuado equilibrio entre las responsabilidades que competen al Estado y al Gobierno y las correspondientes a los individuos. Se ha producido un reposicionamiento del tema de la responsabilidad personal con la salud a nivel nacional, pero se desconoce la representación social de este término en diferentes actores sociales que intervienen en la gobernanza para la salud en el nivel comunitario y local.
Objetivo: explorar los conocimientos y percepciones que poseen diferentes actores sociales de la comunidad sobre la responsabilidad personal con la salud.
Método: se seleccionó una muestra de 385 sujetos del área de salud Andrés Ortiz del municipio Guanabacoa en La Habana mediante criterios probabilísticos y discrecionales, compuesta por profesionales y técnicos del sector de la salud, miembros de organizaciones no gubernamentales, de organizaciones políticas, del gobierno local y de la ciudadanía pertenecientes a tres consultorios de la atención primaria de salud. Se construyeron y validaron instrumentos para la recogida de datos. Se obtuvo la información mediante entrevistas semiestructuradas y encuestas. Se realizó análisis de contenido del discurso y análisis descriptivo de los datos utilizando frecuencias absolutas y relativas.
Resultados: el 100 % de los profesionales y técnicos del sector de la salud, de los miembros del gobierno local, de las organizaciones políticas y de las organizaciones no gubernamentales poseía referencias previas sobre el término, pero solo el 45 % de la ciudadanía había escuchado acerca de él. Las fuentes del conocimiento previo sobre el término difirieron entre los actores sociales. La percepción de que la responsabilidad personal con la salud debe restringirse al autocuidado individual fue mayoritaria principalmente entre la ciudadanía (83,4 %), los representantes de las organizaciones no gubernamentales (78 %), los miembros del gobierno local y dirigentes del sector salud (62,5 %), los técnicos y profesionales de la salud (59 %) y en menor proporción los profesores de ese sector (50 %). El 100 % de los representantes de las organizaciones políticas percibieron que esta responsabilidad debía tener una visión individual.
Conclusiones: existen divergencias en el campo representacional de la responsabilidad personal con la salud entre los diferentes actores sociales consultados. Predominó el entorno discursivo y representacional relacionado con una responsabilidad personal limitada a la salud individual.

Palabras clave: acción intersectorial, participación comunitaria, responsabilidad personal, acción integrada de salud

Abstract

Background: the updating process of the Cuban economic and social model support the need to ensure the proper balance between the responsibilities that concern the State and the Government and those corresponding to individuals. There has been a repositioning of the issue of personal responsibility with health at the national level, but the social representation of this term in different social actors that intervene in health governance at the community level, community and local level, is unknown.
Objective: to explore the knowledge and perceptions that different social actors in the community have on personal responsibility with health.
Method: a sample of 385 subjects from the Andrés Ortiz health area of the Guanabacoa municipality in Havana was selected using probabilistic and discretionary criteria, composed of professionals and technicians from the health sector, members of non-governmental organizations, political organizations, and the government local and citizens belonging to three clinics of primary health care. Instruments for data collection were built and validated. The information was obtained through semi-structured interviews and surveys. Discourse content analysis and descriptive data analysis were performed using absolute and relative frequencies.
Result: the 100 % of professionals and technicians from the health sector, members of local government, political organizations and non-governmental organizations had previous references to the term, but only the 45 % of the public had heard about him. The sources of prior knowledge about the term differed among social actors. The perception that personal responsibility for health should be restricted to individual self-care was the majority mainly among citizens (83.4 %), representatives of non-governmental organizations (78 %), members of the local government and leaders of the health sector (62.5 %), technicians and health professionals (59 %) and, to a lesser proportion teachers in this sector (50 %). The 100 % of the representatives of the political organizations perceived that this responsibility should have an individual vision.
Conclusions: there are differences of opinion in the representational field of personal responsibility with health among the different social actors consulted. The discursive and representational environment predominated, related to personal responsibility limited to individual health.

Key words: intersectoral action, community participation, personal responsibility, integrated health action

Recibido: 2019-03-20 12:12:58
Aprobado: 2020-04-01 16:17:15

Correspondencia: Isabel Pilar Luis Gonzálvez. Instituto Finlay de Vacunas. La Habana. isabelpl@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La salud es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico, lo psicológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica, la realización personal y la colectiva y un indicador del éxito de una sociedad y sus instituciones de gobierno.[1-3] Por ser un derecho humano y un producto social se requiere una buena gobernanza para la salud, traducida como la voluntad y la acción del Estado y de otros actores sociales para fomentar el mayor bienestar posible de las poblaciones, a partir del desarrollo de modelos integrales que incluyan los servicios, las políticas públicas saludables, la acción intersectorial y la participación comunitaria.[4]

La gobernanza para la salud necesita acciones intersectoriales de las instituciones públicas que cumplan con la responsabilidad estatal, pero también de los individuos como expresión de la responsabilidad personal con la salud. Esta responsabilidad personal con la salud ha sido definida para el ámbito cubano como "(...) comprender que los actos individuales tienen consecuencias para la salud propia y colectiva. Implica asumir que ética y moralmente tenemos el deber ciudadano de actuar en la vida cotidiana de modo que nuestro comportamiento no resulte nocivo para el mantenimiento de nuestro bienestar ni el de nuestros semejantes".[4]

Se insiste en el carácter proactivo y reflexivo de la acción responsable.[5] El contenido del término se ha relacionado con un compromiso moral que debe traducirse en el cumplimiento de deberes, sin limitar estos solo a aquellos exigibles por ley.[5,6] Una propuesta de 15 deberes ciudadanos para el cuidado de la salud individual y comunitaria fue presentado para el contexto cubano.[7] A grandes rasgos, esta propuesta ha sido asumida por el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en la atención primaria de salud e incluye desde el desecho adecuado de los residuales sólidos hasta la práctica de ejercicios físicos.[8] La importancia de tomar en cuenta el enfoque de la salud como un derecho humano y el papel de la determinación social como condicionantes de la "libertad de elección" en cuanto a comportamientos saludables, así como las implicaciones éticas de todos estos temas para el diseño de políticas públicas sanitarias, también han sido abordados en artículos previos.[5,7]

La actualización del modelo económico y social cubano requiere equilibrio entre las responsabilidades que competen al Estado, al Gobierno y los individuos, la comunidad, y la familia.[9,10] En consonancia, se ha conformado un escenario que ha favorecido el debate sobre la responsabilidad personal con la salud con énfasis en el discurso de los medios masivos de comunicación (prensa escrita o digital, radio y televisión).[11-17] Representantes del sector salud y otros actores sociales del nivel nacional insisten en que el fomento de la responsabilidad personal con la salud permitiría disminuir los perfiles de riesgos, la morbilidad y la mortalidad asociadas a enfermedades trasmisibles y no trasmisibles.[4,18]

Es la comunidad el lugar donde los individuos se relacionan con su ambiente, transcurren sus vidas y afrontan momentos críticos del desarrollo personal y de sus estados de salud y enfermedad. Por eso las estrategias dirigidas a fomentar la responsabilidad personal con la salud tienen, en la comunidad y en el correspondiente nivel primario de atención, un escenario privilegiado. Sin embargo, no abundan las publicaciones cubanas que *e*xploren la representación social del término que sobre la "*responsabilidad personal con la salud" poseen en el* nivel comunitario representantes de la sociedad civil (ciudadanos y organizaciones no gubernamentales), el gobierno local o los trabajadores de la APS. Todos los anteriormente señalados, son actores sociales por excelencia en la gobernanza en salud a nivel comunitario y local.

Se entiende por representación social las formas del conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes u opiniones, integrados en sistemas de interpretaciones que registran las personas en sus relaciones, que dan sentido a la experiencia, moldean una determinada manera de interpretar la realidad, y establece conductas y un modo de acción dentro de un grupo en un tiempo histórico determinado.[19,20]

Por tanto el objetivo de esta investigación es: explorar los conocimientos y percepciones que poseen diferentes actores sociales de la comunidad sobre la responsabilidad personal con la salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuali-cuantitativo desde enero a diciembre de 2016 en el Área de Salud

Andrés Ortiz, del municipio Guanabacoa. Esta área de salud posee tres Consejos Populares (CP)[a] Hata-Naranjo, Peñalver-Bacuranao y Minas-Barreras. Se seleccionó como unidad de análisis actores sociales que se consideraron relevantes para el tema. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un actor social es "...todo individuo, grupo, organización o institución que actúa en representación de sus intereses con el propósito de realizarlos. Cada actor social en un espacio local ocupa cierta posición, posee poder, capacidad y oportunidad para lograr sus objetivos, dentro de un contexto de relaciones y sistemas complejos de interacciones. Para realizar sus intereses deberá formular propuestas y negociarlas."(21)

Se establecieron cinco grupos de actores sociales:

- Salud (n=51): representado por trabajadores que laboran para el Ministerio de Salud Pública de Cuba (Minsap), institución que tiene a su cargo la rectoría en la prestación de los servicios sanitarios y regula el ejercicio de la medicina y actividades afines fijando sus condiciones, requisitos y limitaciones.(22) El actor salud se subdividió en tres tipos: dirigentes (miembros del consejo de dirección del policlínico, que es la estructura creada en 1984 que acerca los servicios de salud por especialidades a la comunidad con una cobertura de captación de entre 30 000 y 60 000 personas por sus 20-40 consultorios del médico y enfermera de la familia), académicos (profesores universitarios que trabajan en el área de salud) y los técnicos-profesionales (aquellos que ocupan cargos como especialistas o tecnólogos). Se invitó a participar a todos los que cumplían estos criterios. Quedaron incluidos los que aceptaron participar: siete miembros del consejo de dirección, seis profesores universitarios y 38 técnicos–especialistas (17 médicos, 16 licenciados en enfermería y 5 tecnólogos de la salud).
- Organizaciones no gubernamentales (ONG) (n=9): en este estudio se consideró a las ONG cubanas conocidas como organizaciones de masas. Representan a diferentes sectores de la población y sus intereses específicos.(23) Constituyen la vía formal de representación ciudadana en la vida social del país y una forma de organizar y ejercer la participación ciudadana. Quedaron incluidos cinco dirigentes de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y dos dirigentes de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) que representan a esas organizaciones en el área geográfica correspondiente a los consultorios del médico y la enfermera de la familia, seleccionadas (ver más adelante selección del actor ciudadanía). En los CP Peñalver-Bacuranao y Minas-Barreras se incluyó además un representante de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), y en el CP Hata-Naranjo un representante de la Asociación de Hijos de San Lázaro.[b]
- Organizaciones políticas (n=2): representado por el Partido Comunista de Cuba (PCC). Es la organización política que dirige la sociedad y el Estado.(22) Se incluyó un representante de esta organización por cada CP.
- Gobierno local (n=6): articula las propuestas y acciones del resto de los actores sociales a nivel local.(24) Su encargo constitucional es proponer, aprobar, aplicar y controlar la ejecución de políticas públicas a su nivel.(23) En esta investigación se incluyeron a los presidentes y vicepresidentes de dos de los CP y a dos delegados de circunscripción.
- Ciudadanía (n=317): conformado por los ciudadanos cubanos con edad ≥ 20 años y residencia permanente en el área de salud estudiada Se excluyeron los seleccionados previamente para representar a otros actores sociales. Se realizó un muestreo aleatorio simple y polietápico en un consultorio del médico y la enfermera de la familia (CMEF) por cada CP.

Se calculó el tamaño muestral a partir de un universo de 2178 personas. Se utilizó como parámetro a estimar la proporción de población con responsabilidad personal con la salud mediana o alta definiendo la esperada en un 40 %. Se fijó una confiabilidad del 95 % y un error absoluto del 5 %. El tamaño muestral estimado fue de 317 individuos. La selección final de los sujetos a incluir se realizó mediante muestreo aleatorio simple con distribución proporcional al tamaño de los consultorios. Se seleccionaron 153 sujetos del CMEF Nº 4 (48 %), 91 sujetos del CMEF Nº 17 (29 %) y 73 sujetos del CMEF Nº 34 (23 %).

Procedimientos para la elaboración de los instrumentos, la aplicación de las técnicas, la recolección y el manejo de datos:

Se elaboraron dos instrumentos de indagación:

1. Guion para entrevista semiestructurada: dirigido a explorar el conocimiento de una definición del término responsabilidad personal con la salud, la percepción acerca de los niveles de responsabilidad en la población cubana y precisiones sobre el manejo del tema en diferentes espacios de trabajo del Minsap, los órganos del Poder Popular y las ONG´s en el espacio comunitario.
2. Cuestionario para ser aplicado en forma de encuesta (autoadministrada): conformado por 29 incisos distribuidos en tres secciones (1. datos generales, 2. estado de salud y situación económica, 3. conocimientos, actitudes, prácticas de salud, percepción de riesgo y nivel de responsabilidad personal). Contenía cinco preguntas abiertas que exploraban elementos similares a los mencionados anteriormente en el guion de la entrevista.

Ambos instrumentos fueron validados en contenido y apariencia por un grupo de expertos del Programa Nacional de Ciencia e Investigación N° 1 del MINSAP "Determinantes de la salud, factores de riesgo y poblaciones vulnerables." y aplicados en un estudio piloto a técnicos-profesionales de la salud y ciudadanos comunes que residían y trabajaban fuera del municipio Guanabacoa. En el caso del cuestionario para la encuesta se calculó el alfa de Cronbach[25] entre los incisos 16 (antecedentes de salud y riesgos presentes), 20 (percepción de riesgo) y 28 (prácticas de salud y nivel de responsabilidad personal) que arrojó un valor de 0,83 para los ciudadanos y de 0,87 para los técnicos – profesionales de la salud.[26]

Se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada a los dirigentes administrativos y profesores universitarios del actor salud, a los representantes del actor gobierno local, las ONG y las organizaciones políticas. Se encuestó a los técnicos - profesionales de salud y a la ciudadanía. Las técnicas fueron aplicadas por los autores de la investigación previo entrenamiento recibido por sociólogos. La revisión documental fue transversal a todo el proceso de investigación.

Procesamiento, análisis y representación gráfica de los datos

Las entrevistas fueron grabadas en formato digital de audio y transcritas íntegramente. Las encuestas fueron registradas y procesadas en una base de datos (SPSS v. 20). Para realizar la codificación y análisis del contenido del discurso se utilizó el programa QSR Nvivo versión 10 (QSR International Pty LTD, Melbourne, Australia, 2010). La técnica utilizada en el análisis de contenido de los datos fue la de similitud o comparación a partir de su clasificación en categorías de análisis y matrices.[27] Se utilizaron categorías deductivas creadas a partir de las preguntas de investigación. Con el escrutinio interactivo de los datos también se identificaron categorías inductivas para la clasificación de los datos. Se utilizaron dos tipos de triangulación: de información proveniente de los diferentes tipos de actores de salud (matrices) y de investigadores (diferentes perspectivas en el análisis). La representación gráfica de los datos se corresponde con la naturaleza de las variables. En el caso del análisis del discurso se utilizó la visualización mediante una marca de nube, donde se representaron la frecuencia de repeticiones de la categoría (tamaño de la palabra), la asociación entre categorías (mismo color) y el número de vínculos (cercanía espacial). Las palabras ubicadas al centro (mayor tamaño) conforman el núcleo del discurso.[27]

La investigación que da origen a estos resultados fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología Y Microbiología como parte del proyecto sombrilla "Estudio de los determinantes sociales de la salud de la población en municipios seleccionados. Cuba 2010-2016". Se obtuvo el consentimiento informado[28] de todos los sujetos incluidos en el estudio y la autorización de la Dirección Municipal de Salud del Municipio Guanabacoa. La opinión de los sujetos participantes se expuso a título personal y no a tenor de la posición oficial de ninguna de las organizaciones a las que pertenecen. Se respetó la privacidad y la confidencialidad no divulgando la identidad de ninguno de los participantes.

[a] Los Consejos Populares son espacios de concertación donde se dilucidan los problemas de la comunidad incluyendo los de salud, en ellos se constituyen los Consejos Populares por la Salud, órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr la verdadera descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico.

[b] Los Comité de Defensa de la Revolución incluyen a toda la población del país mayor de 14 años de edad siendo la mayor organización de masas del país. Sus misiones están dirigidas a la organización del trabajo comunitario calle a calle. La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) agrupa a las féminas a partir de los 14 años, pero su trabajo va dirigido a la familia en su conjunto. La Asociación Nacional de Agricultores Pequeños agrupa y representa a los campesinos dueños de tierra y sus trabajadores. Estas tres ONG poseen representación a lo largo de todo el país. La asociación religiosa Hijos de San Lázaro agrupa a personas que practican la religión yoruba (de origen africano). pero posee un carácter local limitado al Consejo Popular Hata - Naranjo de Guanabacoa.

RESULTADOS

Conocimiento del término

El 100 % de los representantes del actor salud, el gobierno local, las organizaciones políticas y las ONG reconocieron haber escuchado o leído alguna vez sobre la responsabilidad personal con la salud. En cambio, en la ciudadanía, solo el 45,2 % de los encuestados reportó poseer referencias sobre el tema. (Figura 1).

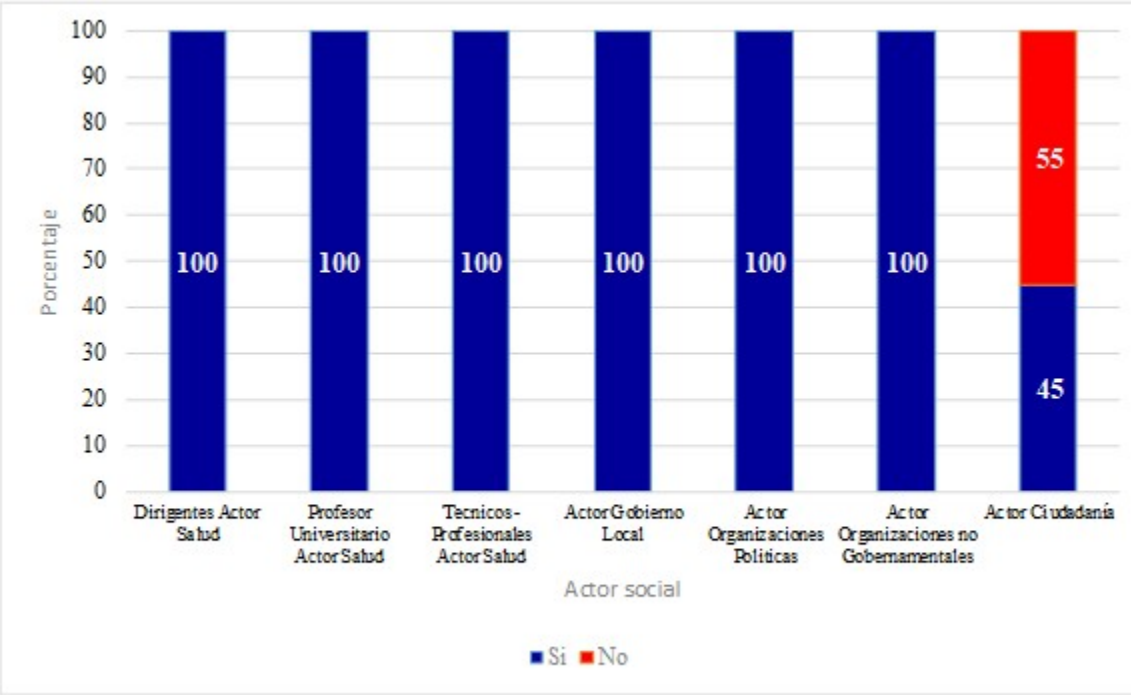


Figura 1. Referencias previas del término responsabilidad personal o con la salud

Las fuentes de estas referencias fueron: a) para el actor salud, las reuniones y debates entre colegas; b) para el actor gobierno local, las reuniones con el actor salud y las sesiones plenarias de la Asamblea Municipal del Poder Popular (AMPP) generalmente asociadas al análisis de temas de participación comunitaria, c) para los representantes de las ONG y organizaciones políticas, las indicaciones recibidas de las estructuras superiores de dichas organizaciones para fomentar la participación comunitaria; d) para la ciudadanía, las reuniones

de vecinos, espacio de concertación de ciudadanos donde su representante ante el gobierno local ofrece información del cumplimiento de las demandas de la colectividad y solicita a los individuos su participación más activa para resolver los problemas que afectan al área.

Uno de los representantes del gobierno local expresó:

"(…) Sobre las responsabilidades de la población se discute en la AMPP sobre todo en la comisión de salud. Fundamentalmente se trata la responsabilidad de la población con el cuidado del ambiente y la higiene. Este es uno de los mayores problemas que tenemos ahora en el municipio, que la gente no se hace responsable ni del cuidado de su patio." (Actor gobierno local, femenino, 45 años).

Sobre el análisis del tema en las reuniones del consejo de dirección del policlínico una de sus representantes manifestó:

"(…) El tema se aborda en el consejo de dirección del policlínico con la visión de la responsabilidad de todos los individuos de la comunidad en torno a la mejora de la salud. Los médicos se quejan de que muchos pacientes no cooperan." (Actor salud, dirigente administrativo, femenino, 50 años).

La totalidad de los sujetos que había declarado tener referencias previas sobre el tema, coincidieron en señalar su desconocimiento sobre la existencia de una definición que aclare que es (o no es) la responsabilidad personal con la salud. Algunos encuestados reflexionaron sobre la complejidad del tema y la necesidad de definir el alcance del término. Este fue el caso de una dirigente administrativa del actor salud.

"Sinceramente no recuerdo si alguien ha definido qué es la responsabilidad personal en salud. ¿Acaso hace falta? Eso te habría dicho hasta ahora; que no era necesario porque la propia palabra lo dice todo. Ahora, con esta entrevista que me estás haciendo me doy cuenta de que no es tan simple. Cualquiera puede decir que es hacer lo que esté al alcance para mantenerse saludable. Esto es algo que todos podemos entender y nadie puede poner objeciones. Pero a la vez de ser simple, es extremadamente complejo. Solo un ejemplo: ¿cómo medimos qué cosas están realmente al alcance o no de las personas de la comunidad? A veces lo que está al alcance no es lo más saludable. Por ejemplo, el alcohol, el tabaco y los cigarros están muy disponibles, accesibles en precio, es lo primero (y a veces la única oferta) en cualquier fiesta popular y de seguro lo que siempre encontrarás en la gastronomía. Todos sabemos que ninguna de estas dos cosas son saludables." (Actor salud, dirigente administrativo, femenino, 45 años).

Dentro de la ciudadanía, este conocimiento previo sobre el tema se distribuyó de forma distinta entre los CMEF incluidos en el estudio no mostrando significación estadística (p=0.193). (Figura 2).

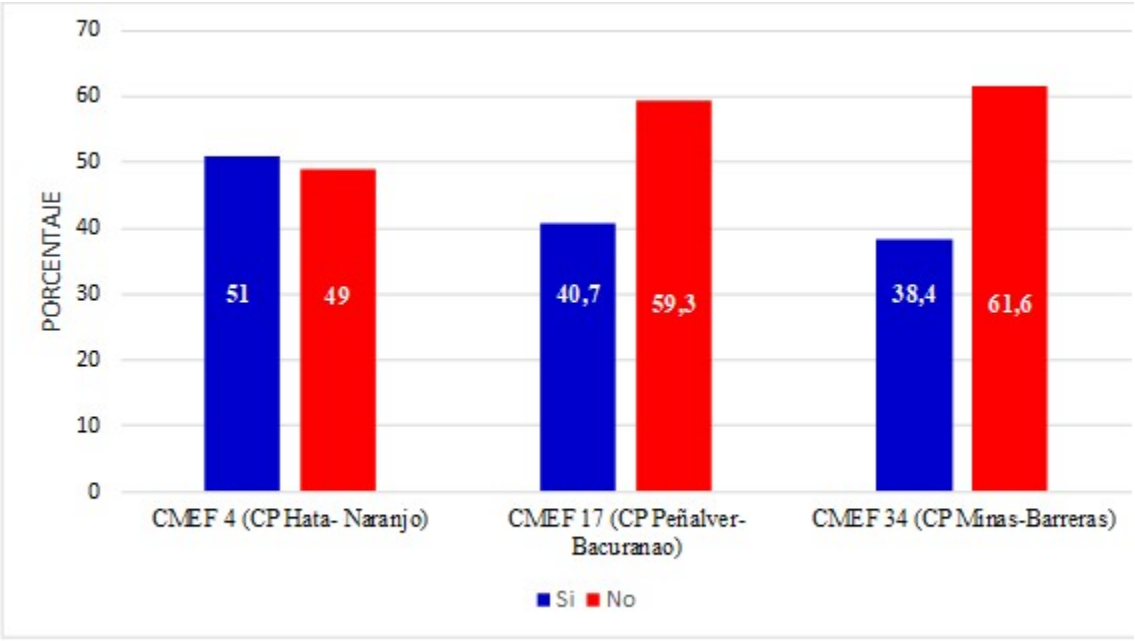


Figura 2. Conocimiento previo del término responsabilidad personal con la salud en la población civil según CMEF

Percepción sobre el término

El 100 % de los sujetos incluidos en el estudio estuvo dispuesto a ofrecer su definición de responsabilidad personal con la salud. Las definiciones ofrecidas denotan la percepción que poseen de esta y pueden resumirse en dos grandes tendencias: los que consideran la responsabilidad personal limitada al autocuidado individual y otros que asocian la responsabilidad personal con una visión ampliada a la protección de la salud comunitaria. (Figura 3).

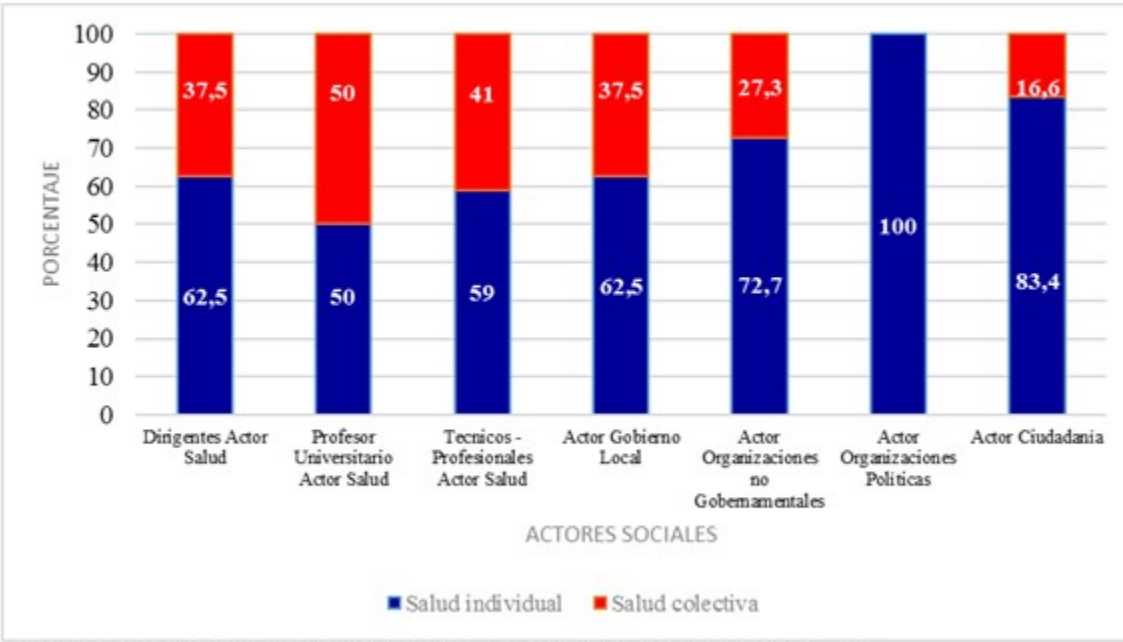


Figura 3. Definición del término responsabilidad personal con la salud según actores sociales

La mayor proporción de los representantes de todos los actores sociales, con la excepción de los profesores universitarios, consideraron que la responsabilidad individual se restringe al autocuidado". Las siguientes afirmaciones son ejemplo de ello.

"(…) yo creo que la responsabilidad personal con la salud se refiere a todo lo que hago yo mismo para cuidar mi salud." (Actor ciudadanía, masculino, 71 años).

"(…) no estoy seguro, pero me parece que la responsabilidad personal es sobre cumplir lo que me indique mi médico para proteger mi salud. Es decir, cumplir con el tratamiento médico y todo lo que él me dice. La responsabilidad personal con la salud, me parece que es lo mismo" (Actor ONG, masculino, 34 años).

"(…) es cuidarse y responder por las acciones que hacemos para cuidarnos nuestra salud." (Actor salud, académico, femenino 52 años).

"Ser responsable con la salud es comportarme bien. Hacer ejercicios, alimentarme correctamente, cumplir los tratamientos médicos. En fin, hacer todas las cosas buenas para mantenerme saludable y no enfermarme". (Actor gobierno, femenino, 42 años).

Entre los profesores universitarios ambas interpretaciones (la restringida al autocuidado y la extendida al cuidado de la salud de otros y de la comunidad) se presentaron con la misma frecuencia.

"Particularmente opino que es muy necesario entender que todos tenemos responsabilidad con la salud, y no solo la nuestra, también la del resto de nuestra familia, nuestros vecinos, nuestros amigos. La verdad es que en salud ese enfoque es hoy más necesario que antes. La sociedad ha cambiado y uno ve cosas que antes no. Por ejemplo, hoy tenemos padres que no se preocupan porque sus hijos se vacunen o hijos que no sostienen a sus padres ancianos enfermos. Eso también es responsabilidad personal, porque es mi responsabilidad". (Actor salud, profesor universitario, masculino, 48 años).

Uno de los profesores universitarios reconoció que el tema de la responsabilidad con la salud no figura explícitamente en los programas de formación de los médicos o los especialistas de Medicina General Integral (MGI), ni se considera habitualmente en la práctica docente, pese a que tendría un espacio como parte de las actividades docentes dedicadas a la promoción de salud.

"(…) el tema a pesar no estar incluido en el programa de formación se aborda en las reuniones de Grupo Básico de Trabajo cuando se habla de promoción para la salud o al orientar a los residentes y especialistas sobre cómo guiar a los pacientes en el autocuidado." (Actor salud, académico, masculino, 58 años).

El análisis de contenido realizado permitió elaborar la una marca de nube que reveló como núcleo central de la representación social del término las palabras responsabilidad, salud, deber, eficacia, legislación, derecho, obligación, participación y empoderamiento además del prefijo -auto. De forma periférica se asocian a estas formando conglomerados, otros términos. Por ejemplo, los elementos asociados a la palabra responsabilidad fueron: salud, deber, empoderamiento, autocuidado, promoción, libertad, actitud, tabacos, estilos, fumar. Igual análisis debe realizarse con los otros términos contenidos. (Figura 4).



Figura 4. Palabras más utilizadas al expresar sus conocimientos y percepciones sobre la responsabilidad personal con la salud

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación confirman la complejidad del tema estudiado. La selección de actores sociales para este estudio concuerda con propuestas anteriores dirigidas a estudiar temas de salud y desarrollo local en Cuba[29-31] y ha mostrado ser pertinente para una visión plural del fenómeno y la identificación de diferencias en la representación social de la responsabilidad personal con la salud entre los actores sociales consultados. La división en tres grupos, utilizada para el actor salud se basó en las propuestas de diferenciación por grupos emergidas de varios estudios de las ciencias sociales que han revelado identidades diferenciadas entre dirigentes, académicos y obreros (en último caso representados en esta investigación por los que simplemente ocupaban cargos como médicos, enfermeros o tecnólogos).[32,33]

Se evidenció que la mayoría de la ciudadanía, en contraposición con el resto de los actores, no poseía referencias previas sobre el tema de la responsabilidad personal con la salud ni conocía ninguna definición sobre esta. Este hallazgo envía a los políticos y decisores varias alertas. Primero, que la representación social que tienen los ciudadanos sobre el tema, no posee como referente teórico una propuesta nacional o internacional que nutra el núcleo figurativo o esencia del concepto. En este sentido existen definiciones interesantes[34-40] que podrían ser tomadas en cuenta a los efectos de marco teórico para desarrollar estrategias en busca de una mayor responsabilidad personal con la salud en la población cubana. No obstante, por la definición propuesta por Luis y cols. en artículos anteriores y previamente referenciada en este estudio fue la utilizada como referente para comparar más adelante las respuestas de los actores consultados.[4-7]

La segunda alerta está relacionada con que los discursos de la prensa, el gobierno local y el sector sanitario sobre la responsabilidad personal con la salud, aún no han calado en la conciencia social colectiva, pues la ciudadanía no refiere escuchar o conocer el término. Los mensajes dirigidos a la población cubana con el objetivo de concientizarla con su responsabilidad personal con la salud, no han mostrado en este caso la efectividad al no dejar una huella en la memoria de la población. Resulta necesario revisar las estrategias comunicacionales implementadas para fomentar una mayor concientización de la población cubana con sus deberes en el ámbito de la salud o los cambios de comportamientos en cuanto a su naturaleza, la intensidad, canales, audiencias y mensajes núcleo. En el caso de las notas periodísticas y promocionales sobre el tema se sugiere además realizar estudios de su contenido. En general resulta escasa en el país la bibliografía científica que detalle o analice estrategias comunicacionales en el ámbito sanitario nacional y entre ella no se han encontrado estudios que hagan referencia al fomento de la responsabilidad personal con la salud. En cualquier caso, una estrategia comunicacional diseñada para este fin debería concebirse con un carácter intersectorial, con mensajes diferenciados por edades, dirigidos a los dos elementos de la definición elaborada para el contexto cubano: concientizar y en una etapa

superior lograr el cambio del comportamiento en sí mismo.

Una tercera alerta emerge de la ausencia de interés de la población de informarse o discutir sobre el tema y la confirmación de que es en los espacios institucionales (reuniones orientativas) donde con mayor énfasis se conversa sobre el tema, mientras que en el hogar el debate es mínimo. Esto sugiere que el énfasis puesto en los últimos años sobre el cumplimiento de deberes con la salud parte de una prioridad de las instituciones políticas y sociales, no de un reclamo o necesidad de la población en sí misma.

Varias son las implicaciones prácticas de las tres alertas anteriores. Quizás la más importante sea entender que para fomentar la responsabilidad personal con la salud, es necesario trascender lo que Gramsci llama movimientos de coyuntura (carácter ocasional e inmediato) a un movimiento orgánico que busque fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana. Según Gramsci, los movimientos orgánicos son los únicos capaces de producir una real crítica a las prácticas histórico-sociales, que afecten a las grandes agrupaciones, más allá de las personas inmediatamente responsables y del personal dirigente.[41]

Existieron diferencias discursivas y de representación sobre el contenido de la responsabilidad personal entre los diferentes actores sociales con la salud. Estas se evidenciaron fundamentalmente al intentar explicar el concepto o elaborar una definición y se enfocaron en la dicotomía entre las responsabilidades para el autocuidado individual o la salud colectiva. Así, los académicos expresan una actitud positiva hacia el enfoque comunitario defendido previamente por Luis y cols.[4-7] Son estos profesionales, potenciales actores sociales para el cambio, cuya influencia educativa y movilizadora debe ser mejor utilizada por el Sistema Nacional de Salud en sus esfuerzos por fortalecer la responsabilidad personal con la salud en la población cubana. Sin embargo, la preeminencia del enfoque individualista entre el resto de los actores y fundamentalmente entre los dirigentes del sector salud, los representantes del gobierno, ONGs y organizaciones políticas, es sin duda un aspecto preocupante y una barrera para los propósitos de mejorar los niveles de responsabilidad personal de la población en su componente comunitario. Ante estos resultados, los autores se permiten recomendar, completar el actual análisis con un estudio de juego de actores que permita hacer más evidentes los intereses, posibles alianzas y conflictos que enfrenten los sectores aquí representados con relación al tema de estudio.

Aspectos de orden práctico, ético y conceptual pueden determinar el debate sobre el alcance del contenido del término. Para Cuba en el plano práctico, el hecho de que la población general y los representantes del gobierno privilegien la visión individual de la responsabilidad puede deberse según Luis a lo que Granda denominó “enfermología pública”, fenómeno que expone entre sus principales características sobredimensionar el papel del Estado e invisibilizar la importancia de los aportes individuales para asegurar la prevención de la enfermedad.[42] La importancia de este fenómeno en el diseño e implementación de políticas públicas está representado por el carácter paternalista de las intervenciones. En el caso cubano, el paternalismo ha sido reconocido como uno de los factores que han influido de forma negativa en el desarrollo de formas superiores de participación social.[31]

En la representación gráfica de las palabras utilizadas al referirse a la responsabilidad personal con la salud se expresa una tendencia a valorar los aspectos legales (obligación, derecho, deber etc.) como uno de los elementos esenciales para el fomento de una mayor responsabilidad. Las medidas de prevención y estrategias de participación comunitaria parecen ser los principales ejes de aplicación de este concepto, en escenarios relacionados con la maternidad y su planificación, el autocuidado, las arbovirosis (ej. dengue), los accidentes, la vacunación y las adicciones (alcohol, tabaco y drogas ilegales). El objetivo final sería lograr un mayor empoderamiento de la población

Existen divergencias en el campo representacional de la responsabilidad personal con la salud entre los diferentes actores sociales consultados. Predominó el entorno discursivo y representacional relacionado con una responsabilidad personal limitada a la salud individual, lo cual puede constituir una barrera para la implementación de estrategias y políticas públicas dirigidas a fomentar una mayor concientización de la población cubana sobre sus deberes relacionados con la salud y la necesidad de cambios en su comportamiento.

Conflicto de intereses: los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Idea conceptual: Isabel Pilar Luis Gonzálvez.

Análisis estadístico: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Adolfo Álvarez Pérez.

Revisión de la literatura: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Yusdany Torres Jiménez.

Escritura del artículo: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Yusdany Torres Jiménez.

Revisión crítica: Adolfo Álvarez Pérez.

Financiación: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal MJ, Obregón M, Gálvez AM, Morales A, Gómez H, Quesada F. La Salud Pública: Sistema complejo. INFODIR [revista en Internet]. 2011 [citado 25 Jun 2018];13(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/312

2. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate [Internet]. Washington: OPS; 1992 [citado 23 Oct 2019]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/38203

3. Rojas F. Fundamentación de la especialidad en Salud Pública. Revista Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2011 [citado 6 Ene 2015];37(5):[aprox. 7p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_05_11/spu09511.htm

4. Luis IP, Martínez S, Álvarez A. Responsibility Community Engagement, Personal and Self Help in Cuba's Health System Reform. MEDICC Review. 2012;14(4):44-7

5. Luis IP. Personal Responsibility in Cuba's Universal Health Model. MEDICC Review. 2017;19(2-3):1-10

6. Luis IP. Responsabilidad personal y autorresponsabilidad en salud. Consideraciones desde la ética de la Salud Pública. Bioética [revista en Internet]. 2016 [citado 24 Mar 2020];1(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.cbioetica.org/revista/161/1927.pdf

7. Luis IP, Martínez SM. Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Sep 2019];51(3):[aprox. 12p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_3_13/hiesu303.htm

8. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la enfermera de la Familia. La Habana: ECIMED; 2011

9. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el periodo 2016-2021 [Internet]. La Habana: Granma Digital; 2017 [citado 2 Feb 2019]. Disponible en: http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/01Folleto.Lineamientos-4.pdf

10. Partido Comunista de Cuba. Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista. Plan nacional de desarrollo económico y social hasta 2030: propuesta de visión de la nación, ejes y sectores estratégicos [Internet]. La Habana: Granma Digital; 2018 [citado 2 Feb 2019]. Disponible en: http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Copia para el Sitio Web.pdf

11. Cubadebate. La higiene comunitaria sobre la Mesa [Internet]. La Habana: Cubadebate; 2014 [citado 3 Mar 2015]. Disponible en: http://mesaredonda.cubadebate.cu/adelantos/2014/08/15/la-higiene-comunitaria-sobre-la-mesa-2/

12. De la Osa JA. Ganar en responsabilidad con nuestra salud [Internet]. La Habana: Cubadebate; 2013 [citado 3 Abr 2015]. Disponible en: http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2013/01/25/ganar-en-responsabilidad-con-nuestra-salud/

13. González AM. El autocuidado de la salud [Internet]. La Habana: Trabajadores Digital; 2015 [citado 3 Mar 2017]. Disponible en: http://www.trabajadores.cu/20150222/el-autocuidado-de-la-salud/

14. López A. Cuba: Cuidar la salud, una responsabilidad individual y social [Internet]. Camaguey: Radio Cadena Agramonte; 2011 [citado 29 Dic 2017]. Disponible en:

http://www.cadenagramonte.cu/articulos/ver/18279:-cuba-cuidar-la-salud-una-responsabilidad-individual-y-social

15. Hernández L. Responsabilidad individual y colectiva [Internet]. La Habana: Trabajadores Digital; 2017 [citado 29 Dic 2018]. Disponible en: http://www.trabajadores.cu/20171224/responsabilidad-individual-colectiva/

16. Díaz C. Asumir con responsabilidad nuestra salud [Internet]. Artemisa: Radio Ariguanabo; 2016 [citado 29 Dic 2017]. Disponible en: http://www.ariguanaboradioweb.icrt.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=3816:asumir-con-responsabilidad-nuestra-salud&catid=15&Itemid=116

17. Romero E. Cuidados de salud, ante todo, una responsabilidad individual [Internet]. Las Tunas: Radio Victoria; 2014 [citado 29 Dic 2017]. Disponible en: http://www.tiempo21.cu/2014/06/05/cuidados-de-salud-ante-todo-una-responsabilidad-individual/

18. Rojo N, Valenti C, Martínez N, Morales I, Martínez E, Fleitas I, et al. Ciencia e innovación tecnológica en la salud en Cuba: resultados en problemas seleccionados. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2018 [citado 25 Sep 2019];42(2):[aprox. 13p]. Disponible en: https://doi.org/10.26663/RPSP.2018.32

19. Jodelet D. La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría. En: Moscovici S. Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1989: p. 234-308

20. Banchs MA. Representaciones sociales en Venezuela: la apuesta al camino. En: Jodelet D, Guerrero A. Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales. México: Facultad de Psicología; 2000: p. 110-5

21. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Promoción de Salud [Internet]. Washington: OMS; 1998 [citado 23 Oct 2019]. Disponible en: https://medicinaunlam.files.wordpress.com/2012/04/ua05_-ops-glosario-de-promocion-de-la-salud.pdf

22. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41 de Salud Pública [Internet]. La Habana: Asamblea Nacional del Poder Popular; 2013 [citado 25 Sep 2011]. Disponible en: https://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_41_salud_publica_1983.pdf

23. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba [Internet]. La Habana: Asamblea Nacional del Poder Popular; 2011 [citado 25 Sep 2011]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/constitucion_de_la_republica.html

24. Mederos A, Zabala MC. La percepción de las desigualdades sociales de los actores locales del desarrollo. Cuba: los correlatos socioculturales del cambio económico. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2015

25. Crombach LJ. Coeficient alpha and the internal structure of test. Pyshometrika. 1951;16(3):297-334

26. Maxwell JA, Miller BA. Categorizing and connecting strategies in qualitative data analysis. Handbook of emergent methods. Washington: The Guilford Press; 2008

27. QSR International. Manual User Guide. Melbourne: QSR International; 2012

28. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4

29. Garcés R, Díaz A. ¿El lugar o el vínculo entre actores sociales? Lo comunitario en la gestión del desarrollo local. Retos de la Dirección. 2015;9(1):218-38

30. Díaz G. Estrategia comunitaria para el empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños preescolares. Rev Cubana Med General Integr [revista en Internet]. 2010 [citado 23 Jul 2018];26(3):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300002&lng=es

31. Miranda Y. Actores sociales, su papel en el campo de la salud. Medisur [revista en Internet]. 2008 [citado 15 Ago 2018];6(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298010

32. Hernández R, Domínguez JI. Cuba, la Actualización del Modelo. Balance y perspectiva de la transición socialista. La Habana-Washington DC: Ediciones Temas; 2013

33. Panellas D. Impactos subjetivos de las reformas económicas: Grupos e identidades sociales de la estructura social cubana. En: Espina MP, Hechevarría D. Cuba, los correlatos socioculturales del cambio económico. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2015: p. 165-82

34. MacGregor JMC, Wathen N. My health is not a job: a qualitative exploration of personal health management and imperatives of the new public health. BMC Public Health. 2014;14(726):1-10

35. Devisch I. Co-Responsibility: a New Horizon for Today's Health Care?. Health Care Analysis. 2012;20(2):139-151

36. Knowles JH. The responsibility of the individual. Daedalus. 1977;106(1):57-80

37. Steinbrook R. Imposing personal responsibility for health. The New England Journal of Medicine. 2006;355(8):753-6

38. Betancourt JR, Quinlan J. Personal responsibility versus responsible options: Health care, community health promotion, and the battle against chronic disease. Prev Chronic Dis. 2007;4(3):41

39. Feiring E. Lifestyle, responsibility and justice. J Med Ethics. 2008;34(4):33-6

40. Trad LAB, Esperidião MA. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. Interface-Comunicao Saude Educ. 2009;13 Suppl 1:557-70

41. Gramsci A. Análisis de las situaciones. Relaciones de fuerzas. Nueva Antropología [revista en Internet]. 1980 [citado 14 May 2019];4(16):[aprox. 15p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/159/15901602.pdf

42. Granda E. ¿A que llamamos salud colectiva hoy?. Rev Cubana Sal Pública [revista en Internet]. 2004 [citado 25 Sep 2011];30(3):[aprox. 11p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es