Descargado el: 9-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Responsabilidad personal con la salud en Cuba: análisis estructural e identificación de variables estratégicas

Personal responsibility with health in Cuba: structural analysis and identification of strategic variables

Isabel Pilar Luis Gonzalvez[1] Adolfo Álvarez Pérez[1] Yusdanys Torres Jiménez[1]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Luis-Gonzalvez I, Pérez A, Torres-Jiménez Y. Responsabilidad personal con la salud en Cuba: análisis estructural e identificación de variables estratégicas. **Medisur** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 9]; 20(6):[aprox. 18 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5496

Resumen

Fundamento: el incremento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana es un resultado esperado del Plan de Desarrollo Socialista hasta el año 2030. Para lograr esta meta se necesita un ejercicio de planificación estratégica cuya primera etapa es el análisis estructural del problema.
Objetivo: identificar las variables relacionadas con los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana, describir las relaciones entre ellas y determinar las que resultan estratégicas para fomentar el cambio.
Métodos: se realizó un estudio de prospectiva estratégica para el análisis estructural de los niveles de responsabilidad personal con la salud en Cuba. Mediante muestreo no probabilístico de casos críticos se contactó con 24 expertos que elaboraron una lista de variables relacionadas con el problema de estudio y las relaciones entre ellas. Se utilizó el programa Matriz de impactos cruzados- multiplicación aplicada a una clasificación, para el análisis de los datos.
Resultados: se identificaron 19 variables, de las cuales cinco son variables determinantes, seis variables estratégicas (acción intersectorial, normas sociales y marco jurídico, enfoque paternalista en salud, rendición de cuentas individual y del Estado-Gobierno, alfabetización en salud y apoyo al cuidado y bienestar), dos variables objetivo y tres variables resultados y autónomas respectivamente.
Conclusiones: el incremento de los niveles de responsabilidad personal con la salud dependerá de la acción intersectorial, la actualización del marco jurídico y formas innovadoras para la rendición de cuenta de todos los actores sociales. Será necesario, además, alcanzar mejoras en la alfabetización en salud, mayor acompañamiento a los esfuerzos de los individuos para el autocuidado y el abandono de prácticas paternalistas que expropien a los ciudadanos de sus responsabilidades.

Palabras clave: estilo de vida saludable, salud, estudios prospectivos

Abstract

Background: the increase in personal responsibility for health in the Cuban population is an expected result of the Socialist Development Plan until the year 2030. To achieve this goal, a strategic planning exercise is needed. The structural analysis of the problem is the first stage of this exercise.
Objective: to identify the variables related to the current and future levels of personal responsibility for health in the Cuban population, to describe the relationships between them and to determine those that, due to their levels of dependency and influence in the system, are strategic for promoting change.
Methods: a strategic prospective study was carried out for the structural analysis of the levels of personal responsibility for health in Cuba. Through non-probabilistic sampling of critical cases, 24 experts were contacted who drew up a list of related variables to the study problem, assigned them and described the relationships between them. The cross-impact matrix-multiplication program applied to a classification was used for data analysis.
Results: 19 variables were identified, of which five are determining variables, six challenge variables, two target variables and three result and autonomous variables, respectively. Intersectoral action, social norms and legal framework, paternalistic approach to health, individual and State-Government accountability, health literacy and support for care and well-being were considered strategic.
Conclusions: the increase in the levels of personal responsibility for health will depend on intersectoral action, the updating of the legal framework and innovative forms for the accountability of all social actors. It will also be necessary to achieve improvements in health literacy, greater accompaniment to the efforts of individuals for self-care and the abandonment of paternalistic practices that expropriate citizens from their responsibilities.

Key words: healthy lifestyle, health, prospective studies

Aprobado: 2022-10-13 15:00:50

Correspondencia: Isabel Pilar Luis Gonzalvez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba. isabelpilarluisgonzalvez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la responsabilidad de los ciudadanos con el cuidado de la salud es un fenómeno cada vez más presente a nivel mundial. Por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido apela a la responsabilidad individual para hacer que las personas cuiden de sí mismas y utilicen los servicios de salud de manera responsable.[1]

El uso de incentivos o penalizaciones económicas para promover una mayor responsabilidad con la salud es una práctica dentro de los sistemas sanitarios de varios países.[2] Se ha reportado la restricción del acceso a cuidados de salud a personas con estilos de vida poco saludables.[3] Algunos consideran todas estas acciones como poco éticas e inefectivas, dado que propician la culpabilización de las víctimas, profundizan las disparidades en salud y fallan en el supuesto objetivo de promover el bienestar y salvar vidas.[4,5] Otros defienden estas medidas como parte del principio de corresponsabilidad en salud.[6]

Más allá del debate internacional sobre el tema, desde hace algunos años en Cuba se multiplican los llamados a la población para ser más responsables y las denuncias por indisciplinas ciudadanas e incumplimiento de deberes para el cuidado de la salud individual o comunitaria. Temas como la práctica de una recreación sana, las medidas para el control de las arbovirosis, la salud ocupacional y más recientemente el uso de mascarillas o el distanciamiento físico como aportes individuales para evitar la propagación de la COVID - 19, ejemplifican estas preocupaciones.[7,8,9,10,11,12]

A pesar de que en el país la publicación de investigaciones científicas sobre este tópico es escasa, existe una percepción compartida por profesionales de varias disciplinas, personas con poder de decisión en políticas y parte de la ciudadanía sobre la necesidad de incrementar los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana actual.[7,8,13] Una tesis de terminación de la residencia en Higiene y Epidemiología realizada en el año 2017, encontró que un 68 % de la población encuestada poseía bajos niveles de responsabilidad con su salud.[14]

La conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo Socialista hasta 2030, reconoce que el progreso económico, social y cultural al que se aspira solo podrá lograrse con la responsabilidad personal y la participación de todos los ciudadanos mediante el ejercicio de sus derechos y deberes. Además, para lograr la sostenibilidad de las principales conquistas sociales del país, este documento identifica la necesidad de "... asegurar un adecuado equilibrio entre las responsabilidades que competen al Estado, el Gobierno y las correspondientes a los individuos, la comunidad, y la familia."[15]

Entre estas conquistas sociales, el derecho a la salud ocupa un lugar relevante, por lo cual la búsqueda de estrategias para incrementar los niveles de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana es un tema de máxima vigencia. Sin embargo, fomentar esa responsabilidad tan necesaria presenta grandes desafíos. Primero, se trata de promover un cambio en creencias, percepciones, actitudes y comportamientos con alcance nacional. Segundo, se carece de datos empíricos confiables sobre los niveles actuales de esa responsabilidad que pretendemos llevar a cotas superiores. Tercero, se debe planificar para un horizonte de tiempo largo, al menos diez años. Se trata, pues, de un complejo problema de Salud Pública, con altas cuotas de incertidumbre, que no debe ser abordado desde las tradicionales prácticas de planificación.

Desde hace algunos años, los estudios de futuro y, dentro de ellos, la prospectiva estratégica para la construcción de escenarios, constituyen una herramienta eficaz en el proceso de toma de decisiones en problemas complejos. La prospectiva estratégica es una disciplina que estudia las dinámicas de cambio en un objeto en estudio, diseña escenarios de futuro posibles y permite trabajar proactivamente en la consecución del futuro deseado. El "futuro" se concibe como un tiempo que aún no ha acontecido, un espacio de incertidumbre, pero también como una oportunidad para la construcción social.[16,17]

De las múltiples metodologías de prospectiva estratégica existentes, una de las más utilizadas es la desarrollada por la Escuela de Prospectiva Estratégica francesa que cuenta con una caja de herramientas creada por Michael Godet para su implementación. La caja de herramientas está conformada por un conjunto de software que favorece la aplicación de la metodología en cada paso.[16]

El Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba (INHEM) desarrolla una

línea de investigación que emplea el enfoque prospectivo para el fomento de la responsabilidad personal con la salud con un escenario hasta el 2030. Esta investigación emplea la metodología de la Escuela de Prospectiva Estratégica francesa para: a) identificar las variables estratégicas para el cambio futuro, b) realizar el análisis del juego de actores involucrados en ese cambio, c) definir los posibles escenarios y su probabilidad de ocurrencia y d) identificar las posibles políticas y/o acciones a desarrollar para alcanzar el escenario futuro escogido como meta.

El presente artículo presenta los resultados del primero de estos pasos, el análisis estructural del problema, con el uso del método Matriz de impactos cruzados- Multiplicación aplicada a una clasificación y el software LIPSOR-EPITA-MICMAC® (en lo adelante simplemente MICMAC). Los objetivos de esta investigación son identificar las variables relacionadas con los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana, describir las relaciones entre ellas y determinar aquellas que por sus niveles de dependencia e influencia en el sistema resultan estratégicas para fomentar el cambio anhelado: un incremento en los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana en un horizonte temporal hasta el 2030.

MÉTODOS

El estudio de prospectiva estratégica se desarrolló en dos partes. La primera de ella ocurrió desde enero del 2018 hasta septiembre del 2019. Posteriormente, dada la emergencia del tema de la responsabilidad personal dentro de las acciones para el control de la COVID – 19, se consideró oportuno continuar el estudio durante el primer trimestre del año 2020.

Para seleccionar los expertos se utilizó un muestreo no probabilístico de casos críticos. Resultaba de especial interés reclutar representantes de los Órganos Locales del Poder Popular a nivel nacional y provincial (escogiéndose en cada caso miembros de la comisión salud del Parlamento y de la provincia La Habana), académicos e investigadores de especialidades afines al tema estudiado, personas con experiencia en la toma de decisiones dentro del Ministerio de Salud Pública y representantes de Organizaciones no Gubernamentales interesados en el tema de la activación social. Atendiendo estos criterios se elaboró una lista de 32 individuos a los que se les envió una carta de invitación. Finalmente, 24 aceptaron participar y se les incluyó en el estudio.

El análisis estructural se desarrolló siguiendo los tres pasos establecidos por la metodología:[16]

Paso 1. Listado de las variables*:* se solicitó a los expertos reflexionar sobre las variables que podían influir, positiva o negativamente, en la responsabilidad personal con la salud en la población cubana. Se elaboró una lista de las variables agrupadas en cinco dimensiones (socio-política, salud, participación, económica y normativa), acompañadas de su definición y la explicación de su importancia.

Paso 2. Descripción de las relaciones entre variables: se utilizó el método Matriz de impactos cruzados – Multiplicación aplicada a una clasificación y el software MICMAC para describir la relación entre las variables. Se trata de un programa de multiplicación matricial que, mediante las propiedades clásicas de las matrices booleanas, permite jerarquizar las variables por orden de dependencia (capacidad de ser influenciada por el accionar de otras variables) e influencia (capacidad de generar movimiento en otras variables) y estimar las relaciones directa, indirecta y potencial entre ellas. Se consideró directa la influencia que ejerce una variable i sobre una variable j si no existen variables intermedias entre ellas. La influencia es indirecta o potencial cuando la variable i influye sobre la variable j a través de otra variable. Las relaciones potenciales son producto de la influencia de una variable i sobre la variable j a través de dos o más variables intermedias.

La matriz inicial se elabora como una tabla en la cual cada variable debe encontrarse en un cruce con las variables restantes. Para su llenado se entrevistó a cada experto mediante la siguiente pregunta: ¿Según su criterio, existe una relación de influencia entre la variable i y la variable j? Cuando la respuesta fue “NO” anotamos (0), en el caso contrario les solicitábamos, según su criterio, evaluar esa influencia en débil (1), mediana (2), fuerte (3) o potencial (P). Una vez asignadas las puntuaciones en la matriz de impactos directos, el software MICMAC realiza una clasificación directa sobre la base de la suma de las puntuaciones de influencia (filas) y dependencia (columnas) para cada variable.

Paso 3. Análisis del mapa de influencia –

dependencia e identificación de las variables estratégicas:

A partir de los pares de valores asociados a cada elemento en la fase anterior, se obtiene el mapa de influencia - dependencia directa de las variables del sistema de estudio. El mapa es un gráfico de ejes cartesianos en el que se identifican cuatro zonas a partir de las cuales se clasifican las variables.

- Zona de poder: ubicada en el cuadrante superior izquierdo. Contiene las variables de alta influencia y de baja a mediana dependencia Son variables que condicionan el resto del sistema, pero de difícil manejo estratégico. No obstante, según la evolución que sufran a lo largo del período de estudio se convierten en frenos o motores del sistema. Se les llama variables determinantes.
- Zona de conflicto: localizada en el cuadrante superior derecho. Las variables de esta zona (llamadas variables clave) están influidas por las variables determinantes y ejercen fuerte influencia sobre las variables de resultado. Son por naturaleza inestables y se corresponden con los retos del sistema.
- Zona de salida: ubicada en la parte derecha inferior. En ella se encuentran las variables con baja influencia, pero muy dependientes. Son las llamadas variables resultado. Se trata de variables que no se pueden abordar directamente.
- Zona de entrada: localizada en el cuadrante inferior izquierdo. Reúne las variables poco motrices y poco dependientes que reciben el calificativo de autónomas. Se corresponden con tendencias pasadas o inercias del sistema por lo que no constituyen parte determinante para el futuro. Normalmente son desechadas durante el ejercicio de planificación estratégica, pues, comparativamente, los esfuerzos que se destinen ofrecerán mejores frutos en variables situadas en los otros grupos.

Aunque la ubicación de las variables en el sistema de ejes es producto del programa, la interpretación del mapa de influencia - dependencia es cualitativa y los criterios de los investigadores poseen un valor esencial para clasificar las variables. Esto es especialmente importante para las variables que se encuentran cercanas a los límites entre cuadrantes. Por ejemplo, se consideran como variables objetivo del sistema aquellas localizadas cerca del límite derecho del gráfico y de la división entre la zona de conflicto y la zona de resultado. Se caracterizan por un elevado nivel de dependencia, lo que permite actuar sobre ellas con un margen de maniobra que puede considerarse elevado. Deben considerarse como las aspiraciones manifiestas o metas a las cuales debe dirigirse la planificación estratégica.

A continuación, se identificaron las variables estratégicas según su ubicación en el mapa de influencia - dependencia y su correspondencia con el eje estratégico, que es una bisectriz que atraviesa desde el cuadrante inferior izquierdo al cuadrante superior derecho. La cualidad de variable estratégica es resultado de la combinación de influencia en el futuro con el valor de dependencia que origina que al actuar sobre ellas se produzcan efectos de evolución en el resto del sistema.

Esta investigación forma parte del proyecto “La determinación social de la salud en Cuba y territorios seleccionados durante el periodo 2017-2021” aprobado por el comité de ética de la investigación del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Se obtuvo el consentimiento informado de los expertos. La información personal se conserva bajo los principios de confidencialidad y no se revela la identidad de los participantes en el estudio.

RESULTADOS

Mediante la consulta a los expertos se identificaron 19 variables agrupadas en cinco dimensiones. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Lista de variables elaborada por los expertos[18,19,20,21,22,23,24,25,26]

Dimensión	Variables	Etiquetas en MICMAC	Definición	Explicación
Socio-política	1. Enfoque paternalista en salud	Paternalis	Interferencia con la libertad de acción de las personas justificado por la necesidad de proteger al individuo de sus propias acciones en tanto estas pueden afectar su vida y bienestar. El paternalismo usurpa el poder en la toma decisiones bajo el supuesto de inferioridad moral de los individuos con respecto al estado.[18]	En Cuba existe una percepción generalizada de que el Estado y sus instituciones son los responsables de la salud de la población. Esta concepción paternalista ha expropiado a los individuos del sentido de responsabilidad con la salud individual y colectiva y actúa como una barrera al limitar la toma de responsabilidad personal, la participación activa y el empoderamiento de los ciudadanos en el cuidado y promoción de la salud.
	2. Rendición de cuentas del Estado-gobierno	GobRenCuen	Se refiere la obligación de informar, explicar y justificar ante terceros las decisiones tomadas y las acciones emprendidas (incluye la acción por omisión). En este caso el que rinde cuentas es el Estado-gobierno a través de sus instituciones o los funcionarios públicos que las representan (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	La población perciba ineefectividad de los mecanismos de control popular y considera como bajos los niveles de rendición de cuenta de las instituciones gubernamentales y los órganos locales del Poder Popular.
	3. Modelo de planificación	Planifcac	Se refiere al diseño institucional en términos de planificación y su aplicación en todos los ejes de la vida social desde el nivel nacional hasta el local. Específicamente a la implementación de un modelo de planificación que puede adoptar dos modalidades: de arriba hacia abajo (top-down) o de abajo hacia arriba (buttom-up). [19]	Cuba se ha caracterizado por años por desarrollar un modelo de planificación vertical, con alta dependencia de la toma de decisiones a nivel central, y limitada o nula adecuación a las características territoriales y locales. A pesar de la voluntad de otorgar mayores atribuciones a las estructuras locales y descentralizar la toma de decisiones en esos niveles, aún no se ha revertido la tendencia anterior.
	4. Rendición de cuentas individual	IndRenCuen	Se refiere la obligación de informar, explicar y justificar ante terceros las decisiones tomadas y las acciones emprendidas (incluye acción por omisión). En este caso el que rinde cuentas es una persona en su condición de ciudadano (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	No existen adecuados mecanismos para hacer a los ciudadanos rendir cuentas por las acciones individuales que no poseen carácter penal. Aquellas tipificadas como contravenciones o figuras penales son poco aprovechadas, limitándose a la imposición de multas para castigar algunas conductas de impacto ambiental. No se premian las conductas consideradas saludables.
	5. Características socio – culturales.	SocioCultC	Se refiere a aspectos como el género, nivel educativo, religión, entre otras, que determinan la cosmovisión del individuo. Las características socio - culturales se convierten en referentes para el desarrollo de valores, percepciones, actitudes y los comportamientos de las personas.	En la Cuba de hoy, muchos de los referentes socio-culturales se encuentran en un momento de redefinición debido a procesos internos (ej. actualización socioeconómica) y externos (ej. globalización) por lo que este es un momento crítico para la introducción de la responsabilidad personal con la salud como un componente de la doctrina salubrista cubana.
	6. Cohesión social	CohesionSo	Se refiere a los vínculos sociales que permiten a los individuos experimentar sentido de pertenencia, confiar en los demás, reconocer la legitimidad de la sociedad y confiar en sus instituciones. [20] Indirectamente se refiere al grado de consenso de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a un proyecto común.	Se reconoce a Cuba como un país con altos niveles de cohesión social y fuertes lazos de solidaridad entre su población, lo que favorece la motivación por cuidar - con un sentido de responsabilidad- no solo de la salud individual sino, además, de la salud de familia, vecinos, compañeros de trabajo y comunidades en sentido general.
Salud	7. Alfabetización en salud	AlfabSalud	Se refiere al desarrollo en la población de conocimientos, motivación y competencias para acceder, comprender, valorar y aplicar la información para realizar juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en materia de salud, encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida durante su curso.[21]	La alfabetización en salud repercute en la capacidad de autogestión, la toma de decisiones y la disposición hacia medidas de prevención. Investigaciones realizadas en el país contan bajo nivel de alfabetización en salud en varios grupos de población pues, a pesar de los altos niveles de información, las competencias a favor de la toma de decisión y la acción para el cuidado están afectadas.[22,23]
	8. Concepto de salud	ConcepSalu	Se refiere a la representación social del concepto salud en la población cubana, con especial énfasis en la forma en que la población percibe el "estar saludable" y la significación que le otorga a la salud en su vida (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	La salud debe ser interpretada como un derecho humano, un valor, un producto del desarrollo y a la vez un activo para que este ocurra. Para promover la responsabilidad personal con la salud es necesario que los tomadores de decisión, los proveedores de servicios sanitarios y los ciudadanos comprendan todas estas dimensiones del concepto.
	9. Apoyo al cuidado	ApoyoCuida	Ayuda sistemática (políticas, programas y/o acciones) brindada a las personas con condiciones crónicas de salud con el objetivo de facilitar el manejo de las mismas y a la población en su conjunto para facilitar la promoción y prevención primaria en salud. Es un componente del cuidado centrado en el paciente e incluye ofrecer información, definir de conjunto las metas para una vida saludable, medir el progreso en el cumplimiento de esas metas o la identificación de barreras para su consecución, así como guiar a la población para aprovechar al máximo los beneficios de las políticas, programas y/o acciones disponibles para apoyar el cuidado (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	En Cuba no existe un sistema integral de apoyo al cuidado. En su lugar hay un conjunto fragmentado y desarticulado de políticas, programas y acciones dirigidos en lo fundamental a la seguridad y/o la asistencia social. Las acciones de apoyo al cuidado de la salud y la búsqueda de bienestar se focalizan en grupos específicos. Las responsabilidades del MINSAP se concentran en garantizar la protección por la asistencia social a personas con necesidades especiales, vulnerables o pacientes en cuidados paliativos, estableciendo prioridades para el otorgamiento y control sistemático de la entrega de recursos propios del Sistema de Salud, exceptuar de algunos pagos, cuidado a domicilio o en instituciones.
	10.Disponibilidad de datos (evidencia empírica)	DisponDato	Se refiere a la existencia de datos confiables, completos y oportunos sobre las variables consideradas importantes para el tema de estudio y su utilización para la toma de decisiones en Salud Pública y la medición de impacto de las acciones desarrolladas (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	A pesar del consenso sobre la existencia de bajos niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana, nos enfrentamos a un déficit de datos en el contexto nacional que permitan confirmar la aseveración anterior y evaluar sus causales, lo cual sesga la comprensión del tópico y la medición del impacto de las acciones a implementar.
	10. Traducción del conocimiento en acción	TradConoc	Es el proceso dinámico e iterativo que incluye la síntesis, la difusión, el intercambio y la aplicación éticamente solida del conocimiento en la práctica para mejorar la salud, brindar servicios y productos de salud más efectivos y fortalecer el sistema de atención de la salud. [24]	Existe preocupación sobre la pertinencia de aplicar en Cuba las experiencias de promoción de la responsabilidad personal con la salud implementadas a nivel mundial. La pertinencia de las medidas debe evaluarse de acuerdo a las características políticas, económicas y sociales del país, especialmente en lo relacionado con su efecto en la equidad en salud. Es necesario trabajar intencionadamente en encontrar formas innovadoras de promover la responsabilidad personal con la salud con políticas ajustadas al contexto nacional.
Económica	11. Situación Económica nacional	EconomiNac	Se refiere al resultante en la balanza entre gastos e ingresos del país manejados a nivel central por el Estado como resultado de los aportes de los diferentes sectores de la vida social, la producción y el trabajo (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	La economía cubana se desenvuelve bajo fuertes tensiones financieras, derivadas en lo fundamental del recrudecimiento del bloqueo impuesto por EE.UU y la baja productividad de las empresas, entre otros fenómenos, que impactan tanto la ejecución presupuestaria del país como la asignación de recursos a los diferentes sectores, incluida la salud, independientemente de que esta significa un alto porciento dentro del Producto Interno bruto nacional y los presupuestos locales.
	12. Capital económico individual	IndivCapEc	Referido al conjunto de posesiones, recursos de varios tipos o dinero que poseen los individuos, cualesquiera sean las vías por las que este capital se integre al patrimonio personal o familiar (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	Aunque la atención médica en Cuba es gratuita persisten barreras económicas para el acceso a los servicios y recursos para el mantenimiento de la salud y el bienestar. El capital económico individual determina en ciertos casos la capacidad de acceso al consumo de recursos y servicios, e impacta sobre la capacidad de elegir libremente las opciones más saludables de alimentación, recreación, búsqueda de asistencia médica, entre otras.
Participación	13. Activismo en salud	Activismo	Se refiere a la implicación activa y voluntaria de los individuos en alguna línea de acción relacionada con el cuidado a la salud acompañado con un sentido de pertenencia social y motivación suficiente para crear redes o iniciativas de colaboración sin la convocatoria directa de instituciones estatales aunque podría ser coordinada con estas (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	Desde hace algunos años el activismo ciudadano muestra un vigor y una visibilidad mayor que en décadas anteriores tanto en el ámbito de las organizaciones institucionalizadas (organizaciones formales y reconocidas por el Estado) como en las más recientemente surgidas redes de solidaridad identitaria (generalmente con un estatus informal). El MINSAP debe promover, potenciar e integrar en sus procesos de gobernanza colaborativa la participación de todas las formas de activismo como parte del principio de corresponsabilidad con la salud, teniendo en cuenta la salud como "bien común" y la potencialidad de fortalecer sinergias.
	14. Empodera-miento en salud	Empoderami	Proceso social, cultural, psicológico y político mediante el cual los individuos son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.[22]	Se deben ejecutar acciones para desarrollar la capacidad, motivación y poder de los ciudadanos para tomar decisiones individuales sobre su vida personal y comunitaria, ejercer el control social y actuar colectivamente sobre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la comunidad. Los ciudadanos perciben falta de control sobre sus capacidades de decidir, generalmente mediada por cargos intermedios, entre otros aspectos del entorno.
	15. Comportamientos salud	ComportSal	Acciones y hábitos desarrollados por los individuos para mantener, restaurar o incrementar los niveles de salud. Incluye el uso de servicios médicos (ej. visitas al médico, vacunación, pesquisa), aceptación de las orientaciones medicas (ej. adherencia al tratamiento), y los comportamientos autoestablecidos (ej. dieta, ejercicio, ingesta de alcohol) entre otros (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	Los comportamientos en salud son mediadores intermedios entre los determinantes estructurales de la salud y los resultados sanitarios de una población La población cubana posee altas tasas de comportamientos no saludables que actúan como factores de riesgo para enfermedades trasmisibles y no trasmisibles e impactan en el estado de salud de individuos y comunidades. Elevar los niveles de responsabilidad con la salud en la población contribuiría a modificar favorablemente los patrones de riesgo existentes.
	16. Acción intersectorial	AcIntersec	Se refiere al trabajo mancomunado entre distintos sectores de la sociedad para emprender acciones con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.[22]	Aunque la intersectorialidad y la participación comunitaria son pilares de las acciones sanitarias en el país, generalmente se concibe a los ciudadanos solo como integrantes de una comunidad o de las organizaciones políticas y de masas, obviándose el valor de su aporte individual, sin detrimento de la acción social en su conjunto. Urge desarrollar una gobernanza colaborativa en salud donde las instituciones y las personas reconozcan la responsabilidad personal como un componente de la responsabilidad social con la salud y se implementen mecanismos que permitan a los ciudadanos participar también desde su individualidad.
Normativa	17. Normas sociales y marcos regulatorio	NormaLey	Se refiere a la existencia de normas morales y de un marco legal actualizado y pertinente para promover la responsabilidad de las personas en los diferentes aspectos de la vida social y fundamentalmente en el cuidado, promoción y prevención de salud (elaboración propia a partir del aporte de los expertos).	Es necesaria la actualización del marco legal vigente en Cuba para proteger a los individuos de los comportamientos arbitrarios de sus congéneres a la vez de promover nuevos deberes para el cuidado de la salud individual y colectiva. Este empeño es particularmente factible en estos momentos de actualización del modelo de desarrollo socialista y la promulgación de la nueva Constitución.
	18. Disciplina Social	DiscSocial	Cumplimiento de un sistema de normas legales y morales establecidas con arreglo al desarrollo social, que encuentran sustentos procedimentales en la forma en que los ciudadanos interactúan en la sociedad y es objetivado a través del respeto a las leyes y regulaciones establecidas, evidenciado en el modo de actuación asociado a los valores cívicos. [26]	Se considera disminuida la disciplina social en aspectos relacionados al cuidado de la salud, asociado a la falta de motivación para acatar las regulaciones vigentes.

ISSN 1727-897X

Como resultado de la puntuación asignada a las variables, se obtuvo la matriz de relaciones directas entre las parejas de variables. Los valores para cada pareja se muestran en la Tabla 2. De acuerdo con la matriz de impacto directo, la variable de más influencia es la acción intersectorial y las de mayor dependencia son los comportamientos saludables y el empoderamiento. Estas dos últimas deben considerarse como variables objetivo para el futuro plan de acción estratégico.(Tabla 1).

Tabla 1. Matriz de impacto directo

	1 : Paternalis	2 : GobRenCuen	3 : Planificac	4 : IndRenCuen	SocioCultC	6 : CohesionSo	7 : AlfabSalud	8 : ConcepSalu	ApoyoCuida	10 : DisponDato	11 : TransferPr	12 : EconomiNac	13 : IndivCapEc	14 : Activismo	15 : Empoderami	16 : ComportSal	17 : AcIntersec	18 : NormaLey	19 : DiscSocial	**INFLUENCIA**
1 : Paternalis	0	3	3	3	1	0	3	0	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	**42**
2 : GobRenCuen	3	0	3	3	2	2	2	0	2	1	3	2	1	3	3	3	3	2	3	**41**
3 : Planificac	3	3	0	3	0	2	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	**44**
4 : IndRenCuen	3	P	3	0	2	3	3	3	3	3	3	2	0	3	3	3	3	2	3	**45**
5 : SocioCultC	1	0	0	3	0	2	3	0	3	3	1	0	0	3	3	3	1	0	3	**29**
6 : CohesionSo	P	P	1	P	0	0	3	3	2	3	3	0	0	3	3	3	3	2	P	**29**
7 : AlfabSalud	3	3	2	3	2	0	0	3	3	3	1	0	2	3	3	3	1	2	3	**40**
8 : ConcepSalu	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	**50**
9 : ApoyoCuida	3	2	3	3	2	0	3	3	0	0	3	P	3	P	1	3	2	3	3	**37**
10 : DisponDato	0	0	0	3	0	0	P	0	0	0	3	0	0	2	2	3	3	P	P	**16**
11 : TransferPr	0	2	3	3	2	3	2	2	0	3	0	0	0	P	P	P	P	2	2	**24**
12 : EconomiNac	2	3	3	3	2	0	P	2	3	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	**39**
13 : IndivCapEc	P	3	0	3	3	0	3	1	3	3	0	3	0	3	3	3	2	2	3	**38**
14 : Activismo	3	P	P	P	3	P	3	P	2	3	P	1	2	0	3	P	P	3	3	**26**
15 : Empoderami	2	3	P	3	3	P	2	1	2	3	P	P	2	P	0	3	3	3	3	**33**
16 : ComportSal	3	0	1	P	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	0	3	1	2	**39**
17 : AcIntersec	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	0	3	3	**51**
18 : NormaLey	3	3	3	3	2	2	3	3	2	P	1	3	2	3	3	3	3	0	3	**45**
19 : DiscSocial	1	1	0	3	3	0	0	1	1	0	3	3	1	2	3	3	3	3	0	**31**
DEPENDENCIA	**36**	**32**	**31**	**45**	**34**	**22**	**42**	**29**	**39**	**36**	**34**	**26**	**29**	**43**	**48**	**48**	**42**	**40**	**43**	

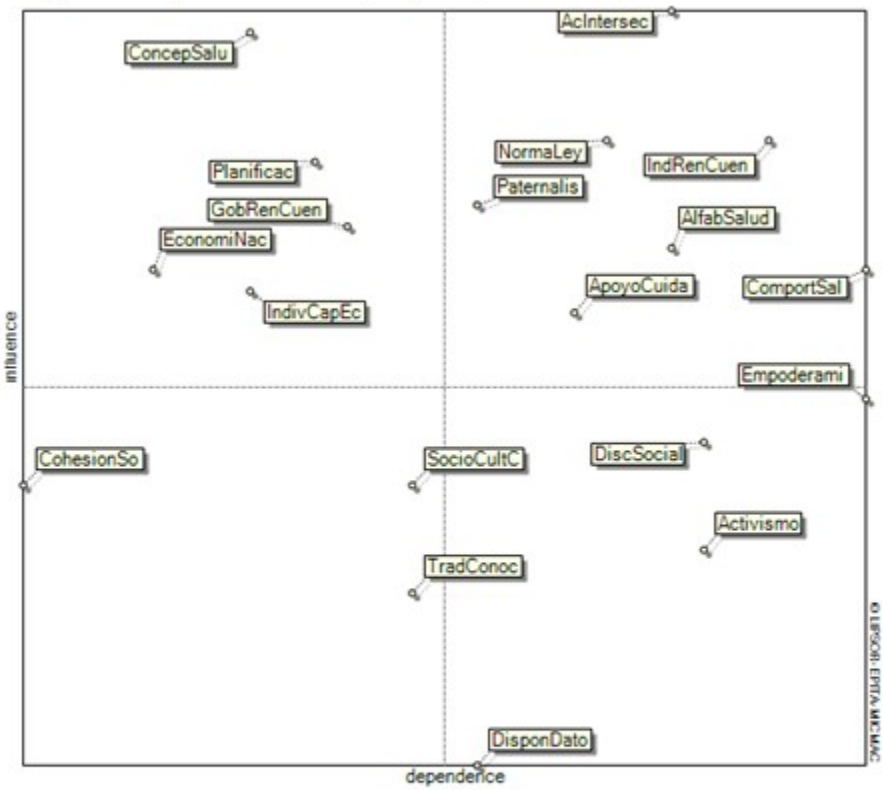
Leyenda:
Paternalis= Enfoque paternalista en salud; GobRenCuen= Rendición de cuentas del Estado-gobierno; Planifcac= Estilos de planificación; IndRenCuen= Rendición de cuentas individual; SocioCultC= Características socio – culturales; CohesionSo;= Cohesión social; AlfabSalud= Alfabetización en salud; ConcepSalu= Concepto de salud; ApoyoCuida= Apoyo al cuidado y bienestar; DisponDato= Disponibilidad de datos (evidencia empírica); TradConoc= Traducción del conocimiento en acción; EconomiNac= Economía nacional; IndivCapEc= Capital económico Individual; Activismo= Activismo en salud; Empoderami= Empoderamiento; ComportSa= Comportamientos saludables; AcIntersec= Acción intersectorial; NormaLey= Normas sociales y marco regulatorio; DiscSocial= Disciplina Social
Fuente: Consulta a expertos

Se obtuvo el mapa de influencia - dependencia directa (Fig. 1) en el cual las variables se distribuyeron de la siguiente forma:

- Zona de poder (26,3 % de las variables): concepto de salud, estilos de planificación, rendición de cuentas del Estado-gobierno, economía nacional y capital económico individual.
- Zona de conflicto (31,6 % de las variables): acción intersectorial, rendición de cuentas individual, normas sociales y marco regulatorio, enfoque paternalista en salud, alfabetización en salud, apoyo al cuidado.

- Zona de salida (15,8 % de las variables): disciplina social, activismo en salud, disponibilidad de datos (evidencia empírica).
- Zona de entrada (15,8 % de las variables): cohesión social, características socio – culturales, traducción del conocimiento en acción.

Figura 1. Mapa de influencias y dependencias directas



Fuente. Elaborado por el software LIPSOR-EPITA-MICMAC.
Leyenda:
Paternalis= Enfoque paternalista en salud; GobRenCuen= Rendición de cuentas del Estado-gobierno; Planifcac= Estilos de planificación; IndRenCuen= Rendición de cuentas individual; SocioCultC= Características socio – culturales; CohesionSo;= Cohesión social; AlfabSalud= Alfabetización en salud; ConcepSalu= Concepto de salud; ApoyoCuida= Apoyo al cuidado y bienestar; DisponDato= Disponibilidad de datos (evidencia empírica); TradConoc= Traducción del conocimiento en acción; EconomiNac= Economía nacional; IndivCapEc= Capital económico Individual; Activismo= Activismo en salud; Empoderami= Empoderamiento; ComportSa= Comportamientos saludables; AcIntersec= Acción intersectorial; NormaLey= Normas sociales y marco regulatorio; DiscSocial= Disciplina Social

Se definieron como variables estratégicas del sistema las siguientes:

1. Acción intersectorial
2. Normas sociales y marco jurídico
3. Rendición de cuentas individual
4. Enfoque paternalista en salud
5. Rendición de cuentas del Estado-gobierno
6. Alfabetización en salud
7. Apoyo al cuidado y bienestar

DISCUSIÓN

Los estudios de prospectiva estratégica cubren una amplia gama de metodologías para investigar sistemáticamente el futuro y fomentar la colaboración para iniciar cambios transformadores en las sociedades.[27] Ampliamente utilizada para analizar múltiples problemas de la vida social, en los últimos años

se le considera una herramienta útil para reducir la incertidumbre ante problemas sanitarios complejos, además de servir de guía para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas sanitarias.[27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,38]

Vollmar y colaboradores identificaron 41 artículos que reportaban el uso de diferentes metodologías de prospectiva estratégica aplicadas en salud. Sobresalen las investigaciones dirigidas a la planificación de los recursos humanos y financieros para dar sostenibilidad a las demandas de atención sanitaria, la organización de los servicios para responder a retos demográficos como el envejecimiento y enfermedades como la demencia o el cáncer, además de prever el desarrollo de tecnologías en el campo de la medicina de precisión, la genética, las nanociencias entre otros.[31,32] Los autores de este artículo no hemos encontrado referencias de investigaciones que, utilizando la prospectiva estratégica como marco metodológico, aborden el tema de la responsabilidad personal con la salud.

En el contexto nacional, los estudios de prospectiva estratégica en Cuba se remontan a la década de los 60´s. Se ha aplicado exitosamente en la investigación económica, el desarrollo territorial, la biotecnología, la industria azucarera, el deporte y el turismo.[27,33,35] En el campo de la Salud Pública, las evidencias del uso de esta metodología en el país son escasas.[34,36,37,38] Ninguna de las investigaciones encontradas se relaciona con el tema de la responsabilidad personal en el cuidado de la salud. No descartamos que en Cuba existan otras investigaciones que utilicen la metodología de prospectiva estratégica en el ámbito de acción del MINSAP pero, de existir, han escapado a los circuitos habituales de socialización científica y es difícil identificarlos y obtenerlos. De acuerdo con la búsqueda realizada, esta investigación podría considerarse entre los primeros estudios publicados sobre el uso de la prospectiva estratégica en el sector salud en Cuba.

Los resultados de la presente investigación sugieren que los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana dependen de elementos de diversa naturaleza, integrados en las dimensiones socio-política, salud, económica, normativa y participativa que englobaron las variables identificadas por los expertos. Internacionalmente se ha relacionado la responsabilidad personal con la salud a las ideologías neoliberales, la búsqueda de sostenibilidad económica de los sistemas de salud, la activación de los ciudadanos y formas empoderadas de participación.[39]

La necesidad de "…asegurar el adecuado equilibrio entre las responsabilidades que competen al Estado, el Gobierno y las correspondientes a los individuos, la comunidad, y la familia" plasmada en la conceptualización y las bases del plan nacional de desarrollo hasta el 2030, posiciona el tema en el nivel nacional y se relaciona con la búsqueda de una sociedad menos paternalista, aunque sin llegar a excesos neoliberales.[15,40] De hecho, en los últimos años en Cuba, se ha intentado reforzar formal o informalmente la responsabilidad individual y familiar ante la solución de problemáticas que anteriormente fueron de casi absoluta responsabilidad estatal, como por ejemplo el empleo y el reordenamiento de gastos y servicios sociales.[41] El paternalismo fue una de las variables estratégicas identificadas por los expertos e incluida como estratégica en el análisis.

El alto nivel de influencia de la variable acción intersectorial, su ubicación en la zona de conflicto y su selección como una variable estratégica indica que el fortalecimiento de los niveles de responsabilidad personal con la salud de la población cubana es una meta que excede los esfuerzos del MINSAP, aunque se necesita su liderazgo. Los principios del sistema nacional de salud reconocen la necesidad de las acciones intersectoriales por su respuesta superior en cantidad, calidad y dinamismo para enfrentar situaciones y orientar una gobernanza colaborativa con liderazgo del sector que esté representado en el problema seleccionado.[42]

Otra variable estratégica es la necesidad de actualización de las normas sociales y los marcos regulatorios vigentes en Cuba acorde a la nueva Constitución.[43] Por marco regulatorio entendemos el conjunto de leyes, decretos, reglamentos, resoluciones e instrucciones con valor regulatorio que existen en el país, no solo los directamente promulgados por el MINSAP o relativos a salud. Además, los documentos de consenso y/o políticas públicas que, aunque no poseen fuerza legal vinculante, determinan la interpretación del marco legal y la implementación de medidas por las instituciones estatales que aún tienen un gran poder catalizador de la vida social. Las normas sociales, aunque no están tipificadas por ley, configuran el

conjunto de valores morales y comportamientos considerados aceptables por la comunidad.

También, se considera una variable estratégica la efectiva rendición de cuentas de los individuos por sus comportamientos en relación con la salud personal y colectiva. Esto significa trascender el rol pasivo de población-objeto. En la actualidad, es un desafío implementar formas de participación que incluyan al ciudadano común como parte y ente activo en la consecución de una mejor salud para todos, lo que no predomina en la legislación ni en los modos de actuación cotidianos. Por ejemplo, la actual Ley de Salud Pública[44] y sus reglamentos derivados, solo reconocen deberes de las personas en relación con la salud como usuarios de los servicios, mientras otras disposiciones imponen reglas de conducta por un imperativo de convivencia social, utilizando como principal herramienta las multas, como medidas coercitivas para regular comportamientos de trascendencia ambiental o en situación de epidemias.

Un ejemplo significativo lo constituye fumar en lugares públicos y cerrados, lo cual es considerado una contravención.[1] La exposición al humo de segunda mano ocurre cuando las personas que no fuman respiran el humo que exhalan los fumadores o el humo proveniente de la quema de productos de tabaco. Los niveles de exposición al humo ambiental de tabaco y la inadecuada percepción de este riesgo, denotan una insuficiente conducta de autoprotección, de responsabilidad con la salud de otros y un insuficiente conocimiento del problema y sus consecuencias, que podría comprometer los futuros resultados de la salud pública cubana.[45] A pesar de la existencia en el país de leyes que regulan el acto de fumar en lugares públicos, el nivel de rendición de cuentas exigido a los ciudadanos es muy bajo. Si un individuo es identificado por un inspector mientras realiza esta práctica, puede ser multado con el importe de 3,00 pesos cubanos.[46] Esta cantidad es la equivalente a 0,12 dólares americanos o 0,10 euros según el tipo de cambio oficial con relación al peso cubano (CUP) vigente el 2022-02-16. Además, representa el 0,07 % del salario medio y el 0,1 % del salario mínimo del país para el 2021.[47,48] En ambos casos el monto se considera económicamente irrelevante y un desincentivo al cumplimiento de la norma, lo cual ilustra la necesidad de revisar el marco legal actual.

Contrario a lo que ocurre en otros países, en Cuba son escasas las acciones que recompensen los comportamientos saludables y las prácticas protectoras de la salud comunitaria.[2,39] Todos estos aspectos deberían ser tomados en cuenta en la intersección entre rendición de cuentas individual y responsabilidad personal con la salud.

La responsabilidad social se basa en el equilibrio entre los derechos y deberes de los diferentes actores que la componen, por lo que además de la rendición de cuentas de los individuos por sus comportamientos en relación con la salud, también al Estado, entiéndase como tal las instituciones de gobierno y aquellas que brinden servicios públicos, se le solicita formas más eficientes de rendir cuenta ante los ciudadanos. Este aspecto se analiza y reconstruye actualmente como parte de la visión de país al 2030.[15] Sobre la rendición de cuenta estatal y sus modos de hacer, adscribimos las palabras del intelectual cubano Iroel Sánchez "(...)Todavía tenemos deformaciones en el aparato estatal, empresarial, que generan inmovilismo: ese de trabajar más hacia arriba que hacia la transformación, más hacia arriba que hacia el pueblo. Ello tiene que ver con la falta de mecanismos adecuados de rendición de cuentas, de transparencia, lo cual conduce, por supuesto, a la cultura de la espera, del inmovilismo, de esperar que te digan qué hacer, aunque la realidad te demande actuar".[49]

La alfabetización es también una variable estratégica. Los expertos enfatizaron la necesidad de que los ciudadanos desarrollen habilidades funcionales, comunicativas y críticas para la toma de decisiones en temas de prevención de enfermedades, promoción de la salud, búsqueda de atención, cuidado sanitario y mejora de la calidad de vida. La existencia de asociación y retroalimentación positiva entre la alfabetización de salud y el desarrollo de comportamientos saludables ha sido demostrada en otras investigaciones.[21,50,51] Los estudios disponibles en Cuba evidencian bajos niveles de alfabetización en salud en la población.[22,23]

Otra variable estratégica es el apoyo que se debe brindar a los ciudadanos para que desarrollen acciones para el cuidado de la salud individual y colectiva, dado que los cambios de estilo de vida no dependen solamente de motivación individual y fuerza de voluntad, sino que necesitan apoyo relacional, emocional y social.[52,53] Se insistió por los expertos en trascender del apoyo a grupos vulnerables a implementar acciones que apoyen el cuidado a nivel poblacional con el uso de e-Salud, la promoción de la colaboración entre

pares y el desarrollo de intervenciones, basados en modalidades de *coaching* de salud y automonitoreo, entre otras.

Se coincide con otros autores en que las estrategias de apoyo al cuidado tienen el potencial de acelerar el cambio del paciente pasivo tradicional a un paciente activo, informado, comprometido y empoderado, equipado para participar en la toma de decisiones compartida y asumir la responsabilidad personal de promover la salud y autocontrolar su enfermedad.[53,54,55] Además de ser un motivador de cambio de comportamientos y condición necesaria para la sostenibilidad de comportamientos saludables.

La variable comportamientos saludables y empoderamiento en salud alcanzaron los más altos niveles de dependencia además de ubicarse cerca del eje que limita las zonas de conflicto y de salida. En el análisis realizado por los expertos se les consideró como variables objetivo, pues, sin dudas, resumen en ellas el cambio que se pretende lograr. ¿Que comportamientos deben ser promovidos desde un enfoque de responsabilidad personal con la salud? En una investigación realizada en un municipio del país, se evaluó la percepción sobre derechos en salud en una población seleccionada y, además, se elaboró una propuesta consensuada de comportamientos que pudieran ser tipificados como deberes para el cuidado de la salud. Estos comportamientos no se limitan a acciones de autocuidado, sino que incluyen el desvelo por la salud comunitaria.[56] La importancia de la propuesta radica en que fue construida desde la ciudadanía y se evaluó la disposición de su cumplimiento. Éste podría este ser un marco de referencia para establecer prioridades en un futuro diseño de carta de derechos y deberes en salud para la población cubana.

La ubicación de las variables disciplina social, activismo en salud y disponibilidad de datos en la zona de salida significa que las mismas deben ser consideradas indicadores descriptivos del impacto de las acciones que se deben implementar. El aumento de los niveles de cada una de estas variables son efectos deseados. Así lo reconoce la “visión de la nación hasta el 2030” que se mueve hacia una nueva construcción colectiva del orden, donde el Estado continúe siendo un actor de importancia decisiva, más no el único.[15] Tal y como lo indica la nueva Constitución de la República de Cuba, el énfasis debe ponerse en asegurar igualdad en derechos y oportunidades para otorgar mayores responsabilidades y obtener una participación más activa y empoderada de la población en diferentes esferas de la vida.[43,57]

Un análisis especial merece, entre estas variables de resultado, el activismo en salud, tema que ha sido poco tratado en la literatura científica nacional. Durante años, en Cuba, el activismo social se ha ejercido fundamentalmente desde la membrecía en las llamadas organizaciones de masas, que constituyen la vía formal de participación ciudadana en el país y agrupan diferentes sectores de la población para la representación de sus intereses.[58] Más allá del aporte que estas organizaciones han realizado, se debe reconocer que el espacio participativo se ha ampliado a otras organizaciones menos formales - mejor definidas como redes de solidaridad identitaria- que con el desarrollo actual de las tecnologías de la información y la comunicación han encontrado en internet espacios de asociación y nuevas formas de difundir contenidos y generar movilización en temas específicos. Esta es una realidad que ha llegado para quedarse, como sello del fenómeno globalizador en el que Cuba también está inmersa.

El llamado es a asumir con visión de futuro la participación ciudadana en salud desde un enfoque que integre todas las formas de activación ciudadana. Existen experiencias de varias instituciones subordinadas al MINSAP que han mostrado la importancia del trabajo con redes de activistas, promotores y voluntarios en pro de la salud. Una de ellas es la experiencia del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA que creó en el año 2000 el proyecto de prevención de sida en hombres que tienen sexo con otros hombres, hoy reconvertida en Red HSH Cuba, y visualizó la necesidad de vincular a las poblaciones más afectadas por esta epidemia en la prevención de la misma. Este centro, igualmente, desarrolló proyectos socioculturales de prevención del VIH en todas las provincias del país, dirigidos a sensibilizar, motivar, movilizar y empoderar a través del arte a los distintos grupos poblacionales, trabajando en tres dimensiones: personal, institucional y comunitaria.[58]

En los últimos años el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) también ha dedicado su quehacer a la articulación de redes sociales comunitarias que abarcan diferentes

objetivos de trabajo y poblaciones claves. [2] Estos ejemplos demostraron la capacidad sinérgica y potencializadora de las intervenciones implementadas con la participación responsable de las personas.(59,60,61)

Por otro lado, la sociedad civil también ha revelado su capacidad de colaboración con las instituciones gubernamentales en aras del bienestar, la salud en su más amplio sentido y el cuidado de la población cubana. Aquí referiremos solo tres ejemplos: a) El Centro Félix Varela, organización ciudadana, voluntaria, de carácter civil, no gubernamental, autónoma y sin fines de lucro interesada en fortalecer una ciudadanía activa y ambientalmente responsable, participante en el desarrollo y transformación en ámbitos comunitarios de la sociedad cubana, desde una perspectiva ética, humanista y de equidad social[3]; b) El proyecto AKOKAN, iniciativa civil, sin fines de lucro, que promueve acciones creativas, solidarias y participativas para el desarrollo integral de la comunidad, la transformación social, la sostenibilidad ambiental-social-económica y la equidad social en línea con metas nacionales y globales de la agenda 2030[4]; c) Proyecto Palomas, sin fines lucrativos, se define como una casa productora de audiovisuales para el Artivismo Social, que combina el cine y el trabajo comunitario por la diversidad, los cambios en los estilos de vida, y el fomento de una cultura de paz.[5] Desafortunadamente, la ausencia de publicaciones científicas que aborden el trabajo de estas y otras organizaciones ha invisibilizado su aporte.

Para las siguientes fases del ejercicio de planificación se sugiere que se consideren por su valor estructural las variables determinantes, elementos que actúan a modo de fuerzas condicionantes, con una influencia consolidada que viene de tiempo atrás. A favor de la brevedad del artículo, solo nos detendremos en dos de ellas.

El capital económico individual, frecuentemente, es definido a expensas del ingreso o salario de un individuo y, como variable, es más común que en la mayoría de las investigaciones tome el nombre de situación económica. Sin embargo, la definición desarrollada por los expertos, en este caso, se dirige al conjunto de bienes de una persona y su capacidad de facilitar el acceso a otros bienes y servicios ya sea mediante el trueque o su conversión en dinero, además de abrir puertas a redes de apoyo social, expandir las oportunidades de vida y asegurar la posibilidad de escoger entre varias opciones de comportamiento.(62,63,64) En todo caso, cualquiera sea su definición o el nombre que adopte la variable, se reconoce que la economía es un determinante social de la salud y un aspecto a tomar en cuenta para implementar normas de atribución de responsabilidad personal por un acto de cualquier índole.(51) En Cuba, se le considera uno de los componentes diferenciadores de los grupos que conforman la estructura social del país.(65) Investigaciones recientes muestran diferencias en salud y sus determinantes entre individuos diferenciados por el nivel de ingreso, así como el efecto directo e indirecto de esta variable en la formación y reproducción intergeneracional de la salud.(66) Internacionalmente, los bajos niveles de ingreso económico se asocian a peor salud, baja utilización de los servicios sanitarios, mayor morbilidad o mortalidad y poca participación social.(67) En comparación con individuos con recursos reducidos, las personas con mayor cantidad de bienes, ingreso económico y poder adquisitivo se inclinarán a percibir las causas de las situaciones problemáticas como interna, cambiante y controlable, atribuibles a su propia gestión por lo que se consideran personalmente responsables de la solución.(68,69) Tener opciones en el entorno social fomenta un sentido más fuerte de control sobre la vida propia lo cual favorecerá la toma de decisiones responsables, la participación social, la disciplina, el empoderamiento y la activación ciudadana.(70)

La situación económica del país enfrenta desafíos en los procesos de descentralización, oferta de servicios y bienes a la población. La voluntad política del gobierno cubano para asegurar la salud del pueblo se encuentra más allá de toda duda.(71) Históricamente, el gasto nacional en salud es del 8-10 % del Producto Interno Bruto y entre el 10 %-20 % del presupuesto anual.(72,73)

El sector salud ha sufrido el recrudecimiento del bloqueo económico, comercial y financiero de los Estados Unidos de América contra Cuba. Entre abril y diciembre del 2020 se estima que el bloqueo causó pérdidas a Cuba en el orden de los 3 mil 586,9 millones de dólares, de los cuales, el daño al sector de la salud ascendió a más de 198 millones 348 mil dólares que se traducen en disminución de los recursos financieros disponibles para garantizar el derecho a la salud con las consiguientes insatisfacciones de la población. En este tiempo, además, agravado por el azote de la COVID – 19. El bloqueo limita la

posibilidad de rendir cuentas a la población con información tranparente sobre socios comerciales, proveedores y la balanza de gastos e ingresos, porque toda esa información es aprovechada por el gobierno de los Estados Unidos para imponer sanciones políticas y comerciales con carácter extraterritorial a quienes colaboran o comercian con Cuba.[74]

La cohesión social, los características socio – culturales y las dinámicas de traducción del conocimiento en acción fueron clasificadas como variables autónomas. Por metodología, normalmente estas variables son desechadas durante el ejercicio de planificación estratégica, pues, comparativamente, los esfuerzos que se destinen ofrecerán mejores frutos en variables situadas en los otros grupos. Por este motivo no nos detendremos en su discusión.

Se puede concluir que el análisis estructural permitió identificar las variables relacionadas con los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana, describir las relaciones entre ellas e identificar las que presentan valor estratégico. De acuerdo a los resultados obtenidos, el incremento de los niveles de responsabilidad personal con la salud dependerá de una fortalecida acción intersectorial, apoyado por una actualización del marco jurídico y formas innovadoras para la rendición de cuenta de todos los actores sociales. Será necesario, además, alcanzar mejoras en la alfabetización en salud de la población cubana, un mayor acompañamiento a los esfuerzos de los individuos para el cuidado de la salud y el abandono de prácticas paternalistas que expropien a los ciudadanos de sus responsabilidades.

Fortalezas y limitaciones del estudio:

La fortaleza de la metodología utilizada se sustenta en la ayuda que brinda a los expertos para plantearse buenas preguntas, reducir la complejidad de un sistema en sus variables esenciales y contribuir así a un debate más eficaz. El rigor en la selección de los expertos se suma a la disponibilidad de un software que analiza la información cuantitativa y genera mapas y gráficos fáciles de comprender. Así el análisis de las relaciones de las variables no es solo resultado del análisis teórico y de la apreciación del investigador, con lo que permite interpretar los resultados sin perder la rigurosidad científica y técnica.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con las debilidades de la metodología prospectiva en general: la imposibilidad de predecir el futuro. En el análisis estructural se reflexiona sobre el presente, tomando en cuenta lo que conocemos del pasado y estimando el porvenir, pero el resultado final está permeado por la subjetividad de los expertos que participaron y del equipo de investigación.

La lista de variables no puede considerarse exhaustivo o definitivo, porque podrían existir otras variables no identificadas o que no alcanzaron el consenso de los expertos y por tanto no incluidas, a pesar de su importancia para explicar el fenómeno. Por ejemplo, algunos consideraron que los bajos niveles de responsabilidad personal con la salud podían explicarse por el desconocimiento o la minimización de los peligros a la salud y otros mencionaron la falta de confianza de los ciudadanos en las capacidades individuales y comunitarias para resolver los problemas. Sobre ambos temas no existió consenso por lo que las variables percepción de riesgo y autoeficacia no fueron incluidas en el análisis.

Para finalizar resulta importante subrayar que la prospectiva estratégica no define las políticas ni los objetivos, ni reemplaza los procesos de planeación y la toma de decisiones existentes, sino que complementa estas áreas, incrementando su efectividad, a partir de la generación de información estratégica para la formulación de políticas basada en evidencia científica confiable.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los expertos que participaron en la investigación ya que son precisamente sus aportes los que permitieron arribar a los resultados obtenidos. Además, al Dr. C. Jacinto Duverger Goyanes por la información brindada sobre los antecedentes del uso de la Prospectiva Estratégica en Salud Pública en Cuba y su apoyo para la mejor comprensión del software MICMAC y la elaboración de los gráficos presentados en este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores plantean que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Curación de datos: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Yusdanys Torres Jiménez

Análisis formal: Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Investigación: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Yusdanys Torres Jiménez

Metodología: Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Administración del proyecto: Adolfo Álvarez Pérez

Supervisión: Adolfo Álvarez Pérez

Visualización: Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Redacción del borrador original: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Adolfo Álvarez Pérez, Yusdanys Torres Jiménez

Redacción, revisión y edición: Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Adolfo Álvarez Pérez, Yusdanys Torres Jiménez

Financiación

Esta investigación forma parte del proyecto “La determinación social de la salud en Cuba y territorios seleccionados durante el periodo 2017-2021” desarrollado por el Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM).

---

[1] Nota del autor: se considera una contravención la infracción de las normas o disposiciones legales que carece de peligrosidad social por la escasa entidad de sus resultados.

[2] Nota del autor: Para mayor información sobre el trabajo del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) con las redes sociales comunitarias usted puede acceder a: https://www.cenesex.org/wp-content/themes/cenesex/redes-sociales-comunitarias/

[3] Nota del autor: Para mayor información sobre el trabajo del Centro Félix Varela usted puede acceder a: http://www.cfv.org.cu/

[4] Nota del autor: Para mayor información sobre el trabajo del Proyecto AKOKAN usted puede acceder a: https://proyectoakokan.org/

[5] Nota del autor: Para mayor información sobre el trabajo del Proyecto Palomas usted puede acceder a: http://www.proyectopalomas.cult.cu/

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Government of United Kingdom. Department of Health and Social Care. Guidance The NHS Constitution for England. London: Department of Health; 2015.

2. Promberger M, Brown RCH, Ascroft R. Acceptability of financial incentives to improve health outcomes in UK and US samples. J Med Ethics. 2011 ; 37 (11): 682-7.

3. Pillutla V, Maslen H, Savulescu J. Rationing elective surgery for smokers and obese patients: responsibility or prognosis?. BMC Medical Ethics. 2018 ; 19: 28.

4. Friesen P. Personal Responsibility Within Health Policy: Unethical and Ineffective. J Med Ethics. 2018 ; 44 (1): 53-58.

5. Hook CJ, Markus HR. Health in the United States: Are Appeals to Choice and Personal Responsibility Making Americans Sick?. Perspect Psychol Science. 2020 ; 15 (3): 643-64.

6. Taina G, Martinussen PE, Feiring E. Being Healthy, Being Sick, Being Responsible: Attitudes towards Responsibility for Health in a Public Healthcare System. Public Health Ethics. 2019 ; 12 (2): 145-57.

7. Portal Miranda JA. Tenemos que cuidarnos y tener la responsabilidad de cuidar a los demás [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020. [cited 2 Sep 2020] Available from: https://salud.msp.gob.cu/ministro-de-salud-tenemos-que-cuidarnos-y-tener-la-responsabilidad-de-cuidar-a-los-demas/.

8. Borrego JA. Lo que no puede faltar es la responsabilidad individual [Internet]. Periódico Escambray; 2020. [cited 15 Sep 2022] Available from: http://www.escambray.cu/2020/lo-que-no-pude-fa

ltar-es-la-responsabilidad-individual/.

9. Rivero Rodríguez J. El disfrute responsable. Diario digital Venceremos [Internet]. 2015 [cited 2 Sep 2020] Available from: http://www.venceremos.cu/guantanamo-cuba-noticias-nacionales/3180-el-disfrute-responsable.

10. Fariñas Acosta L. Conciencia del riesgo es seguridad. Granma [Internet]. 2014 [cited 2 Sep 2020] Available from: http://www.granma.cu/cuba/2014-06-23/conciencia-del-riesgo-es-seguridad.

11. González AM. El autocuidado de la salud. Trabajadores [Internet]. 2015 [cited 3 Mar 2020] Available from: http://www.trabajadores.cu/20150222/el-autocuidado-de-la-salud/.

12. Presidencia de la República. Responsabilidad individual define tendencia de contagios. Periódico Escambray [Internet]. 2020 [cited 3 Oct 2020] Available from: http://www.escambray.cu/2020/covid-19-responsabilidad-individual-define-tendencia-de-contagios/.

13. Fernández Ríos O. En tiempos de pandemia: hablemos de responsabilidad. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2010 [cited 8 Sep 2020] ; 10 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/771/808.

14. Torres Jiménez Y. Autorresponsabilidad con la salud. Policlínico Andrés Ortiz. Guanabacoa [Tesis]. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2018.

15. 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: PCC; 2011. [cited 8 Sep 2020] Available from: http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/CopiaparaelWeb.pdf.

16. Godet M, Durance P. Prospectiva Estratégica: problemas y métodos. Cuaderno nº 20 [Internet]. Zuatzu: Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique (LIPSOR); 2007. Available from: https://archivo.cepal.org/pdfs/GuiaProspectiva/Godet2007.pdf.

17. Instituto de Transferencia de Tecnologías Apropiadas para Sectores Marginales. Estudio Prospectivo Regional: Escenarios y marco de acción estratégico de la formación para el trabajo productivo competitivo al año 2020 en los países de la organización del Convenio Andrés Bello. Bolivia, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. Lima: ITACAB; 2010.

18. Buchanan DR. Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. Am J Public Health. 2008 ; 98 (1): 15-21.

19. Vargas-Merino JA. Planificación territorial en Chile: Del modelo Top Down a los desafíos de articulación multinivel. Revista de Ciencias Sociales. 2021 ; 27 (2): 484-500.

20. Barba Solano C. Revisión teórica del concepto de cohesión social: hacia una perspectiva normativa para América Latina. In: Perspectivas críticas sobre la cohesión social: Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina (CLACSO) 2011. Buenos Aires: CLACSO; 2011. p. 234-9.

21. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012 ; 12: 80.

22. Cárdenas Morales A, Bayarre Vea HD. Alfabetización en salud de adultos mayores. Servicio Medicina Física y Rehabilitación. Policlínico ¨Louis Pasteur¨ 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018. [cited 23 Sep 2020] Available from: http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/114/210.

23. Guevara Alonso NY, Pérez Fabas SN, Alvarez García M, Hernández Castillo C. Alfabetización en salud de los estudiantes de enfermería del grupo 10 de la Facultad Preparatoria, 2017- 2018. Ponencia presentada en: XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería [Internet]. La Habana: SOCUDEF; 2019. [cited 23 Sep 2020] Available from: http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/view/574/342.

24. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. CMAJ. 2009 ; 181 (3-4): 165-8.

25. Organización Mundial de la Salud. Glosario Promoción de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2000. [cited Sep 23] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=37461AB957567C804C64479695B24A06?sequence=1.

26. Wilson Rodríguez A, Fernández Naranjo R. Un acercamiento conceptual a la disciplina social como contenido cívico a partir de la relación civismo-Educación Cívica. Apuntia Brava. 2021 ; 13 (4): 257-267.

27. Grobart Sunshine F. La prospectiva científica y tecnológica en Cuba. Un recuento necesario. In: Baena Paz G, coord. Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. México, DF: UNAM; 2015. p. 461-91. Available from: https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf.

28. Hebinck A, Vervoort P, Hebinck P, Rutting L. Imagining transformative futures: participatory foresight for food systems change. Ecology and Society. 2018 ; 23 (2): 16-9.

29. Habegger B. Strategic foresight in public policy: Reviewing the experiences of the UK, Singapore, and the Netherlands. Futures. 2010 ; 42 (1): 49-58.

30. Verschuuren M, Hilderink H, Vonk R. The Dutch Public Health Foresight Study 2018: an example of a comprehensive foresight exercise. European Journal of Public Health. 2020 ; 30 (1): 30-35.

31. Vollmar H, Ostermann T, Redaèlli M. Using the scenario method in the context of health and health care – a scoping review. Medical Research Methodology. 2015 ; 15: 89.

32. Hosseini G, Ghazinoory S, Saghafi F, Eivazi M, Poursheikhali A, Dehnavieh R. Appropriate types of futures studies scenarios in health. Med J Islam Repub Iran. 2017 ; 31 (1): 478-83.

33. Álvarez Medero P, Duarte Martell RR, Madruga González A. CUBA. In: Cordeiro J, coord. La Prospectiva en Iberoamérica: Pasado, Presente y Futuro. Cali: Universidad del Valle. Millennium Project; 2016.

34. Giraldo G, Duverger Goyanes J. Systems Analyst. Provincial Hygiene, Epidemiology & Microbiology Center, Guantánamo. MEDICC Review [revista en Internet]. 2008 [cited 14 Sep 2020] ; 10 (1): [aprox. 2p]. Available from: http://mediccreview.org/jacinto-duverger-goyanes-ms-systems-analyst-provincial-hygiene-epidemiology-microbiology-center-guantanamo/.

35. García Capote E, Lezcano Lastre I. Estudios de prospectiva cubanos 2004-2016. Exploración preliminar en la internet. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2016 [cited 14 Sep 2020] ; 6 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/345.

36. Vega de la Cruz LO, Herrera González Y, González Reyes LD, Cantero Cora H. Construcción de futuros en una institución hospitalaria cubana. AMC [revista en Internet]. 2017 [cited 7 Sep 2020] ; 21 (3): [aprox. 12p]. Available from: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5006.

37. Batista Calzadilla W, Sánchez Araujo U, Méndez García VY, Rojas Ramírez G. Planificación estratégica y prospectiva para el hospital Mario Muñoz Monroy. Observatorio de la Economía Latinoamericana [revista en Internet]. 2015 [cited 14 Sep 2020] ; 209: [aprox. 8p]. Available from: https://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2015/hospital-monroy.html.

38. Fernández Lorenzo A, Arias Puedmag DE, Padilla Oyos CR, Calero Morales S, Parra Cárdenas HA. Alianzas y conflictos entre grupos de interés de un hospital militar: aplicación del método Mactor. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en Internet]. 2017 [cited 14 Sep 2020] ; 36 (1): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000100012&lng=es.

39. Maier R. Self-Responsibility: Transformations. American Behavioral Scientist. 2019 ; 63 (1): 27-42.

40. Díaz-Canel Bermúdez M. Discurso pronunciado en la clausura del IV Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular en su IX Legislatura [Internet]. La Habana: Oficina del Consejo de Estado; 2019. Available from: http://www.granma.cu/discursos-de-diaz-canel/20

19-12-21/diaz-canel-al-pueblo-de-cuba-unidos-hemos-vencido-unidos-venceremos-21-12-2019-20-12-34.

41. Peña Farías A. Régimen de bienestar en la Cuba revolucionaria. In: Peña Farias A, coord. Desigualdad y problemas del desarrollo en Cuba. La Habana: Editorial UH; 2016.

42. George Quintero R, Laborí Ruiz R, Noa Legrá M, Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. Rev Inf Cient [revista en Internet]. 2017 [cited 14 Sep 2020] ; 96 (3): [aprox. 6p]. Available from: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/297.

43. República de Cuba. Constitución de la República. Granma [Internet]. 2019 [cited 14 Sep 2020] Available from: http://www.granma.cu/reforma-constitucional/2019-07-10/en-pdf-nueva-constitucion-de-la-republica-de-cuba.

44. Bravo Pardo F. Ley No. 41 de Salud Pública [Internet]. La Habana: Asamblea nacional del Poder Popular; 1983. [cited 14 Sep 2020] Available from: https://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_41_salud_publica_1983.pdf.

45. Consejo de Ministros de la República de Cuba. Decreto 31/21. De las infracciones de las medidas sanitarias para la prevención y enfrentamiento de la covid.19 [Internet]. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 2021. [cited 14 Sep 2022] Available from: https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2021-ex8_1.pdf.

46. Consejo de Ministros de la República de Cuba. Decreto No. 123/1984. De las infracciones contra el ornato público, la higiene y otras actividades [Internet]. La Habana: Consejo de Ministros; 1984. [cited 14 Sep 2022] Available from: http://juriscuba.com/wp-content/uploads/2015/10/Decreto-No.-123.pdf.

47. del Sol González Y. ¿Cuál ha sido el impacto en la economía tras la implantación de la Tarea Ordenamiento? [Internet]. La Habana: UCI; 2021. [cited 14 Sep 2022] Available from: http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/09/04/cuba-en-datos-de-bolsillos-y-billeteras-hablemos-del-salario/.

48. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. RM 29/2020 [Internet]. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 2020. [cited 14 Sep 2022] Available from: https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2020-ex69.pdf.

49. Luis Rojas F, García Salas C. Al Estado socialista le conviene una sociedad civil activa. In: Sánchez Espinosa. Cuba frente al buen vecino. Entre el contrato y la herejía. La Habana: Ediciones Abril; 2019. [cited 29 Abr 2021] Available from: https://lapupilainsomne.files.wordpress.com/2019/10/cuba-frente-al-buen-vecino-interactivo.pdf.

50. Cho Y, Lee S, Arozullah A, Crittenden K. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine [revista en Internet]. 2018 [cited 14 Sep 2020] ; 66 (2008): [aprox. 8p]. Available from: http://www.elsevier.com/locate/socscimed.

51. Wang M, Lin H, Hung L, Lo Y. Non-health outcomes affecting self-care behaviors and medical decision-making preference in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2020 ; 20: 74.

52. Salemonsen E, Førland G, Saetre Hansen B, Holm AL. Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres-A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. Health Expect. 2020 ; 23 (5): 1376-86.

53. Mishra SI, Gioia D, Childress S, Barnet B, Webster RL. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. Health Soc Work. 2011 ; 36 (4): 249-58.

54. Bonal Ruiz R, Almenares Camps HB, Marzán Delis M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 [cited 22 Feb 2022] ; 16 (5): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014&lng=es.

55. McBride CM, Morrissey EC, Molloy GJ. Patients' Experiences of Using Smartphone Apps to Support Self-Management and Improve Medication Adherence in Hypertension:

Qualitative Study. JMIR Mhealth Uhealth. 2020 ; 8 (10): e17470.

56. Luis Gonzálvez IP, Martínez Calvo SM. Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2013 [cited 14 Sep 2020] ; 51 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_3_13/hiesu303.htm.

57. Eggers T, Grages Ch, Pfau-Effinger B. Self-Responsibility of the “Active Social Citizen”: Different Types of the Policy Concept of “Active Social Citizenship” in Different Types of Welfare States. American Behavioral Scientist. 2019 ; 63 (1): 43-64.

58. 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.

59. Rojo-Pérez N. Creación cultural en la prevención social de la epidemia de VIH/sida en Cuba. Rev Sexol Soc [revista en Internet]. 2014 [cited 23 Feb 2022] ; 20 (1): [aprox. 8p]. Available from: http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/467.

60. Menchaca SL, Rodríguez Boza EM. Evaluación de la atención integral a las personas con VIH/sida en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2013 [cited 23 Feb 2022] ; 29 (4): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400007&lng=es.

61. Corcho DV, Valle IR, Gutiérrez SB, Castillo RR, Ávila LJP, et al. Capacidad de respuesta y desafíos del sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. Rev Panam Salud Publica. 2018 ; 42: e30.

62. Panellas Álvarez D. Impactos subjetivos de las reformas económicas: grupos e identidades sociales en la estructura social cubana. In: Espina P, Echevarría D, coords. Cuba: Los correlatos socioculturales del cambio económico. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2015. p. 234-41.

63. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report from the commission on social determinants of health. 2018. Geneva: OMS; 2018.

64. Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. Sci Med [revista en Internet]. 2014 [cited 23 Feb 2022] ; 102: [aprox. 10p].

65. Álvarez Pérez AG, Luis Gonzálvez IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, et al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2010 [cited 14 Sep 2020] ; 48 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es.

66. Loi M, del Salvio L, Stupka E. Social epigenetics and equality of opportunity. Public Health Ethics [Internet]. 2013 [cited 14 Sep 2020] ; 6 (2): 142-53.

67. De Neobourg E, Borghans L, Coopens K, Jansen M. Explicación de los resultados de vida de los niños: estado socieconomico de los padres, inteligencia y factores neurocognitivos en un modelo de ciclo dinámico. Child Ind Res [revista en Internet]. 2018 [cited 14 Sep 2020] ; 11: [aprox. 23p].

68. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in Health: Pathways and policies. Health Affais [Internet]. 2002 [cited 14 Sep 2020] ; 12 (2): [aprox. 7p].

69. Daganzo MA, Allan B, Wakefield J. Cogent Pssycology. 2018 ; 5 (1): 1505-49.

70. Ellen ME, Shach R, Kok MC, Fatta K. There is much to learn when you listen: exploring citizen engagement in high-and low income countries. World Health Popul [revista en Internet]. 2017 [cited 14 Sep 2020] ; 17 (3): 31-42.

71. Pagliccia N, Álvarez Pérez A. The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have a Role?. International Journal of Health Services. 2012 ; 42 (1): 77-94.

72. Gálvez González AM, González López R,

Álvarez Muñiz M, Vidal Ledo MJ, Suárez Lugo NC, Vázquez Santiesteban M. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal. Rev Panam Salud Publica. 2018 ; 42: e28.

73. Asamblea Nacional del Poder Popular. Comisión de Asuntos Económicos. Dictamen sobre Ley del Presupuesto del Estado para el año 2020. Granma [Internet]. 2019 [cited 14 Sep 2020] Available from: http://www.granma.cu/cuba/2019-12-20/dictamen-ley-del-presupuesto-2020-20-12-2019-13-12-52.

74. Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Cuba. Necesidad de poner fin al bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los Estados Unidos de América contra Cuba. Documento de actualización al Informe del Secretario General (A/75/81) sobre la resolución 74/7 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Granma [Internet]. 2021 [cited 14 Sep 2021] Available from: https://www.granma.cu/cuba/2021-06-21/actualiza-cuba-el-informe-contra-el-bloqueo-que-se-presentara-en-naciones-unidas-pdf-y-video.