

RESPONSABILIDAD PERSONAL Y AUTORRESPONSABILIDAD EN SALUD. **CONSIDERACIONES DESDE LA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA.**

(RESUMEN DE TRABAJO DE FIN DE MÁSTER).

D^a Isabel Pilar Luis González.
Máster en Bioética, 2015.

Resumen.

Reconocer la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud genera múltiples conflictos y dilemas éticos. A pesar de la reconocida existencia de esos conflictos y dilemas, en el ámbito cubano percibimos un renovado interés por fomentar la responsabilidad personal en el cuidado de la salud como vía para modificar favorablemente los perfiles de riesgo, morbilidad y mortalidad que afectan al país. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna investigación que

resuma o sintetice los diferentes planteamientos que acerca de la responsabilidad personal por la salud existen a nivel nacional e internacional, o que indague en los conocimientos, actitudes y percepciones de los bioeticistas cubanos sobre cómo integrar este concepto en el sistema de salud. Se realizó una investigación con un enfoque mixto que transitó por dos etapas. La

primera responde al interés de describir el tratamiento que en la literatura nacional e internacional ha sido dado al tema de la responsabilidad personal por la salud. La segunda se corresponde con la identificación de los conocimientos, actitudes y percepciones de bioeticistas cubanos sobre la respon-

sabilidad personal por la salud y las posibles acciones para fomentarla. Se comprobó que la responsabilidad personal ha sido un tema siempre presente en la literatura científica. Se apreció una mayor producción en idioma inglés mientras la representación de autores cubanos fue escasa. Todavía existe fragilidad conceptual en torno a este tema predominando los artículos de revisión y de opinión, haciéndose evidente la falta de consenso entre diferentes autores. Entre los bioeticistas consultados predominó el desconocimiento de una definición de autorresponsabilidad en salud y la identificación en la situación actual del país de barreras en el esfuerzo por fomentar y manifestar esa autorresponsabilidad. Se recomienda propiciar espacios de dialogo con la presencia de diferentes actores para debatir y lograr consensos acerca de la autorresponsabilidad en salud y su fundamentación bioética.

Introducción.

La Bioética representa hoy un movimiento universal de responsabilidad profesional para los médicos y el personal que complementa el equipo de salud. Además es un sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida, como constante llamada de alerta a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana y evitar la maleficencia con los seres vivos en general, incluyendo el deber social de disponer y utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada en su justa distribución y utilización¹.

Diversos son los conflictos y dilemas éticos relacionadas con la salud y su cuidado. Diversas también han sido las propuestas de principios éticos que, dirigidos a orientar la práctica médica, han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. El más conocido de estos códigos y que más ha influido en la medicina occidental es el Juramento Hipocrático², cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes: “no haré

daño” (principio de *no maleficencia*) y “actuaré en beneficio del enfermo” (principio de *beneficencia*). En épocas posteriores Beauchamp y Childress suman, a estos dos principios primigenios, la capacidad determinante del paciente para participar en la toma de decisiones (principio de *autonomía*), y el principio de *justicia*³.

Sin embargo, los crecientes y complejos retos sanitarios del mundo contemporáneo generan diariamente un sinnúmero de situaciones que no siempre pueden ser adecuadamente solucionadas a través del cumplimiento de los cuatro principios éticos hasta aquí enunciados.

En el caso particular de la Salud Pública como ciencia, el debate alrededor de temas como el acceso y la cobertura universal a los bienes de salud, la existencia de disparidades en el estado de salud al interior y hacia fuera de los países, la coordinación entre las respuestas nacionales e internacionales para la vigilancia y control de las enfermedades y la adopción de políticas públicas dirigidas a la promoción de salud, han hecho palpables las limitaciones del modelo principialista en este empeño y la necesidad de identificar, definir y normalizar los valores y principios bioéticos que deben acompañar a los diferentes actores sociales (políticos, salubristas y sociedad civil en su conjunto), en el esfuerzo de implementar medidas dirigidas a supervisar y mejorar la salud de las poblaciones y de intervenir sobre los determinantes estructurales e intermedios que promueven o inhiben el desarrollo de sociedades sanas⁴.

Varios autores coinciden en que la propuesta principialista de Beauchamp y Childress (más dirigida a las relaciones interpersonales) ha demostrado su utilidad en las ciencias biomédicas, pero resulta insuficiente, inadaptable y poco útil para el análisis de los problemas desde el ámbito colectivo en que se desarrolla la Salud Pública^{4, 5-12}. Otras propuestas de marcos referenciales, con nuevos valores y principios han surgido a partir de esta idea.

Se define la Salud Pública como “es el esfuerzo organizado de la so-





ciudad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance-colectivo.¹³”

En el orden práctico, enfoques más actualizados consideran a la salud pública como el “proceso de movilizar y comprometer los recursos locales, regionales, nacionales e internacionales para asegurar las condiciones para que las personas pueden ser saludables”¹⁴. En este caso el registro de eventos vitales; el análisis, monitoreo y evaluación del estado de salud de las poblaciones; la vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud; la promoción y participación social en salud, la formulación de políticas, planificación y gestión de sistemas de servicios, la regulación y fiscalización sobre bienes, servicios y productos; la respuesta ante desastres y la promoción de la equidad social y el acceso a los servicios sanitarios con calidad se encuentra entre las funciones esenciales de la salud pública (FESP) y es núcleo central de su práctica^{15, 16}.

Como acción científica y técnica, la Salud Pública valoriza la evidencia identificable y medible y busca fundamentar sus decisiones e intervenciones en ella. No obstante reconoce las limitaciones de evidenciar esa realidad social y la importancia de los valores en su conformación e intenta compatibilizar evidencia y valores reconociendo la precedencia de estos últimos. En esta dimensión valorativa, la Salud Pública se asocia a la ética, extendiéndola a todos sus ámbitos de acción: la sociedad, el Estado con sus quehaceres específicos o compartidos y la consideración de las necesidades individuales¹⁷. Si bien la Salud Pública surgió hace más de una centuria, el desarrollo de una ética para esta ciencia es un planteamiento reciente. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “...la ética de la Salud Pública merece especial atención por ser el área de desarrollo más reciente de la bioética como disciplina, por la ubicuidad de la acción en salud pública y la consideración de los determinantes sociales de la salud”, y abunda “...no

todas las acciones orientadas a la mejora de la salud son éticamente aceptables. Más aún, la actividad de salud pública no es éticamente neutra."¹⁸

Con los anteriores planteamientos se demuestra la necesidad de una ética aplicada a la Salud Pública, que funja como guía para "...un proceso sistemático de reflexión dirigido a esclarecer, priorizar y justificar posibles cursos de acción [...] basados en los principios éticos, valores y creencias de los actores sociales implicados en la cada toma de decisión"^{3, 19-21}.

Uno de los temas de estudio de la ética de la Salud Pública se enfoca en los aspectos relacionados con determinar el rol y las responsabilidades que debe asumir cada actor dentro del sistema de salud. No obstante, si bien las responsabilidades de los Estados se encuentran adecuadamente definidas y legisladas a nivel nacional e internacional, la responsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de la salud continúa siendo un tema de debate. El tema de la responsabilidad en salud admite acercamientos éticos, filosóficos y jurídicos entre otros.

Desde el punto de vista de la ética de la Salud Pública, reconocer la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud que genera múltiples conflictos y dilemas éticos²², como por la colisión de este valor con otros, por ejemplo, la responsabilidad personal versus responsabilidad social, la responsabilidad personal versus libertad versus paternalismo, responsabilidad versus autonomía versus heteronomía y la responsabilidad personal versus lecciones versus determinantes sociales de la salud.

A pesar de la reconocida existencia de esos conflictos y dilemas éticos aún no resueltos anivel teórico, en el ámbito cubano, se ha percibido en los últimos años un renovado interés por fomentar la responsabilidad personal en el cuidado de la salud. Cada vez resulta más frecuente encontrar en los medios masivos de difusión (prensa escrita, radio y televisión) a representantes del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) y otros sectores de la administración central del estado haciendo referencia a este tema, a la fal-

ta de la misma en la población cubana y a la necesidad de fomentarla como vía para modificar favorablemente los perfiles de riesgo, morbilidad y mortalidad que afectan al país²³⁻³¹.

Sin embargo, no hemos encontrado en el ámbito cubano ninguna investigación que resume o sintetice los diferentes planteamientos que acerca de la responsabilidad personal por la salud existen a nivel nacional e internacional o que indague en los conocimientos, actitudes y percepciones de los bioeticistas cubanos sobre cómo integrar este concepto en el sistema de salud cubano actual.

La presente investigación se realizó como primer acercamiento exploratorio y no definitivo a las carencias anteriormente mencionadas, mediante la respuesta de las siguientes interrogantes científicas:

¿Cómo ha sido tratado en la literatura nacional e internacional el tema de la responsabilidad personal por la salud?

¿Qué conocimientos, actitudes y percepciones poseen los bioeticistas cubanos sobre el tratamiento que desde la Bioética se le debe dar al tema?

Desarrollo.

El estudio realizado clasificó como una investigación con un enfoque mixto que transitó por dos etapas interrelacionadas entre sí. La primera etapa respondió al interés de describir el tratamiento que en la literatura nacional e internacional ha sido dado al tema de la responsabilidad personal por la salud. La segunda etapa tuvo correspondencia con la identificación de los conocimientos, actitudes y percepciones de bioeticistas cubanos sobre la responsabilidad personal por la salud y las posibles acciones para fomentarla.

Por su carácter exploratorio las respuestas ofrecidas no tuvieron un carácter definitorio. Se siguió el supuesto teórico planteado por Oramas¹² quien cita a Adela Cortina cuando plantea que "... la ética aplicada funciona más de "abajo - arriba" que de "arriba - abajo", más desde la base republicana de las distintas esferas que desde la monarquía del saber filosófico."

El análisis se realizó desde conocimientos de las tradiciones ético filosóficas y como presupuesto metodológico se utilizaron fuentes y recursos de las tecnologías de la información que se encuentran hoy disponibles para cualquier profesional de la salud en Cuba, por lo que se realizó una búsqueda progresiva de artículos según título, autor, revista y año de publicación y se determinó si el tema del mismo se correspondía con el de la investigación. Los resultados de la lectura analítica así como el análisis de contenido se condensaron en el capítulo de resultados de la tesis propiamente dicha.

Para realizar la segunda etapa de la investigación, el universo de estudio está conformado por la totalidad de Masters en Bioética graduados de las dos maestrías en esta ciencia actualmente activas en el país (Universidad de La Habana y Centro de Bioética Juan Pablo II) y la totalidad de los profesores de ambos programas docentes, para un total de 142 sujetos, y se seleccionó una muestra correspondiente al 10%.

Acerca de los resultados.

La premisa de que las personas son responsables de su propia salud (autorresponsabilidad en salud o simplemente autorresponsabilidad) es una idea ampliamente discutida a lo largo de la historia de la Salud Pública. En el año 1978 la autorresponsabilidad ganó un lugar privilegiado en las agendas sanitarias de los países y los discursos de los políticos a partir de su inclusión en la Declaración de Alma - Atá³² donde se plantea:

*VI- "La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de **autorresponsabilidad** y autodeterminación."*

Treinta y siete años después la idea

de que las personas son responsables de su propia salud continúa como un tema no totalmente explicado en el ámbito teórico y siempre acompañado de polémica.

Uno de los aspectos que incide es la multiplicidad de términos utilizados para referirse a este tema, lo cual quedó evidenciado en la revisión bibliográfica realizada. Igualmente el uso de términos incorrectos traduce la falta de consenso alrededor del concepto, idea que se refuerza con los resultados de las entrevistas a los expertos.

Esta autora se muestra más atraída al uso de los términos “responsabilidad personal [con la salud] o autorresponsabilidad [en salud], ambos identificados en la revisión bibliográfica. A su vez rechaza el uso de términos como abogacía por la salud, empoderamiento para la salud, autoayuda, auto eficacia, autogobernanza, atención centrada en el paciente, autocuidado o apoyo social, como correlatos de la responsabilidad personal [con la salud] o autorresponsabilidad [en salud].

Aunque se combinaron en las estrategias de búsquedas el uso de términos en idioma español e inglés, fue superior la literatura anglosajona sobre el tema. Esto sin dudas puede estar relacionado con una mayor representatividad de autores de esta lengua, y la presencia de un mayor número de revistas que publican en este idioma dentro de las bases de datos utilizadas. No obstante llama la atención la poca representatividad de artículos en idioma español y específicamente de Cuba.

A pesar de la amplitud de materias que se obtuvo en la búsqueda realizada (lo cual aseguró un amplio diapasón de miradas y acercamientos al tema) es justo reconocer que los términos utilizados no proveen una alta especificidad en la búsqueda. Muestra de ello son los 242 artículos duplicados y los 168 eliminados por no corresponderse con el tema de estudio.

Opinamos que resulta imprescindible por tanto normalizar una definición de autorresponsabilidad en salud, y una vez lograda proponer su inclusión entre los más de 31800 Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSH)- y sus

correlatos en portugués e inglés- utilizados como lenguaje para la indización de literatura científica por la Biblioteca Médica Regional (BIREME). Solo así se logrará que una búsqueda bibliográfica realizada sobre este tema arroje resultados con altos niveles de sensibilidad y especificidad. No obstante esta es otra evidencia de la ausencia de consenso alrededor del tema.

Para la autora de esta investigación tanto la autorresponsabilidad como la responsabilidad personal, pueden ser utilizados indistintamente, tal y como se ha hecho a lo largo de este documento y se continuará haciendo en lo adelante. Las razones de esta propuesta se explican a continuación.

El origen etimológico de la palabra “autorresponsabilidad” surge de la unión del prefijo *auto* (propio de uno mismo, por (para) uno mismo, desde uno mismo), y el vocablo latino *spondere*, (obligación moral y deber de todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un acto realizado libremente)^{33, 34}.

En este sentido la autora de esta tesis prefiere asumir el prefijo *auto* en su acepción más amplia, lo que significa aceptar no solo “*por (para) uno mismo*” (limitaría la autorresponsabilidad a las acciones que solo dañan al propio sujeto) sino “*desde uno mismo*” y hacia lo demás (incluyendo toda acción que incida sobre la salud propia y la de los otros). Este enfoque sería congruente con las diferentes dimensiones del concepto de autorresponsabilidad anteriormente mostrados. Es justo señalar que en la indagación realizada a los bioeticistas incluidos en el estudio, algunos de ellos apoyan este planteamiento.

En este momento parece oportuno referenciar un concepto de autorresponsabilidad en salud elaborado anteriormente por esta autora y publicado en un artículo anterior³⁵ Se definió en aquel momento la autorresponsabilidad [en salud] como la acción de “*comprender que nuestros actos 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 comporta-*

miento no resulte nocivo para el mantenimiento de nuestro bienestar ni el de nuestros semejantes. El fundamento ético de este planteamiento es que la reclamación de todo derecho debe acompañarse del insoslayable cumplimiento de un deber”³⁵

Reafirmamos que esta no es más que una propuesta que, a la luz de la revisión bibliográfica realizada como parte de esta investigación, reconocemos como muy preliminar. Sería esta definición un punto de partida para un debate más profundo dentro de la sociedad cubana ante todo.

El uso o aceptación de esta definición implicaría que la autorresponsabilidad en salud no es solo reacción, sino por acción. No es simplemente tener comportamientos saludables, sino que de asumir estos comportamientos tienen como génesis un proceso de reflexión individual, una toma de posición moral del individuo. La autorresponsabilidad se evidenciaría no solo en el cumplimiento de deberes legales para las conductas reguladas por el derecho (civil, penal, ambiental), sino como deberes morales en el caso de aquellas donde el predicamento legal no sea posible u oportuno.

A su vez esta definición incorpora el marco teórico de la salud como derecho humano al reconocer que derecho y deber están íntimamente relacionados. No se pueden exigir deberes para el cuidado de la salud si previamente los Estados no aseguran a sus ciudadanos la posibilidad de ejercer ese derecho ofreciendo a individuos, familias y comunidades una cobertura universal mediante sistemas de salud accesible, integral, con calidad e inclusividad. La autorresponsabilidad en salud no debe ser impuesta sin considerar la influencia de los determinantes sociales, como quedó evidenciado tanto en la revisión bibliográfica como en los planteamientos de los expertos convocados.

Sería bueno distinguir que fuera del concepto propuesto por esta autora quedan algunas prácticas que violan ese derecho a la salud.

El uso de la autorresponsabilidad en salud como criterio para justificar la privatización de la atención sanitaria

ria, la creación de paquetes básicos de atención focalizada, o la priorización de la atención médica a aquellos que muestren comportamientos saludables por sobre otros considerados irresponsables. Ninguna de estas estrategias resulta justificable utilizando este concepto, puesto que han demostrado lacerar el derecho a la salud e incrementar los diferenciales y las inequidades. Con la definición propuesta no se pretende utilizar la enfermedad y el riesgo como indicador moral del individuo, sino movilizar al individuo desde la reflexión y el compromiso con su salud propia y con la salud de su comunidad para una participación más auténtica.

Un problema aún no resuelto con esta propuesta conceptual, es diseñar o definir un método concreto y práctico para determinar el punto exacto que separa la autorresponsabilidad de la responsabilidad social en el cuidado de la salud. No obstante, como bioeticista y salubrista me inclino a proponer que, al menos en Cuba, este límite difuso y esquivo, puede ser determinado primeramente a partir del análisis fenomenológico del concepto acompañado de un proceso de deliberación colectiva que permita la elaboración de una definición de autorresponsabilidad que incluya los criterios de diferentes actores para asegurar su validación y legitimación social. Herramientas como las ofrecidas por la bioética personalista, la bioética de la intervención^{*7} y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO³⁶ resultan útiles puntos de partida para este empeño.

En el caso de Cuba, con una sociedad y un sistema político con altos niveles de organización y cohesión social y un sistema nacional de salud que garantiza la cobertura universal, donde el humanismo y la solidaridad constituyen valores fundacionales, se dan las condiciones objetivas y subjetivas para reconstruir el significado del término autorresponsabilidad en salud, ahora con una visión alejada del discurso neoliberal y de la culpabilización de las víctimas; pero con el compromiso de establecer métodos renovados para fortalecer un empode-

ramiento de la población cubana que asegure la sustentabilidad de las políticas públicas y la acción intersectorial basadas en un enfoque de salud en todas las políticas y justificados por los principios éticos de beneficencia, protección, solidaridad y justicia³⁵.

En estos momentos cuando Cuba se encuentra abocada a un proceso de actualización su política económica y social con el objetivo declarado de garantizar la continuidad e irreversibilidad del Socialismo, el desarrollo económico del país y la elevación del nivel de vida de la población y la necesaria formación de valores éticos y políticos de nuestros ciudadanos³⁷. Parece prudente sugerir que el Minsap con el acompañamiento de otros actores sociales inicie un proceso de reflexión sobre el tema de la autorresponsabilidad en salud y el papel que deben jugar los sectores estatales, la población y el resto de la sociedad civil en la protección social de la salud.

Las transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública son, aunque no se mencione la palabra, un proceso de reforma sectorial o reestructuración del sistema nacional de salud que tiene como eje central la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) y dentro de sus objetivos continuar elevando la salud de la población, incrementar la calidad y satisfacción con los servicios y hacer eficiente y sostenible el sistema. Los principales componentes de estas transformaciones han sido la reorganización, compactación y regionalización asistida de los servicios y los recursos³⁸.

A decir del Dr. Roberto Morales Ojeda, Ministro de Salud Pública de Cuba “...las transformaciones actuales del Sistema Nacional de Salud cubano distan de las reformas por recortes presupuestarios de otros sistemas sanitarios.”³⁹ A pesar de que Cuba no escapa a los problemas que en el orden social y económico atraviesa el mundo, las transformaciones necesarias en el sistema de salud pública cubano van dirigidas a una “... actualización de los esquemas de organización y funcionamiento que posibiliten enfrentar [...] problemas de salud complejos derivados de factores de riesgo y de [...] los

*determinantes sociales de la salud, relacionadas como factor causal de las enfermedades crónicas no transmisibles, además los problemas del ambiente y el envejecimiento poblacional que en el año 2011 alcanzaron el 17,9 % con un pronóstico de crecimiento del 30% para el año 2030, así como mejorar el equilibrio promocional, preventivo, curativo, y de rehabilitación.”*³⁹.

Si bien en esta primera y segunda etapa las principales medidas han estado centradas en los servicios y los recursos humanos del sistema nacional de salud (SNS), los próximos pasos deberán necesariamente involucrar a la población como actores activos de las transformaciones. Siguiendo la lógica de las declaraciones realizadas a la prensa por funcionarios del Minsap en los últimos tiempos, podría inferirse que una de las aportaciones que se le podría solicitar a los ciudadanos sería sin dudas ser más responsables con su salud, limitar sus conductas y controlar los riesgos a los cuales se expone. No podemos descartar tampoco que el actual proceso de transformaciones desemboque finalmente en la promulgación de una nueva Ley de Salud Pública ya que la actualmente vigente⁴⁰ se encuentra desactualizada.

Pero, ninguno de estos procesos puede (o al menos debe) ocurrir sin que se hayan llegado a consensos en el tema de estudio de esta investigación: la autorresponsabilidad en salud. En este sentido la bioética, con su infinita vocación para construir puentes de entendimiento entre las personas, encontrando mínimos morales que nos permitan establecer nexos de comunicación entre posturas disímiles, podría contribuir al diálogo social e interdisciplinario.

En este proceso de debate dirigido fundamentar o rechazar la necesidad de fomentar la autorresponsabilidad de la población cubana, la bioética podría ser más que una simple guía para tomar decisiones y actuar como un motor impulsor de la promoción de las virtudes humanas, teniendo como punto cimero de su accionar a la persona humana y la estimativa moral de su dignidad⁴¹.

En este momento creemos oportuno citar a Iñiguez⁴² cuando plantea que:

“... mantenida la gratuidad y la cobertura universal, el SNS [de Cuba] se enfrenta en las actuales circunstancias a la conciliación entre racionalidad económica y calidad, pero en paralelo necesita reelaborar la concepción de la equidad distributiva de recursos y servicios, y favorecer que la población reconstruya sus percepciones y referenciales sobre la atención a la salud.”

A esta cita añadiríamos *“...lo cual solo es posible con una mayor y más consecuente participación de los individuos, las comunidades y las redes sociales -familia, amigos, asociaciones culturales, científicas, religiosas, organizaciones cívicas entre otras - en la gestión del cuidado de la salud, mediante el desarrollo de acciones que, no solo desde una lógica del derecho sino también desde la lógica de la responsabilidad personal y los deberes, deberán formar parte integral del proceso intersectorial de transformaciones de la salud pública.”*³⁵

Fomentar un diálogo bioético a este respecto es por tanto imprescindible ante las situaciones inéditas que se nos presentan en la actualidad, en la realidad cubana.

De todas las corrientes bioéticas, es la tendencia antropológico personalista, la que más cercana nos a efectos de fundamentar desde la Bioética la necesidad de fomentar la autorresponsabilidad en salud. Se trata ante todo de rescatar para la Salud Pública, el papel de la “persona” que *“no es parte de una totalidad abarcante, sino una totalidad en relación con la cual todo es parte. He aquí uno de los aspectos más sobresalientes del personalismo.”*⁴¹

Los cuatro principios de la bioética personalista (el principio de defensa de la vida física, el principio de libertad y responsabilidad, el principio de totalidad o principio terapéutico y el principio de socialidad y subsidiaridad) sustentan la idea de entender a la persona humana como *“sujeto moral”* y *“sujeto de derechos/de deberes”*; como individuos que son respetados

moralmente pero tutelados jurídicamente. A su vez es la persona el filtro para la determinación de la licitud o ilicitud de una intervención⁷ Es el modelo personalista el que mejor sitúa al individuo en su espacio cultural, económico y social, lo contextualiza en tiempo y lugar y establece un sistema de referencia moral con fuerza deontológica. Todos estos aspectos refuerzan una vez más su utilidad y adecuación a los temas de salud pública en general y al tema de la autorresponsabilidad en salud en particular.

Conclusiones.

La responsabilidad personal en salud ha estado presente en la literatura científica desde la segunda mitad del siglo XX, y con un mayor destaque en los últimos quince años. Se aprecia una mayor producción en idioma inglés mientras la representación cubana en este sentido es escasa.

A pesar del largo tiempo que ha estado posicionado de forma estable en la literatura científica este tema, todavía existe fragilidad conceptual en torno a él. Aún predominan los artículos de revisión y opinión, haciéndose evidente entre los autores consultados la falta de consenso sobre qué términos usar, que concepto asignar a cada uno de ellos y como utilizar esos conceptos en la adopción de políticas públicas y el desarrollo de intervenciones en salud

Entre los bioeticistas consultados predominó el desconocimiento de una definición de autorresponsabilidad en salud. Un grupo de ellos manifestó nunca haber reflexionado sobre el tema, ni escuchar sobre el mismo en su ámbito de acción, aunque reconocieron su importancia en la Cuba de hoy. Estos actores identificaron en la situación actual del país barreras en el esfuerzo por fomentar y manifestar esa autorresponsabilidad. Percibieron la necesidad de eliminarlas e invitaron al trabajo transdisciplinar para lograr fomentar en la población cubana niveles superiores de concientización y compromiso con el cuidado de la salud de todos.

Recomendaciones.

1. Propiciar, en el marco de las transformaciones necesarias del sistema de salud espacios de dialogo con la presencia de diferentes actores para debatir y lograr consensos acerca de las responsabilidades de cada uno de ellos a partir de las reformas a las que ha sido sometido el sistema.
2. Promover procesos de debate académico acerca de la autorresponsabilidad en salud y su fundamentación bioética con la participación y co-auspicio de la Academia de Ciencias de Cuba, y las sociedades científicas del país.
3. Promover entre los bioeticistas del país el interés por publicar en revistas de impacto y así posicionar a nivel nacional e internacional no solo el debate sino también dar a conocer la visión que sobre el tema se posee en Cuba.

Bibliografía.

1. Taboada P, López R. Metodología de análisis ético de casos clínicos. En García, JJ. Enciclopedia de Bioética. [Internet]. [citado 29 sept 2014]. Disponible en: <http://enciclopedia-de-bioetica.com/index.php/todas-las-vozes/153-metodologia-de-analisis-etico-de-casos-clinicos>
2. Juramento Hipocrático. Documentos de Interés en Bioética. Centro Juan Pablo II; 1998.
3. Beauchamp TL, James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. 5ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2001.
4. Ross EG. Setting the Stage: Population and Public Health Ethics or Public Health Ethics: Ineffable, Ignorable or Essential? In Canadian Institutes of Health Research. Population and Public Health Ethics: Cases from Research, Policy, and Practice. Toronto: University of Toronto Joint Centre for Bioethics; 2012.
5. Schram R. Principios bioéticos

- en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. July/Aug. 2001 [citado 29 sept 2015]; 17(4). Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2001000400029&lang=pt>
6. Kottow M. Esbozo multicultural del principalismo bioético. Cuadernos del programa regional de bioética. 1996;33(2)
 7. Acosta Sariego JR. Los árboles y el bosque: Texto y contexto bioético cubano. 1ª ed. La Habana: Publicaciones Acuario; 2009
 8. Gostin LO. Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann. *Journal of Law, Medicine, and Ethics*. 2001;29:121-30.
 9. Turolfo F. Responsibility as an Ethical Framework for Public Health Interventions. *American Journal of Public Health*. 2009 Jul;99(7):1197-1202
 10. Kottow M. Nuevos folios de bioética. *Salud Pública y Biopolítica: Nuevos folios de bioética*. N° 2 [Internet]. Ago 2010 [citado 29 sept 2015]. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl>
 11. Coughlin SS. Ethical issues in epidemiologic research and public health practice. *Emerging Themes in Epidemiology* [Internet]. 2006;3:16 [cited 2015 sept 29]. Available in: <http://www.ete-online.com/content/3/1/16>
 12. Oramas A. La ética médica como ética aplicada: una perspectiva desde la contemporaneidad. [Internet] La Habana: Universidad de La Habana. Editorial Universitaria; 2008 [citado 27 Abril 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/51/>
 13. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de la Salud Pública en Iniciativa de Salud en Las Américas. OPS: Washington, DC; 2002
 14. Detels R, Breslow L. Currents cope and concerns in public health. In *Oxford Textbook of public health*. 1ª ed. Oxford: University Press; 2004.
 15. Jansen MWJ, van Oers HAM, Kok G, de Vries NK. Public health: disconnections between policy, practice and research [Internet]. Ciudad: Health Research Policy and Systems; 2010 [citado 29 sept 2015]. Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/37>
 16. Buss P. Conferencia Inaugural II Congreso Chileno de Salud Pública: Desafíos para la salud pública contemporánea en tiempos de cambio. *Rev Chil Salud Pública*. 2010;14(2-3):86-116
 17. Guerra de Macedo C. La Salud Pública en las Américas: documento conceptual y operacional. En: Organización Panamericana de la Salud. Primera Sección: La Salud Pública en las Américas. Washington: OPS; 2000. 3-16
 18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud. CSP28/14. 28 Conferencia Sanitaria Panamericana y 64 Sesión del Comité Regional; 2012 Sept 17-21; Washington, D.C, EUA
 19. Center of Disease Control and Prevention (CDC). Public Health Ethics [updated 2015 Sept 5; cited 2015 Octb 8]. Available from: <http://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/>
 20. Krebs J. The importance of public-health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008 Aug; 86(8):579
 21. Coleman CH, Bouésseau MC Reis A. The contribution of ethics to public health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008 Aug;86(8):578-579
 22. Devisch I. Co-Responsibility: a New Horizon for Today's Health Care? *Health Care Analysis* [Internet]. June 2012 [cited 2015 Oct 13]; 20(2):139-151. Available from: <http://health.springer.com/article/10.1007/s10728-011-0175-y/fulltext.html>
 23. Guevara Núñez O. La salud, una responsabilidad compartida. *Periódico Sierra Maestra* (edición digital Viernes, 04 de Mayo de 2012 07:04). Disponible en: <http://www.sierramaestra.cu>
 24. En Cuba no hay ébola, pero... [Internet]. Mesa redonda 18 Agosto 2014. Secc. Noticias. *Cubadebate.cu*. La Habana: UCI; c2014 [citado 4 Abril 2015]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/noticias/2014/08/18/en-cuba-no-hay-ebola-pero/>
 25. La higiene comunitaria sobre la Mesa [Internet]. Mesa redonda. 19 de febrero de 2015. Secc. Adelantos. *Cubadebate.cu*. La Habana: UCI; c2014 [citado 3 de marzo 2015]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/adelantos/2014/08/15/la-higiene-comunitaria-sobre-la-mesa-2/>
 26. De la Osa JA. Ganar en responsabilidad con nuestra salud [Internet]. Mesa redonda. 25 Enero 2013. *Cubadebate.cu*. La Habana: UCI; c2014 [citado 3 de abril 15]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2013/01/25/ganar-en-responsabilidad-con-nuestra-salud/>
 27. Orta Rivera Y. La higiene y las enfermedades infecciosas durante el verano [Internet]. Mesa redonda 1 Julio 2014. *Cubadebate.cu*. La Habana: UCI; c2014 [citado 3 de abril 2015]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2014/07/01/la-higiene->

y-las-enfermedades-infecciosas-durante-el-verano/

- 28 Orta Rivera Y. Descendencia, prevención y autorresponsabilidad [Internet]. Mesa redonda. 8 Agosto 2014. Cubadebate.cu. La Habana: UCI; c2014 [citado 3 de marzo 2015]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2014/08/08/descendencia-prevencion-y-autoresponsabilidad/>
- 29 Orta Rivera Y. El médico y la enfermera de la familia: un modelo de atención imprescindible [Internet]. Mesa redonda. 7 Enero 2015. Secc. Sociedad, Temas Nacionales. Cubadebate.cu. La Habana: UCI; c2014 [citado 3 de marzo 2015]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2015/01/07/el-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-un-modelo-de-atencion-imprescindible/>
- 30 Orta Rivera Y. Accidentalidad: conductas irresponsables en contra de la vida [Internet]. Mesa redonda. 16 Enero 2015. Secc. Sociedad, Temas Nacionales. Cubadebate.cu. La Habana: UCI; c2014 [citado 3 de marzo 2015]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2015/01/16/accidentalidad-conductas-irresponsables-en-contra-de-la-vida/>
- 31 Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Declaración de Alma Ata. [Internet]. [citado 2012 mar 29]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- 32 Torres R. Glosario de bioética. 1^{ra} ed. La Habana: ECIMED; 2011.
- 33 Llanes R. Glosario de filosofía, economía y política. 2^{da} ed. La Habana: ECIMED; 2011.
- 34 Luis González IP, Martínez Calvo S, Álvarez Pérez AG. Community Engagement, Personal Responsibility and Self Help in Cuba's Health System Reform. MEDICC Review [Internet]. 2012 Oct [cited 2013 Jan 13];14(4): 44-47. Available from: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=22&id=279&a=va>
- 35 UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. 2005 Octubre 19 [citado 2012 mar 29]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
37. Partido Comunista de Cuba (PCC). Resolución sobre los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. [Internet]; 2011 Mayo [citado: 25 de septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2011/05/09/descargue-en-cubadebate-los-lineamientos-de-la-politica-economica-y-social-pdf/>
38. Ministerio de Salud Pública (Minsap). Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública. [Internet]; 2010 Nov [citado: 25 de septiembre 2011]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>
- 39 Morales RT. El Sistema de Salud Cubano. Conferencia magistral en la sesión de apertura de la Convención Internacional de Salud Cuba- Salud 2012: 2012 diciembre 3. Palacio de las Convenciones. La Habana. Cuba.
- 40 Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41 de Salud Pública. Agosto 15, 1983.
- 41 Zamora R. El paradigma bioético personalista y las aportaciones de la cultura cubana. Una visión desde el Centro de Bioética Juan Pablo II. Conferencia de Clausura IX Congreso Internacional de la FIBIP y I del Centro de Bioética Juan Pablo II). La Habana, Cuba
42. Iñiguez Rojas L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cub Salud Pub. [Internet]. 2012 [citado: 25 de septiembre 2011]; 38(1): 109-125 [citado 27 Abril 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_1_12/spu11112.htm