



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, Ciudad de México, México.

ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,

Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

OPINIÓN CIUDADANA SOBRE LOS DEBERES DE SALUD EN UNA POBLACIÓN DE TABASCO, MÉXICO

CITIZEN OPINION ON HEALTH DUTIES IN A POPULATION OF
TABASCO, MEXICO

Hilda Santos-Padrón

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Zenón Morales-Orozco

Jurisdicción de Salud Nacajuca

Manuel Pérez-Chan

Hospital Instituto Seguridad Social. Tabasco, México.

Alberto Lladó-Verdeja

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Sergio Noriero Escalante

Instituto Mexicano del Seguro Social

Opinión ciudadana sobre los deberes de salud en una población de tabasco, México

Hilda Santos-Padrón¹

hildasanp@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4612-2965>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Ciencias de la Salud
México

Manuel Pérez-Chan

ma_per_ch78@hotmail.com

[http://orcid.org/0000-0002-0060-5494](https://orcid.org/0000-0002-0060-5494)

Hospital Instituto Seguridad Social. Tabasco,
México.

Zenón Morales-Orozco

zemoor@hotmail.com

[http://orcid.org/0000-0001-5818-3186](https://orcid.org/0000-0001-5818-3186)

Jurisdicción de Salud Nacajuca
Tabasco. México

Alberto Lladó-Verdeja

lladoamigo@gmail.com

[http://orcid.org/0000-0001-6550-0282](https://orcid.org/0000-0001-6550-0282)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
División Ciencias de la Salud
México

Sergio Noriero Escalante

noriescaser@hotmail.com

[http://orcid.org/0000-0002-6148-1763](https://orcid.org/0000-0002-6148-1763)

Instituto Mexicano del Seguro Social
Tabasco, México

RESUMEN

Con frecuencia se divulga entre las personas su derecho a la salud, pero la situación es diferente en cuanto al cumplimiento de los deberes de salud, que casi siempre se vinculan con las obligaciones que deben cumplirse cuando se solicita atención en los servicios de salud, y se soslayan los compromisos individuales y comunitarios como una responsabilidad ciudadana, para contribuir a preservar la salud. Objetivo: mostrar la opinión que tienen las personas acerca de los deberes para la salud, tanto individuales como colectivos, en cuatro municipios de Tabasco, México. Método. Como una actividad docente en un programa de Doctorado en Salud Pública, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sustentado en una encuesta de opinión a 202 personas residentes en cuatro municipios del estado de Tabasco, México, en el año 2020. Resultados: del total de las 202 personas entrevistadas, el 57.4% eran mujeres; 54.4% estaban casados, 28.2% se encontraban en el rango de edad de 18 a 30 años; 23.7% eran empleados; 32.1% poseían un nivel de escolaridad de preparatoria. La cifra de aceptación de la responsabilidad individual y colectiva, no superó 88%. Conclusiones: Se reforzó el criterio de la necesidad de cumplir deberes para la salud, no solo vinculados con la prestación de servicios de atención médica, sino también con la salud integralmente concebida, lo que exige corresponsabilidad, participación ciudadana informada y compromiso ético.

Palabras clave: derecho a la salud; autocuidado; responsabilidad social; servicios de salud; salud ambiental.

¹ Autor principal

Correspondencia: hildasanp@gmail.com

Citizen opinion on health duties in a population of tabasco, Mexico

SUMMARY

The right to health is frequently publicized, but the situation is different regarding the fulfillment of health duties, which are almost always linked to the obligations that must be met when seeking care at health services, while individual and community commitments as a civic responsibility to contribute to preserving health are overlooked. Objective: To show the opinions of people regarding their individual and collective health duties in four municipalities of Tabasco, Mexico. Method: As part of a teaching activity in a Doctoral Program in Public Health, a descriptive cross-sectional study was conducted, based on an opinion survey of 202 people residing in four municipalities of the state of Tabasco, Mexico, in 2020. Results: Of the 202 people interviewed, 57.4% were women; 54.4% were married; 28.2% were between 18 and 30 years old; and 23.7% were employed. 32.1% had a high school education. The acceptance rate of individual and collective responsibility did not exceed 88%. Conclusions: The need to fulfill duties related to health was reinforced, not only those linked to the provision of medical care services, but also those related to health as a whole, which requires shared responsibility, informed citizen participation, and ethical commitment.

Keywords: right to health; self-care; social responsibility; health services; environmental health.

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCION

Es notorio que los individuos son corresponsables del cuidado de su salud y de la de quienes los rodean; por eso, es justo exigirles que cumplan con ciertas normas de conducta para hacer efectiva esta responsabilidad y entender que, en términos poblacionales, todos tenemos la responsabilidad solidaria de cuidar la salud propia y la colectiva. En recientes publicaciones sobre salud pública, se reconoce que esta corresponsabilidad constituye un eje central para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, especialmente en contextos caracterizados por desigualdades sociales persistentes y una elevada carga de enfermedades crónicas prevenibles (Kickbusch et al., 2021; Marmot et al., 2020).

Desde esta perspectiva, el análisis de los deberes para la salud adquiere una relevancia particular, ya que permite problematizar la relación entre los derechos socialmente reconocidos y las responsabilidades efectivamente asumidas por la población. La noción de corresponsabilidad sanitaria implica reconocer que la salud no es únicamente un resultado de intervenciones médicas o políticas institucionales, sino también de decisiones cotidianas, conductas sociales y prácticas culturales que influyen directa o indirectamente en el bienestar individual y colectivo. Por ende, la conservación de la salud no se logra solamente mediante la ejecución por parte del Estado y sus dependencias, que actúen como un sistema central y legislador de orientaciones sanitarias (Charvel, 2009; Carbonell y Carbonell, 2012).

Una buena o mala salud, es un producto social y está determinada por las condiciones en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan, envejecen y mueren (OPS, 2006). Esta aseveración subraya la interacción de las conductas individuales y colectivas con factores estructurales, ambientales y políticos, y así configuran patrones diferenciados de riesgo y protección en la población (Solar & Irwin, 2020; Bambra et al., 2021). La ausencia de una apropiación clara de los deberes ciudadanos puede debilitar los esfuerzos institucionales orientados a la prevención, limitar la eficacia de las políticas públicas y reproducir patrones de dependencia del sistema sanitario, especialmente en contextos de recursos limitados.

Se requieren, además de una buena gobernanza de la salud, la participación activa de la sociedad y, sobre todo, la autorresponsabilidad y el autocuidado (Luis, Martínez y Álvarez, 2012). La gobernanza sanitaria contemporánea considera que la salud debe entenderse como un bien público compartido, cuya protección depende tanto de decisiones institucionales como de prácticas sociales cotidianas, entre ellas



el cuidado del entorno, la prevención de riesgos y la solidaridad comunitaria (Pan American Health Organization, 2024).

En ese sentido, se revela una asimetría persistente entre la exigibilidad social de los derechos y la interiorización de responsabilidades individuales y colectivas; esta brecha ha sido identificada como un problema estructural de la salud pública contemporánea, al debilitar la corresponsabilidad social necesaria para sostener sistemas de salud equitativos y eficaces (Pan American Health Organization, 2019; Pan American Health Organization, 2024).

La respuesta a la interrogante sobre cuáles serían los deberes ciudadanos para la salud, aún tarda en aparecer y el desarrollo de esa autorresponsabilidad, que obviamente contribuye a promover y mantener la salud, todavía es incipiente. Sin dudas, deben considerarse los deberes para la salud como una dimensión ética, social y normativa del ejercicio de la ciudadanía sanitaria, vinculada al autocuidado, la prevención y la protección del bienestar colectivo (Kickbusch et al., 2021).

Estudios recientes muestran que, aunque existe un reconocimiento general del derecho a la salud, persiste un bajo nivel de claridad y de apropiación social respecto a los deberes asociados, lo que limita el impacto de las estrategias de promoción y prevención (Bambra et al., 2021). En ese sentido, para el individuo que no vive aislado, el deber de mantener un comportamiento saludable, aunque le restrinja los hábitos de vida que le resultan placenteros, es casi una obligación social más que un asunto de conciencia; por ello, inculcarle hábitos que contribuyan a un comportamiento saludable desde la infancia, se convierte en un deber familiar, del maestro, de los actores sociales de la comunidad (Luis y Martínez, 2013).

Indagar cómo la población interpreta y valora estos deberes, permite comprender no solo el nivel de conocimiento existente, sino también las tensiones, resistencias y oportunidades que influyen en la adopción de conductas saludables. Esta comprensión resulta especialmente pertinente en contextos locales, donde las dinámicas socioculturales, económicas y territoriales condicionan la forma en que los individuos se relacionan con su salud y la de su comunidad.

Con esos antecedentes, el objetivo de este trabajo es mostrar la opinión de las personas sobre los deberes para la salud, tanto individuales como colectivos, en cuatro municipios de Tabasco, México. Se espera



que su cumplimiento, se aporten resultados que contribuyan a elaborar políticas de salud que incentiven el compromiso ciudadano para preservar y mantener la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el mes de enero de 2019, sustentado en la técnica de encuesta mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de conveniencia de 202 personas mayores de 18 años, residentes en cuatro de los 17 municipios del estado de Tabasco y que asistieron a consulta externa en cinco unidades dependientes de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET). El estudio se realizó como actividad docente en la asignatura nombrada "Legislación sanitaria: deberes y derechos para la salud" del programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

El procedimiento inicial, fue la revisión crítica de un artículo sobre una investigación realizada en Cuba por Luis y Martínez en 2013, cuyos objetivos eran similares, con el fin de analizar la metodología, el contenido del cuestionario aplicado (preguntas abiertas y cerradas) y comparar los resultados. Utilizaron la escala Likert para conocer la disposición al cumplimiento de deberes. Se denominó Investigación A y la realizada en Tabasco, como Investigación B.

A propósito del ejercicio comparativo y de acuerdo con las características culturales de la población tabasqueña, se elaboró un cuestionario con 22 preguntas cerradas y también se utilizó la escala de Likert para las mediciones de las preguntas relacionadas con los deberes individuales para la salud (n=16) y los deberes colectivos para la salud (n= 6). Se estableció una escala de 0 a 10, donde 0 es desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo

Se probó el cuestionario en una muestra piloto de alumnos de la licenciatura de Médico Cirujano de la propia universidad, lo que permitió la corrección del número y redacción de las preguntas, todas cerradas para facilitar su análisis. Posteriormente, los cuatro doctorantes aplicaron el cuestionario en las salas de espera de cinco unidades médicas del sector público durante el horario diurno. Se entrevistaron 202 personas mayores de 18 años con su consentimiento, avalado por sus firmas en cada cuestionario.



RESULTADOS

Todos los resultados se compararon con los obtenidos en la Población A (ver Material y Método), cuya muestra era de 186 personas, y en el caso de esta investigación (Investigación B), la muestra fue de 202 personas.

Es pertinente aclarar, que las cinco unidades prestadoras donde se realizaron las entrevistas están ubicadas en la capital del estado (Municipio Centro), aunque una parte de los entrevistados residía en otros municipios., Según el lugar de residencia, el 60.3% (122) de los entrevistados tabasqueños procedía del municipio Centro y el menor número (6,6 %) residía en el municipio Jalpa de Méndez. Las características de los entrevistados se resumen en la Tabla 1 con los porcentajes más elevados en cada rubro y comparados con los resultados de ambas investigaciones. Fueron similares los resultados en cuanto a sexo, al predominar las mujeres con 54,9 % en la población A y 57,4 % en la población B, tal vez porque ellas acuden más a chequeos anuales preventivos, conscientes de su autocuidado; en cuanto al promedio de edad, en los tabasqueños fue entre 18 y 30 años (28,2 %) y en la población cubana fue elevada la diferencia, con un promedio de ser resultado no sé. Fue heterogénea la distribución por ocupación y predominaron los empleados (23.7%); en cuanto a escolaridad, destacaron los encuestados con nivel de preparatoria (32.1) y sobresalen las familias nucleares integradas por 2 o 3 individuos, con un tamaño promedio de tres individuos por familia.



Tabla 1

Características de las personas entrevistadas. Comparativo Investigación A - Investigación B.

CARACTERÍSTICAS	POBLACIÓN A		POBLACION B		
	SOCIODEMOGRÁFICAS	N= 90	%	N= 168	%
Núcleo familiar	28 (2-3 miembros)		31.1	48 (3 miembros)	28.5
Sexo	51 (mujeres)		54.9	90 (mujeres)	53.5
Edad	22 (18-30 años)		24.4	41 (40-49 años)	24.4
Ocupación	22 (ama de casa)		24.4	79 (empleados)	74.6
Escolaridad	33 (preparatoria)		33.6	79 (preuniversitarios)	47

Fuente: cuestionario

Respuestas al cuestionario

Sobre las 16 preguntas del cuestionario referidas a deberes individuales (tabla 2), es notorio que el mayor porcentaje de respuestas positivas corresponde a la atención médica individual preventiva (86.1%), al considerar esta actividad como un auxiliar para conservar la salud; le sigue el cumplimiento de actividades higiénicas personales, como la higiene personal, incluida la higiene bucal (87.6%), que consideraron importante, ya que "contribuye a prevenir ciertas enfermedades".



Tabla 2

Opiniones sobre la salud individual y colectiva. Comparativo Investigación A - Investigación B.

OPINION	POBLACION A	POBLACION B
CORRECTA	N= 90	%
Concepto de salud	82	91.1
El estado y el derecho	63	70
derecho a la salud		168
El estado y el cuidado	73	81.1
de la salud		139
Autonomía con	54	60
relación a la salud		133
Acciones para cuidar	72	80
la salud individual		133
Acciones para	85	94.4
preservar la salud de		138
la comunidad		82.7
Fuente: cuestionario		



La pregunta con menos respuestas positivas se relacionaba con el vínculo autonomía individual-bien comunitario (23.2%), al reconocer que "se afecta su autonomía, pero todo sea por el cuidado de su salud". También resultó llamativo que solamente el 42.5% de los encuestados, desecha la basura en forma adecuada. En cuanto a la dependencia con el estado-gobierno para el cuidado de la salud, 61 encuestados (30%) consideraron que el estado era responsable de su salud, bien diferente a la opinión mayoritaria (69.8%), quienes reconocieron que "de ellos depende un completo bienestar físico emocional psicológico y funcional y no es el estado el responsable de la salud en su totalidad". En resumen, más del 90% de los encuestados, estuvo totalmente dispuesto en reconocer como un deber, la responsabilidad individual para la salud.

El contenido de las seis preguntas del cuestionario referidas a deberes colectivos, aunque poco numerosas fueron pertinentes para entender la relación individuo-comunidad-salud (tabla 3).

Tabla 3

Disposición para cumplir deberes de salud individuales y colectivos. Comparativo Investigación A - Investigación B.

TIPO DE DEBERES	POBLACION A		POBLACION B	
	N= 90	%	N= 168	%
Deberes individuales				
Mantener dieta balanceada	81	90	132	78.8
Mantener adecuada higiene corporal	81	90	124	74.4
Realizar exámenes para detección temprana de enfermedad	87	97.8	57	34.4
Deberes colectivos				
Mantener la salud ambiental	63	71	141	84
Acatar medidas de	65	73	133	79.5



aislamiento y cuarentena				
Informar su estado o condición de salud	54	61	125	74.8
Adoptar normas para la salud de la comunidad*	83	93	0	0
Ejecutar acciones preventivas en el hogar	82	92	24	14.6

Fuente: cuestionario

*Solo en la Investigación A

El porcentaje más elevado de respuestas positivas (51.9%), correspondió a la obligación estatal de cumplir con el derecho a la salud y es notorio que 48% tuvieron una respuesta negativa. El segundo porcentaje más elevado se refería al volumen de la música como molestia para la comunidad; el 49.5% reconoció como un deber no ocasionar esa molestia pública y expresó que "disfrutan la música en fines de semana y evitan que sea un volumen que moleste o perturbe la tranquilidad de sus comunidades". La tercera pregunta con respuestas positivas altas (46.5%), se enfocó a la responsabilidad solidaria del encuestado para cuidar su salud y la salud de la comunidad. Reconocieron que "tienen presente que sus acciones pueden impactar en su comunidad, así como en su salud". Al igual que con la responsabilidad individual, más del 90% de encuestados, reconocieron la importancia y obligación de cumplir con sus deberes de salud colectiva.

DISCUSION

Se reconoce a la salud como un derecho humano universal, como una segunda generación de estos derechos, es decir, los denominados derechos sociales y esta situación reduce la exigibilidad jurídica que sí poseen los derechos civiles y políticos (Villarroel, 2009).

Al parecer, esta situación origina el reconocimiento de la protección a la salud más que a la salud en sí, como un derecho humano consagrado en 19 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela). Las Cartas Magnas de Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras, Perú, Uruguay y



Venezuela contemplan, explícitamente el deber de los individuos de participar activamente en la promoción y defensa del derecho a la salud y la preservación del ambiente. En otras se hace explícita la obligación por parte de los ciudadanos de cumplir ciertas medidas sanitarias, de saneamiento y de socorro, o no abandono a menores de edad, ancianos, enfermos y otros grupos vulnerables (Luis y Martínez, 2013).

En México, no es hasta las reformas de mayo de 2003 en la Ley General de Salud, que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (DOF, 2004) y (Charvel, 2009). En la propia Ley, en el Título Tercero Bis, se establecen los Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios y en el Capítulo IV, aparecen los deberes y derechos comunitarios para la salud y la participación ciudadana en el sistema nacional de salud⁸.

Lo interesante es que en casi ninguna de estas Cartas Magnas se precisan los deberes relacionados con la salud en su concepción más integral, más bien, se orientan a exigir el comportamiento ciudadano cuando se reciben servicios de atención médica (Elizondo, 2007). En este sentido, la encuesta realizada ofreció valiosa información sobre la opinión de las personas entrevistadas acerca de cumplir sus deberes para la salud, tanto individuales como colectivos, lo que amplía el rango y ofrece una visión más holística de la salud.

Desde una perspectiva contemporánea de la salud pública, esta ausencia de una definición integral de los deberes ciudadanos limita la capacidad de los sistemas sanitarios para transitar hacia modelos preventivos y participativos, ya que la responsabilidad social en salud se reduce a un plano normativo implícito y no a una práctica social estructurada (Daniels, 2020). En este marco, los deberes para la salud se configuran como un elemento clave para equilibrar la relación entre derechos exigibles y compromisos asumidos por la población.

En la investigación cubana revisada, que resultó un modelo comparativo para nuestro estudio, la cifra de encuestados fue de 168 personas, residentes en un área de salud de un municipio y además de la encuesta, se efectuaron grupos focales con esos participantes. En los datos generales, hubo predominio de las familias nucleares —tamaño promedio de tres individuos por familia—, del sexo femenino, de los grupos de edad de 40 a 49 años, de la escolaridad preuniversitaria y de los empleados estatales. La



responsabilidad de todos de cuidar de la salud propia y colectiva, fue reconocida por el 89.9 %. Acerca de la responsabilidad individual, el 80% de los encuestados estuvo dispuesto a cumplirla, y los con mayor porcentaje de aceptación fueron: desechar la basura de forma adecuada, procurar formas sanas de recreación, mantener una dieta balanceada y mantener una higiene corporal adecuada.

Por su parte, en nuestro estudio se encuestaron 202 personas que residían en cuatro municipios y tanto en la responsabilidad individual como colectiva, las personas encuestadas reconocieron que deben cumplirse deberes para la salud individual y colectiva, sin embargo, cuando se analizaron las respuestas, en ningún caso fueron superiores al 88%.

Este hallazgo coincide con estudios recientes que señalan que la aceptación parcial de los deberes sanitarios refleja tensiones entre la autonomía individual y el bien común, especialmente en sociedades donde predomina una concepción asistencialista del derecho a la salud (Venkatapuram, 2021). La dificultad para alcanzar niveles más altos de corresponsabilidad sugiere la necesidad de fortalecer los procesos educativos y normativos que articulen la ética, la salud y la ciudadanía.

En los datos generales, el resultado fue similar en cuanto al sexo (predominio femenino), a la escolaridad (preparatoria), a la ocupación (empleados) y al número de integrantes de las familias nucleares. La mayor diferencia se observó entre los grupos de edad, donde se destacaron los jóvenes en nuestro estudio. También hubo coincidencia en algunas respuestas sobre la responsabilidad individual, específicamente en relación con la higiene personal, con cifras más elevadas en la población tabasqueña. Destaca el comentario de algunos encuestados al expresar que "las personas hacen referencia a que las actividades físicas y culturales son parte de la medicina preventiva, por lo que ellos sí lo consideran un deber personal". Por su parte, las respuestas sobre los deberes colectivos no fueron tan similares, pero debe reconocerse la inclusión en el cuestionario de preguntas ajustadas a nuestro contexto. No obstante, sí reconocieron la importancia y obligación de cumplir con sus deberes de salud colectiva.

La menor homogeneidad observada en los deberes colectivos ha sido descrita como una constante en investigaciones sobre participación comunitaria, donde las prácticas orientadas al bien común suelen enfrentarse a barreras culturales, económicas y territoriales que condicionan su adopción (Abel & McQueen, 2020). Este aspecto resulta especialmente relevante para el diseño de intervenciones locales en salud pública.



Fue relevante que un elevado porcentaje de los encuestados reconociera que, aunque el Estado le garantiza el derecho a la salud, no siempre cumple con ese mandato constitucional (51.9%). Además, no lo consideran totalmente responsable del cuidado de su salud, pues las personas también deben mantener entornos saludables, no exponerse al riesgo de contagio de enfermedades, acudir con regularidad a chequeos médicos y cumplir las orientaciones del personal de salud. Las personas se sienten responsables de cuidar su salud, lo cual también beneficia a su comunidad (Elizondo, 2007).

Este reconocimiento del límite de la acción estatal refuerza la idea de que la salud es un bien público compartido, cuya protección requiere la convergencia entre políticas públicas eficaces y conductas sociales responsables. A criterio de Gilson (2020) cuando los ciudadanos internalizan su papel activo, se fortalece la legitimidad social de las intervenciones sanitarias y se incrementa la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Estos resultados confirman que, aunque son obvias las diferencias políticas, sociales, económicas y culturales entre la población tabasqueña y la población cubana, se identificaron algunas similitudes sobre un tema tan controversial como la responsabilidad ante los deberes para la salud individual y colectiva (Fresno, 2014) (Devisch, 2012) y (Lacey y Pickard, 2013), lo que traduce el nivel de conciencia ciudadana en ambas poblaciones, aunque no se les exija el cumplimiento de esos deberes.

Ante la exigencia de un derecho es imprescindible el cumplimiento de un deber, por eso, resulta necesario que además del derecho a la protección de la salud, se consigne en las Constituciones con toda precisión, los deberes ciudadanos -no solamente vinculados con la prestación de servicios de atención médica- sino con la responsabilidad de cumplir deberes, que garanticen la conservación de la salud individual y comunitaria.

CONCLUSIONES

Es evidente la importancia de haber indagado sobre la responsabilidad individual y colectiva que los ciudadanos tabasqueños entrevistados reconocen respecto de los deberes de salud. Con este estudio se obtuvo valiosa información al respecto, pues se reconocieron sus derechos y obligaciones, así como su responsabilidad ciudadana. Este hallazgo es consistente con la evidencia internacional que señala que el reconocimiento explícito de la corresponsabilidad sanitaria constituye un elemento clave para fortalecer la salud pública y la cohesión social, particularmente en contextos marcados por desigualdades.



estructurales y limitaciones en el acceso efectivo a los servicios de salud. Los resultados, aunque no generalizables, traducen el conocimiento de la población sobre la concepción de la salud, los riesgos y amenazas a enfrentar e indirectamente, el trabajo de las autoridades gubernamentales y el personal de salud con relación a las políticas y estrategias para elevar el nivel de salud de la población tabasqueña. Los resultados del estudio confirman que la percepción ciudadana sobre los deberes para la salud constituye un componente fundamental para el fortalecimiento de la salud pública y se reconoce la necesidad de reforzar estrategias educativas, comunitarias e institucionales que promuevan una cultura de autocuidado, prevención y corresponsabilidad social, más allá del ámbito estrictamente asistencial. Al mismo tiempo se reconoce la importancia de ampliar el enfoque tradicional del cumplimiento de los deberes para la salud, más allá de la utilización de los servicios asistenciales, sino en una concepción integral de la salud que incluya conductas, entornos y relaciones sociales. Avanzar en esta dirección resulta esencial para consolidar comunidades más conscientes, solidarias y comprometidas con la protección de la salud individual y colectiva en el estado de Tabasco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, 35(6), 1612–1614. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa040>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2021). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Carbonell, M y Carbonell, J. (2012). La protección de la salud en México: Un derecho fundamental en construcción. *Pluralidad y consenso*, 3 (19): 26-45 <https://apps.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w25447w/78-152-1-SM.pdf>
- Charvel, S. (2009). Derecho y salud en México: propuestas para una relación eficaz. *Gac Méd Méx*, 145 (5): 447-451. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=3629>
- Daniels, N. (2020). Equity and population health: Toward a broader bioethics agenda. *Hastings Center Report*, 50(6), 40–45. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1353/hcr.2006.0058>



Devisch, I. (2012). Co-Responsibility: a New Horizon for Today's Health Care? *Health Care Analysis*, 20(2):139-151. <http://health.springer.com/article/10.1007/s10728-011-0175-y/fulltext.html>

Gilson, L. (2020). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 256, 113019. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(20\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(20)00142-9)

Ley General de Salud. México. 7 de febrero de 1984. D.O. 24-03-2023. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/816408/1_LGS.pdf

Elizondo Mayer-Serra, C. (2007). El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública de México*, 49 (2) 144-155. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6748>

Fresno, J.M. (2014). *Participación, sociedad civil y ciudadanía*. Documento de Trabajo 6.5. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014. Fundación FOESSA. <https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2021/08/CAP-6-DOC-5.pdf>

Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M., ... Wolff, J. (2021). *The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: Growing up in a digital world*. *The Lancet*, 398(10312), 1727–1776. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01824-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01824-9)

Lacey N. y Pickard H. (2013). From the Consulting Room to the Court Room? Taking the Clinical Model of Responsibility Without Blame into the Legal Realm. *Oxf J Leg Stud. Mar*;33(1):1-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24771953/>

Luis-González, I.P. y Martínez-Calvo, S., Álvarez, A.G. (2012). Community Engagement, Personal Responsibility and Self Help in Cuba's Health System Reform. *MEDICC Review*; 14(4):44-47. <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=22&id=279&a=va>

Luis-González, I.P. y Martínez-Calvo S. (2013). Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 51(3):298-310 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000300008&lng=es

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. (2020). Build back fairer: The COVID-19 Marmot review. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>



Organización Panamericana de la Salud [OPS/OMS]. (2006) Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. OPS THS/OS06/7 Original en Español (Washington DC) 2006.

Pan American Health Organization. (2024). *Striving toward health equity in the Americas*. [Information kit (folder, banner, brochure)]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61592>

Pan American Health Organization. (2019). *Sociétés justes: équité en santé et vie digne*. Rapport de la Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques. [Publications]. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51614>

Solar, O., & Irwin, A. (2020). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(5), 332–338. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf

Venkatapuram, S., Justicia global y los determinantes sociales de la salud (2010). *Ética y Asuntos Internacionales*, 24, n.º 2, págs. 119–130. <https://ssrn.com/abstract=2165857> <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/1340/1/j.1747-7093.2010.00252.x.pdf>

Villarroel-Soto, R. (2009). Bioética y reciprocidad en el reconocimiento de derechos y deberes. *Acta Bioethica*, 15 (1): 79-8. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100010

Conflictos de interés:

Los autores declaran no existió conflicto de interés para realizar esta investigación

