

Gobernanza de responsabilidad de Salud en una ciudad del centro de México

Governance of health responsibility in a town in central Mexico

Governança da responsabilidade em saúde em uma cidade no centro do México

Autores

Wilfrido I. Aldana Banderas¹
Arturo Sánchez Sánchez²
Francisco Espinoza Morales³
Sonia Sujell Velez Baez⁴
José Marcos Bustos Aguayo⁵
Héctor Daniel Molina Ruíz⁶
Francisco R. Sandoval Vazquez⁷
Cruz García Lirios⁸

Resumen: En términos generales, la promoción del autocuidado obedece a las pautas de las organizaciones internacionales que buscan reducir el gasto social en atención médica, pero con énfasis en la responsabilidad personal. El objetivo del presente trabajo es discutir esta fórmula, estableciendo un modelo para el estudio del fenómeno. Se realizó un trabajo documental con una selección no probabilística de fuentes indexadas a repositorios nacionales, considerandola inclusión de conceptos: "salud política", "programas de atención médica", "estrategias de prevención" y "autocuidado". Se sugieren líneas de investigación sobre la extensión del modelo.

Palabras clave: Gobernanza, salud, enfermedad, intervención.

Abstract: Gross mode, the promotion of self-care obeys the guidelines of international organizations that seek to reduce social spending in medical care, but with the emphasis on personal responsibility. The objective of the present work is to discuss this formula, establishing a model for the study of the phenomenon. A documentary work was done with a non - probabilistic selection of sources indexed to national repositories, considering publication, and the inclusion of concepts "health policy", "health care programs", "prevention strategies" and "self-care". There are lines of investigation concerning the extension of the model.

Keywords: governance, health, disease, parasite, intervention

Resumo: modo bruto, a promoção do autocuidado obedece às diretrizes das organizações internacionais que buscam reduzir os gastos sociais na assistência médica, mas com ênfase na responsabilidade pessoal. O objetivo do presente trabalho é discutir essa fórmula, estabelecendo um modelo para o estudo do fenômeno. Um trabalho documental foi realizado com uma seleção não - probabilística de fontes indexadas a repositórios nacionais, considerando a publicação, ea inclusão de conceitos "política de saúde", "programas de atenção à saúde", "estratégias de prevenção" e "autocuidado". Existem linhas de investigação sobre a extensão do modelo.

Palavras-chave: - governança, saúde, doença, parasita, intervenção

Introducción

La promoción del autocuidado, para los fines de este trabajo, se refiere a un sistema de administración conjunta de servicios de salud orientados a la prevención de enfermedades y accidentes en el lugar de trabajo, la educación o el ámbito doméstico. Es un proceso de establecimiento de prioridades en la agenda personal, aunque con miras a la salud pública colectiva o ambiental. [1]

Sin embargo, la promoción del autocuidado se distingue por el grado de interdependencia entre los actores involucrados en la

¹ PhD. Profesor de Tiempo Completo, UAE-MEX: wialdanab@uaemex.mx

² PhD. Profesor de Tiempo Completo, UATX: arturo.sanchez.s@uatx.mx

³ PhD. Profesor de Tiempo Completo, USON: fespinoz@navojoa.uson.mx

⁴ PhD. Profesora de Tiempo Completo, UAQ: sujellvb@uaq.mx

⁵ PhD. Profesor de Carrera Titular "D", UNAM: marcos.bustos@unam.mx

⁶ PhD. Profesor de Tiempo Completo, UAEH: hmolina@uaeh.edu.mx

⁷ PhD. Profesor de Tiempo Completo, UAEM: fsandoval@uaem.mx

⁸ PhD. Profesor de Tiempo Completo, UAEM México: garcialirios@aol.com

construcción de una agenda comunitaria, pública y colectiva. A diferencia de los programas de prevención y las estrategias de atención médica, la promoción del autocuidado implica un grado de emprendimiento en el que el acceso y el procesamiento de la información son fundamentales.[2]

Esto supone diferencias entre quienes están influenciados por las campañas de prevención y quienes asumen criterios de elección orientados hacia la construcción de un entorno favorable para su salud y la de sus pares. Este es el caso de las organizaciones civiles dedicadas a la observación de la calidad de los servicios de salud, pero también de aquellas destinadas a la construcción de un sistema de difusión y transferencia de conocimientos para prevenir el monopolio de los medicamentos o la gestión de las unidades médicas, centros especializados en áreas estratégicas.[3]

De esta manera, el autocuidado, en el marco de las instituciones, implica la construcción de un sistema de salud pública guiado por un diálogo constante entre usuarios y autoridades, pero sin excluir la participación especializada de expertos y organizaciones médicas que no solo afectan las políticas de salud, sino además estilos de vida locales y comunitarios.[4]

Precisamente, en el caso de la salud dermatológica, la prevención de enfermedades implica la colaboración de especialistas, la sociedad civil y las autoridades para generar una campaña y diseminación de estilos de vida higiénicos, así como atención inmediata a los problemas de raíz locales. Es un sistema de co-gobierno o gestión consensual de recursos financieros y profesionales de la salud.[5]

El gobierno de la salud dermatológica es una línea de investigación que forma parte de la División de Ciencias Sociales, disciplina del Trabajo Social, área de especialización en la adherencia al tratamiento de enfermedades y prevención de accidentes, aunque también las disciplinas de la sociología, administración, enfermería, antropología y psicología son participes en el diagnóstico, la intervención y la evaluación como ejes centrales de la agenda de salud pública con énfasis en la prevención de riesgos para la salud y la promoción de la salud y el autocuidado.[6]

Teoría de la corresponsabilidad de la salud.

Los marcos teóricos que explican la corresponsabilidad son 1) teoría de la confiabilidad social, 2) teoría del establecimiento de la agenda, 3) teoría de la corresponsabilidad socio-política (véase Figura 1).

La promoción del autocuidado, en el contexto de los tres enfoques teóricos, es el resultado de las directrices de las Cumbres de la Tierra sobre los efectos del cambio climático en la salud pública ambiental, aunque el grado de participación de la sociedad civil establece diferencias entre los enfoques. Al explicar el equilibrio entre los desafíos y oportunidades ambientales y las capacidades personales, grupales o colectivas es una respuesta a estos

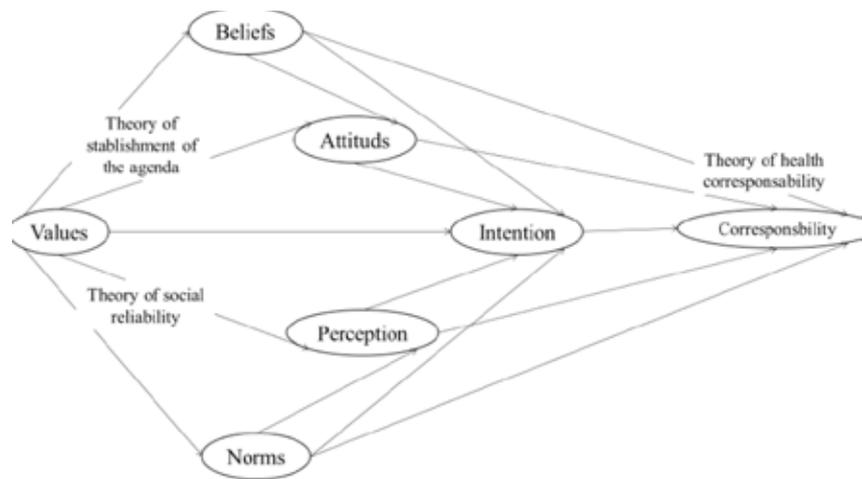


Figura 1. Teoría de la corresponsabilidad de la salud. Fuente: García (2018).

requisitos externos.[7]

Así, la promoción del autocuidado se refiere a una desesperanza, según la teoría de la fiabilidad social, ante una contingencia ambiental, los ciudadanos asumen el papel de víctima y delegan su salud a sus autoridades. En este sentido, la fiabilidad social emerge como un eje guía de los estilos de vida civil, indicando el control del gobierno en la vida privada con respecto a la salud pública, como sería el caso de las enfermedades dermatológicas cuyos brotes epidémicos pueden llegar a sectores vulnerables.[8]

Si la fiabilidad social está indicada por el control de una pandemia, la promoción del autocuidado consistirá en la protección civil de los grupos vulnerados, como los niños, las mujeres y los ancianos, pero si esta fiabilidad social se acentúa en las elecciones electorales, se extenderá a todos los sectores a través del proselitismo y campañas políticas.[9]

Es un fenómeno conocido como el establecimiento de una agenda política electoral, que explica la transición de una epidemia a una promoción de la salud basada en el liderazgo político, las candidaturas, los partidos y los sistemas gubernamentales. En otras palabras, un aumento en la indefensión no solo genera mayor fiabilidad, sino que también intensifica las contiendas electorales que ya no se centran en los problemas del empleo sino en la salud.[10]

En tal escenario de establecer una agenda, las diferencias entre autoridades, expertos y ciudadanos se exacerban, ya que cada actor desarrolla discursos que excluyen a sus homólogos e interlocutores. Esto se debe a que los problemas de salud tienden a ser representados de acuerdo con la información disponible sobre una epidemia o pandemia.[11]

Una vez que el fenómeno ha sido mediatizado, los programas y estrategias de prevención dependen del sesgo de los medios al difundir la información, ya que una difusión abstracta genera desinterés y una difusión simplista genera desconfianza, los medios son ahora responsables de las acciones preventivas, recomendaciones para contener el problema o cambios en estilos de vida necesarios para erradicar la epidemia o pandemia.[12]

En un contexto de configuración de la agenda, los expertos se

limitan a guiar al público, los gobernantes están expuestos al juicio de los medios y la sociedad civil está indefensa ante los intereses de los medios de comunicación para reducir o intensificar la información relacionada con la epidemia.[13]

En tal escenario, es necesaria la corresponsabilidad socio-política, que alude a estilos de vida y comunicación según la prevención de enfermedades, pero también a los primeros auxilios para reducir la propagación de la enfermedad. Es en este contexto que la promoción del autocuidado adquiere más significado porque es una propaganda que no siempre es coherente con la difusión de los medios de comunicación, que casi siempre consiste en el desprestigio de las autoridades y la provocación de la desesperación civil.[14]

Si la teoría de la fiabilidad social explica un alto grado de indefensión y desconfianza de la sociedad hacia sus gobernantes, la teoría de la configuración de la agenda exagera esta desconfianza al mostrar que las autoridades tienen prioridades diferentes a las de la protección civil, pero es la teoría de la sociedad civil responsable la que terminará sugiriendo que los actores participan en la construcción de un sistema de salud pública.[15]

A diferencia de la teoría de la fiabilidad social que destaca el surgimiento de un sector a favor del gobierno en términos de política de salud, la teoría de la corresponsabilidad se centra en observar las oportunidades y su relación con las capacidades de los actores. En un contexto de epidemia o pandemia, la corresponsabilidad implica autocuidado para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad.[16]

Mientras que la teoría del establecimiento de la agenda enfoca su interés en observar el efecto de difusión intensiva de los medios de comunicación, la teoría de la corresponsabilidad advierte que el conocimiento no puede difundirse en los medios de comunicación y, en cualquier caso, debe ser producido por expertos y no por comunicadores, anunciantes, periodistas o columnistas.[17]

Precisamente, la difusión responsable de la información no se podría observar en los profesionales de la comunicación, sino en los profesionales de la salud que, en cualquier caso, utilizarían los medios para guiar la estrategia de protección civil o acción colectiva.[18]

Estudios sobre la responsabilidad de la salud.

Los estudios de la salud dermatológica muestran que la prevención es un factor de bajo costo con respecto al tratamiento de una enfermedad adquirida por una contaminación de parásitos (*ver Tabla 1*).

En este sentido, un modelo para el estudio de un brote de contaminación dermatológica implica estrategias de intervención del trabajo social en instituciones de educación básica como el modelo de propagación de Mckendrick, aunque la integración de otros modelos explica el problema del contagio y los escenarios de tratamiento, recontagio y prevención, advirtiendo la necesidad de

Tabla 1. Estudios sobre la responsabilidad sanitaria.

Año	Autor	Resultados
#(1	Salgado et al.	Asociaciones positivas y significativas entre las dimensiones del clima y las dimensiones de la satisfacción laboral.
1994	Glisson y Hemmelgard	Las variables sociodemográficas afectan el clima organizacional ($\beta = -.24$; $p .05$). El clima influyó negativamente en los resultados del servicio ($\beta = -.13$; $p .05$) y positivamente sobre la calidad del servicio ($S = .12$; $p = .05$).
199R	Wallace et al.	El clima de conflictos y tareas se correlaciona con la cultura organizacional (r respectivo de $.31$ y $.34$ con un significado menor a $.010$). Los climas de conflicto se correlacionaron negativamente con los valores organizacionales; Eficiencia, efectividad, elitismo, apertura, justicia, oportunidad, poder y endogrupo. El clima de cooperación se correlacionó positivamente con cada uno de los valores.
200Q	Neal et al.	El clima organizacional influyó en el clima de seguridad ($\beta = .54$), la seguridad y el clima en el conocimiento de seguridad PS = $.58$), la seguridad k ahora en los procedimientos de seguridad ($\beta = .35$) y en la seguridad. participación en la seguridad ($\beta = .28$), clima de seguridad en la motivación de seguridad ($\beta T .43$) y participación en la seguridad ($\beta = .23$), motivación de seguridad en los procedimientos de seguridad ($\beta = .57$) y sobre la participación en la seguridad PS = $.29$).
2002	Nystrom et al.	El liderazgo autoritario determina la satisfacción laboral PS = $.43$ ($p = .05$). El compromiso laboral se relacionó positivamente con el liderazgo, el desempeño y la satisfacción (r respectivo $.433$, $.431$ y $.281$; $P = .05$). El compromiso de terminado el rendimiento en el trabajo ($\beta = .105$, $p = .05$) y satisfacción ($\beta = .43$; $p = .05$). Liderazgo transformacional y transaccional con desempeño laboral ($\beta T 0.152$ & $S T .107$; $p = .05$), satisfacción ($\beta = .603$ y $S = .305$; $p = .001$) y compromiso ($\beta = .431$ y $S = .281$; $p = .001$).
200*	Cooper & Phillips	Establecieron diferencias significativas previas a la prueba entre las experiencias de seguridad con respecto al manejo de actitudes ($F = 4.7$, $p = .01$), manejo de acciones ($F = 5.83$, $p = .01$), entrenamiento ($F = 2.66$, $p = .05$). También establecieron diferencias entre los años de experiencia laboral con respecto a la gestión de actitudes, nivel de riesgo, manejo de acciones, trabajo en equipo, capacitación y comisión (F respectiva de 5.37 , 6.09 , 2.97 , 6.71 , 3.85 y 2.85 con $p = .05$). Diferencias entre accidentes de trabajo con respecto al riesgo, el lugar y la capacitación (F respectiva de 8.51 , 4.14 y 3.50 con $p = .05$). Finalmente, encontraron diferencias entre el funcionamiento de los departamentos con respecto a la administración, el riesgo, las acciones, el lugar y la capacitación (F respectiva de 7.36 , 16.40 , 3.62 , 3.46 y 2.83 en $p = .01$)
200,	Castro	Diferencias significativas entre el liderazgo transformativo, transaccional y libre (F respectiva de 16.56 , 317.53 , 54.03 con un significado menor de $.010$)
2000	López et al.	Los factores intrínsecos en el trabajo, la identificación psicológica, el sentimiento del deber de obligación y la interacción entre los logros con la identificación determinan la satisfacción ($\beta = -.391$, $F = 21.561$, $R^2 = .165$ primer modelo $S = .314$, $F = 40.009$, $R^2 = .33$ segundo modelo $S T -.229$ y $S = -.587$, $F = 16.887$, $R^2 = .337$ tercer modelo) La satisfacción laboral se relacionó negativamente con cada una de las dimensiones de la mabinga. Solo el rol, el liderazgo y el apoyo se correlacionaron positivamente con los tres factores de la satisfacción laboral. El número total de estrategias de acoso tuvo una influencia directa, negativa y significativa en la supervisión y los beneficios ($\beta = -.56$, $*^2_{equilibrado} = .31$, $p = .010$, $S T .63$, $*^2_{equilibrado} = .40$, $p .010$). El Índice Global de Acoso Psicológico determinó de manera negativa y significativa el entorno físico ($\beta = .64$, $*^2_{equilibrado} = .41$, $p = .010$).
2000	Mañas et al.	El sexo, la satisfacción laboral y la vida son predictores del compromiso organizativo. Estableció diferencias entre los sexos masculino y femenino ($t_{p04} = 2.259$, $p = 0.027$). & diferencias significativas entre rangos de edad ($F_{(2,27)} = 4.04$, $p = .021$) para condiciones físicas y ($F_{(2,77)} = 3.41$, $p = .018$) La satisfacción se correlacionó negativamente con el estrés, la mala adaptación y la resignación ($r = -.41$, $r = -.31$ y $r = -.24$ con

una significación menor de .010 respectivamente) En contraste, se correlacionó positivamente con resolución y distanciamiento ($r = .38$ año = .23 con un significado menor a .05 para cada uno). Las fuentes extrínsecas de insatisfacción determinaron negativamente la satisfacción PS = -.40; p.010). Por el contrario, las horas y la intención de permanecer positivamente influyeron en la satisfacción laboral PS = .40 y S = .26; p .001) Diferencias entre sexos masculinos y femeninos en torno a su nivel de resiliencia ($t = .73$)

200 R	Vecino et al.	La satisfacción laboral afectó el tiempo real de permanencia a través de la intención ($\beta = .423$ y $S = .288$ respectivamente) ajuste de 8.9; % grados de libertad; significado de .151; GFI = .995; AGFI = .986; RMR = .055; RMSEA = .030; NFI = .R04UIFI = .991; CFI = .991 Él demostró diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a tres dimensiones de resiliencia; Fortalezas, apoyo y habilidades. La satisfacción laboral fue positiva y significativamente relacionada con los factores de información tecnológica; inmediatez, transformación, diversidad, crecimiento, ajuste, bienestar y clima (r respectivo de .66, .54, .68, .48, .59 y .42 con significación menor que .010) Resiliencia correlacionada negativamente con el factor de agotamiento emocional y el factor de neuroticismo ($r = -.29$ y $-.49$, $p = .010$ respectivamente) y positivamente con extraversión, apertura, amistad, conciencia y edad (r respectivo de .45, .49, .35, .50 y .17 con $p = .010$).
200 R	Velázquez y Montgomery	Asociaciones positivas entre los factores de satisfacción laboral. La dimensión del maestro se correlacionó con la familia ($r = .424$, $p = .010$). Establecieron el ajuste de la estructura de factores en cada una de las cuatro submuestras de gerentes, primario, público y privado. El factor de compromiso se correlacionó con la orientación al cliente, sugerencias, reconocimiento y capacitación ($r = .29$, $r = .29$, $r = .34$ y $r = .23$, todos con un nivel de significación inferior a .05) Establecieron una asociación negativa y significativa entre la antigüedad y la satisfacción con la remuneración ($r = -.83$, $p = .01$). También encontraron una relación negativa y significativa entre la satisfacción con las oportunidades de desarrollo y la orientación al logro ($r = -.087$; $p = .05$). finalmente, encontraron que la satisfacción con la forma de reconocimiento está vinculada de manera negativa y significativa a la orientación al cliente ($r = -.094$; $p0 .05$)
201 Q	Molero et al.	Encontraron cuatro dimensiones de la MLQ; Liderazgo transformador, desarrollador, correctivo y Evitación. Todos se correlacionaron positivamente (r respectivo de .90, .99 y .87) entre sí, excepto por el factor de evitación (r respectivo de -.87, -.83 y -.78) establecieron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al nivel de ruido en el trabajo ($F = 9,329$, nivel de significación de .003). La falta de estabilidad, eficiencia y cinismo profesional fueron factores determinantes de la satisfacción laboral. PS= 0.508, R^2 T 0.248, $F = 27,416$; $S = -.335$; $*^2 = 0.351$, $F = 22.688$; $S = .286$, $R^2 = .422$, $F = 20,472$, $S = -.192$, $R^2 = .445$, $F = 17,042$ en el hombre respectivamente). Agotamiento, falta de estabilidad, tiempo libre y estricto control. PS = -550; $*^2$ T 0.293, $F = 33.809$; $S = -.248$; $R^2 = 0,335$, $F = 20,871$; $S T 0.211$; $*^2 = .364$, $F = 16-080$, $S = -.187$, $R^2 = .391$, $F = 13,694$ en mujeres respectivamente)
201 Q	Omar	Asociaciones significativas entre liderazgo, confianza y satisfacción laboral. El género, la antigüedad y el liderazgo afectaron la satisfacción a través de la confianza ($\beta T -.136$; $S = .197$; $S = .421$ respectivamente y $S = .510$ para la confianza, $*^2$ equilibrado = .447; $F = 7146$; 7 grados de libertad y significancia menos que .01) La satisfacción se relacionó negativa y significativamente con el agotamiento ($r = -.45$; $p = .01$) y positivamente con la despersonalización y el rendimiento ($r = .29$; $p = .01$ y $r = .23$; $p = .01$ respectivamente). Finalmente, llevaron a cabo regresiones jerárquicas lineales en las que encontraron que la satisfacción determinó el burnout ($\beta = .71$; $*^2 = .480$)
201 Q	Yáñez et al.	Establecieron ocho dimensiones de la formación profesional relacionadas con las percepciones como determinantes de las acciones.

llevar a cabo las estrategias de prevención y promoción de estilos de vida libres de la enfermedad, así como cuidados personales individuales y colectivos.[19]

La historia de la salud pública, las políticas de salud y los programas dermatológicos, y las estrategias para la prevención y promoción de la salud son áreas de investigación y conocimiento multidisciplinarios en los que el Trabajo Social adquiere mayor relevancia al establecer un enfoque con grupos vulnerables.[20]

Se estima que los costos del tratamiento son mayores que los costos de prevención, ya que por cada peso gastado en el tratamiento de enfermedades o atención de accidentes, se gastaría un centavo en la prevención. En este sentido, ambas áreas, la promoción de la salud y el autocuidado ante las enfermedades, pandemias o epidemias son temas centrales de gestión y administración en las políticas de salud.[20]

Es decir, la participación de los grupos afectados es cada vez más importante en la medida en que desarrollan estilos de vida y estrategias de autocuidado de su salud personal y colectiva. Precisamente, en esta fase, el diálogo entre instituciones especializadas y ciudadanos es una cuestión problemática en el logro de los objetivos, la preparación de tareas y el logro de objetivos a corto, mediano y largo plazo por parte de los profesionales de la salud en general y de los profesionales de la salud Trabajo Social en particular.[21]

De esta manera, la gobernanza de la salud dermatológica se entenderá como un conjunto de políticas para la inclusión de actores gubernamentales y sociales ante un problema de salud pública como las enfermedades dermatológicas en los grupos vulnerables. Es un sistema de vigilancia, seguimiento y cooperación, responsabilidad entre las autoridades y las posibles víctimas de enfermedades, epidemias o pandemias.[22]

A diferencia de las políticas de salud centradas en la investigación, la especialización y el tratamiento, el gobierno de la salud dermatológica es de bajo costo, incluye a todas las partes interesadas y establece acuerdos de corresponsabilidad en torno a los objetivos, tareas y objetivos establecidos a medio plazo.[23]

En tal escenario, las competencias de los profesionales de la salud pública y en particular de los trabajadores sociales es de suma importancia, ya que las estrategias se difunden en las instituciones y sectores más afectados por la contaminación dermatológica.[24]

Los modelos de función exponencial, los modelos logísticos, los modelos de función, los modelos de propagación y los modelos de tratamiento dermatológico son dispositivos de intervención para la gobernanza de la salud dermatológica en las instituciones de educación pública básica con énfasis en la promoción de la salud y el autocuidado en grupos vulnerables.[25]

El Trabajo Social ha pasado de modelos de caridad y altruismo a modelos de diagnóstico, intervención, participación, gestión y corresponsabilidad según las políticas de salud y los programas específicos. En este sentido, los modelos utilizados permiten el

trabajo de promoción de la salud dermatológica y la difusión de innovaciones dirigidas a la prevención de enfermedades en los grupos perjudicados.[26]

En el caso de una contaminación cutánea por plagas, destaca la intervención del trabajo social por sus capacidades de prevención del contagio, promoviendo estilos de vida saludables libres de contaminación y estrategias de cuidado. Estos son dispositivos en los que el trabajador social genera información que contrarresta las creencias sobre la propagación de enfermedades como los parásitos.[27]

En principio, el modelo de función exponencial permitiría anticipar escenarios de alto contagio y riesgos para la salud en un grupo vulnerado. A partir de estos datos, el trabajador social de una institución de salud básica promovería a través de imágenes el escenario de deterioro de la salud debido a la falta de higiene.[28]

En el caso del modelo logístico el profesional de Trabajo Social generaría un inventario a partir del cual las posibles víctimas de contaminación dermatológica tendrían que adoptar estilos de vida preventivos al reducir su contacto con grupos en riesgo de contagio. De este modo, los resultados logarítmicos permitirían tomar decisiones en contra o en favor de la separación de grupos infectados y grupos en riesgo, así como la reprogramación de sus actividades dentro o fuera del aula.[29]

Por su parte, el modelo de función integraría los probables escenarios de contaminación exponencial con los efectos de esta contaminación en los grupos de mayor riesgo y en la atención a los grupos de bajo riesgo. De esta manera, el modelo permitiría anticipar escenarios probables de una nueva contaminación dermatológica que se enfrentaría con una difusión sistemática e intensiva de estrategias de colaboración en torno al cuidado del medio ambiente para evitar un nuevo brote.[30]

Finalmente, el modelo de propagación, el modelo que mejor se adapta a los requisitos de cooperación y solidaridad para la gobernanza de la salud dermatológica, incluye no solo los grupos perjudicados por la enfermedad, sino también los futuros escenarios de interacción en los que nuevos brotes en otros grupos y el re contagio de los primeros casos generarían un escenario de alto riesgo, pero con información suficiente para reducir sus efectos exponenciales.[31]

Sobre la base de estos modelos, se propuso un modelo integral en el que las relaciones de dependencia entre grupos contagiosos, grupos contagiosos potenciales, grupos de autocuidado, grupos de contacto potenciales y grupos que desarrollan el autocuidado y prevención.[32]

En este escenario, la intervención del trabajo social no solo sería para la promoción de la salud sin infección, sino también para la difusión de estilos de vida de autocuidado y cooperación en la prevención de enfermedades. Es un proceso colectivo de salud en el que el objetivo es evitar un nuevo brote, o, la reducción a su mínima expresión.[33]

La contribución de este trabajo al estado del conocimiento

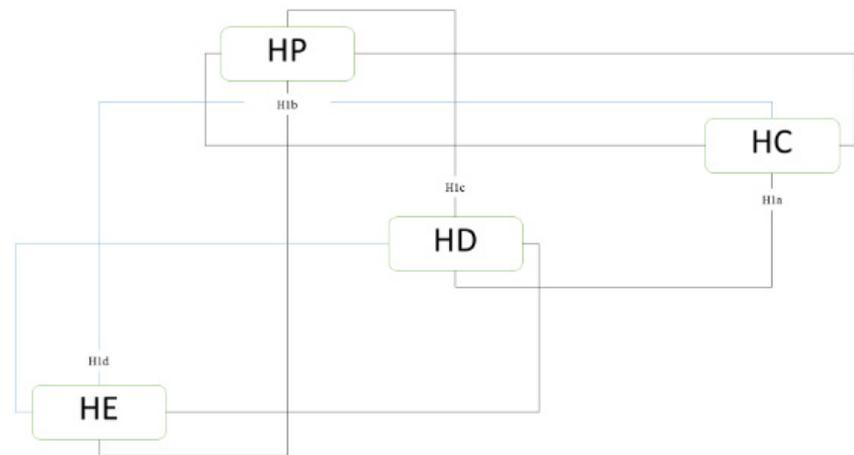
radica en la formalización de modelos matemáticos para el estudio de la gobernanza de la salud dermatológica en grupos vulnerables. Esta es una discusión sobre el alcance y los límites de los modelos para demostrar su utilidad en la toma de decisiones, el establecimiento de programas de prevención y la difusión de los estilos de autocuidado.[34]

Modelo de corresponsabilidad

Un modelo es una representación de las relaciones entre los factores utilizados en la teoría (ver figura 2).

La promoción del autocuidado, indicada por la fiabilidad, el establecimiento de la agenda y la corresponsabilidad, supone un proceso emocional y tratamiento racional de la información sobre un problema de salud pública como una epidemia o pandemia. Esto es así porque, si bien es un fenómeno bioquímico, se convierte en una cuestión de salud pública al involucrar a actores políticos y civiles en los objetivos, tareas y objetivos de los

Figura 2. Modelo de corresponsabilidad.
Fuente: García (2018).
HE = Expectativas de salud,
HP = Participación de salud,
HD = Deliberación de salud,
HC = Corresponsabilidad de salud



profesionales de la salud, que pueden tener acceso a los medios de comunicación, pero son reemplazados por comunicadores, periodistas, conductores, reporteros, columnistas o informantes sobre el problema de salud pública (hipótesis 1a).

En tal escenario, la fiabilidad social que consiste en una confianza excesiva y la delegación de poder de decisión a las autoridades se intensifica, reflejando una asimetría entre los gobernantes y los gobernados en términos de protección civil, recintos sanitarios o atención médica. Este es un contexto en el que la salud pública y la promoción del autocuidado se atribuyen a las instituciones estatales, pero los medios de comunicación son responsables de desacreditar para satisfacer sus intereses de audiencia (hipótesis 1b). De esta manera, la fiabilidad social exacerbada genera problemas como la vulnerabilidad de la sociedad civil a la corrupción de sus funcionarios, autoridades y directores de instituciones de salud. Se trata del establecimiento de una agenda sesgada por la difusión de información en los medios de comunicación, casi siempre centrada en la corrupción estatal y la desesperación civil, que desacredita a los actores y genera un vacío de expectativas (hipótesis 1c).

Sin embargo, este contexto es ideal para que la corresponsabilidad

surja como un valor y una norma para los involucrados. Esta es una serie de acciones dirigidas a asumir una función responsable de acuerdo con el grado de conocimiento y acceso a los medios en los que un escenario ideal es la promoción de estilos de vida saludables por parte de expertos (hipótesis 1d).

Consideraciones finales

La contribución del presente trabajo al estado de la pregunta consiste en la especificación de un modelo para el estudio de la promoción del autocuidado debido a un conglomerado de factores que influyen en las políticas y estrategias de salud ante una contingencia epidémica.

Sin embargo, el tipo de selección y el tipo de análisis de información limitan el contraste del modelo a un contexto específico que no incluiría otras variables como la gestión del conocimiento, la producción y la transferencia. Se recomienda la extensión y profundización del estudio desde repositorios internacionales como Ebsco, Copernicus y Scopus, así como el uso de la minería de textos para sofisticar el análisis y poder elaborar un modelo aplicable a contextos y muestras diferentes a del presente trabajo.

Con respecto a los marcos teóricos, conceptuales y empíricos, que resaltan el papel de la fiabilidad, la agenda y la corresponsabilidad, este trabajo ha integrado cada uno de los tres factores, pero ha reducido su aplicación a un contexto muy específico en el que la sociedad civil depende de sus gobiernos al estar expuestos a los medios de comunicación que difunden un escenario de riesgo, amenaza e incertidumbre prevalecientes.

Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un estudio que incluya otros factores relacionados con la institucionalidad estatal y la participación civil en las campañas de prevención, así como la atención inmediata a los grupos vulnerables. Además, es recomendable incluir aproximaciones que expliquen el comportamiento humano en situaciones de crisis de salud, o bien, teorías que describan la acción del gobierno frente a los recursos escasos.

Con respecto a la identidad como el factor hegemónico para explicar los efectos de la salud pública en los estilos de vida individuales[35], este trabajo advierte que la promoción del autocuidado es un problema público y, como tal es necesario involucrar a otros actores no civiles o gubernamentales para explicar la complejidad de un sistema de salud pública.

Sin embargo, es recomendable incluir la teoría de la identidad social en el modelo para expandir el alcance del modelo a las comunidades que se distinguen por su grado de apego al lugar, su arraigo al origen y su sentido de comunidad.

En contraste, la adhesión al tratamiento es el factor clave de coincidencia entre expertos, autoridades y ciudadanos,[36] el presente trabajo advierte que la fiabilidad social es una adhesión al tratamiento exacerbada de los usuarios del servicio médico con respecto a sus autoridades. En ese sentido, la exclusión de los

ciudadanos de su propia salud personal y colectiva presupone una agenda centrada en la protección estatal y la atención biomédica, evitando la importancia de la familia en el tratamiento o la rehabilitación.

Sin embargo, es necesario incluir la adherencia al tratamiento como un indicador de la fiabilidad sociopolítica, ya que ambos muestran un escenario de dependencia de la ciudadanía con respecto al conocimiento o la gestión de los servicios de salud comunitarios o públicos.

Si la dependencia de la sociedad civil a las instituciones de salud pública consiste en atención médica frente a una contingencia y esto se refleja en el grado de confiabilidad social como en la adhesión al tratamiento, entonces los casos de adultos mayores, como grupos vulnerados, deben explicar las causas de dicha dependencia.

Las diferencias entre las representaciones de los jóvenes, refiriéndose a una confianza exacerbada en el vigor y la presunción de riesgos, con respecto a las representaciones de la vejez, se indican por un aumento en la fatiga y una disminución en la capacidad de reacción, explica la dependencia de los grupos que han sido vulnerados.[37]

En el presente trabajo, preferimos considerar la fiabilidad como el preludio al establecimiento de una agenda que, en términos simbólicos, refleja las prioridades de los actores con respecto a un problema de salud pública, aunque se recomienda la incorporación del factor de representación social para explicar el origen de la fiabilidad social en materia de contingencias sanitarias y hegemonía de las instituciones correspondientes en la promoción del autocuidado.

Referencias

1. Abreu M. Trabajo de salud social en la atención primaria de salud. *Enfermería*, 2019; 3 (2), 70-79
2. Bautista M, Delgado M, García C, Valdés O, Hernández G, Castro A, Trujillo K. Contrastando un modelo de cultura organizacional en centros de salud comunitarios antes de la difusión de información sobre el VIH/SIDA desde el Trabajo Social. *Docencia e Investigación en Psicología*, 2016; 21 (3), 248-255
3. Carreón J, Bautista M, García C, Hernández G, Sandoval F, Pérez G, Valdés O. Confiabilidad y validez de un instrumento que mide las percepciones de salud ocupacional en migrantes de Huehuetoca, Estado de México. *Obets*, 2016; 11 (2), 569-581
4. Carreón J, Bustos J, Hernández J, Quintero M, García C. Confiabilidad y validez de un instrumento que mide la actitud hacia grupos cercanos a portadores de VIH/SIDA. *Eureka*, 2015; 12 (2), 218-230
5. Carreón J, Hernández J, Bustos J, García C. Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el compromiso de los trabajadores sociales en las instituciones de asistencia comunitaria. *Encrucijada*, 2017; 26, 69-86
6. Cheeran M, Renjith G. Ámbito de la profesión del trabajo social en establecimiento industrial. *Revista Internacional de Investigaciones Avanzadas en Gestión y Ciencias Sociales*, 2015; 4 (8), 315-326
7. Despard M, Chowa G. Interés de los trabajadores sociales en desarrollar las capacidades financieras de los individuos. *Revista Financiera Therapy*, 2010; 1 (1), 23-41 DOI: 10.4148/jft.v1i1.257
8. Dominelli L. Antidepresivo en la teoría y práctica del trabajo social. *Trabajo Social*, 14, 2013-215

9. Duke A. *Metodologías de intervención social. Palimpsestos de las modelos en Obra Social*. Bogotá: epílogos 2013
10. Farinde A, Gable K. *Práctica interprofesional entre trabajo social y farmacia*. *Revista Internacional de Trabajo Social*, 2014; 1 (1), 70-77 DOI: 10.5296 / ijsw.viii.5777
11. García C, Carreón J, Bustos J *Salud ocupacional de adultos mayores en el conteo electoral de una ciudad en la Ciudad de México*. *Doxa*, 2017; 7 (12), 36-49
12. García C, Carreón J, Hernández J. *Contraste de un modelo de compromiso laboral en centros de salud pública*. *Acata Universitaria*, 2014; 24 (1), 48-59
13. García C, Carreón J, Hernández J. *Límites de los modelos de salud ocupacional. Estudio de la adherencia al tratamiento del asma en trabajadores de edad avanzada migrantes del Estado de México*. *Visión de Gestión*, 2017; 16, 103-118
14. García C, Carreón J, Sandoval F, Bustos J, Aguilar J. *Estructura de la cultura de trabajo en una institución de salud pública*. *Arequipa*, 2016; 6 (1), 291-304
15. Carballada A. *La intervención en lo social, la exclusión y la integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós. 2004
16. Carballada A. *Trabajo social desde una perspectiva histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*. Buenos Aires: Paidós. 2006
17. Carballada A. *Los cuerpos fragmentados. Intervención social en los escenarios de exclusión y desencanto*. Buenos Aires: Paidós. 2008
18. López E, Chaparro M. *Competencias laborales del trabajador social visto desde el mercado laboral*. *Tabula Rasa*, 2006; 5, 261-293
19. Raudava C. *El para desarrollar la profesión de trabajo social en el contexto post-comunista*. *Revista científica europea*, 2013; 9 (20), 12-30
20. Reid P. *El propósito de una escuela de trabajo social. Una perspectiva americana*. *Educación sobre el trabajo social*, 2006; 25 (5), 461-484 DOI: 10.1080 / 02615470600738817
21. Ribeiro M, López R, Mancinas S. *Trabajo social y política social en México*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 2007; 17 (2), 175-200
22. Valdés O, Vilchis F, Bautista M, García C, Castro A. *Adherencia al tratamiento de la insuficiencia renal crónica en una comunidad del Estado de México*. *Margen*, 2017; 84, 1-14
23. Walker S. *El péndulo se balancea hacia atrás: trabajo social basado en relaciones Inglaterra entonces y ahora*. *Revista de publicaciones científicas internacionales*, 2015; 13, 49-56
24. Way M. *Teoría feminista, padres lesbianas y trabajo social*. *Sincronía*, 2013; 17 (63), 1-20
25. Llamas B, López S, García C. *Especificación de un modelo de adhesión al tratamiento*. *Ajayu*, 2019; 17 (1), 140-160
26. Martínez E, Sanchez A, García C. *Gobernanza de la calidad de vida y el bienestar subjetivo*. *Ajayu*, 2019; 17 (1), 121-139
27. García C. *Dimensiones del desarrollo humano. Ehquidad*, 2019; 11, 27-54
28. Bautista M, Aldana W, García C. *Análisis de expectativas de adhesión al tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en estudiantes de una universidad pública*. *Perspectivas*, 2018; 20 (1), 53-70
29. Garcia J, Delgado M, García C. *Confiabilidad y validez de de un instrumento que mide el bienestar sanitario*. *Eureka*, 2018; 15 (2), 244-252
30. Morales M, López S, Delgado M, Mendoza D, García C, Olvera, A. *Modelo de autocuidado y prevención de riesgos asociados al Virus del Papiloma Humano en una universidad pública del centro de México*. 2018; 14 (27), 17-25
31. Anguiano F, Aldana W, Ambrosio O, Delgado M, García C. *Estructura factorial exploratoria de una escala de actitud hacia grupos cercanos a portadores del VIH / SIDA*. *Límite*, 2018; 13 (42), 61-74
32. Amemiya M, Valdés O, Carreón J, García C, Hernández J. *factores exploratorios que explican la solicitud de aborto en estudiantes*. *Investigación en Ciencias de la Salud*, 2018; 13 (1), 47-52
33. Quintero M, Ambrosio O, Delgado M, García C. *Evaluación de un modelo de las estrategias institucionales del autocuidado. Uso de condón y prevención en jóvenes universitarios*. *Salud Problema* 2018; 12 (23), 56-68
34. Molina H, Rojano S, García C, Carreón J. *Propuesta para estimación del impacto*

- de uso de sustancias psicoactivas en la economía del país. Innovación y Desarrollo Tecnológico. 10 (13), 94-101*
35. Anguiano F, Aldana W, García C. Interpretación de discursos del empleo para develar el significado de la salud ocupacional. *Margen*, 90, 1-13
36. García C. Formación autonómica en la interrupción del embarazo. *Nómadas*, 55, 1-12
37. García C. Especificación de un modelo para el estudio de la migración, la salud y el desarrollo local. Santiago: Cuadernos de Sofía. 2018