



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

-TÍTULO DEL TRABAJO-

CONSTRUYENDO EL DIAGNÓSTICO SOCIAL DESDE LA APLICACIÓN DEL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO
GÓMEZ

-MODALIDAD PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO-

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO(A) EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

ALEJANDRA AGUILAR CAMPOS

TUTOR(A)

DRA. MARÍA DEL ROSARIO SILVA ARCINIEGA
Profesora de carrera de tiempo completo de la Escuela Nacional de Trabajo Social
de la Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, abril, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Hace tres años tuve la propuesta en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de iniciar el proceso para regresar a estudiar a mi amada Universidad en el Programa de Maestría en Trabajo Social, con miedo inicié esta aventura ya que después de 15 años de haberme alejado de las aulas, retomaba los estudios además de continuar trabajando, fue una experiencia maravillosa en la que reviví la pasión y gusto por tomar clases y participar en ellas, hacer tareas, exámenes y trabajos finales.

Agradecer a DIOS y a mi amado NIÑOPAN que me dieron la fuerza espiritual para vivir esta hermosa experiencia.

A mis PADRES (Pilar Campos Flores y Eduardo Aguilar Caballero) que siempre me han acompañado y en todas mis decisiones, buenas o malas, me apoyan incondicionalmente, en este proceso me acompañaron en las noches interminables de desvelos y tiempos de ausencia por dedicarme a estudiar.

Mi hermana (Elizabeth Aguilar Campos) que siempre me apoya y ayuda, mi ejemplo a seguir personal y profesionalmente. Con ella mi sobrino latoso (Alexander Aguilar Campos) espero algún día la vida me permita ver tu graduación, eres muy parecido a mí y deseo que tu camino este lleno de bendiciones.

A mis amigos los de siempre y los que llegaron a mi vida en este proceso, de todos recibí apoyo y palabras de aliento y haciéndome ver que puedo con esto y más, gracias por ser mi soporte en los momentos difíciles, por entender cuando no había tiempo para estar juntos, pero siempre presentes queriéndonos y apoyándonos.

A mi segunda casa el Hospital Infantil de México Federico Gómez que desde hace 14 años me permite ser parte de su historia y vida, además de ser un espacio en donde puedo desempeñarme como profesional también me dio la oportunidad de becarme con tiempo para continuar estudiando.

A mi tutora de tesis Dra. Maria del Rosario Silva Arciniega, la admiro desde que la conocí como mi maestra de la licenciatura y hoy con la oportunidad de compartir esta experiencia no me queda mas que decirle GRACIAS por su tiempo, enseñanzas, consejos y sobretodo por ser la mejor persona y profesional con quien pude trabajar.

A mis jurados revisores (Dra. Aida Imelda Valero Chávez, Dr. Daniel Rodríguez Velázquez, Dr. Fernando Cortez Vázquez y Mtra. María Concepción Reyes Álvarez) porque sus recomendaciones y conocimientos contribuyeron a la culminación de este trabajo.

Por último y no por ello menos importantes, a mis profesores del Programa de Maestría en Trabajo Social ya que cada uno contribuyó a la formación profesional pero también por la pasión demostrada en cada una de sus clases.

GRACIAS INFINITAS A TODOS POR SER Y ESTAR PRESENTES EN MI VIDA.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL	
1. Diagnóstico Social.....	12
1.1 Diagnóstico Social en Estados Unidos de América	
1.1.1 Mary Hellen Richmond, 1917.....	12
1.2 Diagnóstico Social en América Latina	
1.2.1 María Teresa Scarón de Quintero, 1972, Uruguay.....	14
1.2.2 María José Agilar Idañez y Ezequiel Ander-Egg, 1999, Argentina.....	16
1.2.3 Bibiana Travi, 2017, Argentina.....	18
1.2.4 Mercedes Escalada, 2001, Argentina.....	20
1.2.5 Juan Saavedra Vasquez, Patricia Castañeda Meneses, Ana María Salame Coulon, 2018, Chile.....	21
1.3 Diagnóstico Social en México	
1.3.1 Silvia Galeana de la O, 1996,2003.....	22
1.3.2 Nelía Tello Peón, 2008.....	27
1.4 Diagnóstico Social desde la mirada de un Organismo Internacional Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA)	
Héctor Suárez, Selene Cheroni, Florencia Failache, Álvaro Méndez, Mónica Suárez Cambón, 2011.....	29

1.5 Diagnóstico Social en España	
1.5.1 Maite Martín Muñoz, 1996.....	35
1.5.2 Eduardo Díaz Herráiz y Patricia Fernández de Castro, 2013.....	43
1.5.3 Patricia Cury Silva y Andrés Arias Astray, 2016.....	45
1.6 Síntesis de Diagnóstico Social.....	46
2. Estudio Socioeconómico	48
2.1 Definición del Estudio Socioeconómico, Diario Oficial de la Federación, 2013.....	48
2.2 Estudio Socioeconómico en los Institutos Nacionales de Salud.....	50
2.2.1 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER).....	50
2.2.2 Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGM).....	51
2.2.3 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).....	51
2.2.4 Instituto Nacional de Pediatría (INP).....	51
2.2.4 Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).....	52

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL

• Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	54
• Historia	55
• Reconversión Hospitalaria por COVID-19.....	57

• Trabajo Social en la Historia del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	59
--	----

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Pregunta de Investigación.....	63
2. Objetivos	
• General.....	63
• Específicos.....	63
3. Hipótesis	
• Hipótesis de Trabajo.....	64
• Hipótesis Alternativas.....	64
4. Tipo de Estudio.....	64
5. Variables.....	65
• Variable Independiente.....	66
• Variable Dependiente.....	68
6. Muestra.....	70
• Criterios de Inclusión.....	70
• Criterios de Exclusión.....	69
7. Instrumento: Estudio Socioeconómico aplicado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	70
8. Estrategia de Medición.....	71
9. Procedimiento.....	71

CAPÍTULO IV	73
RESULTADOS	
1. Estudio Socioeconómico Referencia del Diagnóstico Social.....	74
2. Indicadores Ponderados y No Ponderados por Categorías del Estudio Socioeconómico.....	77
2.1 Indicadores e Índices No Ponderados de la Categoría “Datos Generales del Paciente”.....	79
2.2 Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Estado de Salud Familiar”.....	81
2.3 Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”.....	85
2.4 Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones de la Vivienda”.....	88
3. Resultados Generales de Indicadores Ponderados y No Ponderados Utilizados en la Construcción del Diagnóstico Social.....	91
4. Indicadores Furtivos en la Construcción del Diagnóstico Social.....	92
4.1 Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Familia”.....	98
4.2 Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Redes Sociales de Apoyo”.....	99
4.3 Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Prácticas Institucionales”	101
5. Resultados Generales de Indicadores utilizados en la construcción del Diagnóstico Social.....	102
 CAPITULO V	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	106
1. Indicadores e Índices No Ponderados de la “Categoría Datos Generales del Paciente”.....	106

2. Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Estado de Salud Familiar”	112
3. Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”	115
4. Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones de la Vivienda”	121
5. Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Familia”	127
6. Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Redes Sociales de Apoyo”	132
7. Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Prácticas Institucionales”	133
 CONCLUSIONES	 136
 PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ	 145
 PROPUESTA PARA HOMOGENEIZAR MARCO CONCEPTUAL EN LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	 156
1. Entorno Familiar y Social para el Diagnóstico Social	
1.1 Familia	156
1.2 Tipología Familiar	157
1.3 Ciclo Vital de la Familia	159
1.4 Roles	161
1.5 Dinámica Familiar	162
1.6 Canales de Comunicación	163
1.7 Funcionalidad Familiar	165
2. Redes Sociales	166

3. Carencias Sociales.....	168
BIBLIOGRAFÍA	175
Anexo	
Estudio socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	182

INTRODUCCIÓN

El Hospital Infantil de México Federico Gómez, es un Instituto Nacional de Salud de tercer nivel, que tiene como objeto “principal llevar a cabo la formación de recursos humanos y difusión nacional e internacional de conocimientos, investigación de alto nivel, para definir pautas de atención, así como, la resolución de problemas de salud de niñas, niños y adolescentes con atención especializada, priorizando las necesidades nacionales.” (HIMFG b, 2020).

Los pacientes que se atienden en el hospital son menores de edad que tienen diagnósticos crónico-degenerativos y ello implica la participación de la familia en los tratamientos por lo que es indispensable el trabajo en equipo multidisciplinario que favorezca la atención en salud.

Los Institutos de Salud, como el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se rigen por lineamientos establecidos en la Ley General de Salud y la práctica se sustenta en los Manuales de Procedimientos de los distintos departamentos, en los que se respeta dicha ley, así como los acuerdos del Diario Oficial de la Federación.

En este punto, es importante aclarar que en la investigación se nombrará al “usuario” de los servicios de salud como “paciente”, independientemente a lo establecido en el artículo 50¹ de la Ley General de Salud, ya que en los documentos institucionales citados en la investigación como el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social se les identifica como paciente², al igual que en el Estudio Socioeconómico y es la forma coloquial en la institución de reconocerlo.

En la actualidad en el hospital se atienden a pacientes con diagnósticos crónicos de tercer nivel y desde 2020 se inició el proceso de reconversión para la atención de pacientes con COVID-19; para su atención se habilitaron áreas aisladas y seguras con la finalidad de no interrumpir los servicios existentes ya que estos no dejaron de brindar la atención requerida por la población.

El Hospital divide su atención en tres áreas: 1. consulta externa, 2. urgencias y 3. Hospitalización; de estas, sólo la primera se vio afectada en las consultas presenciales ya que se redujo la afluencia a un 30% o menos dependiendo del servicio, y en casos específicos se atendía a los pacientes vía remota con el uso de nuevas plataformas de comunicación, a inicios de 2022 los servicios regresaron a

¹ Ley General de Salud Artículo 50: Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores públicos, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables” (DOF, 1984)

² Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social se identifica al paciente como: El beneficiario directo de la atención médica, que cuenta o contará con expediente clínico en cualquiera de los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades coordinadas (HIMFG c, 2018, p. 39)

la “normalidad” con una logística enfocada a aminorar conglomeraciones en consulta externa por lo que se establecen horarios de atención espaciados de 15 minutos. En cuanto al servicio de urgencias y áreas de hospitalización permaneció la dinámica de atención multidisciplinaria adoptando los cuidados recomendados por la Secretaría de Salud respecto al uso de cubrebocas, caretas, lavado de manos y utilización de alcohol-gel, cabe mencionar que en el caso específico de hospitalización los pacientes requieren tener prueba negativa del virus para estar en piso, de lo contrario permanecen en el área acondicionada para el manejo de pacientes positivos.

Es importante mencionar que la reconversión hospitalaria para la atención de COVID-19 no modificó la intervención que el trabajador social realiza para la atención del paciente y su familia, únicamente se extremaron cuidados específicos y en los casos de pacientes positivos el acercamiento inicial se realiza vía telefónica, y posterior al riesgo de contagio, se retoma de manera presencial la atención, por lo que se aplica el Estudio Socioeconómico al 100% de los pacientes que requieren atención de salud.

El Departamento de Trabajo Social en la institución tiene la misión de “Promover el derecho a la salud de niños y adolescentes que requieran atención de tercer nivel mediante procesos de intervención integral centrado en el ámbito social con el propósito de identificar factores bio-psico-sociales, económicos y culturales a fin de diseñar estrategias que permitan intervenir en la atención de problemas de origen familiar, y necesidades derivadas del proceso salud-enfermedad que limitan el tratamiento socio-médico de los pacientes desde un enfoque profesional, humanista, comprometido y respetuoso de la dignidad humana” (HIMFG, 2021) Para el cumplimiento de ésta, es importante construir un diagnóstico social que permita visualizar el escenario en el que se realizará la intervención.

En el Hospital en comento, el diagnóstico social, se inscribe en el Formato de Estudio Socioeconómico, por lo que se alude a que la información con la que se construye se desprende de éste, brindando un análisis pormenorizado de las condiciones sociales y económicas, además de las interrelaciones de los sujetos para dar a conocer las necesidades, carencias y problemas sociales que obstaculicen el acceso a los servicios de salud y adherencia terapéutica. Por ello se plantea la necesidad de conocer con qué indicadores del estudio socioeconómico se elabora el diagnóstico social; su importancia radica en tener un constructo homogéneo que pueda ser abordado por cualquiera de los profesionales de trabajo social en los diferentes servicios de la institución.

La presente investigación tiene la finalidad de realizar un análisis de los diagnósticos que se realizan en la práctica institucional de los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez identificando su construcción y a partir de ello proporcionar una alternativa metodológica de elaboración especializada.

En el **Capítulo I**, se presenta un marco conceptual del diagnóstico social, partiendo con la pionera del tema, Mary Richmond, 1917, quien es el referente teórico de

diferentes autores que retoman algunos de sus elementos para la construcción del diagnóstico social.

En países como Estados Unidos de América, México, Uruguay, Argentina, Chile y España; la construcción del diagnóstico social tiene particularidades respecto al contexto social y económico de la nación, así como las líneas de investigación, por lo que se aborda como caso o comunidad, en todos se convergen cuatro enunciaciones generales: Instrumento, Etapa del proceso metodológico de promoción social, Etapa de intervención y, Construcción teórica.

En todos los casos se menciona que el diagnóstico se construye a partir de la indagación del contexto social con la aplicación de instrumentos, por ello se retoma el Estudio Socioeconómico, el cual se aborda como un instrumento básico de trabajo social aplicado en los Institutos Nacionales de Salud como el Hospital Infantil de México Federico Gómez, no sólo con la finalidad de asignación de nivel para cobertura de cuotas de recuperación, sino como un acercamiento al contexto social y económico del paciente y su familia, información que es determinante para la construcción del diagnóstico social.

Cabe mencionar que en la actualidad el estudio socioeconómico continúa aplicándose bajo la premisa de asignación de nivel y conocimiento del contexto socioeconómico del paciente, sin embargo, el nivel ya no es aplicado para la cobertura de cuotas de recuperación debido a que en diciembre de 2020 entra en vigor el Instituto de Salud para el Bienestar, en el que se establece “gratuidad” en todos los servicios proporcionados en la institución, así como en los medicamentos requeridos para el tratamiento. La razón de continuar la asignación de nivel se sustenta en ser información de manejo estadístico interno en la institución.

El diagnóstico social y el estudio socioeconómico se abordan de manera conjunta debido a que en el Hospital Infantil de México Federico Gómez el estudio socioeconómico es el instrumento básico aplicado al inicio de la atención de salud en donde se recaba dicha información. Además, el diagnóstico forma parte de la estructura del instrumento.

En el **Capítulo II** se presenta una breve historia del Hospital Infantil de México Federico Gómez, con la finalidad de conocer el espacio institucional en el que se desarrolla la investigación. También se presenta el surgimiento del trabajo social en el instituto como cuna de la atención en salud en México.

En el **Capítulo III**, se presenta la metodología de investigación centrada en recuperar la manera en que los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez construyen el diagnóstico social, por lo que se requiere detectar los indicadores ponderados o no ponderados del estudio socioeconómico, o bien si existen otros indicadores que se utilicen.

Se presenta la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis, tipo de estudio, operacionalización de variables, muestra, instrumento, estrategia de medición y procedimiento.

Es importante mencionar que el Estudio Socioeconómico se aplica al 100% de los pacientes que ingresan a Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización por lo que los trabajadores sociales elaboran el diagnóstico social de todos y cada uno de ellos conociendo así su condición socioeconómica en la que se deberá intervenir para favorecer la adherencia terapéutica.

Los instrumentos aplicados por los trabajadores sociales son supervisados por el personal correspondiente y posteriormente se integra al expediente clínico como uno de los estándares de calidad que podrá ser consultado por el personal que lo elaboró o bien por algún otro profesional que requiera intervenir en el caso.

En el **Capítulo IV**, se dan a conocer los resultados obtenidos de la muestra, con apoyo del software Atlas ti, para la codificación de la información del diagnóstico social las cuales se exportaron en el software Office- Excel en donde se formularon frecuencias y porcentajes, así como las gráficas de recurrencias para la mejor comprensión.

Los resultados muestran la utilización de índices de indicadores ponderados y no ponderados del Estudio Socioeconómico en la construcción del diagnóstico social, además de un hallazgo significativo de “indicadores furtivos” siendo esta información no contenida en el instrumento, pero recabada durante la entrevista, los cuales se detectan por la recurrencia de la información que los trabajadores sociales cuestionan y utilizan en el diagnóstico social para visualizar las condiciones sociales y familiares que a su percepción pueden o no obstaculizar el tratamiento médico.

En el **Capítulo V**, se presenta el análisis de los resultados enfatizando el contenido de cada índice de indicadores ponderados y no ponderados del Estudio Socioeconómico, así como los furtivos, utilizados en la construcción del diagnóstico social y su relación con la atención en salud.

Además, se especifican aquellos índices de indicadores ponderados y no ponderados del Estudio Socioeconómico no utilizados en los casos que comprendía la muestra pero que pueden ser determinantes para la atención en salud y adherencia terapéutica, entendida esta como la participación del paciente y la familia en las recomendaciones realizadas por el equipo médico y que favorecerán la condición clínica.

Al final de la investigación se presentan sugerencias para la construcción del diagnóstico social en el instituto, así como una propuesta para homogeneizar el marco conceptual de los trabajadores sociales en relación con los indicadores

encontrados en la muestra, esto debido a que el trabajador social tiene la libertad de exponer su propio análisis sin tener una pauta definida de la información que debe plasmar en el diagnóstico social.

En síntesis, la investigación acerca del diagnóstico social marca la pauta del análisis de lo que se hace y cómo se hace para plantear una posible alternativa de mejora, ya que el planteamiento responde a conocer para hacer, por ello es indispensable tener claros los conceptos de diagnóstico social para así lograr tener en cuenta la construcción en la práctica institucional y cómo se presenta éste, ya que en el marco institucional el trabajo es multidisciplinario y a partir del diagnóstico, el equipo toma decisiones respecto a la atención en salud, y por su parte el trabajador social tendrá una construcción especializada y específica del diagnóstico social.

La figura 1 muestra de manera general el proceso de elaboración del diagnóstico social iniciando con la aplicación de instrumentos como el Estudio Socioeconómico, cuya información será analizada para construir el diagnóstico destacando el contexto social y económico, del cual se desprenderá un plan de intervención, que, en el caso específico de salud, implica acciones que favorezcan la participación familiar en la adherencia terapéutica.

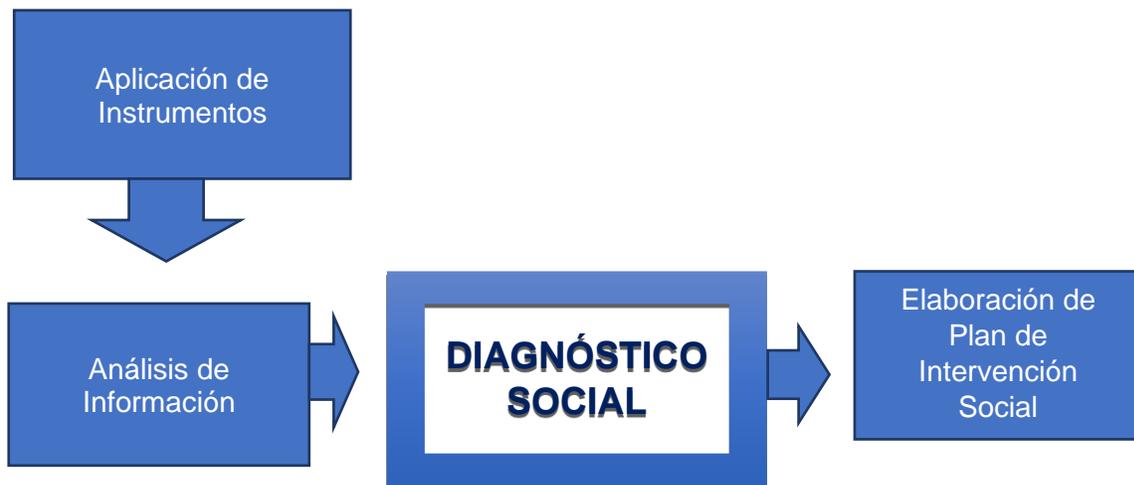


Figura 1. Fuente: Elaboración propia. Proceso para la construcción del Diagnóstico Social.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. DIAGNÓSTICO SOCIAL

El diagnóstico social es un constructo básico en la práctica profesional de trabajo social donde se especifica la problemática que presenta el usuario de los servicios de los Institutos de Salud y ello permite la planeación de intervención social.

Con la finalidad de comprender la heterogeneidad de la definición del diagnóstico social se presentan las aportaciones de algunos autores que han escrito al respecto, organizándolos cronológicamente, y por país ya que el concepto está determinado por el contexto social en que se desarrollan.

1.1 Diagnóstico Social en Estados Unidos de América.

1.1.1 Mary Hellen Richmond, 1917

En el contexto epidemiológico de Estados Unidos de América en 1917, donde emergen las aportaciones fundamentales de Mary Richmond, se caracterizó por la presencia de enfermedades como la fiebre amarilla, cólera, tuberculosis, poliomielitis, tifoidea, entre otras, (CNICM-INFOMED, 2018, p. 21-28) que requerían de una vigilancia médica y social.

Mary Richmond publica en 1917 su libro *Social Diagnosis*, y en él sostiene que “El diagnóstico social trata de llegar a una definición lo más exacta posible de la situación social y la personalidad de un “cliente” concreto. El proceso se inicia con la recopilación de la evidencia, o investigación; continúa con el examen crítico y la comparación de la evidencia, y finaliza con su interpretación y la definición de la dificultad social” (Richmond, 1917, p. 78)

Un buen diagnóstico social es, al mismo tiempo, completo y claro, y hace hincapié en los aspectos que señalan el tratamiento social que ha de seguirse. Si es extremadamente breve equivale a una mera clasificación..., uno detallado puede carecer de valor si pasa por alto los factores que resultan más perjudiciales en el caso en cuestión. Por tanto, el diagnóstico social no sólo ha de definir claramente la dificultad o dificultades del cliente, sino que también ha de reunir todos aquellos elementos que pueden obstaculizar o favorecer el tratamiento (Richmond, 1917, p. 568).

De acuerdo con la autora, los elementos que se requieren para elaborar el diagnóstico social son:

- a) Recopilación de evidencia a partir de entrevistas con:
 - El “cliente”
 - La familia
 - Naturaleza complementaria de datos médicos
 - Escuela
 - Trabajo
 - Vecindario
 - Entidades sociales
 - Grupos sociales
- b) Análisis crítico de la información para definir la dificultad social.
- c) Señalamiento profesional de un tratamiento social a seguir. “El trabajador social necesita, para su quehacer diario, dos tipos de herramientas:
 - 1) Lectura comprensiva de los programas constructivos de servicio expuestos en las obras de trabajo social, y del desarrollo de un trabajo práctico bajo un liderazgo progresista.
 - 2) Opinión del Trabajador Social sobre la naturaleza humana, depende de lo que sabe sobre ella, y lo que sabe depende de lo que él mismo es. Ya que se plantea que el conocimiento previo del trabajador social influye notablemente en su labor diaria” (Richmond, 1917, p. 585-586)

En síntesis, el diagnóstico social es el instrumento que permite conocer al sujeto y su entorno a partir de diferentes técnicas de recopilación de información, las cuales son sometidas a un proceso de análisis crítico para determinar la situación problema, sin que ello implique una cuestión de cantidad de la información, sino la calidad de la interpretación que se desarrolla para dar a conocer de manera clara y precisa las condiciones socioeconómicas y problemas sociales. Ejemplo de ello es el trabajo que realizó con médicos donde se dio cuenta de la importancia de establecer un diagnóstico integral ya que a partir de su elaboración se genera la intervención que favorece el proceso de recuperación de la salud del usuario.

1.2 Diagnóstico Social en América Latina

1.2.1 María Teresa Scarón de Quintero, 1974, Uruguay.

El diagnóstico es esencialmente, un juicio que se formula sobre una realidad dada; que se objetiva y se concreta, mediante la comparación de esa realidad con un modelo de esta. “El diagnóstico es, en esencia, una comparación entre dos situaciones: la presente, que se conoce mediante la investigación, y otra, ya definida y supuestamente conocida que sirve de pauta o modelo (Scarón de Quintero & Genisans de Guidobono, 1974, p. 26)

Para la elaboración crítica del diagnóstico, visualizado como comparación, se proponen tres procedimientos utilizados por los profesionales que hacen de él una operación compleja:

1. Por analogía: situación similar, análoga, ya conocida previamente en la experiencia profesional,
2. Por comprensión: situación real o imaginaria, vivenciada que evoca motivaciones y consecuencias.
3. Por modelos: Situación implícitamente formulada de acuerdo con normas y valores personales formulados por la teoría de la comprensión (Scarón de Quintero & Genisans de Guidobono, 1974, p. 29,40)

A partir de lo anteriormente expuesto, la autora especifica que el diagnóstico social es parte del proceso del método, el cual sirve como “nexo útil entre la investigación y la intervención planificada... permite analizar significativamente los datos... los cambios propuestos y... planear e instrumentar la acción de acuerdo con los objetivos (Scarón de Quintero & Genisans de Guidobono, 1974, p. 45)

Dentro de la secuencia operacional del proceso del método, el diagnóstico se perfila entre la investigación y la planificación como dentro de un continuo, participando en ambas... la investigación es la etapa en la que se define la situación en dos instancias: la descripción (cómo es) y la explicación (por qué es); el diagnóstico asume la situación así definida, la compara con el modelo que trata de establecer, no solo la distancia que media entre una y otro, sino también la capacidad del sujeto o situación real para recorrer esa distancia y aproximarse a su modelo...determinando las variables por introducir en la situación y organiza las estrategias de acción (Scarón de Quintero & Genisans de Guidobono, 1974, p. 50-51)

La autora, en la figura 2, muestra el desarrollo de secuencia del proceso en donde el diagnóstico se encuentra mediando la investigación y la planificación, ya que este será en donde se plasme la situación definida y de continuidad a la planeación de acciones basadas en modelos de intervención.

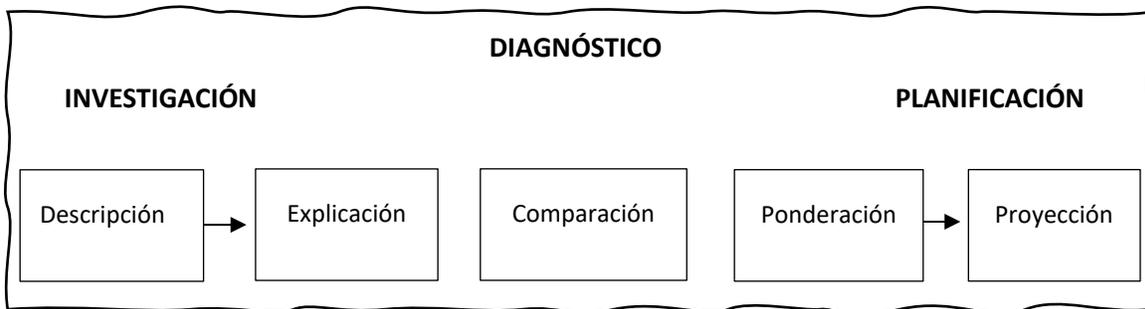


Figura 2. Fuente: Scarón de Quintero & Genisans de Guidobono, 1974, p.53. Esquema de desarrollo de secuencia del proceso.

Al diagnóstico le interesa conocer no sólo la causalidad de los fenómenos, sino también la forma en que causa-efecto se relacionan y condicionan un posible cambio. Dentro del esquema no es posible admitir la distinción entre “descriptivo”, “explicativo” o “proyectivo”. El diagnóstico social es “comparativo” en tanto juicio de valor que relaciona la situación actual con un modelo de esta. La descripción, la explicación o el proyecto son instancias sucesivas y conexas dentro de la secuencia Investigación-Planeación, entre las cuales opera el diagnóstico como eje en torno al cual se organiza la metodología profesional (Scarón de Quintero & Genisans de Guidobono, 1974, p. 52)

La autora menciona algunas características del diagnóstico social enfatizando la comparación de realidades:

1. Esencialmente es un juicio que se formula sobre una realidad dada, con el riesgo de subjetivarlo por la cotidianidad de la práctica profesional.
2. Es una comparación entre dos situaciones la existente y la esperada.
3. Para objetivar la elaboración crítica del profesional se proponen procedimientos por analogía, comprensión y modelos.
4. El diagnóstico busca la causa- efecto y su interrelación con los agentes de cambio, lo que llevará a un análisis crítico para la intervención.
5. Es parte del proceso metodológico en un continuo entre la investigación y planificación.

En síntesis, para la autora el trabajo social debe realizar un juicio crítico y objetivo donde se compare la realidad social, enfatizando la práctica y experiencia profesional, ya que es a partir de ésta que se formula el diagnóstico por analogía en relación con situaciones similares, por comprensión de la situación real o bien a partir de modelos previos de la situación. Es importante enfatizar que el diagnóstico es básico dentro del proceso metodológico ya que es un continuo entre la investigación y planificación lo que objetiva el análisis crítico. Por ello es preciso que

los profesionales cuenten con los conocimientos necesarios de la realidad y problemas evitando así la práctica empírica.

1.2.2 María José Aguilar Idañez y Ezequiel Ander-Egg, 1999, Argentina.

Los autores, después de 82 años de haberse publicado la obra de Richmond, abordan el tema retomando sus elementos y los actualizan enfatizando el conocimiento de necesidades y problemas para el establecimiento de estrategias de intervención.

El diagnóstico social sostienen, es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas (Aguilar & Ander-Egg, 1999, p. 31,32)

Para ahondar en la naturaleza del diagnóstico social, se tienen que tomar en cuenta algunas cuestiones sustantivas: (Aguilar & Ander-Egg, 1999, p. 21)

- a. El diagnóstico como una fase o momento de los métodos de intervención social.

Sitúa al diagnóstico dentro del proceso metodológico de intervención social. En esta estructura metódica comporta cuatro aspectos principales y es independiente del campo de intervención:

1. Estudio de investigación: culmina en un diagnóstico de la situación problema sistematizando los datos para su comprensión.
2. Programación: Se apoya en los resultados del diagnóstico, para formular propuestas de intervención con garantías de éxito y eficacia.
3. Ejecución: Tiene en cuenta el diagnóstico para establecer la estrategia operativa y la implementación de las acciones.
4. Evaluación: Se realiza en diferentes momentos del proceso, el diagnóstico sirve como punto de referencia de la situación objetivo de comparación.

- b. El diagnóstico como forma de utilizar los resultados de una investigación aplicada de cara a la acción.

Todo diagnóstico se apoya siempre en una investigación aplicada. Se trata de realizar un estudio con la finalidad de tener conocimientos para producir cambios inducidos y/o planificados. O bien con el objeto de resolver problemas, satisfacer necesidades, desarrollar potencialidades, o para actuar sobre algún aspecto de la realidad social.

- c. El diagnóstico como unidad de análisis y síntesis de una situación problema.

Sirve de referencia para la elaboración de un programa de acción. Consecuentemente, se debe hacer una descripción de los elementos y aspectos integrantes de una realidad que es motivo de estudio. Al mismo tiempo, hay que establecer su interconexión e interdependencia de estos, de modo que las partes queden estudiadas como constituyendo un todo estructurado e indisoluble.

Se trata de aplicar simultáneamente dos métodos lógicos: el análisis y la síntesis. De este modo, el diagnóstico es un cuerpo de conocimientos analíticos/sintéticos, perteneciente a una realidad concreta y delimitada sobre la que se quieren realizar determinadas acciones planificadas y con un propósito concreto.

- d. El diagnóstico nunca es algo terminado, es un "instrumento abierto", que siempre está haciéndose.

Un diagnóstico debe estar abierto a incorporar nuevos datos e información, nuevos ajustes derivados de nuevas relaciones e interdependencias que se establecen a partir de los datos disponibles o de nuevos datos que se van obteniendo.

Desde esta perspectiva constituye una fase o momento del proceso metodológico - y a la vez un instrumento operativo- que se va completando y enriqueciendo de manera permanente.

El carácter de "instrumento abierto" o de "herramienta de trabajo no terminada" conduce a una reelaboración permanente del mismo, enriquecido a su vez por la relación entre el trabajador social y las personas con las que y para las que trabaja; más aún si se emplean métodos y técnicas de intervención social participativas.

- e. Un diagnóstico adquiere su significado más pleno en la medida en que se hace una adecuada contextualización de la situación-problema diagnosticada.

El problema (que ha sido estudiado e investigado) debe ser contextualizado como un aspecto de la totalidad social del que forma parte (Aguilar & Ander-Egg, 1999, p. 22-25)

Los autores especifican cómo hacer el diagnóstico social en el cumplimiento de sus funciones, lo que implica en la práctica, la realización de una serie de tareas o acciones clave:

1. Identificación de las necesidades, problemas, centros de interés y oportunidades de mejora que presenta una situación determinada.
2. Identificación de los factores causales o determinantes, condicionantes y de riesgo.
3. Pronóstico de la situación, en el futuro mediato e inmediato.
4. Identificación de los recursos y medios de acción existentes y potenciales.

5. Determinación de prioridades, en relación con las necesidades y problemas detectados.
6. Establecimiento de las estrategias de acción necesarias para enfrentar con éxito los problemas que se presentan en cada coyuntura.
7. Análisis de contingencias, para el establecimiento del grado de viabilidad y factibilidad de la intervención (Aguilar & Ander-Egg, 1999, p. 38)

En continuidad con las especificaciones que en su momento realizó Richmond, los autores mencionan las características útiles de un diagnóstico:

- 1) Completo, incluyendo toda la información verdaderamente relevante y significativa.
- 2) Claro, excluyendo detalles innecesarios y evitando barroquismos y excesos de información, empleando un lenguaje objetivo y sencillo que sea fácilmente comprensible.
- 3) Preciso, es decir, que establezca y distinga cada una de las dimensiones y factores del problema, discrimine y brinde información útil para orientar la acción, de manera concreta y específica, incluyendo todos los aspectos necesarios y suficientes.
- 4) Oportuno, esto es, realizarse -o actualizarse- en un momento en que pueda ser utilizado para tomar decisiones que afecten a la actuación presente y futura, pues de lo contrario los datos podrían perder actualidad (Aguilar & Ander-Egg, 1999, p. 33)

En síntesis, los autores engloban la naturaleza y funcionalidad del diagnóstico social en la sistematización de la información con un análisis contextual de necesidades y problemas enfatizando su causalidad, riesgo y temporalidad para el establecimiento prioritario de acciones y estrategias de intervención sin dejar de lado la participación de los actores sociales.

1.2.3 Bibiana Travi, 2017, Argentina.

A partir de la revisión de Richmond y aportes Psicosociales, la autora refiere que el diagnóstico social es un insumo fundamental para el diseño e implementación de estrategias de intervención y políticas de protección social.

El diagnóstico social “consiste en un proceso de construcción y producción de conocimiento e información sobre la manera en que determinadas situaciones, necesidades o problemas sociales afectan la calidad de vida de sujetos individuales o colectivos, o vulneran sus derechos, basado en el saber teórico-práctico del

profesional y en la perspectiva de los sujetos. Debe apuntar a la comprensión, descripción y explicitación de la situación-problema, su expresión particular y concreta, afecta a esa persona o grupo, y del contexto más amplio en el que se inscribe. Dado que su finalidad es orientar la toma de decisiones, debe permitir identificar los espacios estratégicos para la intervención profesional...” (Travi, 2017, p. 28)

La elaboración de diagnósticos sociales comprensivos dice la autora, debe estar orientada por un enfoque que incluya, integre y relacione dinámicamente no sólo los aspectos económicos y materiales, sino el entorno social (familiar, comunitario, institucional), los aspectos subjetivos, psicológicos, culturales, espirituales en el marco de una situación problema, porque permiten identificar “los espacios para proponer posibles soluciones” además de:

- a) Identificar, conceptualizar, describir y analizar las demandas de intervención.
- b) Describir, conceptualizar y analizar las situaciones problemas que presentan los sujetos individuales y/o colectivos.
- c) Identificar, describir y analizar en forma integral, factores, frecuencias, situaciones y conductas de riesgo (a nivel individual, familiar, grupal, institucional y comunitario) que operan como desencadenantes de situaciones de pobreza, vulnerabilidad social desafiliación, atendiendo especialmente a las formas en que se combinan, se acumulan y se potencian.
- d) Contribuir a hacer visibles los procesos que generan y legitiman las diversas formas de desigualdad social.
- e) Identificar, describir y analizar a nivel individual, familiar, grupal, institucional y comunitario, las capacidades, los recursos, las fortalezas, los aspectos favorables o saludables que inciden positivamente en las posibilidades de contrarrestar o solucionar las situaciones identificadas, incluyendo los recursos que los individuos y las familias poseen para protegerse, cuidarse y acceder a mejores condiciones de vida.
- f) Identificar los espacios estratégicos para la acción.
- g) Tomar decisiones y establecer prioridades, tanto respecto a las acciones como a su simultaneidad y continuidad; es decir, orientar los objetivos de la intervención (Travi, 2017, p. 27,28).

La autora enfatiza que el diagnóstico es un proceso de profesionalización del Trabajador Social y de construcción a partir de la identificación y análisis de las necesidades y problemas sociales que afectan a los sujetos, y puntualiza la toma de decisiones a partir de las capacidades y fortalezas como marco referencial para la intervención.

1.2.4 Mercedes Escalada, 2001, Argentina.

Escalada (2001) en el intento de recuperar y potenciar el valor del diagnóstico social menciona que “es un instrumento para conocer la particularidad de la realidad social en el marco del conocimiento científico, para orientar los objetivos y modalidades de la acción profesional” (Escalada, et al, 2001, p. 21)

El diagnóstico social es concebido como uno de los instrumentos fundamentales para dar cuenta de los acontecimientos sociales y para orientar proyectos que culminarían en la ejecución de acciones tendientes a cambiar inercias reproductoras de problemas, o dirigidas a alterar la convergencia de factores que pudieran pronosticar la ocurrencia de hechos perjudiciales, a nivel micro, medio o macrosocial (Escalada, et al, 2001, p. 19-20)

El diagnóstico en su forma instrumental es un conjunto de descripciones que permiten construir significados respecto a los fenómenos sociales. Estos a partir del conocimiento de teorías que proponen una explicación universal respecto de problemáticas determinadas. En este sentido, el diagnóstico no descubre nada, sino que da cuenta de la existencia de hechos particulares y posibilita conocer el singular modo como se entrelazan los hechos específicos para reproducir en infinitas variedades la esencia de un mismo tipo de fenómeno. (Escalada, et al, 2001, p. 21-22)

Cuestiona al diagnóstico como una modalidad de abordaje metodológico del material empírico para la construcción de conocimiento científico, este último concebido como un producto que da cuenta de los fenómenos al establecer las determinaciones necesarias que como ley los expliquen y regulen. (Escalada, et al, 2001, p. 23).

En el intento de evitar que el diagnóstico se reduzca a un inventario cuantitativo de datos y/o la desagregación cualitativa sin articulación, la autora propone la utilización de un enfoque de estudio de las categorías materialista-dialécticas de lo abstracto y lo concreto. Esto es un trabajo intelectual de reconstrucción de la totalidad desarmada por el análisis, obteniendo como resultado la construcción de significados y la explicación del fenómeno (Escalada, et al, 2001, p. 24-25)

De acuerdo con lo anterior, se pueden establecer las siguientes características específicas del diagnóstico:

1. Desarrolla ampliamente un procedimiento analítico y descriptivo.
2. La conclusión diagnóstica elaborada por la inteligencia humana permite interpelar la realidad y construir significados.
3. El método de conocimiento del materialismo dialéctico marxista es un movimiento de descomposición y recomposición del todo.
4. El diagnóstico es una elaboración que consiste en una descripción que interpela un fenómeno o hecho como problema o no problema.

5. El marco referencial y teorías explicativas deben ser definidas claramente por el organismo o institución que requiera de diagnósticos sociales, ya que a partir de ellas se podrá realizar la conclusión diagnóstica. (Escalada, et al, 2001, p. 23,24,26,33)

En síntesis, la autora enfatiza que el diagnóstico es un instrumento con valor científico en el cual se dan a conocer los acontecimientos sociales como problemas. Al especificar su cientificidad, menciona que se debe tener claro el marco teórico de referencia sobre el cual se realiza la construcción de significados, en específico menciona al materialismo-dialéctico presentando la conclusión diagnóstica como un movimiento de descomposición y recomposición del todo.

1.2.5 Juan Saavedra Vasquez, Patricia Castañeda Meneses, Ana María Salame Coulon, 2018, Chile.

En el Sistema de Salud Chileno (2018), un grupo de Trabajadores Sociales realizaron una investigación en donde profundizan el proceso de formulación de diagnóstico social en salud, el cual conciben como un instrumento realizado por los profesionales de trabajo social basado en un juicio interpretativo de la realidad social que les permitirá realizar acciones de intervención, tomando en cuenta las prioridades de la población, los recursos profesionales y la gestión de recursos institucionales y comunitarios.

La concepción clásica de diagnóstico social de Aylwin y otros (1993) lo caracteriza como un proceso de medición e interpretación que identifica problemas y factores causales, con objeto de aportar los elementos fundamentales con vistas a la acción transformadora. En esta conceptualización el diagnóstico se considera un proceso investigativo, cuya indagatoria se centra sobre las relaciones causales de los problemas y en sus proyecciones, incorporando elementos de juicio que contrasta los datos recogidos en la realidad respecto de un modelo ideal. (Saavedra, Castañeda, & Salame, 2018, p. 47)

Los juicios profesionales que constituyen el diagnóstico social en salud son expresados a través de un lenguaje especializado, en el que convergen los referentes teóricos, conceptuales y normativos programáticos provistos por el propio sector salud y los referentes teóricos y conceptuales disciplinarios aportados por las ciencias sociales y trabajo social. Ambas vertientes aportan integradamente los marcos comprensivos y las categorías de análisis de las realidades sanitarias diagnosticadas, contribuyendo a la definición de los cursos de acción fundamentados y factibles de implementar a partir del juicio formulado. (Saavedra, Castañeda, & Salame, 2018, p. 51)

La formulación diagnóstica no es fragmentaria, sino que propone una interpretación integral de la realidad social, independientemente del ámbito de desempeño profesional específico desde donde se formule. La valoración diferenciada de los

componentes de la realidad social que sean factibles de enfrentar, modificar o superar desde la intervención profesional se basa en dicha interpretación integral y avanza a la definición de los cursos de acción posibles de implementar en forma específica, conforme la viabilidad de oportunidades de intervención aportadas por las prioridades programáticas, los recursos profesionales y la gestión de redes institucionales y comunitarias disponibles. (Saavedra, Castañeda, & Salame, 2018, p. 52)

Específicamente en el sector salud chileno, el diagnóstico social es concebido como un instrumento clave bajo responsabilidad profesional de trabajo social, que se manifiesta conforme las diversas dimensiones de intervención sanitaria que lo demandan... refiere juicios profesionales informados en diversos contextos, líneas de acción y niveles de atención, siendo una herramienta clave para la toma de decisiones técnicas asociadas a la definición y al compromiso de implementación de acciones profesionales y/o institucionales futuras, especialmente en los ámbitos de salud familiar, salud mental y salud comunitaria. (Saavedra, Castañeda, & Salame, 2018, p. 52)

En síntesis, para los autores, el diagnóstico social es un instrumento clave en salud en el que los profesionales de trabajo social plasman un juicio interpretativo de información que permite dar a conocer la realidad social centrado las causas de los problemas y las posibles líneas de intervención, es decir, conocer para hacer. Este un juicio interpretativo se realiza con un lenguaje especializado en referentes teóricos, conceptuales y normativos de las ciencias sociales y de trabajo social, y las acciones de intervención se proyectan tomando en cuenta los recursos profesionales y gestión de redes institucionales y comunitarias.

1.3 Diagnóstico Social en México.

1.3.1 Silvia Galeana de la O, 1996, 2003.

La autora utiliza como base metodológica la promoción social, planteando la relación entre la situación social detectada y las acciones a realizar con la finalidad de transformar la realidad, para ello deja en claro que “el promotor social debe de poseer un amplio conocimiento sobre aspectos conceptuales y metodológicos de investigación social, que le permitan identificar y caracterizar la problemática social, así como la formulación de explicaciones objetivas en torno a sus manifestaciones y dimensiones generadas por la intrincada interrelación social” (Galeana de la O, 2003, p. 21). En el caso de las instituciones de salud, la promoción social se retoma en el sentido de la participación social, la cual, en palabras de la autora “es inherente a las acciones de promoción social, pues es a través de ésta que se identifican las expectativas, el qué, el cómo, el cuándo, el para qué, en donde el individuo se transforma en un sujeto protagónico en la reconstrucción del espacio, su entorno y su problemática cotidiana, predominando su sentimiento solidario a través de

alternativas que promuevan la justicia y la igualdad social” (Galeana de la O, 2003, p. 19)

La autora utiliza el término estudio diagnóstico, el cual “consiste en realizar una investigación que presenta como característica básica el adquirir los conocimientos necesarios sobre determinada área, problema y/o localidad, con el propósito de dar base o soporte a la toma de decisiones para el diseño de la intervención... El estudio o investigación diagnóstica es una indagación sistemática y reflexiva que tiene como propósito descubrir e interpretar la realidad de una comunidad formulada como diagnóstico, es decir el conocimiento está en función de describir la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que se presentan en una situación de la realidad y sus tendencias con el objetivo de fundamentar estrategias y acciones concretas para su posible solución (Galeana de la O, 1996, p. 13, 14)

La autora identifica al diagnóstico como parte de dos momentos clave del modelo, esquematizándolo en la figura 3.



Figura 3. Fuente: Galeana de la O, 2003, p. 49. Proceso metodológico para el diseño e implementación de modelos de promoción social

1. Proceso metodológico para el diseño e implementación de modelos de promoción social.

Entre las siete etapas del proceso metodológico se encuentra el momento explicativo en donde se realiza la Investigación Diagnóstica, la cual “Consiste en la identificación, explicación y jerarquización de las situaciones problemas y las necesidades de la localidad. Caracterizándose la intrincada interrelación de estos en la realidad además de las características socioculturales y los recursos potenciales existentes que den pauta al establecimiento de líneas de acción” (Galeana de la O, 2003, p. 50)

Este tipo de investigación denominada aplicada está dirigida a la intervención... el proceso de indagación debe estar orientado fundamentalmente en tres vertientes:

- 1) Detectar, caracterizar y explicar la problemática social.
- 2) Rescatar la vida cotidiana y estructuras de organización social de la localidad, comunidad o sectores sociales.
- 3) Detectar las potencialidades y recursos de la propia población” (Galeana de la O, 2003, p. 50-51)

En este momento del proceso el investigador identifica las situaciones problemáticas de una comunidad a partir de diferentes instrumentos, la autora a lo largo de la obra menciona el estudio cartográfico de la comunidad, guía de entrevista para el rescate de la cotidianidad, cédula socioeconómica, entre otros, a partir de esta información se realiza la jerarquización de problemas y las posibles acciones a realizar, sin perder de vista la promoción social.

2. Estudio Diagnóstico de Investigación Social

Consiste en realizar una investigación que presenta como factor esencial el adquirir los conocimientos necesarios sobre determinada área, problema y/o localidad, con el propósito de dar base o soporte a la toma de decisiones para el diseño de la intervención (Galeana de la O, 2003, p 72)

La investigación diagnóstica se orienta al descubrimiento y análisis de los procesos sociales, los cambios y tendencias sociales, con el objeto de formular conceptos sobre la sociedad y la conducta humana, con el fin de descubrir y explicar objetivamente la realidad en la comunidad, para comprenderla y poder actuar en ella a partir de sus características socio culturales, asimismo, registra y analiza todas las conexiones y relaciones de la vida y acontecer cotidiano de la población (Galeana de la O, 2003, p 72)

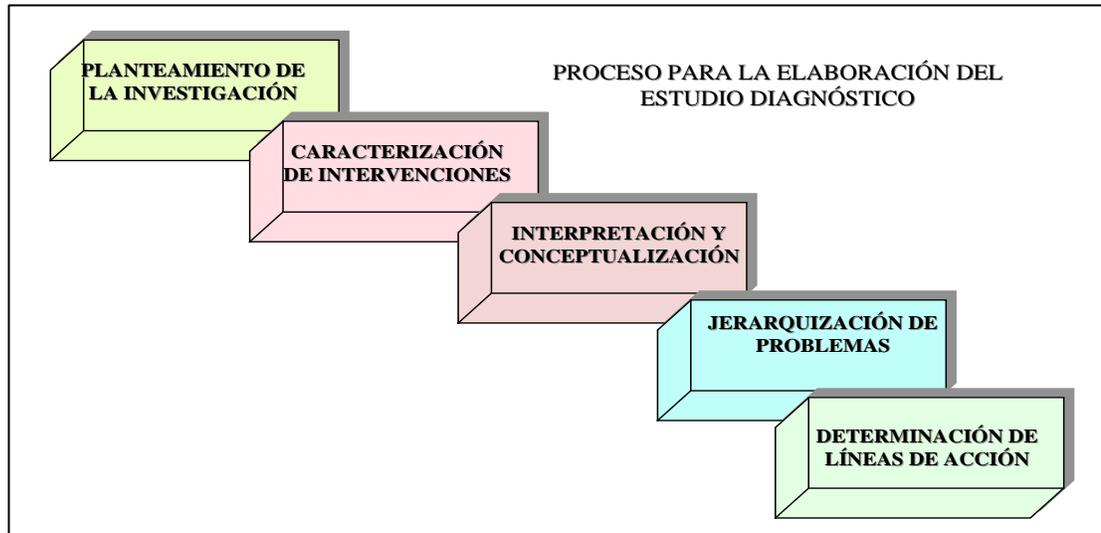


Figura 4. Fuente: Galeana de la O, 2003, p. 76. Proceso metodológico para el diseño e implementación de modelos de promoción social

Galeana de la O (2003) precisa el dinamismo de la comunidad donde es posible establecer condiciones que ofrezcan direccionalidad y organización al proceso de conocimiento, sugiriendo las siguientes acciones:

- Planteamiento del estudio diagnóstico. En esta etapa se deben establecer los objetivos en función de lo que se desea conocer, se formaliza la delimitación del área o comunidad en donde se realizará el estudio diagnóstico y se enuncian a partir de un marco conceptual inicial las principales connotaciones y acciones que se llevarán a cabo en un trabajo de campo.
- Caracterización de interrelaciones. Es la descripción cuantitativa y cualitativa de atributos físicos, económicos, sociales y culturales de la comunidad, destacándose las interrelaciones y asociaciones de dichos atributos. El objeto de esta etapa es el construir los escenarios y manifestaciones de la comunidad, por lo que se requiere el contacto y acercamiento directo y continuo con la realidad.
- Interpretación de la información. Consiste en la explicación de los datos y sus interrelaciones desde una perspectiva global, es decir la multidimensionalidad de los elementos que conforman la comunidad, las causas y efectos generados a partir de sus comportamientos y manifestaciones, lo que implica la utilización de marcos teóricos explicativos que profundizan el análisis en torno a la naturaleza de la situación problemática como un todo complejo y concatenado.
- Jerarquización de problemas. De acuerdo con la información obtenida en la etapa anterior se establecerá una clasificación y organización de problemas de acuerdo con prioridades de atención tomando en cuenta la frecuencia, trascendencia y viabilidad de estos; por lo que se debe tener cuidado en los niveles de asociación de las causas y efectos que originan las situaciones problemáticas, con el fin de delinear una intervención integral.

- Determinación de líneas de acción. Consiste en la elección de líneas y acciones de actuación, basadas en el conocimiento detallado de las situaciones-problemas explicadas y focalizadas en las fases anteriores. Dichas líneas representan respuestas para el cambio o modificación, por lo que resulta relevante para su determinación el análisis de la jerarquización de problemas, así como las características culturales de la población obtenidas a través del estudio de la cotidianidad (Galeana de la O, 2003, p 77)

En este sentido, una investigación diagnóstica es la interpretación de una realidad, por ello expresa y explica las características de su funcionamiento y evolución. Esta interpretación aporta suficientes elementos y antecedentes para definir líneas y estrategias de acción.

De acuerdo con la autora, se pueden citar las siguientes características del diagnóstico social:

1. Es parte del proceso metodológico para el diseño de modelos de intervención, encontrándolo en el momento explicativo y en la investigación social.
2. A partir de la aplicación de instrumentos como estudios cartográficos, de cotidianidad y cédulas socioeconómicas, permite el conocimiento de los elementos y características sociales, culturales y cotidianas que determinan la dinámica, específicamente en una comunidad.
3. Jerarquiza y puntualiza los problemas prioritarios de atención, en este caso de una comunidad, así como la identificación de recursos existentes en las mismas para potenciarlos en estrategias de intervención.
4. Como estudio diagnóstico de investigación social es necesario organizar la información.
5. El diagnóstico es la base del diseño y planeación de la intervención en la promoción y participación social.

Galeana de la O, establece que el diagnóstico forma parte de un proceso metodológico para el diseño y aplicación de modelos de intervención, específicamente en promoción social, para lo que se requiere inicialmente de una etapa explicativa donde se lleva a cabo una investigación diagnóstica de la comunidad aplicando diferentes instrumentos, entre ellos la cédula socioeconómica, que permiten reconocer y jerarquizar los problemas, a partir de los resultados se diseñan estrategias y acciones de intervención, de tal forma que ambos momentos se entrelazan con el fin último de tener conocimiento de los elementos y las características de la comunidad con la finalidad de plasmar la problemática a intervenir.

1.3.2 Nelia Elena Tello Peón, 2008.

En la construcción estratégica de intervención social, la autora, enfatiza la importancia de la realización del diagnóstico como una etapa determinante en la articulación del proceso metodológico.

El diagnóstico y la intervención articulan el proceso reflexivo y la práctica, mismas, que se complementan y se orientan. El diagnóstico, como resultado de una investigación, parte de un planteamiento del problema que siempre tiene que darse desde lo social (Tello, 2008, p. 28).

El origen del diagnóstico es una investigación social que mientras más completa y profunda sea, mayor conocimiento del problema aporta, pero siempre tiene que realizarse tomando en cuenta el tiempo con que se cuenta para llevar a cabo la intervención, teniendo ésta la centralidad. (Tello, 2008, p. 28)

Toda intervención de trabajo social parte de un diagnóstico acerca de la unidad de trabajo o situación problema. Llegar a la conclusión diagnóstica implica haber realizado una investigación que proporciona la información necesaria para estructurar la propuesta de intervención. El diagnóstico no es más que una hipótesis sobre la situación problema, y la intervención es la hipótesis que se ofrece como alternativa de cambio social (Tello, 2008, p. 29)

De acuerdo con la autora, el diagnóstico social, se elabora a partir de una investigación profunda del problema desde lo social, es decir, desde la interrelación del sujeto, el contexto y el propio problema; esto con la finalidad de dar pauta a la intervención social; enfatizando la importancia del conocimiento del problema social desde las interrelaciones contextuales e individuales como base de la planeación eficaz de acciones de intervención.

El proceso de trabajo social... se inicia a partir de una conclusión diagnóstica que se elabora con los datos que se encontraron en la investigación hecha con ese fin y que sustenta la intervención.

La aproximación al conocimiento de la situación problema puede iniciarse con una investigación bibliográfica:

- 1) Revisión de la teoría al respecto
- 2) Revisión de algunos datos contextuales que sirvan de referencia
- 3) Revisión de algunos antecedentes de la situación problema (Tello, 2008, p. 29)

Una vez concluida la investigación se elabora, a partir del conocimiento obtenido, la conclusión diagnóstica que va más allá de jerarquizar problemas o necesidades es importante definir los procesos sociales que se trabajan y qué tipo de problemas hay en ellos... La coherencia y correspondencia entre la conclusión diagnóstica y la intervención son esenciales en el proceso de trabajo social (Tello, 2008, p. 33)

El diagnóstico es básico, pero es indispensable, que sea útil. Si tenemos un gran diagnóstico, y por las razones que sea, no podemos utilizarlo como base en nuestra acción, entonces no es un buen diagnóstico ya que el objetivo del trabajador social no es hacer estudios sino intervenir (Tello, 2008, p. 33,34)

De acuerdo con la autora, las características principales del diagnóstico social son:

1. Es parte de la construcción de la intervención social articulándolo como un proceso reflexivo entre teoría y práctica.
2. Se tiene que tomar en cuenta el tiempo que se tiene para la construcción del diagnóstico sin perder de vista la centralidad de la intervención.
3. Es una hipótesis sobre la situación problema.
4. Es el análisis resultado de la investigación de una situación problema determinada.
5. Se presenta como una conclusión diagnóstica que jerarquiza problemas o necesidades, define los procesos sociales y las posibles estrategias de intervención.
6. Se enfatiza el conocer la situación problema para que con base en ello se establezcan acciones de intervención.

En síntesis la autora refiere que el diagnóstico es básico para la intervención social enfatizando que éste se genera a partir de una investigación tanto bibliográfica, como práctica de la problemática que puede presentar una comunidad, grupo, etc., esto con la finalidad de plasmar una conclusión diagnóstica que permita establecer estrategias de intervención. De tal forma que el diagnóstico es la base del proceso metodológico de intervención social.

1.4 Diagnóstico Social desde la mirada de un Organismo Internacional Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA)

**Héctor Suarez, Selene Cheroni, Florencia Failache, Álvaro Méndez,
Mónica Suarez Cambón, 2011.**

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA), en coordinación con “Savia drogas, Salud y vida en las Américas” y con apoyo de organismos mundiales como la Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud y Organización de los Estados Americanos, se han abocado a la construcción de diagnósticos sociales acerca de estrategias de prevención y atención por consumo de drogas, a nivel nacional e internacional.

Los autores mencionan que el diagnóstico es “la caracterización de una situación guiada por las intenciones que dan origen al mismo... debe generar un producto final que contemple dos aspectos imprescindibles e interrelacionados: por un lado, la caracterización del fenómeno en estudio en un momento y espacio determinado; por el otro, debe comprender un proceso de análisis e interpretación de la información obtenida, que se constituya como la base para la generación de propuestas de acciones concretas de intervención en el territorio”(Suárez, et al, 2011, p. 22)

Su objetivo principal consiste en proporcionar información específica y basada en evidencia empírica, ofreciendo conclusiones que faciliten la correcta toma de decisiones al afrontar el fenómeno sobre el que se actúa... contemplando aquellas alternativas que resulten más viables y sostenibles de acuerdo con el relevamiento de los recursos humanos, técnicos y económicos, existentes en la localidad.

... el diagnóstico debe reunir en forma interrelacionada el conocimiento generado por la investigación, y la “recodificación” de este conocimiento en formato de “investigación acción”. Esto significa generar las líneas estratégicas necesarias para relacionarse con los procesos de planificación, y posterior intervención, pues de nada sirve diagnosticar una situación problemática, si de ella no se desprende una programación de acciones específicas para resolverla. (Suárez, et al, 2011, p. 23)

Los autores ubican al diagnóstico a partir de un proceso metodológico y “su elaboración implica el trabajo sobre la articulación entre el conocimiento, la acción y la transformación de la realidad.” (Suárez, et al, 2011, p. 23)

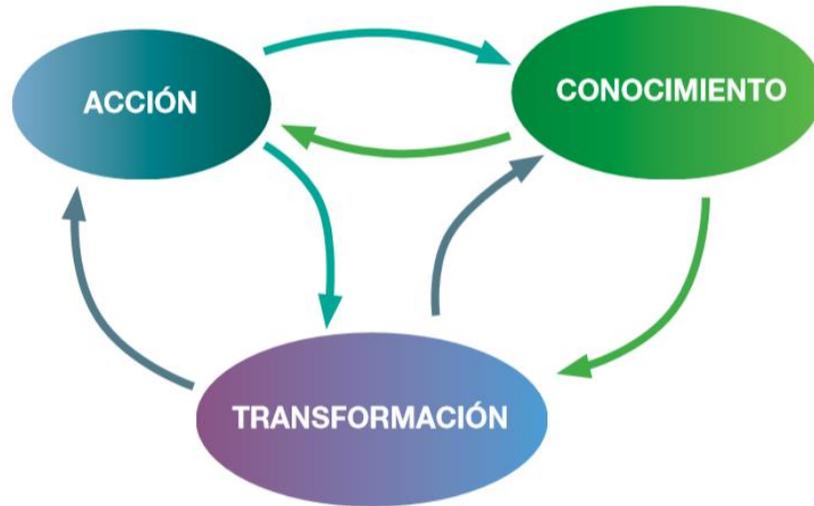


Figura 5. Fuente: Suárez, et al, 2011, p. 23

El objeto de estudio para estos autores es el consumo de sustancias psicoactivas por lo que el diagnóstico se centra en lo local, es decir el conocer los recursos técnicos y económicos que existen en las localidades.

Por esta razón dan a conocer las especificidades de un diagnóstico local en la que destaca la “comprensión y conceptualización del componente “local”. Esto es... un anclaje en la realidad local, la de sus habitantes, la de sus jóvenes y adultos, reconociendo su “mundo de sentido” propio y particular” (Suárez, et al, 2011, p. 24)

Esto debe plantearse desde una perspectiva que busca superar la tendencia a “homogeneizar los escenarios locales-comunitarios, a estereotipar a los sujetos intervinientes y a abstraer las determinaciones histórico-concretas de la producción de los problemas sociales simplificando los procesos de análisis e intervención en la realidad social,” (Fernández Soto, 2001, citado por Suárez, et al. 2011, p.24); “lo local” per se no existe; es una realidad y un espacio que requiere ser definido. En este sentido, consideramos que deben estar presentes en esta definición por lo menos tres dimensiones o elementos (Lapetina, 2006, citado por Suárez, et al. 2011. p.24):

- **El territorio como geografía física y social;** en el entendido de que lo local no es solamente un territorio geográfico, sino un conjunto social localizado, una población con características particulares que se establece en un territorio, se lo apropia y lo transforma.
- **El territorio en su dimensión socio-simbólica,** en una noción de cultura e identidad. Se refiere al conjunto de rasgos compartidos que configuran una “manera de ser”, un sistema de creencias y valores interiorizado por cada uno de los miembros de una sociedad local.
- **El territorio como sistema de relaciones- sistemas de poder y de influencia en la vida cotidiana;** se trata de un sistema de actores, que conforman un tejido

social no neutro, que tiene capacidad de incidir en la vida cotidiana de quienes lo habitan. (Suárez, et al, 2011, p. 24)

Los autores enfatizan al diagnóstico como un proceso metodológico continuo que representan de la siguiente manera:

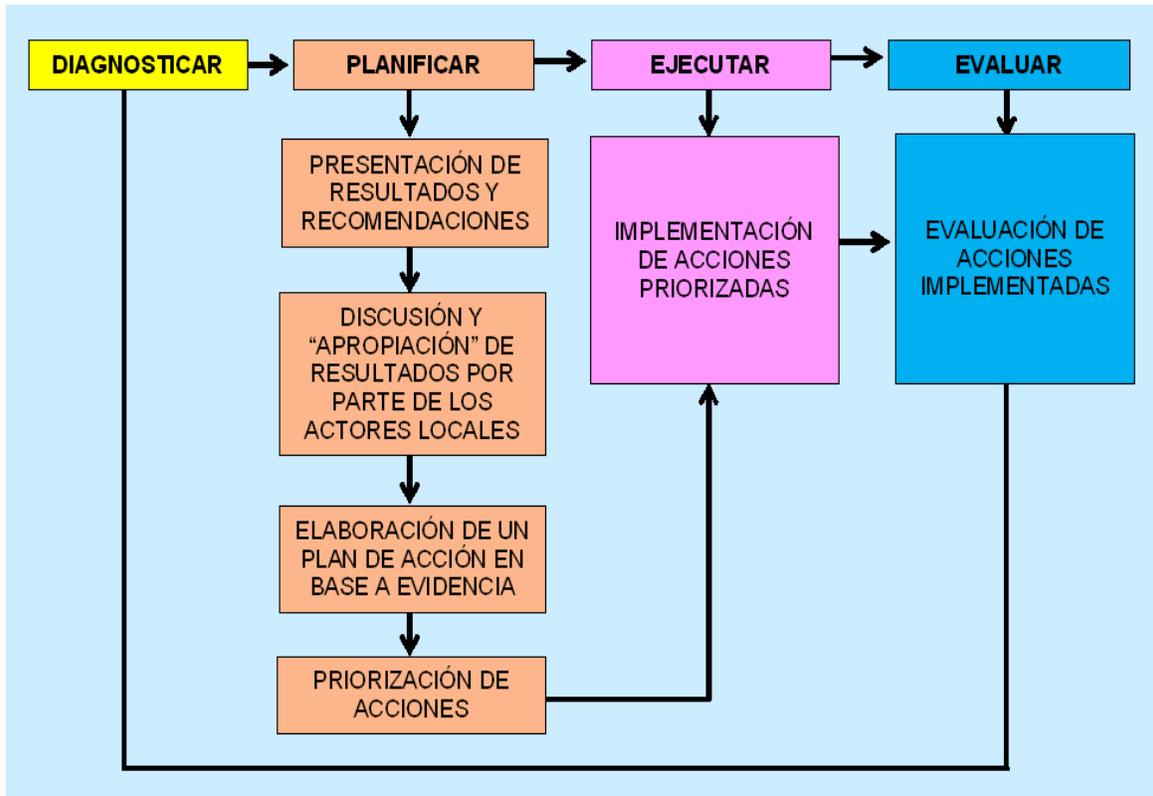


Figura 6. Fuente: Suárez, et al, 2011, p. 112

Los autores destacan que un diagnóstico "representa una "fotografía" de una situación en un determinado espacio y tiempo... El alcance del diagnóstico local ... encuentra como punto de cierre la producción y presentación del Informe Final, para que la comunidad en su conjunto pueda conocer e incorporar a su quehacer, de forma inmediata, los contenidos del mismo, de cara a diseñar las respuestas adecuadas a los problemas revelados en el marco de un plan de acción concertado" (Suárez, et al, p. 112)

Los autores presentan indicadores sociales en consumo de drogas utilizados por el Observatorio Español sobre Drogas que son de utilidad para el desarrollo del diagnóstico.

- 1) Indicadores sociológicos.
- 2) Indicadores de patrones de consumo de drogas.

- 3) Indicadores de tratamiento.
- 4) Indicadores sanitarios.
- 5) Indicadores de oferta de drogas.
- 6) Indicadores policiales.
- 7) Indicadores de prisiones.
- 8) Indicadores judiciales.
- 9) Indicadores de mortalidad.
- 10) Indicadores de prevención.
- 11) Indicadores de integración social (Suárez, et al, p. 121)

El diagnóstico social es elaborado por indicadores que permiten describir la situación de un sujeto, grupo o comunidad; por ello es importante tener conocimiento de todos aquellos sistemas implicados en favorecer el problema, así como aquellos intervinientes en la solución y atención. Los indicadores presentados por los autores en el estudio del consumo de drogas implican el conocimiento de las localidades en cuanto al territorio y su organización, así como de los factores que inciden en la distribución y adquisición de estupefacientes, y las implicaciones judiciales y de salud, además especifican la atención que se tiene a nivel prevención e integración social. En suma, estos indicadores les permiten realizar un análisis pormenorizado de la situación y como lo plantearon “representar una “fotografía” de una situación en un determinado espacio y tiempo”

En la búsqueda de diagnósticos realizados con la metodología de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA), y “Savia drogas, Salud y vida en las Américas” se localizaron documentos de países de América Latina y de Estados Unidos de Norte América, previo a la sistematización de la guía propuesta por los autores, se encontró la presentación del diagnóstico como conclusiones de la investigación en donde se da conocer el contexto y la situación problemática en la que se desea intervenir.

A continuación, se presenta la conclusión diagnóstica a partir de la explicación metodológica de aplicación de entrevistas, encuestas y revisiones sociodemográficas de la población sobre el consumo de drogas en los Barrios Piedra Alta, Prado Español y la Calera de la Ciudad de Florida:

X. CONCLUSIONES

En este trabajo hemos querido presentar información permita construir un diagnóstico de situación para la zona de los barrios Piedra Alta, Prado Español y La Calera de la ciudad de Florida. Partiendo del aporte de varias fuentes, consideramos la importancia y relevancia del contexto en el que se producen los consumos de drogas, así como la complejidad y el posible dinamismo que pudiera darse en ellos. Pero a modo de síntesis presentamos algunas primeras consideraciones.

Primero. El consumo problemático de drogas no se concentra exclusivamente en esos barrios, sino que el fenómeno está extendido en otras zonas de la ciudad, fundamentalmente área próxima al centro.

Segundo. Hay una percepción coincidente en que el fenómeno del consumo de drogas ha aumentado, tanto para la zona donde se focalizó el estudio como en la propia ciudad de Florida.

Tercero. En el intento de construir un perfil de los consumidores, con la información recogida podemos decir que serían fundamentalmente jóvenes de ambos sexos, mayormente entre 13 y 24 años de edad, no recogiendo evidencia que indique la existencia de algún tipo de correlación entre consumo y nivel de instrucción educativa y/o a la clase o segmento social al que pertenece. El contacto o experiencia con el tema del consumo de drogas, coincide con la etapa de que se encuentra asistiendo a un centro de enseñanza de nivel secundaria.

Cuarto. En lo que refiere a las sustancias de mayor consumo, hay coincidencia en señalar al alcohol como la principal droga de consumo problemático, seguido de la marihuana. Otras drogas, tienen algo de presencia como la cocaína, pero no hay mayor evidencia al respecto. También se percibe cierta estigmatización negativa en cuanto al consumo de estas sustancias por adolescentes y jóvenes, y una relativa mayor aceptación, digamos sobre criterios de normalidad, si se asocia a los adultos.

En otras palabras, en los consumos actuales de drogas por parte de los jóvenes alcohol y marihuana tienen mayor difusión, también los adultos utilizan drogas, aunque se presume lo hacen en formas, contextos y con motivaciones diferentes y objetivos distintos.

El consumo no solo debe entenderse enclavados en contextos de fiesta nocturnos y separados de los mundos de los adultos, en los cuales la diversión, la exhibición y la euforia son algunos de los objetivos fundamentales. Pero la evidencia recogida expresa que también su consumo permite una forma de comunicación y relacionamiento distintas y se están convirtiendo como parte del constitutiva de su socialización, donde el grupo de pares es la referencia.

El consumo de diferentes sustancias se concentra en los fines de semana. Las noches de los fines de semana es el tiempo más importante para el ocio compartido entre iguales y en el que, se puede pensar, se concentra el consumo de drogas.

Quinto. No se percibe, salvo excepciones, que los jóvenes tengan propuestas ni instalaciones interesantes o motivadoras para desarrollar y disfrutar en su tiempo libre. Algunas instituciones a nivel de educación secundaria están incorporando actividades que les permita a los jóvenes ser portadores y protagonistas de sus proyectos. Otro ejemplo interesante lo constituyen también las propuestas promovidas por KOLPING y SOCAT.

Sexto. Se identificaron como factores de riesgo aspectos refieren a la familia de los sujetos, tanto por su forma de constitución, grado y forma de contención, tipo de vínculo, debilitamiento y sustitución de roles y valores, así como por la forma de resolución de conflictos; la deserción escolar, la rotación de docentes y su escaso sentido de pertenencia en los centros educativos; la forma y disponibilidad que existe de sustancias adictivas; las formas de uso del ocio y del tiempo libre; la falta de espacios recreativos o simbólicos que despierten el interés de adolescentes y jóvenes; así como factores que refieren a la moda y la forma de vínculo entre iguales.

Diagnóstico sobre el consumo de drogas en la ciudad de Florida

Séptimo. Como factores de protección se identificó la familia y las posibilidades que ella pudiere ofrecer de a contención, el trabajo de algunas instituciones del sector público, el trabajo del sector del voluntariado social, algunas experiencias de trabajo en red o integradoras, y hasta el propio tamaño de la comunidad floridense.

Octavo. Tanto las personas entrevistadas como la población encuestada manifiestan tener escaso conocimiento sobre las organizaciones que brindan servicios asistenciales, ayuda o de protección que existen en Florida, en cuanto a temas referente a temas de drogas. Los prestadores de servicio de salud, si bien tienen mandato legal para brindar atención en este tema, no brindan servicios específicos para el tratamiento y seguimiento de las adicciones. No se identificaron propuestas integrales en la ciudad de Florida, salvo campañas especiales como la orientada a los conductores de vehículos, fundamentalmente en algunos importantes eventos festivos. Tampoco se divisó, salvo contadas excepciones, profesionales especializados en temas de consumo problemático de drogas en la ciudad de Florida.

Si bien la zona del estudio tiene una potente red de servicios y participan un número importante de entidades (IMF, INAU, SOCAT, MIDES, Centros Educativos, clubes deportivos y entidades religiosas) de tipo comunitarias, no se pudo obtener mayor evidencia de que ellas hayan incorporado el tema del consumo de drogas como uno de los ejes centrales de su acción, ni que las acciones que realizan sean resultado de un proceso de planificación.

En lo que refiere a la estrategia de realizar coordinaciones que orienten y definan el modo y el alcance de la participación de cada organización, la información que se dispone indica que esas coordinaciones son en muchos casos simbólicas o que no se materializan en acciones con importante impacto, tanto en lo que refiere a su alcance y duración en el tiempo.

Noveno. De la información recogida en esta investigación, se presentan como latentes los siguientes temas: conflicto intergeneracionales por el uso de espacios públicos, veredas, y espacios comunes o "salones comunales", la posibilidad de que surjan o aparezcan "pandillas", necesidad de desarrollar propuestas por fuera del sistema educativo formal, fragmentación y modestos resultados en la acción de diferentes instituciones, y la escasa participación de los vecinos en actividades de su comunidad o zona de residencia.

Décimo. De nuestro trabajo también surge que la mayoría de las organizaciones e instituciones entrevistadas señalan a la JDDF como el actor que articula y promueve muchas de las acciones que se desarrollan en este Departamento. La JDDF no solo tiene el interés en promover y discutir el tema y las estrategias entorno al consumo problemático de drogas, sino que también están intentando ejercer el poder legítimo que les da su investidura de coordinador de políticas en el medio local y un alto grado de reconocimiento por parte de otros actores de la sociedad de Florida. Pero todas las acciones desarrolladas reflejan problemas casi estructurales, como la carencia de infraestructura propia y de recursos humanos remunerados y con dedicación exclusiva.

El nuevo escenario que se viene impulsando, por ejemplo, desde un nuevo marco normativo que defina claramente las competencias y alcances de la JDDF, nos debe obligar a reflexionar sobre la realidad de los recursos con que cuenta el Departamento y establecer, en forma concertada, objetivos estratégicos y operativos con el propósito de dar una respuesta coherente a la demanda que se impone. He ahí el reto que tienen todos stakeholders involucrados en el tema de drogas, cualquiera sea su ámbito, nivel de decisión o perfil institucional.

Soc. Dante Steffano

Fuente: Dante, 2010, p. 67-69

En síntesis, se puede observar que, para profesionales involucrados en organismos internacionales, el primer paso para la elaboración del diagnóstico es investigar el problema e interpretar la información caracterizando el fenómeno a estudiar, la situación social, demográfica, recursos comunitarios e instituciones y la toma de decisiones de las acciones a seguir para la atención de éste. Es importante enfatizar que para los autores el diagnóstico parte de la aplicación de diferentes técnicas e instrumentos que permiten analizar la situación y priorizar las acciones a seguir.

1.5 Diagnóstico Social en España

1.5.1 Maite Martín Muñoz, 1996.

En el país Vasco, se tiene un manual de indicadores sociales con los cuales se realiza el diagnóstico social a partir de “la clasificación de nociones básicas se convierte en una herramienta metodológica, que permite la observación global a través de la construcción de un sistema de indicadores de todas y cada una de las Necesidades básicas:

- 1) Información
- 2) Habilidades sociales
- 3) Autonomía física y psíquica
- 4) Relación convivencial
- 5) Organización de la unidad convivencial
- 6) Formación
- 7) Trabajo
- 8) Nivel económico
- 9) Vivienda
- 10) Participación
- 11) Aceptación social (Martín, 1996, p. 4)

Para la elaboración del diagnóstico se realiza una clasificación de las necesidades, de forma que sea aplicable también para la planificación y evaluación. El diagnóstico orienta el tratamiento y las directrices de medidas de política social necesarias para la intervención en las realidades sociales, el proceso de elaboración se resume en el siguiente esquema: (Martín, 1996, p. 7)

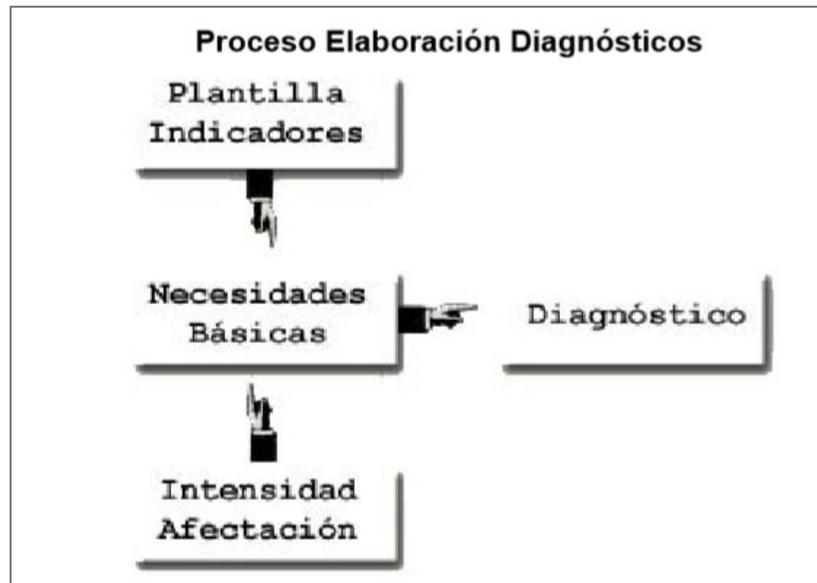


Figura 7. Fuente: Martín, 1996, pág. 7. Proceso de elaboración de diagnósticos

Esta forma de elaborar el diagnóstico social se basa en la identificación de necesidades básicas, las cuales clasificarán para elaborar un plan de intervención, a diferencia de otros autores, no se especifican las causas y el entorno social en el que se desenvuelben, únicamente se clasifica y se determina la situación.

- **Tipología del Diagnóstico Social:**

La autora establece una tipología en donde se realiza una clasificación de necesidades para nombrar la situación en la que se encuentra la población y a partir de ello generar el plan de intervención:³

1. **Situación Deficitaria Coyuntural.** Pueden estar afectadas entre una y cinco necesidades básicas... Se incluyen las personas con adecuadas relaciones, que normalmente solucionan sus problemas dentro de las redes informales del propio tejido social.

La intervención se orientará hacia:

- a) Información, Orientación y Apoyo.
- b) Aplicación de Prestaciones o Servicios de baja intensidad (Martín, 1996, p. 8)

³ La autora muestra de manera gráfica cada una de las situaciones con las que se trabaja el diagnóstico social, las cuales se respetan textualmente.

Necesidades Básicas	Adecuada	Deficitaria	Muy Deficitaria
INFORMACIÓN			
HABILIDADES SOCIALES			
AUTONOMÍA PSÍQUICA/FÍSICA			
RELACIÓN CONVIVENCIAL			
ORGANIZACIÓN UNIDAD CONVIVENCIAL			
RECURSOS ECONÓMICOS			
TRABAJO/OCUPACIÓN			
FORMACIÓN/EDUCACIÓN			
VIVIENDA			
PARTICIPACIÓN SOCIAL			
ACEPTACIÓN SOCIAL			

Figura 8. Fuente: Martín, 1996, p. 8. Situación Deficitaria Coyuntural ()

2. **Situación Deficitaria de Larga Duración.** En este supuesto, pueden estar afectadas en situación muy deficitaria entre una y cuatro necesidades Básicas:
- Habilidades sociales.
 - Autonomía física y psíquica.
 - Relación convivencial.
 - Organización de la Unidad convivencial

Si la situación deficitaria se prolonga en el tiempo, su repercusión se reflejaría en la afectación de otras necesidades distintas de las primeras, derivando hacia diagnósticos de más comprometida o delicada situación.

La intervención Profesional ha de ser perfectamente planificada en orden a lograr objetivos que consigan la recuperación de las carencias que existen en las necesidades básicas.

- Acogimiento que permita una buena vinculación.
- Reconstruir la demanda con la persona.
- Explicar la metodología de trabajo (nivel de intervención, coordinación etc.)
- Realizar conjuntamente un plan de trabajo, señalar objetivos, actividades, niveles de intervención, plan de coordinación, recursos, y evaluación (Martín, 1996, p. 9)

Necesidades Básicas	Adecuada	Deficitaria	Muy Deficitaria
INFORMACIÓN			
HABILIDADES SOCIALES			
AUTONOMÍA PSÍQUICA/FÍSICA			
RELACIÓN CONVIVENCIAL			
ORGANIZACIÓN UNIDAD CONVIVENCIAL			
RECURSOS ECONÓMICOS			
TRABAJO/OCUPACIÓN			
FORMACIÓN/EDUCACIÓN			
VIVIENDA			
PARTICIPACIÓN SOCIAL			
ACEPTACIÓN SOCIAL			

Figura 9. Fuente: Martín, 1996, p. 9. Situación Deficitaria de Larga Duración

3. **Situación de Exclusión Social.** Las necesidades básicas afectadas en situación muy deficitaria son de dos a tres necesidades básicas:

- Formación.
- Trabajo y Ocupación.
- Recursos Económicos.

Cuando la situación de exclusión no se alarga en el tiempo, el resto de las necesidades apenas muestran déficit. Por el contrario, su cronificación comienza a deteriorar otras necesidades... La intervención profesional tendrá en cuenta los siguientes pasos:

1. La situación del mercado laboral, la precarización de los empleos, los subsistemas de vivienda, Protección social, educativo y cultural.
2. Acogimiento que permita una buena vinculación.
3. Reconstruir la demanda con la persona.
4. Explicar la metodología de trabajo (nivel de intervención, coordinación etc.)
5. Realizar conjuntamente un plan de trabajo, señalar objetivos, actividades, niveles de intervención, plan de coordinación, recursos, y evaluación.
6. Contextualización del sujeto en su situación.
7. Valorización y estímulo en la formación o reciclaje profesional.
8. Sensibilización de los poderes públicos sobre la necesidad de creación de empleo.
9. Desarrollo de políticas de Discriminación Positiva, mejora del mercado laboral, fomento de planes de conciliación de vida familiar y laboral, Creación de programas públicos y gratuitos de formación para el empleo.
10. Planes de protección social (Renta básica), Vivienda. (Martín, 1996, p. 10)

Necesidades Básicas	Adecuada	Deficitaria	Muy Deficitaria
INFORMACIÓN			
HABILIDADES SOCIALES			
AUTONOMÍA PSÍQUICA/FÍSICA			
RELACIÓN CONVIVENCIAL			
ORGANIZACIÓN UNIDAD CONVIVENCIAL			
RECURSOS ECONÓMICOS			
TRABAJO/OCUPACIÓN			
FORMACIÓN/EDUCACIÓN			
VIVIENDA			
PARTICIPACIÓN SOCIAL			
ACEPTACIÓN SOCIAL			

Figura 10. Fuente: Martín, 1996, p. 10. Exclusión Social

4. **Situación de Desventaja Social.** Los indicadores de este diagnóstico reflejan una situación muy deficitaria en la necesidad básica de Aceptación Social.

La no cobertura de esta necesidad origina discriminación, imposibilidad o prohibición en el uso y disfrute de derechos sociales generales, tales como la educación, la protección parental, la legalidad personal.

Si la discriminación viene originada por una grave disminución de la autonomía física o psíquica y, a su vez, no existen mecanismos institucionales de inserción social, estas personas verán afectadas de forma deficitaria o muy deficitaria hasta seis necesidades básicas del siguiente bloque.

- Habilidades Sociales.
- Autonomía física o psíquica.
- Educación.
- Economía.
- Empleo.
- Vivienda.
- Organización de la unidad convivencial.
- Participación.

Si la discriminación se da por causas de etnia, sexo, religión o modelos de vida alternativos, las necesidades de participación y de habilidades sociales pueden no estar afectadas, ya que estos colectivos suelen estar perfectamente integrados dentro de su propia comunidad o grupo, encontrándose en desventaja tan solo al situarse frente al contexto social de la cultura imperante. La intervención profesional deberá tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Conocimiento de las causas de discriminación, o prohibición de uso de derechos La situación del mercado laboral, la precarización de los empleos, los subsistemas, de vivienda, Protección social, educativo y cultural.

2. Acogimiento que permita una buena vinculación.
3. Reconstruir la demanda con la persona.
4. Explicar la metodología de trabajo (nivel de intervención, coordinación etc.).
5. Realizar conjuntamente un plan de trabajo, señalar objetivos, actividades, niveles de intervención, plan de coordinación, recursos, y evaluación.
6. Comprensión por parte del sujeto de su situación de forma integrada en el marco social de referencia.
7. Autovaloración del sujeto.
8. Desarrollo de las necesidades en déficit a través de dinámicas de participación grupal y comunitaria.
9. Sensibilización de la Comunidad a fin de erradicar estereotipos y avanzar en una cultura de la igualdad.
10. Información sistemática a la administración de la situación de colectivos que sufren situación de desventaja social, a fin de promulgar políticas o fomentar los derechos que promuevan la cohesión social.
11. Planes de protección social: Renta básica, Vivienda (Martín, 1996, p. 11)

Necesidades Básicas	Adecuada	Deficitaria	Muy Deficitaria
INFORMACIÓN			
HABILIDADES SOCIALES			
AUTONOMÍA PSÍQUICA/FÍSICA			
RELACIÓN CONVIVENCIAL			
ORGANIZACIÓN UNIDAD CONVIVENCIAL			
RECURSOS ECONÓMICOS			
TRABAJO/OCUPACIÓN			
FORMACIÓN/EDUCACIÓN			
VIVIENDA			
PARTICIPACIÓN SOCIAL			
ACEPTACIÓN SOCIAL			

Figura 11. Fuente: Martín, 1996, pág. 12. Desventaja Social

5. **Situación de Marginación.** tienen afectadas más de siete necesidades básicas con intensidad muy deficitaria, en el conjunto del sistema.

[Se considera] de especial relevancia la identificación de las causas de la marginación, ya que la intervención que se requiera realizar puede ser notablemente diferente dependiendo de su origen.

- Marginación Alternativa; autoexclusión del sujeto con respecto al grupo social de pertenencia.
- Marginación Evasiva; el sujeto, bajo una fuerte presión social, toma una conducta evasiva (toxicomanía, alcoholismo).
- Marginación Discriminatoria; el sujeto ha permanecido largo tiempo en situación de desventaja o de exclusión social, lo que ha permitido que los indicadores de las necesidades básicas fueran degradándose hasta llegar a tener graves carencias en todas las necesidades.

La intervención social con este colectivo pasa por las siguientes etapas:

- Identificación de las causas de la marginación.
- Acogimiento que permita una buena vinculación.
- Reconstruir la demanda con la persona.
- Explicar la metodología de trabajo (nivel de intervención, coordinación etc.).
- Realizar conjuntamente un plan de trabajo, señalar objetivos, actividades, niveles de intervención, plan de coordinación, recursos, y evaluación
- Comprensión por parte del sujeto de su situación de forma integrada en el marco social de referencia.
- Autovaloración del sujeto.
- Desarrollo de las necesidades en déficit a través de dinámicas de participación grupal y comunitaria.
- Sensibilización de la Comunidad a fin de erradicar estereotipos, y avanzar en una cultura de igualdad.
- Información sistemática a la administración de la situación de colectivos que sufren situación de desventaja social, a fin de promulgar políticas o fomentar los derechos que promuevan la cohesión social.
- Planes de protección social: Renta básica, vivienda (Martín, 1996, p. 12)

Necesidades Básicas	Adecuada	Deficitaria	Muy Deficitaria
INFORMACIÓN			
HABILIDADES SOCIALES			
AUTONOMÍA PSÍQUICA/FÍSICA			
RELACIÓN CONVIVENCIAL			
ORGANIZACIÓN UNIDAD CONVIVENCIAL			
RECURSOS ECONÓMICOS			
TRABAJO/OCUPACIÓN			
FORMACIÓN/EDUCACIÓN			
VIVIENDA			
PARTICIPACIÓN SOCIAL			
ACEPTACIÓN SOCIAL			

Figura 12. Fuente: Martín, 1996, p. 12. Situación de Marginación

El cuadro 13 resume las tipologías mencionadas:

T. D. SOCIAL	CONDICIONES
Déficit Coyuntural	De 1 a 5 Necesidades Básicas en situación DEFICITARIA.
Déficit Larga Duración	De 1 a 4 Necesidades Básicas en situación MUY DEFICITARIA dentro de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades Sociales ▪ Autonomía Física/Psíquica ▪ Relación Convivencial ▪ Organización Unidad Convivencial
Exclusión Social	De 2 a 3 Necesidades Básicas en situación MUY DEFICITARIA dentro de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos Económicos. ▪ Trabajo/Ocupación. ▪ Formación/Educación.
Desventaja Social	De 1 a 6 Necesidades Básicas en situación MUY DEFICITARIA siendo la prioritaria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación Social
Marginación	De 7 a 11 Necesidades Básicas en situación MUY DEFICITARIA.

Figura 13. Fuente: Martín, 1996, p. 13. Resumen de Tipologías del Diagnóstico Social

Las características del diagnóstico según la autora son:

- 1) Al igual que las necesidades no son estáticas, cambian o se modifican en la medida que el sujeto interactúa, se moviliza, y el medio social recibe y devuelve la presión ejercida por la persona modificando también sus condiciones primarias.
- 2) Son evolutivos y sitúan el acento en la interrelación y mutua influencia PERSONA-SOCIEDAD.

En síntesis, en el País Vasco, se ha trabajado en la importancia de unificar la elaboración del diagnóstico social, por lo cual realizan un manual de indicadores basado en necesidades básicas, de acuerdo con el sistema político-económico de la nación; este manual funciona como base de la intervención social.

1.5.2 Eduardo Díaz Herráiz y Patricia Fernández De Castro, 2013.

Los autores realizan una revisión literaria sobre el diagnóstico social y realizan una propuesta de sistematización y conceptualización para contar con una homogeneidad de los conceptos y categorías para su realización.

El diagnóstico social es un elemento fundamental en el proceso metodológico del Trabajo Social, pues las intervenciones y los resultados dependen de una adecuada interpretación y definición conceptual de las causas de las necesidades sociales. Es necesario establecer una apropiada conceptualización teórica y metodológica que permita consensuar procedimientos, herramientas y conceptos del diagnóstico social en Trabajo Social (Escartín, Palomar y Suárez, 1997, citado por Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 432)

El contenido diagnóstico pretende sintetizar, definir, interpretar y conceptualizar; pero su definición en el Trabajo Social debe hacer referencia no solo a su estructura o contenido, sino también a qué le es propio, a aquello que sintetiza, define, interpreta y conceptualiza (Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 433)

Los autores enfatizan como objeto del diagnóstico social el conocimiento de necesidades sociales básicas las cuales están relacionadas con la intervención social, por ello identifican cuatro categorías en las que se agrupan las necesidades básicas:

1. Integridad y supervivencia. factores básicos elementales para la reproducción de la vida y la supervivencia en el mundo. Es decir, a aquellos aspectos generalmente materiales cuya inexistencia, privación o falta de cobertura ponen en peligro la continuidad de la vida humana. Así, nos referimos a unas necesidades tan básicas como la alimentación y nutrición, el abrigo y alojamiento, la suficiencia económica para el mantenimiento básico, la salubridad, salud física y psíquica y el acceso a los servicios sanitarios, o a las situaciones de falta de libertad, violencia o maltrato que ponen en peligro la supervivencia.
2. Inclusión/integración social. tomar en consideración tres aspectos que van a determinar la posición entre la inclusión-exclusión social. Primero, el acceso garantizado a los derechos económicos, políticos y sociales y las posibilidades de participación efectiva en la esfera política. Segundo, la conexión y solidez de las redes de reciprocidad social. Por último, el espacio de la producción económica, especialmente del mercado de trabajo, pues, el empleo es la vía principal de obtención de ingresos, así como, una de las principales vías de producción identidad (Subirats, 2004, citado por Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 436, 437).

La categoría diagnóstica de inclusión/integración social supondría detectar las necesidades básicas en relación al contexto socioambiental (sistemas de servicios públicos: salud y seguridad, legal, justicia, cultura, educación, familiar), y al funcionamiento y participación social (relaciones y redes sociales, familiares, laborales, de ocio e interacción personal, conducta y estatus social) (Hepworth, Rooney, y Larsen, 1996, citado por Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 436).

3. Autonomía personal y social. La autonomía social es el conjunto de capacidades, competencias y habilidades sociales y de comunicación que posibilitan la interacción social. En definitiva, las capacidades básicas de interacción social, lenguaje, comunicación y control emocional, afectivo y conductual adecuados a los contextos, nivel cultural y formativo, administración de bienes, competencias y habilidades sociales para las relaciones interpersonales. La categoría diagnóstica de la autonomía personal y social valoraría, por lo tanto, la capacidad para mantener una vida autónoma e independiente, la capacidad para la toma de decisiones responsables, el manejo de las emociones propias, las capacidades para la interacción social y el desenvolvimiento en el medio.
4. Identidad personal y social. En la construcción de la identidad personal hay dos factores cardinales: la socialización previa y las experiencias vitales adquiridas en interacción social de la biografía personal en función de las circunstancias histórico-sociales del momento. En el desarrollo de la identidad personal construimos y adquirimos el sentido de pertenencia a grupos culturales con los cuales se comparten características comunes. Este es el concepto de identidad social... Podemos definir la identidad social como la «conciencia que tenemos las personas de pertenecer a un grupo o categoría social, unido a la valoración de dicha pertenencia» (Tajfel, 1981, p. 292, citado por Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 438).

Para los autores el contenido del diagnóstico social es “el proceso que sintetiza, interpreta y conceptualiza la naturaleza y magnitud de las necesidades sociales en sus efectos, génesis y causas personales y sociales” (Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 438)

Para su construcción existen cuatro niveles de conceptualización:

- 1) Síntesis Descriptiva. Aporta evidencias, suficientes en cantidad y explicativas en calidad, sobre los hechos objetivos y subjetivos, la evolución histórica, el momento en que aparecen las posibles causas y efectos.
- 2) Análisis Causal. Relación entre los factores y variables presentes para atribuir causalidad relacionándolos entre sí.
- 3) Interpretación de las Necesidades Sociales. Especificación de las necesidades sociales básicas, sus principales componentes y causas.
- 4) Evaluación y Pronóstico de Necesidades Sociales. Elaboración de una explicación plausible, detallada y organizada de conceptos a partir del establecimiento de relaciones lógico-teóricas entre las evidencias disponibles. (Díaz & Fernández de Castro, 2013, p. 439,440)

Los autores especifican para la construcción del diagnóstico social como un proceso de análisis, descripción y valoración de necesidades sociales ya que en ellas se

enfoca la intervención social, por ello determina las categorías en las que se agrupan las necesidades sociales

Al igual que en el país Vasco, la construcción del diagnóstico social se basa en la identificación, descripción y evaluación de necesidades básicas, con el objetivo de determinar la intervención de trabajo social.

1.5.3 Patricia Cury Silvia y Andrés Arias Astray, 2016.

El gremio español de trabajo social, con el afán de contribuir a la definición del concepto de diagnóstico social realiza una revisión documental, sintetizando las características señaladas por diversos autores:

El diagnóstico social constituye un elemento metodológico fundamental dentro del proceso de intervención en Trabajo Social. Su relevancia radica en que la formulación del diagnóstico ha de ofrecer una síntesis completa de los resultados de la valoración de cada caso particular que permita y fundamente de manera adecuada la mejor intervención social posible.

En el contexto español el concepto de diagnóstico social ha alcanzado una implantación jurídica casi plena y tanto el Código Deontológico del Trabajo Social (Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2012) cómo la mayoría de las leyes autonómicas de servicios sociales identifican y definen el diagnóstico social como la fase previa a la intervención que realizan los trabajadores sociales en el ejercicio de sus funciones (Cury, Arias, & Palacios, 2016, p. 3)

En los ámbitos institucionales se han diseñado diferentes instrumentos para el diagnóstico social con la finalidad de unificar y definir la terminología a utilizar por los trabajadores sociales. Para ello se contemplan cinco dimensiones y categorías de diagnóstico comunes:

- ✓ Situación personal: competencias y habilidades sociales, formación, disposición al cambio, situación jurídica, antecedentes biográficos, entre otros.
- ✓ Situación convivencial: relaciones sociales, vínculos y red de apoyo social, organización de la vida cotidiana, relaciones en otros ámbitos de convivencia, entre otros.
- ✓ Situación social: aceptación social y convivencia comunitaria, relación y adaptación al medio social y normativo y participación social, entre otros.
- ✓ Situación económica, laboral y de la vivienda.
- ✓ Situación sanitaria. (Cury, Arias, & Palacios, 2016, p. 5,6)

Los autores refieren que es necesario de unificar conceptos e indicadores para la construcción del diagnóstico social, “El diseño de la primera clasificación universal

de diagnóstico social no supondría más que el inicio de un proceso, que habría de continuar a lo largo de los años venideros, sujeto a la revisión, corrección y/o ampliación constante de su contenido, en función de los resultados de su aplicación práctica” (Cury, Arias, & Palacios, 2016, p. 8)

En España las instituciones educativas y de asistencia participan en Asambleas y Congresos Institucionales que permiten la unificación de dimensiones y categorías de construcción del diagnóstico social, únicamente aplicables a las provincias con un sistema económico igualitario al país Vasco en donde es posible la reproducción del modelo de intervención el cual se basa en la información analítica y sistematizada.

Como se puede observar en España, particularmente en el país Vasco, el diagnóstico social se construye a partir del análisis, descripción y valoración de necesidades básicas las cuales colocan al sujeto en situaciones específicas en las cuales se llevará a cabo la intervención social.

1.6 Síntesis de Diagnóstico Social

Después de revisar las aportaciones de diferentes autores se observa que el tema del diagnóstico social converge en retomar a Richmond, tanto en la recopilación de información como en el proceso de análisis crítico de las condiciones socioeconómicas y problemas sociales, sin embargo, no se tienen unificados los elementos esenciales de investigación, construcción y presentación.

En Estados Unidos de América, es donde inicia el abordaje del diagnóstico social con Richmond (1917) quien, a partir del trabajo con médicos, da cuenta de la importancia de la elaboración del diagnóstico como un instrumento donde se definen e interpretan evidencias de una situación determinada, con la finalidad de incorporar elementos inclusivos favorables para el tratamiento. Estas evidencias las obtiene de entrevistas y visitas domiciliarias.

En México se conceptualiza al diagnóstico social como parte del proceso metodológico de intervención, como una fase del proceso metodológico de promoción e investigación social, en general dichas posturas refieren ser un proceso analítico de las problemáticas sociales, tomando en cuenta los recursos comunitarios para la resolución de problemas por medio del cambio generado con la participación social.

En países de América Latina (Uruguay, Argentina y Chile) también se concibe al diagnóstico social como una etapa del proceso metodológico de intervención en donde se sistematiza la información para el conocimiento y comprensión de problemas y necesidades focalizando el contexto social y las causas que los originan, ya que a partir de ellos se establecerán alternativas de intervención.

Además, se tiene el caso de un organizamos internacional en el que el diagnóstico social se realiza a partir de la investigación del problema y su análisis a partir de indicadores sociales con los que se caracteriza el fenómeno y problema a estudiar; esto se lleva a cabo de la aplicación de técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

Por último, España, de acuerdo con el sistema económico actual cuenta con un engranaje de profesionales de trabajo social, en las diferentes Provincias y Comunidades Autónomas, que articulan instrumentos con indicadores sociodemográficos, déficit, exclusión, desventaja social y marginación lo que les permite establecer la atención que la población requiere y la cual será otorgada.

Son numerosas las aportaciones de los autores que han abordado la definición del diagnóstico social, cada uno de acuerdo con el contexto social del país, así como la línea de investigación, y convergen en cuatro enunciaciones generales: como instrumento, etapa del proceso metodológico de promoción social e intervención basada en el reconocimiento de las necesidades sociales y construcción teórica, las cuales se esquematizan en la figura 14:

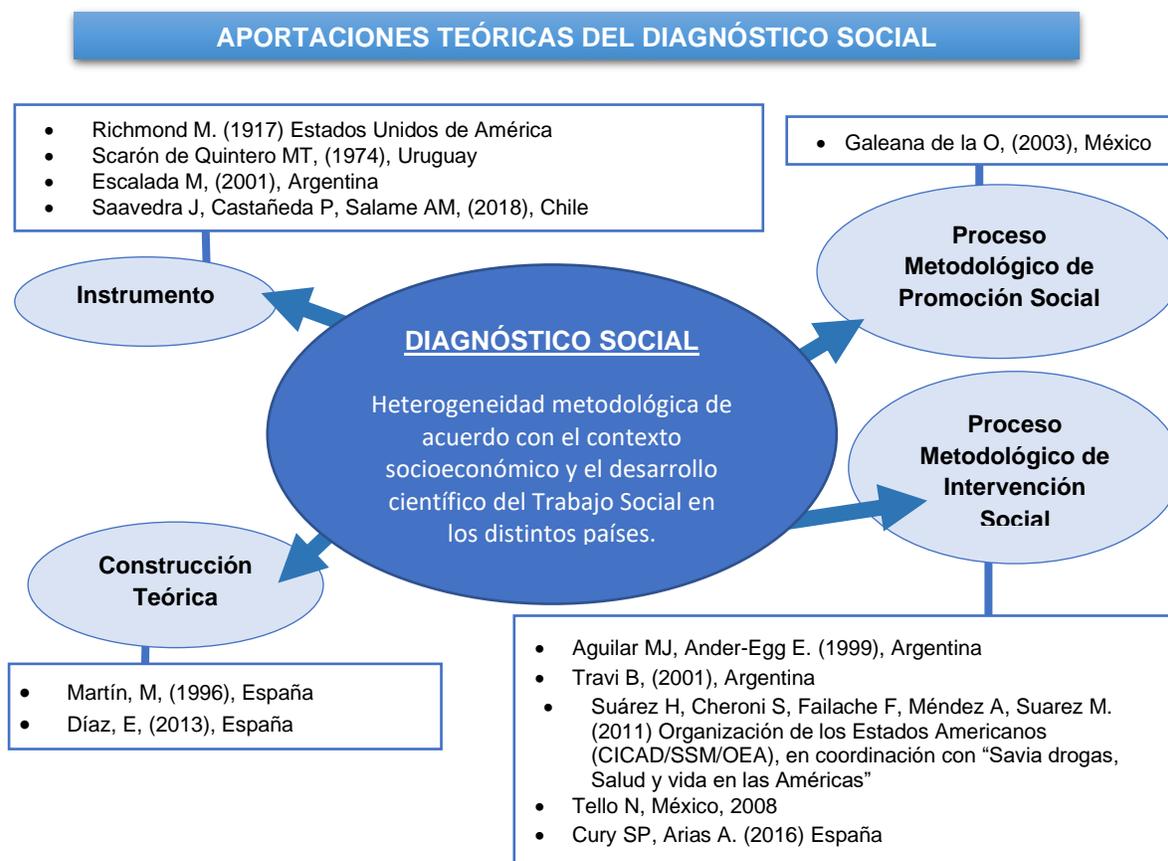


Figura 14. Fuente: Elaboración propia. Aportaciones teóricas del diagnóstico social.

Después de haber realizado una investigación documental de diagnóstico social en diferentes contextos, se establece que el diagnóstico social es un constructo básico para la práctica profesional del trabajador social, el cual se construye a partir del análisis pormenorizado de la información que se obtiene de la aplicación de instrumentos en donde se investigan las necesidades, carencias y problemas sociales.

El diagnóstico social es el instrumento en el que se da a conocer el análisis que el trabajador social realiza de la investigación de una situación problema, en donde se abarca holísticamente el contexto social y los sujetos participantes, con la finalidad de establecer un plan de intervención social. Es decir, el diagnóstico social es la conclusión de la investigación y se presenta como la base para identificar y conocer los problemas sociales.

2. Estudio Socioeconómico

En los distintos conceptos de diagnóstico social, se menciona que su elaboración se realiza a partir de la aplicación de instrumentos que permiten identificar las necesidades y problemas sociales. Uno de estos instrumentos es el Estudio Socioeconómico, a continuación, se presenta su definición y aplicación en los Institutos de Salud como el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

El estudio socioeconómico (ESE) es un instrumento básico para el trabajador social, si bien no es el único, en la práctica profesional se utiliza como primer acercamiento con la población para el conocimiento específico de las condiciones socioeconómicas e interrelaciones de los sujetos.

En los Institutos de Salud, el estudio socioeconómico también cumple con la función de definir el nivel con el que cubrirá cuotas de recuperación para el pago de servicios, de acuerdo con las condiciones del paciente y su familia, actualmente el nivel asignado no representa un gasto para la familia, pero si una clasificación interna de cada institución.

2.1 Definición del Estudio Socioeconómico, Diario Oficial de la Federación, 2013

En el contexto de los Institutos Nacionales de Salud como lo es el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el Estudio Socioeconómico es definido en el Diario Oficial de la Federación específicamente en el "Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de

clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”:

El instrumento que se elabora al inicio de la atención del Paciente, que tiene por objeto identificar sus características para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Permite además conocer diferentes dimensiones y la interacción del paciente en el sistema social para identificar áreas en las que es necesario intervenir mediante un proceso secuenciado de mejora de su problemática (DOF, 2013)

Cabe mencionar que a partir del mes de diciembre del 2020 la asignación de nivel no implica para la familia de los pacientes gastos de bolsillo en cuanto al pago de cuotas de recuperación ya que por decreto presidencial, con respecto al derecho humano de protección de la salud, estipulado en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, garantiza la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

En diciembre de 2020 se implementa la gratuidad para la atención hospitalaria con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). En cuanto al estudio socioeconómico no existen cambios ya que únicamente se publicó un artículo único para la modificación de los criterios generales y la metodología a los que se sujetan los procesos de clasificación socioeconómica, que consta de exentar en cualquiera de los niveles correspondientes a la puntuación obtenida en la evaluación socioeconómica. En la figura 15 se muestra la modificación de asignación de niveles.

Modificación de la asignación de Nivel de acuerdo con el Puntaje obtenido en el Estudio Socioeconómico.

2013		2020	
PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA	PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
0 - 12	1X (Exento)	0 - 12	1X (Exento)
13 - 24	1	13 - 24	1 (Exento)
25 - 36	2	25 - 36	2 (Exento)
37 - 52	3	37 - 52	3 (Exento)
53 - 68	4	53 - 68	4 (Exento)
69 - 84	5	69 - 84	5 (Exento)
85 - 100	6	85 - 100	6 (Exento)

Figura 15. Fuente: DOF, 2020. Clasificación Socioeconómica aplicada al usuario de servicios hospitalarios

Esta modificación en la asignación de nivel no afecta a la investigación debido a que se analiza el contenido del diagnóstico social en relación con el conocimiento de las condiciones sociales del paciente, retomando el Estudio Socioeconómico.

2.2 Estudio Socioeconómico en los Institutos Nacionales de Salud

Con el objetivo de mostrar la importancia que el instrumento tiene en la práctica profesional, se presentan cinco Institutos Nacionales de Salud de la Ciudad de México:

2.2.1 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Ma. del Rosario Silva y María Luisa Brian, en la investigación realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, refieren que el estudio socioeconómico en salud se define como el método de indagación valorativa y clasificatoria cuanti-cualitativa de variables ponderadas, cuyos fines son: identificar en el individuo las características que lo ubican en un estrato socioeconómico, contribuir al conocimiento de su entorno familiar y social, aproximar a las integrantes del equipo de salud a su realidad del usuario, valorar en forma multidisciplinaria las posibilidades de recuperación que la Institución, el ambiente y la familia le ofrecen, así como identificar los factores contribuyentes o exposicionales de riesgo que inciden en el proceso salud- enfermedad, para promover una atención integral y más humana. (Silva & Brain, 2015, p. 69)

De acuerdo con el Manual de Procedimientos de la institución publicado en 2018, la aplicación del Estudio Socioeconómico se realiza en el Procedimiento para la atención médica de hospitalización, cabe mencionar que el Instituto retoma la definición del instrumento expuesta en el Diario Oficial de la Federación en 2013 (INER, 2018, p. 47,50)

En cuanto al Diagnóstico Social, este aparece integrado en el Estudio Socioeconómico en la última parte del instrumento (INER, 2018, p. 50,53)

2.2.2 Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

En el Hospital General de México, la aplicación del Estudio Socioeconómico se encuentra en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas, corresponde al “Procedimiento para la clasificación socioeconómica de estudios auxiliares y tratamiento en áreas de consulta externa” (HGM, 2017, p. 34).

Refiere que el estudio socioeconómico tiene como objetivo recabar información para evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia. Importante es destacar que el inciso 40 del instrumento aplicado en la institución, corresponde al diagnóstico social, en las instrucciones de llenado mencionan que el trabajador social debe “Anotar la interpretación profesional de la situación socioeconómica del paciente y grupo familiar” (HGM, 2017, p. 35,36, 42, 43).

2.2.3 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

El Estudio Socioeconómico se define en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social, en el “Procedimiento para la asignación de nivel socioeconómico”, y es la misma definición del Diario Oficial de la Federación (2013) “el instrumento que se elabora al inicio de la atención del Paciente, que tiene por objeto identificar sus características para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Permite además conocer diferentes dimensiones y la interacción del paciente en el sistema social para identificar áreas en las que es necesario intervenir mediante un proceso secuenciado de mejora de su problemática” (INPRFM, 2017, p. 22,23)

2.2.4 Instituto Nacional de Pediatría

En el Instituto Nacional de Pediatría en el Manual de Procedimientos, se define al Estudio Socioeconómico: como el formato Cédula Socioeconómica (M-4-1-35 a-b), mediante el cual, según los ingresos del familiar responsable, se asigna una clasificación preestablecida para el pago de los diversos procedimientos hospitalarios (INP, 2016, p. 251)

2.2.5 Hospital Infantil de México Federico Gómez

El Hospital Infantil de México Federico Gómez aplica el estudio socioeconómico bajo los criterios metodológicos de los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2013 acotadas en el “Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud” y su aplicación se describe en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social en el “Procedimiento para la Evaluación Social y Asignación de Nivel de Clasificación Socioeconómica” (HIMFG c, 2018, p. 29)

El Estudio Socioeconómico se elabora al inicio de la atención del paciente, con el objetivo de identificar sus características socioeconómicas y ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Además, se indaga sobre el contexto social en el que se desarrolla detectando necesidades o carencias que obstaculicen o favorezcan la atención de salud. En la estructura del instrumento se encuentra el Diagnóstico Social, por lo que se asume su construcción parte de la información del instrumento.

En la práctica profesional del trabajador social de los Institutos Nacionales de Salud, el Estudio Socioeconómico es el instrumento inicial para la investigación socioeconómica y familiar del paciente, en el cual se agrega el Diagnóstico Social como se muestra en la tabla 1.

El diagnóstico social se realiza sin una guía homogénea, por ello se alude a que su construcción parte del instrumento por lo que en la presente investigación se retoman los indicadores ponderados, no ponderados y no contenidos en el instrumento elaborado por los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez para la identificación de la información que se retoma en su elaboración.

TABLA 1 COMPARATIVA DE LA APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ
Definición retomada del Diario Oficial de la Federación 2013		Definición retomada del Diario Oficial de la Federación 2013		Definición retomada del Diario Oficial de la Federación 2013
La aplicación del instrumento forma parte del Manual de Procedimientos de la Institución	La aplicación del instrumento forma parte del Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas	La aplicación del instrumento forma parte del Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social	La aplicación del instrumento forma parte del Manual de Procedimientos de la Institución	La aplicación del instrumento forma parte del Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social
Procedimiento para la Clasificación Socioeconómica	Procedimiento para la Clasificación Socioeconómica	Procedimiento para la Asignación de Nivel	Procedimiento para la Clasificación para el pago de Servicios	Procedimiento para la Evaluación Social y Asignación de Nivel de Clasificación Socioeconómica
	Su objetivo es recabar información y evaluación socioeconómica del paciente y su familia			Su objetivo es identificar sus características socioeconómicas y ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Además, se indaga sobre el contexto social en el que se desarrolla detectando necesidades o carencias que obstaculicen o favorezcan la atención de salud
El diagnóstico social forma parte del instrumento	El diagnóstico social forma parte del instrumento			El diagnóstico social forma parte del instrumento

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de los institutos citados

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL

- Hospital Infantil de México Federico Gómez

La investigación se lleva a cabo en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, instituto ampliamente reconocido por la atención en salud que brinda a los pacientes, es un Instituto de tercer nivel que atiende diagnósticos de alta especialidad y que por su complejidad requiere intervención multidisciplinaria.

El Hospital Infantil de México Federico Gómez, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con responsabilidad jurídica y patrimonios propios, agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal llevar a cabo la formación de recursos humanos y difusión nacional e internacional de conocimientos, investigación de alto nivel, para definir pautas de atención así como, la resolución de problemas de salud de niñas, niños y adolescentes con atención especializada, priorizando las necesidades nacionales (DOF b, 2020)

La misión del HIMFG se enmarca en el siguiente precepto "Somos un Instituto que atiende con calidad a pacientes pediátricos con enfermedades graves, que realiza investigación tanto básica como clínica y enfocada a las prioridades del país y brinda enseñanza en todos los ámbitos". Por otra parte, para alcanzar su visión de "Ser líder nacional en la atención pediátrica especializada, con excelente trato al paciente, investigación trasnacional y educación aplicada en todas las áreas del instituto" es conveniente conocer su hacer y con ello el contexto en el cual se propone este programa (DOF b, 2020)

El HIMFG atiende principalmente enfermedades crónico-degenerativas, de manera tal que las malformaciones congénitas, las alteraciones nutricionales y metabólicas y las neoplasias ocupan los primeros lugares como causa de primera vez, de hospitalización y de mortalidad (DOF b, 2020)

El HIMFG ha brindado a través de los años atención médica a 14.5 millones de niños; 11.3 millones de ellos, en consulta externa (200 mil al año), medio millón en hospitalización (7 mil egresos anuales) y 2.8 millones a urgencias (30 mil al año). En los últimos diez años se han practicado en promedio más de 5 mil procedimientos quirúrgicos de alta especialidad incluyendo cientos de trasplantes, principalmente de riñón, hígado, médula ósea, córneas y corazón (DOF b, 2020)

En la actualidad, por ser un Instituto Nacional de Salud de tercer nivel, se lleva a cabo la atención de pacientes con COVID-19 en áreas específicas habilitadas con la seguridad necesaria. Esto no implicó la desatención de pacientes con enfermedades crónicas en las especialidades ya conocidas. Cabe mencionar que en los puntos álgidos de la pandemia en el año 2020 y 2021, las consultas se redujeron al 30%, ya los equipos multidisciplinarios mantuvieron seguimiento de pacientes y/o coordinaciones extrainstitucionales vías remotas y reprogramar

consultas presenciales, es decir, se realizaron estrategias específicas para prevenir la desatención de los pacientes. A la fecha los servicios retornan a su curso de atención con una logística diferente acoplada a aminorar las conglomeraciones y mantener cuidados específicos en beneficio de los pacientes y el equipo de salud.

- **Historia**

Uno de los antecedentes más remotos de la atención vinculados con el cuidado de la salud de los niños en nuestro país, data de la época de la colonia, cuando Vasco de Quiroga, fundó en 1532 la primera casa cuna en el país, aunque en tiempos prehispánicos las culturas mesoamericanas tenían especial cuidado y dedicación con los niños, al grado que los mexicas tenían un dios encargado de su protección, Ixtlilton. Es hasta la época post-revolucionaria, alrededor del año 1928, que se integró el Comité Nacional de Protección de la infancia y para el 19 de enero de 1930 se fundó la Sociedad Mexicana de Pediatría. En 1933 es reubicada la Casa Cuna en Coyoacán, al frente de la cual se designó al Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, quien logró que la sección de niños enfermos funcionara como un pabellón pediátrico de excepcional calidad, y se sentaron las bases para organizar un hospital infantil (HIMFG b, 2018)

En el año de 1933, el Dr. Mario Torroella fue quien guió a los artífices del proyecto del Hospital Infantil, realizando reuniones científico-literarias, a las que asistían entre otros los doctores Cárdenas de la Vega, Federico Gómez, Rigoberto Aguilar, Pablo Mendizábal y el Arq. José Villagrán García, de éstas, surgió el primer proyecto para la construcción y la organización del Hospital Infantil, inicialmente se planteó la necesidad de contar con de 400 a 500 camas, capaz de ofrecer servicios de hospitalización con secciones de medicina, cirugía y padecimientos mentales con lesiones orgánicas; se contaría con el departamento de convalecientes, un pabellón de pensionistas, servicios de cooperación y se atendería una población de hasta 14 años, clasificada en diversos grupos de edad (HIMFG b, 2018)

La construcción se inició con el donativo del terreno de 20,000 m² a los alrededores del Hospital General, proporcionado por la Beneficencia Pública, y en 1940 se emprende la última etapa de construcción con el nombramiento del Dr. Federico Gómez como director del naciente hospital, el cual se inauguró el día 30 de abril de 1943 con la intervención de los Doctores Gustavo Baz, Salvador Zubirán, y del entonces presidente de la república Manuel Ávila Camacho.

En su discurso inaugural el Dr. Gómez afirmó: "...el hospital desempeñará tanto las labores asistenciales propias de los más modernos representantes de su género, como funciones de enseñanza e investigación encaminadas a preparar pediatras que conozcan a fondo los problemas patológicos que afectan a la niñez mexicana" (HIMFG b, 2018)

Por decreto del Congreso de la Unión el 23 de junio de 1943, se consideró al hospital como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, con el objetivo social de cumplir tres acciones:

- 1) Proporcionar la atención médica necesaria a los niños que lo requieran.

- 2) Fortalecer la enseñanza de la pediatría a través de los medios y canales adecuados.
- 3) Iniciar la Investigación científica de problemas médico-sociales de la niñez mexicana (HIMFG b, 2018)

En 1945 se eligió como emblema el “Ixtlilton”, Dios mexicana de los niños. En recuerdo a su fundador y por acuerdo del patronato en el año de 1980 se decidió agregar el nombre del primer director a la denominación del hospital, de tal manera que desde entonces se conoce como Hospital Infantil de México Federico Gómez. En 1983, se creó la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y el HIMFG fue reconocido como uno de los nueve Institutos Nacionales de Salud. Desde entonces la publicación del Boletín Médico del Hospital Infantil que actualmente cuenta con más de 65 años de experiencia es considerado el instrumento de divulgación pediátrica de mayor prestigio en el país, centro y Sudamérica (HIMFG a, 2018)

En 1992 ante la necesidad de atender la demanda de la población infantil del país, el presidente de la República Carlos Salinas de Gortari, otorgó 150 millones de pesos para la construcción del nuevo edificio de hospitalización, el cual fue inaugurado el 30 de noviembre de 1994, ampliando su capacidad de atención. En el período de 1994 al 2004 con apoyo del Patronato y fondos federales se enviaron a capacitar al extranjero a más de 50 médicos e investigadores a centros de vanguardia en Universidades, Institutos y Centros Médicos, 14 ubicados en los Estados Unidos, seis en España, tres en Japón, tres en Italia, dos en Francia, dos en Canadá, uno en Alemania y uno en la República Checa. A su regreso serían los responsables de implantar nuevos proyectos de asistencia e investigación. Se incorporaron equipos con tecnología de punta, por alrededor de 150 millones de pesos, provenientes de Gobierno Federal, del Patronato y de la Fundación Rio Arronte IAP. (HIMFG b, 2018)

El 21 de abril de 2008 se lleva a cabo un convenio de colaboración entre el Hospital Infantil de México Federico Gómez y la Universidad Nacional Autónoma de México para la creación de una unidad médica capaz de dar atención a la demanda de salud pública generada por problemas hematológicos y oncológicos del país, emprendiendo la construcción de la Unidad de Hemato-Oncología e Investigación, la cual inicia operaciones en marzo de 2013 (HIMFG b, 2018)

Dentro del legado cultural de la Institución se encuentra el donativo de cuadros de diferentes artistas, entre los que destacan “La procesión de la posada y La Piñata (ambos de 1953)” del pintor Diego Rivera como donativo de *Mc-Ashan Educational and Charitable Trust de Houston* el 1º de noviembre de 1960 (HIMFG b, 2018)

Con más de siete décadas de historia, el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) es... una de las instituciones de mayor reconocimiento en el ámbito de la Pediatría Mexicana y de Latinoamérica. Dedicado desde sus orígenes a la Enseñanza de la Pediatría, a la Investigación de excelencia y a la Atención Médica del más alto nivel, este Instituto Nacional de Salud denominado «La cuna de la Pediatría nacional» ha permanecido como uno de los principales referentes nacionales para la solución de los problemas de salud que aquejan a la población infantil (HIMFG b, 2018)

Actualmente, el HIMFG es un organismo público descentralizado, que de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, ha sido creado por ley o por decreto y posee personalidad jurídica y patrimonio propios; regulado por la Ley de los

Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2006 y coordinado por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (HIMFG a, 2018)

El Hospital Infantil de México Federico Gómez, es una institución que ha forjado la historia de atención médico pediatra en el país desde 1943 evolucionando no solo en la atención salud-enfermedad, sino en investigación médico social y ha impulsado el desarrollo académico de los profesionales como referente de calidad en la atención de la población.

- **Reconversión Hospitalaria por COVID-19**

En febrero de 2020, el gobierno de México da a conocer el primer caso de COVID-19 el cual se convirtió en una pandemia que requirió el aislamiento para detener la propagación del virus, por lo que cerraron actividades no esenciales y centros de esparcimiento, sin embargo, el contagio fue en aumento requiriendo la atención médico-hospitalaria, ante el incremento de los casos, se determinó habilitar algunas instituciones del Sistema Nacional de Salud, proyecto nombrado “Reconversión Hospitalaria”

En nuestro país, se lanzó un proyecto de reconversión hospitalaria, anunciado el 29 de marzo de 2020, por el Dr. Gustavo Reyes Terán, titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en el que se anunciaron tres fases para los siguientes hospitales, tanto de la Ciudad de México como del Estado de México:

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Ismael Cosío Villegas».
Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.
Hospital General «Dr. Manuel Gea González» (considerado hospital híbrido).
Hospital Infantil de México «Federico Gómez».
Hospital Juárez de México (Mendoza-Popoca & Suárez-Morales, 2020, p 154)

El proceso de reconversión consiste en tres fases relacionadas entre sí por el número de pacientes y la capacidad hospitalaria en recursos físicos, materiales y humanos. “Estos hospitales deberán asegurar su capacidad máxima de atención de pacientes críticamente enfermos considerando sus recursos técnicos de soporte (número de ventiladores, presión de compresores, tomas de oxígeno, entre otros), recursos humanos, insumos y equipamiento médico” (Cortés, 2020, p 9)

La reconversión hospitalaria debe enfocarse en la preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios, así como evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre los pacientes que aún requieren de atención médica hospitalaria por otras condiciones. Por lo que, el Comité COVID-19 deberá

planificar con antelación las actividades, a efecto de lograr la reconversión de manera inmediata o escalonada.

Para la atención de los pacientes críticos en las unidades médicas que se designen para reconversión hospitalaria, se proponen las siguientes fases:

1. Fase 1. Capacidad Instalada Basal y Ampliada: Se deberán utilizar la totalidad de camas de la UCI con totalidad de la capacidad de los ventiladores útiles, sistema eléctrico y de gases medicinales. Aprovechar la capacidad máxima de apoyo de sistemas, suspendiendo la consulta externa, clínicas ambulatorias y cirugías programadas. El personal de salud de estas áreas se deberá redistribuir como apoyo a la reconversión hospitalaria.
2. Fase 2. Reconversión Hospitalaria: Al agotar la capacidad instalada de la fase 1, se deberán ubicar a los pacientes críticos en otros servicios como la Terapia Intermedia, recuperación quirúrgica, otras terapias, corta estancia, otras áreas de hospitalización; las camas deberán contar con la capacidad de soportar ventilador incluyendo tomas de oxígeno y aire, así como presión.
3. Fase 3. Expansión: De persistir la demanda de atención y ocupar las áreas de la fase 2, se ocupará la totalidad de camas respetando unidades de reanimación. Se pueden habilitar espacios públicos no hospitalarios (Cortés, 2020, p. 9)

La reconversión hospitalaria se organizó en fases lo que permitió no cerrar por completo los servicios de atención base de los pacientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez ya que en los lineamientos expuestos también se contempla los servicios que no pueden suspenderse:

- Hemodiálisis
- Quimioterapia
- Banco de sangre
- Urgencias
- Hospitalización por urgencias o procedimientos críticos por padecimientos diferente a COVID-19
- Unidad de Cuidados Intensivos para padecimientos diferentes a COVID-19
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Imagenología
- Unidad Tocoquirúrgica
- Cirugía sensible a tiempo (oncología)
- Tratamiento sensible a tiempo (ej. Bolos de ciclofosfamida) (Cortés, 2020, p. 13)

Al respecto de la Reorganización de la Consulta Externa refieren que esta debe ser “conforme a necesidades se podría suspender y reagendar la consulta programada; donde proceda se podrá optar por la consulta u orientación telefónica” (Cortés, 2020, p. 12)

El Hospital Infantil de México Federico Gómez adoptó la reconversión para atención de pacientes con COVID-19, sin embargo, al no tener un incremento de casos de contagio, la fase 3 de Expansión no fue alcanzada por lo que se continuó la atención de los pacientes crónicos, asegurando su atención oportuna, e incluso haciendo uso de nuevas tecnologías de comunicación para las consultas a distancia.

La organización interna inicial fue el cierre de todos los servicios en consulta externa con atención de pacientes vía remota en casos específicos, así como los estudios o cirugías programadas no urgente.

Las áreas de hospitalización permanecieron funcionando únicamente con pacientes cuya condición clínica no les permitía permanecer en el domicilio. La apertura de la consulta externa es paulatina de acuerdo con el semáforo epidemiológico, requiriendo modificar la logística de permanencia en salas de espera. Para los ingresos a piso por estudios bajo anestesia, cirugías o atención clínica es necesario que los pacientes se sometan a prueba PCR para COVID-19 con resultado negativo, de lo contrario permanecen en el área aislada, asignada para atender dicho diagnóstico. En los casos de hospitalización se cancelaron las visitas permitiendo únicamente la entrada del padre o la madre y en casos específicos de otro familiar que fungirá como cuidador primario. El personal se mantiene con cuidados básicos con el uso de cubrebocas, lavado de manos y/o uso de alcohol gel.

En este proceso el trabajador social continuó con la atención e intervención solo con algunos cambios, ya que con aquellos sospechosos o positivos, el contacto con el familiar es vía telefónica y posteriormente de manera presencial.

Los cambios sociales y epidemiológicos retan al Hospital Infantil de México Federico Gómez a la intervención médica y social ya que la pandemia dejó ver las carencias de las familias mexicanas, las cuales afectan la adherencia terapéutica, por lo que el conocimiento de esta información plasmada en los diagnósticos sociales favorece la intervención social

- **Trabajo Social en la Historia del Hospital Infantil de México Federico Gómez**

Desde la fundación del Hospital Infantil de México en 1943, a sugerencia de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Federico Gómez, estableció el Trabajo Médico Social con “la función de ser el vínculo ente el hospital y el medio ambiente de donde procede el niño enfermo” (HIMFG, 1968, p. 279)

Es preciso enmarcar el periodo histórico en México de 1943, en el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia reconocía a los trabajadores sociales como otorgadores de servicios médico-asistenciales en beneficio de la población desprotegida, especialmente de la infancia; hasta entonces las prácticas eran empíricas.

En la revisión histórica del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se observa la importancia de la condición social del paciente “todo niño, por nacer dentro de su propio grupo cultural recibe la influencia de éste en su vida y los factores sociales, económicos, psicológicos y culturales forman parte importante en lo que respecta a la salud, y enfermedad” (HIMFG, 1968, p. 279). Por lo que el conocimiento de lo anterior es base importante para la orientación del diagnóstico y para el éxito del tratamiento

En el contexto de histórico de trabajo social, Alayón (2018) en 1968, refiere que la profesión se reconocía en América Latina como asistente social cuyo servicio era una técnica que aplicaba conocimientos de las ciencias sociales que tendía a promover una conciencia crítica del individuo solo o en grupo, para actuar en la transformación del mundo que lo rodea para transformarlo y alcanzar el bienestar social.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, la organización de las trabajadoras sociales inicia como Departamento de Servicio Médico Social bajo la dirección de las trabajadoras sociales María Elena Urquidí y María Elena Rincón, quienes establecen los siguientes objetivos de trabajo del personal operativo:

1. Ayudar a solucionar y a prevenir en forma integral los problemas de salud del paciente. Tomando en cuenta sus necesidades fundamentales tanto físicas y biopsíquicas, como intelectuales y sociales, para colaborar en esta forma al desarrollo del programa de conservación de la salud, del cual es responsable la institución ante la comunidad a la que sirve.
2. Ayudar al paciente a facilitar la transición del hogar al hospital y del hospital al hogar.
3. Enseñar al paciente a convivir en armonía con otros enfermos para que puedan hacer un mejor ajuste dentro del ámbito institucional, a través del mejoramiento de sus relaciones interpersonales.
4. Ayudar al paciente a descargar la tensión emocional por medio de la comunicación verbal.
5. Lograr el ajuste del paciente, teniendo en cuenta las limitaciones que le impone su estado de salud, dentro de su nueva situación personal, del grupo familiar y de la comunidad (HIMFG, 1968, p. 279)

De acuerdo con los objetivos del departamento de trabajo social, “El conocimiento de la dinámica familiar del paciente es indispensable para llegar a un buen diagnóstico, sin olvidar que las condiciones, recursos y voluntad de éste son el eje de toda la acción que persiga un buen tratamiento social, ya que en algunos casos las enfermedades se agravan por condiciones económicas difíciles o por situaciones conflictivas personales por lo que el tratamiento deberá ajustarse al aspecto económico, emocional, social y médico, de aquí el hecho de que la “enfermedad es un riesgo potencial en cualquier situación social anormal”. La enfermedad no solo afecta al interesado, envuelve también a las personas que lo rodean provocando en ellas reacciones diferentes en el núcleo familiar y en forma individual (HIMFG, 1968, p. 282)

En la estructura planteada “para el funcionamiento del hospital, ha sido muy importante el estudio socioeconómico aplicado a las familias de los niños enfermos, a fin de poder determinar las cuotas de recuperación correspondientes y, sobre todo, para plantear adecuadamente las acciones de apoyo que serán necesarias al egreso de los niños del hospital y a lo largo de tratamientos prolongados” (Viesca, et al, 2001)

En la figura 16, se presenta el organigrama de funcionamiento del entonces departamento de Servicio Social Médico:

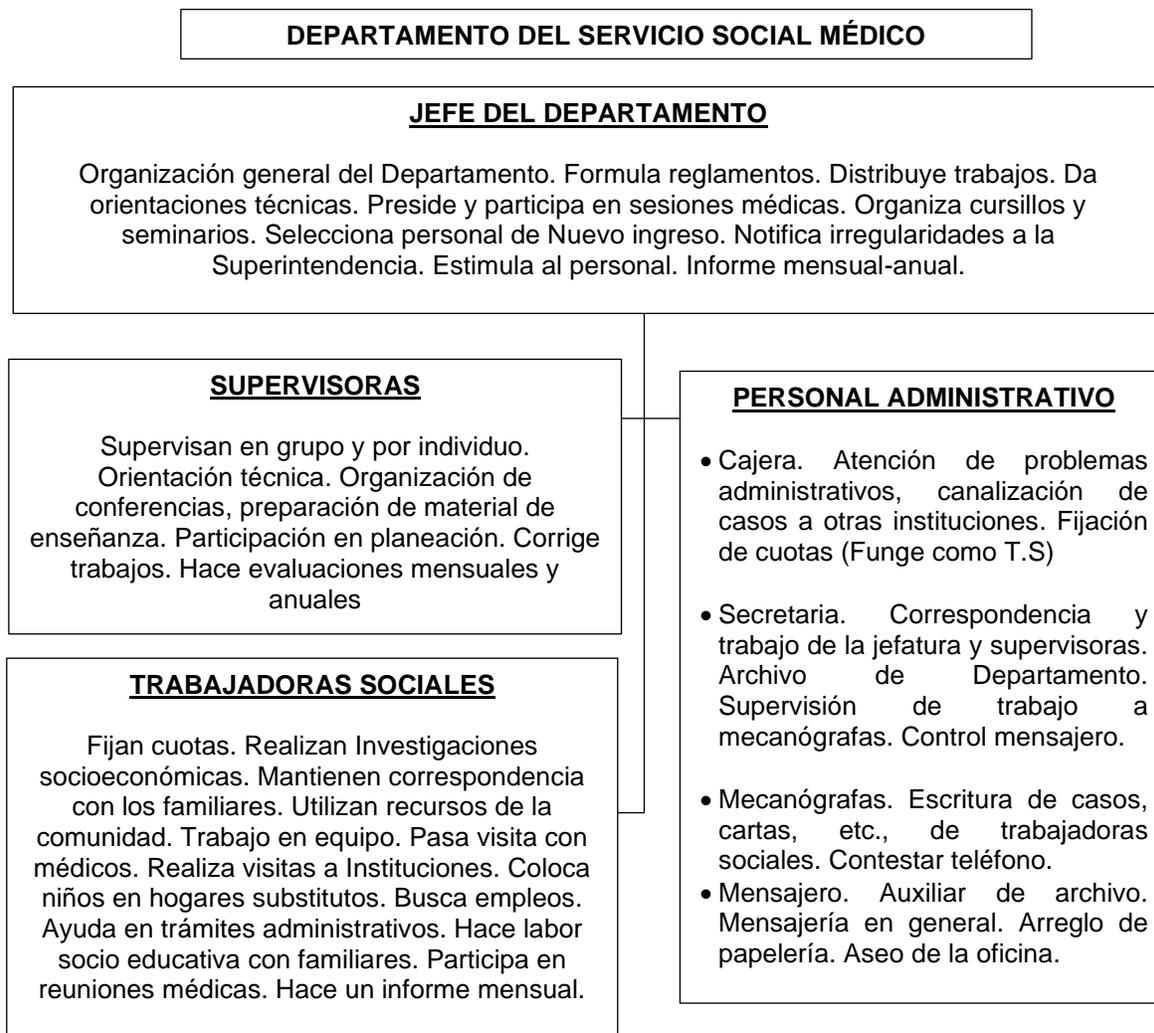


Figura 16. Fuente: HIMFG, 1968, p. 284. Organigrama de funcionamiento del entonces Departamento de Servicio Social Médico

No se tiene una fecha precisa del cambio en la denominación del Departamento, actualmente se denomina Departamento de Trabajo Social y depende de la Subdirección de Atención Integral al Paciente y está organizado por jerarquías, contando con una jefa de departamento, seis supervisoras y personal operativo que

son quienes se encargan de la atención del paciente y su familia, distribuidos en servicios de acuerdo con las necesidades institucionales.

El trabajo se realiza a partir del manual de procedimientos del departamento de trabajo social, el cual consta de 5 apartados:

- 1) Procedimiento para la orientación de la referencia, Contrarreferencia y traslado del paciente.
- 2) Procedimiento para la evaluación social y asignación de nivel de clasificación económica.
- 3) Procedimiento para la atención en lo social del paciente y su familia.
- 4) Procedimiento para la inducción hospitalaria del paciente y su familia.
- 5) Procedimiento para la atención de casos de probable maltrato y violencia familiar.
- 6) Procedimientos para la solicitud de carta compromiso.

En cada procedimiento el trabajador social interviene como parte del equipo multidisciplinario realizando acciones en atención al paciente y su familia.

C A P Í T U L O I I I

M E T O D O L O G Í A

En el intento por recuperar la manera en que los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez construyen el diagnóstico social, se ha planteado la siguiente interrogante:

1. Pregunta de Investigación

¿Con qué indicadores del estudio socioeconómico, construyen el diagnóstico social los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en su práctica profesional?

2. Objetivos

- **General**

Identificar y analizar los indicadores del estudio socioeconómico con los que construye el diagnóstico social los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en su práctica profesional

- **Específicos**

- 1) Detectar y analizar qué indicadores ponderados del estudio socioeconómico son utilizados por los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en la construcción del diagnóstico social en su práctica profesional.
- 2) Detectar y analizar qué indicadores no ponderados del estudio socioeconómico son utilizados por los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en la construcción del diagnóstico social en su práctica profesional.
- 3) Detectar y analizar si existen otros indicadores obtenidos de la aplicación del estudio socioeconómico que sean utilizados por los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en la construcción del diagnóstico social en su práctica profesional, a estos indicadores se les denominará “furtivos”.

3. Hipótesis

• Hipótesis de Trabajo

- 1) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez SI construyen el Diagnóstico Social con indicadores ponderados del Estudio Socioeconómico.
- 2) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez SI construyen el Diagnóstico Social con indicadores no ponderados del Estudio Socioeconómico.
- 3) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez SI construyen el Diagnóstico Social con indicadores furtivos, obtenidos de la aplicación del Estudio Socioeconómico.

• Hipótesis Alternativas

- 1) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez NO construyen el Diagnóstico Social con los indicadores ponderados del Estudio Socioeconómico.
- 2) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez NO construyen el Diagnóstico Social con los indicadores no ponderados del Estudio Socioeconómico.
- 3) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez NO construyen el Diagnóstico Social con indicadores furtivos, obtenidos de la aplicación del Estudio Socioeconómico.

4. Tipo de Estudio

Estudio documental, exploratorio y transversal.

- a) Documental: técnica de investigación cualitativa que se encarga de recopilar y seleccionar información a través de la lectura de documentos, libros, revistas, grabaciones, filmaciones, periódicos, bibliografías, etc. (QuestionPro, 2019) además mencionan que se encuentran las siguientes características:

- Recolecta y usa documentos existentes para analizar los datos y ofrecer resultados lógicos.
 - Recolecta los datos con un orden lógico, lo que permite encontrar hechos que sucedieron tiempo atrás, encontrar fuentes de investigación y elaborar instrumentos de investigación, etc.
 - Utiliza múltiples procesos como análisis, síntesis y deducción de documentos.
 - Se realiza de forma ordenada, con una lista de objetivos específicos con el fin de construir nuevos conocimientos. (QuestionPro, 2019)
- b) Exploratorio: Este tipo de estudio es la primera aproximación al fenómeno por parte del investigador... se realiza cuando no se tiene un estudio previo sobre el problema a investigar. (Pick y López, en Silva, 2016, p.77).

Los estudios exploratorios tienen tres objetivos:

- Descubrir las variables significativas en la situación de campo.
 - Detectar las relaciones entre las variables.
 - Poner los cimientos para una demostración más sistemática y rigurosa de las hipótesis (Kerlinger, en Silva, 2016, p.76).
- c) Transversal: Es aquel en el que se hace un corte en el tiempo, su peculiaridad radica en que el instrumento se aplica en una sola ocasión, sin dar seguimiento (Silva, 2016, p. 79)

Se realizó un estudio documental en donde se recopilaron los estudios socioeconómicos del archivo general de la Institución, previamente elaborados por los Trabajadores Sociales adscritos al Hospital Infantil de México Federico Gómez para su análisis de contenido.

5. Variables

- Variable Independiente Estudio Socioeconómico
- Variable Dependiente Diagnóstico Social

La causalidad de las variables se estableció a partir de la premisa en que el diagnóstico social se desprende de la información que se recaba en la entrevista de elaboración del Estudio Socioeconómico.

En la tabla 2 se desarrolla la operacionalización de la variable independiente, especificando los índices de indicadores ponderados y no ponderados de cada una de las categorías que conforman el Estudio Socioeconómico.

TABLA 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE				
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		CATEGORÍAS DEL ESE	INDICADORES DEL ESE	ÍNDICES
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	El instrumento que se elabora al inicio de la atención del Paciente, que tiene por objeto identificar sus características para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Permite además conocer diferentes dimensiones y la interacción del Paciente en el sistema social para identificar áreas en las que es necesario intervenir mediante un proceso secuenciado de mejora de su problemática (DOF, 2013)	1) Datos Generales del Paciente	No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Registro o folio institucional • Nombre del paciente • Fecha de nacimiento • Edad del paciente • Institución de referencia • Sexo del paciente • Lugar de nacimiento (delegación, municipio, Estado) • Nacionalidad • Lugar de atención del parto • Escolaridad del paciente • Registro civil (acta de nacimiento) • Ocupación del paciente • Lengua-Idioma • Religión • Nombre de los padres • Escolaridad de los padres • Estado civil de los padres • Domicilio de procedencia permanente • Teléfono de contacto • Domicilio temporal (delegación, municipio)
		2) Estado de Salud Familiar	Ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de atención médica por el padecimiento (menos de 3 meses, de 3 a 6 meses, más de 6 meses) • Atención en otras instituciones de salud por algún otro diagnóstico (sí, no) / diagnóstico y lugar de atención de otros problemas de salud • Estado de salud de la familia / sin incluir al paciente (ningún enfermo, un enfermo, dos o el principal proveedor económico) / parentesco, diagnóstico y lugar de tratamiento de atención de la familia
			No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico(s) médico(s) del paciente • Derechohabiente o beneficiario de servicios de salud • Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia

		3) Condiciones Económicas y de Trabajo	Ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso familiar mensual • Relación ingreso-número de dependientes económicos • Ocupación del principal proveedor • Relación ingreso-egreso
			No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que aportan al gasto familiar (Nombre) • Parentesco de quienes aportan al gasto familiar • Número de dependientes económicos • Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad • Egreso mensual (alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, agua, luz, gas, telefonía, transporte o gasolina, gastos escolares, gastos en salud, servicios domésticos, gastos adicionales) • Situación económica (déficit, superávit, equilibrio)
		4) Condiciones de la Vivienda	Ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos reales de la vivienda (propia pagada, prestada, renta o crédito, otro) • Tipo de vivienda (institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, tugurio, cuarto redondo, sin vivienda, vecindad, cuarto de servicio, departamento o casa popular, unidades habitacionales, departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca, departamento o casa residencial) • Número de dormitorios • Número de personas por dormitorio • Material de construcción de la vivienda /techos (mampostería, mixta, lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región) • Servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono, gas, cable, internet) • Servicios públicos (agua, alumbrado, drenaje, pavimentación, alcantarillado, escuelas, teléfonos, recolección de basura)
			No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios con los que dispone la vivienda (sala, cocina, comedor, sanitario, patio) • Número de familias que habitan el predio • Zona de ubicación (urbana, suburbana, rural)

Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

En la tabla 3 se desarrolla la operacionalización de la variable dependiente, especificando los índices de indicadores ponderados y no ponderados de cada una de las categorías que conforman el Estudio Socioeconómico de las que se desprende la construcción del diagnóstico social.

TABLA 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE				
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		CATEGORÍAS DEL ESE	INDICADORES DEL ESE	ÍNDICES
DIAGNÓSTICO SOCIAL	<p>El diagnóstico social es definido como el procedimiento sistemático, flexible y continuo que permite al Trabajador Social establecer un estudio pormenorizado de la situación problema, así como determinar la línea de intervención futura. De acuerdo con (Saleeby, 1996, citado por Fernández, 2012), ordena los elementos del diagnóstico en función de sus debilidades o fortalezas de la persona y del medio que los rodea. Según estas aportaciones se considera como elementos imprescindibles del diagnóstico la persona, la demanda y la institución. (HIMFG, 2015, p.22)</p>	1) Datos Generales del Paciente	No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Registro o folio institucional • Nombre del paciente • Fecha de nacimiento • Edad del paciente • Institución de referencia • Sexo del paciente • Lugar de nacimiento (delegación, municipio, Estado) • Nacionalidad • Lugar de atención del parto • Escolaridad del paciente • Registro civil (acta de nacimiento) • Ocupación del paciente • Lengua-Idioma • Religión • Nombre de los padres • Escolaridad de los padres • Estado civil de los padres • Domicilio de procedencia permanente • Teléfono de contacto • Domicilio temporal (delegación, municipio)
		2) Estado de Salud Familiar	Ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de atención médica por el padecimiento (menos de 3 meses, de 3 a 6 meses, más de 6 meses) • Atención en otras instituciones de salud por algún otro diagnóstico (sí, no) / diagnóstico y lugar de atención de otros problemas de salud • Estado de salud de la familia / sin incluir al paciente (ningún enfermo, un enfermo, dos o el principal proveedor económico) / parentesco, diagnóstico y lugar de tratamiento de atención de la familia
			No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico(s) médico(s) del paciente • Derechohabiente o beneficiario de servicios de salud • Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia

		3) Condiciones Económicas y de Trabajo	Ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso familiar mensual • Relación ingreso-número de dependientes económicos • Ocupación del principal proveedor • Relación ingreso-egreso
			No ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que aportan al gasto familiar (Nombre) • Parentesco de quienes aportan al gasto familiar • Número de dependientes económicos • Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad • Egreso mensual (alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, agua, luz, gas, telefonía, transporte o gasolina, gastos escolares, gastos en salud, servicios domésticos, gastos adicionales) • Situación económica (déficit, superávit, equilibrio)
		4) Condiciones de la Vivienda	Ponderados	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos reales de la vivienda (propia pagada, prestada, renta o crédito, otro) • Tipo de vivienda (institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, tugurio, cuarto redondo, sin vivienda, vecindad, cuarto de servicio, departamento o casa popular, unidades habitacionales, departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca, departamento o casa residencial) • Número de dormitorios • Número de personas por dormitorio • Material de construcción de la vivienda /techos (mampostería, mixta, lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región) • Servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono, gas, cable, internet) • Servicios públicos (agua, alumbrado, drenaje, pavimentación, alcantarillado, escuelas, teléfonos, recolección de basura)
				No ponderados

Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

6. Muestra

La muestra estuvo constituida por 104 estudios socioeconómicos localizados en el archivo general del Hospital Infantil de México Federico Gómez, aplicados con antelación por 52 trabajadores sociales operativos⁴, sin importar el servicio de adscripción.

El número de instrumentos analizados se estableció tomando en consideración que laboran en la Institución 60 trabajadores sociales operativos por lo que la muestra se determinó con apoyo del paquete Decision Analyst STATS^{MR} 2.0, con un máximo de porcentaje de error aceptable del 5% y un nivel de confianza del 95%.

- **Criterios de Inclusión**

Se incluirán los estudios socioeconómicos institucionales aplicados en los meses de enero a junio de 2019, hasta complementar dos instrumentos de 52 trabajadores sociales operativos del Hospital Infantil de México Federico Gómez, de los cuales se analizarán los diagnósticos sociales ya que como se mencionó anteriormente, este forma parte del instrumento.

- **Criterios de Exclusión**

Se excluyen aquellos estudios socioeconómicos que no cuenten con diagnóstico social elaborado.

En caso de no localizar dos Estudios Socioeconómicos del Trabajador Social operativo, quedará excluido de la muestra.

7. Instrumento: Estudio Socioeconómico aplicado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

- Se retomarán los estudios socioeconómicos institucionales del Hospital Infantil de México Federico Gómez aplicados por los Trabajadores Sociales en la práctica profesional en los meses de enero a junio de 2019. (Anexo 1).

⁴ Los Trabajadores sociales operativos son quienes se encargan de la atención del paciente y su familia, y se encuentran distribuidos en servicios de acuerdo con las necesidades institucionales.

8. Estrategia de medición

El análisis cualitativo se realizó con apoyo de software Atlas Ti; y el análisis cuantitativo con el software Office Excel para la generación de gráficas de recurrencia.

9. Procedimiento

De acuerdo con Silva (2016), en el procedimiento se “debe registrar de manera clara y precisa cada una de las actividades que el investigador tendrá que realizar para alcanzar su objetivo... Toda actividad que implique el uso de tiempo y/o dinero deberá registrarse” (Silva, 2016)

- Entrevistas en tutoría para la delimitación del problema.
- Búsqueda de bibliografía y mesografía relacionada a la construcción del Diagnóstico Social.
- Realización de resúmenes referentes a la definición de diagnóstico social.
- En tutoría se acuerda el abordaje del tema del diagnóstico social
- Solicitud de autorización en jefatura del Departamento de Trabajo Social en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y a la Subdirección de Asistencia Médica para hacer uso de los instrumentos realizados por los Trabajadores Sociales en el periodo de enero a junio 2019.
- Elaboración del protocolo de investigación preliminar.
- Entrega de protocolo de investigación al área de Investigación del Hospital Infantil de México Federico Gómez para aprobación del manejo de datos. Aprobado en el mes de junio de 2020 por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad de la institución en comento.
- Elaboración de tablas de indicadores de contenido del estudio socioeconómico de acuerdo con la observación de campo con el que se cuenta por ser parte de la plantilla laboral del Hospital Infantil de México Federico Gómez
- Búsqueda, instalación y aprendizaje del software Atlas.ti para procesar datos cualitativos.
- Búsqueda de expedientes de acuerdo con la muestra y criterios de inclusión planteados.
- Solicitud de expedientes clínicos en el archivo general de la institución para revisión de los diagnósticos sociales del personal de trabajo social.

- Captura de los 104 diagnósticos sociales de acuerdo con la muestra planteada en software Office Word.
- Exportación de documentos para codificación en software Atlas.ti y se procesa la información.
- Se exportan datos de acuerdo con cada grupo para presentación de recurrencias en software Office Excel.
- Se realizan gráficas de recurrencias de los indicadores aplicando medidas de tendencia central.
- Presentación de resultados generales de los indicadores con los cuales el personal de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez construye el diagnóstico social.
- Análisis de resultados de los indicadores con los cuales el personal de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez construye el diagnóstico social.
- Conclusiones de la construcción del diagnóstico social a partir de la aplicación del Estudio Socioeconómico.
- Sugerencias.
- Propuesta para homogenizar el marco teórico de los trabajadores sociales.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el departamento de trabajo social está estructurado por una jefatura, supervisión (5 trabajadores sociales) y personal operativo (60 trabajadores sociales), estos últimos distribuidos en servicios clínicos, consulta externa y rotación. Para cubrir necesidades de la institución se tiene una organización por turnos fijos: matutino, vespertino, nocturno, fines de semana y jornada acumulada, siendo el turno matutino el de mayor afluencia por la dinámica del Instituto.

La práctica profesional de los trabajadores sociales del Instituto se rige por un manual de procedimientos, en el que se establecen los procesos a seguir para la atención integral y de calidad del paciente⁵. Uno de ellos es la aplicación del Estudio Socioeconómico, descrito en el “Procedimiento para la Evaluación Social y Asignación de Nivel de Clasificación Socioeconómica”⁶ en donde se indica que el instrumento se elabora en cualquiera de los siguientes casos:

- Cuando se realice apertura de expediente médico a pacientes de la consulta externa.
- El paciente ingresa por primera vez a cualquier área de hospitalización, porque lo amerite la situación clínica del paciente o la urgencia del tratamiento,
- Los familiares de preconsulta y urgencias manifiestan insolvencia económica... (HIMFG c, 2018, p. 30)

Tomando en cuenta la homogeneidad en los lineamientos para la realización del Estudio Socioeconómico, independientemente del servicio o turno en el que el trabajador social desempeñe su práctica profesional.

El resultado que se presenta corresponde al análisis del diagnóstico social de 104 Estudios Socioeconómicos (ESE) elaborados por 52 Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en su práctica profesional, es decir, una

⁵ Se define al paciente como “El beneficiario directo de la atención médica, que cuenta o contará con expediente clínico en cualquiera de los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades coordinadas” (HIMFG c, 2018, p. 54)

⁶ Es importante mencionar que pese a las nuevas políticas de “Gratuidad” con cobertura de INSABI aplicado a partir del 1° de diciembre de 2020, el Estudio Socioeconómico continúa elaborándose para el conocimiento de las condiciones sociales y económicas de la familia, además de la asignación de nivel que de acuerdo con el diario oficial de la federación pierde efecto económico para los usuarios de los servicios de salud (DOF, 2020)

muestra de 2 instrumentos aplicados por cada trabajador social elaborados en los meses de enero a junio de 2019.

Se utilizó el software Atlas ti, para la codificación de la información del diagnóstico social, y se exportaron los datos en software Office Excel donde se formularon frecuencias y porcentajes, así como las gráficas de recurrencias para la mejor comprensión y análisis de los resultados.

1. Estudio Socioeconómico Referencia del Diagnóstico Social

En el marco contextual de la investigación realizada en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se retoma la definición de estudio socioeconómico publicada en el Diario Oficial de la Federación en el ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud: “instrumento que se elabora al inicio de la atención del paciente, que tiene por objeto identificar sus características para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Permite además conocer diferentes dimensiones y la interacción del paciente en el sistema social para identificar áreas en las que es necesario intervenir mediante un proceso secuenciado de mejora de su problemática” (DOF, 2013).

Por su parte Silva y Brain (2015) nos acercan al análisis detallado del instrumento al definirlo como el método de indagación valorativa y clasificatoria cuanti-cualitativa de variables ponderadas, cuyos fines son: identificar en el individuo las características que lo ubican en un estrato socioeconómico, lo que permite contribuir al conocimiento de su entorno familiar y social, para aproximar a los integrantes del equipo de salud al conocimiento de la realidad del usuario, con el fin de valorar en forma multidisciplinaria las posibilidades de recuperación que la Institución, el ambiente y la familia le ofrecen, así como identificar los factores contribuyentes o exposicionales de riesgo que inciden en el proceso salud- enfermedad, para promover una atención integral y más humana (Silva & Brain, 2015, p. 69).

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez la estructura del Estudio Socioeconómico incluye un apartado en la parte final del instrumento, para realizar el diagnóstico social, por lo que la información con la que se construye emerge del propio instrumento, el cual está constituido por indicadores ponderados y no ponderados. Los primeros son los que tienen un número asignado que infiere un valor de entre 0 y 3 puntos que serán sumados al final para la asignación de nivel socioeconómico⁷. En cuanto a los indicadores no ponderados son aquellos que

⁷ De acuerdo con las actuales políticas en salud (2021), que refieren la gratuidad de los servicios, la asignación de nivel no genera un gasto de bolsillo para la familia, sin embargo, estadísticamente para las instituciones de salud siguen teniendo vigencia.

aportan información complementaria de las condiciones socioeconómicas sin que ellas tengan un puntaje sumatorio, es decir su valía radica en las cualidades de la información. Ambos indicadores se encuentran distribuidos en cuatro categorías que estructuran el Estudio Socioeconómico:

1. Datos Generales del Paciente: se encuentra en la primera hoja del instrumento y se refiere a la información general del paciente en donde se incluye el registro institucional, nombre, fecha y lugar de nacimiento, ocupación del paciente, religión, idioma, nombre y grado escolar de los progenitores, así como el tipo de unión, domicilio, domicilio temporal y teléfonos de contacto.
2. Estado de Salud Familiar: se encuentra en la parte superior de la segunda hoja del instrumento, son de manera general las condiciones de salud que enfrenta la familia y se componen de diagnóstico médico del paciente, tiempo de atención médica, enfermedades diferentes e institución de atención, estado de salud de la familia (personas que habitan en el domicilio y dependen del ingreso familiar), derechohabiente de seguridad social y limitaciones físicas o cognitivas de algún integrante de la familia.
3. Condiciones Económicas y de Trabajo: se encuentra en la mitad de la segunda hoja y parte superior de la tercera en el instrumento, se refiere a las actividades económicamente productivas que realizan los integrantes de la familia para solventar necesidades básicas, el gasto que se genera y la correlación entre el total de ingresos y egresos, además de establecer el monto de equilibrio, déficit o superávit.
4. Condiciones de la Vivienda: se encuentra en la mitad de la tercera hoja y parte superior de la cuarta en el instrumento y son las condiciones generales de la vivienda donde habita el paciente y su familia, se compone por la siguiente información: derechos reales (prestada, propia, rentada, otros), tipo de vivienda por grupos (GRUPO 1. Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo o sin vivienda. GRUPO 2. Vecindad o cuarto de servicio. GRUPO 3. Departamento o casa popular, unidades habitacionales de interés social. Grupo 4. Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca. GRUPO 5. Departamento o casa residencial); número de dormitorios, disposición de espacios (cocina, sala, comedor, sanitario, patio), número de familias, material de construcción, servicios intra y extradomiciliarios y zona de ubicación (urbana, suburbana y rural)

En la tabla 4 se muestran las categorías y la distribución de los indicadores ponderados y no ponderados en ellas:

TABLA 4: ESTRUCTURA DE RESULTADOS DE ACUERDO CON EL ESE

CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍNDICES
1) Datos Generales del Paciente	No ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Registro o folio institucional • Nombre del paciente • Fecha de nacimiento • Institución de referencia • Sexo del paciente • Lugar de nacimiento (delegación, municipio, Estado) • Nacionalidad • Lugar de atención del parto • Escolaridad del paciente • Registro civil (acta de nacimiento) • Ocupación del paciente • Lengua-Idioma • Religión • Nombre de los padres • Escolaridad de los padres • Estado civil de los padres • Domicilio de procedencia permanente • Teléfono de contacto • Domicilio temporal (delegación, municipio)
2) Estado de Salud Familiar	Ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de atención médica por el padecimiento (menos de 3 meses, de 3 a 6 meses, más de 6 meses) • Atención en otras instituciones de salud por algún otro diagnóstico (si, no) / diagnóstico y lugar de atención de otros problemas de salud • Estado de salud de la familia / sin incluir al paciente (ningún enfermo, un enfermo, dos o el principal proveedor económico) / Parentesco, diagnóstico y lugar de tratamiento de atención de la familia
	No ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico(s) médico(s) del paciente • Derechohabiente o beneficiario de servicios de salud • Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia
3) Condiciones Económicas y de Trabajo	Ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso familiar mensual • Relación ingreso-número de dependientes económicos • Ocupación del principal proveedor • Relación ingreso-egreso
	No ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que aportan al gasto familiar (Nombre) • Parentesco de quienes aportan al gasto familiar • Número de dependientes económicos • Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad • Egreso mensual (alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, agua, luz, gas, telefonía, transporte o gasolina, gastos escolares, gastos en salud, servicios domésticos, gastos adicionales)

		<ul style="list-style-type: none"> • Situación económica (déficit, superávit, equilibrio)
4) Condiciones de la Vivienda	Ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos reales de la vivienda (propia pagada, prestada, renta o crédito, otro) • Tipo de vivienda (institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, tugurio, cuarto redondo, sin vivienda, vecindad, cuarto de servicio, departamento o casa popular, unidades habitacionales, departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca, departamento o casa residencial) • Número de dormitorios • Número de personas por dormitorio • Material de construcción de la vivienda /techos (mampostería, mixta, lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región) • Servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono, gas, cable, internet) • Servicios públicos (agua, alumbrado, drenaje, pavimentación, alcantarillado, escuelas, teléfonos, recolección de basura)
	No ponderados del Estudio Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios con los que dispone la vivienda (sala, cocina, comedor, sanitario, patio) • Número de familias que habitan el predio • Zona de ubicación (urbana, suburbana, rural)

Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

Bajo este esquema se presentan los resultados específicos de los indicadores ponderados y no ponderados por categoría del Estudio Socioeconómico y que son utilizados en la construcción del diagnóstico social por los trabajadores sociales de la institución en comento.

2. Indicadores Ponderados y No Ponderados por Categorías del Estudio Socioeconómico

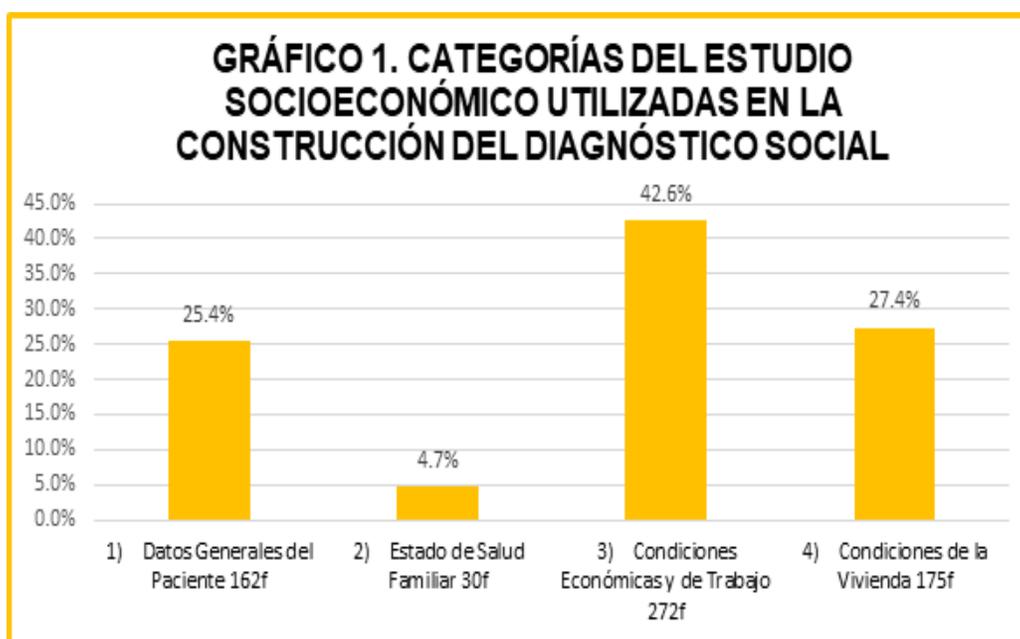
En este apartado se presentan el análisis de los resultados encontrados referidos a los indicadores ponderados y no ponderados de cada categoría, utilizados por los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en la elaboración de sus diagnósticos sociales.

De los 104 diagnósticos sociales analizados se encontró de manera general el uso de las cuatro categorías que componen el Estudio Socioeconómico como se muestra en la tabla 5.

TABLA 5. CATEGORÍAS DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
Categorías	f	%
1) Datos Generales del Paciente	162	25.4%
2) Estado de Salud Familiar	30	4.7%
3) Condiciones Económicas y de Trabajo	272	42.6%
4) Condiciones de la Vivienda	175	27.4%
Totales	639⁸	100%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

La moda en el uso de las categorías del Estudio Socioeconómico se encuentra en “Condiciones Económicas y de Trabajo” con el 42.6%, 272 f, como se observa en el gráfico 1.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

⁸ 639 es el total de las frecuencias encontradas en las categorías del Estudio Socioeconómico en la construcción del diagnóstico social de los 104 instrumentos analizados.

2.1 Indicadores e Índices No Ponderados de la “Categoría Datos Generales del Paciente”

La categoría “Datos Generales del Paciente hace referencia al reconocimiento del paciente, su procedencia y datos generales de los padres.

La figura 17 corresponde al apartado del Estudio Socioeconómico referente a la categoría de “Datos Generales del Paciente” subrayando cada índice que compone el indicador no ponderado.



**Instituto Nacional de Salud
Departamento de Trabajo Social**

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

(1) Número de registro o folio _____

(2) Nombre del paciente: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

(3) Fecha de nacimiento: _____
 Día Mes Año

(4) SERVICIO: _____ (5) Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

(6) Fecha
 Día Mes Año (7) Institución que lo refirió: _____

(8) Fuente de información: _____ Nombre _____ Parentesco _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

(9) Edad: _____ (10) Lugar de nacimiento: _____
 Delegación o Municipio Estado

(11) Sexo: _____ Masculino () + Femenino ()

(12) Nacionalidad: _____ (13) Parto atendido en: _____

(14) Escolaridad: _____ (15) Registrado civilmente: Sí () No ()

(16) Ocupación _____ (17) Lengua/lidioma _____ (18) Religión _____

(19) Padre _____ Escolaridad _____ Estado Civil _____
 Madre _____ Escolaridad _____ Estado Civil _____

(20) Domicilio permanente: _____

_____ Calle _____ No. exterior / interior _____
 _____ Colonia o Ranchería _____ C.P. _____
 _____ Delegación o Municipio _____ Estado _____
 _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ Teléfono para recado _____

(21) Domicilio Temporal: _____

_____ C a l l e _____ No. exterior / interior _____
 _____ Colonia _____ C.P. _____
 _____ Delegación o Municipio _____ Estado _____ Teléfono _____
 Nombre de quien brinda alojamiento: _____ Parentesco: _____

MP2620-121-19

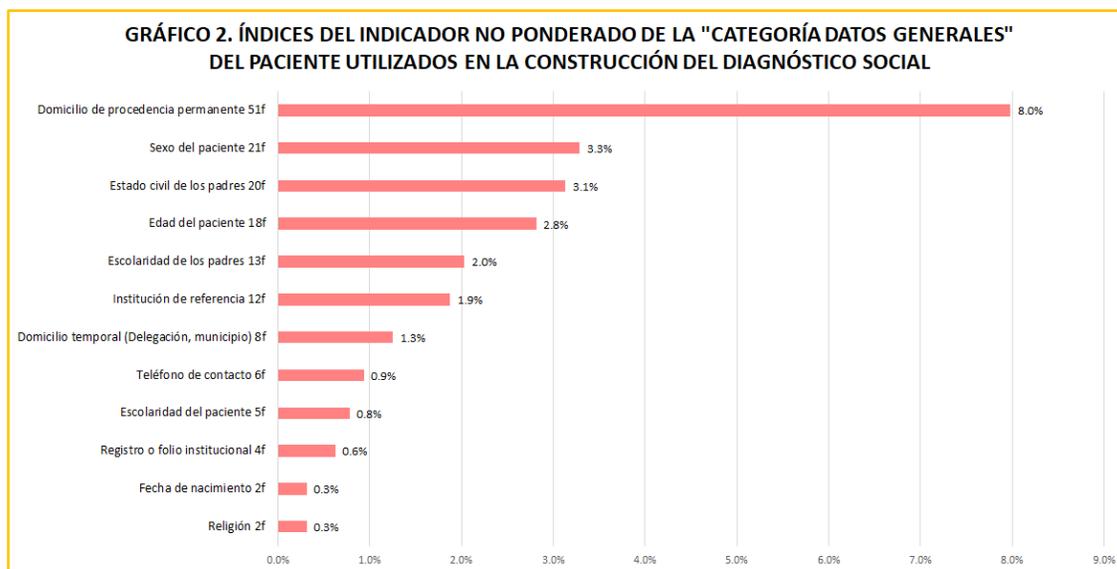
Figura 17. Fuente: Estudio Socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez / CATEGORÍA “DATOS GENERALES DEL PACIENTE”

Como se observa, esta categoría únicamente consta de indicadores no ponderados. En la tabla 6 se presenta el resultado obtenido.

TABLA 6: INDICADOR NO PONDERADO DE LA CATEGORÍA “DATOS GENERALES DEL PACIENTE”		
ÍNDICES	f	%
Registro o folio institucional	4	0.6%
Nombre del paciente	0	0.0%
Fecha de nacimiento	2	0.3
Edad del paciente	18	2.8%
Institución de referencia	12	1.9%
Sexo del paciente	21	3.3%
Lugar de nacimiento (delegación, municipio, Estado)	0	0.0%
Nacionalidad	0	0.0%
Lugar de atención del parto	0	0.0%
Escolaridad del paciente	5	0.8%
Registro civil (acta de nacimiento)	0	0.0%
Ocupación del paciente	0	0.0%
Lengua-idioma	0	0.0%
Religión	2	0.3%
Nombre de los padres	0	0.0%
Escolaridad de los padres	13	2.0%
Estado civil de los padres	20	3.1%
Domicilio de procedencia permanente	51	8.0%
Teléfono de contacto	6	0.9%
Domicilio temporal (delegación, municipio)	8	1.3%
TOTAL	162	25.4%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

La moda en el indicador no ponderado de la categoría se encuentra en el índice “Domicilio de Procedencia Permanente” con el 8.0%, 51f. tal como se muestra en el gráfico 2.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

2.2 Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Estado de Salud Familiar”

La categoría de “Estado de Salud Familiar” se refiere al conocimiento de las condiciones de salud del paciente y la familia, brindando un panorama del acercamiento que se tiene al proceso salud-enfermedad, así como la participación que se puede generar durante la atención de los pacientes.

La figura 18 corresponde al apartado del Estudio Socioeconómico referente a la categoría “Estado de Salud Familiar” señalando con las siglas **IP** los índices que componen a los indicadores ponderados y con **INP** a los no ponderados.

ESTADO DE SALUD FAMILIAR

INP (22) Diagnóstico(s) médico (s) del paciente: _____

IP (23) ¿Hace cuánto tiempo inició atención médica por este padecimiento?
 Menos de 3 meses (2) De 3 a 6 meses (1) Más de 6 meses (0)

IP (24) Además del problema de salud que presenta el paciente, ¿tiene otra enfermedad por la que se atiende en otra Institución? No (1) Si (0)

¿Cuál? ¿Dónde se atiende?

IP (25) Estado de Salud de los integrantes de la Familia: (sin incluir al paciente).

Ningún enfermo (2) Un enfermo (1) Dos o principal proveedor económico (0)

Parentesco:	Diagnóstico:	Lugar de tratamiento:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INP (26) Derechohabiente o beneficiario: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

INP (47) El paciente o algún miembro de la familia presenta limitaciones físicas o cognitivas? Si _____ No _____
 Cuáles? _____

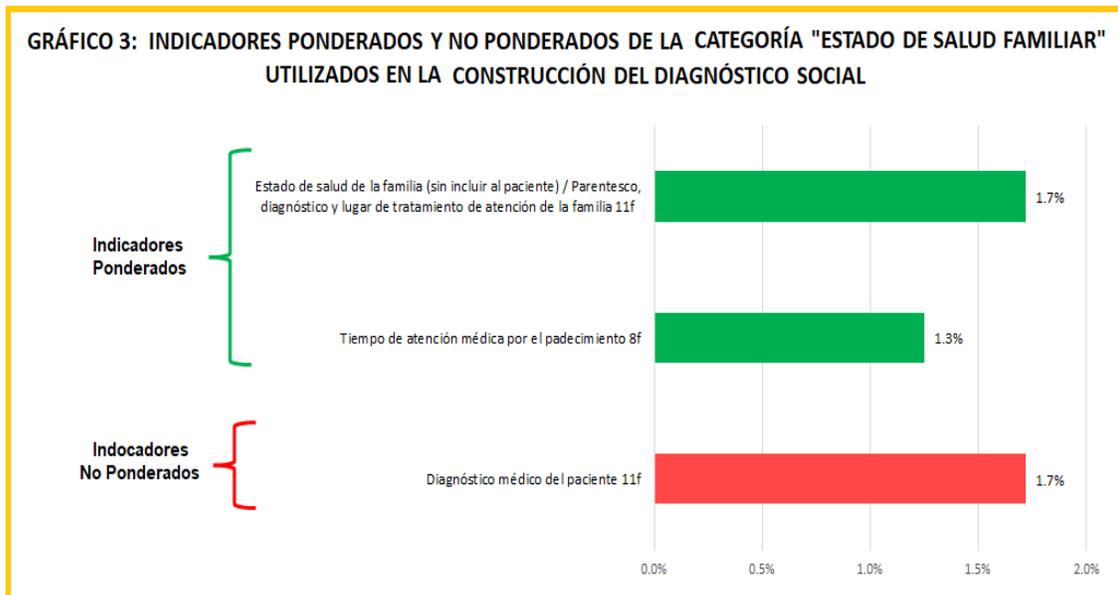
Figura 18. Fuente: Estudio Socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez / CATEGORÍA “ESTADO DE SALUD FAMILIAR”

La tabla 7 muestra las frecuencias y porcentajes de los indicadores ponderados y no ponderados, así como los índices que los conforman.

TABLA 7: INDICADORES PONDERADOS Y NO PONDERADOS DE LA CATEGORÍA “ESTADO DE SALUD FAMILIAR”			
INDICADORES	ÍNDICES	f	%
Ponderado 19 f, 3.0%	Tiempo de atención médica por el padecimiento (menos de 3 meses, de 3 a 6 meses, más de 6 meses)	8	1.3%
	Atención en otras instituciones de salud por algún otro diagnóstico (si, no) / diagnóstico y lugar de atención de otros problemas de salud	0	0.0%
	Estado de salud de los integrantes de la familia /sin incluir al paciente (ningún enfermo, dos o el principal proveedor económico) / parentesco, diagnóstico y lugar de tratamiento de atención de la familia	11	1.7%
No Ponderado 11 f 1.7%	Diagnóstico(s) médico(s) del paciente	11	1.7%
	Derechohabiente o beneficiario de servicios de salud	0	0.0%
	Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia	0	0.0%
TOTAL		30	4.7%

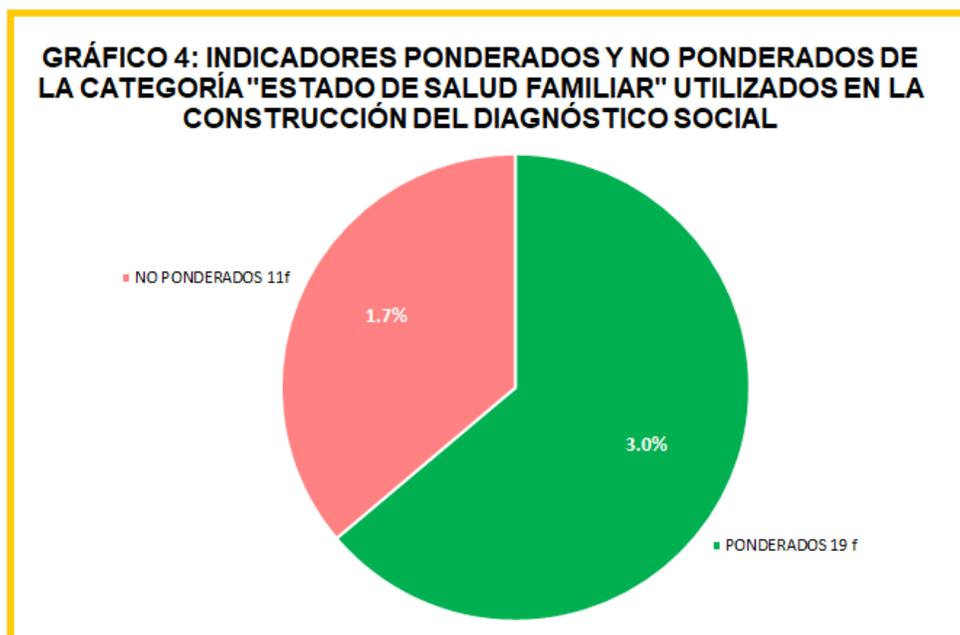
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En esta categoría los indicadores ponderados se conforman por 3 índices al igual que los indicadores no ponderados. De los diagnósticos sociales analizados se utilizan 3 índices, independientemente de la ponderación en el ESE; se observa que Estado de Salud de los integrantes de la familia y Diagnóstico Médico del Paciente comparten el mismo porcentaje con un 1.7%, 11 f como se muestra en el Gráfico 3.



Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

En el gráfico 4 se presentan de manera general los resultados obtenidos de los indicadores ponderados y no ponderados de la categoría estado de salud familiar, encontrando la moda en los indicadores ponderados con 3.0%, 19 f.



Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

2.3 Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”

La categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo” presenta la ocupación, ingreso y egreso, haciendo referencia a la actividad laboral para conocer la situación económica que permite identificar si existe capacidad económica para conseguir una situación de bienestar.

La figura 19 corresponde al apartado del Estudio Socioeconómico referente a esta categoría señalando con las siglas **IP** los índices que componen a los indicadores ponderados y con **INP** a los no ponderados.

CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE TRABAJO

INP (27) PERSONAS QUE CUENTAN CON UN INGRESO (Nombre)

(28) PARENTESCO

IP (29) Ingreso Familiar Mensual

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

TOTAL \$ _____

INP (30) No. de dependientes económicos _____

IP (31) Relación Ingreso- Número de dependientes Económicos: _____

IP (32) Ocupación del principal proveedor económico: _____

INP (33) Trabajo:

Lugar _____

Horario _____

Teléfono _____

Antigüedad _____

INP (34) Egreso Mensual:

Alimentación y despensa \$ _____

Renta, crédito hipotecario, predial \$ _____

Agua \$ _____

Luz \$ _____

Gas \$ _____

Teléfono (incluir teléfono móvil) \$ _____

Transporte o gasolina \$ _____

Gastos escolares \$ _____

Gastos en salud \$ _____

Servicios domésticos, \$ _____

Gastos adicionales \$ _____

Total \$ _____

IP (35) Relación Ingreso - Egreso:

INP (36) Situación económica

Déficit: \$ _____

Superávit: \$ _____

Equilibrio: \$ _____

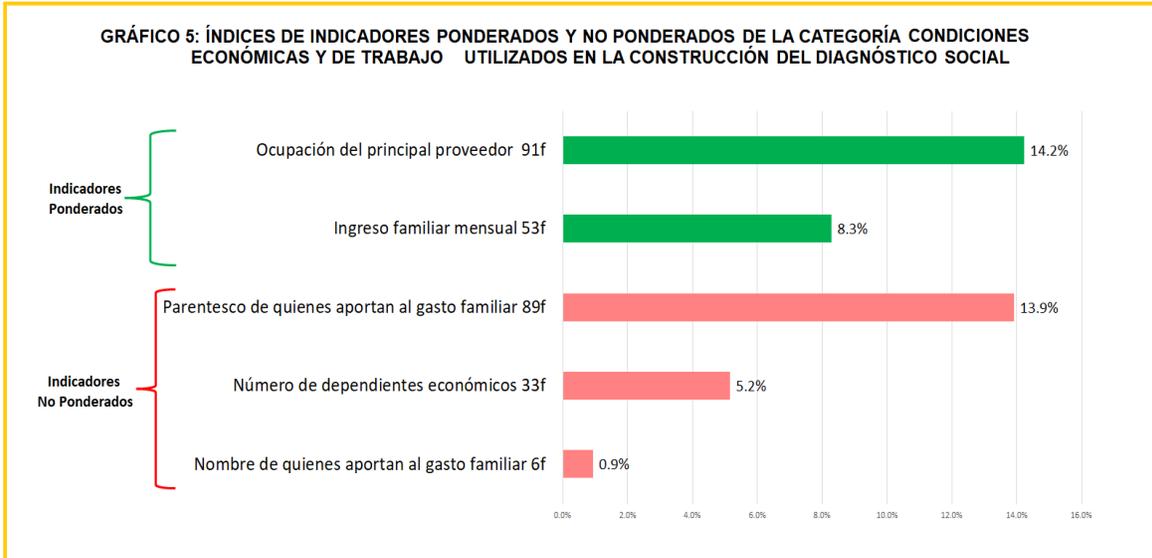
Figura 19. Fuente: Estudio Socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez / CATEGORÍA “CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE TRABAJO”

A continuación, en la tabla 8, se muestran los indicadores ponderados y no ponderados de la categoría, señalando frecuencias y porcentajes de los índices que los componen:

TABLA 8: INDICADORES PONDERADOS Y NO PONDERADOS DE LA CATEGORÍA “CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE TRABAJO”			
INDICADORES	ÍNDICES	f	%
Ponderado 128 f, 20.0%	Ingreso familiar mensual	53	8.3%
	Relación ingreso-número de dependientes económicos	0	0%
	Ocupación del principal proveedor	91	14.2%
	Relación ingreso-egreso	0	0%
No ponderado 144 f, 22.5%	Personas que aportan al gasto familiar (Nombre)	6	0.9%
	Parentesco de quienes aportan al gasto familiar	89	13.9%
	Número de dependientes económicos	33	5.2%
	Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad	0	0%
	Egreso mensual (alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, agua, luz, gas, telefonía, transporte o gasolina, gastos escolares, gastos en salud, servicios domésticos, gastos adicionales)	0	0%
	Situación económica (déficit, superávit, equilibrio)	0	0%
TOTAL		272	42.6%

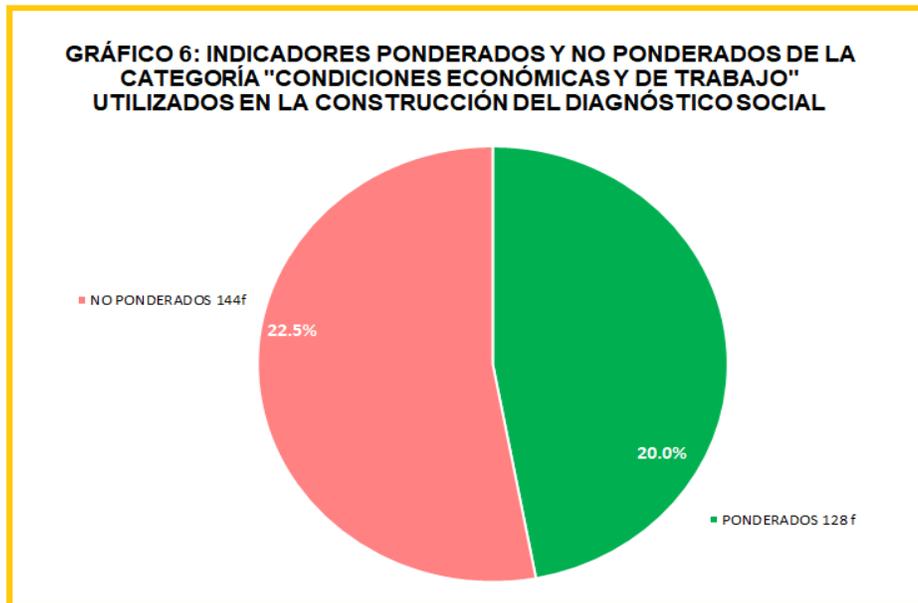
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En la categoría, los indicadores ponderados se conforman por 4 índices, y los indicadores no ponderados por 6. La moda se encuentra en el índice del indicador ponderado “Ocupación del principal proveedor” con el 14.2%, 91 f. como se muestra en el gráfico 5.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En el gráfico 6 se presentan de manera general los resultados obtenidos de los indicadores ponderados y no ponderados de la categoría condiciones económicas y de trabajo, encontrando la moda en los indicadores no ponderados con 22.5%, 144 f.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

2.4 Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones de la Vivienda”

Esta categoría es entendida como el lugar físico o sitio donde habitualmente el paciente y su familia moran, por lo que permite apreciar las características propias que favorecen la satisfacción de las necesidades fisiológicas y psicológicas de los integrantes de la familia (DOF, 2013).

La figura 20 corresponde al apartado del Estudio Socioeconómico referente a la categoría “Condiciones de la Vivienda” del Estudio Socioeconómico señalando con las siglas **IP** los índices que componen a los indicadores ponderados y con **INP** a los no ponderados.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

IP (37) **Derechos Reales:** Propia pagada (3) Prestada (2) Renta o crédito (1) otro (0)

(Tipo de Tenencia)

IP (38) **Tipo de Vivienda**

Grupo		Ptos.
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo, o sin vivienda.	0
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio	1
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca	3
Grupo 5	Departamento o casa residencial	5

IP (39) **Número de dormitorios:** 5 o más habitaciones (2) De 3 a 4 habitaciones (1) De 1 a 2 habitaciones (0)

INP (40) **La vivienda dispone de:** Cocina _____ Sala _____ Comedor _____ Sanitario _____ Patio _____

IP (41) **No. de personas por dormitorio:** 1 a 2 personas (2) 3 personas (1) 4 o más personas (0)

INP (42) **No. de familias que habitan el predio** _____

IP (43) **Material de construcción de la vivienda:** Mampostería (2) Mixta (1) Lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región (0)
Paredes _____ Piso _____

IP (44) **Servicios intradomiciliarios:** Agua _____ Luz _____ Drenaje _____ Teléfono _____ Gas _____ Cable _____ Internet _____
Cuatro servicios o mas (3) Tres servicios (2) Dos servicios (1) Uno o cero servicios (0)

IP (45) **Servicios Públicos:** Abastecimiento de agua _____ Alumbrado _____ Drenaje _____ Pavimentación _____
Alcantarillado _____ Escuelas _____ Teléfonos _____ Recolección de basura _____
Cuatro servicios o más (3) Tres servicios (2) Dos servicios (1) 1 o 0 servicios (0)

INP (46) **Zona de ubicación:** Tipo: Urbana () Suburbana () Rural ()

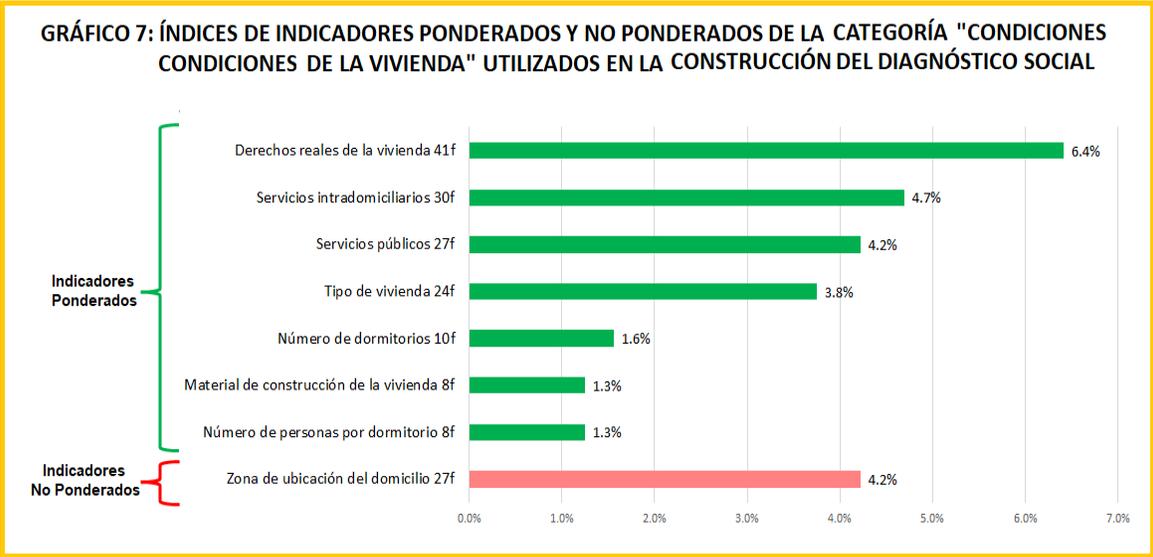
Figura 20. Fuente: Estudio Socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez / CATEGORÍA “CONDICIONES DE LA VIVIENDA”

En la tabla 9 se presenta el resultado de los indicadores ponderados y no ponderados, así como los índices que conforman la categoría y que son utilizados en los diagnósticos sociales analizados.

TABLA 9: INDICADORES PONDERADOS Y NO PONDERADOS DE LA CATEGORÍA “CONDICIONES DE LA VIVIENDA”			
INDICADORES	ÍNDICES	f	%
Ponderados 148 f, 23.2%	Derechos reales de la vivienda (propia pagada, prestada, renta o crédito, otro)	41	6.4%
	Tipo de vivienda (institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, tugurio, cuarto redondo, sin vivienda, vecindad, cuarto de servicio, departamento o casa popular, unidades habitacionales, departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca, departamento o casa residencial)	24	3.8%
	Número de dormitorios	10	1.6%
	Número de personas por dormitorio	8	1.3%
	Material de construcción de la vivienda /techos (mampostería, mixta, lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región)	8	1.3%
	Servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono, gas, cable, internet)	30	4.7%
	Servicios públicos (agua, alumbrado, drenaje, pavimentación, alcantarillado, escuelas, teléfonos, recolección de basura)	27	4.2%
No Ponderados 27 f, 4.2%	Espacios con los que dispone la vivienda (sala, cocina, comedor, sanitario, patio)	0	0%
	Número de familias que habitan el predio	0	0%
	Zona de ubicación (urbana, suburbana, rural)	27	4.2%
Total		175	27.4%

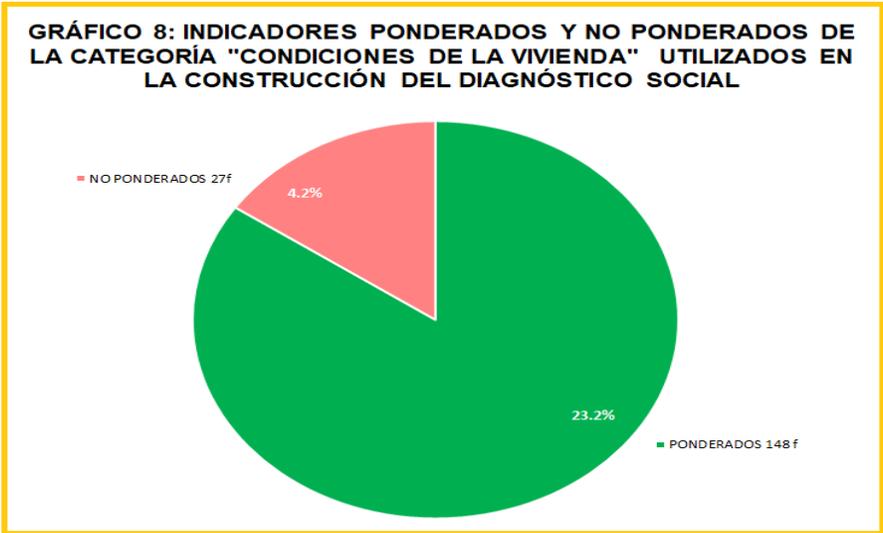
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En esta categoría, los indicadores ponderados se conforman por 7 índices y los no ponderados por 3. La moda se encuentra en el índice “Derechos reales de la vivienda” de los indicadores ponderados con el 6.4%, 41 f. En el gráfico 7 se muestran los índices utilizados en la construcción del diagnóstico social de los instrumentos analizados.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En el gráfico 8 se presentan de manera general los resultados obtenidos de los indicadores ponderados y no ponderados de la categoría condiciones de la vivienda, encontrando la moda en los indicadores ponderados con el 23.2%, 148 f.



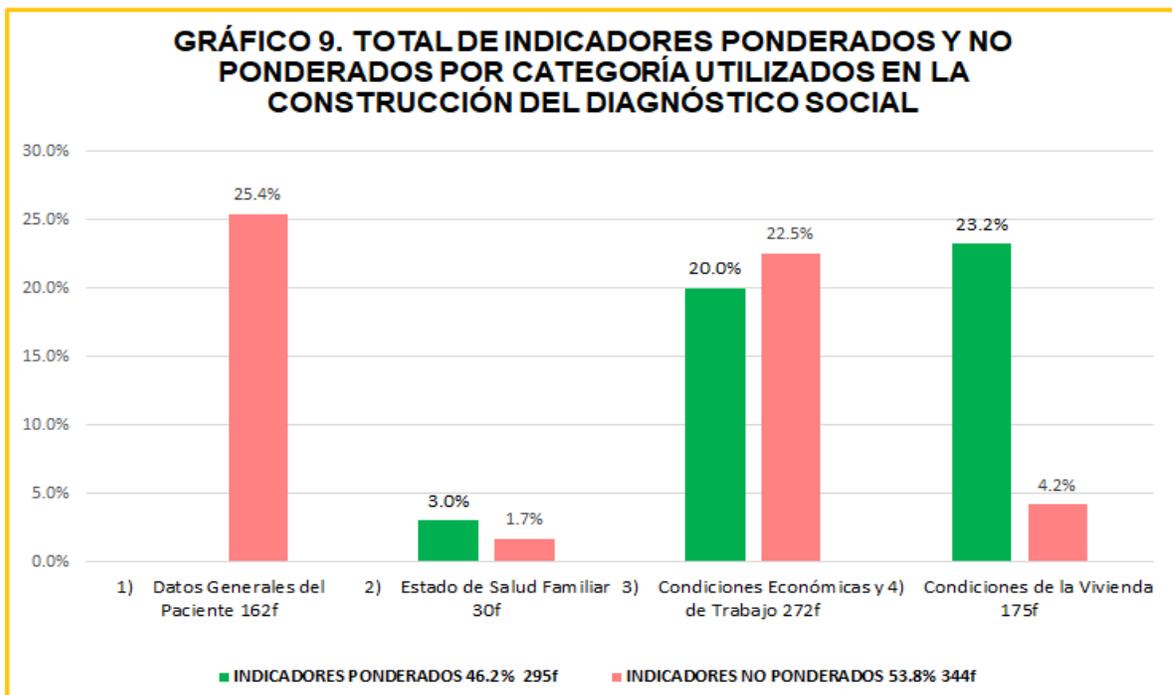
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

3. Resultados Generales de Indicadores Ponderados y No Ponderados Utilizados en la Construcción del Diagnóstico Social

De los resultados anteriormente presentados se desprende de manera general la tabla 10 en donde se muestra el uso de indicadores ponderados y no ponderados de cada categoría.

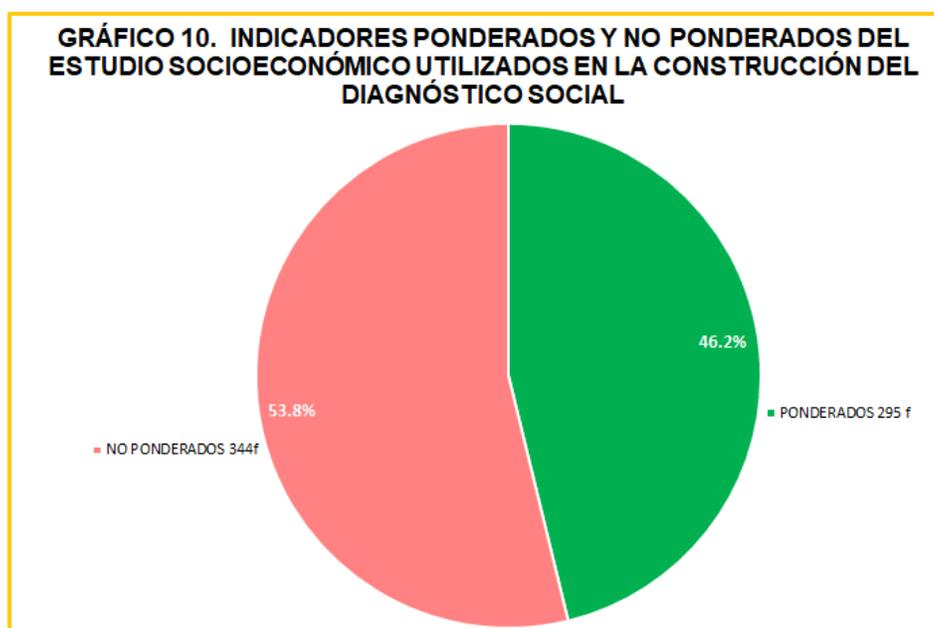
TABLA 10: TOTAL DE INDICADORES PONDERADOS Y NO PONDERADOS				
Categorías	Indicadores			
	Ponderados (IP)		No ponderados (INP)	
	f	%	f	%
1) Datos Generales del Paciente	0	0%	162	25.4%
2) Estado de Salud Familiar	19	3.0%	11	1.7%
3) Condiciones Económicas y de Trabajo	128	20.0%	144	22.5%
4) Condiciones de la Vivienda	148	23.2%	27	4.2%
Total	295	46.2%	344	53.8%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En el gráfico 10 se observa que la moda se encuentra en los indicadores no ponderados con un 53.8%, 344 f.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

Como puede observarse la inclusión de las categorías en la construcción del diagnóstico social es independiente a ser indicadores ponderados o no ponderados ya que el peso se da en la información que brindan sus índices.

4. Indicadores Furtivos en la Construcción del Diagnóstico Social.

En la investigación se estableció como variable independiente el estudio socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez el cual se compone por indicadores ponderados y no ponderados. Como variable dependiente se proyectó al Diagnóstico Social debido a que forma parte del instrumento y por ello se conjeturó que su elaboración parte de la información que se recaba de éste.

En el software Atlas.Ti se formaron grupos o “familias” de datos que se encontraban acorde al desglose de los indicadores que componen el estudio socioeconómico para procesarlas, una vez que se inició con el análisis de los instrumentos se detectó que aparecía información complementaria por lo que se decidió agruparla bajo el nombre de “Indicadores no contenidos en el ESE”. Al finalizar de exportar los

resultados a Excel, se acentuó la importancia de su obtención, ya que representan el mayor número de frecuencias en la elaboración del diagnóstico social.

Se alude que su inclusión al diagnóstico social (DXs), radica en el hecho de formar parte de la entrevista realizada en la aplicación del estudio socioeconómico por los Trabajadores Sociales, quienes, a partir de su experiencia profesional indagan aspectos adicionales a los contenidos de manera manifiesta en el ESE; es decir, cada trabajador social valora la importancia de profundizar en la situación social y familiar del paciente, la cual puede ser determinante para favorecer u obstaculizar la atención en salud.

Otros elementos encontrados son los referidos a las prácticas institucionales y de promoción de la salud realizadas durante la entrevista. Al finalizar los diagnósticos sociales, los trabajadores sociales, mencionan acciones de promoción de cuidados de la salud como el lavado de manos y/o donación sanguínea, así como información concerniente a procesos institucionales como inducción hospitalaria, solicitud de documentación del paciente, orientación sobre trámites administrativos y de Seguro Popular, actualmente Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), así como observaciones del trabajador social.

Los resultados de este estudio evidencian la importancia que dan los profesionales a los indicadores aquí encontrados, y a los que se determinó nombrar como “Furtivos” debido a que se trata de la presencia de un contenido “oculto y disimulado” que brinda un panorama amplio de las condiciones de vida de los pacientes, así como de las prácticas institucionales y de promoción de la salud.

De acuerdo con el contenido de los indicadores furtivos, y siguiendo la estructura de la presentación de resultados en relación con el estudio socioeconómico, se determinó unificarlos en tres categorías, las cuales se desarrollan en la tabla 11:

TABLA 11: ESTRUCTURA DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LOS INDICADORES FURTIVOS		
CATEGORÍAS	ÍNDICES	DEFINICIÓN
1) Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Familia 	La familia adopta formas diversas en su conformación de acuerdo con el contexto histórico, social y cultural... La clasificación de la familia implica el conocimiento de los integrantes de éstas, la relación consanguínea, recursos económicos y cohesión de los integrantes (Archivos de Medicina Familiar, 2005, pág. 16)

	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo Vital de la Familia 	<p>La familia al ser un grupo social tiene un ciclo de vida en el que se lleva a cabo la evolución física y cognitiva de sus integrantes. "Cada etapa en el ciclo de vida familiar es caracterizada por un promedio expectable de crisis familiar, que es básicamente una crisis transicional, producida por la convergencia de procesos biológicos, sociales y psicológicos (Aylwin & Solar, 2001, p. 145)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Roles 	<p>Un rol es el conjunto de asignaciones relacionadas con la forma de ser, de sentir, y de actuar, que un grupo social señala a las personas que la componen y, a la vez, es la forma como esas personas asumen y expresan en la vida cotidiana esas asignaciones (Tobón & Guzman, 1995, p. 18)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica Familiar 	<p>"Oliveira, Eternod y López (en García, 1999) mencionan que la dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, se establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones" (Torres, Ortega, Garrido & Reyes, 2008, p. 32)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Canales de Comunicación 	<p>"En cada familia se acentúa una u otra forma de comunicación y la interacción entre receptor y transmisor varía en forma, intensidad y duración lo que hace que esta sea más o menos funcional. Igualmente, éstas formas de comunicación aprendidas en el hogar, son aplicables y afectan las relaciones sociales en las instituciones educativas y laborales, entre otras" (Antolínez, 1991, p. 37,38)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad Familiar 	<p>"la familia cumple funciones básicas, tanto de cara a los individuos que las componen... como hacia la sociedad ... que interactúa con otros grupos de su comunidad, tiene una proyección social por lo que debe adoptar formas de comportamiento social basados en los principios de solidaridad, de participación, cooperación y ayuda mutua" (Escartín, 1992, p. 62)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de los Padres 	<p>Forma parte de los datos generales que visualiza la edad biológica de los padres del paciente.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia en la Familia 	<p>“La violencia familiar es un acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño” (Zariñan, 2016, p.2)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación Familiar 	<p>“La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad...” (OMS, 2019).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Carencias Sociales 	<p>Las carencias sociales son la insuficiencia o ausencia de elementos indispensables para la cobertura de necesidades. De acuerdo con el CONEVAL, sirven para medir la pobreza del país:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carencia por acceso a la alimentación • Carencia por acceso a la seguridad social • Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda • Carencia por acceso a los servicios de salud • Carencia por calidad y espacios de la vivienda • Carencia por rezago educativo • Grado de cohesión social. (CONEVAL a, s.f.)
	<ul style="list-style-type: none"> • Adicciones 	<p>“Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.” (Hernández, 1994, p. 12)</p>
2) Redes Sociales de Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyos Recibidos 	<p>Son recursos con los que la familia ha sido beneficiada, por lo que las redes son reconocidas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de Apoyo Identificadas por el TS 	Son las que el profesional reconoce durante la entrevista del ESE para favorecer la adherencia terapéutica en el proceso salud-enfermedad.
3) Prácticas institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre Trámites Administrativos 	Es la información que el trabajador social brinda sobre a todos aquellos trámites que se desarrollan en la práctica profesional de acuerdo con la Institución, por ejemplo, trámite de carnet de citas médicas, asignación de nivel en sistema de cómputo, entre otros.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción Hospitalaria y Solicitud de Documentos 	Es la orientación inicial de ingreso del paciente a la Institución y la solicitud de documentos de identificación del paciente y los responsables legales, así como comprobante de domicilio e ingreso.
	<ul style="list-style-type: none"> • Observaciones del o la Trabajadora Social 	Los profesionales realizan comentarios de acuerdo con algunos comportamientos del entrevistado, con la finalidad de profundizar al respecto en entrevistas de seguimiento.
	<ul style="list-style-type: none"> • Información del Sistema Nacional de Protección Social para la Salud 	Es la información referente a la cobertura de la política pública de protección en salud creada en 2002 con el objetivo de garantizar el acceso integral a los servicios públicos sin distinciones. Es importante aclarar que en la muestra se incluyen los Diagnósticos sociales contenidos en el estudio socioeconómico institucional elaborados en los meses de enero a junio de 2019, antes de iniciar la actual política de gratuidad en los institutos de salud y la incorporación del INSABI aplicada a partir del 1° de diciembre de 2020
	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de Lavado de Manos 	La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria (OMS, s.f.)
	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de Donación Sanguínea 	La OMS menciona que “las donaciones de sangre contribuyen a salvar vidas y a mejorar la salud... La decisión de donar sangre puede salvar una vida, o incluso varias si la sangre se separa por componentes –glóbulos rojos, plaquetas y plasma–, que pueden ser utilizados individualmente para pacientes con enfermedades específicas (OMS, 2021)

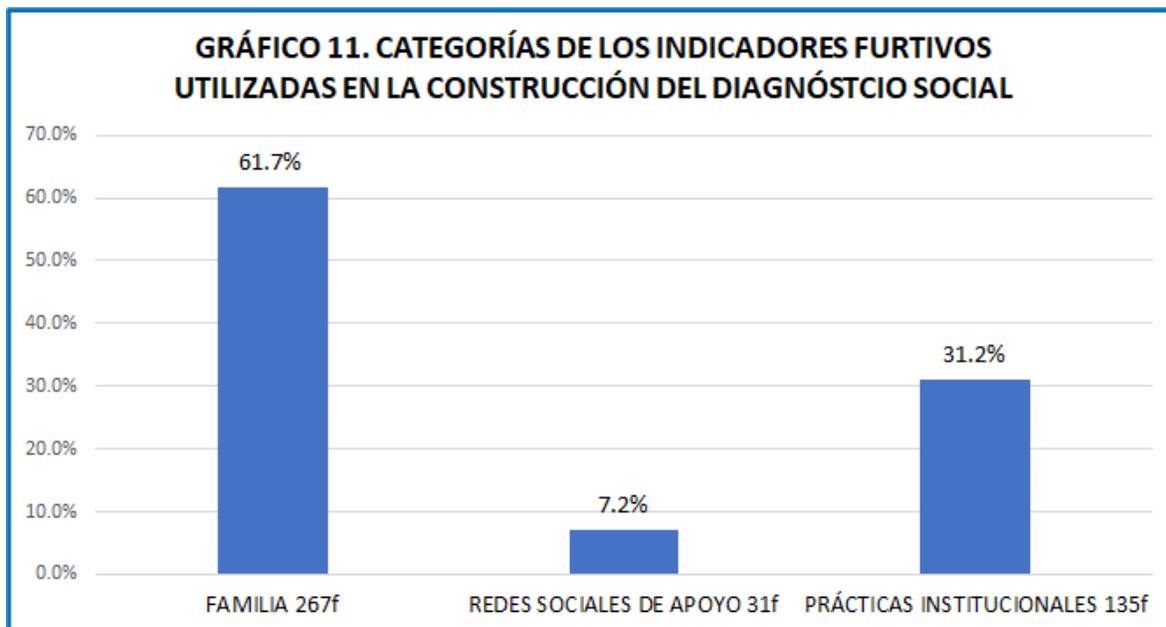
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En la tabla 12 se reportan de manera general las frecuencias y porcentajes de los indicadores furtivos haciendo referencia a las categorías utilizadas en la construcción del diagnóstico social. Los resultados se calculan a partir del total de frecuencias 433, correspondientes al total de indicadores furtivos mencionados en la construcción del diagnóstico social en la muestra analizada.

TABLA 12. INDICADORES FURTIVOS		
CATEGORÍAS	f	%
1) Familia	267	61.7%
2) Redes sociales de apoyo	31	7.2%
3) Prácticas institucionales	135	31.2%
Totales	433	100.0%

Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

En el hallazgo de los indicadores furtivos (433 f), la moda recayó en la categoría Familia, en ella se acumuló el 61.7%, es decir se encontraron 267 menciones de la información correspondiente a dicha categoría.



Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

A continuación, se presentan específicamente los indicadores furtivos, en relación con las categorías e índices que los componen.

4.1 Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Familia”

En la categoría de familia se hace referencia a la conformación y características específicas del grupo familiar, su etapa evolutiva, los problemas y carencias que presentan sus integrantes cuando enfrentan el proceso salud-enfermedad.

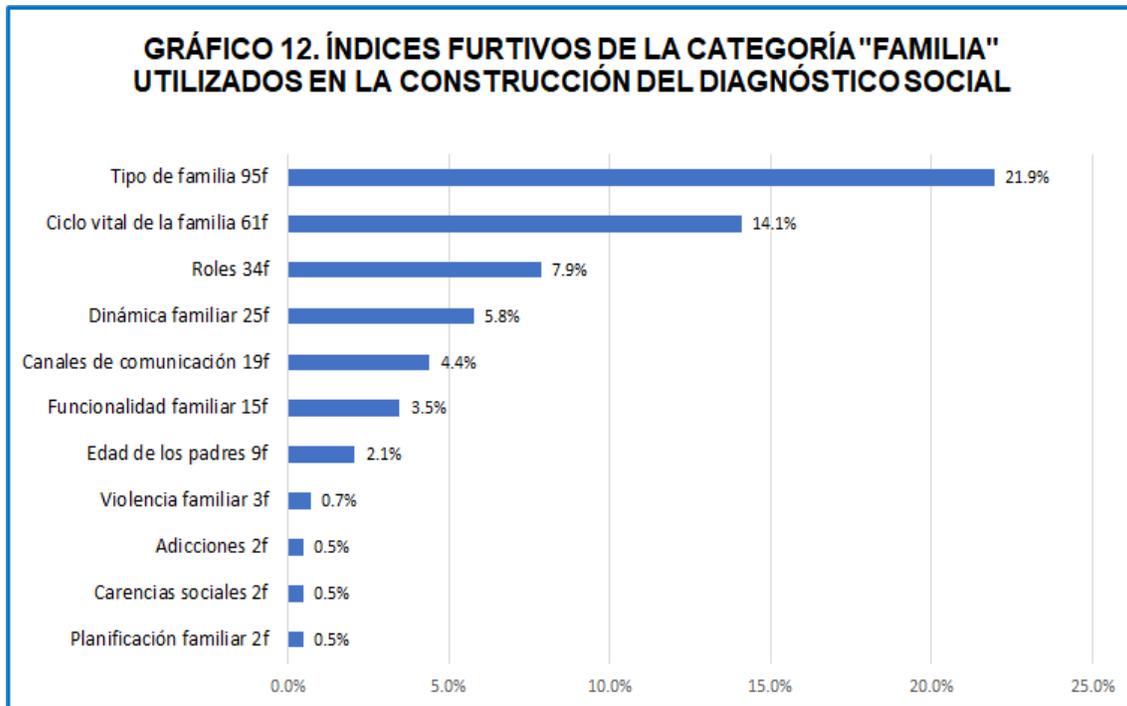
Los Indicadores Furtivos referentes a la Categoría Familia se conforman por 11 índices. En la tabla 13 se presentan sus frecuencias y porcentajes correspondientes⁹.

TABLA 13. INDICADORES FURTIVOS: CATEGORÍA FAMILIA		
ÍNDICES	f	%
Tipo de Familia	95	21.9%
Ciclo Vital de la Familia	61	14.1%
Roles	34	7.9%
Dinámica Familiar	25	5.8%
Canales de Comunicación	19	4.4%
Funcionalidad Familiar	15	3.5%
Edad de los Padres	9	2.1%
Violencia en la Familia	3	0.7%
Planificación Familiar	2	0.5%
Carencias Sociales	2	0.5%
Adicciones	2	0.5%
Total	267	61.7%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

⁹Los resultados se obtuvieron a partir del total de frecuencias de los indicadores furtivos (433 f) localizados en la muestra.

La moda en los indicadores furtivos de esta categoría se encuentra en el índice “Tipo de Familia” con el 21.9% correspondiente a 95 f, como se muestra en el gráfico 12.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

4.2 Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Redes Sociales de Apoyo”

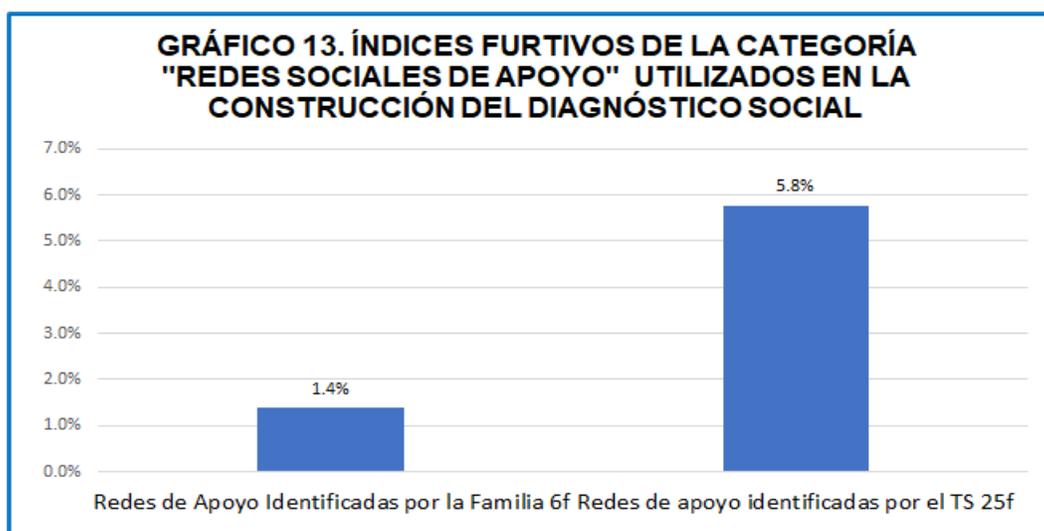
Las redes sociales de apoyo constituyen aquellos lazos que se generan al interior y exterior de las familias para brindar ayuda ante necesidades y problemas. En el Instituto Nacional de las Personas Mayores, en atención a la población, se encontró que a las redes de apoyo social se las ha definido como “el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas (cualquier número a partir de dos) que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria” (INAPAM, 2020)

En los diagnósticos sociales analizados, los indicadores furtivos de la categoría “Redes Sociales de Apoyo”, se integra por 2 índices, en la tabla 14 se presentan la frecuencia y porcentaje de estos.

TABLA 14. INDICADORES FURTIVOS: CATEGORÍA “REDES SOCIALES DE APOYO”		
ÍNDICES	F	%
Redes de Apoyo Identificadas por la Familia	6	1.4%
Redes de Apoyo Identificadas por el Trabajador Social	25	5.8%
Total	31	7.2%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En el gráfico 13 se observa el reconocimiento del profesional de trabajo social al identificar las redes de apoyo con las que cuenta el paciente y su familia para enfrentar el proceso salud-enfermedad, la moda recae en el índice “Redes de apoyo identificadas por el ts” con 5.8%, correspondiente a 25 frecuencias. estas redes son las que en entrevista de elaboración del ESE, se dan a cococer sin que se consientice de su existencia, y estan integradas por amigos, familiares, vecinos, etc. así como instituciones de asistencia social.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

4.3 Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Prácticas Institucionales”

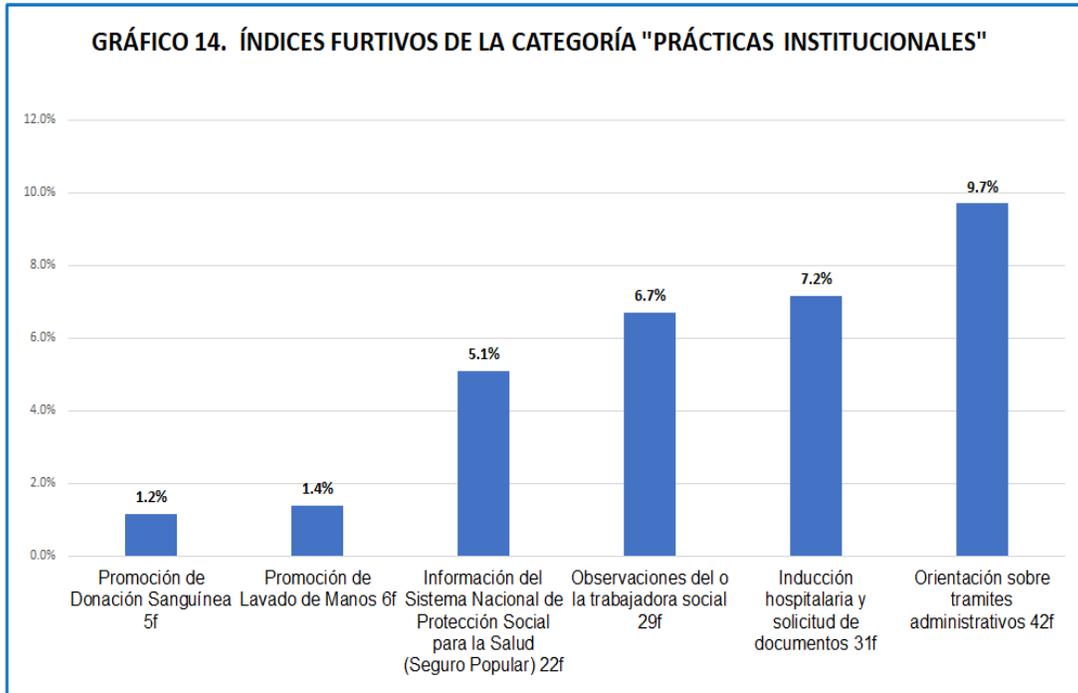
En el manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se especifican las acciones a realizar por el profesional, ya que los índices de la categoría forman parte del “Procedimiento para la Inducción Hospitalaria del paciente y su Familia”.

Los indicadores furtivos de la Categoría “Prácticas Institucionales” se conforman por 6 índices, en la tabla 15 se presentan las frecuencias y porcentajes que la integran.

TABLA 15. INDICADORES FURTIVOS. CATEGORÍA “PRÁCTICAS INSTITUCIONALES”		
ÍNDICES	F	%
Promoción de Donación Sanguínea	5	1.2%
Promoción de Lavado de Manos	6	1.4%
Información del Sistema Nacional de Protección Social para la Salud (Seguro Popular)	22	5.1%
Observaciones del o la Trabajadora Social	29	6.7%
Inducción Hospitalaria y Solicitud de Documentos	31	7.2%
Orientación sobre Trámites Administrativos	42	9.7%
Total	135	31.2%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En el gráfico 14, se observa la importancia que los trabajadores sociales brindan al índice “Orientación sobre trámites administrativos” en el cual recae la moda con el 9.7% correspondiente a 42 frecuencias.



Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

5. Resultados Generales de Indicadores utilizados en la construcción del Diagnóstico Social

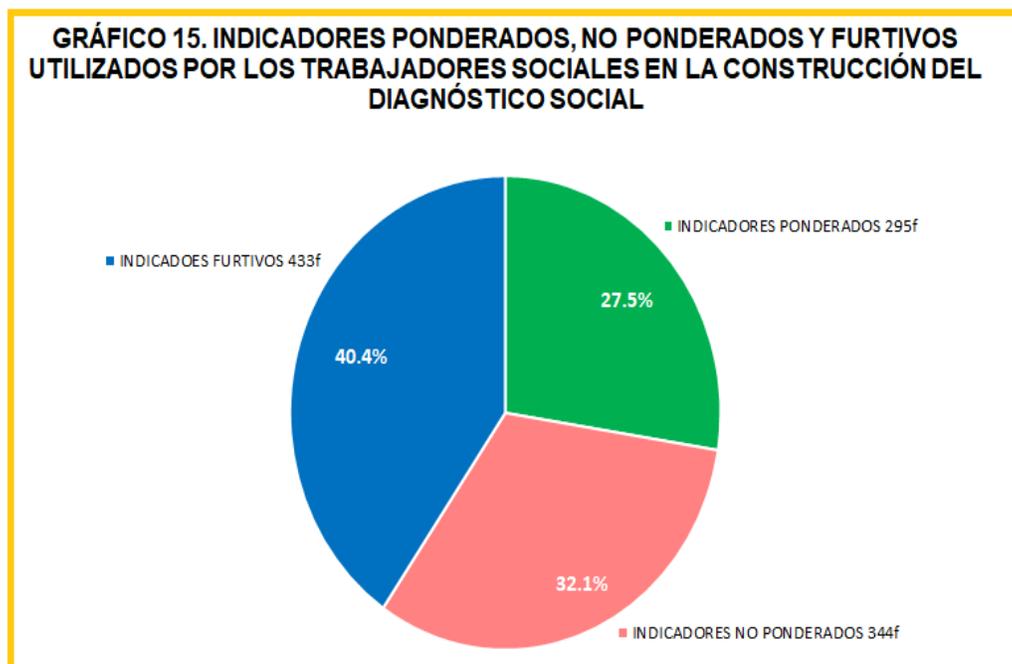
En el HIMFG el diagnóstico social se construye a partir de la información obtenida en la aplicación del estudio socioeconómico¹⁰, no obstante, el profesional de trabajo social incluye indicadores que no se encuentran en el cuerpo específico del instrumento, siendo esto un hallazgo significativo ya que en los resultados anteriormente presentados se observa la prevalencia de aquellos que se denominaron "Furtivos". Para evidenciarlo, en la tabla 16 se presentan de manera general los resultados obtenidos.

¹⁰ El Estudio Socioeconómico, se aplica al 100% de los pacientes atendidos en el Instituto, por consulta externa, hospitalización o urgencias. Independientemente de las actuales políticas gubernamentales de gratuidad en los servicios de salud, continúa su aplicación de acuerdo con el diario oficial de la federación.

TABLA 16: INDICADORES UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL DEL HIMFG		
INDICADORES	f	%
1. Ponderados	295	27.5%
2. No Ponderados	344	32.1%
3. Furtivos	433	40.4%
Totales	1072 ¹¹	100.0%

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

De los indicadores utilizados en la construcción del diagnóstico social, la moda se encuentra en los indicadores furtivos con el 40.4%, 433 f.



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

¹¹ Total, de frecuencias obtenidas en la muestra.

Los resultados obtenidos, comprueban las hipótesis de trabajo planteadas:

- 1) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez SI construyen el Diagnóstico Social con indicadores ponderados del Estudio Socioeconómico.
- 2) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez SI construyen el Diagnóstico Social con indicadores no ponderados del Estudio Socioeconómico.
- 3) Los Trabajadores Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez SI construyen el Diagnóstico Social con otros indicadores, obtenidos de la aplicación del Estudio Socioeconómico.¹²

El hallazgo de los indicadores furtivos y su utilización en la elaboración del diagnóstico social revela el uso de la experiencia profesional de los trabajadores sociales, analizando información no contenida en el ESE para profundizar en las necesidades y problemas del entorno familiar de los pacientes.

Es importante mencionar que el contenido del ESE ha cambiado por lo menos en dos ocasiones desde el año 2008, ya que anteriormente, el instrumento incluía índices de alimentación, planificación familiar, familiograma, observaciones del trabajador social y plan de intervención. El actual instrumento aplicado desde el año 2015 ha velado dicha información, sin embargo, sigue presente en las entrevistas de los profesionales por lo que este hallazgo de la remembranza de los indicadores furtivos en la construcción del diagnóstico social justifica la importancia de enriquecer el instrumento reincorporándolos y homogeneizando la información para el análisis de necesidades y problemas, sin que ello afecte a lo establecido en el Diario Oficial de la Federación (2013).

Otro dato importante de compartir es que, algunas de las categorías de los indicadores furtivos como son: familia y redes de apoyo se retoman en el instrumento de Informe Social, en él se realiza familiograma y se profundiza en las necesidades y problemas que presenta el paciente y su familia para la atención en salud. Sin embargo, este instrumento, de acuerdo con el manual de procedimientos del departamento de trabajo social, únicamente se realiza a los pacientes que ingresan a las áreas de hospitalización o con diagnósticos médicos oncológicos, este complemento puede ser realizado por un trabajador social diferente al que aplico el ESE por lo que la visión profesional puede ser distinta.

En síntesis, el diagnóstico social en salud es la presentación del análisis profesional de necesidades y carencias, así como de características específicas de la familia donde se desarrolla el paciente, no se trata de hacer un resumen o relatoría de la

¹² A estos indicadores se les determinó llamar indicadores furtivos, siendo un hallazgo significativo al ser los que presentan la moda en el estudio.

información, sino de someter los datos a un análisis minucioso en el que el trabajador social de acuerdo con el caso realice una conclusión diagnóstica en donde jerarquice y especifique cuales son las necesidades y/o carencias en las que se debe realizar una intervención social que favorezca la adherencia terapéutica y que beneficie tanto al paciente como a la familia en el proceso salud-enfermedad.

El gran reto en la construcción del diagnóstico social es el análisis de necesidades y problemas, ya que cada indicador de las categorías del Estudio Socioeconómico engloba características sociales y económicas en las que el paciente se desenvuelve y que pueden ser amenazas o fortalezas para enfrentar el proceso salud enfermedad, por ello es preciso no sólo describirlas sino problematizarlas desde la mirada crítica y profesional del trabajador social ya que son objeto de intervención social.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El diagnóstico social es un constructo básico para la práctica profesional del trabajador social, y se establece a partir del análisis pormenorizado de la información que se obtiene de la aplicación de instrumentos en donde se investigan las necesidades, carencias y problemas sociales. Autores como Richmond, Aguilar y Ander-Egg, Martín Muñoz, Díaz y Fernández, entre otros, mencionan que para la elaboración del diagnóstico social es necesario realizar una investigación y recopilación de evidencias con la aplicación de técnicas e instrumentos de trabajo social para culminar con el análisis crítico e interpretación causal de necesidades y problemas sociales que permitan diseñar estrategias de intervención social.

Anteriormente se mencionó que en la investigación se retoman los indicadores ponderados y no ponderados del estudio socioeconómico como eje de la construcción del diagnóstico social; a continuación, se analiza cada uno de ellos organizados en las categorías del instrumento (Datos Generales del Paciente, Estado de Salud Familiar, Condiciones Económicas y de Trabajo, Condiciones de la Vivienda), las cuales sirven para identificar las características del entorno familiar y social en la que se desenvuelve el paciente y su familia.

Además, se desglosan los indicadores furtivos encontrados en el análisis de los instrumentos organizadas en categorías (Familia, Redes Sociales de Apoyo, Prácticas Institucionales), las cuales contienen información relevante de las características y especificidades de la familia en la que se desarrolla el paciente y que pueden ser fortalezas u obstáculos en el proceso salud-enfermedad, así como aquellas prácticas institucionales que, si bien no debieran incluirse en el diagnóstico social, son recurrentes al ser información solicitada por el área de supervisión del departamento de trabajo social a razón de ser evidencia de acciones realizadas en la entrevista.

1. Indicadores e Índices No Ponderados de la Categoría “Datos Generales del Paciente”

La inclusión de esta información en la elaboración del diagnóstico social es de casi una cuarta parte de la muestra de estudio, pudiendo ser por el hecho de que se trata de información registrada en la hoja frontal del formato del estudio socioeconómico y que de ser requerido sólo sería necesario ir al inicio del instrumento.

La categoría inicia con la identificación de paciente, así como de los padres o tutores, información que se sustenta en las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente” publicadas en 2017 en el Diario Oficial de la Federación, las cuales

deben implementarse en los institutos de salud, incluyendo al Hospital Infantil de México Federico Gómez. El departamento de trabajo social destaca la importancia de la identificación correcta del paciente¹³, ya que el abordaje social es equivalente a la actuación médica. Los índices de esta categoría son los siguientes:

- **Registro o folio institucional:** Este índice se refiere al número consecutivo de identificación del paciente. En los casos en que se retoma se observan como una forma de identificación, cumpliendo con las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”.
- **Fecha de nacimiento.** El índice se refiere al día, mes y año de nacimiento del paciente. Estos datos son obligatorios como un elemento básico de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”.
- **Edad del paciente.** Este índice especifica los años cumplidos del paciente al momento de la entrevista. En los diagnósticos sociales analizados se retoma para establecer el grupo etario al que pertenece.
- **Institución de referencia.** Este índice, de acuerdo con la guía técnica del departamento de trabajo social, se refiere a las instituciones públicas o privadas que envían al paciente para continuar su atención médica oportuna, integral y de calidad con base en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Este índice le proporciona al trabajador social información sobre la situación por la que el paciente y su familia han atravesado para iniciar la atención en una institución de tercer nivel como lo es el Hospital Infantil de México Federico Gómez, encontrando casos en los que existe un desgaste económico por la atención médica particular recibida o bien han iniciado atención en instituciones de primer o segundo nivel que no cuentan con las especialidades requeridas.

- **Sexo del paciente.** El índice se refiere a la condición orgánica, masculina o femenina (REA d, 2014) En los diagnósticos analizados se lee como una forma de identificación del paciente como masculino o femenino.

¹³ **Acción Esencial 1. Identificación del paciente**

En un entorno donde se busca una práctica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de su cuidado, es indispensable la correcta identificación de los pacientes, como medida que favorezca la disminución de la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención a la salud (DOF, 2017)

El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que éste solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año); en su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución (DOF 2017)

Es posible que el grueso de los profesionales de trabajo social omita el índice por ser información usualmente explícita en el nombre. A la fecha es opcional mencionarlo, sin embargo, es obligatorio cuando el caso lo amerita por condición clínica del paciente con diagnóstico médico de ambigüedad de sexo o hermafroditismo y por las implicaciones sociales y emocionales que afectan a la familia y al paciente, esto de acuerdo con la guía técnica del departamento de trabajo social.

- **Escolaridad del paciente.** Este índice es el grado máximo de estudios que cursa o cursó a la fecha de elaboración del estudio socioeconómico y es referente a la afiliación al sistema educativo de acuerdo con la edad. En los diagnósticos sociales analizados se lee como el grado escolar que se cursa al momento de la entrevista.

Con esta información es posible detectar carencias en educación ya sea por falta de recursos económicos y/o discapacidad.

- **Religión.** Este índice se refiere al credo religioso o percepción cultural y normativa espiritual que rige a la familia.

La religión debe ser parte del análisis del caso cuando se identifica que la libertad de dogma obstaculiza la atención en salud y/o genera conflictos al interior de la familia, por ejemplo: Los testigos de Jehová se niegan a la transfusión sanguínea, aunque de ello dependa la vida del paciente; otro caso es cuando los padres profesan religiones diferentes, al respecto en el Instituto se han presentado eventos en los que la madre es católica y el padre testigo de Jehová, y cuando el paciente requiere transfusión sanguínea, se presentan conflictos dentro del grupo familiar y en la comunidad ya que el paciente puede ser excluido del ámbito social a razón de no sujetarse a las normas y pensamiento religioso.

- **Escolaridad de los padres.** El índice se refiere al nivel de escolaridad¹⁴ de los progenitores. Esta información cobra importancia cuando se relaciona con el empleo y la capacidad económica para sufragar gastos de bolsillo relacionados a la adquisición de insumos que el instituto no está en posibilidades de proveer para la atención urgente de sus hijos.
- **Estado civil de los padres.** Este índice se refiere a la condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de

¹⁴ Nivel de Escolaridad: Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero. Los niveles son: preescolar o kínder, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado (INEGI, s.f.)

poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (REA a, 2014)

Este índice, da a conocer el compromiso institucional que hay en la pareja, así como la relación que éste tiene con el registro civil del paciente ya que, por ejemplo, cuando los padres se encuentran casados civilmente, se facilita la obtención del acta de nacimiento, documento que se solicita para la identificación oficial del paciente.

- **Domicilio de procedencia permanente.** El índice se refiere a la dirección del lugar donde reside el paciente y su familia. En los diagnósticos sociales analizados se lee como una dirección específica, o bien el municipio de donde proviene el paciente.

Este índice es relevante cuando la economía familiar no permite el traslado continuo al hospital con el paciente, es decir, cuando el Trabajador Social identifica un problema en relación con el tiempo y/o costo de transporte al Hospital Infantil de México Federico Gómez, lo que puede ser un obstáculo o amenaza para continuar la atención médica.

- **Teléfono de contacto.** Este índice corresponde a una de las formas más simples de comunicación a distancia. El dato fino de reescribir el número telefónico de contacto en el diagnóstico social se encontró sólo en algunos casos del servicio de urgencias, quizá por la necesidad de comunicación con la familia o tutores del paciente ante las condiciones de riesgo que puedan surgir en la atención multidisciplinaria.
- **Domicilio temporal (delegación, municipio).** Este índice especifica si existe un lugar en la Ciudad de México o Zona Conurbada para el alojamiento del paciente y su familia cuando son originarios del interior de la república e incluso extranjeros. Además, alude a las posibilidades de movilidad social de la familia y las redes de apoyo con las que puede o no contar en la ciudad.

Esta información Alerta al equipo de salud en relación con la necesidad de coordinarse con Instituciones de Asistencia Privada que fungen como “Albergues” para canalizarlos y favorecer la continuidad en la atención en salud.

Los siguientes índices no tuvieron mención alguna referida a su inclusión en el diagnóstico social:

- **Nombre del paciente.** El índice se refiere a su apelativo completo. En la muestra únicamente se menciona el primer nombre, por ello no fueron contemplados en los resultados debido a que se contraponen a las “Acciones

Esenciales para la Seguridad del Paciente” y puede generar confusión en su identificación.

Probablemente la omisión de este índice es por la información que se puede consultar en la primera de las cuatro del Estudio Socioeconómico, sin embargo, es importante la identificación del paciente en todo momento, sobre todo si por alguna razón no se encontrara dicho apartado del instrumento.

- **Lugar de nacimiento.** En este índice se especifica la Alcaldía o Municipio y Estado en el que ocurre el alumbramiento del paciente ya sea en instituciones de salud o con parteras. En los diagnósticos sociales no se retoma la información quizá por estar relacionado con los índices de identificación de la nacionalidad y lugar de atención del parto.
- **Nacionalidad.** Este índice es el vínculo jurídico de una persona con un Estado, que le atribuye la condición de ciudadano de ese Estado en función del lugar en que ha nacido, de la nacionalidad de sus padres o del hecho de habersele concedido la naturalización poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (REA c, 2014)

Este índice podría ser retomado en casos específicos en los que la nacionalidad del paciente afecte la atención en salud, por ejemplo, en los diagnósticos médicos relacionados con trasplante de órganos, los pacientes extranjeros, deben acreditar su estancia legal en el país y cumplir con el artículo 22 del Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Trasplantes en donde establece que se debe corroborar la estancia ininterrumpida en el país, de por lo menos 6 meses previo al trasplante¹⁵.

- **Lugar de atención del parto.** El índice se refiere al espacio institucional público/privado, o por asistencia de parteras donde se realiza el alumbramiento. En la construcción del diagnóstico social, la información podría ser retomada como un indicativo de usos y costumbres de las comunidades, o bien de la posibilidad o imposibilidad de acceder a servicios de salud y seguimiento clínico durante el embarazo, parto y puerperio.
- **Registro civil (acta de nacimiento).** Este índice se refiere a si el paciente cuenta o no con acta de nacimiento, de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el derecho a la identidad consiste en el

¹⁵ Artículo 22. Para la realización de un Trasplante de Órganos, Tejidos o células provenientes de un Donador ... en pacientes extranjeros, se deberá de cumplir con los requisitos siguientes:

- i. El Receptor deberá tener una condición de estancia en el territorio nacional de residente temporal, residente temporal estudiante o residente permanente y acreditar su permanencia ininterrumpida en el país de por lo menos seis meses previos a la realización del Trasplante, salvo en casos de Urgencia con diagnóstico de hepatitis fulminante, debidamente documentados (DOF, 2014)

“...reconocimiento jurídico y social de una persona como sujeto de derechos y responsabilidades y a su vez, de su pertenencia a un Estado, un territorio, una sociedad y una familia, condición necesaria para preservar la dignidad individual y colectiva...” (CNDH, 2018).

Especificar en el diagnóstico social la ausencia de registro civil del paciente favorecerá a visibilizar el cumplimiento al derecho a la identidad, además de facilitar algunos procesos relacionados con la gestión de apoyos en instituciones de asistencia privada quienes solicitan dicho documento para otorgarlos.

El contar con acta de nacimiento es un derecho, y cobra mayor relevancia cuando los pacientes son hospitalizados y su estado de salud es de gravedad ya que en los casos en los que llegan a fallecer la falta de registro civil dificulta los trámites para expedir el certificado de defunción, condición que se complica ante el dolor de la familia por la pérdida del paciente.

- **Ocupación del paciente.** El índice establece la última actividad en la que se desarrolló el paciente (estudiante, actividades económicamente productivas, sin ocupación, otros.), tomando en cuenta que son menores de edad, la principal ocupación debería ser estudiar y pertenecer al sistema educativo gubernamental o privado. Por ello se alude la omisión de la información en los diagnósticos sociales.

Este índice debe ser retomado en casos específicos, por ejemplo, aquellos en los que el paciente por la condición socioeconómica labora en la informalidad vendiendo dulces en la vía pública y/o como limpiaparabrisas; otro escenario es cuando los niños o adolescentes se encuentran en situación de calle.

- **Lengua-Idioma.** En este índice se identifica el idioma del paciente y la familia, principalmente si hablan alguna de las 69 lenguas indígenas del territorio nacional. En la guía técnica del Departamento de Trabajo Social se especifica que al detectar algún problema de comunicación se deben contactar traductores.

Esta información es obligatoria cuando el idioma obstaculiza la atención en salud, quizá el no encontrar el índice en la muestra es una situación fortuita ya que en el instituto se atienden a pacientes de todo el país sin importar la identidad indígena o lengua.

- **Nombre de los padres.** El índice se refiere al apelativo completo de los progenitores o tutores legales, corroborados con documentación oficial.

Debido a que los pacientes son menores de edad, este índice favorece la identificación de los progenitores, y en casos especiales de un tutor legal, ya

sea una persona física o moral, que tomarán las decisiones respecto a la atención de salud.

Cabe mencionar que esta información podría ser confundida con los índices de “Nombre y parentesco de quienes aportan al gasto familiar” contenidos en la categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”, sin embargo, la diferencia de estos radica en que éste índice especifica el nombre de ambos progenitores como responsables legales del paciente, independientemente de si son o no proveedores económicos de la familia.

En síntesis, los datos generales del paciente, por sí mismos no son información que se deba reescribir en el diagnóstico social, a menos que su contenido cobre relevancia para la atención y/o seguimiento del paciente, como puede ser la falta de registro civil, problemas de comunicación por lengua o idioma diferente al español, creencias religiosas que obstaculicen la atención médica, domicilios lejanos al Instituto, entre otros. Cabe enfatizar que el registro institucional, nombre y fecha de nacimiento del paciente, son elementos necesarios como parte de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”.

Estos índices son el primer acercamiento a la información con la que se realiza el análisis para la construcción del diagnóstico social.

2. Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Estado de Salud Familiar”

La atención en salud en México es un derecho que se estipula en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, garantizando la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (DOF, 2020)

Esta categoría brinda información general sobre el contexto de salud tanto del paciente como de la familia, así como los servicios de salud a los que acceden cuando se presenta alguna enfermedad.

Cuando un miembro de la familia enfrenta una enfermedad, el contar con un servicio de salud público reduce la angustia, aminorando el impacto social y económico que la atención en salud genera.

La categoría “Estado de Salud de la Familia” es la menos mencionada en la construcción del diagnóstico social ya que se encontró únicamente en un 4.6% de la muestra analizada, en el 95.4% no se utiliza esta información no por ser irrelevante, sino porque los trabajadores sociales se enfocan en otras categorías del

estudio socioeconómico como posibles fortalezas o amenazas para la adherencia terapéutica.

A continuación, se presentan los índices de la categoría:

- **Tiempo de atención médica por el padecimiento.** El índice se encuentra en los indicadores ponderados y se refiere a los cuidados previos que ha requerido el paciente ya sea dentro o fuera de la institución por el diagnóstico médico actual. En el estudio socioeconómico se pondera como “menos de 3 meses, de 3 a 6 meses y más de 6 meses”.

Implica el tiempo que el paciente ha recibido atención médica, lo que puede vislumbrar un desgaste físico y económico tanto del paciente como de su familia.

- **Estado de salud de los integrantes de la familia (sin incluir al paciente) / parentesco, diagnóstico y lugar de tratamiento de atención de la familia.** Este índice forma parte de los indicadores ponderados y se refiere a la existencia de enfermedades crónicas en alguna de las personas que integran a la familia, independientemente de la atención que recibe el paciente, de acuerdo con el Estudio Socioeconómico se pondera a “Ningún enfermo, un enfermo, dos o el principal proveedor económico”. En los casos en que sí existen integrantes con alguna enfermedad, se debe especificar el parentesco, diagnóstico y la institución de salud donde se lleva a cabo la atención.

El índice es importante para visibilizar la condición de salud del grupo familiar, así como la adaptación que tienen con el proceso salud-enfermedad, la atención, cuidados y adherencia terapéutica requerida. Por ejemplo, cuando más de un integrante de la familia tiene diagnóstico de diabetes se asume que cuentan con conocimiento del proceso al que se enfrentarán en relación con planes alimentarios, medicamento, etc., por lo que la familia se convierte en un aliado para la atención en salud.

Otro caso en el que es importante destacar esta información es cuando el principal proveedor económico presenta una enfermedad crónica, en caso de agravarse se corre el riesgo de suspender la atención multidisciplinaria del paciente o de quienes tienen problemas de salud al interior de la familia ya que aminora el ingreso o incluso se pierde por empleo a causa de la enfermedad.

- **Diagnóstico(s) médico(s) del paciente.** El índice se encuentra en los indicadores no ponderados, hace referencia a la enfermedad por el que el paciente ingresa a la Institución y por el cual requerirá atención en los servicios de salud. En los diagnósticos sociales analizados la información se

lee como un agregado de la identificación del paciente y el por qué se atiende en la institución.

En ocasiones los trabajadores sociales retoman el diagnóstico médico por la complejidad de la atención, lo que generará en la familia cambios en beneficio de la adherencia terapéutica siendo determinantes para la intervención social.

Al igual que en las categorías anteriormente presentadas, los siguientes índices de la categoría “Estado de Salud Familiar” no tuvieron mención alguna en la construcción del diagnóstico social, no por carecer de valía, sino por ser información complementaria, y accesible para su consulta en el estudio socioeconómico:

- **Atención en otras instituciones de salud por algún otro diagnóstico / diagnóstico y lugar de atención de otros problemas de salud.** Este índice forma parte de los indicadores ponderados, y se refiere a la atención de salud que el paciente recibe en otras instituciones por alguna otra enfermedad diferente a la de recepción. En el estudio socioeconómico se pondera la respuesta en “sí, o no”. En los casos en que el paciente es atendido en otras instituciones se debe especificar la enfermedad y el lugar donde se lleva a cabo el tratamiento y seguimiento clínico.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez se atienden pacientes referidos por otras instituciones para el tratamiento de un diagnóstico específico y en caso de tener otras enfermedades que puedan ser tratadas en el hospital de referencia no se duplica la atención, por ejemplo, la Fundación Teletón pueden proporcionar terapias físicas de rehabilitación a niños atendidos en el hospital apoyándose ambas instituciones a través de valoración multidisciplinaria, procurando no duplicar el otorgamiento de servicios médicos y de rehabilitación.

- **Derechohabiencia o beneficiario de servicios de salud.** Este índice forma parte de los indicadores no ponderados, y se refiere a contar con algún servicio de salud como son IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, etc.

De acuerdo con el manual de procedimientos del departamento de trabajo social, cuando se detecta que la familia del paciente es derechohabiente de alguno de los servicios mencionados se debe realizar el traslado oportuno a la institución correspondiente con la finalidad de aminorar gastos de bolsillo a la familia, así como iniciar atención médica en las unidades correspondientes previniendo uso inadecuado de recursos institucionales.

En la práctica este índice se relaciona con el de “Ocupación del principal proveedor económico” ya que visibiliza la estabilidad laboral, por ejemplo, existen casos en los que el trabajador desconoce los derechos con los que cuenta, es decir, si el empleo es en una empresa legalmente constituida

existe la posibilidad de contar con seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, entre otros) y en ocasiones es información que se desconoce y en lo que se debe enfatizar para hacer valer los derechos laborales y orientarles a realizar procesos administrativos especiales que implican la atención en salud del paciente, requiriendo realizar el traslado institucional. O bien el caso contrario, aun teniendo conocimiento de gozar de servicios de salud como los ya mencionados, no acuden a ellos por diferentes razones entre las que se encuentran la desconfianza institucional por mala praxis vivida y/o referida por terceros, declarando temer por la seguridad del paciente aceptando reglas de operación y pago de cuotas en niveles superiores de acuerdo con políticas de operación institucional.

- **Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia.** Este índice se encuentra en los indicadores no ponderados, y se refiere a la existencia de algún tipo de discapacidad del paciente o de la familia, condición que debe tenerse presente para la atención inclusiva.

Por ejemplo, si el paciente o algún integrante de la familia tiene debilidad visual o ceguera, y por ello su desarrollo social se ha mermado, se debe dar a conocer con el equipo multidisciplinario ya que se deberá canalizar a instituciones especializadas donde se les capacite y desarrollen habilidades que favorezcan la inclusión social.

En general la categoría “Estado de Salud Familiar” proporciona un acercamiento al contexto que la familia ha vivido en relación con la atención en salud tanto del paciente como de alguno de los integrantes del sistema; información relevante para el abordaje e intervención multidisciplinaria en beneficio de la adherencia terapéutica.

3. Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”

Esta categoría se relaciona con el ingreso de la familia y el acceso o carencia de empleos que pueden ser remunerados, poco remunerados o sin remuneración económica con los que logran satisfacer o no sus necesidades básicas.

Es sabido que cuando aparece una enfermedad en algún integrante de la familia va a implicar la erogación de gastos de bolsillo que pueden convertirse en catastróficos para familias que viven al día, que no cuentan con seguridad social ni redes de apoyo que les ayuden a solventar este tipo de erogaciones.

Para los trabajadores sociales, esta categoría es la que mejor visibiliza la situación económica en la que se encuentra la familia del paciente, por esa razón es la que

se presenta con mayor énfasis (más de una tercera parte de los diagnósticos sociales la incluye), así mismo, permite visualizar al equipo multidisciplinario de salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez la realidad del usuario y la capacidad que puede tener para solventar o no los gastos que la recuperación de la salud del paciente requiere.

En los diagnósticos sociales analizados, se retoma en una o varias ocasiones los índices de los indicadores ponderados y los no ponderados que conforman la categoría de “Condiciones Económicas y de Trabajo”, y que se complementan para establecer el escenario económico y laboral de la familia del paciente.

Durante la entrevista de elaboración del Estudio Socioeconómico, el trabajador social realiza un análisis interno de la información obtenida y de acuerdo con el caso determina con qué índices construirá el diagnóstico social, con ello visualiza la importancia de presentar o no datos específicos, además de confiar en la facilidad de acceder al instrumento para consultar detalladamente la información. Por ello únicamente se encuentra su utilización en un 42.6%, lo que significa que el 57.4% sobrentiende los datos o bien da mayor valía a otros índices.

A continuación, se analizan los índices de los indicadores ponderados y no ponderados de la categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo” utilizados en la construcción del diagnóstico social, los cuales establecen un panorama general de las condiciones económicas del paciente y su familia, además de dar la pauta para observar los contextos sociales visualizando culturalmente los roles que se asumen al interior del núcleo familiar en relación con la producción económica para la satisfacción de necesidades:

- **Ingreso familiar mensual.** Este índice forma parte de los indicadores ponderados e indica la cantidad monetaria de cada una de las personas que aportan al gasto familiar y en suma es el capital total del que se dispone para solventar las necesidades básicas.

En la construcción del diagnóstico social el ingreso familiar mensual, se incluye en menos de una décima parte de la muestra y no se presenta el monto exacto del ingreso, si acaso se menciona en número de salarios mínimos; otra manera de hacer alusión a él es como “ingresos correspondientes o no para cubrir el nivel de subsistencia: 1) suficientes, 2) carentes o 3) insuficientes para cobertura de necesidades básicas. Estas premisas no tienen un soporte homogéneo ya que no se puntualiza la referencia de dicho análisis, además es posible que la información la confundan con el índice “Situación económica” en donde se precisa el déficit, superávit y equilibrio.

Para esta investigación es importante rescatar el contexto que el profesional en trabajo social le da al ingreso familiar, ya que se trata de un elemento que le permite visualizar la capacidad económica y con ello determinar si existe o

no solvencia para sufragar gastos de bolsillo por la atención en salud, además de hacer frente a la cobertura de necesidades básicas.

- **Ocupación del principal proveedor.** Este índice forma parte de los indicadores ponderados y da a conocer la actividad laboral que desempeña el principal proveedor, es decir, la persona que más aporta económicamente al gasto familiar. Dentro de la muestra es retomado en una séptima parte de los diagnósticos sociales.

Esta información reviste importancia en virtud de que a partir del tipo de empleo con el que se cuente y el salario que se devengue se determina el acceso a bienes y servicios, lo que puede o no favorecer la adherencia terapéutica y los cuidados de la salud.

En los diagnósticos sociales analizados se observa que existe la tendencia de visibilizar las actividades que realizan integrantes de la familia que no tienen remuneración económica pero que son fundamentales para el sostén y mantenimiento de esta, tal es el caso de la madre que es cuidadora del hogar y de su paciente, así como de algún otro familiar. La relevancia radica en que los trabajadores sociales identifican los roles que desempeñan los miembros del sistema en su interior y que da pauta para determinar las labores asumidas o impuestas social, económica y moralmente en relación con la atención en salud del paciente.

Un dato relevante para reflexionar es la importancia del lenguaje verbal y escrito con el que el profesional de Trabajo Social da a conocer las expresiones de los entrevistados en relación con las actividades económicamente no productivas, por ejemplo, en el caso de las mujeres que se dedican al hogar, es común escuchar frases como: "... mi esposo trabaja en... y yo nada más me dedico al hogar y cuidado de los hijos..." este tipo de argumentos encumbran la desigualdad de género consciente o inconscientemente, evidenciando cómo se subestima la valía moral, física y económica de dichas actividades. Por ello, cuando se identifica esta percepción es de gran importancia que se actúe a favor de concientizar y empoderar a la mujer haciéndola reconocer la valía de su participación aún no remunerada, así como a los integrantes de la familia.

- **Nombre de quienes aportan al gasto familiar.** Este índice forma parte de los indicadores no ponderados y se refiere al apelativo completo de las personas que contribuyen económicamente a la familia, en la muestra analizada se encontró su utilización en menos de una décima parte.

Esta información es complementaria con el índice "parentesco de quienes aportan al gasto familiar" y es decisión del trabajador social hacer mención o no de los datos específicos.

- **Parentesco de quienes aportan al gasto familiar.** Este índice se encuentra en los indicadores no ponderados y es utilizado para dar a conocer si existe o no relación parental de las personas que asumen el rol de proveedor económico de la familia, estos pueden ser: progenitores, familiares colaterales y/o personas ajenas al sistema que pueden representar redes de apoyo social, y se incluye en casi de una séptima parte de los diagnósticos sociales analizados.

Cuando se realiza la entrevista esta información brinda al trabajador social un panorama sobre el número de integrantes que hay en la familia y quienes de ellos aportan o no al gasto por alguna actividad económicamente productiva y con ello, identificar también quién o quiénes pueden participar en los cuidados específicos del paciente dependiendo el rol que asumen.

Además, este índice conlleva información en la que el trabajador social debe permanecer expectante a la evolución del caso y los cambios que se generen en el sistema familiar, los cuales pueden favorecer u obstaculizar la adherencia terapéutica. Por ejemplo, si dentro de los proveedores económicos se encuentra un abuelo y éste llega a fallecer, los recursos disminuirán y por ende repercutirá en la atención en salud. Otro caso puede ser cuando los hermanos del paciente habitan en el domicilio y participan como proveedores económicos, pero si estos llegan a salir del hogar por matrimonio o independencia, se reduce el ingreso de la familia mermando la cobertura de necesidades básicas.

- **Número de dependientes económicos.** Este índice forma parte de los indicadores no ponderados, se refiere a la cantidad de personas que componen a la familia y que dependen del ingreso mensual. En la muestra, se retoma en menos de una décima parte de los diagnósticos sociales.

La información de este índice también especifica quienes integran el sistema familiar dando a conocer el parentesco y sus edades, esto debido a que, durante la elaboración del Estudio Socioeconómico, los entrevistados regularmente enlistan a las personas que habitan en el domicilio detallando el parentesco, por lo que es factible identificar a quienes se encuentran en edades económicamente productivas que pueden apoyar al gasto familiar.

En la muestra analizada se observó que no todos los índices que componen la categoría de “Condiciones Económicas y de Trabajo” fueron utilizados en la construcción del diagnóstico social, no por carecer de valía, sino porque el trabajador social percibe la información como complementaria, y accesible para su consulta en el estudio socioeconómico, por lo que su conclusión se plasma de manera general, y solo en casos específicos son retomados a consideración del profesional. A continuación, se analiza cada uno de los índices no utilizados en la construcción del diagnóstico social:

- **Relación ingreso-número de dependientes económicos.** Este índice forma parte de los indicadores ponderados, en él se establece la correlación entre el total de percepciones económicas y el número de personas que dependen de ellas.

En el análisis, se puede utilizar cuando se requiere especificar alguna condición especial que el trabajador social haya detectado en la entrevista, por ejemplo, existen casos en los que los padres se encuentran separados y el proveedor económico solo aporta una parte proporcional de su ingreso al gasto familiar, por lo tanto, solo se toma en cuenta la cantidad que aporta y no es contemplado como dependiente económico, esto en el entendido de que ha reservado un porcentaje para uso propio independiente de las necesidades del núcleo familiar, y que el proveedor principal es otra persona.

- **Relación ingreso-egreso.** Este índice pertenece a los indicadores ponderados, se presenta como porcentaje a partir de la correlación de los índices “ingreso familiar mensual” y “egreso mensual”.

Dentro de la muestra analizada no se hace mención específica de este índice, debido a que los profesionales sobrentienden su contenido a razón de haber analizado la información con la que concluyen la suficiencia o insuficiencia del ingreso para satisfacer las necesidades básicas. Es decir, el trabajador social intenta sintetizar la información y omite datos específicos generalizándolos en términos acuñados en la práctica profesional.

- **Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad.** El índice se encuentra en los indicadores no ponderados, se refiere a los datos específicos del empleo del principal proveedor económico.

En la muestra este índice es omitido por ser información que se encuentra en el estudio socioeconómico, además se percibe como complementaria del índice “Ocupación del principal proveedor económico” restando importancia al espacio físico y especificidades del empleo, ponderando únicamente la actividad laboral.

Este índice revela datos específicos del lugar donde labora el principal proveedor económico y su importancia radica en visibilizar el escenario en donde se realiza la actividad productiva y las carencias que pueden o no existir para su desempeño, por ejemplo, en el caso de los comerciantes, existen diferentes contextos de ubicuidad y acceso a servicios básicos, cuando el negocio es formalmente establecido ya sea en local o mercado, en donde las actividades se desempeñan bajo un espacio delimitado con acceso a servicio sanitario; en cambio cuando la venta se realiza en tianguis o en vía pública las actividades son diferentes por el montaje y desmontaje de puestos, además de tener restringido el acceso a servicios sanitarios.

Además, se da a conocer la antigüedad que lleva en el empleo, esta información permite visibilizar la estabilidad y permanencia laboral, en algunos casos es posible cuestionar la razón por la que los trabajos son eventuales, ya que esto puede ser debido a problemas de salud.

Otro dato relevante en este índice es el horario en el que se labora, ya que con ello se visibiliza el tiempo en que se puede o no contar con él o los proveedores para apoyar con cuidados específicos de salud, así como las horas de descanso que tendrán disponibles para el desarrollo económico, social y familiar.

- **Egreso mensual.** Este índice se encuentra en los indicadores no ponderados, se refiere al total de gastos que realiza la familia, de acuerdo con el Estudio Socioeconómico, estos pueden ser: alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, agua, luz, gas, telefonía, transporte o gasolina, gastos escolares, gastos en salud, servicios domésticos, gastos adicionales.

En los diagnósticos sociales que componen la muestra, el índice no se menciona, debido a que la información la enlazan con el análisis que se realiza en el índice de “relación ingreso-egreso” para determinar la suficiencia e insuficiencia económica ya que únicamente se retoma el total de los gastos efectuados.

Cabe mencionar que la información detallada del índice se encuentra en el estudio socioeconómico y podría ser retomada en aquellos casos en los que la erogación de la atención en salud impida la satisfacción de otras necesidades como vivienda y/o alimentación, esto coadyuva a aclarar la aseveración de suficiencia o insuficiencia de los ingresos mensuales para la cobertura de necesidades básicas.

- **Situación económica.** Este índice forma parte de los indicadores no ponderados, de acuerdo con el Estudio Socioeconómico, se calculan a partir del “ingreso familiar mensual y egreso mensual” las cantidades monetarias de déficit¹⁶, superávit¹⁷ o equilibrio¹⁸.

En la muestra, no se menciona si la familia cuenta o no con déficit, superávit o equilibrio o las cantidades monetarias calculadas. Esto debido a que existe una posible confusión en los términos utilizados entre este índice y el de

¹⁶ Déficit. Una cantidad, normalmente expresada en términos monetarios, que expresa que una suma es inferior a otra. Se habla de [Déficit](#) cuando los pagos superan a los [Ingresos](#) y el balance, en consecuencia, es negativo. (Eco-Finanzas & Déficit, s.f.)

¹⁷ Superávit. Exceso de los [Ingresos](#) respecto de los egresos. Diferencia positiva que existe entre el [Capital](#) contable (exceso del [Activo](#) sobre el [Pasivo](#)) y el [Capital](#) social pagado de una [Sociedad](#) determinada. (Eco-Finanzas & Superavit, s.f.)

¹⁸ Equilibrio. Situación de un conjunto de variables interrelacionadas en la que no existe tendencia al cambio. (Eco-Finanzas & Equilibrio, s.f.)

“Ingreso familiar mensual” en donde se concluye suficiencia, insuficiencia y/o carencia. (pie de página y se retoma en conclusiones y sugerencias)

La heterogeneidad de los términos puede generar confusiones tanto para los trabajadores sociales, como para otros profesionales que consulten el diagnóstico social del paciente por lo que es importante clarificar y homologar el lenguaje utilizado ya que este índice es la culminación de la información financiera que permiten visibilizar las condiciones económicas en las que se encuentra la familia, las cuales pueden favorecer u obstaculizar la atención en salud.

La categoría de “Condiciones Económicas y de Trabajo”, como se mencionó anteriormente, es el escenario económico de la familia en la que se desarrolla el paciente, la cual determina la adherencia terapéutica, en relación con la incapacidad económica para sufragar gastos de salud.

Cabe mencionar que a la fecha se tiene cobertura de servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), sin embargo, hay gastos de bolsillo para la adquisición de medicamentos y/o equipos especiales (oxígeno, bombas de infusión, insumos de curación, etc.) que no se encuentran en los catálogos de cobertura en los institutos y que son determinantes en el tratamiento clínico, por ello es imprescindible que el profesional de trabajo social analice las necesidades y carencias que se generan por las condiciones económicas y de trabajo para colaborar con el equipo multidisciplinario y favorecer la adherencia terapéutica.

4. Indicadores e Índices Ponderados y No Ponderados de la Categoría “Condiciones de la Vivienda”

Esta categoría es incluida en más de una cuarta parte de los diagnósticos sociales analizados, ya que brinda información general sobre el contexto en el que el paciente y su familia habita, es decir, el escenario en donde se desarrolla la vida fuera de las instituciones de salud las cuales pueden favorecer u obstaculizar la adherencia terapéutica.

Cuando un miembro de la familia enfrenta una enfermedad y puede continuar su atención en el domicilio, las condiciones de la vivienda deben ser favorables para la adherencia terapéutica, por ello es indispensable que los trabajadores sociales brinden la información específica de ésta al equipo multidisciplinario ya que de ello dependerá la toma de decisiones para el egreso hospitalario de los pacientes, además de intervenir oportunamente con la familia para hacer modificaciones cuando sea necesario para propiciar un escenario acorde a las necesidades de salud, e incluso de ser posible hacer cambio de residencia o gestionar hospedajes

temporales en instituciones de asistencia social cuando el tipo de padecimiento lo requiera y existan las condiciones para hacerlo.

La información que contiene la categoría “Condiciones de la vivienda”, es vasta para analizar desde los derechos de la vivienda, el tipo, los espacios disponibles, la existencia o no de hacinamiento, el material de construcción, la presencia o ausencia de servicios básicos intra y extradomiciliarios; al respecto es importante identificar si cuentan o no con vías de acceso a instituciones (hospitales, escuelas, etc.) y/o negocios (mercados, farmacias, tiendas, etc.).

Esta categoría cobra relevancia para la construcción del diagnóstico social en determinados casos, por ejemplo, cuando el paciente requieren el uso de catéter venoso central para suministro de medicamento o nutrición parenteral, para el mantenimiento de éste en el domicilio, son necesarias condiciones específicas, entre las que destacan un espacio destinado únicamente para el paciente acondicionando un ambiente extremadamente aséptico, para ello es indispensable el acceso a suministro de agua potable, energía eléctrica regular, drenaje, etc., la construcción del cuarto debe ser con materiales perdurables como cemento o mampostería; esto debido a que se debe prevenir cualquier tipo de infección, así como la durabilidad y conservación de medicamentos y/o alimentos específicos.

Durante la entrevista de elaboración del Estudio Socioeconómico, el trabajador social visualiza el entorno físico en el que la familia se desarrolla, realizando un análisis de la información, que independientemente de ser parte de los indicadores ponderados y no ponderados, es relevante para utilizarla en la construcción del diagnóstico social, razón por la cual únicamente el 27.4% de los profesionales mencionan la categoría, esto implica que el 72.6% considera que la información puede ser consultada en el estudio socioeconómico y brinda mayor estimación a otras categorías.

A continuación, se presentan los índices de indicadores ponderados y no ponderados de la categoría “Condiciones de la Vivienda” utilizados en la construcción del diagnóstico social en la muestra analizada:

- **Derechos reales de la vivienda.** Este índice forma parte de los indicadores ponderados y hace referencia a los derechos de la residencia donde habita el paciente y su familia, de acuerdo con el instrumento, estos pueden ser: propia pagada, prestada, renta o crédito, u otros [instituciones, albergues, reclusorios, casas de retiro o sin vivienda]).

Esta información es utilizada por los trabajadores sociales para la construcción del diagnóstico social en menos de una décima parte de la Investigación, focalizando los recursos económicos que pueden o no ser erogados para el usufructo de la vivienda principalmente cuando esta es rentada.

Otro aspecto por considerar es la estabilidad o posibilidad de movilidad territorial, cuando las condiciones generales de la vivienda no favorecen los

cuidados en salud del paciente, requerirá ser modificada estructuralmente, o incluso hacer un cambio de residencia cuando es posible. Es decir, cuando la vivienda es rentada y no cuenta con las condiciones demandadas existe la posibilidad mudarse a otro espacio, siempre y cuando los ingresos económicos lo permitan; el caso contrario es cuando los derechos de la vivienda son propios, difícilmente la familia optará por mudarse, sin embargo, tendrá mayor posibilidad de realizar cambios como la ampliación de espacios, contrato de servicios formales, entre otros, siempre y cuando su economía se lo permita.

En los casos específicos en los que se reporta que el paciente se encuentra en albergues o casas de asistencia social, se sobrentiende que cuentan con la estructura física necesaria para los cuidados del paciente, por lo que únicamente se corrobora la información en coordinación con las instituciones correspondientes respecto a las necesidades específicas que se requerirán para su cuidado.

Así mismo, la información es relevante para los casos en los que los pacientes requieren equipos e implementos especiales como oxígeno, aspiradores de secreciones, bombas de infusión, etc., los cuales regularmente son rentados, podría parecer no relevante, sin embargo, las casas proveedoras solicitan domicilio propio o un aval para el préstamo de los equipos, en caso de no contar con ello deberán permanecer en el hospital e incrementar gastos de bolsillo para la familia y complicaciones con los cuidados de la salud dentro de la institución por ejemplo, infecciones nosocomiales.

- **Tipo de vivienda.** El índice es parte de los indicadores ponderados, se refiere a las características de la morada que ocupa el grupo familiar. De acuerdo con el estudio socioeconómico estas son: instituciones de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, tugurio, cuarto redondo, sin vivienda, vecindad, cuarto de servicio, departamento o casa popular, unidades habitacionales, departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca, departamento o casa residencial.

Este índice se determina a partir de las características que el entrevistado brinda de la propiedad y es retomada en la construcción del diagnóstico social en menos de una décima parte de la muestra. La información se describe como el lugar en donde habita el paciente y la familia, complementándolo en algunas ocasiones, con otros índices de la misma categoría que especifican los espacios con los que cuenta la vivienda, la ubicación geográfica y el acceso a servicios.

La atención en salud no es determinada por el tipo de vivienda en el que el paciente habita, sin embargo, las características de ésta favorecen u obstaculizan la adherencia terapéutica; por ejemplo, cuando la familia vive en una casa popular, es posible que se tenga acceso a servicios básicos, las construcciones sean de materiales perdurables y espacios delimitados; el caso contrario es cuando la casa es rural donde el acceso a servicios básicos es

limitado y la construcción puede ser de materiales de la región como adobe, madera, etc. Se puede decir que este índice es la antesala de los índices restantes en donde se confirma y especifican las particularidades de la morada.

- **Número de dormitorios:** este índice se encuentra en los indicadores ponderados y se refiere al número de espacios determinados únicamente para pernoctar, en la muestra analizada se utiliza en menos de una décima parte de los diagnósticos sociales. Los trabajadores sociales lo relacionan en la mayoría de los casos con el índice de número de personas por dormitorio, por ejemplo, cuando se precisa hacinamiento, por contar únicamente con una habitación o rebasan a dos personas en cada espacio, es decir la información la complementan y se visibiliza como un todo.

La información de este índice también es relacional con el tipo de vivienda, ambos permiten visibilizar si existe o no la posibilidad de organizar el domicilio para que los integrantes de la familia pernocten.

- **Número de personas por dormitorio:** este índice se encuentra en los indicadores ponderados y se refiere a la cantidad máxima personas que ocupa una habitación, como se mencionó anteriormente se relaciona con el índice de “número de dormitorios” ya que implica la identificación de hacinamiento y de igual manera es retomado en menos de la décima parte de los diagnósticos sociales analizados.

Es conocido que cuando un miembro de la familia tiene una enfermedad de tercer nivel, se deben realizar cambios en la organización física de los espacios donde se desarrolla el paciente, por lo que en el análisis interno que el trabajador social realiza de esta información, se correlaciona con las condiciones en las que se encuentra la familia y las que requerirán para el tratamiento clínico, lo que implica espacios con características específicas para el mantenimiento de equipos, cuidado de catéteres, heridas quirúrgicas, etc.

- **Material de construcción de la vivienda:** el índice corresponde a los indicadores ponderados, se refiere al tipo de material prevaleciente en la vivienda, de acuerdo con el estudio socioeconómico, únicamente se pondera el correspondiente al techo como: mampostería, mixta, lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región; y también se especifica el de paredes y piso.

En la muestra se encontró que los profesionales lo utilizan en menos de una décima parte de los diagnósticos sociales, quizá por no haber sido casos en los que el análisis requería precisar la información.

Este rubro tiene relevancia en cuestiones de sanidad, ya que los materiales de construcción pueden favorecer la asepsia o el crecimiento de fauna nociva, además de ambientes fríos o calurosos que afecten la condición de salud. La riqueza de esta información radica en detectar las condiciones de riesgo para los cuidados específicos que se requieran.

- **Servicios intradomiciliarios:** este índice se encuentra en los indicadores ponderados y son todos aquellos servicios con los que se cuenta al interior de la vivienda; el estudio socioeconómico los especifica como agua, luz, drenaje, teléfono, gas, cable, internet. En los diagnósticos sociales analizados, esta información se utiliza en menos de una décima parte de la muestra quizá por ser de fácil acceso en el instrumento.

El trabajador social debe conocer estos datos para que en conjunto con el equipo multidisciplinario se establezca un plan de atención específico ante las condiciones de vivienda en las que se desarrolla el paciente. Es sabido que toda persona tiene derecho a los servicios de salud independientemente de sus condiciones sociales y económicas, sin embargo, éstas pueden o no ser determinantes para la eficacia terapéutica.

Por ejemplo, en casos en los que se requiere oxígeno, la vivienda debe tener un servicio de luz regular ya que, si el medidor tiene instalado un “diablito” o se tiene una conexión directa al transformador, lo que comúnmente se le llama “colgarse de la luz”, el concentrador de oxígeno puede no funcionar, dañarse o causar efectos nocivos a la instalación eléctrica.

- **Servicios públicos:** este índice forma parte de los indicadores ponderados y se refiere al número de servicios públicos de la localidad donde se encuentra ubicado el domicilio, de acuerdo con el estudio socioeconómico se contemplan los servicios de agua, alumbrado, drenaje, pavimentación, alcantarillado, escuelas, teléfonos y recolección de basura. En los diagnósticos sociales analizados, se retoma en menos de una décima parte, quizá al igual que otros índices, por ser información de fácil acceso en el instrumento y focaliza si existe o no pavimentación en calles y avenidas, así como el contar con drenaje y agua potable en la comunidad.

Esta información visibiliza los servicios con los que cuenta la vivienda en sus alrededores como drenaje y alcantarillado, recolección de basura, alumbrado público, agua potable, escuelas, teléfonos, etc., brindando un panorama del acceso a servicios en la comunidad, así como la pavimentación de la zona, lo cual favorece las vías de comunicación.

- **Zona de ubicación:** el índice corresponde a los indicadores no ponderados, de acuerdo con el estudio socioeconómico esta puede ser: urbana, suburbana, rural. Esta información no se cuestiona directamente en la entrevista, ya que el trabajador social conociendo las características de la vivienda determina la

clasificación de la zona de acuerdo con los servicios intra y extradomiciliarios, así como los rasgos de la comunidad.

Los trabajadores sociales utilizan el índice en la construcción del diagnóstico social de acuerdo con el caso, sus necesidades y carencias, en la muestra analizada se encontró la mención de éste en menos de una décima parte, sin que ello implique desestimar la importancia de la información ya que permite al trabajador social visibilizar la zona y acceso a servicios básicos para adherencia terapéutica, el funcionamiento de implementos o asegurar la adquisición de medicamentos.

En casos en los que el paciente habita en zonas rurales con escaso acceso a vías de comunicación y transporte, es posible que en coordinación con el equipo multidisciplinario se oriente a la familia para acudir a unidades de salud cercanas a la comunidad para atención de urgencia sin que ello implique interrumpir la atención de tercer nivel.

En los diagnósticos sociales analizados no todos los índices que componen la categoría de “Condiciones de la Vivienda” fueron utilizados, sin embargo, de acuerdo con el caso pueden ser retomados en el análisis interno de los trabajadores sociales, logrando visibilizar el panorama en que se desarrolla el paciente. A continuación, se analiza cada uno de ellos:

- **Espacios con los que dispone la vivienda:** este índice se encuentra en los indicadores no ponderados y se refiere a las áreas que dispone la vivienda, de acuerdo con el estudio socioeconómico se contempla la sala, cocina, comedor, sanitario, patio.

Esta información brinda un panorama de los espacios físicos en donde se generan las interacciones de los integrantes de la familia, y que pueden favorecer el esparcimiento y satisfacción de sus necesidades fisiológicas y psicológicas.

En este índice también es posible detectar o corroborar la carencia de algunos servicios intradomiciliarios, por ejemplo, cuando el entrevistado expresa no contar con servicio sanitario y por ello utiliza fosas sépticas o letrinas, el trabajador social profundiza la información para corroborar si es por carencia de drenaje.

También se detecta la existencia o carencia del espacio de cocina, ya que en algunos casos se declara que se cocina o se come a la intemperie lo que puede generar complicaciones de salud. Estos son ejemplos de casos en los que el trabajador social podría utilizar el índice en la construcción del diagnóstico social siendo información relevante que favorezca la eficacia en el tratamiento.

- **Número de familias que habitan el predio:** el índice forma parte de los indicadores no ponderados y se refiere al total de familias que habitan en el predio y que independientemente de los derechos de ésta conviven en el espacio, El trabajador social utiliza esta información principalmente cuando se trata de vecindades, departamentos o casas de herencia y traspaso de terrenos a los familiares directos, por lo que es posible que se relacione con la existencia de redes de apoyo o bien con problemas relacionados a la convivencia vecinal, ambos escenarios pueden o no favorecer la adherencia terapéutica.

Como se puede observar, la categoría “Condiciones de la Vivienda” es vasta en información y cada uno de los índices que la conforman contiene datos relevantes de las condiciones en las que se desarrollan y conviven los integrantes de la familia, así mismo de los servicios con los que cuenta la morada y de manera general brinda un panorama de las fortalezas y/o carencias a las que deberá atenderse y/o tomar en cuenta para establecer un plan de intervención, con la finalidad de prevenir la ineficacia terapéutica relacionada con el acceso a servicios básicos intra y extradomiciliarios así como la posibilidad de movilidad territorial.

5. Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Familia”

En la categoría “Familia” se presenta al grupo en el que se desarrolla el paciente, además de especificar características del sistema que pueden ser o no una fortaleza para la adherencia terapéutica.

Más allá de la definición de familia, cuando uno de sus integrantes tiene problemas de salud, requiere del apoyo y confort de aquellos que conforman el sistema independientemente del parentesco, situación que se intensifica cuando es un menor de edad quien requiere de la atención médica, ya que al interior del grupo se generan cambios que trastocan la posible estabilidad con la que se desarrollan.

En el entendido que la familia es un sistema en quien se depositan los cuidados básicos de quienes padecen una enfermedad, en los diagnósticos sociales analizados se encontró información específica del sistema familiar, a continuación, se presentan los índices que componen la categoría:

- **Tipo de Familia.** El índice se refiere a las características de conformación del sistema familiar, en la muestra analizada se retoma en una cuarta parte de los indicadores furtivos.

En este índice se especifica si la familia en la que se desarrolla el paciente es nuclear, extensa, uniparental o reconstruida. Con ello el trabajador social observa la composición del sistema y abre la puerta para indagar sobre la cohesión que existe entre sus integrantes, así como la consanguineidad entre ellos.

El trabajador social tipifica a la familia de acuerdo con la información que se obtiene en la categoría “Condiciones económicas y de trabajo” cuando indaga sobre los proveedores y dependientes económicos, ya que se suele mencionar el parentesco de quienes conforman el sistema familiar, de tal forma que se visibiliza un panorama de quienes pueden ser o no aliados en la atención de salud del paciente, por ejemplo, cuando la familia es extensa y los abuelos o tíos aportan al gasto familiar.

- **Ciclo Vital de la familia.** “la familia como todo organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta común; el advenimiento de los hijos, educarlos en sus funciones sexuales y sociales, soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja sola nuevamente” (Estrada, 2003, p. 12).

En los diagnósticos sociales analizados el índice se retoma en una séptima parte de los indicadores furtivos, la mayoría ligados al índice de “número de dependientes económicos” de la categoría “Condiciones económicas y de trabajo”, ya que como se mencionó anteriormente él o la entrevistada numeran y especifican las edades y parentesco de los integrantes del sistema familiar.

Esta información le permite al trabajador social visibilizar las etapas por las que atraviesa la familia identificando los posibles obstáculos o fortalezas para enfrentar el proceso salud-enfermedad. Por ejemplo, hay casos en los que el paciente se encuentra en edad escolar y tiene hermanos menores de 3 años, en este caso la familia se encuentra en la etapa de educación y crianza de los hijos; esto puede generar conflictos con el cuidado de los hijos menores cuando el paciente requiera acudir a consulta u hospitalización.

- **Roles.** “cada miembro de la familia tiene un papel en el grupo familiar, pudiendo ser compartido por diferentes miembros, según las circunstancias (Escartín, 1992, p. 61). En los diagnósticos sociales analizados el índice se retoma en casi una décima parte de los indicadores furtivos.

Los roles familiares son mencionados por algunos trabajadores sociales que los retoman para identificar las tareas de los integrantes, principalmente de los proveedores económicos, toma de decisiones y aquellos que pueden fungir como cuidador primario. Por ejemplo, cuando se lee que los roles son compartidos quiere decir que ambos padres laboran y toman decisiones por

lo que el principal conflicto es que alguno debe disminuir la producción económica para acudir a consultas u hospitalización; o bien cuando los roles son tradicionales y el padre es el único proveedor económico, la madre es quien fungirá como cuidadora primaria en el entendido que las actividades del hogar pueden ser delegadas o compartidas ante un problema de salud.

- **Dinámica Familiar.** Este índice se refiere a la relación afectiva y de poder que existente entre los integrantes del sistema familiar. En la muestra analizada se utiliza en menos de décima parte de los de los indicadores furtivos, y se leen como las relaciones afectivas favorables o conflictivas entre los integrantes en relación con respeto y toma de decisiones.

Cabe mencionar que este índice tiene el riesgo de ser confundido con la funcionalidad familiar quizá por no contar con un marco teórico de referencia homogéneo, ya que también se presentan casos en los que se refiere la dinámica como positiva y funcional.

En la construcción del diagnóstico social, este índice permite al trabajador social visibilizar las relaciones de cooperación, respeto y poder; esta información cobra relevancia cuando existen casos en los que se presentan conflictos que afectan la adherencia terapéutica. Hay casos en los que dentro del sistema familiar más de una persona toma decisiones y entorpece la atención en salud, por ejemplo, con los pacientes que deben seguir un plan alimentario específico todos los integrantes del sistema deben seguir las indicaciones, sin embargo en ocasiones aunque los padres lo respeten algún otro integrante, como abuelos o tíos, lo trasgreden afectando la adherencia terapéutica, por ello es importante conocer la dinámica de la familia para establecer líneas de intervención en coordinación con el equipo multidisciplinario en beneficio del paciente.

- **Canales de Comunicación.** Este índice se refiere a la manera en que se transmiten mensajes de persona a persona. En los diagnósticos sociales analizados se utiliza en menos de una décima parte de los indicadores furtivos y es mencionada para especificar la apertura y claridad del intercambio de información con los integrantes de la familia principalmente entre los progenitores.

La comunicación que se lleva al interior de la familia se reproduce en los sistemas sociales, y cuando existen problemas en la transmisión de información posiblemente se vea afectada la adherencia terapéutica por lo que al detectar este problema se implementan acciones específicas que favorezcan la recomposición de los canales de comunicación dentro y fuera del sistema.

Por ejemplo, cuando la comunicación entre los padres es conflictiva, y afecta el proceso salud-enfermedad se realizan sesiones multidisciplinarias con ambos progenitores o quienes obstaculicen la adherencia terapéutica, en

algunos casos se ha encontrado que al no transmitir la información de manera adecuada la familia entra en conflicto por no comprender las razones del porqué de los tratamientos médicos.

- **Funcionalidad Familiar.** “la familia cumple unas funciones básicas, tanto de cara a los individuos que las componen... como hacia la sociedad ... que interactúa con otros grupos de su comunidad, tiene una proyección social por lo que debe adoptar formas de comportamiento social basados en los principios de solidaridad, de participación, cooperación y ayuda mutua” (Escartín, 1992, p. 62)

En los diagnósticos sociales analizados, el índice se retoma en menos de una décima parte de los indicadores furtivos; los trabajadores sociales utilizan el término “funcional” para vislumbrar que la familia cumple favorablemente con tareas de cuidado, afecto, apoyo, etc., este índice puede ser confundido con la dinámica familiar ya que en algunos casos se complementa con las relaciones dentro y fuera del sistema familiar, esta confusión, como ya se mencionó anteriormente, se debe a que no se cuenta con un marco teórico homogéneo.

- **Edad de los padres.** Este índice se retoma en menos de una décima parte de los indicadores furtivos, especifica los años cumplidos de los progenitores del paciente al momento de la entrevista. En los diagnósticos sociales analizados se retoma para establecer el grupo etario al que pertenecen.

En los diagnósticos sociales analizados la edad biológica de los padres se lee como un dato general y en algunos casos puede ser retomada en el ciclo vital de la familia como parte del proceso biológico de reproducción de la pareja.

- **Violencia Familiar.** El índice se refiere a la existencia o no de agresiones físicas, económicas o psicológicas que se generen dentro y fuera del sistema familiar.

Regularmente durante la entrevista, los trabajadores sociales profundizan en las relaciones existentes entre los miembros de la familia, externando situaciones de violencia y las razones por las que ocurre, de tal forma que es preciso mencionarlo como un problema social que puede ser un riesgo para la vida y la adherencia terapéutica.

- **Planificación Familiar.** El índice se refiere a si los padres del paciente han adoptado algún tipo de método anticonceptivo.

Es sabido que cada persona es libre de determinar el número de hijos e intervalo que se tengan entre ellos. En los diagnósticos sociales analizados se lee como información complementaria.

Este índice toma relevancia cuando se relaciona con la información de las categorías del estudio socioeconómico, por ejemplo, cuando el diagnóstico médico puede ser hereditario, es importante que en coordinación con el equipo multidisciplinario se dé consejo genético y planificación familiar; otro ejemplo es cuando las condiciones económicas no permiten la satisfacción de necesidades del sistema familiar, además de la posibilidad de hacinamiento en la vivienda. Por ello cuando se tiene presente la edad biológica y reproductiva de los progenitores es importante cuestionar la existencia y adopción oportuna de métodos anticonceptivos para una paternidad responsable, sin que ello afecte la libertad en la toma de decisiones de la pareja.

- **Carencias Sociales.** Este índice se relaciona con la insuficiencia o ausencia de elementos para la satisfacción de necesidades, estas son retomadas del CONEVAL a (s.f)

En los diagnósticos sociales analizados se leen como carencias sociales por alimentación, servicios en la vivienda, y rezago educativo, sin embargo, no especifican las razones por las que se llega a dicha conclusión. Este es el fin último en el análisis para la construcción del diagnóstico social, sin embargo, es necesario que en la jerarquización de problemas se especifiquen las razones; por ejemplo, cuando se menciona el rezago educativo es importante profundizar en los detalles, es decir puntualizar si el paciente no acude al sistema educativo por insolvencia económica, alguna discapacidad, tiempo prolongado de hospitalización, etc.

- **Adicciones.** Este índice se refiere al problema de salud pública en el que los individuos consumen algún tipo de sustancia psicoactiva.

En los diagnósticos sociales que componen la muestra, se encontró el índice como información aislada y se lee como la ausencia o presencia de adicciones a sustancias psicoactivas; sin embargo, es necesario que se analice como un elemento importante para la adherencia terapéutica o relación existente con el diagnóstico médico del paciente, así como las repercusiones económicas y sociales que esto implique, por ejemplo, hay casos en los que la adicción puede llevar a la persona a cometer delitos que los lleve a reclusión penitenciaria.

En síntesis, en esta categoría se presenta al sistema familiar en el que se desarrolla el paciente y algunas condiciones específicas que pueden favorecer u obstaculizar la adherencia terapéutica, como adicciones o violencia familiar.

6. Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Redes Sociales de Apoyo”

Una red es una malla entretrejida que tiene un fin determinado, socialmente este tejido está organizado por personas que se apoyan mutuamente y pueden o no ser parte del sistema familiar.

En la categoría “Redes Sociales de Apoyo” se presentan los vínculos solidarios entre el sistema familiar y/o personas ajenas a él que tienen como finalidad apoyarse ante situaciones de vulnerabilidad, es decir, se refieren a las personas o grupos emocionalmente significativos que brindan ayuda, física, económica, emocional, etc., regularmente son familiares, vecinos o amigos de la comunidad, y ocasionalmente de acuerdo con las necesidades del paciente pueden ser instituciones públicas o privadas.

Cuando una persona tiene problemas de salud la familia se ve envuelta en situaciones estresantes en las que requiere contar con el apoyo de redes sociales que les protejan. Esta categoría se menciona en menos de una décima parte de los indicadores furtivos encontrados en la muestra, si bien no es un porcentaje representativo, hay trabajadores sociales que lo utilizan debido al tipo de enfermedad ya que requerirá de tratamientos e insumos de alto costo y tiempo prolongado de hospitalización.

La categoría “Redes Sociales de Apoyo” se conforma por dos índices que a continuación se presentan:

- **Redes de Apoyo Identificadas por la Familia.** Éste índice se refiere al reconocimiento de los apoyos que se reciben por grupos familiares y comunitarios. Aquí se concentran los casos en los que él o la entrevistada reconoce la ayuda que se ha recibido.

Por ejemplo, cuando hay déficit entre los ingresos y egresos, el o la entrevistada detallan el apoyo económico o en especie que familiares o amigos de la comunidad brindan para lograr sufragar gastos. Otro apoyo reconocido es el relacionado con el préstamo de la vivienda ya que ello implica no erogar recursos monetarios.

La importancia de mencionar la identificación familiar de las redes radica en que, cuando es necesario el apoyo, la familia sabe de quién o quiénes pueden recibir la ayuda. Es decir, las redes son visibles tanto para la familia como para el trabajador social.

- **Redes de Apoyo Identificadas por el Trabajador Social.** Este índice se refiere a la identificación que el profesional reconoce de todos aquellos grupos familiares y/o comunitarios que pueden ayudar para favorecer la adherencia terapéutica.

Durante la entrevista, el profesional de trabajo social detecta las redes de apoyo con las que la familia cuenta y que por la cotidianidad de las relaciones no son conscientes de ellas por lo que se hacen visibles en la construcción del diagnóstico, esto con la finalidad de fortalecer al sistema familiar que enfrentará el proceso salud-enfermedad con el paciente.

Por ejemplo, hay casos en los que el paciente requiere provisionalmente oxígeno en el domicilio, por lo que se deberá rentar el equipo con casas proveedoras, las cuales solicitan un aval con domicilio propio, en ocasiones los padres no detectan quienes pueden ayudarles al respecto, y es en este escenario cuando el profesional hace visibles estas redes de apoyo que se han detectado en la entrevista, las cuales pueden ser miembros del sistema familiar, amigos e incluso los arrendadores de la vivienda cuando esta es rentada.

En síntesis, las redes sociales de apoyo favorecen la adherencia terapéutica ya que es la ayuda física, económica y emocional que el paciente y la familia necesitan para enfrentar el proceso salud-enfermedad.

Durante la entrevista de aplicación del Estudio Socioeconómico, el trabajador social detecta la necesidad de apoyo y profundiza sobre ello, por ejemplo, cuando la “Situación Económica” arroja un déficit entre el ingreso familiar y el egreso, cuestiona la forma en que lo cubre y es ahí donde se detecta que familiares colaterales, amigos, vecinos o instituciones les apoyan, ya sea de manera económica o en especie.

En el diagnóstico social es importante conocer esta información debido a que las redes de apoyo facilitarían el proceso salud-enfermedad y estas deben permanecer visibles tanto para los profesionales como para la familia.

7. Indicadores e Índices Furtivos de la Categoría “Prácticas Institucionales”

La aparición de las prácticas institucionales se toma como parte de los indicadores furtivos debido a que es información no contenida en el Estudio Socioeconómico y es producto de la entrevista.

Esta información forma parte del diagnóstico social quizá como un hábito del profesional ya que en 2008 el estudio socioeconómico contenía un apartado para observaciones, diagnóstico e intervención social; cuando el instrumento se modificó en 2016, únicamente permaneció un espacio abierto para el diagnóstico social, posiblemente esta es la razón por la que los trabajadores sociales continúan describiendo las prácticas institucionales como una forma de evidenciar las acciones que realizan.

En la muestra se localizó la mención de esta categoría en casi una tercera parte de los indicadores furtivos, especificando las acciones del procedimiento de Inducción Hospitalaria al Paciente y su Familia (HIMFG c, 2018); a continuación, se presenta los índices que componen la categoría:

- **Orientación Sobre Trámites Administrativos.** Este índice se refiere a las instrucciones que el trabajador social proporciona al entrevistado en relación con todos aquellos trámites que se deben realizar para la atención oportuna del paciente, por ejemplo, la obtención de carnet de citas médicas o el otorgamiento de “hoja de servicios”.
- **Inducción Hospitalaria y Solicitud de Documentos.** El índice hace referencia a la orientación inicial que se brinda a los usuarios para facilitar su participación en el proceso de atención y favorecer el cumplimiento de normas y requisitos hospitalarios de ingreso a la Institución, entre los que destaca la entrega de documentos que acredite la identidad del paciente y los padres o tutores, además de vigencias de no derechohabencia a servicios de salud (IMSS e ISSSTE), así como comprobante de domicilio e ingreso económico.
- **Observaciones del o la Trabajadora Social.** Este índice, hace referencia a los comentarios objetivos que el profesional realiza en relación con algunos comportamientos del entrevistado y la posibilidad de manipulación en la información, esto con la finalidad de profundizar y dar seguimiento ya sea por el trabajador social que entrevista o por otro cuando existe un cambio de servicio médico. Además, se leen acciones realizadas durante la entrevista, tales como la asignación de nivel en el sistema interno del hospital (SIGHO) o actualización de formatos institucionales como el informe social.
- **Información del Sistema Nacional de Protección Social para la Salud (Seguro Popular).** El índice se refiere a la cobertura de la política pública de protección en salud creada en 2002 con el objetivo de garantizar el acceso integral a los servicios públicos sin distinciones. Anteriormente, para acceder a sus beneficios y sufragar la atención médica se requería contar con póliza vigente de servicios en donde apareciera el nombre de cada uno de los integrantes de la familia como beneficiarios del programa, por ello el trabajador social debía orientar sobre el proceso a seguir para obtener dicho documento.

Cabe mencionar que por la temporalidad en la que se eligió la muestra, se tenía vigente el Sistema Nacional de Protección Social para la Salud (Seguro Popular) por lo que era indispensable contar con la póliza de servicios. Actualmente el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) no requiere dicho trámite, sin embargo, para ser validado se solicitan documentos como INE de los padres o tutores y CURP del paciente, así como acreditación de no derechohabencia a servicios de salud como IMSS e ISSSTE, por lo que

se alude que de mencionarse en el diagnóstico social la información se modificó a los documentos actualmente requeridos.

- **Promoción de Lavado de Manos.** En este índice se especifica la orientación que el trabajador social realiza sobre la importancia de lavado de manos fomentando su adopción dentro y fuera de la institución como medida preventiva de infecciones nosocomiales.

En la institución en comento, se lleva a cabo un programa de promoción para el lavado de manos como medida preventiva de infecciones nosocomiales llamado “Vamos por el CIEN” que tiene como objetivo la participación conjunta de la familia y el equipo multidisciplinario. Actualmente además del lavado de manos y aplicación de alcohol-gel, se agrega el uso de cubrebocas y caretas protectoras que además de prevenir infecciones también previenen contagios por COVID-19.

- **Promoción de Donación sanguínea.** Este índice se refiere a la orientación que el trabajador social realiza sobre la importancia de participar con donación sanguínea de manera altruista.

La donación sanguínea no es obligatoria, sin embargo, se promueve la participación de la familia cuando los pacientes han sido transfundidos o requieren cirugías en donde es necesario tener disponibles unidades de sangre o sus derivados.

En síntesis, esta categoría no brinda información de necesidades o carencias que requieran de intervención social, sin embargo, se incluye en el diagnóstico social como evidencia de las acciones realizadas durante la entrevista de acuerdo con el Procedimiento para la Inducción Hospitalaria del paciente y su familia.

Tener un espacio en donde se demuestre por escrito las acciones realizadas por el trabajador social durante la entrevista es importante, pero esta no debe realizarse en el asignado para la construcción del diagnóstico social ya que ello no implica una carencia o problema de la familia que obstaculice la atención en salud y adherencia terapéutica, por ello se sugiere omitirlo y plasmarlo en otros instrumentos como lo son las notas de seguimiento.

CONCLUSIONES

El Hospital Infantil de México Federico Gómez es un instituto de tercer nivel en salud que proporciona atención médica de alta especialidad a la población infantil, por lo que el equipo médico multidisciplinario interviene en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

En la institución en comento, la construcción del diagnóstico social forma parte del proceso de indagación, atención e intervención en donde se visualiza al sistema familiar del paciente y el contexto socioeconómico en donde se desarrolla.

De acuerdo con diversos autores como Richmond, Aguilar & Ander-Egg, Martín, entre otros, el diagnóstico social es un instrumento en el que se realiza un análisis e interpretación de causas, necesidades, carencias y problemas de un sujeto, un grupo, o comunidad en donde se realizará la intervención y para conocer la situación se requiere aplicar diferentes técnicas e instrumentos propios de trabajo social.

En la investigación se realizó un estudio documental exploratorio en donde se analizó la construcción del diagnóstico social, a partir del estudio socioeconómico del cual forma parte, este instrumento es aplicable a la totalidad de pacientes atendidos, con el objetivo de identificar sus características socioeconómicas y ubicarlo en un nivel de clasificación económica, a la fecha con la entrada en vigor del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en donde los servicios de salud son gratuitos, la asignación de nivel solo se utiliza como información estadística interna sin que ello afecte la atención del paciente.

El estudio socioeconómico se conforma por cuatro categorías: 1) Datos Generales del Paciente, 2) Estado de Salud Familiar, 3) Condiciones Económicas y de Trabajo, y 4) Condiciones de la Vivienda; estas se integran por indicadores ponderados¹⁹ y no ponderados²⁰, que se dividen en índices específicos de recuperación de información.

Debido a que el diagnóstico social forma parte del Estudio Socioeconómico se alude que su construcción parte de la información recabada en su aplicación por lo que la investigación se centra en identificar cuáles son los indicadores que se utilizan.

Del Estudio Socioeconómico, los indicadores no ponderados son los que prevalecen en la construcción del diagnóstico social, esto se debe a que la categoría de "Datos Generales del Paciente" únicamente contiene información no ponderada; y en el resto de las categorías se encuentran ambos indicadores que son utilizados de

¹⁹ Indicadores Ponderados: son aquellos que llevan un puntaje cuantificable para la asignación de nivel.

²⁰ Indicadores No Ponderados: son los que no tienen un puntaje para la asignación de nivel, es decir, es información cualitativa

manera complementaria para visualizar el contexto social y económico de la familia en donde se desarrolla el paciente sin que la ponderación sea determinante.

En la investigación se encontró la utilización de indicadores ponderados y no ponderados expuestos en índices delimitados por categorías:

- **Categoría “Datos Generales del Paciente”**. Se refiere a la información general del paciente y se conforma únicamente por índices de indicadores no ponderados:
 - Registro o folio institucional
 - Nombre del paciente
 - Fecha de nacimiento
 - Edad del paciente
 - Institución de referencia
 - Sexo del paciente
 - Lugar de nacimiento (Delegación, Municipio, Estado)
 - Nacionalidad
 - Lugar de atención del parto
 - Escolaridad del paciente
 - Registro civil (acta de nacimiento)
 - Ocupación del paciente
 - Lengua-Idioma
 - Religión
 - Nombre de los padres
 - Escolaridad de los padres
 - Estado civil de los padres
 - Domicilio de procedencia permanente
 - Teléfono de contacto
 - Domicilio temporal (delegación, municipio)

De estos índices, la prevalencia con casi una décima parte de los indicadores no ponderados con los que se construye el diagnóstico social, corresponde al domicilio de procedencia permanente, esto con relación a la ubicación de la vivienda contemplando la existencia de un problema en cuanto al costo y/o tiempo de traslado continuo a la institución, lo que puede ser un obstáculo para la atención del paciente; y se complementa con el domicilio temporal que visualiza la movilidad de la familia y las redes de apoyo con las que puede o no contar en la ciudad alertando sobre la posible necesidad de albergar en Instituciones de Asistencia Privada con la finalidad de favorecer la continuidad de la atención en salud.

Además, se presenta información sobre el acceso al sistema educativo tanto del paciente como de los padres relacionándolo con el acceso a empleos que permitan sufragar atención en salud ante urgencias médicas.

Es importante destacar que, de acuerdo con las acciones esenciales de seguridad del paciente, para prevenir errores en la atención del paciente, se sugiere mencionar los índices: nombre completo, fecha de nacimiento y registro hospitalario.

Cada diagnóstico social se construye a partir del análisis que el trabajador social realiza del caso, por lo que se alude que algunos índices de suma relevancia como el idioma y religión no se retoman o es muy bajo el porcentaje debido a que el caso

atendido en ese momento no ameritaba su mención y esto no implica que puedan ser utilizados en otro momento.

- **Categoría “Estado de Salud Familiar”**. Se compone de indicadores ponderados y no ponderados y se refiere a las condiciones de salud del sistema familiar, los índices que los constituyen son:

Indicadores Ponderados	{	<ul style="list-style-type: none">- Tiempo de atención médica por el padecimiento (menos de 3 meses, de 3 a 6 meses, más de 6 meses)- Atención en otras instituciones de salud por algún otro diagnóstico (sí, no) / diagnóstico y lugar de atención de otros problemas de salud- Estado de salud de la familia / sin incluir al paciente (ningún enfermo, un enfermo, dos o el principal proveedor económico) / Parentesco, diagnóstico y lugar de tratamiento de atención de la familia
Indicadores No Ponderados	{	<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico(s) médico(s) del paciente- Derechohabiente o beneficiario de servicios de salud- Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia

Los índices que predominan corresponden a indicadores ponderados pormenorizando el estado de salud de los integrantes de la familia, el diagnóstico del paciente y el tiempo de atención médica por el padecimiento. Estos datos visibilizan la familiaridad que se tiene con el proceso salud-enfermedad o bien con los cuidados que el paciente requerirá durante la atención de salud.

Pese a que la institución en donde se realiza la investigación es un hospital de tercer nivel, en la construcción del diagnóstico social ésta es la menos utilizada quizá porque el estudio socioeconómico se aplica al inicio de la atención médica.

- **Categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”**. Se refiere a las actividades económicamente productivas que realizan los integrantes de la familia para solventar necesidades básicas, el gasto que se genera y la correlación entre el total de ingresos y egresos, además de establecer el monto de equilibrio, déficit o superávit. Los índices de indicadores ponderados y no ponderados que la componen son:

- | | | |
|---------------------------|---|---|
| Indicadores Ponderados | { | <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso familiar mensual - Relación ingreso-número de dependientes económicos - Ocupación del principal proveedor - Relación ingreso-egreso |
| Indicadores No Ponderados | { | <ul style="list-style-type: none"> - Personas que aportan al gasto familiar (Nombre) - Parentesco de quienes aportan al gasto familiar - Número de dependientes económicos - Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad - Egreso mensual (alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, agua, luz, gas, telefonía, transporte o gasolina, gastos escolares, gastos en salud, servicios domésticos, gastos adicionales) - Situación económica (déficit, superávit, equilibrio) |

Los índices que se utilizan en la construcción del diagnóstico social son tanto de indicadores ponderados como no ponderados, enfatizando el uso de los primeros, específicamente la ocupación del principal proveedor económico, lo que se relaciona con el ingreso, además de puntualizar el parentesco con el paciente.

Esto visibiliza la importancia de la situación económica que la familia tiene para enfrentar problemas de salud, si bien en la actualidad los servicios no tienen costo por la entrada en vigor del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), existen gastos de bolsillo relacionados, como incremento del gasto en alimentación del cuidador primario en la institución, pasajes, hospedajes, etc., condiciones que pueden obstaculizar el acceso a las instituciones de salud.

- **Categoría “Condiciones de la Vivienda”.** Son las condiciones generales de la vivienda donde habita el paciente y su familia. Los índices de indicadores ponderados de las que se compone son los siguientes:

- Indicadores Ponderados
- Derechos reales de la vivienda (propia pagada, prestada, renta o crédito, otro)
 - Tipo de vivienda (institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, tugurio, cuarto redondo, sin vivienda, vecindad, cuarto de servicio, departamento o casa popular, unidades habitacionales, departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca, departamento o casa residencial)
 - Número de dormitorios
 - Número de personas por dormitorio
 - Material de construcción de la vivienda /techos (mampostería, mixta, lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región)
 - Servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono, gas, cable, internet)
 - Servicios públicos (agua, alumbrado, drenaje, pavimentación, alcantarillado, escuelas, teléfonos, recolección de basura)

- Indicadores No Ponderados
- Espacios con los que dispone la vivienda (sala, cocina, comedor, sanitario, patio)
 - Número de familias que habitan el predio
 - Zona de ubicación (urbana, suburbana, rural)

Los índices de indicadores ponderados se utilizan con mayor prevalencia, específicamente el relacionado a los derechos del espacio, esto debido a la movilidad que la familia puede tener para cambiar de domicilio o bien por no contar con recursos económicos suficientes para vivir fuera del sistema familiar de origen, es decir compartir la vivienda con abuelos, tíos, etc. Además, se utilizan los índices en donde se da a conocer los servicios intra y extradomiciliarios de los que disponen, así como la zona de ubicación; esta información se utiliza para visualizar el contexto en donde se desarrollan, siendo importante conocer si tienen acceso a servicios básicos determinantes para la atención ambulatoria de los pacientes como lo es el tener agua para la asepsia de espacios o electricidad para el mantenimiento de equipos como concentradores de oxígeno. Además de vías de comunicación y acceso a establecimientos como mercados, farmacias, escuelas e instituciones de salud.

Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico social forma parte del estudio socioeconómico por lo que se asume que su construcción parte del instrumento, sin embargo, se encontró un hallazgo significativo en el uso de información no contenida en él, y que representa el mayor porcentaje en la muestra analizada, a estos indicadores se determinó llamarlos “furtivos” y parten de la experiencia profesional.

En los diagnósticos sociales analizados, los indicadores “Furtivos” visibilizan la importancia que el trabajador social brinda a la familia, las redes sociales de apoyo y prácticas institucionales; de tal forma que su construcción no solo se basa en la información del Estudio Socioeconómico sino en el sistema social y familiar donde se desarrolla el paciente como un indicativo determinante para acceder a la salud y mantener adherencia terapéutica. Para profundizar en estos indicadores se determinó dividirlos en categorías de acuerdo con el contenido de la información:

- **Categoría “Familia”**. Se refiere al grupo en el que se desarrolla el paciente. Los trabajadores sociales indagan sobre el sistema familiar y determinan importante señalar las características de este, brindando un panorama en donde se desarrolla el paciente y que pueden favorecer u obstaculizar la atención en salud y la adherencia terapéutica. Los índices que componen este indicador furtivo son:
 - Tipo de Familia
 - Ciclo Vital de la Familia
 - Roles, Dinámica Familiar
 - Canales de Comunicación
 - Funcionalidad Familiar
 - Edad de los Padres
 - Violencia en la Familia
 - Planificación Familiar
 - Carencias Sociales
 - Adicciones

De estos índices predomina el tipo de familia especificando si es nuclear, extensa, uniparental o reconstruida. Su importancia radica en identificar si la conformación del sistema puede o no favorecer la atención en salud y adherencia terapéutica.

Por ejemplo, cuando la familia es extensa, y el paciente requiere de un plan alimentario específico, los familiares colaterales pueden obstaculizar la adherencia terapéutica ya que en ocasiones se piensa que los padres exageran en los cuidados y no faltan los abuelos o tíos que trasgredan el plan, por lo que es importante conocer si en el sistema existen límites y respeto en la toma de decisiones.

Cabe mencionar que si bien se hace referencia a cada uno de los conceptos existe una variedad en la terminología, por ejemplo, en la tipología familiar, el ciclo vital, diferencia entre funcionalidad y dinámica familiar, etc. Por ello es indispensable contar con un marco teórico de referencia de uso común que permita a cualquier trabajador social del Instituto abordar el caso a partir del diagnóstico social.

- **Categoría “Redes Sociales de Apoyo”.** Son los grupos comunitarios, familiares o institucionales que brindan ayuda física, emocional o económica ante un evento adverso como lo es la pérdida de la salud. Los índices que la componen son:
 - Redes Sociales de Apoyo identificadas por la familia
 - Redes Sociales de Apoyo identificados por el trabajador social

Cuando una persona se enferma, el sistema familiar se trastoca y debe reorganizarse para la atención necesaria, es decir cambian las actividades cotidianas y la distribución del trabajo por lo que es necesario contar con redes de apoyo para enfrentar cualquier situación que impida la atención en salud.

Con frecuencia se utiliza el término de red social para referirse a grupos cibernéticos, sin embargo, en este caso se trata del entramado de relaciones entre sujetos que permitan coadyuvar para la resolución de una necesidad. Por ejemplo, cuando la hospitalización del paciente es prolongada, la familia se une para apoyar con los cuidados en la institución, o bien de los hermanos en el domicilio, otro caso es cuando se requiere de recursos económicos para la compra de medicamentos, catéteres, sondas, etc., estos pueden ser gestionados con instituciones o grupos comunitarios.

El trabajador social durante la entrevista detecta a estas redes sociales, las cuales a lo largo de la atención en salud podrán apoyar a la familia y al paciente, por lo que su identificación es de suma importancia y por ello las da a conocer en el diagnóstico social, además de la mirada profesional también deben ser visualizadas por la familia con el objetivo de utilizarlas únicamente cuando el caso lo amerite, previniendo hacer mal uso de ellas.

- **Categoría “Prácticas Institucionales”.** Estas se encuentran descritas en el manual de procedimientos del departamento de trabajo social. Los índices que la componen son:
 - Promoción de Donación Sanguínea
 - Promoción de Lavado de Manos
 - Información del Sistema Nacional de Protección Social para la Salud (Seguro Popular)
 - Observaciones del o la Trabajadora Social
 - Inducción Hospitalaria y Solicitud de Documentos

- Orientación sobre Trámites Administrativos

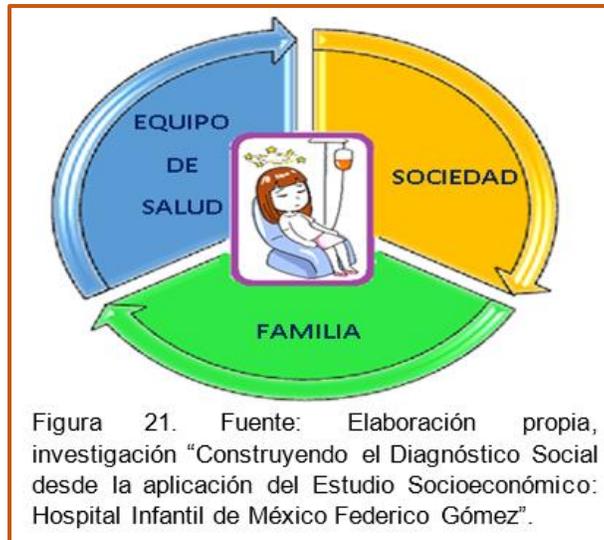
Los trabajadores sociales plasman estas acciones como una forma de evidencia del trabajo realizado durante la entrevista de elaboración del Estudio Socioeconómico. Encontrando con mayor prevalencia la Orientación sobre Trámites Administrativos e Inducción Hospitalaria y Solicitud de Documentos.

Estas prácticas institucionales no deben ser utilizadas para la construcción diagnóstica debido a que son acciones propias de los profesionales, por lo que es obligatorio el realizarlas en todos los casos, y no determinan una necesidad, carencia o problema que obstaculice la atención en salud.

A partir de la revisión documental sobre el diagnóstico social se concluye que es un constructo en donde el trabajador social plasma las condiciones sociales y económicas del paciente y su familia. Esta información se origina a través de la aplicación de instrumentos como el estudio socioeconómico en donde se jerarquizan las necesidades, carencias y problemas sociales con el objetivo de realizar un plan social.

En salud, la construcción del diagnóstico social visibiliza el sistema familiar del paciente y el contexto socioeconómico en donde se desarrolla, información que sustenta la intervención social enfocada en favorecer el acceso a la salud. Cabe mencionar que, aunque la salud es un derecho, existen determinantes sociales que obstaculizan su acceso y es en ello en lo que trabajo social interviene como parte de un equipo multidisciplinario.

En la práctica profesional del Trabajador Social en el HIMFG, la intervención se basa en la identificación oportuna de necesidades y carencias sociales que obstaculicen la adherencia terapéutica; se visualiza la atención en salud como un sistema en que participan tres equipos en favor del paciente: 1) profesionales de la Salud, 2) Sociedad y 3) Familia. Estos deben unir sus fuerzas con el objetivo de hacer frente al proceso salud-enfermedad, por ello los trabajadores sociales analizan la relación y condiciones específicas de estos tres equipos para que al detectar conflictos en ellos se pueda intervenir socialmente en beneficio del paciente.



En síntesis, la construcción del diagnóstico social en el Hospital Infantil de México Federico Gómez se basa en indicadores ponderados y no ponderados del estudio socioeconómico, así como de indicadores furtivos, de los cuales destaca información de la familia. Estos datos que se recaban a partir de la experiencia que los profesionales han desarrollado en la práctica profesional.

En los diagnósticos sociales se leen los índices de los indicadores del instrumento sin importar su ponderación sin un análisis en donde se especifiquen carencias o problemas sociales, por lo que no hay homogeneidad en la información con la que se construyen los diagnósticos.

Cuando se precisa la heterogeneidad de los diagnósticos, no se tacha de bueno o malo, ya que en ello se rescatan las particularidades que el trabajador social detectó del caso, sin embargo, el buscar la homogeneidad es tener una terminología específica en donde la información analizada se englobe en necesidades, carencias y/o problemas de la familia que obstaculicen la adherencia terapéutica sin que en ello se pierda la descripción del porque se llega a dicha conclusión; y para ello es necesario contar con un marco teórico de referencia similar.

PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

En el entendido de que el diagnóstico social debe especificar las necesidades, carencias o problemas sociales, es necesario que los profesionales de trabajo social realicen un análisis pormenorizado de la información para presentarla en una conclusión de necesidades, carencias y/o problemas de la familia del paciente que obstaculicen la atención en salud, omitiendo definitivamente las Prácticas Institucionales como la “Inducción Hospitalaria al Paciente y su Familia” ya que estas no exponen las condiciones familiares, sociales y económicas que afecten la adherencia terapéutica y son actividades que se realizan con todos los pacientes debido a que forma parte del Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social, por lo que es imperante que desaparezcan del diagnóstico social.

Este análisis se debe basar en un marco teórico homogéneo de conocimiento y aplicación por el personal del Departamento de Trabajo Social el cual podrá ser actualizado de acuerdo con los cambios sociales del país.

Para la construcción del diagnóstico social y siguiendo los indicadores encontrados en la investigación se sugiere analizar la información del estudio socioeconómico presentándola en una conclusión referente a carencias y problemas socioeconómicos de la familia que obstaculicen la atención en salud y adherencia terapéutica, se requiere también homogeneizar la presentación del grupo familiar en donde se desarrolla el paciente, como parte del contexto que se requiere visibilizar para la intervención social.

En relación con la familia es importante valorar la posibilidad de incluir en el estudio socioeconómico las categorías de “Familia” y “Redes Sociales de Apoyo” sin que ello interfiera en la ponderación especificada en el Diario Oficial de la Federación. Esto permitirá una homogeneidad en la información para la construcción del Diagnóstico Social.

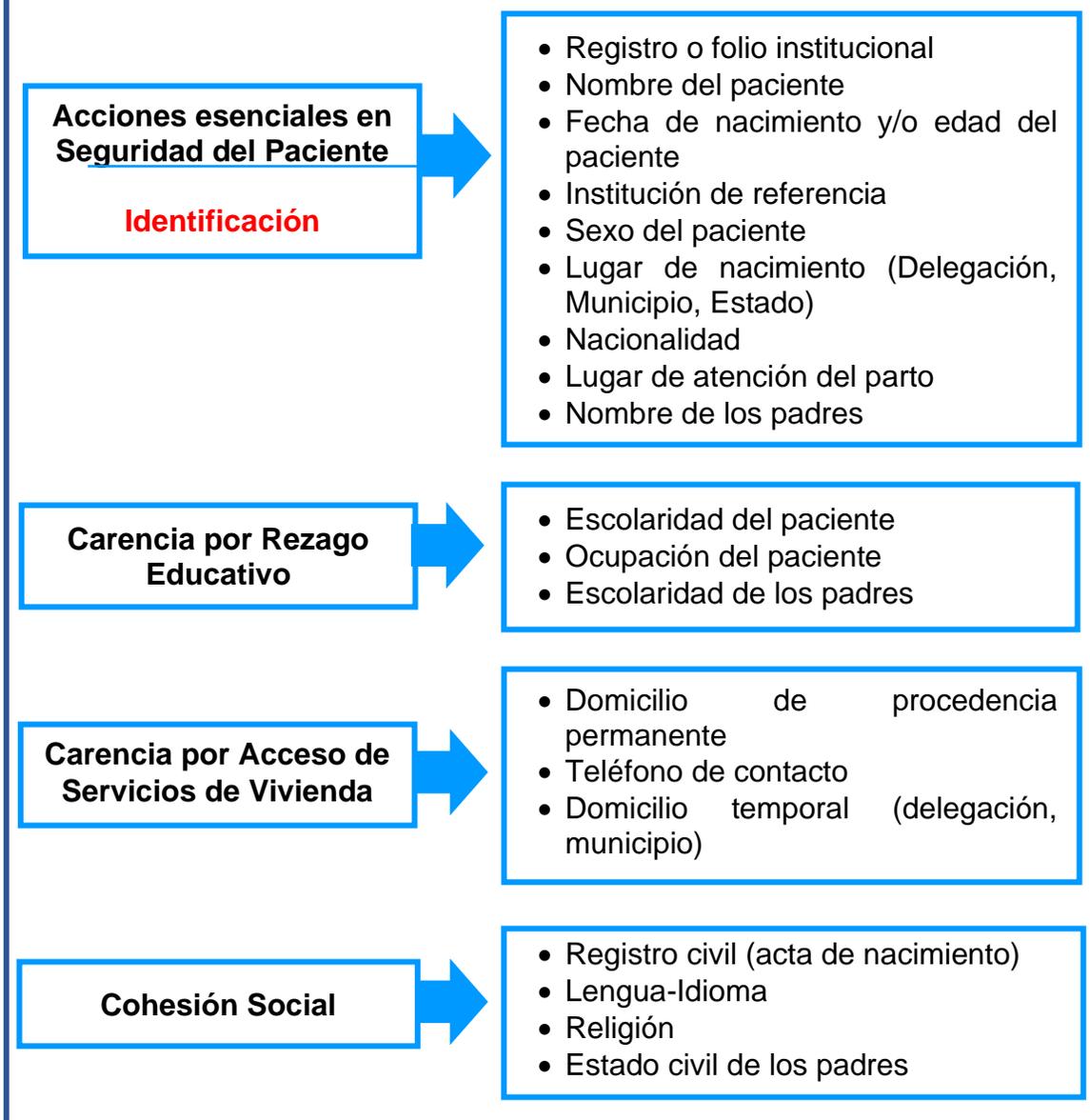
En relación con la información que se obtiene actualmente del Estudio Socioeconómico, el análisis de las categorías del instrumento se puede establecer a partir de las carencias determinadas por el CONEVAL ya que éstas permiten identificar el grado de pobreza en que se encuentra el paciente y su familia y a partir de ellos establecer los factores causales en los que se puede realizar la intervención social. En la tabla 17, se muestran las cuatro categorías del Estudio Socioeconómico y la identificación de carencias sociales a las que hace referencia:

TABLA 17. Carencias Sociales detectadas con el Estudio Socioeconómico para la construcción del Diagnóstico Social	
Categorías del Estudio Socioeconómico	Carencias Sociales
Datos Generales del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Carencias por rezago educativo (tanto del paciente como de los padres o tutores). • Carencia por acceso a servicios de vivienda (Teléfono de contacto y/o domicilio temporal) • Cohesión social (lenguaje, religión, domicilio temporal con redes familiares)
Estado de Salud Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia por acceso a los servicios de salud • Carencia por acceso a seguridad social
Condiciones Económicas y de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia por acceso a la alimentación • Carencia por acceso a la seguridad social <p><i>Ambas relacionadas con el empleo y el ingreso con que cuenta la familia</i></p>
Condiciones de la Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda • Carencia por calidad y espacios de la vivienda

Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

La figura 22 muestra de manera específica los índices de indicadores no ponderados de la categoría “Datos Generales del Paciente” relacionados con carencias sociales que pueden ser retomados en el análisis para la construcción del Diagnóstico Social:

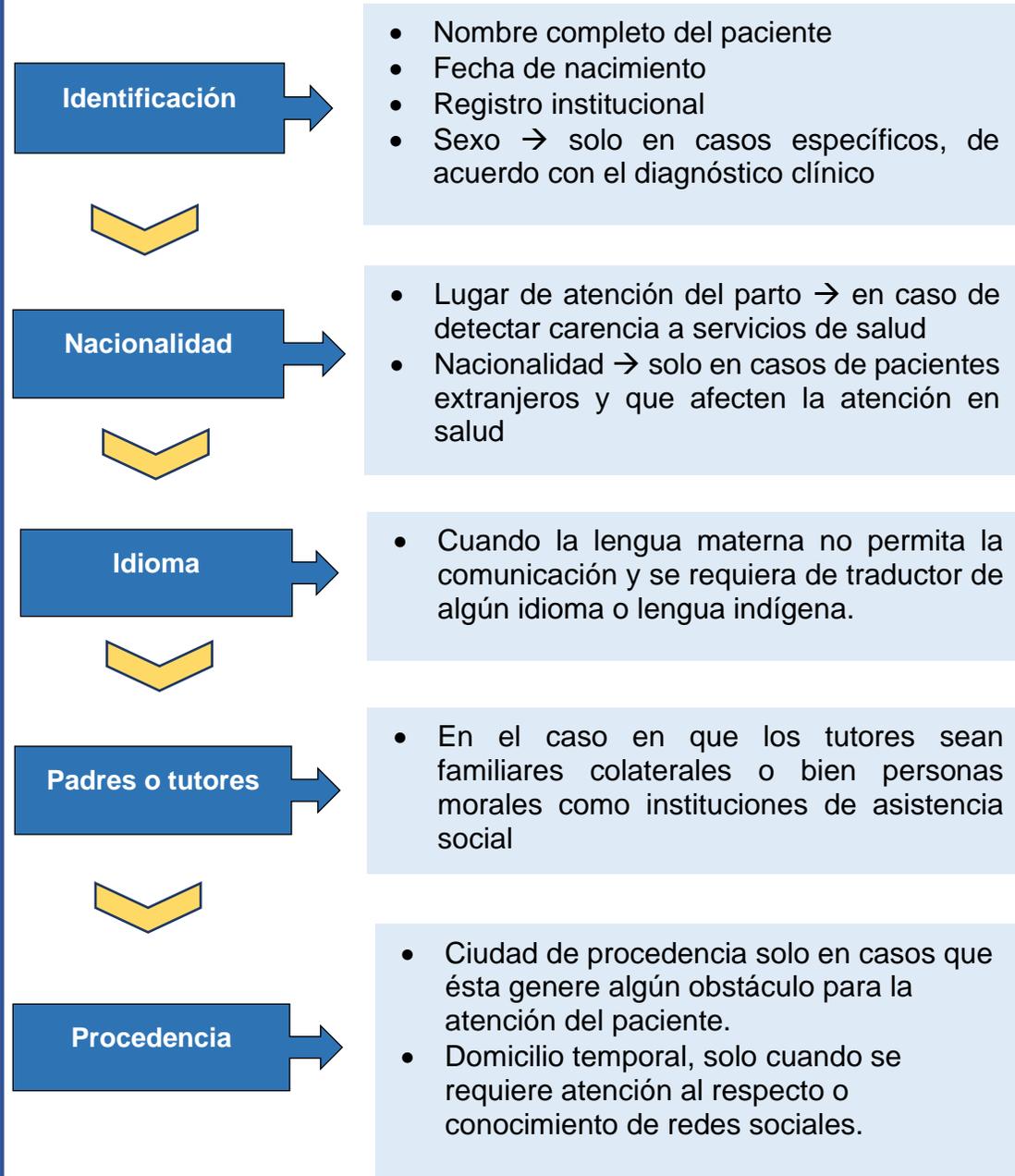
Figura 22. Detección de Carencias Sociales en la Categoría “Datos Generales del Paciente”



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

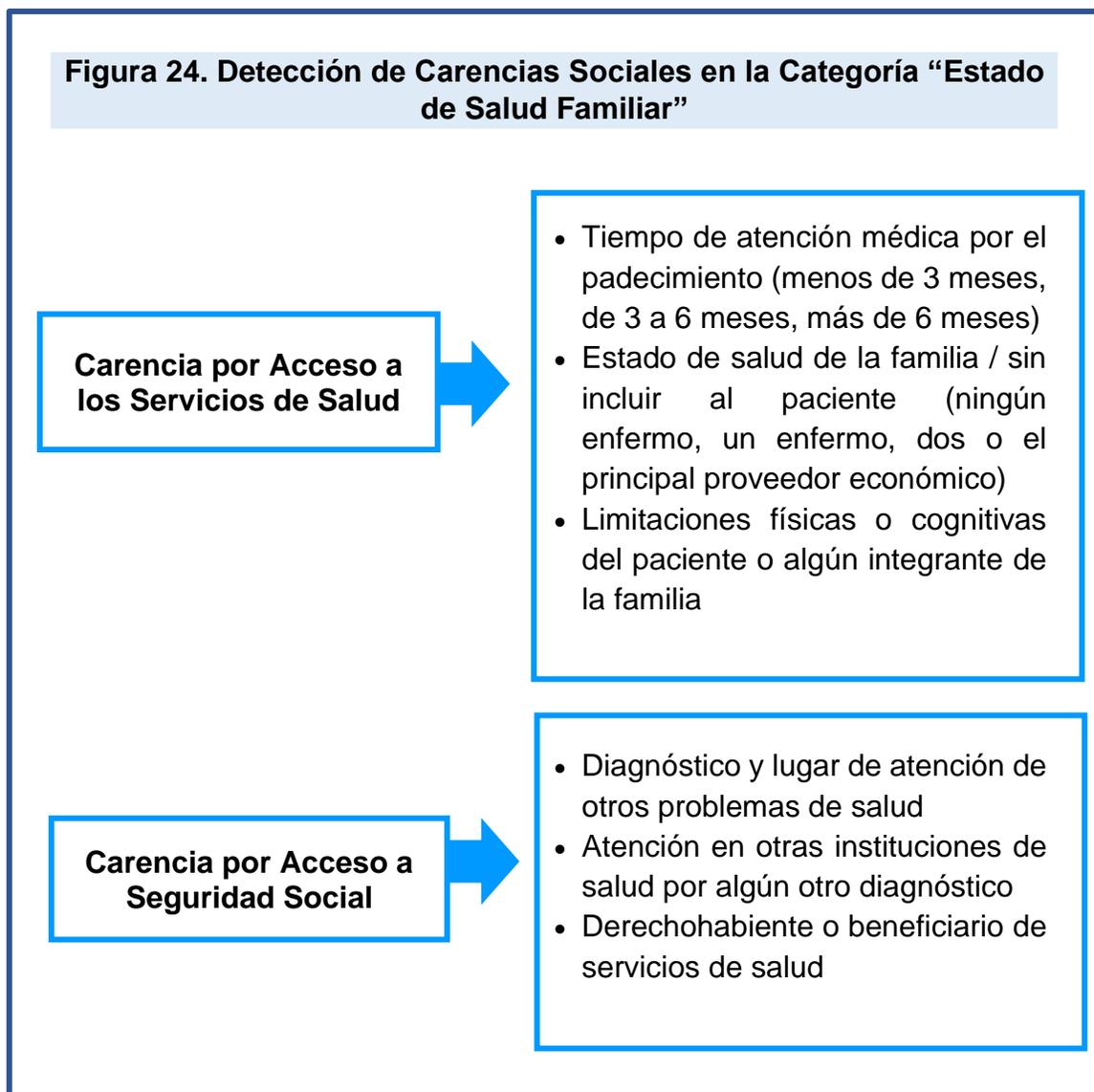
En la figura 23 se presenta un ejemplo del análisis que se puede realizar para la problematización de carencias con los índices de la categoría “Datos Generales del Paciente”:

Figura 23. Análisis para la Construcción del Diagnóstico Social en la Categoría “Datos Generales del Paciente”



Fuente: Elaboración propia, investigación "Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez".

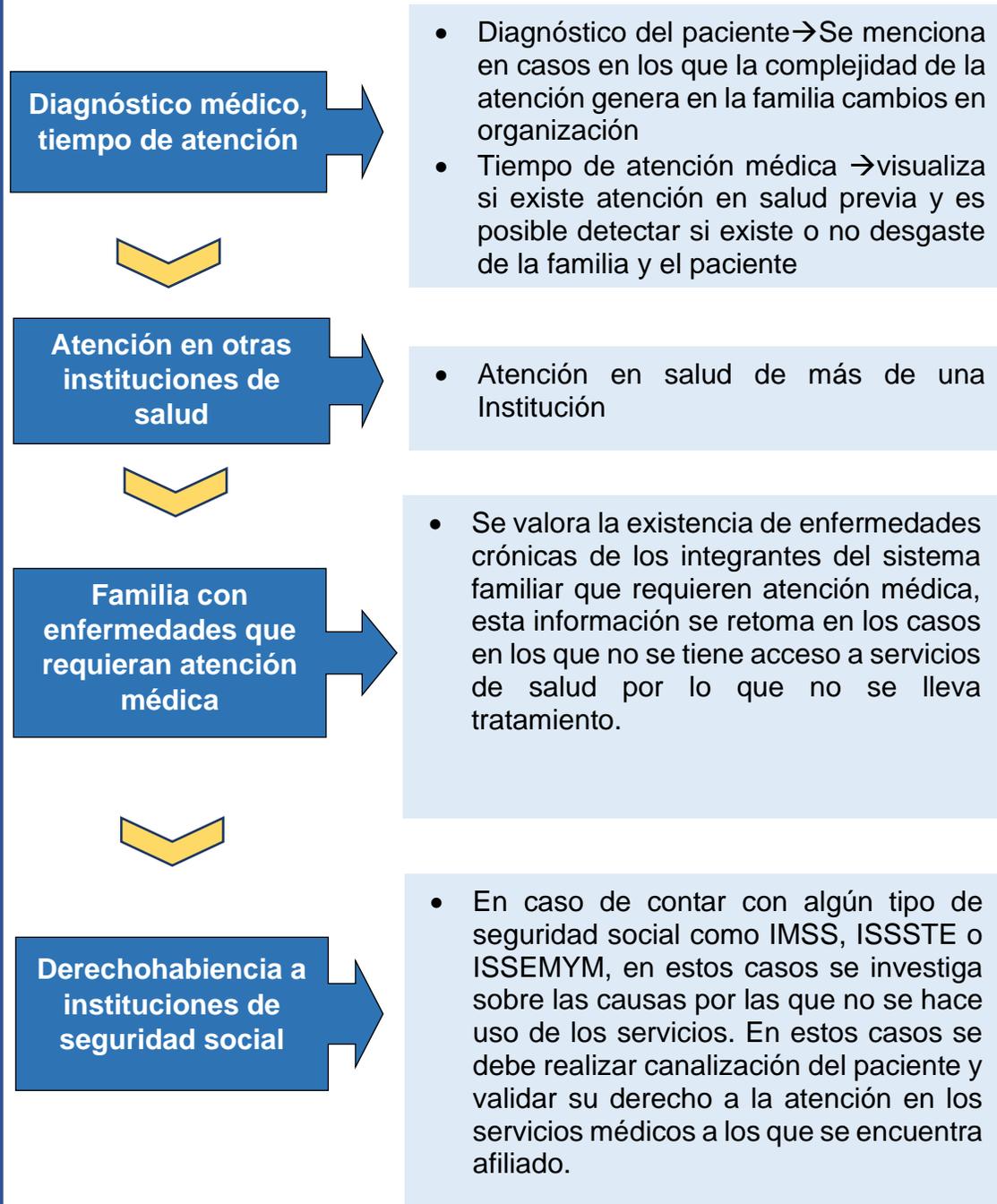
La figura 24 se refiere a la categoría “Estado de Salud Familiar” y los índices de indicadores ponderados y no ponderados relacionados con carencias sociales que se pueden retomar en el análisis para la construcción del Diagnóstico Social:



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

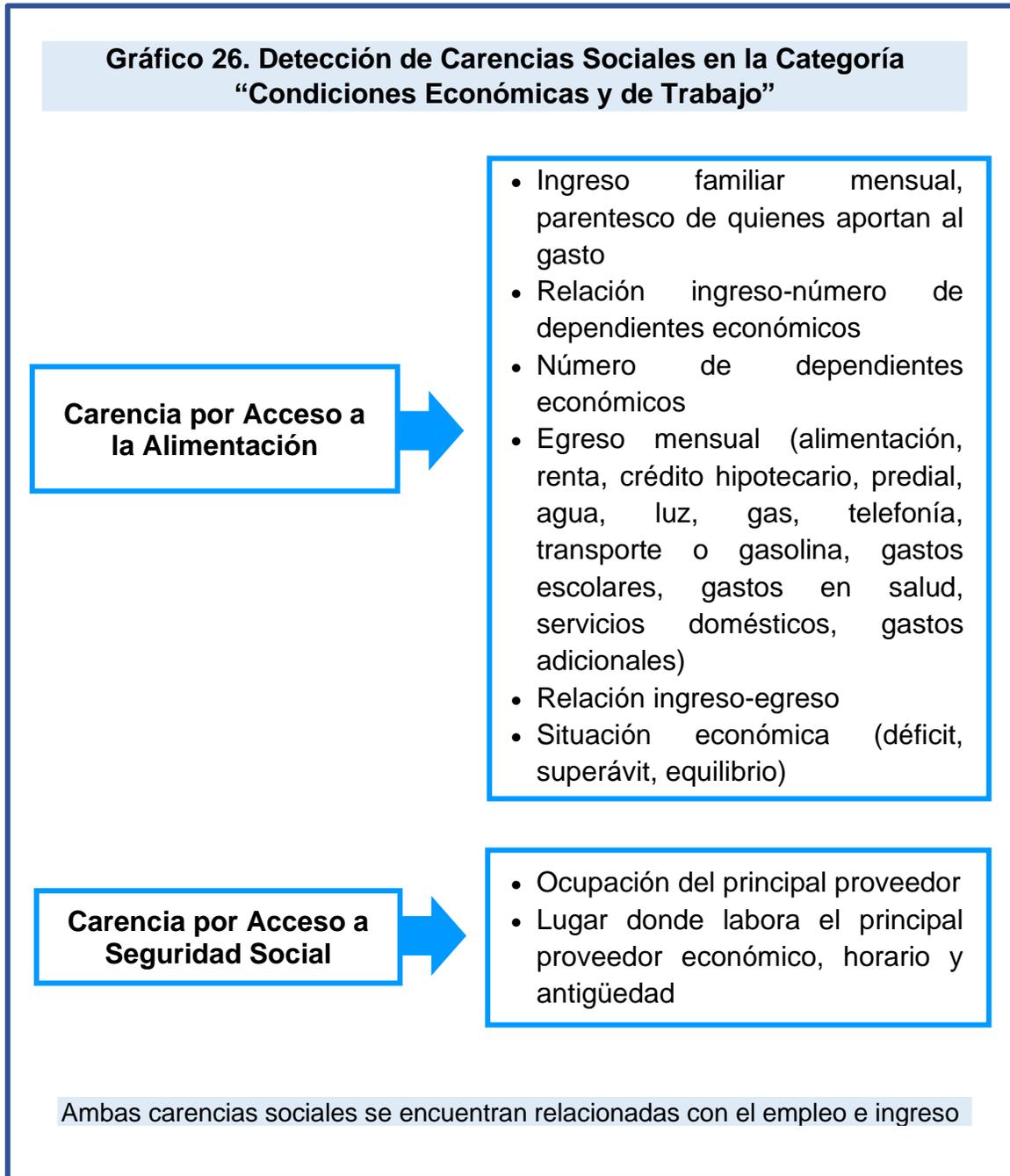
La figura 25 se presenta un ejemplo del análisis para la problematización de carencias con los índices de la categoría “Estado de Salud Familiar”:

Figura 25. Análisis para la Construcción del Diagnóstico Social en la Categoría “Estado de Salud Familiar”



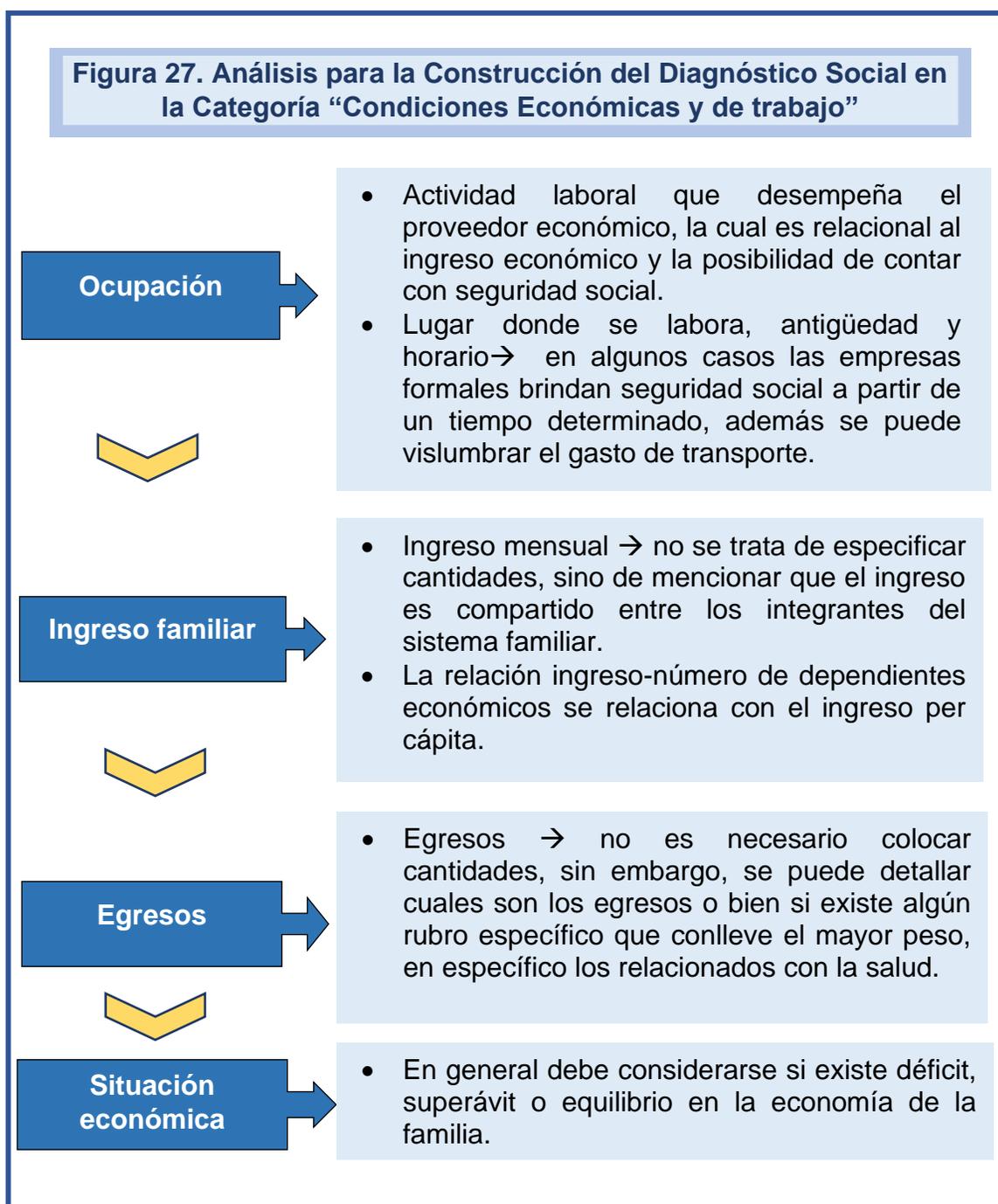
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En cuanto a la categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo” los índices de indicadores ponderados y no ponderados relacionados con carencias sociales para la construcción del Diagnóstico Social se presentan en la figura 26:



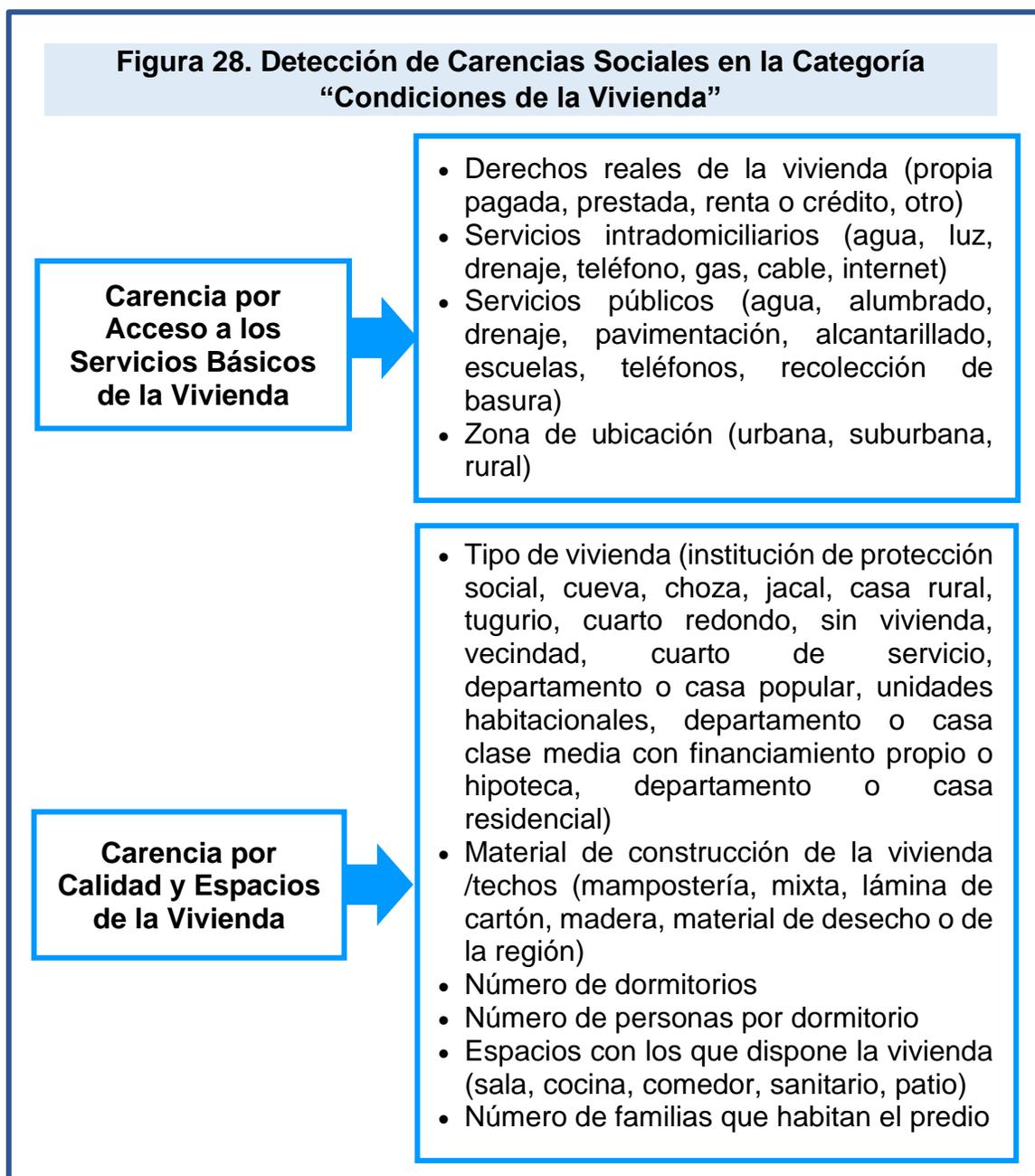
Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

La figura 27 muestra un ejemplo del análisis para la problematización de carencias con los índices de la categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”:



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

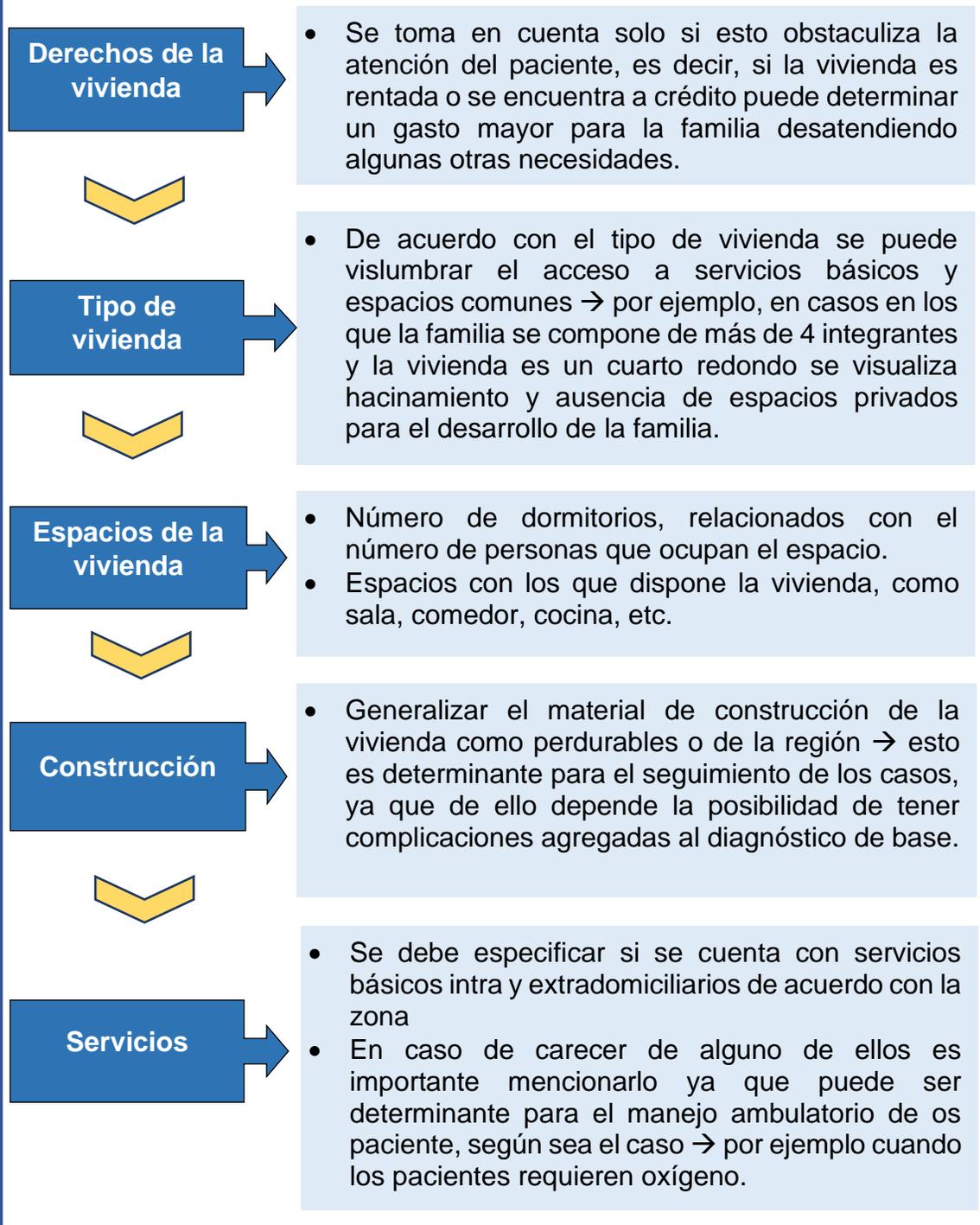
Por último, se presenta la categoría “Condiciones de la Vivienda”, la figura 28 especifica los índices de indicadores ponderados y no ponderados relacionados con carencias sociales para la construcción del Diagnóstico Social:



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

El ejemplo para utilizar para el análisis de carencias con los índices de la categoría “Condiciones Económicas y de Trabajo”, se presenta en la figura 29:

Figura 29. Análisis para la Construcción del Diagnóstico Social en la Categoría “Condiciones de la Vivienda”



Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

De manera general se presenta un ejemplo aplicado en la práctica profesional, es importante recordar que el diagnóstico social y análisis de indicadores se relaciona con el caso con el que se trabaje:

Ejemplo de un diagnóstico social a partir del análisis del contexto familiar y carencias sociales.

(48) **Diagnóstico Social Inicial**
 Paciente: _____ Registro: _____ fecha de nacimiento: _____

La paciente se desarrolla en una familia reconstruida con canales de comunicación abiertos, con una dinámica basada en libertad en la toma de decisiones, apoyo y cuidados mutuos. De acuerdo con el ciclo vital de la familia, se encuentran en la etapa de educación y crianza de los hijos.

Se destacan las siguientes carencias sociales que pueden obstaculizar la atención en salud:

- Carencia por acceso a los servicios de salud: la comunidad de origen no cuenta con instituciones de salud por lo que la familia requiere trasladarse al centro de Guerrero para acceder a servicios de salud.
- Carencia por acceso a los servicios básicos de vivienda: no se cuenta con servicio funcional de agua potable por lo que la familia realiza gastos de bolsillo para la compra de pipas.
- Carencia por calidad y espacios de la vivienda: No se cuenta con servicios apropiados para el desarrollo biopsicosocial favorable de sus integrantes al existir hacinamiento.
- Carencia por acceso a la alimentación y seguridad social: el empleo del padre es variable con un ingreso insuficiente para cobertura de necesidades.
- Redes de apoyo: se cuenta con apoyo de redes sociales primarias física, económica y moralmente.
- Educación reproductiva: la pareja no ha adoptado métodos anticonceptivos, por lo que se tiene el riesgo de embarazo no planeado que obstaculice la atención en salud y adherencia terapéutica de la paciente.

(49) Total de puntos (50) Nivel de acuerdo a puntaje (51) Nivel asignado

Figura 30. Fuente: Elaboración propia, investigación “Construyendo el Diagnóstico Social desde la aplicación del Estudio Socioeconómico: Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

En síntesis, el diagnóstico social es un constructo en el que se jerarquizan necesidades, carencias y/o problemas sociales del sujeto de intervención, información que se recaba de la aplicación de instrumentos como el estudio socioeconómico. En el sector salud, la importancia del Diagnóstico Social se sustenta en la necesidad de conocer el contexto social y familiar del paciente, ya que de ello depende el acceso a servicios de salud y adherencia terapéutica, en este sentido, el trabajador social interviene para coadyuvar en el proceso salud-enfermedad.

Con esta propuesta se intenta abrir un dialogo en la profesión para homologar la construcción del diagnóstico social a partir de un análisis de la información recabada en la aplicación de instrumentos. La idea es lograr presentar el contexto en donde se desarrolla el sujeto, definiendo sus carencias y problemas para establecer un plan de intervención, con el objetivo de favorecer el acceso a los servicios de salud, así como la adherencia terapéutica para enfrentar el proceso salud-enfermedad.

PROPUESTA PARA HOMOGENEIZAR MARCO CONCEPTUAL EN LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

A continuación, se presenta información general relacionada con la información encontrada en la muestra analizada y que puede servir como marco teórico de referencia:

1. Entorno Familiar y Social para el Diagnóstico Social

1.1 Familia

La familia es definida en el Diccionario de la Lengua Española como el “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. / Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje (REA b,2014)

Ander-Egg (1996) refiere que la familia “es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida. A lo largo de la historia ha ido adoptando diferentes formas, de ahí que sea un error considerar que hay un modelo único de familia. En sentido estricto y restringido, se designa como familia al grupo que tiene su fundamento en lazos consanguíneos. En su acepción amplia, la palabra “familia” hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines con su tronco genético común. Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre sí relaciones de origen y semejanza” (Ander Egg, 1996, p. 128)

Para el Consejo Nacional de Población (2012) la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación (CONAPO, 2012)

Para efectos de la investigación se conceptualizará a la familia como el grupo de personas con o sin lazo consanguíneo, cada miembro desempeña roles que favorecen la educación, valores y desarrollo individual de los integrantes para la integración social.

1.2 Tipología Familia

Para el trabajador social en la práctica profesional, conocer la tipología familiar implica visualizar la composición de la familia económica, moral y físicamente, así como las relaciones que existen entre ellos. esta información será preámbulo para el reconocimiento de las redes sociales de apoyo para la satisfacción de necesidades.

La familia adopta formas diversas en su conformación de acuerdo con el contexto histórico, social y cultural. Para la práctica profesional en el sector salud la clasificación de la familia implica el conocimiento de los integrantes de éstas, la relación consanguínea, recursos económicos y cohesión de los integrantes. Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales: (Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S16)

a) Parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación... [es] identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. (Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S16)

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

Figura 31. Fuente. Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S16. Parentesco.

b) Presencia física en el hogar o convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica ... [es identificar] los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias (Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S16)

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

Figra 32. Fuente. Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S16. Presencia física en el hogar o convivencia.

c) Medios de subsistencia

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas [y que son aportadas por el jefe de familia]:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

d) Nivel económico

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza... Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores

monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar. (Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S17)

e) Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

Toma en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar (Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S17)

Tipo	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia

Figura 33. Fuente: Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S17. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

En este sentido, el diagnóstico social se puede visualizar como un rompecabezas en el que cada pieza es indispensable para articular la condición social que vive el paciente y su familia y de ello dependerá el cómo se afronta el proceso salud-enfermedad y la correspondiente intervención que el profesional en trabajo social realice.

1.3 Ciclo Vital de la Familia

La familia al ser un grupo social también tiene un ciclo de vida en el que se lleva a cabo la evolución física y cognitiva de sus integrantes.

Cada etapa en el ciclo de vida familiar es caracterizada por un promedio expectable de crisis familiar, que es básicamente una crisis transicional, producida por la convergencia de procesos biológicos, sociales y psicológicos. Las crisis

transicionales son predecibles y necesarias, como respuesta a las necesidades cambiantes de los miembros de las familias, así como de las presiones que ella recibe del medio externo. (Aylwin, 2011, p. 145)

Aylwin & Solares citan a Rhodes (1981) y presentan el modelo de siete etapas, el cual puede no ser lineal en relación con los cambios sociales y culturales:

Tabla 18. CICLO VITAL DE LA FAMILIA	
Etapa	Características
1. Inicio del matrimonio	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de la pareja estable • Precede a la llegada de los hijos • Conocimiento íntimo de la pareja
2. Enfrentado el convertirse en padres	<ul style="list-style-type: none"> • Abarca desde el nacimiento del primer hijo hasta que éste ingresa a la primaria • Implica reorganización de la familia y de la vida cotidiana entorno a las necesidades de los hijos • Se asume el rol de padres, además del de pareja • Reorganización del espacio físico, tareas domésticas, tiempo y relaciones con parientes y amigos
3. Cuando los hijos se van a la escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Abarca desde que el hijo mayor ingresa al sistema escolar hasta que se convierte en adolescente • Los hijos dejan parcialmente el ámbito familiar para desarrollar sus capacidades intelectuales y sociales en el ámbito escolar • Los niños cambian su foco de atención de los asuntos familiares a los intereses individuales, así como la integración de figuras significativas (profesores, amigos)
4. Familias con hijos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Se presentan desafíos con los hijos por constantes cuestionamientos sobre normas familiares y rechazo de la guía y autoridad de los padres • Lucha de los hijos por autonomía y la naciente sexualidad • Búsqueda de nuevas experiencias, entre ellas el uso de drogas, consumo de alcohol e inicio de la vida sexual • Reformulación y negociación de límites entre padres e hijos

<p>5. Reducción de la familia por la partida de los hijos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Superada la adolescencia y terminada la educación profesional, los hijos abandonan paulatinamente el hogar familiar • Los padres enfrentan el llamado “Síndrome del Nido vacío” principalmente las mujeres que se dedican a la crianza de los hijos • La tarea principal es permitir la partida de los hijos como un proceso natural fomentando la individuación de sus miembros.
<p>6. El Nido Vacío</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es la primera de las dos etapas posparentales • La pareja vuelve a quedar sola por la partida de los hijos, pero se mantiene actividad laboral activa • El desafío es el redescubrimiento de la pareja despojándose del rol de padres • El redescubrimiento se extiende al ámbito intergeneracional entre padres e hijos para fortalecer las relaciones y superar la separación estableciendo nuevas formas de apoyo y resolución de conflictos
<p>7. La conjunción de tres generaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaca la continuidad de la vida familiar • Ayuda mutua entre las generaciones • La pareja envejece con afectaciones en la calidad de vida • Se enfrenta la muerte de la pareja o los padres.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de (Aylwin, 2011, p. 147-152)

Para el profesional de trabajo social en los institutos de salud, el conocer la etapa del ciclo vital por el que atraviesa la familia permite identificar las crisis a las que se puede enfrentar la pareja, así como su etapa reproductiva, situaciones de gran relevancia ya que al identificarlos la intervención estará enfocada a este proceso evolutivo entendiendo las prioridades que de ello generan. Por ejemplo, es diferente la atención que los padres brindan a un hijo enfermo, cuando este es único a diferencia de tener dos o más, y esto no implica cuestión de cariño, sino de recursos físicos o económicos para el cuidado y manutención.

1.4 Roles

Un rol es el conjunto de asignaciones relacionadas con la forma de ser, de sentir, y de actuar, que un grupo social señala a las personas que la componen y, a la vez,

es la forma como esas personas asumen y expresan en la vida cotidiana esas asignaciones (Tobón & Guzman, 1995, p. 130)

En salud se identifican los roles como expectativas y normas que un grupo social (en este caso la familia) tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular, incluye actitudes, valores y comportamientos adscritos por la sociedad a todo individuo que se ubique en ese lugar específico de la estructura familiar... Aunque los roles presentan diferencias dentro de cada familia, todas tienen expectativas, tácitas o expresas, respecto al papel que deben asumir sus miembros... [los tipos de roles son]: (Quiroz, 2020)

- Rol Prescrito: Es la conducta que se espera de quien ocupa una determinada posición, de allí que está supeditado a las ideas que tienen los demás respecto al rol.
- Rol Percibido: Es el conjunto de conductas que el ocupante de una posición cree que debe llevar a la práctica. Esta percepción que tiene cada integrante de la familia con respecto al rol que debe cumplir.
- Rol Desempeñado: Es la forma en que una persona ejecuta definitivamente un rol específico, es decir, las conductas que lleva a cabo realmente. (Quiroz, 2020)

Los roles nos sirven para saber dentro de la familia quien toma decisiones, en quien recaen responsabilidades reales o percibidas, etc. Además, este juego de normas permite una aproximación al sistema de creencias y arraigos culturales que pueden ser un obstáculo o una ventaja para el profesional de trabajo social en la intervención.

1.5 Dinámica Familiar

Las familias al ser un grupo no son estáticas, se mantiene en movimiento con factores internos y externos que desafían el desarrollo evolutivo de sus integrantes.

En los Archivos de Medicina Familiar (2005) refieren que la dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. (Archivos de Medicina Familiar, 2005, p. S18)

Viveros & Edison citan a Villegas, quien menciona que, a partir de la dinámica interna, se dan los procesos familiares de enculturación, socialización, humanización, subjetivación y de identificación. En este sentido, esta singular forma de ser que tiene la familia contribuye en la formación de la cosmovisión que cada sujeto construye de su vida y de la sociedad; además, permite hacer conciencia de las tareas que se han de cumplir cuando se hace parte de un determinado estatus. (Viveros & Edison, 2010, p. 396)

La dinámica familiar, de acuerdo con Viveros & Arias (2006) tiene principalmente siete dimensiones: los roles, la autoridad, las normas, los límites, las relaciones afectivas, la comunicación y el uso del tiempo libre. (Viveros & Edison, 2010, p. 396)

Por otro lado, “Oliveira, Eternod y López (en García, 1999) mencionan que la dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, se establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones” (Torres, Ortega, Garrido & Reyes, 2008, p. 33).

Lo dinámico implica movimiento, y las familias son grupos que tienen influencia externa, pero tienen la capacidad interna de adaptarse a los cambios. Cuando se aborda la dinámica familiar en salud se habla de aquellas modificaciones de conducta, roles, actividades, etc., que se pueden generar a partir de una enfermedad; estas alteraciones también están relacionadas con el desarrollo de los integrantes y la capacidad de afrontar los problemas.

1.6 Canales de Comunicación

“En cada familia se acentúa una u otra forma de comunicación y la interacción entre receptor y transmisor varía en forma, intensidad y duración lo que hace que esta sea más o menos funcional. Igualmente, éstas formas de comunicación aprendidas en el hogar, son aplicables y afectan las relaciones sociales en las instituciones educativas y laborales, entre otras” (Antolínez, 1991, p. 37-38).

Ander-Egg define la comunicación como: la transmisión de signos, señales o símbolos de cualquier clase entre personas. Relación entre individuos encaminada a la transmisión de significados mediante el empleo del lenguaje, la mímica, las actitudes, etc. En esta interacción, todos actúan como emisores y receptores de los mensajes. (Ander Egg, 1996, p. 65)

Existen seis tipos de comunicación a lo largo de la vida del ser humano, como una forma de subsistir:

1. Intrapersonal: Aparece cuando se habla con uno mismo. Se realiza en la mente, en el pensamiento y desarrolla la inteligencia, su función primordial

es la comprensión de la realidad, esta comunicación es el principio para poder interactuar con una o más personas. (Maldonado, 1993, p. 45)

2. Interpersonal: Se manifiesta entre dos o más personas en donde se intercambian mensajes para lograr una conducta en el receptor. “El estudio de la comunicación interpersonal se ocupa de las situaciones sociales relativamente informales en la cuales las personas interactúan entre si mediante el intercambio de señales verbales y no verbales”. Los individuos que participan en este tipo de comunicación emplean en ocasiones los cinco sentidos y permite una relación de reciprocidad (Maldonado, 1993, p. 46)
3. Intragrupal: Se conforma por grupos que se establecen por hechos sociales, presentan un mínimo de unidad, ya sea por lazos psicológicos, interés material o espiritual, como el caso de la familia. Los grupos se dan con base a objetivos específicos. Intergrupal: Es la interrelación comunicativa entre los grupos y familias, con un lenguaje, meta o fin común, con una compatibilidad necesaria para relacionarse a través de canales que sirvan dentro y fuera del grupo o familia. Es la comunicación que se establece para transmitir mensajes entre grupos, como en reuniones familiares, eventos sociales o grupos de ayuda mutua. (Maldonado, 1993, pág. 47)
4. Organizacional: es una forma de comunicación interpersonal... determina el número de miembros de la organización y la posición de cada quien. En una organización es fundamental la jerarquía y el flujo de comunicación en función de las posiciones de poder (Maldonado, 1993, pág. 48)
5. Comunicación masiva: la comunicación de masas se distingue por las siguientes características:
 - Se dirige a auditorios relativamente grandes
 - Se trata de un auditorio heterogéneo
 - Como auditorio conserva su anonimato
 - El medio actúa en forma pública
 - Transmite de manera transitoria
 - El comunicador suele pertenecer a una organización compleja (Maldonado, 1993, pág. 48-49)
6. Comunicación inmediata: se sitúa entre la comunicación intrapersonal y la masa... Se distingue por la presencia de un instrumento técnico que, las más de las veces, se emplea en condiciones restringidas en que intervienen participantes identificables (Maldonado, 1993, pág. 49)

La comunicación en la familia es un aspecto de gran valor para el desarrollo y evolución de esta, en el sentido más estricto, el proceso en el que el emisor y el receptor entienden y comprenden el mensaje determina el cómo se actúa e interactúa al interior del grupo. Cuando la comunicación es clara y abierta en este

ámbito, es posible solucionar los conflictos inmediatamente, sin embargo, cuando este proceso se obstaculiza los problemas se magnifican y pueden ser reproducidos al exterior dificultando la interacción entre pares o jerarquías.

1.7 Funcionalidad Familiar.

- 1) “la familia cumple unas funciones básicas, tanto de cara a los individuos que las componen... como hacia la sociedad ... que interactúa con otros grupos de su comunidad, tiene una proyección social por lo que debe adoptar formas de comportamiento social basados en los principios de solidaridad, de participación, cooperación y ayuda mutua” (Escartín, 1992, p. 62)

TABLA 19. FUNCIONES DE LA FAMILIA	
FUNCIONES HACIA EL INDIVIDUO O INTRÍNSECAS	FUNCIONES HACIA LA SOCIEDAD O EXTRÍNSECAS
Vinculación íntima y permanente entre los miembros del grupo familiar	Reproducción de los miembros del grupo familiar
Proporcionar a los hijos las nociones diferenciadas de la sexualidad	Colaboración en el mejoramiento de la calidad de vida propia y ajena
Regulación y control del impulso sexual	Relación y ayuda a otras familias de su comunidad
Crianza y manutención biológica y psicológica de los hijos	Representación de los hijos ante la sociedad
Socialización de los hijos según pautas culturales de la familia y la sociedad	Participación en el desarrollo global del país a nivel local, regional y nacional
Asignación de valores	
Producción y consumo como mini unidad económica	
Control social	
Preparación de los hijos para la formación de sus propias unidades familiares	

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de (Escartín, 1992, p. 62-67)

En los sistemas de salud, el paciente es el sujeto a quien el médico atiende, dejando de lado a la familia, a ese grupo de personas que se encargarán de acompañar física, económica y moralmente al enfermo. Por lo que el profesional de trabajo social además de atender al enfermo también contempla a ese grupo que favorecerá la atención terapéutica y que brinda el apoyo necesario, siendo ellos una extensión del paciente.

En el caso específico del Hospital Infantil de México Federico Gómez, trabajo social actúa con la familia del paciente quienes serán los encargados de procurar su bienestar, y por ello se investiga el contexto donde éste se desenvuelve ya que es determinante para la intervención social orientada en la adherencia terapéutica.

2. Redes Sociales

Otro tema que se abordará y que es relevante en el estudio son las redes sociales, entendidas como los lazos de apoyo que se generan al interior y exterior de las familias para brindar ayuda ante necesidades y problemas.

“La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos” (Dabas, 1999)

Otro concepto es el que proporciona el Instituto Nacional de las Personas Mayores, que se acerca a la práctica común en atención a la población, definen las redes de apoyo social como “el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas (cualquier número a partir de dos) que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria”. (INAPAM, 2020)

Entre los tipos de apoyos que brindan las redes podemos encontrar los siguientes:

- Emocionales: afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.
- Instrumentales: Ayuda para transportarse, labores del hogar, hacer las compras, el cuidado o acompañamiento.
- Cognitivos: Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc.
- Materiales: Dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc. (INAPAM, 2020)

De acuerdo con los tipos de apoyo, las redes se pueden clasificar en:

- Informales: Son las redes personales y comunitarias que se dividen en:
 - Primarias: Están conformadas por la familia, amigos y vecinos. Cumplen funciones de socialización, cuidado y afecto, reproducción y estatus económico, entre otras.
 - Secundarias: Es el mundo externo a la familia: grupos recreativos, organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, organizaciones religiosas, relaciones laborales o de estudio. Algunas de sus funciones son la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y de consejos, la regulación social, dar ayuda material y de servicios y la posibilidad de acceder a nuevos contactos. (INAPAM, 2020)
- Formales: Son las redes conformadas por organizaciones del sector público en los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), que cumplen funciones de orientación, información, capacitación, promoción y atención a la salud, alimentación, defensa de derechos, recreación, cuidados. (INAPAM, 2020)

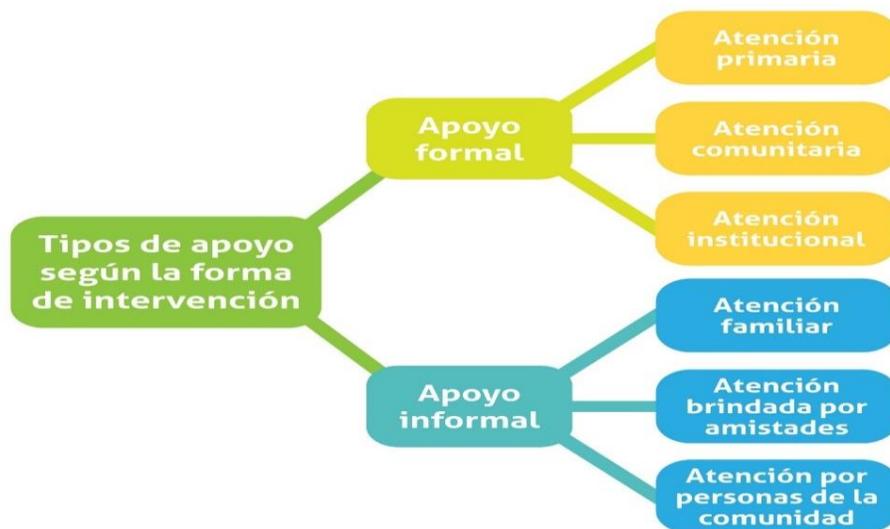


Figura 34. Fuente. INAPAM, 2020

Las redes sociales de apoyo en salud cumplen un papel fundamental para el paciente y su familia, debido a que el enfrentarse a un proceso de salud-enfermedad genera estrés, además del desgaste físico, material y económico, los cuales pueden ser volcados en quienes conforman la red.

En los sistemas de salud, el trabajador social investiga las redes de apoyo formales e informales con las que cuenta la familia, y promueve la participación de estas para favorecer un ambiente solidario al enfrentar los problemas y necesidades que se generan ante la pérdida de la salud y el proceso terapéutico al que se enfrentan.

3. Carencias Sociales

Las carencias sociales de acuerdo con el CONEVAL, sirven para medir la pobreza del país, éstas se establecieron desde 2009 con una visión de derechos sociales.

a) Carencia por rezago educativo

La educación es el principal medio para desarrollar y potenciar las habilidades, conocimientos y valores éticos de las personas. El no saber leer, escribir o realizar operaciones matemáticas básicas e incluso, no tener el nivel de escolaridad básico, limita las perspectivas culturales y económicas de todo ser humano.

El indicador de rezago educativo toma en consideración los siguientes elementos.

Se observa si la persona:

1. Tiene de tres a quince años, no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal.
2. Nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa).
3. Nació a partir de 1982, es mayor de 15 años y no cuenta con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa).

En síntesis, la persona se considera como no carente sólo si está en edad escolar y asiste a la escuela o si de acuerdo con su edad ha concluido la primaria o secundaria, según los criterios antes señalados (CONEVAL b, s.f, p.9)

Esta información se puede recuperar de la categoría Datos Generales en los índices de Escolaridad y Ocupación del paciente, así como la Escolaridad de los padres, la importancia de esto radica en intervenir en favorecer la educación de los pacientes, siempre y cuando la condición de salud lo permita, y con los padres, si la escolaridad se encuentra trunca se incide en retomarla con la finalidad de tener mayores

oportunidades laborales, y cuando son analfabetas se interviene para que inicien en sistemas abiertos a favor de la adherencia terapéutica.

b) Carencia por acceso a los Servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial que brinda los elementos necesarios para el adecuado funcionamiento físico y mental. Cuando las personas carecen del acceso a los servicios de salud, el costo de atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar su integridad física y su patrimonio familiar.

El Artículo 4° de la Constitución establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS).

El indicador toma en consideración que las personas cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna de las siguientes instituciones o programas de salud:

- Seguro Popular [hoy INSABI]
- Servicios médicos del IMSS.
- Servicios médicos del ISSSTE o ISSSTE estatal.
- Servicios médicos de Pemex, Ejército, Marina u otra institución pública o privada.

Por tanto, la persona se considera como no carente sólo si cuenta con adscripción o filiación directa o indirectamente a alguna de las instituciones o programas referidos (CONEVAL b, s.f, p.11)

Esta información se puede recuperar de la categoría Estado de Salud Familiar, el acceso a los servicios de salud en realidad no es un problema en tanto que la población en su totalidad tiene derecho a la protección de la salud, sin embargo, cuando se detecta que en la familia hay personas enfermas que no hacen válido el derecho por cualquier condición social, es importante establecer líneas de intervención las cuales pueden ser de orientación, referencia y/o sensibilización para la prevención atención oportuna de enfermedades.

c) Carencia por acceso a la Seguridad Social

La seguridad social puede ser definida como el conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades como accidentes, enfermedades, la vejez o el embarazo.

No tener acceso a los servicios de protección social vulnera la capacidad de los individuos para enfrentar contingencias que pueden disminuir de modo significativo su nivel de vida y el de sus familias (CEPAL, 2006, citado por CONEVAL b)²¹

La seguridad social se encuentra consagrada en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, relativo al trabajo, dentro del cual se definen coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a los trabajadores y a sus familias.

El indicador toma en consideración los siguientes elementos:

1. Que la población económicamente activa (PEA) asalariada tenga todas y cada una de las siguientes prestaciones laborales:
 - Servicio médico en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX;
 - Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o inscripción a una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), e
 - Incapacidad laboral con goce de sueldo.
2. Que la población trabajadora no asalariada o independiente tenga como prestación laboral o contratación voluntaria los siguientes dos beneficios:
 - Servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX, y
 - Disponga de SAR o inscripción a una AFORE.
3. Que la persona reciba jubilación o pensión, independientemente de su edad.
4. Que las personas de 65 años y más sean beneficiarias de algún programa de adultos mayores de transferencias monetarias.
5. Que las siguientes personas con parentesco directo con algún familiar, con acceso a la seguridad social, tengan derecho a recibir servicios médicos:
 - Jefe de hogar o cónyuge que no pertenezca a la PEA;
 - Ascendientes: padre, madre o suegros del jefe de hogar o cónyuge que no pertenezcan a la PEA.
 - Descendientes: hijos menores de dieciséis años, o hijos entre 16 y 25 años que estén estudiando y
 - Las personas que gozan de alguna jubilación, pensión o que reciben servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX por parte de algún familiar, o como consecuencia de muerte de una persona asegurada o por contratación propia

Por tanto, las personas no presentan carencia en el acceso a la seguridad social si, de acuerdo con su edad, condición laboral o parentesco con personas con acceso, cuentan con las prestaciones mencionadas anteriormente (CONEVAL b, s.f, p. 13-14)

²¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006), *La protección de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile, CEPAL.

Esta información es posible recabarla en las categorías de Estado de Salud Familiar y Condiciones Económicas y de Trabajo. Cuando se especifica el contar con seguridad social o un empleo formal, se puede analizar la carencia de acceso a un servicio médico, pensión y/o sistema de ahorro para el retiro.

d) Carencia por calidad y espacios de la vivienda

El entorno físico en el que habitan las personas tiene influencia determinante en su calidad de vida, en especial el espacio en donde se desarrolla la vida cotidiana, es decir, la vivienda.

El indicador de calidad y espacios en la vivienda toma en consideración que la vivienda cuente con materiales de construcción y espacios con las siguientes características:

1. Piso firme de cemento o con recubrimiento (laminado, mosaico, madera);
2. Techos de losa de concreto o viguetas con bovedilla, madera, terrado con vigería, lámina metálica, de asbesto, palma, teja, o de calidad superior;
3. Muros de tabique, ladrillo, block, piedra, concreto, madera, adobe, o de calidad superior y,
4. El número de personas por cuarto (hacinamiento) —contando la cocina, pero excluyendo pasillos y baños— es menor a 2.5

La vivienda se considera como no carente sólo si se satisfacen de forma simultánea los cuatro criterios anteriores (CONEVAL b, s.f, p.17)

Esta información se puede obtener en el Estudio Socioeconómico en la categoría de Condiciones de la Vivienda, su relevancia radica en identificar las condiciones de los espacios donde se desarrolla el paciente con su familia.

e) Carencia por acceso a los Servicios Básicos en la Vivienda

Este indicador es un componente fundamental del entorno en el que las personas interactúan y se desarrollan. Si bien disponer de una vivienda construida con materiales sólidos y que protejan adecuadamente a sus habitantes es un elemento indispensable, también lo es la disposición de servicios básicos en la vivienda como el agua y la luz eléctrica que tienen un fuerte impacto en las condiciones sanitarias y en las actividades que los integrantes del hogar pueden desarrollar dentro y fuera de la vivienda.

El Artículo 4° de la Constitución establece el derecho de toda familia a disponer de una vivienda digna y decorosa. Sin embargo, ni en este ordenamiento ni en la Ley de Vivienda se especifican las características mínimas que debe tener ésta.

El indicador incorporado a la medición de la pobreza toma en consideración que la vivienda cuente con servicios básicos que presenten las siguientes características:

- Agua entubada dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno;
- Drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica;
- Electricidad obtenida del servicio público, de panel solar o de otra fuente, planta particular, y
- Que el combustible para cocinar sea gas LP o gas natural, electricidad, y si es leña o carbón que la cocina tenga chimenea.

La vivienda se considera como no carente en servicios básicos en la vivienda sólo si se satisfacen de forma simultánea las cuatro características anteriores (CONEVAL b, s.f, p.19)

Esta información si se encuentra en el instrumento dentro de la categoría Condiciones de la Vivienda y es relevante en la construcción del diagnóstico social debido a que las condiciones de la vivienda puede ser determinante para la adherencia terapéutica, por ejemplo para aquellos que requieren condiciones específicas posterior a trasplantes o cuidados de catéter venoso central, además de los servicios básicos como electricidad requeridos para conservación de alimentos y medicamentos y manejo de implementos como concentradores de oxígeno

f) Carencia por acceso a la Alimentación

Todas las personas tienen derecho a disfrutar, en todo momento y lugar, de acceso físico y económico a una alimentación adecuada y los medios para obtenerla.

No padecer hambre es el mínimo nivel que debe estar asegurado dentro del derecho a la alimentación.

El indicador de acceso a la alimentación se construye a partir de la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (EMSA) y toma en consideración los siguientes elementos:

Si durante los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, los hogares:

- Tuvieron una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos.
- Dejaron de desayunar, comer o cenar.
- Comieron menos de lo que piensan debían comer.
- Se quedaron sin comida.
- Sintieron hambre, pero no comieron.
- Comieron una vez al día o dejaron de comer todo un día.

En hogares donde viven menores de 18 años se considera una lista de otras seis preguntas similares a las anteriores y que se aplican también a este grupo de población

Grado de inseguridad alimentaria

A partir del número de preguntas de la EMSA respondidas afirmativamente, se identifica el grado de inseguridad alimentaria de los hogares.

- Se encuentra en seguridad alimentaria el hogar que no reporte haber experimentado ninguna de las situaciones descritas en la EMSA (ninguna respuesta afirmativa).
- Se encuentra en inseguridad alimentaria leve el hogar que reporte experiencias de pérdida de variedad y calidad en los alimentos consumidos, como resultado de la falta de dinero o recursos (1 o 2 respuestas afirmativas en hogares sin menores y 1 a 3 en hogares con menores).
- Se encuentra en inseguridad alimentaria moderada el hogar que presente experiencias de disminución de la cantidad de alimentos consumidos, o saltos de algunas comidas por falta de dinero u otros recursos (3 o 4 respuestas afirmativas en hogares sin menores y 4 a 7 en hogares con menores).
- Se encuentra en inseguridad alimentaria severa el hogar que reporte, además de lo anterior, haber sufrido hambre sin poder satisfacerla por falta de dinero u otros recursos (5 o 6 respuestas afirmativas en hogares sin menores y 8 a 12 en hogares con menores).

Se consideran carentes por acceso a la alimentación a las personas que vivan en hogares con inseguridad alimentaria moderada o severa. Por el contrario, se consideran no carentes a quienes residen en hogares que se encuentran en inseguridad alimentaria leve o en seguridad alimentaria (CONEVAL b, s.f, p. 21-22)

La información de la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (EMSA), para la detección del grado de inseguridad alimentaria, no se encuentra en el Estudio Socioeconómico, sin embargo, en la categoría de Condiciones Económicas y de Trabajo se puede identificar esta carencia.

Por ejemplo, cuando se especifica el gasto devengado por alimentación es posible profundizar con la finalidad de realizar un análisis detallado de esta carencia, ya que este puede ser de gran importancia para el tratamiento médico ya que en algunos diagnósticos como Desnutrición puede estar relacionada no sólo a una condición clínica, sino a la falta de recursos económicos, en situaciones específicas como las Alergias Alimentarias la familia deberá devengar mayor gasto para la adquisición de productos no alérgicos.

g) Grado de cohesión social

[Se retoman modelos de] la CEPAL (2007), según el cual la cohesión social tiene distintas subdimensiones que podrían considerarse a nivel hogar: las redes sociales, la discriminación, la participación social y la confianza. (CONEVAL b, s.f.)

El grado de cohesión social se mide mediante cuatro indicadores:

1. Desigualdad económica (coeficiente de Gini);
2. Razón de ingreso de la población pobre extrema respecto a la población no pobre y no vulnerable;
3. Polarización social, y
4. Redes sociales.

De acuerdo con la metodología de medición de la pobreza en México, los indicadores de cohesión social, junto con los indicadores de grado de accesibilidad a carretera pavimentada, constituyen un espacio de indicadores denominados de contexto territorial, que junto con los espacios de derechos sociales y de bienestar usados en la identificación de la condición de pobreza de las personas, constituyen los tres diferentes espacios del desarrollo social de los mexicanos (CONEVAL b, s.f, p.25)

La cohesión social cobra relevancia en cuanto a las redes sociales con las que la familia y los pacientes pueden contar para el desarrollo social y atención en salud, estas redes pueden ser internas o externa a la familia. Estas cobran relevancia por ser parte de un equipo de trabajo dentro y fuera de las instituciones de salud que permita apoyar la adherencia terapéutica.

Las carencias sociales son conceptos básicos para el trabajador social, ya que se pueden identificar con la información que brinda el estudio socioeconómico y que están relacionadas con la conformación de las familias. A nivel macro, el CONEVAL, las utiliza para la medición de la pobreza en el país, pero en lo micro, dentro de las instituciones, es posible visualizar el tipo de población con la que se trabaja, así como sus necesidades y problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alayón, N. (2018). *Definiendo al Trabajo Social* (5° Edición ed.). CDMX: Entorno Social. Sello Editorial de la Red de Investigaciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social A.C. Recuperado el 5 de diciembre de 2020
- Aguilar, M. J., & Ander-Egg, E. (1999). *Diagnóstico Social, conceptos y metodología*. Buenos Aires Argentina: Grupo Editorial Lumen Hvmantitas.
- Ander-Egg, E. (1996). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires Argentina: Lumen.
- Antolínez B. (1991). Comunicación Familiar. *Avances en Enfermería*. Recuperado en <http://www.bdigital.unal.edu.co/20606/1/16768-52533-1-PB.pdf>, el el 20 de Agosto de 2021
- Archivos de Medicina Familiar. (2005). *II. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias*. *Medigraphic.com*, 15-19. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>, el el 15 de Enero de 2021
- Aylwin A, N., & Solar S, M. (2001). *Trabajo Social Familiar*. Santiago de Chile, Chile: Universidad Católica Chile. Recuperado de <https://www-digitaliapublishing-com.pbidi.unam.mx:2443/visor/18805>, el 3 de Enero de 2021
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, INFOMED, (CNICM-INFOMED) (2018) *Epidemiología mundial*. Recuperado de <http://files.sld.cu/digitalizacion-bmn/files/2018/01/0045-9179195200050001.pdf>, el 7 de febrero de 2020
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH/MÉXICO) (2018). Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri-identidad-ninas-ninos.pdf, el 20 de Junio de 2021
- Concejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL a) (s.f.). *Medición de la pobreza: Indicadores de carencia social*, Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Indicadores-de-carencia-social.aspx>, el 15 de Diciembre de 2020
- Concejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL b) (s.f.). *La medición multidimensional de la pobreza en México: La evaluación y la medición hacen un mejor gobierno*, Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/FOLLETO_MEDICION_MULTIDIMENSIONAL.pdf, el 15 de Diciembre de 2020

Concejo Nacional de Población (CONAPO) (2012). *4 de Marzo, Día de la Familia*, Recuperado el 10 de Enero de 2021, de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/4 de Marzo Dia de la Familia](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/4_de_Marzo_Dia_de_la_Familia)

Cortés R. (2020). *Lineamiento de Reversión Hospitalaria*, Recuperado de https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf, el 17 de Abril de 2022

Cury, S., Arias, A., & Palacios, J. (2016). *Instrumentos para el diagnóstico social. Hacia una clasificación internacional*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/304704600_Instrumentos_para_el_diagnostico_social_Hacia_una_clasificacion_universal, el 10 de Octubre de 2019

Dabas P. N. (1999). *Redes en Salud*. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>, el 10 de Enero de 2021

Dante, S. (2010). *Diagnóstico sobre el consumo de drogas en los Barrios Piedra Alta, Prado Español y la Calera de la Ciudad de Florida*. Florida Uruguay: Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA), "SAVIA drogas, Salud y vida en las Américas", Junta Nacional de Drogas. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/SAVIA%20-%20Florida.pdf, el 17 de Mayo de 2019

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2017). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017, el 25 de Agosto de 2021

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013). *ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013 el 3 de Julio de 2019.

Diario Oficial de la Federación (DOF a) (2020), *ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013*, Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5606225&fecha=30/11/2020, el 5 enero de 2021

- Diario Oficial de la Federación (DOF b) (2020). *PROGRAMA Institucional del Hospital Infantil de México Federico Gómez*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605321&fecha=19/11/2020, el 7 de Abril de 2021
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (1984), *Ley General de Salud*, Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#:~:text=%2D%20Para%20los%20efectos%20de%20esta,Ley%20y%20dem%C3%A1s%20disposiciones%20aplicables, el 3 de Abril de 2022
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2014), *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf, el 10 de Septiembre de 2021
- Díaz, E., & Fernández de Castro, P. (2013). *Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas* (Vols. 26-2). Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/39550>, el 27 de Mayo de 2019
- Eco-Finanzas, & Déficit. (s.f.). Recuperado el 14 de Agosto de 2021, de <https://www.eco-finanzas.com/diccionario/D/DEFICIT.htm>
- Eco-Finanzas, & Equilibrio. (s.f.). Recuperado el 14 de Agosto de 2021, de <https://www.eco-finanzas.com/diccionario/E/EQUILIBRIO.htm>
- Eco-Finanzas, & Superavit. (s.f.). Recuperado el 14 de Agosto de 2021, de <https://www.eco-finanzas.com/diccionario/S/SUPERAVIT.htm>
- Escalada, M., Soto, F., Fuentes, M., Koumrouyan, E., Martilelli, M., & Travi, B. (2001). *El diagnóstico social, proceso de conocimiento e intervención profesional*. Buenos Aires Argentina: Espacio.
- Escartín M. (1992). *El sistema familiar y el trabajo social* (Vol. 1). (A. C. Social, Ed.) Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Recuperado en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5898/1/ALT_01_05.pdf, el 3 de Enero de 2021
- Estrada L. (2003). *El Ciclo Vital de la Familia*. México, Grijalbo .
- Galeana de la O, S. (1996). *Estudio Diagnóstico de Comunidad. Serie de Cuadernos Prácticos sobre Promoción Social No.2*. México: ENTS-UNAM. Recuperado de http://132.248.9.195/libroe_2007/0849116/Index.html, el 19 de Abril de 2020
- Galeana de la O, S. (2003). *Promoción Social. Una opción metodológica*. México: Plaza y Valdez.

- Hernández I. C. (1994). *Glosario de Términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Ministerio de sanidad y consumo, centro de publicaciones. Recuperado en https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf, el 5 de Julio de 2019
- Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, (HGM), (2017). *Manual de Procedimientos de Trabajo Social y Relaciones Públicas*. Recuperado de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/ManProcTrabajoSocial.pdf, el 2 de Julio de 2019
- Hospital Infantil de México Federcio Gómez (HIMFG a) (2018). *El Instituto*. Recuperado de <https://hospitalinfantildemexicofedericogomez.mx/el-instituto/>, el 6 de Agosto de 2020
- Hospital Infantil de México Federcio Gómez (HIMFG b) (2018). *Historia*, Recuperado de <https://hospitalinfantildemexicofedericogomez.mx/historia/>, el 24 de Mayo de 2019
- Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG c) (2018). *Manual de Procedimientos: Departamento de Trabajo Social*. México
- Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) (2015). *Guía técnica de instrumentos del Departamento de trabajo social del HIMFG*. Recuperado el 17 de Junio de 2019
- Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), (1968). *Historia de la Fundación del Hospital Infantil de México, Informe XXV Años*. Ciudad de México: Impresiones Modernas S.A.
- Hospital Infantil de México Federcio Gómez (HIMFG) (2021). *Misión del Departamento de Trabajo Social*. CDMX. Recuperado el 14 de julio de 2021
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), (2018). *Manual de Procedimientos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*. Recuperado de http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/normatecainterna/MPdirgeneral/MP_INER_31012018.pdf, el 5 de Abril de 2022
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*, Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>, el 20 de Enero de 2021

- Instituto Nacional de Pediatría (INP) (2016). *Manual e Procedimientos operativos e instrucciones de trabajo*. Recuperado de https://www.pediatria.gob.mx/archivos/normateca/instrab_sadytra.pdf, el 2 de Julio de 2019
- INEGI. (s.f.). *CONAPO: Glosario "Nivel de escolaridad"*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Glosario_Migracion_Interna?page=4, el 4 de septiembre de 2021
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, (INPRFM) (2017). *Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social*. Recuperado de http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales_procedimientos/MP-04-SH-DTS-2017.pdf, el 3 de Julio de 2019
- Maldonado, H. (1993). *Manual de Comunicación Oral*. México: Alambra Mexicana. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=2VMmMD_MeOsC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false, el 25 de enero de 2021
- Martín, M. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. (C. Vasco, Ed.) España: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual_de_indicadores_para_el_diagnostico_social.pdf, el 28 de Mayo de 2019
- Mendoza-Popoca, Cecilia Úrsula, & Suárez-Morales, Mario. (2020). Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista mexicana de anestesiología*, 43(2), 151-156. Epub 04 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.35366/92875>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). *Higiene de las Manos: ¿por qué, cómo, cuándo?* Recuperado de https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf, el 15 de 02 de 2021
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Las donaciones regulares de sangre: el regalo de la vida*, Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/61/es/#:~:text=Las%20donaciones%20regulares%20de%20sangre,el%20regalo%20de%20la%20vida>, el 15 de 02 de 2021
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), *Salud sexual y reproductiva: Promover la planificación familiar*, Recuperado en https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/, el 18 Octubre 2019

- QuestionPro. (2019). *¿Qué es la investigación documental?* Recuperado en <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-documental/>, en 18 de Septiembre de 2019
- Quiroz, H. (2020). *Médicos Familiares.com*. Recuperado de <https://www.medicosfamiliares.com/familia/el-rol-en-la-familia-roles-familiares.html>, el 21 de Enero de 2021
- Real Academia Española (REA a) (2014). *Diccionario de la lengua española: "estado civil"*, 23° ed. Recuperado de <https://dle.rae.es/estado#KTNOoeg>, el 20 de Febrero de 2021
- Real Academia Española (REA b) (2014). *Diccionario de la lengua española: "familia"*, 23° ed. Recuperado de <https://dle.rae.es/familia?m=form>, el 20 de Febrero de 2021
- Real Academia Española (REA c) (2014). *Diccionario de la lengua española: "Nacionalidad"*, 23° ed. Recuperado de <https://dle.rae.es/nacionalidad?m=form>, el 20 de Febrero de 2021
- Real Academia Española (REA d) (2014). *Diccionario de la lengua española: "sexo"*, 23° ed. Recuperado de <https://dle.rae.es/sexo>, el 20 de Febrero de 2021
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000062.pdf>, el 22 de Abril de 2019
- Saavedra, J., Castañeda, P., & Salame, A. (2018). *Análisis del proceso de formulación del diagnóstico social en salud en el sistema público Chileno*. (U. d. Concepción, Ed.) *Revista Electrónica de Trabajo Social*, 45-53. Recuperado de <http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2015/08/5-DIAGNOSTICO-SOCIAL-SAAVEDRA-CASTA%C3%91EDA-Y-SALAME.pdf>, el 1 de Junio de 2019
- Scarón de Quintero, M., & Genisans de Guidobono, N. (1974). *El Diagnóstico Social*. Buenos Aires Argentina: Hvmánitas
- Silva M. R. (2016). *Apuntes para la elaboración de un proyecto de investigación social*. Ciudad de México: DGAPA UNAM.
- Silva M. R., & Brain M. L. (2015). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico*. México: DGAPA UNAM.
- Suárez, H., Cheroni, S., Failache, F., Méndez, A., & Suárez, M. (2011). *Elaboración de Diagnósticos Locales sobre la Problemática del Consumo de Drogas, Guía metodológica de investigación para la acción*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) Secretaría de Seguridad

- Multidimensional (SSM) Organización de los Estados Americanos (OEA) Washington, D.C. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/pdf/guia_metodologica.pdf, el 8 de Abril de 2019
- Tello, N. (2008). *Apuntes de Trabajo Social: Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. MÉXICO: EOPSAC. Recuperado de http://neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social_nelia-tello.pdf, el 15 de Mayo de 2019
- Tobón, C, & Guzmán J. (1995). *Herramientas para construir equidad entre mujeres y hombres. Manual de capacitación*. Santa Fe de Bogotá: Proyecto Equidad. Recuperado en http://www.archivodelosddhh.gov.co/saia_release1/almacenamiento/expediente/-/9620/anexos/1_1503517265.pdf, el 18 de Septiembre de 2019
- Torres L. E, Ortega, P, Garrido A & Reyes A. G. (2008). *Dinámica familiar en familias con hijos e hijas*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol 10(2), Recuperado en <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>, el 20 de Agosto 2021
- Travi, B. (2017). *El Diagnóstico Social y la noción de integralidad en la política social. Tradiciones disciplinares y desafíos actuales. Debate Público, Reflexiones de Trabajo Social* (Año 7), 21-29. Recuperado de http://trabajosocial sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2017/09/20_Travi.pdf, el 30 de Abril de 2019
- Viesca C., Díaz M., Flores S, Herrera L., & Cardenas E. (2001). *Hospital Infantil de México Federico Gómez, Medio Siglo de Historia*. México: D.R. Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Viveros Ch, Edison F (2010). Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (31),388-406. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587017>, el 21 de Enero de 2021
- Zariñan M L. Coord., (2016), *¿Qué es la violencia familiar, y cómo contrarrestarla?: Todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y en derechos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, Recuperado en <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Que-violencia-familiar.pdf>, el 26 de marzo de 2022

ANEXO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



**ESTUDIO
SOCIOECONOMICO**

**Instituto Nacional de Salud
Departamento de Trabajo Social**

(1) Número de registro o folio _____

(2) Nombre del paciente: _____

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre (s)

(3) Fecha de nacimiento: _____

Día
Mes
Año

(4) SERVICIO: _____ (5) Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____

(6) Fecha

Día	Mes	Año

 (7) Institución que lo refirió: _____

(8) Fuente de información: _____

Nombre
Parentesco

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

(9) Edad: _____ (10) Lugar de nacimiento: _____

Delegación o Municipio
Estado

(11) Sexo: Masculino Femenino

(12) Nacionalidad: _____ (13) Parto atendido en: _____

(14) Escolaridad: _____ (15) Registrado civilmente: Sí No

(16) Ocupación _____ (17) Lengua/idioma _____ (18) Religión _____

(19) Padre _____ Escolaridad _____ Estado Civil _____
 Madre _____ Escolaridad _____ Estado Civil _____

(20) Domicilio permanente:

_____ Calle _____ No. exterior / interior _____

_____ Colonia o Ranchería _____ C.P. _____

_____ Delegación o Municipio _____ Estado _____

_____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ Teléfono para recado _____

(21) Domicilio Temporal: _____

C a l l e
No. exterior / interior

_____ Colonia _____ C.P. _____

_____ Delegación o Municipio _____ Estado _____ Teléfono _____

Nombre de quien brinda alojamiento: _____ Parentesco: _____

MP2620-121-19

ESTADO DE SALUD FAMILIAR

(22) Diagnóstico(s) médico (s) del paciente: _____

(23) ¿Hace cuánto tiempo inició atención médica por este padecimiento?

Menos de 3 meses De 3 a 6 meses Más de 6 meses 0

(24) Además del problema de salud que presenta el paciente, ¿tiene otra enfermedad por la que se atiende

en otra Institución? No Si 0

¿Cuál?

¿Dónde se atiende?

(25) Estado de Salud de los Integrantes de la Familia: (sin incluir al paciente).

Ningún enfermo Un enfermo Dos o principal proveedor económico 2

Parentesco:

Diagnóstico:

Lugar de tratamiento:

(26) Derechohabiente o beneficiario: Si No ¿Cuál? _____

CONDICIONES ECONOMICAS Y DE TRABAJO

(27) PERSONAS QUE CUENTAN
CON UN INGRESO
(Nombre)

(28) PARENTESCO

(29) Ingreso Familiar Mensual

_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
		TOTAL \$ 0

(30) No. de dependientes económicos _____

(31) Relación Ingreso- Número de dependientes Económicos: 0

Número de dependientes económicos

SALARIO 1-2 3-4 5-6 7-8 9 o más
De \$4,621.00 a \$9,241.00 15 10 5 0 0

(32) Ocupación del principal proveedor económico: (4) 3. OFICIALES OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECANICAS Y OTROS OFICIOSOficio de artesanía o artes mecánicas así como otras afines, exige la capacidad de utilizar

(33) Trabajo: _____
 Lugar Horario Teléfono Antigüedad

(34) Egreso Mensual:

Alimentación y despensa	\$	_____
Renta, crédito hipotecario, predial	\$	_____
Agua	\$	_____
Luz	\$	_____
Gas	\$	_____
Teléfono (incluir teléfono móvil)	\$	_____
Transporte o gasolina	\$	_____
Gastos escolares	\$	_____
Gastos en salud	\$	_____
Servicios domésticos,	\$	_____
Gastos adicionales	\$	_____
Total	\$	0

(35) Relación Ingreso - Egreso:

(36) Situación económica

Déficit:	\$	_____
Superávit:	\$	_____
Equilibrio:	\$	_____

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

(37) **Derechos Reales** (Tipo de tenencia) Propia pagada Prestada Renta o crédito otro

(38) **Tipo de Vivienda**

(39) **Número de dormitorios:** 5 o más habitaciones De 3 a 4 habitaciones De 1 a 2 habitaciones

(40) **La vivienda dispone de:** Cocina Sala Comedor Sanitario Patio

(41) **No. de personas por dormitorio:** 1 a 2 personas 3 personas 4 o más personas

(42) **No. de familias que habitan el predio** _____

(43) **Material de construcción de la vivienda:** Mampostería Mixta Lámina de cartón, madera, material de desecho o de la región

Paredes _____ Piso _____

(44) **Servicios intradomiciliarios:** Agua Luz Drenaje Teléfono Gas Cable Internet

MP2620-121-19

(45) **Servicios Públicos:**

Abastecimiento de agua Alumbrado Drenaje Pavimentación
Alcantarillado Escuelas Teléfonos Recolección de basura

Cuatro servicios o más (3) Tres servicios (2) Dos servicios (1) 1 o 0 servicios (0)

(46) **Zona de ubicación:**

Tipo: Urbana Suburbana Rural

(47) **El paciente o algún miembro de la familia presenta limitaciones físicas o cognitivas?** Si No

Cuáles? _____

(48) **Diagnóstico Social Inicial**

(49) Total de puntos

#jDIV/0!

(50) Nivel de acuerdo a puntaje

#####

(51) Nivel asignado

--

(52) Reclasificado a

--

(53) Nombre, Firma del (la) T.S.

(54) Nombre y firma del familiar o responsable entrevistado:

Protesto decir verdad

MP2620-121-19