



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CAMPO DE CONOCIMIENTO: DESARROLLO HUMANO

"Vulnerabilidad social en los usuarios hospitalizados de urgencias en
el Instituto Nacional de Pediatría; una propuesta de intervención
social"

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

SOCORRO NIGO GONZÁLEZ

TUTOR(A):

DRA. AIDA IMELDA VALERO CHÁVEZ

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL/UNAM.

COMITÉ TUTOR:

DRA. CARMELA RAQUEL GÜEMES GARCÍA.

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL/UNAM.

DRA. ALICIA HAMUI SUTTON

FACULTAD DE MEDICINA/UNAM.

MTRA. ADRIANA OCHOA MORALES.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MTRA. ELIA LÁZARO JIMÉNEZ

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL/UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. Mx, febrero 2021.



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

Los resultados de esta propuesta, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, han sido parte de su culminación.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Escuela Nacional de Trabajo Social por haberme permitido formarme y en ella a todos mis profesores (as).

Principalmente a la Dra. Aida Valero Ch. por su dirección, comprensión y empatía, así mismo a la Dra. Carmela Raquel Güemes G., Dra. Alicia Hamui S., Mtra. Adriana Ochoa M. y Mtra. Elia Lázaro J. que invirtieron su tiempo para guiarme en mi proyecto de tesis. Gracias a mis padres, por ser los principales promotores en este proceso.

A mi familia, Ángel, Diana y Francisco, que aun cuando ya no está, ha sido parte de la motivación para cada día continuar sin tirar la toalla.

Gracias todas, gracias siempre.

Socorro Nigó González

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
ENFOQUE TEÓRICO DE LA PROBLEMÁTICA OBJETO DE ESTUDIO.	10
CAPÍTULO I DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD	10
<i>Principales problemas de salud en nuestros días</i>	13
<i>Determinantes en la salud de los mexicanos</i>	17
<i>Familia y enfermedad crónica pediátrica</i>	22
CAPÍTULO II. VULNERABILIDAD SOCIAL Y RIESGO SOCIAL	27
<i>Vulnerabilidad social</i>	27
<i>Vulnerabilidad Social en salud</i>	33
<i>Riesgo social en salud.</i>	38
<i>La Gestión Social del Riesgo.</i>	47
CAPÍTULO III. LA EVALUACIÓN SOCIAL; BASE PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL.	51
<i>Indicadores Sociales</i>	51
<i>Escalas de evaluación social</i>	57
<i>Estudio Socioeconómico</i>	59
CAPÍTULO IV ESTUDIO PARA DISEÑAR UNA ESCALA DE VULNERABILIDAD SOCIAL PARA LAS FAMILIAS DE MENORES HOSPITALIZADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA EN EL 2018 POR MEDIO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	64
<i>Estudio Socioeconómico (ESE) en el Instituto Nacional de Pediatría (INP)</i>	64
<i>Planteamiento del problema</i>	67
<i>Justificación</i>	69
<i>Objetivo general</i>	71
<i>Objetivos específicos</i>	72
<i>Hipótesis</i>	72
<i>Metodología</i>	72
CAPÍTULO V RESULTADOS	74
<i>Discusión</i>	85
<i>Propuesta de instrumento</i>	92
<i>Conclusiones</i>	99
ANEXOS	102
<i>Anexo 1. Diario Oficial de la Federación (DOF) del 27 de mayo del 2013</i>	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	114

"Vulnerabilidad social en los usuarios hospitalizados de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría; una propuesta de intervención social"

Introducción

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS., 2009), reconoce que en la actualidad persisten drásticas desigualdades en materia de salud, tanto entre países como al interior de los mismos, que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como: características económicas, sexo, territorio o etnia, que disponen las circunstancias en las que crecen, viven, trabajan y envejecen. En este sentido, las diferencias en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud, estén mal distribuidas.

Una persona es vulnerable en salud “cuando dentro del entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico, o político existe una debilidad, que lleva al individuo a una situación de riesgo y desencadena un proceso de exclusión social, de manera que el grado de deterioro en la salud estará en función del nivel del riesgo” (Villerías, 2018). La vulnerabilidad se asocia a la pobreza material, a las conductas de vida familiar y cultura local, al estrés crónico asociado a la realización de conductas individuales de riesgo que generan sensación de bienestar pasajero, al ciclo vital de la familia, escolaridad y ocupación, del lugar donde nacen, donde viven; en donde se esperarían que los factores de riesgo se modifiquen desde la vida temprana.

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP), se proporciona atención a menores de 0 a 18 años de edad, con enfermedades de baja prevalencia, alto riesgo y mayor complejidad, los cuales integran familias con características sociodemográficas, económicas, culturales y sociales consideradas de vulnerabilidad. En muchos de estos casos, los usuarios llegan con la enfermedad en estado avanzado, desgaste ante procesos largos y complejos de atención médica; necesidad de apoyos materiales y/o económicos; originarias y residentes de otros estados de la República; enfrentadas al desempleo, problemas de vivienda y hacinamiento; que motivan que la familia se siga vulnerando y en riesgo para la exclusión social. Por lo que desde el trabajo social se pregunta ¿Cómo reconocer en las familias las características de vulnerabilidad social que determine las estrategias de intervención en lo inmediato enfocando principalmente a las familias de muy alta

vulnerabilidad?; una de las hipótesis se plantea que la vulnerabilidad social se puede medir a partir de las variables contenidas en el Estudio Socioeconómico (ESE). En este sentido, el objetivo de este trabajo es proponer una Escala de vulnerabilidad, para caracterizar los riesgos sociales en las familias de los menores que ingresan por el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría (EVRSFAM) como una propuesta de intervención.

Para llevar a cabo el estudio, el trabajo se ha estructurado 5 capítulos. En el Capítulo I, “Determinantes Sociales de Salud y Enfermedad”, se aborda la parte teórica de los determinantes sociales, los principales problemas de salud en México y la enfermedad en pacientes pediátricos; como marco referencial del sistema de salud, a fin de comprender la importancia de las Determinantes Sociales de la Salud, su relación con la medicina y el contexto social, del cual depende la salud de la población; en el Capítulo II, “Vulnerabilidad Social y Riesgo Social”, se toca la vulnerabilidad social, en salud, el riesgo social y la gestión del riesgo, como conceptos vinculados que permiten comprender que la vulnerabilidad no se genera solo por cuestiones que derivan de la privación en el acceso a ciertos bienes y servicios, sino que está asociada a fenómenos que no son temporales o que incluso, en muchos casos, ni siquiera son superables e impactan definitivamente sobre la salud de las familias; en el Capítulo III, “La evaluación social; base para la caracterización de la vulnerabilidad social”; presenta la revisión de diferentes modelos para evaluar la vulnerabilidad social, que incluyen el estudio socioeconómico como uno de los instrumentos de utilidad para ello.

En el Capítulo IV. “Estudio para diseñar una escala de vulnerabilidad social para las familias de menores hospitalizados por el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría en el 2018, por medio del estudio socioeconómico”, Se describe el diseño de investigación, considerando que las variables que determinan el nivel socioeconómico ya están estandarizadas en el ESE y las variables para la construcción de la escala de evaluación de la vulnerabilidad social, se retoman de la elaboración del diagnóstico social del mismo instrumento; las características de la familia, la dinámica familiar, las barreras de acceso a la atención médica, la clasificación de la pobreza; las redes de apoyo y los factores de riesgo y protectores. En el Capítulo V, “Resultados”, se presentan los resultados, la discusión y las conclusiones, así como la propuesta de la “Escala de

vulnerabilidad, para caracterizar los riesgos sociales en las familias de los menores que ingresan por el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría (EVRSFAM)”.

Enfoque teórico de la problemática objeto de estudio.

Capítulo I Determinantes sociales de salud y enfermedad

El enfoque de determinantes sociales de la salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS., 2009) considera, que la posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud, constituye un derecho universal de las personas, que además resulta fundamental para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico. En este marco, se incluye la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su potencial de salud, independiente de sus condiciones sociales y económicas. Lo cual se considera una utopía; cómo separarles de sus condiciones de vida cotidiana.

La CDSS, reconoce que en la actualidad persisten drásticas desigualdades en materia de salud, tanto entre países como al interior de los mismos, que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como: clase social, sexo, territorio o etnia, que determinan las condiciones en las que crecen, viven, trabajan y envejecen.

Por lo que de acuerdo a los planteamientos de la CDSS; disminuir las inequidades en salud es un imperativo ético, un tema de justicia social que se fundamenta en argumentos técnicos y políticos, cuyo principio ético rector es la equidad en salud, definida como la ausencia de injusticia evitable y remediable o las diferencias en salud entre grupos sociales; la responsabilidad primaria de resguardar la equidad en salud recae en los gobiernos (Borrell, 2008).

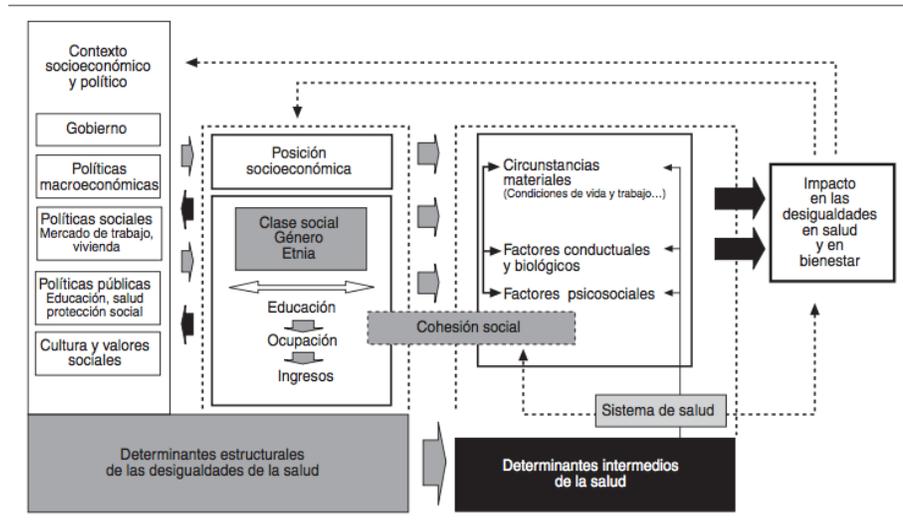
La CDSS, considera que *“el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas, normas tradicionales y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social*

afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud” (CDSS, 2007)

Carme Borrell (Borrell, 2008), asume el concepto de igualdad en salud como ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente y por el contrario, la desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se transforma en una peor salud en los colectivos, socialmente, menos favorecidos; anota que existen numerosos estudios que demuestran que las desigualdades en salud son enormes y causa de un exceso de casos de mortalidad y morbilidad, admite que en las sociedades más aventajadas o en mejores condiciones, la salud mejora rápidamente.

En la figura 1, Borrell, se refiere a la estructura del Contexto socioeconómico y político, planteada por la CDSS; donde se describen conceptos que es importante tener claros.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: (CDSS., 2009)

El contexto socioeconómico y político, se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia y la corrupción, el poder de los sindicatos, b) políticas macroeconómicas, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales

que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etcétera), valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. En este sentido, los aspectos estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada uno de ellos, y que son factibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar las “causas de las causas”.

En el esquema se observan las determinantes estructurales que se explican en las condiciones económicas, políticas, culturales y sociales en que viven las poblaciones y que dan paso las determinantes intermedias de la salud, en específico a las circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales y psicosociales, y su relación con la equidad en la salud y el bienestar de las personas (CDSS, 2009).

Borrell, señala que el diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, coloca a la salud pública ante un gran reto, que implica pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político, y de la participación de todas las áreas del gobierno y de la ciudadanía; en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación, ya que hacer efectivo el derecho humano a la salud, implica el empoderamiento de las comunidades desfavorecidas, con el fin de que puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.

A partir de lo anterior, se plantea la necesidad de que las investigaciones y diagnósticos que se realicen en el ámbito de la equidad en salud consideren: los factores y procesos mundiales que pueden afectar la equidad sanitaria; las estructuras y relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de las personas en materia de salud en una sociedad; las interrelaciones entre los factores que aumentan la probabilidad de mantener una buena salud a nivel individual y social; las características del sistema de

salud; y las intervenciones normativas que pueden reducir las desigualdades en salud en las áreas anteriores.

En síntesis, el enfoque de determinantes sociales de la salud implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas de salud. Así como, actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel promedio, sino explícitamente para reducir las inequidades en salud, a través de políticas que incorporen acciones sobre los determinantes sociales que provocan estas inequidades (Borrell, 2008)

Principales problemas de salud en nuestros días.

De acuerdo a Rosario García (García, 2007), en la actualidad la situación de salud en el mundo refleja de manera general, una disminución y mejor control de las enfermedades infecto contagiosas, junto a un incremento de la prevalencia e incidencia de enfermedades no transmisibles y de su morbilidad y mortalidad. También se observa cómo la contaminación atmosférica, fenómenos y desastres naturales, cobran vidas cada año.

Alude a las epidemias que impactaron a las sociedades antiguas y medievales y que ya no tienen escenario en la etapa contemporánea, sin embargo, la sociedad actual no está completamente libre de esa posibilidad. Cita como ejemplo, la más reciente epidemia de cólera en Haití y la epidemia mundial del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) en el siglo XX junto al aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Y últimamente la presencia del virus H1N1, en México, que impactó en el primer decenio de este siglo. Reconoce la estrecha relación entre el desarrollo social y el proceso salud/enfermedad y menciona como ejemplo, que, a pesar de ser controlable, el *vibrión* del cólera, el contexto de miseria y desorganización político social, agravado por la secuela de un desastre natural, se convirtió en un escenario que permitió que se desatara una epidemia que dejó huella a inicios del siglo XXI.

García (García, 2011) menciona que desde el siglo pasado, el desarrollo social, se vio marcado de manera importante por la revolución científico-técnica, por fenómenos sociales como la industrialización, las migraciones del campo a la ciudad y de los países en vías de desarrollo a los países con más desarrollo económico (de México a EU, por

ejemplo) la contaminación ambiental, los bajos índices de fecundidad y el envejecimiento poblacional. Que las enfermedades transmisibles van cediendo espacio a las no transmisibles. Disminuye la mortalidad materno-infantil y las muertes por infecciones agudas. Los sistemas de vacunación controlan sarampión¹, rubéola, poliomielitis, meningoencefalitis, fiebre amarilla, entre otros, pero aumentan las enfermedades crónicas: diabetes mellitus, asma bronquial, epilepsia, cáncer, alergias y otras. En consecuencia, aumenta la esperanza de vida al nacer y envejece la población, pero no siempre se agrega calidad a esos años. La calidad de vida se ve afectada por el deterioro económico o físico, derivado de las complicaciones de las enfermedades crónicas. Los desastres naturales y la acción depredadora del hombre sobre el medio ambiente también influyen en el desarrollo social y la salud de la población en particular.

García, asume que este conjunto de fenómenos que caracterizan la época, influyen de manera particular en los diferentes sectores de la población, considerando que la pobreza es el problema social de salud más importante y de mayor impacto en el inicio del siglo XXI, y que el mundo desarrollado no ha hecho el mínimo esfuerzo para facilitar que cambie la situación para esos miles de millones de personas que continúan viviendo sin acceso a la alimentación, salud o educación y que el adecuado enfrentamiento a las cuestiones ecológicas es, sobre todo, un asunto político, de poder y dinero.

Estima, y estamos de acuerdo en ello, que los problemas de salud deben ser interpretados y solucionados dentro de su contexto social, político, económico e institucional, desde el primer nivel de atención a la salud, mismo que debe tomar fuerza, considerando el modo de producción en que se desarrollaría. Es decir, las acciones de atención a la salud se han centrado principalmente en la lucha contra las enfermedades, en el desarrollo de ramas científicas como la biología molecular, inmunología, genética y electrónica; en el desarrollo industrial que busca del producto que cura o previene por encima de las estrategias de promoción de salud; lo que define a la salud como “un estado” en lugar de concebirla como un proceso dinámico; considerando igual a la salud que a la enfermedad y su solución se reduce a la atención médica.

¹ OPS OMS. 2019.... Hasta la fecha son 12 los países que notificaron casos confirmados de **sarampión** en 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, **México**...
<https://www.paho.org> › ...

Francisco Rojas Ochoa (Rojas O. F., 2004) considera que el análisis de los problemas de salud no se debe reducir a la presencia y comportamiento de determinada enfermedad, sus riesgos y factores clínicos, sino que debería abordar el amplio rango de los factores determinantes de la salud, que incluyen: alimentación, salario, vivienda, educación, medio ambiente, trabajo, estrés, violencia, pobreza y adicciones. Y añade, que, sin abandonar la atención médica, las estrategias de promoción y educación para la salud deben aumentar, puesto que prevenir es mejor que curar ya que los efectos a largo plazo de la promoción de salud serán los que tengan mayor impacto en la salud de la población. La estrategia de acción debe partir de la premisa de que la salud es el resultado concreto de las condiciones de vida, debe estar diseñada para llegar a toda la población, independientemente del grupo social al que pertenezca, debe ser exigida por la población y es responsabilidad de todos los sectores sociales, del Estado y las organizaciones sociales, con políticas que trasciendan al sector de la salud.

La promoción y educación para la salud; como parte del tratamiento en personas con enfermedades crónicas (educación terapéutica), deben sobrepasar la tendencia a estandarizar el comportamiento individual que pierde de vista tanto la rica variedad de diferencias entre las personas como los parámetros sociales que determinan los comportamientos individuales. Asimismo, se debe evitar la tendencia a extrapolar el principio de compartir responsabilidades hasta el extremo de hacer sentir al individuo culpable de su propia enfermedad, olvidando las causas sociales de la enfermedad y la necesidad primaria –no garantizada para muchos- de comer, asegurar su techo y vestir.

Rojas, afirma que los sistemas y servicios de salud son elementos a tener en cuenta en la transformación del “hacer” para acercar el discurso a la práctica. Es decir, de acuerdo a la realidad, se observa que en la práctica social el sector salud no puede actuar solo porque gran parte de los determinantes de salud están fuera de su competencia, es también obligado reconocer que el sistema constituye un excelente escenario donde la práctica refleja el marco teórico que sustenta el quehacer por la salud de la población en el contexto social en que se inserta y del cual depende. Para algunos, la interpretación de la relación existente entre la medicina y la sociedad se reduce al análisis del hospital y las funciones de sus recursos humanos.

En el contexto de este estudio, las particularidades de la población usuaria de las instituciones de la Secretaría de Salud, independientemente del nivel de atención,

presentan circunstancias de inequidad. De acuerdo a las determinantes estructurales, las características económicas, políticas, culturales y sociales en que viven, condicionan las circunstancias materiales, biológicas, conductuales y psicosociales; desde una perspectiva del deterioro del bienestar de las personas.

El objeto social del sistema de salud

Retomando a Rosario García (García, 2011), en relación con el objeto social del sistema de salud, observa, que cuando la preocupación se centra en la enfermedad, aislada de su contexto social, la estrategia de acción genera sistemas para afrontarla como si se tratara de la reparación mecánica de una máquina. Se crea un inmenso aparato médico-clínico-quirúrgico, con gran capacidad de solución, pero con exceso de carga asistencial y medicalización, así como con un acceso no equitativo a los servicios. Se toma la relación costo/beneficio como indicador principal de la calidad del sistema y el rendimiento se mide con parámetros mercantilistas.

García, se refiere a un “hacer transformador” cuando permita pasar de la enfermedad a la vida en sus múltiples dimensiones; con un enfoque interdisciplinario al que contribuyan, en igualdad de condiciones, especialidades de las ciencias médicas y ramas de las ciencias sociales. Considera que en la medida en que el enfoque social vaya alcanzando su verdadero espacio en el conocimiento y práctica social de la salud, también van surgiendo - dentro del campo de la salud - nuevas especialidades cuyo objeto de estudio es el aspecto social en la determinación de los procesos salud/enfermedad y cuyo desarrollo se vincula a procesos estructurales de la sociedad que, a su vez, se reflejan en los cambios sufridos en las instituciones de salud. Agrega que, en Cuba, se transita del modelo biomédico a la construcción de una teoría social de la medicina. Es decir, lo social deja de concebirse como un cuerpo de variables y se opera un cambio en la concepción del fenómeno en estudio. El concepto central de la medicina social está en la incorporación de las ciencias sociales al campo de la salud de la población porque esto permite *operativizar* los procesos de producción y reproducción social en las investigaciones, las políticas de educación en salud y los determinantes sociales en salud.

García (García, 2011), considera que la salud humana es un “fenómeno dinámico que se desarrolla en un contexto político social y económico determinado y en total dependencia del desarrollo social”. Y la salud pública y medicina social son dos disciplinas de las

ciencias de la salud que contribuyen a pasar del enfoque biomédico al enfoque biosocial que tienen su objeto de estudio y acción práctica con un enfoque interdisciplinario e intersectorial, y se nutre de los campos del saber y procesos metodológicos de las ciencias médicas y sociales, sin subordinarse mutuamente.

Determinantes en la salud de los mexicanos

En instancias especializadas, como la Academia Nacional de Medicina (ANM, 2018), reportan que es claro el panorama epidemiológico de morbilidad y mortalidad que día a día enfrenta el Sistema Nacional de Salud y que es hoy prioridad nacional. Destacan en este escenario las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infecciosas y diversos factores de riesgo. La presencia creciente de enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, neoplasias malignas tales como cáncer: de mama, cérvix, ovario, colon, próstata y vías respiratorias como principales causas de atención clínica y de muerte, son preocupación de los académicos miembros de dicha Asociación.

A estas hay que sumarles otros problemas transmisibles en el último quinquenio donde, destacan la infección por virus de Chikunguña o por virus de Zika. También, es preocupante, la presencia de enfermedades infecciosas como las intestinales, respiratorias y bucodentales, entre otras; sumado a ello, la ANM sabe que la presencia y aumento de diversos problemas o factores de riesgo en la población mexicana tales: como el sobrepeso, obesidad, el consumo de tabaco, de drogas “duras”, incremento del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, principalmente mujeres; además de incremento de embarazos no deseados ni planificados, entre otros, pueden intervenir, modificarse y abatirse con políticas públicas en salud factibles, eficaces y eficientes.

Por otra parte, Aburto y Freyre (Aburto & Freyre, 2018), destacan que es importante considerar los principales conceptos en que se soporta la descripción de las enfermedades en México. Parten de la definición de la Organización Mundial de la Salud acerca de los *determinantes sociales* considerándolas como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud”*. Esas circunstancias son *“el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”*. De esta manera las nociones del sistema económico y equidad en la distribución de la riqueza adquieren particular importancia para explicar algunas de sus características y

repercusiones en la vida cotidiana de las personas. Y los presentan desagregados en los siguientes incisos:

a) Determinantes socioeconómicos

Son aquellos derivados de la manera en que las sociedades locales, nacionales y mundiales se organizan para producir y distribuir la riqueza entre los habitantes. De acuerdo a la división del trabajo; el dueño quiere ganar dinero para gastarlo o hacer crecer sus propiedades, los jefes buscarán hacer que los trabajadores produzcan más a menor tiempo y al menor costo, pues de ello depende que sigan siendo jefes y ganando más que los otros empleados, los trabajadores buscaran producir cansándose menos por el mejor salario posible.

Un efecto negativo a considerar es el estrés laboral que afecta todos los ámbitos de la vida del trabajador, al grado de apresurar la aparición de disfunciones fisiológicas e incluso favorecer la violencia tanto dentro como fuera del trabajo; de ahí que la higiene laboral que se refiere al conjunto de normas que debieran proteger la integridad física y mental del trabajador, previniéndolo de riesgos de salud , incluya no solo las condiciones de trabajo (con que se hace la labor) sino también el ambiente laboral. Las empresas buscan usar la tecnología para eficientar su trabajo, pues se necesita menos personal para producir, lo que hace que el índice de desempleo aumente.

La población considerada económicamente activa, eventualmente cede a trabajos que tienen baja remuneración o empleo de medio tiempo, pues lo que necesitan es dinero para adquirir las mercancías y servicios que son indispensables para vivir, como: alimento, ropa, medicinas, casa y transporte, entre otros. Cuando no existe la posibilidad de encontrar un empleo formal (basado en un contrato que debe cumplir con prestaciones de ley), las personas suelen auto emplearse o trabajar para empresas que no están legalmente establecidas y que por ende no les ofrecen las garantías de ley, entre las que se incluyen prestaciones de servicio médico para ellos y sus familiares.

Aburto y Freyre señalan, que mientras las personas se mantienen sanas o funcionales para desempeñar trabajos de distinta índole, la ausencia de un seguro médico puede parecer no ser problema; este surge cuando las condiciones de trabajo resultan inconvenientes y aparecen enfermedades o disfunciones que impiden seguir laborando;

porque entonces se manifiesta un fenómeno de depauperización de la economía familiar y el riesgo de mayores problemas de salud y seguridad personal para todos los miembros de la familia. Las condiciones de trabajo en las empresas establecidas, ofrecen mejores entornos, que para quienes se desempeñan en la calle o en establecimientos sin vigilancia ni seguridad. Por otra parte, el puesto o lugar que se ocupa en el establecimiento también parece justificar el salario que se recibe, pues algunas actividades productivas son mejor pagadas que otras, en ocasiones ello se debe a la complejidad de la actividad, su riesgo o responsabilidad o por la oferta de mano de obra especializada en dicha actividad.

México tiene aproximadamente 121 millones de habitantes, de los cuales más de 50 millones viven en pobreza y 11.5 de ellos sobreviven en pobreza extrema; casi siempre habitan zonas rurales e indígenas donde lo que se produce son mercancías de bajo valor comercial y por ello obtienen pocas o nulas ganancias por el trabajo realizado (INEGI 2015). El salario es el pago que las personas reciben por realizar un trabajo y entre menor sea este, menos capacidad tiene para adquirir bienes o servicios que favorezcan una adecuada calidad de la vida. Así, resulta que quienes menores ingresos tienen, se enfrentan a mayores dificultades para adquirir bienes o servicios, y cuando acceden a ellos, generalmente, son de baja calidad. Los alimentos son otro aspecto, en donde, mientras más bajo sea el salario, su calidad se ve disminuida, en consecuencia, a peor calidad alimentaria mayores riesgos a la salud tienen las personas.

Otro elemento importante, de acuerdo a Aburto y Freyre, es la educación, planteada como una de las herramientas más eficientes para gestionar mejores condiciones de vida; se tienen más oportunidades de acceso. Lo que ha dejado fuera a la mayor parte de jóvenes mexicanos del proceso de preparación para el empleo y ha dado origen a la generación de personas menores de 25 años que ni estudian ni trabajan; por lo que se encuentran en mayores riesgos de tomar decisiones peligrosas para su vida tales como consumir y distribuir drogas o buscar recursos económicos de forma ilegal, así como de convertirse en padres y madres sin contar con los recursos financieros, psicológicos y materiales para hacer frente a esa importante responsabilidad. Se concluye, que, sin educación o preparación para el desempeño de un empleo calificado, difícilmente se accede a salarios que permitan adquirir satisfactores de vida que incluyan medidas protectoras a la salud,

tales como la atención temprana de padecimientos, acceso a medicamentos o el goce de vacaciones y otras actividades lúdicas que beneficien el desarrollo humano.

b) Determinantes socioculturales

Freyre y Aburto suscriben que la forma de comprender el mundo y de adecuarse a él, esta mediado por nuestros recursos socioculturales, los cuales son una serie de patrones de saberes y habilidades que nos permiten interactuar con otros miembros de nuestro entorno, de modo que cada que se hace uso de esos recursos no solo se resuelve un problema de adecuación e interacción, sino que se reproducen los patrones.

Plantean que la cultura no es un hecho consumado e inamovible, sino que continuamente se amplia y se hace más compleja, pues debe dar cuenta de las novedades que se presentan. Se constituye de valores y prácticas que fomentan un determinado modo de ser, esto se conoce como estilo de vida. El intercambio mundial de mercancías modifica no solo el entorno, sino también los valores y la manera en que concebimos el mundo. Es decir, cada nuevo producto que llega a nuestras manos modifica la manera en que contemplamos nuestro medio. Se nos muestra a través de la publicidad lo que está de moda y lo que las sociedades modernas determinan que es mejor para nosotros, al grado que incluso, se considera natural tener aspiraciones diferentes al actual estilo de vida; rápidamente se adoptan costumbres y gustos que no son oriundos de las comunidades ni forman parte de la propia cultura.

Estas modificaciones culturales pueden crear abismos generacionales si personas de determinado grupo de edad o étnicos no se adaptan a ellas. A su vez dan lugar a nuevas tribus culturales que imprimen significado a las cosas y palabras con que se representan, pues la identidad de grupo son elementos esenciales del proceso de culturización que no se pierde, solo cambia en la manera en que se manifiesta. La simple llegada de cadenas de tiendas de alimentos ha dado un giro a la manera en que los mexicanos comemos. La tendencia de alimentos preparados de manera rápida en lugares donde se vive con prisa, como suelen ser las ciudades, ha tenido consecuencias sobre la salud (Aburto & Freyre, 2018).

Freyre y Aburto sugieren que, en México, se “mexicaniza” cualquier cosa que se adopte como alimento y que provenga de otras culturas (agregar picante, cebolla, tomate rojo,

etcétera.); las mujeres se suman a la fuerza productiva y los infantes y adultos consumen con mayor frecuencia, alimentos procesados; lo que ocasiona que la ingesta calórica exceda a la requerida. Si a esto se agrega, que la mayor parte de la población es sedentaria, se explica, en gran medida que México ocupe el lugar en obesidad infantil y el segundo en adultos (ENSANUT, 2018). Estos autores consideran que entre los factores que han promovido el sedentarismo en los mexicanos se encuentran: la migración de las zonas rurales a las ciudades, el uso cada vez más común de tecnologías que permiten el contacto a distancia, la ausencia de las madres y los padres en la crianza de sus hijos, las largas jornadas de trabajo que impiden que jueguen con ellos, viviendas con poco espacio, así como falta de lugares de esparcimiento e inseguridad.

Respecto a la inseguridad, la violencia como manera de relación con el medio ambiente parece ser un fenómeno que se ha fomentado con la segregación de los jóvenes, hombres y mujeres, que son integrantes de familias monoparentales y se ven provocados a promover una cultura machista que solo parece ser comprobada a través de los golpes y el sometimiento del más débil, viéndose limitados para destacar en otros ámbitos de la vida social como son: la escuela, trabajo, negocios, deporte y las artes . Esta violencia está presente, eventualmente en sus hogares a causa de la paternidad y/o maternidad irresponsable o en muy tempranas edades, adicciones y/o adopción de valores que justifican el abuso, robo y cualquier otra actividad que suministre recursos monetarios sin necesidad de trabajar. La descomposición social, afecta, ineludiblemente, la salud mental, haciéndola endeble y dando pie al desarrollo de trastornos como: ansiedad, depresión y psicosis por adicciones.

c) Recursos de salud y políticas en salud

Freyre y Aburto (Aburto & Freyre, 2018), afirman que México es un país que se distingue por haber consolidado un Sistema de Salud eficaz en varios aspectos, ejemplo de esto son las campañas de vacunación. Sin embargo, padece como la mayor parte de las naciones centroamericanas, de una adecuada distribución de recursos, personal e independencia de suministros, pues la mayor parte de estos, los obtiene por importación, lo cual encarece y dificulta su acceso a todos los mexicanos.

El aumento en la esperanza de vida ha implicado graves consecuencias para el sistema financiero y médico nacional. Por un lado, un número considerable de personas que

trabajan al llegar a la edad de jubilación, no pueden aspirar a una pensión vitalicia, pues los recursos que se tienen para ello decrecen al aumentar la cantidad de jubilados, por el otro, el empleo no crece lo suficiente como para que la carga económica se distribuya con menor peso entre quienes laboran y son jóvenes. Esto determinó la modificación de las correspondientes Leyes de IMSS e ISSSTE, sin embargo, ello no es garantía de que podrá mantenerse tanto la pensión como la atención de los Servicios de Salud (CIEP, 2016).

Aun cuando en México se ha logrado abatir las tasas de mortalidad materna e infantil, ha sido pionero en el proceso de la universalidad de acceso a los servicios médicos a través del ya extinto Seguro Popular, actualmente concebido como el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); recibió recomendaciones asentadas en el informe Salud global 2035 entre las que se incluyen alcanzar cifras similares a las de los países desarrollados en cuanto salud materna e infantil y realizar acciones encaminadas a disminuir la inequidad al interior del país, es decir que los recursos sanitarios no se concentren en las grandes urbes, ni se distinga la calidad que se brinda a los diferentes sectores sociales; lo que se traduce en retos importantes para los próximos 20 años.

La racionalidad de los gastos en salud debe contemplar la capacidad de brindar atención adecuada a las necesidades de toda la población, para ello debe evitarse que la salud siga siendo concebida como un negocio rentable; se ha reconocido, que se requieren más médicos especialistas (Gerhard Heinze-Martin, 2018) y en las zonas más alejadas de lo urbano. Pese a las recomendaciones de la OMS (OMS, 2008) se continúa la tendencia a la súper-especialización médica. La subvención del **Seguro Popular** y la reforma al sector salud son asuntos que habían permanecido en la opacidad; tal parece que actualmente el estado está revisando las condiciones para invertir más en salud y educación, ambos rubros habían sido fuertemente castigados con recortes presupuestarios.

Familia y enfermedad crónica pediátrica

La OMS (OMS, 2017) define las enfermedades crónicas como “*enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta*”. Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por

ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes, entre otras. El panorama es más devastador cuando se trata de menores de 0 a 18 años.

Apolinar Membrillo (Membrillo Luna, 2008) asume que la enfermedad del niño es siempre un problema familiar y su calidad de vida está íntimamente relacionada con el apoyo familiar que recibe. C. Grau (C. Grau. M. & Fernández, 2010), menciona que los padres tienen que adaptarse a las características de cada enfermedad en sus diferentes fases (diagnóstico, tratamientos, rehabilitación, etcétera...) reestructurando su vida familiar. La enfermedad puede ser impredecible, requiere atención constante y llega a formar parte de la vida familiar, produciendo cambios estructurales, procesuales y emocionales.

Grau, refiere que ante la enfermedad crónica, los padres reaccionan de distinta manera según su grado de vulnerabilidad o según su grado de resiliencia (fortaleza y competencia). Sus reacciones dependen de numerosos factores como: experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, situación socioeconómica, nivel de escolaridad, calidad de los servicios sanitarios y educativos y redes de apoyo.

Las familias con un hijo enfermo tienen que adaptarse a las diferentes fases de la enfermedad:

- Fase de crisis: comprende el periodo previo al diagnóstico. En esta fase se manifiestan los síntomas y existe la sospecha de que algo no va bien. En este periodo hay que aprender a convivir con los síntomas, adaptarse al hospital y a las exigencias de los tratamientos, dar significado a la enfermedad, aceptar el cambio y reorganizarse.
- Fase crónica: es intermedia entre el diagnóstico y la fase terminal. En esta fase hay que compatibilizar las necesidades de la enfermedad con las necesidades de la familia.
- Fase terminal: la sensación de pérdida está presente. Hay que afrontar la muerte y el trabajar el duelo. La hospitalización, los tratamientos, las secuelas y la muerte del niño son un desafío para la familia.

La enfermedad y la hospitalización son las primeras situaciones críticas con las que tienen que enfrentarse los niños y su familia: el carácter extraño del hospital, la separación de la familia y del entorno y el impacto de la enfermedad. Cuando el niño es hospitalizado se

reduce su entorno personal. Su familia, especialmente sus padres, no pueden estar con él siempre que quieran, tampoco sus amigos. Los padres deberán turnarse para hacer compañía al hijo, pudiendo incluso llegar a sentirse mal por no poder estar con él en ciertos momentos en que no les está permitido (exploraciones médicas, tratamientos...), momentos de mayor angustia y ansiedad.

La presencia de los padres así como su participación en los cuidados y otras actividades en la institución hospitalaria resultan vitales para apoyar y mantener las relaciones entre los subsistemas paternal y filial. Del mismo modo, el hecho de estar con el hijo conforta a los propios padres quienes se sienten más útiles por poder ayudar y colaborar en la recuperación. Grau, considera que la hospitalización es una circunstancia «puntual o pasajera». Las alteraciones en el sistema familiar se producen como consecuencia de la aparición de la enfermedad y de sus secuelas. Agregaríamos, que a esto se suma las condiciones socioeconómicas y culturales.

Los tratamientos de algunas enfermedades pueden provocar efectos desagradables. Esta situación despierta angustia en los padres. Los efectos adversos les recuerdan que su hijo padece una enfermedad grave, reactivándose así la inquietud por la supervivencia. Esta angustia se agudiza aún más si el niño pide que cese el tratamiento.

Cuando la enfermedad ha remitido, la mayor preocupación de los padres es que se su hijo se vuelva a agravar, aunque en esta etapa mantengan la esperanza de curación, la ansiedad y el temor siempre estará presente en sus vidas. En el caso de recaídas, toda la familia sufre. Las reacciones de los padres varían desde renovar las esperanzas de curación hasta una actitud pesimista, pasando por una actitud más pragmática de enfrentarse a la enfermedad. La adaptación a las recaídas es más compleja cuanto más largo haya sido el periodo de remisión. Algunas enfermedades provocan secuelas graves (neurológicas, ortopédicas, urinarias, respiratorias...). En las secuelas neurológicas, los padres deben enfrentarse a las alteraciones motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales y de comunicación de sus hijos. Estos problemas se convierten en el centro de sus vidas, de sus necesidades financieras y de transporte y, son susceptibles de generar conflictos familiares. Los padres tienen que reestructurar su vida familiar en función de la enfermedad de su hijo, pero sin olvidar otros aspectos de su vida, ya que esta puede ocupar todo su tiempo, absorber toda su atención y sus recursos económicos; que Grau denomina las **alteraciones estructurales**.

Se presentan otras alteraciones, como las denominadas **procesuales**, cuando la familia tiene que realizar tareas que son internas (se mantiene la estructura familiar); o, por el contrario, implican tareas externas a la familia (se generan nuevas estructuras familiares). En general, si la aparición de una enfermedad coincide con un momento en que existen lazos fuertes, estos se prolongarán, si es lo contrario, la familia tenderá a debilitarse. Y las **alteraciones emocionales**, en donde la familia que se enfrenta a la experiencia de una enfermedad responde de manera diferente en función de tres fases: La fase de desintegración que cursa con depresión, cólera y culpa; la fase de ajuste, la familia busca información que le anime y se va acomodando emocionalmente; también debe enfrentarse a la sociedad (dar explicaciones); y la fase de reintegración, la familia trata de poner la enfermedad en su lugar y de integrarla a la vida familiar.

La familia afectada por una enfermedad en uno de sus miembros responde emocionalmente de manera compleja: se entremezclan afectos positivos y negativos. Sus miembros pueden experimentar sentimientos de pena, impotencia, agresividad, culpabilidad, ambivalencia (deseos de ayudar al enfermo y, a su vez, sentirlo como una carga o desear que muera para que no sufra), injusticia, temor al futuro. Como respuesta, los familiares pueden sufrir un derrumbe psicológico (depresión, ansiedad...) o físico (el cuidador primario puede enfermar), o abandono del enfermo.

Las respuestas de la familia a la enfermedad no suelen ser patológicas, sino que se derivan de las expectativas, experiencias y condicionamientos culturales que tienen hacia la enfermedad. Cada familia reacciona y vive la enfermedad de manera diferente y singular. Todas las familias pasan por las diferentes fases de adaptación (negación, ira, pacto, depresión y aceptación) pero sus reacciones y resoluciones son diferentes. La familia desarrolla sus propias estrategias como una respuesta normal a un sistema desequilibrado provocado por la enfermedad. Es la familia la que asume la responsabilidad del manejo del día a día del enfermo crónico y es la que mejor nos puede enseñar acerca del impacto de la enfermedad crónica sobre su vida y de aquellas actitudes y conductas que son más útiles para afrontar satisfactoriamente el problema. Desde este punto de vista, los profesionales, más que intervenir, deben acompañar y ayudar a las familias a buscar significado a un sistema desequilibrado porque estas tienen experiencias equivalentes a la de los profesionales en el tratamiento de la enfermedad.

Las reacciones de la familia dependen de numerosos factores como experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, estatus socioeconómico, cultura, nivel de conocimientos, calidad de los servicios sanitarios y sistemas de apoyo. Cada familia es una unidad diferenciada de las otras, con antecedentes socioculturales, experiencias y recursos propios. Este enfoque multidimensional nos permite comprender el sentido que cada familia le otorga a la vida antes y después de la enfermedad. La evaluación de su problemática debe centrarse en cómo sus miembros enfrentan los acontecimientos estresantes y en qué estrategias han utilizado para superar los problemas. Una vez evaluado clínicamente el paciente, las familias necesitan ser comprendidas. Sus valores culturales deben ser respetados y no cuestionados. La intervención debe ser acorde con los objetivos de cada familia. Sus aspiraciones después de la enfermedad no son las mismas que las de todas las familias y su interpretación dependen de cada una (C. Grau. M. & Fernández, 2010).

Capítulo II. Vulnerabilidad Social y riesgo social

Vulnerabilidad social

Rafael Araujo (Araujo, 2015), considera que la vulnerabilidad es un concepto amplio que se aplica no solo a las personas, sino también al estudio y dinámica de las familias, para prever los efectos de la pobreza, **cita**, (Bueno y Diniz, 2008), para el análisis de la llamada vulnerabilidad sociodemográfica considerada como dimensión demográfica de la vulnerabilidad social, o el uso del enfoque de vulnerabilidad para el examen de las relaciones entre población y desarrollo **cita**, (Rodríguez, 2004). Menciona que una persona vulnerable es aquella “cuyo entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico o hasta político padece alguna debilidad y, en consecuencia, se encuentra en una situación de riesgo que podría desencadenar en un proceso de exclusión social”. De manera que el nivel de riesgo será mayor o menor dependiendo del grado de deterioro del entorno. Se refiere a la vulnerabilidad social como la incapacidad de respuesta de personas, hogares, grupos, etcétera; frente a la materialización de dificultades y la inhabilidad para adaptarse a sus consecuencias, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002). Señala que los indicadores de vulnerabilidad son instrumentos importantes en la medición de los impactos de las acciones dirigidas a amortiguar los riesgos y a contrarrestar la vulnerabilidad. Como ejemplo se refiere a la utilización de información acerca de la situación demográfica que está ligada básicamente a la existencia de lo que es dado en llamar vulnerabilidad socio demográfica, ya que «los índices de vulnerabilidad utilizan información demográfica para la construcción de algoritmos que describan el efecto de factores sociales, económicos, políticos e institucionales en la distribución espacial de la susceptibilidad a impactos ambientales» **cita** a (Tate, 2012, p. 326).

Lo anterior nos permite ver que más allá de lo individual la vulnerabilidad social no se refiere exclusivamente a la situación de pobreza como carencia de recursos materiales, sino también a la falta de capacidad y de organización necesaria para mejorar la calidad de vida y acceder a diferentes bienes y servicios. El individuo se integra a la sociedad a través de un doble eje: el trabajo y su mundo de relaciones, familiares y comunitarias. La situación de vulnerabilidad social se vincula con la precaria situación laboral, con la fragilidad institucional (a nivel de organismos intermedios y de acciones protectoras del

Estado) y con el debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales.

La condición de vulnerabilidad limita a sectores de la población ejercer sus derechos y de no acceder los beneficios sociales que contribuyen a la satisfacción de sus necesidades básicas. La población vulnerable en nuestro país, en su mayoría, es la que ha emigrado del campo a la ciudad, esto hace que la visión del mundo y el sistema de normas y valores sostenido históricamente por la familia y la comunidad, transmitido de generación en generación, se vaya perdiendo con el tiempo porque no responde a la nueva realidad. Tampoco encuentran condiciones para incorporarse a la cultura urbana, por lo que grandes porciones de población quedan al margen de esta sociedad. Todos estos factores, interactúan potenciándose entre sí, conformando un complejo proceso que pone a la familia en una situación existencial límite.

La socialización producida por la inclusión en el sistema educativo junto a los recursos propiamente dichos que este brindan (conocimiento, destrezas y habilidades) permite a las personas cualificarse y posicionarse frente a las futuras demandas del contexto, favoreciendo su destino laboral y social. Cualquier déficit educativo se convierte en una dimensión central de la vulnerabilidad social. Por eso se habla de "vulnerabilidad socioeducativa". Se pueden observar condiciones de vulnerabilidad socioeducativa a través de las características socioeconómicas y culturales de los niños, niñas y adolescentes, de cómo éste influye en el acceso y permanencia del alumno en el sistema educativo y también a través del impacto que la no escolarización provoca en su futuro laboral y social.

En Argentina, una de sus instituciones operativas realizó una guía teórica para avalar su modelo de intervención dirigido a mujeres, adolescentes, niñas y niños (DGCOP, 2013) y en ella asocia al concepto de vulnerabilidad social, con algunas nociones que es necesario tener en cuenta. Una de ellas es la **carencia** se refiere a algo que hace falta, y en ese sentido todas las personas son carentes, nadie es completo. Comúnmente se habla de "carenciados"² remitiéndose a las ausencias, a las necesidades insatisfechas. El

² Diccionario de la Lengua de la Real Academia 2019. Carenciado-da/ Dicho de una persona, de un barrio o una población: Que carece de recursos económicos y se encuentra en un estado de pobreza

problema es que muchas veces, se presenta al "carenciado" como algo "cristalizado", como si una persona trajera las carencias en sí misma, como si fuera una marca de nacimiento; cuando en realidad las carencias surgen de procesos dinámicos, por eso endurecerlos es muy preocupante, sobre todo si se está refiriendo a un niño/a o a un adolescente, porque con esa concepción se asume que no hay cambio posible para él o ella, lo cual es falso.

La DGCOP, plantea que cuando se piensa en la vulnerabilidad social de los niños y niñas, se presenta la desprotección, provocada por fallas en las funciones parentales, es una situación compleja donde inciden diferentes variables; desde un punto de vista descriptivo –no valorativo-: imposibilidad de ejercer las funciones; descuido en su ejercicio, es decir de negligencia; indiferencia o rechazo frente a las necesidades del niño, etcétera. Esto provoca abandono, debido al fracaso en la relación primaria entre padres e hijos, en los procesos de apego. Como se sabe, los padres son para cada niño y niña actores centrales en su conformación como personas; hablar de fallas en las funciones parentales es pensar en aquellos aspectos en los que los padres no pudieron ser guías positivos y protectores para el desarrollo de sus hijos. No se debe olvidar que esos padres y madres son también fruto de una historia similar a la que transitan actualmente sus hijos, con todas sus limitaciones.

El documento expone tres dimensiones en la realidad familiar relacionadas con la desprotección; **Dimensión afectiva:** Se refiere a la capacidad de la madre para identificarse con las necesidades internas y dependencias de su hijo, ocupándose de su desarrollo y crecimiento. Es posible hablar de una falla en esta dimensión cuando el encuentro sensorial no fue exitoso. Las madres muestran gran dificultad para entender y satisfacer las necesidades de sus hijos (función materna) y los niños muestran un rechazo activo Madre-hijo no se percibe mutuamente porque no pueden "sentirse". Podría hablarse de un trastorno de la afectividad interpersonal. (Madre adolescente, hijo no buscado, prole numerosa, factores económicos estresores, etc.) Estos comportamientos van perpetuando el circuito de "retirarse" física y psicológicamente de la relación con adultos (padres-maestros). **Dimensión cultural:** se alude a los llamados "modelos peligrosos de crianza". Estos modelos son creencias aprendidas y transmitidas de generación en generación, se mantienen por falta de conocimientos o por mala información. Estos se pueden observar "modelos peligrosos de crianza" en todos los

niveles socioculturales. La **Dimensión contextual**: Estamos en sociedades que generan desigualdades y exclusión. El contexto de pobreza lleva a desarrollar una serie de comportamientos y creencias que se transmiten generacionalmente; son respuestas adaptativas para afrontar las carencias. Se desarrollan estrategias para sobrellevar el hambre, frío, desempleo, hacinamiento, falta de afecto, etcétera.

En el aspecto económico, la Organización de Naciones Unidas (ONU), indica que el avance para alcanzar las metas del milenio se ha desacelerado e incluso en algunos casos la tendencia se ha revertido. Actualmente se han replanteado los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, también conocidos como **Objetivos del Milenio (ODM)**, son ocho propósitos de desarrollo humano fijados desde el año 2000, y que los 189 países miembros de la ONU acordaron conseguir para el año 2015, estos se han recorrido al 2030, ahora se denominan **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015-2030** (Naciones Unidas, 2018).

En México, como resultado de la medición de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2019), en un análisis del 2008 al 2016, se observa que al 2016, 86.3 millones de personas presentaba al menos una carencia, que equivaldría al 2% del total de la población, pero 23 millones de personas presentaba de 3 a más carencias sociales, es decir el 18.7% de la población, (Se anexa cuadro). Los datos de pobreza han mostrado un panorama mixto. Entre 2008 y 2016, la pobreza aumentó en 3.9 millones de personas al pasar de 49.5 a 53.4; al mismo tiempo 2.9 millones de personas dejaron de estar en situación de pobreza extrema; en 2008 había 12.3 millones y en 2016, 9.4 millones.

Cuadro 1
Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, serie 2008-2018
Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2008-2018

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos																		
	Porcentaje						Millones de personas						Carencias promedio						
	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2008	2010	2012	2014	2016	2018	
Pobreza																			
Población en situación de pobreza	44.4	46.1	45.5	46.2	43.6	41.9	49.5	52.8	53.3	55.3	53.4	52.4	2.8	2.6	2.4	2.3	2.2	2.2	
Población en situación de pobreza moderada	33.3	34.8	35.7	36.6	35.9	34.5	37.2	39.8	41.8	43.9	44.0	43.1	2.4	2.2	2.0	1.9	1.9	1.9	
Población en situación de pobreza extrema	11.0	11.3	9.8	9.5	7.6	7.4	12.3	13.0	11.5	11.4	9.4	9.3	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5	3.6	
Población vulnerable por carencias sociales	32.3	28.1	28.6	26.3	26.8	29.3	36.0	32.1	33.5	31.5	32.9	36.7	2.0	1.9	1.8	1.8	1.7	1.7	
Población vulnerable por ingresos	4.7	5.9	6.2	7.1	7.0	6.9	5.2	6.7	7.2	8.5	8.6	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Población no pobre y no vulnerable	18.7	19.9	19.8	20.5	22.6	21.9	20.9	22.8	23.2	24.6	27.8	27.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Privación social																			
Población con al menos una carencia social	76.6	74.2	74.1	72.4	70.4	71.2	85.5	85.0	86.9	86.8	86.3	89.1	2.4	2.3	2.2	2.1	2.0	2.0	
Población con al menos tres carencias sociales	31.7	28.2	23.9	22.1	18.7	18.8	35.4	32.4	28.1	26.5	23.0	23.5	3.7	3.6	3.5	3.5	3.4	3.4	
Indicadores de carencia social																			
Rezago educativo	21.9	20.7	19.2	18.7	17.4	16.9	24.5	23.7	22.6	22.4	21.3	21.1	3.2	3.1	2.9	2.8	2.6	2.7	
Carencia por acceso a los servicios de salud	38.4	29.2	21.5	18.2	15.5	16.2	42.8	33.5	25.3	21.8	19.1	20.2	3.0	3.0	2.8	2.8	2.7	2.7	
Carencia por acceso a la seguridad social	66.0	60.7	61.2	58.5	55.8	57.3	72.5	69.6	71.8	70.1	68.4	71.7	2.6	2.5	2.3	2.3	2.2	2.1	
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17.7	15.2	13.6	12.3	12.0	11.1	19.7	17.4	15.9	14.8	14.8	13.8	3.7	3.6	3.4	3.3	3.1	3.2	
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	22.9	21.2	21.2	19.3	19.0	25.5	26.3	24.9	25.4	23.7	24.7	3.6	3.3	3.2	3.1	2.9	2.9	
Carencia por acceso a la alimentación	21.7	24.8	23.3	23.4	20.1	20.4	24.3	28.4	27.4	28.0	24.6	25.5	3.3	3.0	2.9	2.8	2.6	2.6	
Bienestar																			
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	16.8	19.4	20.0	20.6	17.5	16.8	18.7	22.2	23.5	24.6	21.4	21.0	3.1	2.9	2.5	2.5	2.4	2.4	
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	49.0	52.0	51.6	53.2	50.6	48.8	54.7	59.6	60.6	63.8	62.0	61.1	2.5	2.3	2.1	2.0	1.9	1.9	

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

La realidad es que aún no se conocen las dimensiones del efecto que la crisis económica, que seguimos viviendo en la actualidad, tendrá sobre los niveles de pobreza en nuestro país. Lo que sí se sabe es que las crisis económicas afectan más y en primera instancia a las personas de menores ingresos y estas mismas son las que se benefician menos en los años de bonanza.

Aparte de la coyuntura actual, México enfrenta un problema de fondo, que se ha arraigado en nuestra sociedad, para combatir la pobreza: la elevada vulnerabilidad social. Este concepto hace alusión a la persistencia de la pobreza en los países en desarrollo; es definido por McCulloch (McCulloch & Calandrino, 2003) como la vulnerabilidad de los hogares a mantenerse indefinidamente o de manera habitual en condiciones de carencia a lo largo del tiempo. Hernández, (Hernández, 2006) indica que en México un elevado porcentaje de familias se encuentran inmersas en situaciones permanentes de incertidumbre y riesgo de continuar indeterminadamente con limitado bienestar económico.

Además, esa vulnerabilidad se ha incrementado de manera gradual, especialmente para los trabajadores no calificados (trabajadores rurales e informales urbanos) cuya colocación en el mercado laboral es de carácter informal o precario. Debido a que los ingresos provenientes del trabajo representan la fuente más directa e importante de supervivencia de los hogares que se encuentran en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social, la CEPAL (CEPAL, 2000) argumenta que la falta de empleo o su mala calidad es el vínculo más claro entre estos dos fenómenos.

En general, las mejores oportunidades laborales en cuanto a calidad del empleo y remuneraciones dependen de los niveles de educación, el cual es un bien escaso y deficiente entre los sectores de bajos ingresos; esto impide o limita que los pobres rurales y urbanos accedan a estos puestos de trabajo, orillándolos a recurrir a trabajos en sectores de baja productividad y consecuentemente de bajos salarios.

Otro rasgo de la vulnerabilidad social es que el acceso a servicios educativos y de salud de calidad, así como a servicios de previsión social, presenta una clara diferencia por estratos sociales, lo que constituye un impedimento para la superación de la pobreza. Estimaciones de la CONEVAL (CONEVAL, 2019) en el 2008 revelaron que mientras a

nivel nacional el 7.6% de la población mayor a 15 años era analfabeta, para el 20% más pobre del país esta proporción representaba más del doble, 17.9%. En tanto que sólo 23.3% de los jefes de los hogares más pobres completaron educación básica o más, a nivel nacional esto asciende a 47%. De 2010 a 2016, la brecha en el rezago educativo entre jefes y jefas de hogar ha disminuido; no obstante, las mujeres presentan niveles de rezago más altos que los hombres, sobre todo si están en condición de pobreza, aunque entre los más jóvenes las brechas se reducen. En 2016, la brecha educativa entre ambos sexos se ubicó en 6.5 puntos porcentuales

Por otra parte, el acceso a los servicios de salud y seguridad social también muestran grandes deficiencias: en el quintil³ de menores ingresos, 92% de la población ocupada no cuenta con derechohabencia a servicios del IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina, Ejército y Universidades, 70% de las personas mayores de 65 años que no trabajan, no reciben pensión. De acuerdo a la CONEVAL, la carencia por acceso a servicios de salud es la privación social que más se redujo entre 2010-2016 la población no derechohabiente disminuyó 13.7 puntos porcentuales. Las mujeres son quienes más se han beneficiado de este servicio. Sin embargo, este avance no es suficiente para erradicar las inequidades de género dado que el acceso principal de las mujeres a los servicios de salud es a través de familiares que les otorgan el beneficio, sin importar si se trata de mujeres en condición de pobreza o no, lo que las ubica en una situación de dependencia y vulnerabilidad que condiciona su ejercicio del derecho a la protección a la salud.

La reducción de la vulnerabilidad social y el combate a la pobreza debe identificar e impulsar iniciativas de políticas públicas orientadas a proveer una red de protección básica y a promover la igualdad de oportunidades, incluyendo de manera indispensable, el acceso a la educación y salud. El recorte de recursos fiscales, se da cada año en las instituciones, sobre todo en las de salud, observándose en la reducción del presupuesto. Lo que se contrapone con la necesidad de garantizar que el gasto social realmente atienda a la población que más lo necesita, y que este fundamentado en políticas públicas

³ El quintil de ingreso, se calcula ordenando los datos de la población (de una región, país, etc.) de menor a mayor (si un dato se repite cinco veces, se coloca cinco veces...), para luego dividirla en 5 partes de igual número de datos; con esto se obtienen 5 quintiles, ordenados, de ingresos, donde el primer quintil (o Q1, I quintil) representa al 'quinto' de la población más pobre; el segundo quintil (Q2, II quintil), el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil (Q5, V quintil), que representa al 'quinto' de la población más rica.

bien dirigidas que construyan verdaderos vehículos de desarrollo para dar respuesta a las necesidades de empleo, educación, y salud, entre otros de la población.

Vulnerabilidad Social en salud

Jesús Ortega y Jorge Escobar (Ortega-Bolaños & Bula-Escobar, 2012) menciona que la vulnerabilidad social en salud tiene origen en la crisis del contrato social en las sociedades contemporáneas, que ha impedido a los grupos excluidos integrarse a las ventajas sociales gestionadas desde y hacia las estructuras de oportunidades: Estado, sociedad y mercado. Consideran que el nivel de salud y el acceso a servicios de salud son los medios generadores de reconocimiento de derechos sociales y de equidad con mayor impacto positivo, tanto en las redes y lazos sociales como en los derechos políticos y sociales de los ciudadanos excluidos y vulnerados socialmente. Proponen entender “la vulnerabilidad social en salud” como “la probabilidad de afectación individual y colectiva por un riesgo o condición de distinta naturaleza que determine su exclusión o marginación de la estructura social”. Así, la vulnerabilidad social en salud incluye la alteración en la capacidad de enfrentar el riesgo o condición social en los cuales viven y trabajan los grupos vulnerables. Esta alteración genera dinámicas particulares, que deberían ser atendidas por las distintas dimensiones de los sistemas de seguridad social en salud con el propósito de mitigar sus efectos.

La vulnerabilidad social en salud expresa las desigualdades sociales de distintos grupos poblacionales, por lo que no corresponde a una condición natural ni predefinida. Los denominados "grupos vulnerables" no son vulnerables *per se*: son las condiciones sociales en que viven los indígenas, migrantes, mujeres, niños, ancianos, jóvenes y otros grupos, las que definen su condición de vulnerabilidad. La comprensión integral de tales desigualdades puede abordarse desde el marco de determinantes sociales de la salud, que es un enfoque innovador para el estudio de la vulnerabilidad.

En el Informe de la CDSS se presentan las múltiples inequidades sociales que afectan la salud de la población, por lo que recomienda tres principios de acción: 1) Mejorar las condiciones de vida; 2) Abordar la distribución inequitativa del poder, dinero y recursos; y 3) Medir el problema y evaluar los efectos de las intervenciones. Cabe destacar el papel estratégico de los actores que deben participar en esas tres tareas, que incluyen entre

otros a las agencias multinacionales, los gobiernos nacionales y locales, la sociedad civil, el sector privado y la academia.

Francisco Sales Heredia (Sales, 2012) relaciona el estado de bienestar físico, mental y social que da una buena salud, con el mayor aprovechamiento de los beneficios y recursos que brinda la convivencia en sociedad, entre ellos los educativos, culturales y laborales. Considera que una mejor salud redundará en mayor productividad y menor pérdida de recursos económicos tanto para los individuos como para la comunidad; considera un factor importante el acceso y atención en los servicios de salud para la población en pobreza, puesto que no son las mismas condiciones que ser derechohabiente a alguna institución de salud, lo que evita que incurran en gastos médicos que pongan en riesgo su estabilidad económica.

Sales, hace referencia a las diversas reformas a la Ley General de Salud (LGS), que en 2003 fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Con este sistema se buscó proveer servicios de salud a grupos que no están cubiertos por ninguna institución de seguridad social y protegerlos a partir del hecho de que el gasto en salud lo cubren los pacientes y/o sus familiares, e implicó el financiamiento de un subsistema de salud denominado Seguro Popular (SP). A partir del 2020, este sistema fue anulado y se ha instalado el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el fin de proporcionar la atención médica a las personas sin seguridad social.

Resalta que, en el Censo poblacional del 2010, se registró en el SP un nivel de derechohabiente a servicios de salud de 62% (aunque cerca de 40 millones de personas seguían sin gozar de este derecho), a diferencia del año 2000, en que alcanzaba apenas 40%. La distribución por sexo y edad se mantuvo igual: las mujeres registraron mayores porcentajes (66%) de afiliación, aunque como dependientes de algún beneficiario. Los adultos mayores y los menores de 15 años mostraron el nivel más alto de adscripción, 71% y 64% respectivamente. La población en edad laboral es la que menos disfruta de esa garantía social. La distribución de derechohabientes muestra la importancia que adquirió el SP; después del IMSS que cuenta con el mayor porcentaje (49%), le sigue el Seguro Popular que cubría al 36.2% de la población, mientras que el ISSSTE apenas alcanza a cubrir al 9%, el resto se distribuye en servicios privados y paraestatales.

A pesar de este avance, la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010, demuestra que las familias todavía enfrentan serios problemas de protección en salud. En la mitad de los hogares mexicanos la cobertura contributiva (esto es, IMSS, ISSSTE, Defensa, Pemex y Marina) cubre a menos de 30% del total de sus miembros. Las jefas de familia muestran un índice de cobertura más bajo; de hecho, 75% de los hogares dirigidos por ellas no tienen protegidos al total de sus miembros, al menos no a través de estas instituciones. En el caso de los liderados por hombres, 70% de sus familias se encuentran en esta situación.

Sales, agrega que cuando se analiza la cobertura total, sumando también a los derechohabientes al Seguro Popular, el promedio de integrantes del hogar inscritos a alguna institución sube a 68%, únicamente la mitad de los hogares no tiene cubiertos al total de sus miembros. Esto quiere decir que mejora la condición de 20% de los hogares y de casi 70% de sus integrantes. Señala que el SP, ayudo a cubrir el hueco que han dejado las instituciones públicas oficiales, sus resultados llevaron a la reducción de los gastos catastróficos en salud⁴ los cuales se han concentrado en la población más pobre que representa 94% del total de afiliados a este seguro; además, se estima que los hogares afiliados tienen 8% menos posibilidades de sufrir gastos empobrecedores. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para ampliar la cobertura de servicios médicos, entre cuatro y cinco millones de familias se empobrecen anualmente debido a que emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos de salud. Este gasto de bolsillo se destina principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas.

Otro enfoque para estudiar la vulnerabilidad en el contexto de la salud, es el de Mario Luis Fuentes, (Fuentes, 2018); él afirma que *la vulnerabilidad es la característica definitoria por excelencia de la vida, pues cualquier ser vivo podría, en determinado momento, ya sea por enfermedades, accidentes, agresiones o por el propio contexto en que se vive, situarse en algún nivel de vulnerabilidad*. A argumenta que las condiciones al nacer, el territorio en que se nace, las causas y determinantes sociales de la salud, así como, de que se mueren las personas, son resultado no solo de una cadena sucesiva de eventos

⁴ La Secretaría de Salud (SSA) define como *gastos catastróficos* a los gastos anuales en salud de más de 30% de los recursos disponibles del hogar netos del gasto alimentario, y *gastos empobrecedores* a aquellos que reducen los recursos disponibles por debajo de la línea de pobreza.

de vida particular, sino que, en cada uno de esos eventos, se sintetiza en el conjunto de relaciones sociales y estructuras de poder económico y social que rigen una sociedad.

Presenta una revisión de la categoría de vulnerabilidad, y afirma que esta aparece en 1936 con la Secretaría de la Asistencia Pública encargada de prestar servicios del Estado a las personas de lo que entonces se llamó “los saldos de la Revolución”. Pero fue hasta los años 70’s con la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y luego con la promulgación de la Ley de Asistencia Social en 1986 (reformada en 2004) , cuando tuvo mayor auge, siempre vinculada a categoría de la asistencia social, que está enmarcada en La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3º, como; “Se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”

Advierte que es importante poner en el centro del análisis social las condiciones en que las personas nacen, viven y se encaminan hacia el final de la existencia; por lo que habrá que poner en discusión lo que se relaciona al acceso o privación de derechos humanos, entendiendo que estos son interdependientes y cuyo cumplimiento debe basarse en los principios de: universalidad, integralidad y no regresión. Enfatiza que “las enfermedades que tienen mayor incidencia en el país tienen como origen la pobreza, la desigualdad, hábitos personales de riesgo, determinados o influenciados por contextos de violencia, marginación y hasta segregación social,”

Crítica la idea positivista de la vulnerabilidad que se entiende como algo de lo que la persona podría despojarse a partir de la acción o intervención de las instituciones públicas y privadas, que sería lo más fácil de pensar, pero no es suficiente generar capacidades personales y sociales para estar suficientemente protegido. En su trabajo, Fuentes interpreta los datos e indicadores disponibles de las enfermedades y la muerte como resultado de la asimetría o privaciones de acceso a la garantía de los derechos humanos. Sostiene que las muertes evitables, no solo son aquellas que pudieron eludirse dadas las capacidades de atención médica, sino, sobre todo, las que están relacionadas con un conjunto de condiciones y sucesos que van en contra del espíritu de protección y garantía de los derechos humanos, es decir, de todos aquellos privilegios de que somos

portadores por el hecho de pertenecer a la raza humana. Propone la hipótesis de que la historia social de un país puede ser analizada y comprendida mediante la observación de sus tendencias de mortalidad, por las siguientes razones:

- a) Las causas de mortalidad dependen del conjunto de relaciones de poder y distribución de la riqueza en la sociedad, porque de tales relaciones depende la organización y funcionamiento de las estructuras de protección de cualquier estado moderno.
- b) Al mismo tiempo depende de las condiciones culturales y educativas de una sociedad; es decir del “ideal” social, que se persigue se desprenden muchos de los patrones de consumo y estilos de vida que llevan a las personas a enfermar o morir por determinadas causas.
- c) Las dos afirmaciones anteriores derivan lógicamente en el hecho de que, al haber una desigualdad estructural, quienes viven con mayores carencias son quienes con mayor frecuencia enferman y mueren por causas evitables, y también quienes menos posibilidades tienen de enfrentarlas con el respeto que corresponde a su humanidad.

Propone un modelo explicativo en base a los siguientes supuestos:

- Que las condiciones de morbilidad y mortalidad en el territorio nacional están influenciadas por factores individuales, ambientales y socioeconómicos.
- Que entre los factores individuales se encuentran predominantemente aquellos relacionados con hábitos o conductas de riesgo, vinculadas también a la salud mental y a otras condiciones sociales y familiares.
- Que entre los factores ambientales se encuentran predominantemente aquellos relacionados con la vivienda y el entorno físico inmediato de las personas.
- Que entre los factores socioeconómicos y socioculturales se encuentran aquellos determinados por el acceso o privación a servicios sociales elementales y a oportunidades de desarrollo como: acceso a la salud, seguridad social, a satisfactores mínimos y a empleo remunerado.

Propone las variables que permiten dimensionar la magnitud de riesgo y vulnerabilidad en que viven las personas en México, definiéndolas como Moderadas, Medio-bajo, Medio

alto, Alto y Muy alto; en donde se aprecia la presencia del acceso a los servicios de salud, nutrición/malnutrición y alimentación familiar, servicios intra y extra domiciliarios, escolaridad, fecundidad, ingresos económicos, morbi-mortalidad, diferenciado en las diferentes entidades del país. Sostiene que las condiciones que rodean al nacimiento, la enfermedad y la muerte, exige una revisión profunda del Estado desde su orden jurídico, de su entramado institucional y de las políticas públicas, lo cual debe generar propuestas atendiendo a los derechos humanos, para garantizar un nacimiento, un trayecto de vida y un desenlace mortal digno para todos.

Nivel de privación de derechos sociales en las entidades federativas.

Moderado: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tamaulipas.
Medio-bajo: Campeche, Guanajuato, San Luis Potosí, Yucatán.
Medio-alto: Chihuahua, Colima, Durango, Nayarit, Sinaloa, Tabasco, Zacatecas
Alto: Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Veracruz
Muy alto: Chiapas, Guerrero, Oaxaca

Recuperado de: Fuentes, M. L. (2018). Las Muertes que no deben ser: Natalidad y mortalidad en México. México: Fondo de Cultura Económica /UNAM

Riesgo social en salud.

El término *factor de riesgo* fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961 (Araujo, 2015), en donde se atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas características como son la presión arterial, el colesterol o el hábito de fumar. Araujo, menciona, que el análisis del riesgo de las personas, los grupos sociales o las poblaciones, es parte importante de las evaluaciones en salud. Admite el concepto de vulnerabilidad como la «exposición continuada al riesgo»; el concepto de riesgo se utiliza como apoyo metodológico de las ciencias de la salud. Es decir, el riesgo indica la probabilidad de ocurrencia y la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y de desigualdad social. El concepto de riesgo se dedica más al análisis de la probabilidad de ocurrencia que al de las inequidades y de las desigualdades sociales.

Señala que en toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que algunos grupos son especialmente «vulnerables». Ello implica que los mismos están más expuestos a riesgo. La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones y por supuesto el afrontamiento a la vulnerabilidad. Señala que existen múltiples métodos de afrontamiento de los factores de riesgo en salud, tales como los sistemas de vacunación, el abastecimiento de agua potable, los sistemas de alcantarillado, el control sanitario, el conocimiento respecto a las enfermedades crónicas no trasmisibles, los sistemas de seguridad laboral y en general, de seguridad a las poblaciones vulnerables.

Araujo aclara, que el enfoque de riesgo es utilizado en epidemiología para evaluar el estado de salud de la población. En este sentido, la morbilidad «constituye un componente importante para evaluar de manera integral el estado de salud de la población», ya que permite identificar el daño y diferenciar cuáles grupos de población son más vulnerables, **cita** a (Toledo, 2004, p. 167). Justo, uno de los principales objetivos de la epidemiología es identificar grupos de riesgo de enfermar y parte de su metodología son los estudios de casos y controles y los de cohorte que sirven para explicar la historia natural de algunas enfermedades en cuya génesis se supone la participación de una constelación de factores, cada uno de los cuales no representa por sí mismo una causa (los llamados factores de riesgo). Son diferentes los factores de riesgo de los *factores pronóstico*, los segundos son aquellos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente.

De modo que los factores de riesgo vinculados a los estilos de vida individuales son aquellos que se consideran modificables. Así, en las enfermedades cardiovasculares, el hábito de fumar, la obesidad, el sedentarismo, entre otros, son de los llamados *factores de riesgo modificables*, sobre los cuales se puede actuar a través de conductas saludables para contrarrestar el estatus de vulnerabilidad de las personas afectadas **cita** a (Baena et al., 2005), y así pasa con otros grupos de enfermedades o de grandes causas de mortalidad.

Para calcular el riesgo es necesario saber cuántos individuos de una población conocida presentan dicho evento (nE). Conocido este número y el total de individuos de la población susceptible de presentarlo (nP); el riesgo es el número de individuos que presentan el evento (población expuesta) / total de individuos de la población susceptible de presentarlo. De modo que el cálculo o medición del riesgo es semejante a como se calculan las tasas de morbilidad de una población determinada, pero en el caso del riesgo aparece en el denominador la población susceptible de presentarlo y no la población total en cuestión.

Araujo reconoce que «el enfoque de riesgo en esencia no es novedoso, pues de hecho lleva implícita la explicación multicausal del proceso salud-enfermedad, y lo que hace es desarticular las llamadas redes causales para la identificación de los factores que pueden estar involucrados» en la determinación del proceso salud-enfermedad. Lo que quiere decir que, las ciencias de la salud se dedican mucho más a la determinación del riesgo propio del enfoque positivista, que a la búsqueda o explicación de las causas sociales que hacen a las personas y poblaciones vulnerables. De esta forma, cuando se desea evaluar el incremento o reducción de la probabilidad de padecer el evento en presencia de una situación que se supone es capaz de modificarla, se utiliza el cálculo del *Riesgo Relativo*, que no es más que la proporción entre el riesgo de la población expuesta con respecto a la población no expuesta. Es decir, el riesgo relativo, como estado comparativo entre la población expuesta y no expuesta, pone de manifiesto un acercamiento a los grupos vulnerables, pero siempre se queda en el análisis de la exposición al riesgo sin profundizar en las causas sociales (pobreza, exclusión social) que les dan origen a tales situaciones de riesgo.

Araujo habla de situaciones de riesgo de las poblaciones; pero dentro de ellas son los individuos y los grupos sociales (familias, grupos laborales, de estudio, grupos relacionales) los que están sometidos a determinados riesgos y, por tanto, son influidos por los consecuentes factores de riesgo. Sin perder de vista que los factores de riesgo individuales no lo son solo en sí mismos, sino que están estrechamente relacionados con aquellos propios del grupo en que está inmerso el individuo y que estos últimos están también subordinados a aquellos macro sociales propios de las condiciones sociales y del estatus social en que está inmerso el grupo o el individuo. Así, el nacimiento en un contexto de vida en vulnerabilidad o en condiciones de exclusión social, produce que el feto se convierta en un recién nacido de bajo peso, muchas veces en condiciones de

pobreza y por consiguiente de nutrición deficiente, acompañado de analfabetismo de la madre y familiar, así como otras enfermedades recurrentes.

Una forma para medir la disminución o anular el efecto de la vulnerabilidad, es la *Reducción Absoluta del Riesgo* (RAR). Cuando la comparación se plantea en términos de diferencia entre los riesgos absolutos de dos poblaciones (expuesta y no expuesta) se obtiene la *reducción absoluta del riesgo*, también denominada «riesgo atribuible». Esta medida resulta de mucha utilidad y es utilizada cuando se pretende comparar tratamientos o evaluar la eficacia de un tratamiento. De tal forma que es clara la correlación existente entre riesgo y vulnerabilidad. Si la vulnerabilidad es en esencia exposición a riesgos, y si el riesgo es un concepto central de la epidemiología y de la teoría de la salud pública, entonces se hace evidente que la vulnerabilidad debería encontrarse mucho más en el centro del análisis de las ciencias de la salud desde su mismo objeto de estudio. Si bien la meteorología, la economía, la demografía o la ecología han utilizado en los últimos tiempos el concepto de vulnerabilidad para diferentes abordajes sociológicos vinculados con sus objetos de estudio, las ciencias de la salud, entiéndase la epidemiología y la teoría de la salud pública, utilizando siempre el concepto de riesgo, se han ocupado menos del análisis social de las causas de la situación de vulnerabilidad (en tanto exposición al riesgo) (Araujo, 2015)).

Otto (Otto, 2014), agrega que el concepto de Riesgo social, fue introducido por el Banco Mundial en el año 2000 bajo el esquema de Gestión del Riesgo Social (SRM: Social Risk Management), como enfoque alternativo para evaluar y desarrollar instrumentos de protección social que prevengan la ocurrencia de situaciones negativas o que mitiguen sus efectos. Asume, que la capacidad de los individuos, hogares y comunidades de administrar el riesgo depende de las características del riesgo: su fuente, correlación, frecuencia e intensidad. El riesgo puede ser de origen natural (inundaciones, huracanes) o el resultado de la actividad humana (inflación, devaluación abrupta de la moneda); pueden estar no correlacionados entre individuos (ser idiosincráticos) o correlacionados (covariantes) tanto entre sí como a lo largo del tiempo, pueden tener baja frecuencia, pero, afectar severamente el bienestar de la población o ser recurrentes en el tiempo (frecuencia alta) e impactar levemente el bienestar

Factores de Riesgo			
Por afectados:	En base a su origen	Por la posibilidad de actuar sobre ellos se dividen en:	Por su tiempo de actuación y probabilidades de daño
<p>Propios al individuo, relacionados con sus condiciones de vida, con su estilo de vida, con grado variable de susceptibilidad.</p> <p>Colectivos: aquellos factores que afectan comunidades, grupos sociales. Estos a su vez se dividen en;</p> <p>a) <i>Por naturaleza;</i> fenómenos que por su origen pueden afectar a la comunidad y que se demuestre el grado y magnitud a la exposición de los mismos.</p> <p>b) <i>Por componentes ecológicos;</i> los que intervienen en el proceso como agua, suelo, aire, etcétera.</p> <p>c) <i>Por ambiente especial</i> se refiere a centros de trabajo, educacionales, recreación, etcétera</p>	<p>Biológicos: aquellos inherentes a características de la vida: edad, enfermedad.</p> <p>Conductuales: relacionados con aspectos de conducta el tabaquismo, etc.</p> <p>Culturales: nivel educacional, costumbres que afecten la salud.</p> <p>Económicos: grado de satisfacción de necesidades básicas, hacinamiento, etc.</p> <p>Organización de los servicios de salud: equidad, accesibilidad.</p> <p>Ambientales: determinados por las características del medio ambiente; clima, etc.</p>	<p>Modificables; los que pueden cambiarse, en ellos la causalidad es fundamental: dieta, fumar, consumo de bebidas alcohólicas, sedentarismo.</p> <p>No modificables los que son invariables. La causalidad no es necesariamente importante, ancianos, talla, predisposición genética, edad.</p>	<p>Permanente: se mantiene en el tiempo</p> <p>Acumulativo: aumentan el riesgo y probabilidad de daño por acumulación, radiaciones, Tabaquismo, alcoholismo, etcétera</p> <p>Ocasional; hecho o circunstancia no continua en el tiempo.</p>

Fuente: *Elaboración propia. con base en (Araujo, 2015)*

Otto, afirma que los riesgos sociales también son considerados como aquellas situaciones socioeconómicas ante las cuales la población es vulnerable (Castellanos, 1994), y que la importancia de hablar de vulnerabilidad está, en que a mayor grado de vulnerabilidad será mayor el riesgo, pues esta se refiere al grado de indefensión en el que se halla una persona o grupo social por la que puede ser lesionada física o moralmente. La vulnerabilidad se caracteriza por ser multidimensional, es decir se encuentra en distintos individuos, grupos y comunidades bajo diversa formas y modalidades. Es integral porque afecta todos los aspectos de la vida del que la padece. Es progresiva debido a que tiende a acumularse e incrementarse, ocasionando efectos graves, esto es, surgen nuevos problemas, originando un fenómeno cíclico, porque se conjugan factores internos y externos que van anulando o disminuyendo la capacidad que tiene una persona, grupo o comunidad para enfrentar un peligro determinado.

Agrega 22 campos “factores de riesgo” : dificultad de acceso al trabajo; dificultad de acceso a la renta y al capital (pobreza); precariedad familiar; descalificación vinculada a factores epidemiológicos; discriminación de género; abandono social; descalificación vinculada a las condiciones de la vivienda; dificultad de acceso a los servicios sanitarios; dificultad de acceso a los servicios sociales; dificultad de acceso a la formación y a la instrucción; hostilidad ambiental; descalificación vinculada a procesos migratorios; dificultad de movilidad territorial (y marginalidad geográfica); descalificación primaria (por minusvalía, etc.); dificultad de acceso a la información y a la cultura; discriminación étnico-lingüística; discriminación religiosa; discriminación política; carencia de control del territorio; carencia del funcionamiento del Estado.

Enfatiza que los factores de riesgo social pueden catalogarse también en cuatro tipos de <<procesos dañosos>>: la descalificación, la desorientación cognoscitiva, el desorden institucional y la pérdida de recursos humanos calificados. En este segundo enfoque, la descalificación comprende aquellos factores de riesgo que impiden a los sujetos humanos lograr un cierto nivel de calidad de vida, adecuado a los estándares del país en que viven (por ejemplo, factores relacionados con las dificultades de acceso a los servicios, la inadecuación de la vivienda, el desempleo, etc.); la desorientación cognoscitiva, aquellos factores que reducen la capacidad de los individuos y de los grupos de controlar el ambiente en que viven, a través de las propias representaciones y visiones de la realidad (por ejemplo, factores relacionados con la discriminación étnica); el desorden institucional, aquellos factores que exponen a los individuos a conflictos institucionales y organizativos, a paradojas normativas, en su mayor parte relacionadas con el funcionamiento del Estado (por ejemplo, factores relacionados con el escaso control del territorio); la pérdida de recursos humanos calificados, aquellos factores que tienden a limitar o a impedir la utilización de recursos humanos dentro del régimen de riesgos (por ejemplo, la desocupación intelectual o la fuga de cerebros).

La Sociedad del Riesgo

Desde un enfoque sociológico Ulrich Beck (Beck, 1998). Asume que la sociedad del riesgo es “la fase de desarrollo de la sociedad moderna, donde los riesgos sociales, políticos, económicos e industriales tienden cada vez más a escapar de las instituciones de control y protección de la sociedad industrial”. Es decir, se vive en una era de riesgo que es global e individualista, en donde la autorrealización y logro individual es la

corriente más poderosa de la sociedad occidental moderna que elige y configura individuos que aspiran a ser autores de su vida, creadores de su identidad; son las características centrales de nuestra era. La sociedad del riesgo o sociología de riesgo es la síntesis sociológica de un momento histórico del período moderno, en el cual éste pierde sus componentes centrales, generando una serie de debates, reformulaciones y nuevas estrategias de dominación. Se trataría de una sociedad postindustrial, en el sentido en que el centro básico de la modernidad y su misma correlación de fuerzas han cambiado sustancialmente. Beck afirma que, en la modernidad avanzada, la reproducción social de la riqueza va acompañada sistemáticamente por la producción social de *riesgos*; por tanto, los problemas y conflictos de reparto de la sociedad de la carencia son sustituidos por los problemas y conflictos que surgen de la producción, definición y reparto de los riesgos producidos de manera científica-técnica.

Beck anota, que la lógica del reparto de la riqueza de la sociedad de la carencia a la lógica del reparto de los riesgos en la modernidad desarrollada, está vinculada históricamente a dos condiciones: la primera, al nivel alcanzado por las fuerzas proactivas humanas y tecnológicas y por las seguridades y regulaciones del Estado social que ha venido excluyendo la miseria material auténtica. La segunda se refiere a la liberación de riesgos a partir del crecimiento exponencial de las fuerzas productivas en el proceso de modernización (transformación de los procesos de producción que llevan implícito las relaciones y la estructura social).

El concepto de sociedad industrial o de clases gira en torno a cómo se puede repartir la riqueza producida socialmente de una manera desigual y al mismo tiempo legitimarla por las instituciones. Esto coincide con el nuevo paradigma de la sociedad del riesgo, que se pregunta ¿Cómo se puede evitar, minimizar, dramatizar, canalizar los riesgos y peligros que se han producido sistemáticamente en el proceso avanzado de modernización, limitarlos y repartirlos allí donde hayan nacido como efectos secundarios latentes de tal modo, que ni obstaculicen el proceso de modernización ni sobrepasen los límites de lo soportable (ecológica, médica, psicológica, socialmente)?

Beck, se refiere a los riesgos del desarrollo industrial causantes de la pauperización de grandes poblaciones (el riesgo de la pobreza). Los riesgos de salud son desde hace mucho tiempo tema de los procesos de racionalización y de los conflictos y aseguraciones

sociales referidos a ellos. Y plantea cinco tesis en que fundamenta la dinámica social y política para la naturalización del riesgo:

1. Los riesgos que se generan en el nivel más avanzado del desarrollo de las fuerzas productivas son diferentes de las riquezas. Son riesgos que causan daños sistemáticos y a menudo irreversibles, permanecen invisibles y se basan en interpretaciones causales que están a cargo de los mismos que los producen, de este modo los pueden transformar, ampliar, reducir o minimizarlos. La definición del riesgo se convierte en posiciones sociopolíticas (Ejemplo, la radiactividad, sustancias nocivas y tóxicas presentes en el aire, en el agua y en los alimentos, con consecuencias a corto y largo plazo para las plantas, los animales y seres humanos);
2. Con el reparto y el incremento de los riesgos de la modernización surgen situaciones sociales de peligro; tienen un efecto *bumerang* afectan más tarde o más temprano también a los que los producen o se benefician de ellos.
3. Los riesgos de la modernización son un gran negocio para los economistas, son un *barril de necesidades sin fondo*. Esto significa que la sociedad industrial produce con el aprovechamiento económico de los riesgos causados por ella las situaciones de peligro y el potencial político de las sociedades del riesgo;
4. El saber adquiere un nuevo significado político que hay que desplegar y analizar en una teoría del surgimiento y difusión del saber de los riesgos;
5. Los riesgos reconocidos socialmente tienen un contenido político, es decir, lo apolítico se vuelve político. Se vuelve una disputa pública sobre la definición de los riesgos; no solo de las consecuencias para la salud del ser humano, sino de los efectos secundarios sociales, económicos y políticos de los efectos secundarios.

Beck considera que la historia nos permite ver que el reparto de riesgos sigue el esquema de clases, pero al revés: las riquezas se acumulan arriba, los riesgos abajo. Por tanto, los riesgos parecen fortalecer y no suprimir la sociedad de clases. A la insuficiencia de suministros se añade la falta de seguridad y una sobreabundancia de riesgos que habría que evitar. Frente a ello, los ricos (en ingresos, en poder, en educación) pueden comprarse la seguridad y la libertad respecto del riesgo. Esta ley de un reparto de los riesgos específicos de las clases y por tanto de la agudización de los contrastes de clase mediante la concentración de los riesgos en los pobres y débiles estuvo en vigor durante mucho tiempo y sigue estándolo hoy para algunas dimensiones centrales del riesgo: el riesgo de no conseguir un empleo es hoy mucho mayor que para quienes no están muy

cualificados. Los riesgos de daño, radiación e intoxicación que están vinculados al trabajo de las empresas industriales correspondientes están repartidos de manera desigual en las diversas profesiones. Son en especial las zonas residenciales baratas para grupos de población con ingresos bajos que se encuentran cerca de los centros de producción industrial las que están dañadas permanentemente por las diversas sustancias nocivas que hay en el aire, el agua y el suelo. Con la amenaza de la pérdida de ingresos se puede obtener una tolerancia superior.

Así mismo, las posibilidades y las capacidades de enfrentarse a situaciones de riesgo, de evitarlos, parecen estar repartidas de manera desigual para capas de ingresos y de educación diversas: quién dispone de colchón financiero a largo plazo puede intentar evitar los riesgos mediante la elección del lugar de residencia y la mejora de la vivienda (o segunda vivienda, o vacaciones, etcétera). Lo mismo vale para la alimentación, la educación y el correspondiente comportamiento en relación a la información. Una bolsa de dinero suficientemente llena, pone en situación de alimentarse con huevos de *gallina sana y verduras sanas*.

Beck expone que vivimos el paso desde la modernidad industrial hacia una sociedad de riesgo a través de una transformación producida por la confrontación de la modernidad con las consecuencias no deseadas de sus propias acciones. El riesgo es el precio del progreso debido a que la globalización está transformando también la naturaleza de la inseguridad y los riesgos personales, familiares y colectivos, lo que demanda transformaciones de las funciones y capacidades de las administraciones públicas. Hoy los riesgos pueden afectar a casi toda la humanidad, sin respetar fronteras, clases sociales o edad. Antes se culpaba al destino de las desgracias, ahora es el hombre el responsable por acción u omisión.

En la sociedad del riesgo surge el potencial político de las catástrofes. La defensa y administración de las mismas puede incluir una reorganización del poder y de la competencia. La sociedad del riesgo es una sociedad catastrófica, en ella el estado de excepción amenaza con convertirse en el estado de normalidad. El pensamiento de Beck se enfoca a las constantes de una sociedad sometida a fuertes riesgos y a procesos de individualización. En la actualidad sobresalen las noticias de las catástrofes ecológicas, crisis financieras, terrorismo y guerras. Distingue una primera modernización que discurre

a lo largo de la industrialización y la creación de la sociedad en masas de una segunda modernización propia de la sociedad que tiende a la globalización y está en constante desarrollo tecnológico. En la era industrial la estructura cultural y social era la familia, pero luego ese núcleo se ha venido modificando, como ente social que es, se ha fracturado dando lugar a la individualización, lo que aumenta la incertidumbre del individuo en la sociedad de riesgo, como producto del neoliberalismo económico que no solo afecta al plano personal sino también a las instituciones.

Con respecto a la política apunta, que se debe contrarrestar peso del mercado y sus efectos y ampliar el círculo social y cultural del individuo, con el objetivo de alcanzar un equilibrio y disminuir la incertidumbre. La sociedad del riesgo implica una serie de cambios que pintan un panorama de la actualidad a reflexionar. La educación y un comportamiento sensible en relación a la información abren nuevas posibilidades de enfrentarse a los riesgos y evitarlos.

Beck hace una descripción detallada de las transformaciones contemporáneas en el proceso de trabajo: individualización de las tareas, desregulación, precarización del empleo y generalización del desempleo. El rol de la mujer y su incorporación al mercado de trabajo lo que la hace ser más independiente. En las ciencias: cambio de paradigmas, necesidad de incorporar la interdisciplinariedad, competencias de saberes. El concepto de sociedad en riesgo permite analizar fenómenos actuales como la gripe aviar y el aumento de huracanes cada vez más fuertes por el calentamiento del planeta, por ejemplo.

La Gestión Social del Riesgo.

Javier E. Thomas Bohórquez (Thomas, 2011), reconoce la necesidad de alcanzar no solo una interpretación integral del riesgo, sino la formulación de acciones estratégicas que permitan reducir estructuralmente los factores que hacen vulnerables a las comunidades, expone que desde diversos sectores públicos y académicos se plantea la formulación de una política de gestión de riesgos. Agrega que la literatura especializada habla de gestión de riesgos y gestión de desastres como sinónimos, que se refieren al proceso mediante el cual se pretende identificar, evaluar, controlar y/o reducir los potenciales efectos de eventos adversos para el hombre.

Sin embargo, no expresan lo mismo; la gestión de desastres parte de la situación de desastre y de cómo actuar a partir de ella; es decir, conceptual y operativamente su núcleo fundamental está vinculado con una situación pos evento, donde lo que se busca es la implementación de ciertas prácticas del control de daños a favor del sistema existente y el retorno a la normalidad preexistente al evento destructor; incluso esta interpretación reconoce, a la amenaza, el desastre; cuando este realmente está en función de la incapacidad humana de reducir la vulnerabilidad de la población hasta los niveles que las pérdidas sean aceptables, asumibles y asimilables por la sociedad en su conjunto y por la comunidades específicamente impactadas y no por la ocurrencia misma del evento en particular. En contraste, la gestión del riesgo pretende centrar todos sus esfuerzos en aquellos elementos generadores de condiciones de vulnerabilidad que exponen a las comunidades a situaciones de riesgo y que, de no intervenir efectivamente sobre ellas, podrían conducir a desastres; esta se articula entonces, a evaluaciones previas.

Thomas Bohorquez, menciona a Lavell y Franco (1996), quienes establecen una de las concepciones más integrales cuando afirman que "un sistema de gestión de riesgos se presenta como una organización abierta, dinámica y funcional de instituciones y su conjunto de orientaciones, normas, recursos, programas y actividades de carácter técnico-científico, de planificación, de preparación para emergencias y de participación de la comunidad, tiene su objetivo en la incorporación de la gestión de riesgos en la cultura y en el desarrollo económico y social de las comunidades" . Entonces, una Gestión Social del Riesgo (GSR), se puede entender como el proceso institucional y social mediante el cual, en sentido horizontal y vertical, se articulan una serie de políticas, actores, estrategias, instrumentos y acciones que buscan eliminar, estructuralmente (prevenir), mitigar y reducir, coyunturalmente, los elementos y niveles de exposición de las comunidades frente a aquellos eventos potencialmente destructores, a la vez que incrementar su capacidad de respuesta, ajuste y recuperación, frente a los efectos adversos de ellas. La GSR por tanto, implica el recopilar y sistematizar la información mínima que permita conocer el riesgo futuro al que se expondrá la población (dinámica y evolución de amenazas y factores y niveles de vulnerabilidad), crear los escenarios y condiciones propicias para la intervención y transformación social de las vulnerabilidades, diseñar las estrategias que garanticen la atención oportuna y eficiente en la emergencia (planes y programas) y prever las reservas (financieras, sociales e institucionales) que permitan la

supervivencia en la situación de emergencia y/o desastre, y su reconstrucción, rehabilitación y recuperación, posterior a la crisis.

Por lo que, la GSR no es solo la reducción mecánica del riesgo, es, ante todo, el reconocimiento y la concientización social, de que ciertas prácticas económicas, políticas, institucionales, sociales y culturales, configuran escenarios desequilibrados, excluyentes e inequitativos que exponen de forma diferencial a la población ante eventos potencialmente destructores y vulneran, limitan o reducen, para el caso de los más frágiles, su capacidad de afrontarlos, asimilarlos y superarlos. Se reconocen tres momentos Antes, Durante y Después. Cada momento exige acciones puntuales y diferenciadas, pero a la vez, su concatenación y causalidad establece una condición dinámica y requiere un tratamiento integral, coherente, cíclico y permanente. Ello ha establecido ya una importante experiencia en el diseño de estrategias y acciones en la prevención, atención o recuperación, según cada caso.

Otro aspectos vinculados al riesgo social, son la *exclusión social y la inclusión social*; Gabrieli Quinti (Quinti, 1997), investigador de FLACSO Puerto Rico, menciona que la exclusión social es un fenómeno “de segundo grado”, producido por la interacción de una pluralidad de procesos (o factores) que afectan a los individuos y a los grupos humanos, impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida decente, y/o de participar plenamente, según sus propias capacidades, en los procesos de desarrollo. Dichos procesos corresponden a múltiples ámbitos: las dificultades de acceso al trabajo, al crédito, a los servicios sociales, a la instrucción; el analfabetismo, la pobreza, el aislamiento territorial, el riesgo epidemiológico, la discriminación por género, la discriminación política, las carencias de las viviendas, la discriminación étnico lingüística, etcétera., que se pueden definir como «factores de riesgo social>>. Señala específicamente la pobreza extrema como forma de exclusión social directa

Katia Rodríguez Gómez (Rodríguez, 2014), se refiere a la exclusión desde el enfoque de género, señala que las brechas de género en la pobreza se sostienen incluso si se toman en cuenta los costos de generar el ingreso. Constata que a igual situación en términos de otras divisiones sociales -como el lugar de residencia urbano o rural, la pertenencia o no a un grupo indígena, la edad, el nivel educacional y la situación de inactividad-, la condición de mujer suma desventajas adicionales en el acceso a recursos. La excepción a lo anterior solamente se presenta cuando está empleada o tiene un alto nivel educacional

(posgrado). Minuji y S. Bustelo, (Minuji, 1997) ya apuntaban que la inequidad de género constituye un evidente motivo de exclusión o vulnerabilidad; la condición de mujer incrementa las probabilidades de pobreza y de permanecer en esta situación tanto para ella como para su familia, en el caso de las jefas de hogar, citan a (Rubery, 1985; CEPAL, 1995). Las posibilidades de pasar a la zona de inclusión son bajas en la mayor parte de los países de la región, ya que depende de una serie de condiciones que van desde los niveles de educación, el punto del ciclo vital en que se encuentra la familia o los individuos.

La “inclusión económica” se relaciona con el concepto de inserción de los individuos en el mercado de trabajo; con las características, calidad y modalidad del empleo y el nivel de ingresos a los que han tenido acceso. Es decir, la población trabajadora se puede agrupar en tres grandes grupos (Minuji, 1997). El primero conformado por la población “incluida”, una minoría que se caracteriza por estar vinculada a empresas altamente dinámicas y productivas; el segundo se ubica en la “zona de vulnerabilidad”, en la cual operan empresas de productividad media, orientadas principalmente al mercado interno. Se denomina zona de “vulnerabilidad” porque los individuos viven una situación de poca estabilidad y con tendencia a caer en la zona de exclusión. Este grupo abarca a un número importante de trabajadores semicualificados y no calificados e incluye una alta proporción de trabajadores del sector público; el tercer grupo lo conforman los “excluidos”, comprende un gran porcentaje de la población trabajadora, en su mayoría son empleados no calificados vinculados a empresas “tradicionales” escasas en capital y de baja productividad, orientadas al mercado interno. Todos ellos son parte del creciente grupo de familias en situación de vulnerabilidad; las familias con ingreso medio pueden encontrarse en un proceso de deterioro que los lleve a situaciones de alta vulnerabilidad.

Capítulo III. La evaluación social; base para la clasificación de la vulnerabilidad social.

La evaluación social se refiere al proceso que generalmente siguen las instituciones para identificar y evaluar los impactos socioeconómicos de un proyecto planificado sobre personas y comunidades que residen en un área de influencia directa e indirecta, con el fin de identificar medidas para prevenir, mitigar o compensar los impactos negativos, mejorar los positivos y compartir los beneficios del proyecto de comunidades locales (Contreras, 2004); en ese contexto la *vulnerabilidad social* es producto de los procesos sociales o impactos socioeconómicos que generan una exposición desigual a los riesgos y situaciones de crisis y estrés, donde determinados individuos y grupos, son más propensos a los riesgos y a las desigualdades (Sánchez, 2011). En esta relación, para el trabajo social los indicadores sociales son básicos en la elaboración de estudios socioeconómicos, que aportan información relevante acerca de la situación social, de la eficacia de las políticas públicas y del bienestar de las personas; son la plataforma para la evaluación social y permiten conocer las características de la vulnerabilidad social.

Indicadores Sociales.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y varios órganos internacionales tienen estrategias para medir factores que disparan problemáticas sociales en el mundo, específicamente en países latinos. Tales indicadores son variables para medir los cambios que permiten analizar una situación y evaluar su comportamiento en el tiempo, a través de su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que determinan, directa o indirectamente, modificaciones sobre el estado de una situación. Plantea que un indicador debe tener atribuciones científicas de **validez** (medir realmente lo que se supone debe medir), **confiabilidad** (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), **sensibilidad** (ser capaz de captar los cambios) y **especificidad** (reflejar solo los cambios ocurridos en una determinada situación).

Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los indicadores son medidas estadísticas directas, orientadas y válidas que permiten captar el nivel y las variaciones en el tiempo de una preocupación social fundamental (OCDE, 1981, citado en Somarriba, 2008, pág. 62). En el mismo sentido, Land los define como

estadísticas que miden las condiciones sociales y sus cambios en el tiempo, para varios sectores de la población, tanto en el contexto externo (social y físico) como en el interno (subjetivo y de percepción) de la existencia humana en la sociedad (Somarriba, 2008). La metodología de este enfoque es definir los aspectos del concepto de bienestar en componentes y, dentro de ellos, elaborar estadísticas sobre aspectos particulares y precisos, llamados indicadores sociales.

En cuanto a su clasificación, se distinguen tres miradas conceptuales de indicador social y, por tanto, tres definiciones (Somarriba, 2008):

1. Indicadores normativos de bienestar: el indicador social es una estadística de interés normativo directo que facilita juicios sobre las condiciones de los principales aspectos de una sociedad. Como medida directa del bienestar permite una interpretación positiva o negativa de la situación, dependiendo de la mejora o empeoramiento en el valor que toma el indicador. Para establecer los indicadores, se requiere de un consenso previo sobre las metas o preocupaciones sociales.

2. Indicadores de Satisfacción: miden la realidad subjetiva que viven los sujetos, la satisfacción psicológica, felicidad y plenitud de vida. Se basan en la descripción de los individuos, obtenida por encuestas.

3. Indicadores Sociales Descriptivos: muestran las condiciones sociales y sus cambios a lo largo del tiempo, en los diversos segmentos de la población.

La conjunción de indicadores sociales forma sistemas que dan cuenta de una diversidad de aspectos del bienestar individual, colectivo y social. Un sistema de indicadores es un procedimiento que conceptúa, operacionaliza y mide, con indicadores sociales, la diversidad de aspectos del bienestar individual o social. Algunas de sus características son:

- Conceptualizan y miden el bienestar individual y social.
- Consideran el bienestar como una condición multidimensional compuesta por partes o áreas diversas.
- Plantean un marco de referencia sólido y coherente para conceptualizar, seleccionar y evaluar un hecho o problema social.

Hay múltiples funciones atribuibles a los indicadores sociales. Son dos las principales: ser instrumentos de conocimiento y de acción. De hecho, existe una amplia lista de funciones científicas y sociales propias de los indicadores. Se distinguen cinco funciones de los indicadores sociales (Somarriba, 2008):

- Describir la situación y los procesos de cambio social.
- Evaluar estructuras, prestaciones y relaciones costo-beneficios.
- Contabilizar las interacciones de las estructuras de ciertos sectores.
- Seleccionar y difundir informaciones explicativas sobre las relaciones causales.
- Innovar su empleo para la acción; institucionalizar los procesos de medida, evaluación y contabilización para sostener una política social activa.

Algunos de los indicadores más utilizados son población, vivienda, servicios básicos, salud, educación, trabajo, ingresos, pobreza y género, entre otros. Estos indicadores pueden variar según la unidad de análisis; cuando se hace referencia a aspectos de cada individuo, se establecen indicadores individuales como sexo, edad, ingreso, profesión, religión y se toman en cuenta indicadores relacionales. Conjugar estos indicadores da cuenta de las características de la población, de grupos de familias, comunidades o individuos, lo que contribuye a la integración de perfiles poblacionales, generales o particulares.

Los indicadores de los países Latinoamericanos y del Caribe surgen de “La técnica de la encuesta respecto al ámbito de los hogares”. De acuerdo al Manual de Encuestas de Hogares, establecido por la Comisión Estadística de las Naciones Unidas en 1964. De acuerdo a Cecchini (Cecchini, 2005). En México, se toman los componentes para evaluar el nivel socioeconómico, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), creado por decreto presidencial en 1983, como la institución oficial encargada de los censos nacionales y la recopilación de información estadística. El INEGI, presentó en 1995 el perfil socioeconómico de la población de México, con los siguientes indicadores: Estructura por edad y sexo, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de origen, lugar de residencia, alfabetismo, nivel de instrucción, condición de actividad económica, sector de actividad, ocupación principal, población económica, ingreso por trabajo. Y los que corresponden a los hogares; egresos de los hogares, distribución de las viviendas, ocupantes, materiales de construcción, servicios, cocina, combustible y tenencia de la vivienda. Al 2015 el INEGI considera cuatro indicadores básicos para conocer las

características de la población y el territorio mexicano (INEGI, 2015): el Demográfico y social, la Economía, el Medio ambiente y gobierno, seguridad pública e impacto de justicia.

Indicadores básicos para conocer las características de la población y territorio mexicano (INEGI, 2015).

Indicador	Indicadores incluidos
Demográfico y social	Para establecer el nivel socioeconómico de las familias de México: calidad de la educación; características educativas y los gastos en educación; población y fenómenos demográficos. los hogares y su dinámica intrafamiliar; salud y su influencia en la población, servicios institucionales de salud; trabajo, relaciones laborales, empleo, ocupación, productividad y costos laborales
Economía	Permite conocer los recursos de la población mexicana: ciencia, tecnología e innovación; comunicaciones; contabilidad nacional y aspectos macroeconómicos; finanzas públicas, precios, sector externo, entre otros.
Medio ambiente	Abarca todos los aspectos para estudiar y conservar las condiciones ambientales de la población mexicana.
Gobierno, seguridad pública e impacto de justicia	establece variables para conocer la organización política de la población, analizando las estructuras organizacionales; los recursos humanos, materiales y financieros, así como la incidencia delictiva

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI 2015.

En México, existen otras instituciones oficiales, además del INEGI; el Banco de México (Banxico) o el CONEVAL, que se encargan de generar y procesar información estadística que se puede utilizar para construir indicadores. En caso de que un programa determine que no es posible obtener la información necesaria para construir el indicador deseado ni de forma interna ni a través de otra institución, entonces debe analizarse el costo de producirla y sus posibles beneficios. En este sentido, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval); organismo público descentralizado cuyo objetivo es normar y coordinar la evaluación de las políticas y los programas de desarrollo social, que ejecutan las dependencias públicas. estipula los lineamientos y criterios para definir, identificar y medir la pobreza con base en la Ley General de Desarrollo Social que, en su Artículo 36. Establece ocho indicadores (CONEVAL, 2019). Ingreso corriente per cápita, Rezago educativo promedio en el hogar, Acceso a los servicios de salud, Acceso a

la seguridad social, Calidad y espacios de la vivienda, Acceso a los servicios básicos en la vivienda, Acceso a la alimentación y Grado de cohesión social.

Así también, el Consejo Nacional de POBLACIÓN (Conapo 2010), presentó una metodología de estimación de los indicadores socioeconómicos que considera: El área geoestadística básica que establece el área donde se vive, urbana o rural; Las condiciones de asistencia escolar, sean de tipo público, privado, escolarizado, abierto, a distancia; estudios técnicos o comerciales, educación especial o para adultos; El nivel educativo que comprende las etapas de escolaridad: preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, estudios técnicos o comerciales, profesional, maestría y doctorado; Las condiciones de derecho a los niveles de salud que divide a la población en derechohabiente o no, de servicios médicos en instituciones de salud pública o privada; La vivienda o el espacio delimitado generalmente por paredes y techos de cualquier material; el índice de marginación y ocupantes; El drenaje, sistema de tuberías que permite desalojar de la vivienda el agua utilizada en el excusado, fregadero, regadera u otras similares; disponibilidad de estos servicios; El material predominante en pisos: tierra, cemento firme y madera, mosaico u otro recubrimiento; El cuarto considerado como el espacio para descansar, dormir, comer o cocinar. No se incluyen el baño ni los pasillos. Los bienes como aparatos electrodomésticos y digitales (radio, televisión, refrigerador, lavadora, computadora, línea telefónica fija, teléfono celular, e internet) y automóvil.

La Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAIM, 2018), desde 1994, es un referente indispensable por el criterio estandarizado que utiliza al clasificar los índices de nivel socioeconómico en México. La AMAIM, define “Nivel” como la “capacidad económica y social de un hogar que se establece a partir de una estructura jerárquica de acumulación de capital económico y social, representado por el patrimonio de bienes materiales, por el acervo de conocimientos, contactos y redes sociales, y por la capacidad de acceder a un conjunto de bienes y estilos de vida”. En las recientes publicaciones de la AMAIM la definición se amplía, y se refiere al Nivel Socio Económico como “el nivel de bienestar que tiene un hogar y que todos sus miembros comparten y que permite determinar qué tan cubiertas están las necesidades de espacio, sanidad, practicidad, entretenimiento, comunicación y planeación del futuro en un hogar”; manifiesta que sus estudios están basados en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2014. (ENIGH). La AMAIM propone seis niveles socioeconómicos y los cita en (López, 2009, págs. 24-29):

La evaluación social que realizan las y los profesionales del trabajo social en las áreas donde se asignan apoyos sociales, generalmente es a partir de instrumentos que se construyen para identificar las características sociodemográficas de la población; estos instrumentos tienen relación con los niveles socioeconómicos de la AMAIM, aunque no se apegan totalmente.

Niveles Socioeconómicos de La Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAIM, 2018)

<i>Nivel E</i>	La vivienda tiene en promedio dos habitaciones, piso de cemento o tierra, sin infraestructura sanitaria. Aparatos electrónicos precarios (sin estufa de gas), pocas personas cuentan con refrigerador y licuadora; la escolaridad del principal proveedor es primaria, los gastos se distribuyen principalmente para alimentación, transporte y pago de servicios.
<i>Nivel D</i>	La vivienda es propia, cuenta con dos o tres habitaciones, su construcción es de tabique, con techo de lámina o cartón. Algunos grupos disponen de infraestructura sanitaria y de electrodomésticos básicos como estufa o licuadora. El jefe de familia tiene escolaridad primaria, sus principales gastos son alimentación, transporte y pago de servicios
<i>Nivel D+:</i>	La vivienda es de tres o cuatro habitaciones, con piso y techo de cemento; algunas no son propias. Servicios de infraestructura sanitaria; el principal proveedor tiene escolaridad secundaria incompleta o primaria; los gastos se distribuyen en alimentación, transporte y pago de servicios.
<i>Nivel C</i>	La vivienda es propia, tienen de cuatro a seis habitaciones de material sólido, pero de baja calidad. Sistema suficiente de agua y sanidad, aparatos electrónicos básicos y ciertos lujos (televisión de paga, consola de video- juegos, equipamiento de música). El proveedor principal tiene estudios de preparatoria. Los gastos se distribuyen en la alimentación y pago de servicios, el presupuesto permite algunos gastos para actividades de esparcimiento y educación.
<i>Nivel C+</i>	Vivienda amplia con cinco o seis habitaciones; materiales sólidos de primera calidad, en su mayoría son propias. Sistema óptimo de sanidad y agua corriente dentro del hogar, con varios aparatos electrónicos y automóvil. El jefe de familia tiene una escolaridad a nivel universitario, y la mitad del gasto se divide en ahorro, educación, esparcimiento y pago de tarjetas; el resto es para el pago de servicios y alimentación.
<i>Nivel A/B</i>	La mayoría son viviendas propias, muy grandes, con más de ocho habitaciones en promedio; materiales sólidos de buena calidad. Sistema óptimo de sanidad y agua corriente. Se cuenta con todos los enseres y electrodomésticos para facilitar la vida en el hogar. Hay dos automóviles en promedio; el jefe de familia tiene escolaridad mínima de nivel superior, existe la posibilidad de mayor ahorro para gastos de educación, esparcimiento, comunicación y transporte; se satisfacen completamente las necesidades de alimentación.

Fuente: Niveles Socioeconómicos de la ANAIM 2018.

Escalas de evaluación social

En la revisión de algunos modelos para medir la vulnerabilidad en América Latina; Laura Golovanevsky (Golovanevsky, 2007) Argentina, presenta un indicador de vulnerabilidad social, utilizando datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2001. En base al enfoque AVEO (activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades), se estudian diferentes dimensiones de la vulnerabilidad: demográfica, hábitat, capital humano, trabajo, protección social y capital social. Otto Thomasz (Otto, 2014), Buenos Aires, Argentina, propone en el marco del concepto de riesgo social, que el problema está en la identificación de situaciones de vulnerabilidad de un grupo poblacional que en la coyuntura no es considerado pobre pero que, frente a algún tipo de shock, podría rápidamente cruzar el umbral de la pobreza. Considera que los principales indicadores utilizados actualmente para revelar las condiciones socioeconómicas de las personas y hogares pueden resumirse en: indigencia, necesidades básicas insatisfechas (NBI), pobreza, desarrollo humano y cohesión social; que el índice de desarrollo humano (PNUD, 2013) utiliza como insumo cuatro variables agregadas (esperanza de vida al nacer, años promedio de instrucción, años de instrucción esperado e ingreso nacional bruto per cápita) de tres dimensiones (salud, educación y estándar de vida). Otto, plantea una Encuesta de Riesgo Social, la cual tiene como objetivo identificar los factores o condiciones que influyen sobre el nivel de vulnerabilidad y de resiliencia de la población frente a shocks que atenten sobre su bienestar.

Duran Gil, (Duran, 2017) Colombia, determinó una metodología generada desde el análisis espacial que permite establecer, cuantificar y categorizar la vulnerabilidad en sus dimensiones social, económica, física y ambiental, y caracterizar la suma de estas como *vulnerabilidad total*. Estos factores, al ser adicionados de manera equponderada a través de valores normalizados, permiten definir índices de vulnerabilidad, cuyos resultados se visualizan por medio de una representación cartográfica temática sobre el espacio colombiano, reflejando tendencias y patrones diferenciados, tanto de alta como de baja vulnerabilidad. Evelyn Fernández (Fernández, 2017) Cuba, analizó la validez y confiabilidad de un cuestionario para la exploración de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios cubanos. Incorpora a este modelo el concepto de recursos o activos para el desarrollo, el cual abarca recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y las experiencias necesarias para la promoción del desarrollo positivo durante la adolescencia y juventud.

En México, Ruiz Rivera (Ruiz, 2012) Considera que los enfoques teórico-metodológicos que abordan la medición de la vulnerabilidad y la identificación de los hogares en esa situación, dan prioridad a dos elementos principales cita a (Cutter, 1996:533): que son la intensidad del peligro al cual determinados grupos están expuestos y su relación con las condiciones materiales objetivas de los individuos/hogares. Agrega que las diferentes situaciones de cambio se definen como un proceso de vulnerabilidad cuando, al ser comparado con un parámetro mínimo, ese proceso representa una pérdida que se asocia a diferentes elementos; puede ser pérdida de la vida (muerte), de recursos (pobreza), de salud (enfermedad), de capacidades o falta de satisfacción de necesidades, entre otras. En este marco, surge la idea de resiliencia que refiere a una forma positiva de adaptación, o “la capacidad de un sistema de absorber perturbaciones y reorganizarse, al tiempo que retiene esencialmente la misma función, estructura, identidad y retroalimentaciones”. Ruiz, se apoya en las teorías del bienestar objetivo, las cuales parten de la existencia de un conjunto limitado de ‘necesidades universales’ indispensables para que cualquier persona tenga una vida digna. De ahí define los satisfactores como los estándares mínimos generalizables, en cuya ausencia se genera la privación de una necesidad humana fundamental (por ejemplo, la de la salud). Sin un nivel mínimo de ciertos satisfactores (por ejemplo, agua limpia y acceso a medicamentos), se genera un “serio daño” cita a (Doyal & Gough, 1991:45). Es decir, si no se cubre los satisfactores básicos, representa una situación de pérdida, precariedad, carencia y/o dificultad; un ‘serio daño’.

Villerías Alarcón Iliana, (Villerías, 2018) Considera “una persona vulnerable en salud cuando dentro del entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico, o hasta político existe una debilidad, llevando al individuo a una situación de riesgo, desencadenando un proceso de exclusión social, de manera que el grado de deterioro en la salud estará en función del nivel del riesgo” cita a (Araujo, 2015). Asume, que, la vulnerabilidad en salud no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos poblacionales en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual. Sugiere que, ante esta situación, la vulnerabilidad social en salud ayuda a analizar las inequidades y sus efectos en la organización social y en la salud de las poblaciones, por lo que de acuerdo con Cabieses; Bernales; Obach&Pedrero (2016) sugiere cuatro enfoques de como la desigualdad social impacta en la salud:

ENFOQUES DE COMO LA DESIGUALDAD SOCIAL IMPACTA EN LA SALUD:	
a) Vulnerabilidad asociada a pobreza material absoluta	Por ejemplo, en la elección de alimentos de menor costo y peor calidad, el acceso a alimentos de mejor calidad según comuna o zona urbana/rural, o manipulación inadecuada en su preparación (modelo materialista de la desigualdad en salud).
b) Vulnerabilidad asociada a conductas de vida familiar y cultura local	Hábitos de consumo de tabaco y alcohol, ejercicio o dieta; conductas habituales en eventos familiares y sociales como celebraciones; y la estrecha relación entre PS (nivel educacional en particular), el valor percibido del auto cuidado en salud y las creencias del grupo de pares en torno a conductas individuales (modelos conductuales/cultural, eco social, de creencias en salud).
c) Vulnerabilidad asociada al estrés crónico producido por autopercepción de inferioridad social	Efecto de estrés crónico que produce el sentirse inferior a otro miembro de la sociedad, muy frecuente en sociedades jerárquicas con poca movilidad social. Dicho estrés se asociaría a la realización de conductas individuales de riesgo que generen sensación de bienestar pasajero (modelo psico-social, en menor medida modelo neo-material).
d) Vulnerabilidad desde una perspectiva de ciclo vital	No es accidental que la población adulta en desventaja en todo el mundo sea la más propensa a enfermar, ni tampoco lo es que sus hijos lo serán en 20 años más. La probabilidad de enfermar de cualquier adulto está, al menos parcialmente, predeterminada por la posición social de su familia de origen. La perspectiva de curso de vida, desarrollada por medio del estudio de grandes cohortes poblacionales en países más desarrollados, propone que la prevención de factores de riesgo en la adultez exige modificar sus desencadenantes desde la vida temprana.

Fuente: Elaboración propia.

Estudio Socioeconómico

En el contexto del trabajo social, García y Téllez (García, 2018), define el Estudio Socioeconómico (ESE) como la medida que combina la economía y la sociología de la experiencia laboral de una persona; en el ESE, las variables tienen estrecha relación con las categorías dentro de un contexto macro que buscan describir y explicar los cambios sociales y desde lo micro los indicadores especifican la unidad de medida que se va a analizar para la toma de decisiones. Las variables en el ESE, representan agrupaciones lógicas de un conjunto de cualidades que caracterizan a las personas, eventos o procesos dentro de las organizaciones o instituciones.

García, señala que el indicador es una medición cuantitativa de condiciones determinadas que se aplica a través de un procedimiento para entender o explicar una realidad o fenómeno en particular y su evolución en el tiempo; muestra las características específicas observables y medibles que pueden ser usadas para la atención considerando

los cambios y progresos que se logren como resultado de una intervención profesional. Para los fines del ESE solo se abordan los sociales y los económicos.

Los indicadores sociales buscan describir las características y procesos observables o no de poblaciones o grupos sociales, con dos objetivos: el bienestar de los usuarios y la intervención social. Su propósito específico es evaluar y analizar el grado en el cual el usuario satisface sus necesidades de salud, alimentación, educación, recreación, empleo, seguridad, vivienda. En este sentido todo indicador social es intencionado, plantea como resultado la calidad de vida, el desarrollo humano y la igualdad de oportunidades, por mencionar algunos. Los resultados de la evaluación social darán pie a la intervención social, a la determinación de acciones que tienen lugar en un contexto social, con el propósito de obtener resultados que beneficie al usuario a corto, mediano o largo plazo a través de los diferentes programas y proyectos que existen en las instituciones donde se les proporciona un servicio y que conlleva el mejorar su nivel de vida.

García (García, 2018), menciona que el origen del Estudio Socioeconómico (ESE) en México, data de 1856, a partir del Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación del Patrimonio de la Beneficencia Pública, posterior a las Leyes de Reforma. Estableciéndose en 1867 con la creación de la Dirección de Beneficencia Pública que permitía administrar el patrimonio de la Beneficencia. La Dra. Aida Valero (Valero, 1999), agrega que en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil, que atendía a menores de seis años de edad referente a los problemas sociales y educativos apoyados en los ESE de las familias.

Silva y Brain (Silva, Brain, & Tellez, 2006), señalan que a lo largo de la historia del Trabajo Social, el ESE se ha transformado en un valioso instrumento para sustentar la operación de políticas públicas y en las Secretarías del Trabajo, Salubridad y Asistencia; citan a Natalio Kisnerman (1984), quien propuso los indicadores socioeconómicos: propiedad, aspectos demográficos, educación, trabajo, vivienda; a Marina Inés Gardara, trabajadora social de Brasil, quien propuso un método que asignaba una clasificación socioeconómica con un sistema de puntos, con los siguientes indicadores (citado en Tobón, 1999), situación económica, número de integrantes, escolaridad y ocupación del jefe de familia, vivienda y clase socioeconómica. Gardara, asumió, que además de orientar y crear conciencia en la familia, era necesario atender las necesidades indispensables para dar continuidad del tratamiento: alimentación, estadía, transporte y medicinas al salir del

hospital. Por ello, se tenía que estudiar y definir bien las condiciones de las familias, para que el equipo de rehabilitación pueda planear el tratamiento, verificar las probables influencias ambientales, prevenir, ver las posibilidades de contribución de la familia, etcétera.

De esta forma, en los años siguientes, se han seguido realizando acciones de evaluación y enriquecimiento del instrumento que da soporte al Estudio Socioeconómico; En 1984, el Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación aplicable a Hospitales Federales y de Referencia, autorizado por la Dirección General de Programación y Organización de Presupuesto (DGPOP), establece como instrumento la Ficha Socioeconómica inicial, donde se incluye a los Hospitales Concentrados (García, 2018). Este instrumento aún se utiliza en algunas instituciones de salud que requieren realizar coordinaciones para apoyos materiales de la Patrimonio de la Beneficencia Pública, que requieren los enfermos.

En 1985; La política fue el cobro diferenciado, según las posibilidades económicas de cada usuario. Las (os) jefes de Trabajo Social de la Coordinación de Institutos Nacionales unificaron los criterios para asignar la clasificación socioeconómica. En 1990 se presentaron los resultados del estudio “Equidad en el Cobro por Servicios Médicos Hospitalarios: el caso de cuotas de recuperación en la Secretaría de Salud” por Cruz Rivero, Martha Domínguez-Villarreal, de la PBP y SS, como el primer intento por evaluar los criterios para hacer una clasificación socioeconómica y asignar las cuotas a los usuarios.

En 1996 los titulares de trabajo social de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSAHE), reestructuraron los criterios generales para la asignación de nivel socioeconómico, el establecimiento de las normas y políticas de operación y la mejora del ESE, asignando a los indicadores sus respectivos porcentajes, se cita a (INER, 1996, pág. 121). En el 2009, 13 años después, a partir del Programa de Gobierno de Mejora de la Gestión (PMG), el Grupo de Directivas de Trabajo Social de la CCINSAHE realizó mejoras al instrumento, definiendo el Estudio Socioeconómico como “Instrumento de evaluación que aplica el trabajador social a través de la técnica de la entrevista, para identificar la situación económica del usuario y contribuir al conocimiento de su entorno social y familiar (dentro de una institución)”. Lo cual se oficializó a partir del 27 de mayo de 2013 “*Diario Oficial de la Federación* sobre los

criterios y la metodología de los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en las instancias de atención médica de la SS” (Juan, 2013).

Otra definición del ESE, lo anota García (García, 2018); “es una herramienta de investigación que proporciona el análisis del entorno social y su relación con los aspectos económicos de las personas entrevistadas. Su aplicación requiere de un instrumento que integre categorías de análisis cualitativas y cuantitativas que llevan a un diagnóstico social con la indispensable valoración de las situaciones investigadas que favorecen la toma de decisiones con respecto a situaciones específicas”. Que puede aplicarse de manera individual o colectiva; de manera individual impacta en la persona y familia, a fin de asignar beneficios sociales, cuotas de recuperación, determinar servicios, proporcionar becas, asignar un empleo, valorar créditos, evaluar procesos de adopción, etcétera. De manera colectiva, se dirige a comunidades o regiones a fin de establecer la asignación de recursos a proyectos de interés público o a conocer el impacto que estos generan en la población de manera colectiva; permite evaluar las necesidades grupales con intención de beneficiar al mayor porcentaje de la población; elaborar perfiles poblacionales que faciliten el diseño, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos.

García considera que, en las instituciones de salud, la teoría general de sistemas permite una forma de identificar los problemas de manera oportuna y realizar las correcciones pertinentes a través de una visión integral y global del objeto de estudio. A partir del ESE se valida el acceso o no al beneficio solicitado; sin embargo, plantea que será mejor decir, que se identifica la oportunidad de implementar estrategias o acciones específicas que permitan mejorar la situación social, antes que determinar si debe tener acceso al beneficio. En esto participan tanto los objetivos de la institución, como los del sujeto y la intervención del profesional. Puede ser tan extenso o reducido como sea el objetivo de la institución que lo requiera, de acuerdo al lugar en donde sea aplicado: una oficina, en la vivienda, en el lugar de trabajo, en la escuela o en otros espacios. También, requiere de una adecuada entrevista realizada por un profesional calificado y apoyarse en herramientas como la visita domiciliaria y el familiograma, que le permitirán contar con más elementos de acercamiento a la realidad de las personas. Los estudios socioeconómicos deben considerar dos grandes categorías de análisis: Lo social, que se refiere a la relación con el sujeto y el entorno familiar y Lo económico, la relación de los ingresos con los egresos y cómo influyen en su vida personal, el entorno y la familia.

Es decir, si el ESE se va a diseñar para una población del área de la salud, los indicadores relacionados con la salud, entre otros, de la población usuaria van a ser determinantes: Tipo de enfermedad; duración de la enfermedad, gastos de medicamentos y tipo de servicios médicos con los que se cuenta; además de los ingresos, cuantas personas contribuyen al gasto familiar, cantidad del aporte de cada uno; el tamaño de la familia, cuantas personas integran el grupo familiar; rol del enfermo en la familia; existencia de personas con algún tipo de discapacidad; adultos mayores.

García explica, que los niveles socioeconómicos se establecen en rangos impares, colocando en el centro el valor socioeconómico real de acuerdo al costo beneficio del mismo (lo calcula el responsable de finanzas de la organización); en los rangos establecidos antes del centro, se ubican las personas que no cuentan con recursos económicos para pagar el costo real y la institución subsidia parte de él. Las personas que con sus recursos económicos exceden el pago correspondiente al costo del servicio se ubicarán después del centro, con la intención de que estas cuotas compensen a las contribuciones de aquellas con escasos recursos. De tal manera que las instituciones no vean limitadas sus funciones por falta de recursos económicos. Las cuotas de recuperación (CR), se establecen en un catálogo de los servicios que proporciona la institución; una cuota de recuperación involucra una corresponsabilidad entre quién recibe y el que otorga el servicio, ya que ambos comparten el compromiso para la solución de la problemática que se pretende modificar. La persona tiene la confianza de que se le ha otorgado una cuota de acuerdo a su nivel socioeconómico y la organización plantea alternativas para solventar los costos totales de dicha atención. Las instituciones por lo general cuentan con un subsidio para su funcionamiento y en relación a este es como la CR cobra importancia.

Es importante señalar, que en la aplicación del ESE el profesional, debe contar con principios éticos, como: Confiar en la información que la persona proporciona para la integración del ESE; ser respetuoso/a con la persona usuaria en caso de que la información sea incongruente; respetar en todo momento las diferencias de contextos culturales, posturas ideológicas y preferencias; manifestar honestidad respecto al proceso de asignación de niveles socioeconómicos; mantener en todo momento el principio de confidencialidad.

Capítulo IV Estudio para diseñar una escala de vulnerabilidad social para las familias de menores hospitalizados por el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría en el 2018 por medio del estudio socioeconómico

Estudio Socioeconómico (ESE) en el Instituto Nacional de Pediatría (INP)

El Instituto Nacional de Pediatría (INP), está ubicado al Sur de la Ciudad de México y forma parte de la red de Instituciones de tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud; en ella, se atiende a pacientes con enfermedades que requieren atención especializada, de baja prevalencia, alto riesgo y mayor complejidad, aunque se ha observado que la atención de enfermedades oncológicas han ganado mucho espacio, lo que implica poner mayor atención al considerar las características sociodemográficas de las familias usuarias, mismas que son referidas de los hospitales de primero y segundo nivel de atención de la Cd. de México y del interior de la República Mexicana. (INP T. , 2018). En el servicio de urgencias, eventualmente se solicita la atención médica aun cuando no se trate de una enfermedad de alta complejidad, por lo que después de aplicar las valoraciones clínicas correspondientes, se determina si debe continuar la atención en esta Institución o si se le refiriere a otro nivel de atención.

El sistema de salud en México se integra por el sector privado que comprende a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, entre otros) y la medicina privada; y el sector público para la población que no cuenta con seguridad social (Ssa, SESA`s e IMSS-Oportunidades) (Gómez Dantès, Sesma, & M. Becerril, 2019). El cual está organizado por niveles de atención y los servicios se deben proporcionar de acuerdo con lo dictado en el párrafo III del Artículo 54 de la Ley General de Salud, siguiendo criterios de gratuidad que a la letra dice “Se establece que las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y se relacionarán con los ingresos de los usuarios. Se ha de eximir del cobro al usuario sin recursos o a quienes vivan en zonas de menor desarrollo económico y social, conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud” (INP, Manual de Cuotas de Recuperacion por servicios, 2006).

El INP, desde el año 2005, se desarrollaron acciones para Certificarse⁵ por el ISO: 9001:2008 logrado en el año 2009; posteriormente, se Certificó como “Hospital Seguro”,

⁵ Es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

en el año 2011, con la evaluación del Consejo de Salubridad General (CSG), Organismo Federal que reconoce a los establecimientos de atención médica que cumplen los estándares necesarios para brindar servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes. La certificación por el CSG, incluye 342 estándares (CSG, 2018); que a la vez se clasifican en estándares Internacionales y estándares nacionales: centrados en el paciente, en la gestión del establecimiento de atención médica y en los sistemas de información. Los estándares centrados en el paciente, tiene como principal propósito que desde que una persona llegue a un servicio de salud (ambulatorio u hospitalización) , se identifiquen en forma coherente las necesidades y factores de riesgo específicos que puedan impactar en el proceso de atención (AOP); esta evaluación inicial aplica al equipo multidisciplinario, distinguiéndose la historia clínica, la evaluación del dolor, el riesgo de caídas, los factores de riesgo psicológico, la valoración nutricional, y para el profesional de trabajo social en concreto, la identificación de riesgos sociales y las costumbres. La estándar marca, que la información social no está destinada solo a clasificar al paciente acorde a su nivel socioeconómico, sino también, tiene el propósito de conocer los factores de riesgo relacionados con el contexto social, familiar y económico de cada paciente, ya que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

La demanda de usuarios nuevos en el INP, ha sido una constante cada año (5456 casos nuevos en promedio) (Agenda Estadística INP 2018), población que no cuentan con seguridad social, algunos que antes podían pagar servicios privados y la enfermedad los agotó económicamente y beneficiarios del Programa de Gastos Catastróficos, conocido anteriormente como Seguro Popular, actualmente como el instituto de Salud para el bienestar (INSABI). En este contexto, las cuotas de recuperación por la atención médica recibida, se han incrementado paulatinamente cada año con el aumento del salario mínimo y son tema de presión para las (os) trabajadoras (es) sociales, pues generan en el usuario descontento y reclamos; eventualmente el abandono del tratamiento y la consecuente oportunidad de mejorar la salud, sobre todo en los pacientes de escasos recursos con padecimientos crónicos originarios de otro estado del país. El Estudio Socioeconómico (ESE) en el INP a partir del 2006 se realiza de manera sistematizada, como un instrumento actualizado y adecuado a las necesidades del tipo de población que se atiende, respetando lo planteado en el Acuerdo DOF: 27/05/2013 (Anexo 1); la sistematización ha permitido que la aplicación del instrumento agilice la elaboración del mismo.

El Departamento de Trabajo Social en el INP, es uno de los servicios de soporte a las funciones básicas de asistencia médica de esta institución, tiene como misión fortalecer las redes sociales de la familia para disminuir el impacto a la vulnerabilidad que provocan los padecimientos en pacientes menores de 18 años. Respetando sus valores, tradiciones y costumbres; potenciando en las familias los conocimientos, habilidades y actitudes, que les permitan afrontar el proceso salud-enfermedad. La participación de las (los) trabajadoras (es) sociales, ha estado presente en el INP desde su creación; en su marco jurídico-administrativo, están establecidas sus funciones, objetivos y actividades, que soportadas en metodología de las ciencias sociales y del trabajo social, permiten evaluar el entorno del paciente y la familia, detectar los factores biopsicosociales que puedan tener relación con la enfermedad, e identificar los factores de riesgo y/o protectores que inciden en su tratamiento y recuperación, coadyuvando a la atención integral de los mismos. De manera organizacional, las (os) trabajadoras (es) sociales participan en los procesos de atención en las áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización; forman parte de la intervención interdisciplinaria y multidisciplinaria en el modelo de atención institucional, enfocándose primordialmente, a las condiciones sociales de la salud que inciden en la continuidad y apego a los tratamientos terapéuticos, a partir de la gestión social, principalmente.

La evaluación social para la asignación de la clasificación socioeconómica, es necesaria para la continuidad del proceso de atención médica en todos los casos; a partir de la determinación médica para la apertura de expediente por el servicio de la consulta externa y/o por el servicio de Urgencias, lo que determina la accesibilidad de los usuarios a los servicios. Se realiza a partir de la entrevista y se basa en las características económicas, sociales y culturales (Juan, 2013). Considerando las siguientes variables y sus ponderaciones: Ingreso Familiar 55%, Ocupación 10%, Egresos Familiares 10%, Vivienda 20% y Salud Familiar 5%; lo que suma un total de 100%. La variable con mayor peso es el Ingreso familiar (55%), para lo cual se toma el salario mínimo vigente de acuerdo a la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI).

El resto de variables, no carecen de importancia considerando que las familias y sus menores enfermos presentan características importantes de vulnerabilidad social. Consecuencia de esta evaluación a través de la integración del ESE, se derivan acciones basadas en metodología de Intervención Individualizada (II), considerada como “un

conjunto de fases que permiten el análisis de la situación problema, la toma de decisiones, la definición de fortalezas y obstáculos recientes y la determinación de estrategias, objetivos y acciones necesarias para dar respuesta a las necesidades y demandas que presentan los sujetos vinculados en sus entornos sociales” (Flores Santa Cruz, 2012); la II, se aplica, desde la asignación de la clasificación socioeconómica o un “nivel de pago” justo, la identificación de factores de riesgo ambientales, económicos, culturales y sociales y los factores protectores presentes en el contexto de la dinámica familiar; estos elementos son esenciales para la construcción del diagnóstico social que de paso a la toma de decisiones y a la formulación de estrategias (como parte del plan social), con y para los respónsables de los menores que les permitan prevenir una mayor vulnerabilidad y lograr cumplir los tratamientos y el objetivo de recuperar la salud.

La aplicación del ESE en el INP, se reconoce necesario para fundamentar la intervención social, así también para la evaluación social integral del paciente al ingreso hospitalario de acuerdo al CGS; las (os) trabajadoras sociales (es) se basan en un marco teórico-metodológico del trabajo social y de las ciencias sociales, derivado de la formación profesional y actualizaciones. Tienen claro los objetivos que persigue el ESE (Asignar una clasificación socioeconómica e identificar los factores de riesgo que den pauta a la intervención individualizada) (INP, 2018), pero la demanda social de los usuarios rebasa la capacidad de gestión, dado que los padecimientos al ser de alta complejidad requieren más recursos económicos y materiales. De tal forma, que al no apreciar de manera clara las condiciones de vulnerabilidad de cada menor y su familia, se corre el riesgo de no proporcionar la atención necesaria y eventualmente descuidar aquellos casos que requieren intervenciones trascendentes.

Planteamiento del problema

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP), en el año 2018, de acuerdo a los registros del Departamento de Trabajo Social, se ingresaron 5456 nuevos usuarios (menores) que presentaron padecimientos crónicos y/o de alta complejidad, que una vez valorados clínicamente fueron aceptados como pacientes del INP. De las enfermedades que se

atienden, se destaca el grupo de las denominadas crónicas degenerativas⁶ y entre ellas sobresalen los cánceres, las malformaciones genéticas, los que requieren trasplantes de diversos órganos y enfermedades lisosomales⁷, entre otros. En muchos de estos casos, los usuarios llegan con la enfermedad en estado avanzado, lo que agrega más elementos para la vulnerabilidad de la familia. Las familias de los menores que se hospitalizan generalmente se desgastan ante procesos largos y complejos de atención médica; requieren de apoyos materiales y/o económicos; la funcionalidad de la familia se ve afectada, ya que el resto de los hijos “sanos” se quedan en casa al cuidado de otros familiares, lo que puede tener repercusiones en su seguridad, en el aprovechamiento escolar, así como en su condición anímica. El 44% de estas familias son monoparental y/o extensas; desde sus lugares de origen reciben algunos apoyos de sus familias; otras deciden radicar en el Cd. De México, todas ellas, se enfrentan a desempleo, a problemas de vivienda y hacinamiento, entre otros factores que motivan que la familia se siga vulnerando y en riesgo para la exclusión social.

El ESE, es un instrumento de registro de trabajo social y es parte del Expediente Clínico, es importante para los objetivos institucionales; su construcción cumple con la asignación de un nivel socioeconómico y da la oportunidad al usuario para continuar en el proceso de atención médica, pero queda reducido para cumplir con el objetivo amplio de la intervención social que se tendría que demostrar en la disminución de la vulnerabilidad de los menores y su familia; es decir, la construcción del diagnóstico social, no recupera específicamente los factores de riesgo y los factores protectores, elementos que se obtienen de las variables del instrumento a partir de la entrevista. Actualmente el ESE se elabora de manera consecuente y guía las actuaciones del profesional en trabajo social, permiten la continuidad en el proceso de atención médica, pero se limita la intervención social al no diferenciar los casos con problemáticas sociales más agudas; no se determinan estrategias inmediatas y específicas a los casos que presentan mayor

⁶ Son aquellas que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos. Las enfermedades degenerativas pueden ser congénitas o hereditarias. Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. OMS/OPS https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es

⁷ “Las enfermedades lisosomales son trastornos hereditarios que se producen por la incapacidad de degradar las macromoléculas por un defecto funcional específico. Esta disfunción provoca la acumulación de macromoléculas en el lisosoma y es la causa de la enfermedad...Hasta el presente se han descrito alrededor de 40 tipos de enfermedades por almacenamiento lisosomal” http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000100009

condición de vulnerabilidad. Por lo que la pregunta principal que se plantea es ¿Como distinguir en las familias, de los menores que se hospitalizan por el servicio de urgencias del INP, las características de vulnerabilidad social que determine las estrategias de intervención en lo inmediato enfocando principalmente a las familias de muy alta vulnerabilidad?

Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las características de vulnerabilidad social de las familias de menores que acuden al Instituto Nacional de Pediatría por el servicio de urgencias?

¿Qué características de vulnerabilidad social existen entre los grupos familiares de acuerdo a los tipos de enfermedades?

¿Es viable determinar una escala, que clasifique el alta, mediana y baja vulnerabilidad social en las familias de menores que ingresan por el servicio de urgencias en el INP, a partir del Estudio Socioeconómico?

Justificación

De acuerdo a Mario Luis Fuentes (Fuentes, 2018), la vulnerabilidad es una característica que define la vida, cualquier ser vivo podría en determinado momento, ya sea por enfermedades, accidentes, agresiones o por el propio contexto en que se vive, situarse en algún nivel de vulnerabilidad; conforme a Ulrich Beck (Beck , 1998), actualmente se vive en la sociedad del riesgo de manera no muy consciente y aunque estos (los riesgos) afectan a toda la humanidad, su distribución esta más cargada en las poblaciones con menos posibilidades y capacidades de enfrentarse a situaciones de riesgo, de evitarlos; al estar repartidos de manera desigual para grupos de ingresos y de educación diversas, quiénes cuentan con apoyo financiero a mayor tiempo puede intentar evitar los riesgos mediante la elección del lugar donde vive y la mejora de la vivienda (o segunda vivienda, o vacaciones, etcétera). Lo mismo vale para la alimentación, la educación, la salud y la oportunidad en relación a la información.

Jesús Ortega y Jorge Escobar (Ortega-Bolaños & Bula-Escobar, 2012) define “la vulnerabilidad social en salud” como “la probabilidad de afectación individual y colectiva por un riesgo o condición de distinta naturaleza que determine su exclusión o marginación de la estructura social”. La vulnerabilidad social en salud incluye la alteración en la capacidad de enfrentar el riesgo o condición social en los cuales viven y trabajan los grupos vulnerables. De esta forma, las características sociodemográficas de las familias de los menores usuarios del INP presentan importantes factores de riesgo que alteran su situación social, que los afectan individual y colectivamente, y los expone a procesos agudos de aún mayor desgaste económico y en sus redes de apoyo familiar.

En el INP, en el 2018, se dio apertura a 5386 casos nuevos; 3394 por el servicio de la consulta externa de pediatría y 1992 por el servicio de urgencias (TS, 2018), todos ellos, son el propósito de la atención del equipo multidisciplinario, incluido el profesional de trabajo social. A las trabajadoras sociales del servicio de urgencias, les correspondió iniciar la intervención individualizada de 21 casos en promedio cada mes (8 trabajadoras (es) sociales) a partir del estudio socioeconómico ESE; lo que podría imaginarse como suficiente para llevar a cabo intervenciones que incidan en que la familia no se vulnere; sin embargo, es importante resaltar que afrontar una enfermedad crónica o compleja que se presenta por un servicio de atención de urgencias⁸, ya implica que las condiciones en que llega son complicadas y sitúa per se a los menores y su familia en situación de vulnerabilidad.

Aplicar la intervención individualizada en la totalidad de los casos es un objetivo difícil de alcanzar, por lo que dicha intervención pone mayor énfasis en el proceso administrativo para permitir la continuidad de la atención, pero sin dar seguimiento social, independientemente de la complejidad de las enfermedades. Cuando los pacientes enfrentan el final de su vida, se requiere apoyar en el proceso de cuidados paliativos; o que la enfermedad requiera para su atención de la obtención de medicamentos o de mejora de la vivienda, la fortaleza de sus redes de apoyo, etcétera, como son los cánceres o trasplantes de órganos, solo por citarlos. Es decir, de acuerdo a la etiología (origen) y complicaciones de la enfermedad, sumado a las características sociales,

⁸ Servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer Nivel. http://www.issemym.gob.mx/tu_salud/servicio_de_urgencias

económicas y culturales, que ya se han mencionado, cada menor y su familia requieren de la especificidad de la intervención social. Por lo que se considera importante identificar la mayor o menor vulnerabilidad que se presenta en cada caso a partir de la aplicación de una escala de vulnerabilidad. De tal forma que la (el) trabajadora (or) social, se enfoque en los casos con alta vulnerabilidad.

La investigación planteada, también busca reforzar la intervención individualizada desde el enfoque de la vulnerabilidad social, coadyuvando con ello, al fortalecimiento del marco teórico del trabajo social, ya que requiere de abundar el conocimiento sobre las determinantes sociales, la teoría del riesgo social y la vulnerabilidad social, para la interpretación e intervención en lo social. El ESE, en su estructura, integra el diagnóstico social, el cual requiere caracterizar la información recabada en las variables del instrumento, de tal forma que el seguimiento del caso no se deje a una segunda entrevista en el área hospitalaria, puesto que, desde el ingreso por el servicio de urgencias, puede iniciar y proponer las estrategias a seguir, según el caso. Contar con una escala de clasificación de la vulnerabilidad permitirá identificar los casos de mayor complejidad social y dedicarle mayor empeño a su atención desde que el menor ingresa hasta que se egresa de la Institución.

El contar con una escala que clasifique la vulnerabilidad de los menores y su familia al ingresar al servicio de urgencias en el INP. Es relevante porque al clasificarse la baja, mediana y alta vulnerabilidad, las (os) trabajadoras (es) sociales se enfocarán (sin descuidar el resto de los casos), a la intervención individualizada de los casos de alta vulnerabilidad, evitando que siga el deterioro de las mismas y dando pauta a que en la estancia hospitalaria y sobre todo al egreso, se fortalezcan sus redes de apoyo social, y se logre mayor apego a los tratamientos y a la recuperación de la salud en lo posible.

Objetivo general

Diseñar una escala, que clasifique la baja, mediana y alta vulnerabilidad social en las familias y sus menores que se hospitalizan por el servicio de urgencias en el INP, a fin de fortalecer la intervención individualizada desde un enfoque de riesgo social.

Objetivos específicos

- Identificar las características de vulnerabilidad social de las familias de menores que ingresan al Instituto Nacional de Pediatría por el servicio de urgencias.
- Describir las diferencias de vulnerabilidad social de los grupos familiares de acuerdo a los tipos de enfermedades.
- Determinar una escala de valoración de vulnerabilidad social, a partir del ESE, que permita a las trabajadoras sociales enfocarse en las familias de mayor riesgo social.

Hipótesis

- Las características de vulnerabilidad social de las familias están condicionadas por su situación socioeconómica.
- Existen diferencias de vulnerabilidad social en los grupos familiares de acuerdo a los tipos de enfermedades
- La escala de vulnerabilidad social se puede construir a partir de las variables que integran el Estudio Socioeconómico.

Metodología

Es un estudio exploratorio, transversal, descriptivo, documental y cuantitativo; la población de estudio (Universo) la forman las familias de los menores (N=1001) que se les abrió expediente por el servicio de urgencias en el primer semestre del 2018 en el INP. La muestra es probabilística, aleatoria y calculada con la fórmula para población finita, considerada en 66 casos (unidad de estudio), con una p de 0.5 y e=0.075%. (11 casos por mes/6 meses). Los instrumentos de donde se obtuvo la información, fue el Estudio Socioeconómico (ESE) que está integrado en el expediente clínico electrónico de la Institución.

Se aplicó el método inductivo. Se consideraron los fundamentos teóricos relacionados con los determinantes sociales de la salud, la vulnerabilidad, el riesgo social y su vinculación con las características sociodemográficas de pobreza y la enfermedad. Las variables que determinan el nivel socioeconómico ya están establecidas en el ESE, de acuerdo al Diario Oficial de la Federación de mayo 2013, (San Juan, 2013). Las variables analizadas para

la construcción de la escala de evaluación de la vulnerabilidad social, aluden a las características de la familia por su composición, ciclo vital, subtipología, la dinámica familiar por su cohesión, adaptabilidad y comunicación; barreras de acceso a la atención médica; clasificación de la pobreza; redes de apoyo y factores de riesgo y protectores que se identifican. Estos elementos están presentes en la elaboración del diagnóstico social en los casos elaborados por las (os) trabajadoras (es) sociales del servicio de urgencias en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada (ANEXO 1)

La estadística utilizada es de tipo inferencial (Hernández, 2014), paramétrica, se analizó con el programa SPSS Versión 24s. Se elaboraron tablas dinámicas a fin de encontrar la relación entre las variables y definir los rangos de valor de las mismas. A partir del SPSS se dio valor a las variables (Verial, 2020), considerando la media de los factores protectores, se definieron los intervalos de confianza en \pm una desviación estándar a partir de la media.

La presente investigación no requirió del consentimiento informado de los responsables de los pacientes, debido a que solo se analizó el ESE del expediente clínico.

Criterio de inclusión: Casos de menores ingresados por el servicio de urgencias del 1º de enero al 30 de junio del 2018, a los que se les realizó Estudio Socioeconómico (ESE)

Criterio de exclusión: Expedientes que no contaran con ESE completo.

Capítulo V Resultados

De la población estudiada el porcentaje más alto corresponde al grupo de lactante menor (infantes de uno a once meses de edad) en un 33% , le sigue los adolescentes (de 12 a 18 años) con 31.8%, los menores en edad escolar (de 6 a 11 años) con 13.6%, los recién nacidos (menos de un mes de nacidos) con 10.6%, los preescolares (3 a 5 años) con el 7.5% y los lactantes mayores (de 1 a 2 años) con el 3%. En el total de la población el 54.55% corresponde a niños y 45.45% a niñas.

En el cuadro No. 1, se presentan la distribución de los menores por grupo de edad y escolaridad, el grupo de adolescentes (12 a 18 años) presenta que el 47.7% son analfabetos, el resto tiene estudios de primaria, secundaria y bachillerato incompletos. En el grupo de escolares, también se observó la presencia de analfabetismo y estudios incompletos de acuerdo a su edad escolar.

Cuadro No. 1 Grupos de edad y grado escolar de los menores.

ESCOLARIDAD	GRUPO DE EDAD						TOTAL
	0 a 1 MES.	1 a 11 MESES	1 a 2 AÑOS	3 a 5 AÑOS	6 a 11 AÑOS	12 a 18 AÑOS	
NÚMERO DE MENORES ESTUDIADOS	7	22	2	5	9	21	66
TOTAL %	100	100	100	100	100	100	100
No aplica	-	-	-	-	-	-	54.8
Analfabeto	-	-	-	-	11	47.7	16.6
Preprimaria	-	-	-	-	22	-	3
Primaria	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-	-	67	4.7	16.6
Secundaria incompleta	-	-	-	-	-	23.8	7.5
Bachillerato incompleto	-	-	-	-	-	23.8	1.5

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP.

El lugar de origen, de los pacientes, generalmente coincide con el lugar en que viven. El 47%, es originario de la Ciudad de México; le sigue el Estado de México con 21%, el 32% restante, lo integran usuarios provenientes de otros estados de la República; sobresalen Guerrero con 7%, Oaxaca y Puebla con 5%, entre otros.

El estudio, permite apreciar que la unión denominada “unión libre” o concubinato, se presentó en 40.9%, los casados por el civil son 33.4%. En suma 74.3% son familias nucleares, el 25.7% corresponde a madres o padres, separados, solteros o viudos (Cuadro No. 2).

Cuadro No.2. Estado civil de los responsables de los menores

<i>Estado civil y responsable</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
CASADOS POR EL CIVIL	22	33.4
SEPARADOS	7	10.6
SOLTERA (MAMA)	9	13.6
UNION LIBRE	27	40.9
VIUDO	1	1.5
Total	66	100.00

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP.

Los resultados revelan que se trata de familias en etapa de expansión, en la fase productiva, que cursan o debutan con la enfermedad de alguno de sus hijos y por lo tanto la planeación familiar se visualiza como factor importante para la atención de la enfermedad y a la familia. El 45% de las familias no utilizan método anticonceptivo, principalmente quienes viven en concubinato y casados por el civil; solo 23% cuenta con método definitivo, el 32% restante cuentan con método transitorio.

Cuadro No. 3. Estado civil y control natal en las familias de los menores

<i>ESTADO CIVIL Y CONTROL NATAL</i>	<i>DEFINITIVO/ QUIR</i>	<i>DISPOSITIVO INTRAUTERINO</i>	<i>HORMO NALES</i>	<i>NINGUNO</i>	<i>PRESER VATIVO</i>	<i>RITMO</i>	<i>NO CONTESTO</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>
CASADOS POR EL CIVIL	6	1		11	1	2	1	22	33.4
SEPARADAS (OS)	1			5			1	7	10.6
SOLTERAS (OS)	2	1		5			1	9	13.6
CONCUBINATO (UNION LIBRE)	6	5	3	8	4		1	27	40.9
VIUDO				1				1	1.5
Total	15	7	3	30	5	2	4	66	100.00

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP

En el 68% de los casos estudiados, es la mamá la responsable para las decisiones en la atención médica, el 29% es el papá, en un porcentaje del 3%, se responsabiliza otro miembro de la familia (generalmente mujer). Del total de mamás, hermanas o abuelas responsables de los menores de la atención hospitalaria, 36.17% cuenta con nivel secundaria, 31.91 % tiene primaria, 23.40% bachillerato y carrera técnica o profesional.

Del grupo de papás responsables, 36.8% cuenta con estudios de secundaria, 26.3% bachillerato o profesional y el restante 36.9% con primaria a primaria incompleta.

El principal proveedor económico es el papá con 78.8%, la madre participa en la economía del hogar en el 58%. Aun cuando ambos participen, no cuentan con seguridad social; por lo que son población abierta y derechohabiente del extinto seguro popular. El 47% de los proveedores económicos son trabajadores no calificados, en ellos se comprende las ocupaciones para cuyo desempeño se requieren los conocimientos y la experiencia necesaria para cumplir tareas generalmente sencillas y rutinarias, realizadas con la ayuda de herramientas manuales, como vender mercancía en las calles, brindar servicios de portería y vigilancia de inmuebles y bienes, limpiar, lavar y planchar ropa o ejecutar tareas simples relacionadas con la minería, la agricultura o la pesca, la construcción y las obras públicas y las industrias manufactureras, ventas y servicios, entre otros. El que sigue en importancia por el porcentaje obtenido son los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados con el 32%, entre estos se consideran las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para la prestación de servicios personales, de protección y de seguridad o la venta de mercancías.

Cuadro No. 4 Distribución por ocupación laboral del proveedor económico principal.

OCUPACION	No.	%
EMPLEADO DE OFICINA	4	6
OFICIALES OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES	5	8
PROFESIONALES CIENTIFICOS E INTELLECTUALES	2	3
TRABAJADOR NO CALIFICADO	31	47
TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES	21	32
OPERADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINAS	3	5
Total	66	100

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP.

Los niveles socioeconómicos asignados en el ESE, en el 86.4% corresponde a niveles 1X, 1N, 2N Y 1XSP, esto implica, que reciben un subsidio mayor al 70% y que los clasificados en 1X reciben el 100% subsidio, es decir servicios gratuitos. El promedio de ingreso mensual por familia fue de \$4,669.21 (1.76 SM 2018), con un ingreso per cápita por día entre \$10.40 y \$110.00.

El 77% de las familias, cuentan con casa o departamento popular, en contraposición con la tenencia ya que el 50% de ellas tiene la vivienda prestada y 39.4% la renta, sólo 9.1% manifiesta que su vivienda es propia. El 23% viven en vecindad, casa rural, cuarto redondo o cuarto de servicio. El 62% de las viviendas cuentan de una a dos habitaciones para dormir para 3,4, o más usuarios.

Cuadro No. 5. Tipo de vivienda y número de dormitorios de las familias.

<i>TIPO DE VIVIENDA</i>	<i>Numero de cuartos para dormir.</i>					<i>Total</i>	<i>%</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5 o más.</i>		
<i>CASA O DEPARTAMENTO POPULAR</i>	12	16	5	15	3	51	77
<i>CASA RURAL; BARRANCA; CHOZA</i>	2	1	-	1	-	4	6
<i>PROTECCIÓN SOCIAL, CUARTO REDONDO</i>	6	2	-	-	-	8	12
<i>VECINDAD; CUARTO DE SERVICIO</i>	1	1	-	1	-	3	5
Total	21	20	5	17	3	66	100

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP.

El 48.5% de los menores, fueron referidos para su atención por unidades médicas de 2º nivel de atención; 27.3% fue enviado por el primer nivel y/o unidades médicas particulares; el 21.2% reportan que acudieron por iniciativa propia. Un 3% fueron enviados por otros Institutos de Salud por la atención pediátrica.

El 50% de las familias se caracterizan en el modelo nuclear; el 24% corresponde a la familia extensa, la monoparental con 23% y la reconstruida en un 3%. El 58% del total de las familias se encuentran en etapa de desarrollo con predominio de la familia nuclear y el 42% en etapa de expansión, principalmente en las familias extensas. El 92.4% del total son urbanas.

Cuadro No. 6 Modelo y etapa de desarrollo de las familias.

MODELO DE LA FAMILIA	ETAPA DE DESARROLLO			
	DESARROLLO	EXPANSION	TOTAL	%
EXTENSA	1	15	16	24
MONOPARENTAL	9	6	15	23
NUCLEAR	27	6	33	50
RECONSTRUIDA	1	1	2	3
Total	38	28	66	100
%	58	42	100	

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP.

La dinámica familiar son los procesos relacionales que ocurren al interior de estas y en relación con su contexto, y se analiza abarcando las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación. El 54% de los casos estudiados reporta que existe cohesión, es decir, existe vinculación emocional de sus miembros entre sí; el 32% con desvinculación al interior de la familia, por la presencia de límites internos rígidos, dificultades de contacto y proximidad afectiva, desarrollo extremo de la independencia, separación emocional y 14% de familias aglutinadas, se refiere a familias con límites internos difusos, no se define claramente el territorio de cada cual, difícil desarrollo de la autonomía, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, falta general de distancia personal y poco espacio privado.

La Adaptabilidad familiar es la capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés funcional o evolutivo, el 42.4% reporta una adaptabilidad rígida o baja adaptabilidad, se refiere a una relación muy controladora, liderazgo autoritario, negociaciones limitadas, escasa posibilidad de cambio en liderazgo y roles, difícil adaptación a eventos estresantes; el 39.2% una adaptabilidad flexible que se caracteriza como una relación estructurada con liderazgo democrático, capacidad de negociación, roles estables, participación de todos los miembros y el 18.2% adaptabilidad caótica con un liderazgo limitado o errático, decisiones impulsivas, roles confusos y cambiantes de un miembro a otro, variación frecuente de reglas. Escasa consistencia en otorgamiento de premios y castigos.

La comunicación como dimensión facilitadora de la dinámica familiar, se reporta positiva en un 79% de las familias, y negativa o disfuncional en el 21%.

En la población estudiada el 63.6% de las familias se identifican en situación de pobreza, 25.8% en pobreza moderada y 10.6% pobreza extrema; el 54.5% de las familias no registro barreras para recibir atención a la salud de sus menores; lo que diverge con las familias que vive en situación de pobreza y pobreza extrema. En otras barreras resalta el 33.5% de usuarios que se trasladan de otros estados de la República a la Cd. de México (Cuadro No. 7). El 72.7% de las familias reporta que se apoya en las redes institucionales, el 27.3% solo reconoce el apoyo que le proporcionan sus redes familiares.

Cuadro No. 7 Pobreza y barreras para la atención a la salud en la familia.

BARRERAS PARA LA ATENCION MEDICA	CLASIFICACION DE LA POBREZA			TOTAL	%
	En situación de Pobreza:	Pobreza extrema	Pobreza moderada:		
Existe alguna discapacidad en los padres o tutores del menor	1	1	1	3	4.5
Foráneo proveniente de zona rural	2	1	1	4	6
Habla una lengua.		1		1	1.5
Foráneo proveniente de zona urbana.	15	2	5	22	33.5
NINGUNA	24	2	10	36	54.5
Total	42	7	17	66	100

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP

Los menores hospitalizados por el servicio de urgencias son trasladados a los servicios de especialidad según corresponda, sin embargo, el 39.4%, permanece en el servicio de urgencias para su atención, debido, principalmente, a la falta de espacio en las otras áreas (Cuadro No. 8). Esto determina que los padres y/o responsables de los menores permanezcan en la sala de espera de acuerdo a los horarios de este servicio.

Cuadro No. 8 Distribución de los menores por enfermedades y servicios de especialidad.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y GRUPOS DE ENFERMEDADES	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	ENF. DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS.	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	TUMORES	N	%
CARDIOLOGIA				1		1	2	3.0
CIRUGIA GENERAL	1			2		3	6	9.1
CIRUGIA ONCOLOGICA						1	1	1.5
HEMATOLOGIA		4					4	6.1
INFECTOLOGIA		1	1				2	3.0
INMUNOLOGIA		3					3	4.5
MEDICINA INTERNA			1				1	1.5
NEFROLOGIA					3		3	4.5
NEONATOLOGIA	1	1		2		3	7	10.6
NEUROLOGIA				3			3	4.5
ONCOLOGIA		3					3	4.5
ORTOPEDIA						1	1	1.5
OTORRINOLARINGOLOGIA						1	1	1.5
TERAPIA INTENSIVA				1		2	3	4.5
URGENCIAS		12	3	3	3	5	26	39.4
Total, general	2	24	5	12	6	17	66	100.00

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP.

De acuerdo a la clasificación de los grupos principales de enfermedades en el INP, el 36.4% corresponde a las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, le siguen los tumores con 25.8%, cuya atención debe ser inmediata e implica importantes costos para los familiares; un tercer grupo con 18.2% es el de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; el 9.1% corresponde a traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas, el 7.6% a las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y el 3% a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

Cuadro No. 9 Principales grupos de enfermedades en los menores en el 1er. Semestre del 2018,

DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A CLASIFICACION EN EL INP	FRECUENCIAS	%
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	2	3.0
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	24	36.4
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	5	7.6
MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	12	18.2
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	6	9.1
TUMORES	17	25.8
Total	66	100.00

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP

En la enfermedad crónica degenerativa, la familia utiliza todos sus recursos para resolver las necesidades de la atención. El 23% de las familias sostienen dos enfermos, y de ellas el 40% corresponde a diagnósticos relacionados a malformaciones congénitas, deformidades y alteraciones cromosómicas

En la relación del modelo familiar con el grupo de enfermedades, el 50% corresponde a las familias nucleares y de ellas el 23% afronta enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos; 24.3% son extensas de las cuales el 37.5% corresponde a las enfermedades generadas por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías; el 22.7% son familias monoparentales y en estas, el 33.3% son enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

Cuadro No. 10 Distribución por enfermedades y modelo de familia de los menores que se hospitalizaron en el 1er. Semestre, por el servicio de urgencias en el INP/2018.

MODELO DE FAMILIA	GRUPO DE ENFERMEADES						Total	%
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas	Tumores		
EXTENSA	1	3	1	6	1	4	16	24.3
MONOPARENTAL		5	2	4		4	15	22.7
NUCLEAR	1	15	2	2	4	9	33	50
RECONSTRUIDA		1			1		2	3
<i>Total</i>	2	24	5	12	6	17	66	100

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP

Las enfermedades y su correspondencia con la clasificación socioeconómica (CSE); el 48.5% son familias con CSE en Nivel 2N, y de ellas el 34.3% son enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos; el 28.8% corresponde a la CSE 1N, y en ellos el 31.5% son tumores; al 13.6% de los casos, se le asignó la CSE 3N y aquí el 67% nuevamente son las enfermedades de la sangre. El 4.5% obtuvo la CSE 1X, distinguiendo principalmente las enfermedades de la sangre con un 66.6%.

Cuadro No. 11 Distribución por enfermedades y clasificación socioeconómica.

NIVEL SOCIECONOMICO	GRUPO DE ENFERMEDADES						Total	%
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas	Tumores		
1N	2	3	2	5	1	6	19	28.8
1X		4			1	1	6	4.5
2N		11	2	7	3	9	32	48.5
3N		6	1		1	1	9	13.6
Total	2	24	5	12	6	17	66	100.00

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP

Para conocer las características de la vulnerabilidad y la correlación de las variables del Diagnóstico Social (DS) del ESE, se organizaron dos grupos de variables desarrolladas en el DS, las de tipo cualitativo ; modelo, etapa de desarrollo, subtipología de la familia, así como los elementos de la dinámica familiar (cohesión, adaptabilidad y comunicación); las barreras de acceso a la atención médica, la clasificación de la pobreza, las redes sociales con que cuentan, los factores de riesgo y los factores protectores. Y las variables de corte cuantitativo; ingreso/egreso económico, ocupación, derechos, servicios, materiales de la vivienda, número de cuartos, número de personas que habitan, tiempo de la enfermedad, número de enfermos en la familia. Con la prueba de Chi-cuadrada, se obtuvieron los resultados de correlación de las diferentes variables vinculadas al alta, mediana y baja vulnerabilidad.

De tal forma en la Tabla cruzada Clasificación de la enfermedad con la Calificación de las variables del DS, se observa que el 89% de los casos presentan características de Mediana Vulnerabilidad. Y de estos sobresale la Clasificación que corresponde a las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en su totalidad (12 de 12),

Cuadro No. 12. Tabla cruzada Clasificación enfermedad, con la Calificación de las variables del Diagnóstico Social.

Clasificación enfermedad	Tipos de vulnerabilidad			total
	Alta vulnerabilidad	Mediana vulnerabilidad	Baja vulnerabilidad	
<i>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</i>	0	12	0	12
<i>Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</i>	0	2	0	2
<i>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</i>	0	5	0	5
<i>Enfermedades de la sangre y de los órganos hemapoyéticos</i>	1	20	3	24
<i>Tumores</i>	2	15	0	17
<i>Traumatismos, envenenamientos, y algunas consecuencias de causas externas</i>	0	5	1	6
<i>Total</i>	3	59	4	66
<i>%</i>	5%	89.00	6%	100%

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.INP

En el cuadro No. 13, se resumen las características sociodemográficas de la población estudiada, clasificados como mediana vulnerabilidad. De las enfermedades con mayor incidencia, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas calificaron en un 100% como mediana vulnerabilidad, en relación al número de casos con este diagnóstico (12 de 12), los Tumores el 88% (15 de 17) y las Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos con el 83% (20 de 24) ; así también los otros grupos de enfermedades (que suman un total de 13 casos); en todos ellos prevalece que los proveedores son mano de obra no calificados y/o vendedores de comercios; familias nucleares, compuestas o reconstruidas; con vivienda arrendada y/o prestada, con uno o dos dormitorios para 3 o 4 persona, con dos enfermos en la familia o el proveedor económico, entre otras características de vulnerabilidad.

Cuadro No. 13. Enfermedades y Características sociodemográficas y de vulnerabilidad en los usuarios del servicio de urgencias en el INP.

	Ocupación proveedor económico	Modelo de familia	Porcentaje de egresos \$ respecto al ingreso familiar	Derechos sobre vivienda	Número de dormitorios	Número de personas por dormitorio	Tiempo de tratamiento de la enfermedad del paciente	Estado de salud de los otros integrantes de la familia	Clasificación de vulnerabilidad	
	Trabajador no calificado/Becarios, así como trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	Compuesta, conyugal, nuclear, reconstituida	Del 71% o más	Arrendada/prestada	Uno o dos	3,4 o más	Menos de 3 meses	Dos o principal proveedor económico enfermo	Mediana vulnerabilidad	
enfermedad	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	83%	17%	92%	100%	67%	83%	67%	50%	100%
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	75%	67%	83%	88%	50%	75%	79%	8%	83%
	Tumores (neoplasias)	82%	53%	82%	100%	82%	82%	70%	18%	88%
	Traumatismos, envenenamientos, y algunas consecuencias de causas externas	50%	67%	100%	83%	50%	67%	83%	33%	83%
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	100%	40%	80%	80%	40%	60%	60%	40%	100%
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	100%	50%	100%	50%	100%	100%	100%	0	100%

Fuente: ESE, Departamento de TS, 1er. Semestre 2018.

Discusión

El preguntarse si las familias de los menores que ingresan a hospitalización por el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría (INP) en la Ciudad de México, deban ser sujetos de una evaluación social que clasifique su vulnerabilidad, que permita identificar las estrategias de intervención de la (el) trabajadora (or) social, en lo inmediato y que en el seguimiento del proceso de la atención hospitalaria se actúe para evitar, modificar o disminuir la vulnerabilidad social, enfocando principalmente a las familias de muy alta vulnerabilidad, requiere de centrarnos en el tema desde una perspectiva humana, social, en la salud y en el riesgo social y articularlo con las condiciones socio económicas de los usuarios del INP.

Para efectos de este análisis, se considera útil, ubicar inicialmente el enfoque de la Teoría del Riesgo Social (Beck, 1986), en donde se asume que todos (as) las personas vivimos en una situación de riesgo, aún sin estar conscientes de ello; la historia nos permite ver que el reparto de riesgos sigue el esquema de clases, pero al revés: es decir, las riquezas se acumulan arriba, los riesgos abajo. Las posibilidades y capacidades de enfrentarse a situaciones de riesgo, de evitarlas, están repartidas de manera desigual, quién dispone de mejores recursos económicos puede intentar evitar los riesgos mediante la elección del lugar de residencia y la mejora de la vivienda, mejor alimentación, educación, acceso a la salud y el correspondiente acceso a la información.

Los resultados muestran que los grupos etarios más representativos, son el de lactantes menores (infantes de uno a once meses de edad) y adolescentes, ambos grupos representan edades de riesgo significativas; de acuerdo al INEGI, entre 2003 y 2012, fallecieron 49153 menores en el rango de edad de uno a cuatro años, en donde ocho de cada diez decesos se debieron a enfermedades congénitas, del sistema respiratorio infecciosas, tumores y accidentes y agresiones, entre otras (Fuentes, 2018). La adolescencia es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, que está condicionada por diversos procesos biológicos y constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

De los grupos de enfermedades de mayor incidencia en los menores que ingresan al INP por ser servicio de urgencias, son las sanguíneas y de los órganos hematopoyéticos; con presencia de anemias por deficiencias de hierro, de vitaminas, por enfermedad crónica, o de origen genético, entre otras características, y las leucemias que afectan las células de la sangre en la médula ósea y en ocasiones afecta a los tejidos del sistema inmune (ganglios, hígado, bazo) u otros órganos a los que invade a través del torrente sanguíneo (médula espinal, cerebro, testículos, etc.). Existen pocos factores de riesgo conocidos para la leucemia en niños, pero si la controversia de que les puede afectar el vivir cerca de líneas eléctricas, la edad de la madre cuando nace el niño, el uso de tabaco de los padres, la exposición fetal a hormonas (pastillas anticonceptivas), la exposición a sustancias químicas y a solventes en el lugar de trabajo del padre, entre otras (SAC, 2019).

Otro grupo, son los tumores, de las primeras causas de letalidad a nivel nacional y en el INP, la primera causa de mortalidad con el 28.3% (INP, Agenda Estadística, 2017), enfermedades de atención inmediata, costosa y compleja; no todos los tumores son malignos, sin embargo, mientras se desarrolla el proceso de confirmación, la sola palabra “cáncer” sujeta a la familia y al menor a situaciones de desgaste físico, emocional y económico. Un tercer grupo, es el de las malformaciones congénitas (MC), deformidades y anomalías cromosómicas, según el INEGI las cifras de mortalidad infantil han ido descendiendo con el paso de los años, no así el número de muertes, llegando a ocupar el segundo lugar como causa de muerte infantil en menores de un año (INEGI, 2018). En el INP en el 2017, fue la segunda causa de muerte con un 19.9%. Las MC, se generan en el proceso de desarrollo embrionario y si bien algunas tienen la oportunidad de corrección quirúrgica otras pueden afectar el desarrollo integral de las y los menores para toda su vida, o la muerte.

Las características de vulnerabilidad social de las familias estudiadas, admiten sobresalto acerca de la capacidad de enfrentar el riesgo social en el que viven y trabajan, como parte de las circunstancias materiales. Desde las determinantes sociales de la salud, sus características sociodemográficas permiten observar el impacto en las desigualdades en salud: El lugar de origen y residencia de un poco más de la mitad estas, es foránea; principalmente del Estado de México y de otros estados, entre ellos de Guerrero, Oaxaca y Puebla. Los proveedores económicos, padre, madre o ambos, obtienen hasta dos Salarios Mínimos (2018), clasificados en el rubro de “Trabajadores no calificados y

Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados”, también llamados “pobres estructurales” y/o “nuevos pobres” (Minuji, 1997), de igual forma, no cuentan con servicios de seguridad social. Su ingreso per cápita por día, se calcula en un mínimo de \$10.40 y un máximo de \$110.00, lo que se piensa, les tendría que alcanzar para comer, estudiar, pagar vivienda, pasajes, etcétera. El 63.6% de estas familias, se identifican en situación de pobreza, es decir presentan al menos una carencia, según lo marca el CONEVAL el 25.8% con pobreza moderada, con al menos dos carencias y una décima parte del total se califica con pobreza extrema, que presentan tres o más carencias, viven con su familia en vecindad, casa rural, cuarto redondo o cuarto de servicio. Todo ello, enuncia las desigualdades sociales de los distintos grupos poblacionales denominados grupos vulnerables. En resumen, se incluyen en lo que se denomina “situación de pobreza multidimensional” cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades (CONEVAL, 2018)

Las condiciones en que las personas nacen, viven y se encaminan hacia el final de la existencia tienen relación al acceso o privación de derechos humanos (Fuentes, 2018). En este estudio, se acentúan, las enfermedades que resultaron con mayor incidencia y tienen relación con la pobreza y la desigualdad, determinados o influenciados por contextos de violencia, marginación y hasta segregación social; la violencia y la segregación social no se comprobó en este estudio, sin embargo, en la actualidad se vive en un marco de violencia que, vinculada a la pobreza y a la enfermedad, puede ocasionar exclusión social y una "vulnerabilidad socioeducativa", en el grupo de pacientes adolescentes, ya que al presentarse dificultades y limitaciones para acceder de manera normal al sistema educativo, impactará sobre su futuro laboral y social (Araujo, 2015). La escolaridad que reporta el estudio en el grupo de adolescentes revela que casi la mitad de ellos (as) son analfabetos y el resto tiene estudios de primaria, secundaria y bachillerato incompletos. El grupo de escolares lleva la misma tendencia, se observa la presencia del analfabetismo y estudios incompletos de acuerdo a su edad escolar.

Casi la mitad de los menores que se hospitalizaron en el periodo de estudio, llegaron referidos de unidades médicas de 2º nivel de atención, que es lo esperado considerando que el INP es una Institución de 3er nivel de atención, generalmente son remitidos por hospitales y establecimientos donde brindan atención en medicina interna, pediatría,

gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría; más de la cuarta parte son derivados de unidades del primer nivel de atención, como centros de salud y/o unidades médicas particulares; menos de una cuarta parte, llegan por iniciativa propia; generalmente, porque no se recuperó la salud de manera satisfactoria en alguna otra unidad médica.

Lo anterior, da cuenta de la desorganización de los recursos para satisfacer las necesidades de la población en cuanto a la atención de las enfermedades, lo cual provoca que la atención proporcionada sea deficiente; esto se puede observar cuando los menores que ingresan por el servicio de urgencias, una vez estabilizados, no son trasladados a los servicios de especialidad por falta de espacios, por la cronicidad de las enfermedades, es frecuente que los pacientes requieran mayor tiempo de permanencia en el Instituto.

La familia como grupo social básico establecido por vínculos de parentesco, presente en todas las sociedades, idealmente proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización; desde una perspectiva sociológica es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla (Louro, 2002). La enfermedad crónica es irreversible, una vez iniciada no vuelve atrás, por lo que los cuidados que requiera el paciente van a ser permanentes, de esta forma, voluntaria o involuntariamente se compromete a todas (os) en su cuidado, afectando los aspectos de la vida familiar, en el 75% de las familias estudiadas predomina el modelo nuclear; son familias en etapa productiva, reproductiva y de desarrollo que implica el inicio de la crianza de los hijos, que cursan o debutan con la enfermedad de uno o dos, como es el caso de un 50% de las malformaciones congénitas. Lo que determina la importancia del seguimiento de la familia por parte de los profesionales del equipo de salud, y entre ellos la (el) trabajadora social, pues el llevar a cabo el plan de cuidados, puede modificar la evolución de las tareas de desarrollo en el ciclo vital, las dificultades que se les presentan para movilizar recursos y las estrategias que pueden seguir, y la información que necesitan. El asumir un método de planeación familiar, puede concebirse importante, en el supuesto de que una familia “pequeña” permitiría atender la enfermedad y a la familia, sin embargo, el 45% no utilizan método anticonceptivo o definitivo para planear la familia; lo que representa un riesgo que impactaría en el contexto socioeconómico y de atención de la enfermedad.

La dinámica familiar se refiere a los procesos relacionales que ocurren al interior de esta y en relación con su contexto. El Modelo Circunflejo de Olsen o FACES, es útil para estudiar el funcionamiento familiar y establece una tipología para clasificar los distintos perfiles a través de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación (Martínez, 2005). Estas tres dimensiones combinadas, determinan la dinámica familiar, que para este estudio se retomaron de acuerdo a la información del Diagnóstico Social elaborado en el servicio de urgencias; el 54% de los casos estudiados presenta cohesión familiar, se esperaría vinculación emocional entre sus miembros y equilibrio, el 32% son familias desvinculadas o desligada, posiblemente con límites internos rígidos, dificultades de contacto y proximidad afectiva, el 14%, son familias aglutinadas o enmarañadas, con límites internos difusos y poco espacio privado;

La comunicación es una dimensión facilitadora de la dinámica familiar, es parte esencial en la convivencia cotidiana, permite que, mediante la cohesión y adaptabilidad, las parejas y familias compartan necesidades y preferencias. Los datos revisados arrojan que 75% de las familias tienen comunicación positiva, lo que les permite el ejercicio de empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo; una quinta parte de las familias reportaron comunicación negativa lo que podría reducir la capacidad de los cónyuges o miembros de la familia para compartir sus sentimientos y restringir sus movimientos en otras dimensiones como la manipulación, el control, el desprecio, las críticas, etcétera.

La presencia de una enfermedad aguda, crónica o terminal puede representar un cambio radical en el funcionamiento o composición del grupo, son susceptibles de entrar en crisis y desajustes. Las áreas de la familia en el que se consideran los impactos, tiene que ver con la etapa del ciclo vital, por la tareas y roles que desempeñan los miembros, la flexibilidad o rigidez de los mismos; la cultura, en donde los valores, costumbres y creencias intervienen en la interpretación de la evolución y desenlace de la enfermedad, así como en el proceso para abordar la enfermedad de la manera más adecuada y el nivel socioeconómico; la crisis en una familia de escasos recursos es mayor, la desorganización provocada por la enfermedad se percibe en todos los ámbitos

El concepto de vulnerabilidad en el área médica se acepta como la «exposición continuada al riesgo»; el concepto de riesgo se aborda metodológicamente, principalmente, para saber la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad, pero no se consideran las variables sociales que la originan, (Araujo González, 2015), esto es, no se

considera el origen social de los riesgos; aunque en las enfermedades hereditarias no importa el nivel sociocultural al que se pertenezca. Las familias estudiadas a través del ESE, se consideran no solo como unidad con presencia de factores de riesgo individuales, sino relacionarlos con los grupos familiares, la localidad donde viven, el ambiente, la ocupación y el ingreso económico; en el contexto de las determinantes sociales que los condicionan.

Las tres cuartas partes de las familias presentan factores de riesgo económicos, lo que tiene relación con los niveles socioeconómicos asignados; el 86.4% de las familias son clasificadas con niveles 1X, 1N, 2N Y 1XSP, cuentan con subsidio mayor al 70% o reciben atención gratuita. Un factor de riesgo importante para comprender el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad, así como el tratamiento médico, es la escolaridad de los responsables de los menores, en un poco más de la tercera parte cuenta con nivel primaria y primaria incompleta; otros factores considerados de riesgo, son las barreras para acceder a los servicios de salud; el 53% de los menores, se trasladan de otros estados de la República a la Cd. de México, considerando el Estado de México, pero habrá que subrayar, que el 33.5% son originarios de estados, como Guerrero, Chiapas, y Oaxaca con características de alta vulnerabilidad. El 27.3 % de estas familias cuentan con apoyo familiar y el 72.7% cuentan con apoyos institucionales, gestionados por las (os) trabajadoras sociales del INP.

Del estudio se desprende que, de los seis grupos de enfermedades en el INP, todos los casos clasifican en mediana vulnerabilidad, pero tres tienen las calificaciones más significativas; las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, los tumores y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Es importante resaltar que el grupo de los pacientes con malformaciones congénitas se caracteriza por ser familias extensas o monoparentales, rentan o tienen vivienda prestada, y la mitad de éstas, atiende a dos pacientes; son población con riesgo muy alto de pasar a ser población de alta vulnerabilidad y/o exclusión social. Llama la atención que en el 70% de los casos, están en menos de los tres primeros meses que se identifica la enfermedad, lo que se traduce en una ventana de oportunidad para incidir en el proceso de una atención médica integral.

Nos referimos a la vulnerabilidad como a la «exposición continuada al riesgo» (Araujo, 2015); riesgos que están presentes en la cotidianidad de las familias estudiadas, de origen natural vinculados al hábitat de donde provienen, como resultado de las condiciones económicas y políticas, o de las relaciones entre los mismos individuos y su cultura, que afectan el bienestar individual y/o colectivo; convirtiéndose a la vulnerabilidad en un indicador de inequidad y de desigualdad social. Por lo que es admisible diseñar una escala que apoye al profesional de trabajo social, para clasificar la mediana, alta y muy alta vulnerabilidad social en los menores y sus familias desde su ingreso por el servicio de urgencias, a partir de la construcción del Estudio Socioeconómico que permite identificar las variables demográficas, económicas y sociales, en el marco de las determinantes sociales de la salud y desde un enfoque de riesgo y vulnerabilidad social.

Propuesta de instrumento

Escala para clasificar el grado de vulnerabilidad social en las familias de los menores que ingresan por el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría; una propuesta de intervención social (ECVSFAM).

Fundamentación:

El estudio socioeconómico (ESE), se aplica en el proceso de apertura de expediente en el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), y cumple con la asignación del nivel socioeconómico que les permite a los usuarios, acceder y continuar el proceso de atención médica hospitalaria. El ESE, actualmente se fundamenta en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 27 de mayo del 2013, el cual describe las variables de la Vivienda, la Ocupación del proveedor principal, Ingreso y Egresos Familiares y la Salud Familiar. La estructura del ESE, de acuerdo al modelo de Intervención Individualizada, contempla la construcción del diagnóstico social, entendido como la inclusión de los factores significativos que estén presentes en la realidad (Mary Richmond) y que se interpongan, dificulten u obstruyan las posibilidades, en este caso, para lograr la integración del menor y su familia al proceso hospitalario, apego al tratamiento e incidir en la prevención, modificación o eliminación de aquellos factores que afecten el proceso.

El ambiente en el servicio de urgencias es de crisis, ansiedad, nerviosismo y desesperación por parte de los familiares, derivado de las condiciones agudas en que se presentan las enfermedades de sus menores. Sin embargo, no se puede prescindir de conocer las características que rodean al menor. En la entrevista social se abordan aspectos económicos y sociodemográficos que determinan el Nivel de Asignación Socioeconómica para la continuidad de la atención médica (Niveles 1x, 1n,2n,3n,4n,5n,6n); así mismo, se obtiene información respecto de la familia de acuerdo a su modelo, ciclo vital, subtipología y dinámica familiar, redes de apoyo, de donde son originarios entre otros aspectos; que desde el enfoque de riesgo, permiten identificar la presencia de factores de riesgo social así como los factores protectores.

De tal forma, derivado del estudio realizado para identificar las características de vulnerabilidad de las familias y su relación con los principales grupos de enfermedades, se obtuvieron elementos a partir del ESE para el diseñar una escala, que clasifique la baja, mediana y alta vulnerabilidad social en las familias (ECVSFAM), de los menores que se hospitalizan por el servicio de urgencias en el INP, a fin de fortalecer la intervención individualizada desde un enfoque de riesgo social.

Objetivo:

Clasificar el alta, mediana y baja vulnerabilidad de las familias de los menores que se ingresan a hospitalización por el servicio de urgencias, que permita prevenir, modificar o eliminar los factores de riesgo presentes; que inciden en el proceso de atención a la enfermedad de los menores.

Personal responsable:

Trabajadoras (es) sociales del servicio de urgencias en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada

Metodología

Las variables de corte cuantitativo; ingreso/egreso económico, ocupación, derechos, servicios, materiales de la vivienda, número de cuartos, número de personas que habitan, tiempo de la enfermedad, número de enfermos en la familia, se integran en el cuerpo del ESE, y previamente son consideradas para la clasificación socioeconómica de acuerdo a la normatividad establecida (Anexo 1. Diario Oficial de la Federación del 27 de mayo del 2013). Para clasificar la mayor o menor vulnerabilidad se analizaron las variables del *Diagnóstico Social (DS)*, considerándose variables de tipo cualitativo; modelo, etapa de desarrollo, subtipología de la familia y los elementos de la dinámica familiar (cohesión, adaptabilidad y comunicación); las barreras de acceso a la atención médica, la clasificación de la pobreza, las redes sociales con que cuentan, los factores de riesgo y los factores protectores; a partir de pruebas no paramétrica **basada en la chi 2, obteniéndose** los resultados de correlación de las diferentes variables vinculadas a la alta, mediana y baja vulnerabilidad.

La vulnerabilidad social se describe como la afectación de la calidad de vida de un individuo, familia o comunidad ante las amenazas de origen social o natural que le ofrece su ambiente. Y los factores de la vulnerabilidad, como aquellos elementos que pueden ser aislados o no y provocan afecciones en los grupos sociales; estos pueden ser físicos, ambientales o ecológicos, económicos, sociales, educativos, ideológicos y culturales, entre otros. La baja vulnerabilidad se refiere a los casos que en las ocho dimensiones revisadas en la ECVSFAM, califican de 20 a 28 puntos, la mediana vulnerabilidad de 11 a 19 puntos y la alta vulnerabilidad de 0 a 10 puntos.

La ECVSFAM se integra por ocho dimensiones, desagregadas en indicadores que cuentan con una ponderación, que suman 100 puntos al final.

INDICADOR	DEFINICION	PONDERACION
LA FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN (1) (Varsi, 2011)		
Familia nuclear - conyugal	También llamada "conyugal", está compuesta por padre, madre e hijos. Los lazos familiares están dados por sangre, por afinidad y por adopción . Uno o ambos padres trabajan fuera del hogar. Tanto el hombre como la mujer buscan realizarse como personas integrales.	3
Familia extensa – extendida,	Está basada en los vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.	4
Familias compuestas o reconstruidas	Son aquellas que están formadas por el padre y la madre, y a su vez con algún miembro que sólo tenga vínculos sanguíneos con uno de ellos, es decir dos personas se unen y una de ellas ya tiene hijos que conforman su familia	3
Familia mono parental,	<i>Sólo se compone de uno de los padres</i> . Las razones de esto pueden ser a raíz de una separación, de la decisión de ser padre o madre soltero/a o de haber enviudado.	2
Familia ensamblada,	<i>Consisten en dos familias mono parentales</i> que, por medio de una relación sentimental de los padres, se unen dando lugar a la conformación de una nueva familia. (ejemplo: madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos)	3
Familia anaparental	Es la familia sin padre y sin madre. Los padres murieron y los hijos tienen por tutores a los abuelos. Estos nuevos arreglos son las denominadas familias socio-afectivas, que se fundan en el afecto, dedicación, cariño y ayuda mutua, transformando estas convivencias en verdaderas entidades familiares. Muchos hermanos pasan a convivir juntos después del fallecimiento de sus padres, uno cuidando del otro.	2
Familia homoparental.	<i>Familias conformadas por padres del mismo sexo</i> y sus hijos, estos pueden ser biológicos o adoptados.	3
Familia de hecho:	Este tipo de familia tiene lugar cuando la pareja convive sin ningún enlace legal.	1
CICLO VITAL DE LA FAMILIA (Modelo Duvall) (2)		
Crianza inicial de los hijos	Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina cuando el primer hijo cumple 30 meses	2
Familia con hijos preescolares	Inicia cuando el primer hijo cumple 30 meses y termina cuando el primer hijo cumple 6 años.	2
Familia con hijos escolares	Inicia cuando el primer hijo cumple 6 años y termina cuando el primer hijo cumple 13 años	2
Familia con hijos adolescentes	Inicia cuando el primer hijo cumple 13 años y termina Cuando el primer hijo cumple 20 años.	2
Familia con punto de partida (plataforma de colocación)	Inicia cuando el primer hijo cumple 20 años y termina cuando todos los hijos han partido del hogar	2
Familia madura (nido vacío)	Inicia cuando todos los hijos han partido del hogar y termina con el retiro del trabajo (jubilación) o separación de la pareja (muerte o divorcio).	0
Familia anciana	Inicia con el retiro del trabajo (jubilación) o separación de la pareja (muerte o divorcio) y	0

	termina con el fallecimiento de ambos miembros de la pareja.	
SUBTIPOLOGIA FAMILIAR (3) (Membrillo Luna, 2008)		
Rural	Población menos de 2500 personas, actividades económicas primarias agrícolas. Pesquero, minero, disposición limitada de servicios, mayor interacción entre sus miembros, valores y tradiciones arraigadas.	0
Urbana	Población superior a 2500 personas, concentración de personas en conglomerados, crecimiento poblacional influenciado por procesos migratorios, actividades económicas secundarias (sectores que transforman materias primas en productos como sector industrial, energético y construcción) y terciarias (los que producen servicios como transporte, comunicaciones, turístico, educativo), menor interacción entre sus miembros. Mayor disposición de servicios y equipamiento.	2
Suburbana	Grupos poblacionales cercanos a las ciudades, originados por procesos migratorios de campo a la ciudad, asentamientos humanos irregulares por lo que carecen de servicios públicos. Esto conlleva a problemas de salud, inseguridad y violencia. Condiciones económicas precarias, relaciones sociales híbridas.	0
DINÁMICA FAMILIAR (4) (Modelo Circunflejo de Olson 1989)		
Cohesión	Es la vinculación emocional de sus miembros entre sí. La cohesión familiar se establece cuando existe equilibrio entre sus dimensiones. (Cercanía, compromiso, lealtad y distanciamiento- proximidad, límites, alianzas y coaliciones, lazos emocionales, fronteras, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses, tiempo dedicado a la familia y a la recreación).	2
Cohesión Desvinculada o desligada	La familia tiene límites internos rígidos, dificultades de contacto y proximidad afectiva, desarrollo extremo de la independencia, separación emocional. (Muy baja cohesión)	0
Cohesión Aglutinada o enmarañada	Familia con límites internos difusos, no se define claramente el territorio de cada cual. Dificil desarrollo de autonomía, opiniones propias y decisiones sin consultar a los demás miembros. Fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia; falta general de distancia personal, poco espacio privado. La mayor parte de energía de las personas se centra en el sistema familiar, hay pocos amigos o intereses fuera del mismo. (muy alta cohesión)	0
Adaptabilidad familiar flexible	Relación estructurada con liderazgo democrático, capacidad de negociación, roles estables, participación de todos los miembros	2
Adaptabilidad rígida (baja adaptabilidad)	Relación muy controladora, liderazgo autoritario, negociaciones limitadas, escasa posibilidad de cambio en liderazgo y roles. Dificil adaptación a eventos estresantes	0
Adaptabilidad caótica (alta adaptabilidad)	Liderazgo limitado o errático, decisiones impulsivas, roles confusos y cambiantes de un miembro a otro, variación frecuente de reglas. Escasa consistencia en otorgamiento de premios y castigos	0
Comunicación positiva	Permite que, mediante la cohesión y adaptabilidad, parejas y familias compartan necesidades y preferencias. Habilidades para la comunicación positiva • Empatía • Escucha reflexiva • Comentarios de apoyo	1
Comunicación negativa o disfuncional	Reduce la capacidad de los cónyuges o miembros de la familia para compartir sus sentimientos y restringe sus movimientos en otras dimensiones. Las habilidades negativas son • Doble mensaje • Doble vínculo (manipulación, control, detrimento) • Críticas	0
BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (5) (Fajardo-Dolci, 2015)		
Ninguna	Cuenta con servicios de salud y tiene acceso a ellos en su comunidad.	0
Foráneo proveniente de zona urbana.	Requiere de trasladarse de su comunidad para recibir la atención médica requerida.	0
Foráneo proveniente de zona rural	Se desplaza realizando varios traslados antes de llegar a la Institución para recibir la atención médica requerida.	0
Habla otro idioma	Habla un idioma de origen; se da a entender, pero requiere más orientación.	0
Existe alguna discapacidad en los padres o tutores del menor.	La discapacidad, s una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás: Discapacidad motriz - Limitación para caminar, moverse, subir o bajar. Discapacidad visual - Limitación para ver, aun usando lentes. Discapacidad del habla - Limitación para hablar, comunicarse o conversar. Discapacidad auditiva - Limitación para oír, aun usando auxiliar auditivo. Discapacidad múltiple - Limitación para vestirse, bañarse o comer. Discapacidad intelectual - Limitación para poner atención o aprender cosas sencillas. Discapacidad mental - Limitación en el funcionamiento del sistema neuronal.	0
CARACTERÍSTICAS DE LA POBREZA (6) (CONEVAL, 2019)		
Pobreza extrema	Una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y que, además, se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo. Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana. Su ingreso por miembro es muy por debajo de la línea de pobreza,	0

		\$1,562.26 mensuales (canasta básica en zona urbana) 1109.52 mensuales (canasta básica en zona rural)	
Pobreza moderada:		Es aquella persona que, siendo pobre, no cumple los criterios para pobreza extrema.	2
En situación de Pobreza:		Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos y acceso a la alimentación), su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.	1
No pobres		Aquella población cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar, no tiene ninguna de las carencias sociales que se utilizan en la medición de la pobreza.	3
REDES SOCIALES (7) (Chadi, 2013)			
Primarias		Relaciones más próximas que establecen los integrantes de la familia, lazos fuertes de unión, afecto, apoyo para el sostenimiento familiar, hijos, hermanos, tíos, primos, padres, pareja.	3
Secundarias		Corresponde a los vínculos que las familias establecen en el contexto comunitario y social, amigos, vecinos, clubs, redes comunitarias, grupos recreativos, religiosos, laborales y educativos.	2
Institucionales		Organizaciones conformadas, derivadas de las políticas públicas para cumplir con objetivos específicos que satisfagan las necesidades de la población. Estas redes institucionales reflejan normas explícitas e implícitas y roles, ejemplo de ellos son SS, CNDH, INAPAM, DIF, etcétera.	1
Sin redes.			0
ENFOQUE DE RIESGO (8) (Castellanos, 1994)			
Factores de riesgo	Biológicos	Aquellos inherentes a características de la vida: edad, enfermedad.	0
	Sociales	Relacionados con las relaciones individuales, familiares y/o grupales que pueden provocar situaciones de riesgo como ejemplo la presión social respecto a la imagen, la presencia exagerada de las redes sociales, etc.,	0
	Culturales	Bajo nivel educacional, pobre educación sexual, idioma de origen; aspectos de costumbres o conductas como hábitos nocivos, etcétera.	0
	Económicos	Grado de satisfacción de necesidades básicas, alimentación, vivienda (hacinamiento)	0
	Ambientales	Determinados por las características del medio ambiente, ej. clima.	0
	Ninguno		2
Factores protectores internos		Los Factores protectores internos son aquellos que se refieren a los atributos de la persona e incluso su capacidad de resiliencia (OPS, 1998). (en nuestro caso de la familia)	2
Factores protectores externos		Los externos se refieren a condiciones del medio que pueden actuar reduciendo la probabilidad de daño.	2
Ninguno			0

La ECVSFAM, se aplicará una vez que se haya concluido el Estudio Socioeconómico (ESE), en base a la información de las variables sociodemográficas y culturales, así como las características de la dinámica familiar, todo ello contenido en el Diagnóstico Social.

VULNERABILIDAD SOCIAL	PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVRSFAM
ALTA VULNERABILIDAD (AV)	0-10
MEDIANA VULNERABILIDAD (MV)	11-19
BAJA VULNERABILIDAD (BV)	20-28

Los casos clasificados de Alta Vulnerabilidad (AV), requerirán de la identificación, determinación y aplicación **inmediata** de acciones de intervención individualizada a seguir en el proceso de atención en urgencias. (Las acciones se registran en las notas sociales para el seguimiento del caso en los diferentes turnos y posteriormente en el área de especialización).

Los casos clasificados de Mediana Vulnerabilidad (MV), requerirán de la identificación y determinación **mediata** de acciones de intervención individualizada a seguir en el proceso de atención en urgencias. (Las acciones se registran en las notas sociales para el seguimiento del caso en los diferentes turnos y posteriormente área de especialización).

Los casos clasificados de Baja Vulnerabilidad (BV), requerirán de la identificación y determinación de acciones de intervención individualizada a seguir en el proceso de atención hospitalaria en el área de especialidad. (Las acciones se registran en las notas sociales para el seguimiento del caso).

Escala para clasificar el grado de vulnerabilidad social en las familias de los menores que ingresan por el servicio de urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría (ECVSFAM)

DIMENSIONES/ INDICADOR	PONDERACION	TOTALES		PONDERACION	TOTALES
LA FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN (1)			BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCION MEDICA (5)		
Familia nuclear - conyugal	3		Ninguna	4	
Familia extensa – extendida,	4		Foráneo proveniente de zona urbana.	3	
Familias compuestas o reconstruidas	3		Foráneo proveniente de zona rural	1	
Familia mono parental,	2		Habla una lengua.	1	
Familia ensamblada,	3		Existe alguna discapacidad en los padres o tutores del menor.	1	
			SUBTOTAL	10	
La familia anaparental	2		CARACTERÍSTICAS DE LA POBREZA (6)		
Familia homoparental.	3		Pobreza extrema	1	
Familia de Hecho:	1		Pobreza moderada:	3	
SUBTOTAL	21				
CICLO VITAL DE LA FAMILIA (Modelo DUVALL) (2)			En situación de Pobreza:	2	
Familia que comienza (nido sin usar)	2		No pobres	4	
			SUBTOTAL	10	
Crianza inicial de los hijos	2		REDES SOCIALES (7)		
Familia con hijos preescolares	2		Primarias	3	
Familia con hijos escolares	2		Secundarias	2	
Familia con hijos adoles.	2		Institucionales	1	
Familia con punto de partida	2		TOTAL	6	
Familia madura (nido vacío)	0		FACTORES DE RIESGO		
Familia anciana	0		Biológicos	0	
SUBTOTAL	12				
SUBTIPOLOGIA FAMILIAR (3)			Sociales	2	
Rural	2		Culturales	2	
Urbana	4		Económicos	2	
Suburbana	3				
SUBTOTAL (3)	9		Ambientales	1	
Dinámica familiar (4)					
Cohesión	4				
Cohesión Desvinculada o desligada	1		Factores protectores	3	
Cohesión Aglutinada o enmarañada	3				
Adaptabilidad familiar flexible	4		SUBTOTAL	10	
Adaptabilidad rígida (baja adaptabilidad)	2				
Adaptabilidad caótica (alta adaptabilidad)	2				
Comunicación positiva	4				
Comunicación negativa o disfuncional	2				
SUBTOTAL	22				
			TOTAL (PUNTOS)	VULNERABILIDAD SOCIAL	
			VULNERABILIDAD SOCIAL	PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVRSFAM.	
			ALTA VULNERABILIDAD (AV)	0-10	
			MEDIANA VULNERABILIDAD (MV)	11-19	
			BAJA VULNERABILIDAD (BV)	20-28	

Conclusiones

- Los determinantes sociales de la salud, se observan como decisivos de la vulnerabilidad social que integra la pobreza y las desigualdades en salud, entre otros factores de riesgo, de acuerdo a las características sociodemográficas de las familias y menores usuarios de urgencias en el INP.
- Se asume que todos (as) las personas vivimos en una situación de riesgo, aún sin estar consientes; y que los riesgos afectan principalmente a los (las) que no disponen de mejores recursos económicos y de información.
- Los menores y sus familias que acuden a esta Institución, viven en situación de riesgo, por lo que para las (os) profesionales del trabajo social, es importante fortalecer el marco teórico desde la Teoría del Riesgo Social.
- Las variables del estudio socioeconómicos (ESE), permiten identificar los factores de riesgo que inciden en la vulnerabilidad social de las familias; distinguir las desigualdades marcadas por las carencias económicas, así como otros factores de riesgo presentes en la dinámica de la familia. Con la información obtenida se logra construir el perfil sociodemográfico de la población usuaria de los servicios, desde un enfoque de vulnerabilidad social.
- En el ESE, el diagnóstico social, es de vital importancia desde el momento en que se determina la hospitalización de los menores; en su construcción se requiere incluir los factores de riesgo que estén presentes en la realidad familiar y que dificulten u obstruyan las posibilidades materiales o sociales de la funcionalidad de la familia para prevenir, modificar o evitar la intensidad de ocurrencia de eventos generadores de condiciones de vulnerabilidad.
- Las (los) profesionales de trabajo social, requieren analizar los casos con el enfoque de vulnerabilidad y riesgo social desde la prevención, atención y recuperación de la salud, a partir de clasificar las condiciones ambientales, sociales, políticas,

económicas, culturales e institucionales que coinciden para formar situaciones amenazantes y generadoras de vulnerabilidades.

- Los menores que se hospitalizan en el INP, afrontan enfermedades crónicas, agudas y/o degenerativas que les pueden provocar sentimiento de pérdida o amenaza física, dependencia, dolor, pérdida de la imagen corporal; que no son eventos aislados en relación a los determinantes sociales, por lo que es necesario reconocer y discriminar los puntos críticos que provocan mayor vulnerabilidad y asumir la gestión del riesgo como alternativa dirigida a los padres y/o responsables de las (los) menores, a través de la comunicación, orientación y sensibilización de sus propios factores de riesgo y/o protectores.
- Los menores que presentan malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas; requieren atención especial, ya que, aunque, se encuentran dentro del rango de mediana vulnerabilidad; tienden a ser población de alto riesgo y con alta probabilidad de exclusión social.
- Es importante que las (os) profesionales de trabajo social se enfoquen en los casos de alta vulnerabilidad de manera prioritaria, pero los casos de mediana vulnerabilidad que coinciden con la clasificación socioeconómica 1x, 1n y 2n, no pueden perderse de vista, ya que las condiciones de pobreza y presencia de múltiples factores de riesgo, podrían provocar que pasaran a ser población de alta vulnerabilidad.
- El ESE que se aplica en el INP es un instrumento de recuperación de información cuantitativa y cualitativa, ofrece flexibilidad en su construcción, por lo que es importante fortalecer la supervisión en el proceso de elaboración; desde la aplicación del marco teórico, técnica de la entrevista y registro de la información obtenida, que fortalezca la asignación socioeconómica con equidad.
- El ESE, es un instrumento que integra categorías de análisis cualitativas y cuantitativas que llevan a un diagnóstico social, que debe favorecer la toma de decisiones con respecto a situaciones específicas en donde se requiere tener incidencia en acciones que prevengan, modifiquen o eliminen los factores de riesgo en que están inmersas los menores y sus familias.

- Es viable diseñar una escala, que clasifique la mediana, alta y muy alta vulnerabilidad social de las familias de los menores que ingresan por el servicio de urgencias en el INP, a partir del Estudio Socioeconómico; lo que permitirá que la (el) trabajadora (or) social, se enfoque, principalmente, en los casos con mayor vulnerabilidad.

ANEXOS

Anexo 1. Diario Oficial de la Federación (DOF) del 27 de mayo del 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 prestan servicios de atención médica de la Secretaría de Salud.

PRIMERO. Para los efectos del presente Anexo se estará a las definiciones previstas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y demás ordenamientos aplicables, así como a las siguientes:

- I. **Clasificación Socioeconómico:** El proceso de evaluación que realiza el profesional de trabajo social sobre la situación del paciente y su familia, para ello utiliza como instrumento un cuestionario denominado Estudio Socioeconómico conformado por índices o preguntas que conforman las variables socioeconómicas;
- II. **Cuotas de Recuperación:** La cantidad en moneda nacional que cubre el usuario de servicios hospitalarios por concepto de consulta, procedimientos médicos o estudios auxiliares de diagnóstico, cuyo costo no es cubierto en su totalidad pues se relaciona con un porcentaje de subsidio, diferenciado para cada Nivel Socioeconómico y reflejado en el tabulador de costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- III. **Egreso Familiar:** El gasto que realiza la familia, incluyendo al Paciente, para la satisfacción de sus necesidades, permite conocer el impacto de los egresos con relación a los ingresos familiares;
- IV. **Entidades Coordinadas:** Los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal que prestan servicios de atención médica preferentemente a la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social y que son coordinados sectorialmente por la Secretaría;
- V. **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;
- VI. **Ingreso Familiar:** La suma total de las percepciones económicas de los integrantes económicamente activos de la familia, incluyendo al Paciente, tomando en consideración el número de miembros que dependen económicamente del mismo;
- VII. **Nivel Socioeconómico:** El número, que indica la posición social y económica en que se encuentra la familia del Paciente y/o el Paciente que recibe atención médica, de acuerdo a variables que se evalúan con base en un método y técnicas de trabajo social y cuyo único objetivo es determinar el monto del subsidio que obtendrá el Paciente, respecto del costo de los servicios de atención médica que

se ofrecen en los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas;

- VIII. **Trabajador Social:** El Profesional, integrante del equipo de salud, cuya tarea es identificar los problemas y necesidades sociales del Paciente, su familia y entorno, que inciden en el proceso salud-enfermedad, a fin de ofrecer y promover la ejecución de alternativas que incrementen el bienestar, faciliten el desarrollo de potencialidades y prevengan estados de vulnerabilidad;
- IX. **Ocupación:** La actividad regular que constituye la principal fuente de ingresos del Paciente o del principal proveedor económico de la familia;
- X. **Paciente:** 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;
- XI. **Reclasificación Socioeconómica:** El cambio de la Clasificación Socioeconómica que realiza el Trabajador Social al percatarse que la situación socioeconómica del paciente se ha modificado, previa revaloración por parte de dicho profesional, quien sustenta los cambios en las variables durante el tiempo que se lleva a cabo el proceso de atención. Asimismo, cuando se presenta alguna de las circunstancias previstas en el numeral Séptimo del presente Anexo;
- XII. **Referencia-Contra referencia de Pacientes:** El procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío-recepción-regreso de Pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad;
- XIII. **Salud Familiar:** La condición dinámica de los miembros de la familia del Paciente, influida por las condiciones materiales de vida, por los cambios de la familia en su proceso de desarrollo y por los problemas de salud-enfermedad de sus integrantes;
- XIV. **Secretaría:** La Secretaría de Salud;
- XV. **Vigencia de la Clasificación Socioeconómica:** El tiempo de validez del nivel asignado para el pago de Cuotas de Recuperación por concepto de los servicios proporcionados, establecidas para cada uno de los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas, y
- XVI. **Vivienda:** El lugar físico o sitio donde habitualmente el Paciente y su familia moran, por lo que la variable permite apreciar si las características propias de la vivienda favorecen la satisfacción de las necesidades fisiológicas y psicológicas de los integrantes de la familia.

SEGUNDO. El proceso de Clasificación Socioeconómica de Pacientes en los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas se sujetará a lo siguiente:

- I. A todo Paciente que requiera atención médica, le será aplicado un Estudio Socioeconómico por el Departamento de Trabajo Social adscrito a la Entidad Coordinada o establecimiento para la atención médica de que se trate, a través de una entrevista.

El personal del Departamento de Trabajo Social deberá identificar si el Paciente o el familiar tienen alguna discapacidad física o mental, son adultos mayores o pertenecientes

a una comunidad indígena, a efecto de que, en coordinación con el personal de salud, se dé prioridad a las acciones que favorezcan su atención.

En todo momento el personal del Departamento de Trabajo Social, deberá proporcionar al Paciente, familiar, tutor o representante legal, un trato cordial, amable y empático, basado en el Código de Ética Institucional, evitando toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas, a efecto de garantizar el respeto a los derechos humanos de las personas, así como a los preceptos señalados en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes;

- II. Para efectos de la integración del Estudio Socioeconómico, el Departamento de Trabajo Social solicitará al Paciente, familiar, tutor o representante legal, la información, o en su caso, la documentación necesaria para la determinación de su Nivel Socioeconómico.

La falta de presentación de la documentación requerida durante la entrevista no impedirá que el paciente reciba la atención médica correspondiente;

- III. Con base en el resultado del Estudio Socioeconómico, el cual estará determinado por los criterios a que se refiere el numeral Tercero del presente Anexo, el Trabajador Social asignará al Paciente el Nivel Socioeconómico que le corresponda para efectos del pago de las Cuotas de Recuperación.

Los Niveles Socioeconómicos para el cobro de las Cuotas de Recuperación, incluidos aquellos que serán eximidos de su pago, estarán comprendidos en el catalogo de Cuotas de Recuperación que corresponda a cada establecimiento que preste servicios de atención medica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas;

- IV. En todos los casos, el Estudio Socioeconómico deberá señalar el Nivel Socioeconómico asignado al Paciente, así como el nombre, firma y cedula profesional del Trabajador Social que lo elaboró. La vigencia del Estudio Socioeconómico será establecida por cada Entidad Coordinada o establecimiento que preste servicios de atención medica, y
- V. Una vez realizado el Estudio Socioeconómico y asignado el nivel correspondiente al Paciente, el Departamento de Trabajo Social, lo informará al Paciente, sus familiares, tutor o representante legal. Asimismo, les hará saber la forma en que se mantendrá la

confidencialidad de la información vertida durante la entrevista y los sensibilizará respecto de su obligación de cubrir las Cuotas de Recuperación del Nivel Socioeconómico asignado.

Tratándose de Pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, para su Clasificación Socioeconómica, se estará a lo dispuesto por la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y demás disposiciones aplicables.

De conformidad con lo establecido en el párrafo quinto del artículo 36 de la Ley General de Salud, se eximirá del cobro de las Cuotas de Recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres deciles de menor ingreso.

TERCERO. En la aplicación del Estudio Socioeconómico, deberán tomarse en cuenta los siguientes criterios y variables con su respectiva ponderación:

1. Ingreso Familiar 55%
2. Ocupación 10%
3. Egresos Familiares 10%
4. Vivienda 20%
5. Salud Familiar 5%

TOTAL 100%

a) Para determinar la ponderación de la variable denominada Ingreso Familiar, se tomará en cuenta el salario mínimo general

vigente de la zona geográfica que corresponda a la ubicación de cada entidad en donde sea atendido el paciente sujeto del Estudio Socioeconómico, mismo que es establecido anualmente por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos.

El puntaje máximo que se obtendrá en esta variable será de 55 puntos porcentuales que equivalen al 55% de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. La puntuación se obtendrá conforme al siguiente cuadro:

INGRESOS EN No. DE VECES DE SALARIO MÍNIMO DE ACUERDO A ZONA GEOGRÁFICA A o B	DEPENDIENTES 1 ó 2 PUNTOS	DEPENDIENTES 3 ó 4 PUNTOS	DEPENDIENTES 5 ó 6 PUNTOS	DEPENDIENTES 7 ó 8 PUNTOS	DEPENDIENTES 9 ó MÁS PUNTOS
> 0.0 a 1.0	0	0	0	0	0
> 1.0 a 1.5	10	5	0	0	0
> 1.5 a 3.0	15	10	5	0	0
> 3.0 a 4.5	20	15	10	5	0
> 4.5 a 6.0	25	20	15	10	5
> 6.0 a 8.0	30	25	20	15	10
> 8.0 a 10.0	35	30	25	20	15
> 10.0 a 13.0	40	35	30	25	20
> 13.0 a 16.0	45	40	35	30	25
> 16.0 a 19.0	50	45	40	35	30
> 19.0	55	50	45	40	35

b) Para la ponderación de la variable Ocupación se deberá tomar en cuenta el siguiente catálogo:

1. SIN OCUPACIÓN: Comprende aquellos individuos que, a pesar de ser económicamente activos, no desarrollan ningún tipo de actividad remunerada, por ejemplo: ama de casa; estudiante; personas bajo protección institucional.

2. TRABAJADORES NO CALIFICADOS: Comprende las ocupaciones para cuyo desempeño se requieren los conocimientos y la experiencia necesaria para cumplir tareas generalmente sencillas y rutinarias, realizadas con la ayuda de herramientas manuales, para las cuales se requiere escasa iniciativa o un esfuerzo físico considerable, salvo raras excepciones. Sus tareas consisten en vender mercancía en las calles, brindar servicios de portería y vigilancia de inmuebles y bienes, limpiar, lavar y planchar ropa o ejecutar tareas simples relacionadas con la minería, la agricultura o la pesca, la construcción y las obras públicas y las industrias manufactureras, ventas y servicios. Limpiabotas y otros trabajadores en vida pública. Mensajero, porteador (transportista), portero y afines. Peón agropecuario, forestal, pesquero y afines. Peón de minería, construcción, de la industria manufacturera y el transporte. Conserje, lavador de vehículos, ventanas y afines.

3. OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y las experiencias necesarias para ejercer oficio de artesanía o artes mecánicas así como otras afines, lo cual, entre otras cosas, exige la

capacidad de utilizar máquinas y herramientas, el conocimiento de cada una de las etapas de la producción y de la naturaleza y las aplicaciones de los productos fabricados. Sus tareas consisten en extraer materias primas del suelo, construir edificios y otras obras o fabricar diversos productos y artesanías. Oficiales y operadores de las industrias extractivas y de construcción. Oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines. Mecánicos de precisión, artesanos, operarios de las artes gráficas y afines. Otros oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios.

4. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para la prestación de servicios personales, de protección y de seguridad o la venta de mercancías. Dichas tareas consisten en servicios relacionados con los viajes, los trabajos domésticos, la restauración, los cuidados personales, la protección de personas, de bienes, el mantenimiento del orden público, la venta de mercancías en un comercio o en los mercados. Servicios personales y de protección o seguridad. Modelos, vendedores y demostradores. Religiosos sin jerarquía.

5. OPERADORES DE INSTALACIONES, MÁQUINAS Y MONTADORES: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para atender y vigilar el funcionamiento de máquinas e instalaciones industriales de gran tamaño y a menudo automatizadas. Sus tareas consisten en atender y vigilar las máquinas y materiales para la explotación minera, las industrias de transformación y otras producciones, conducir vehículos, operar instalaciones móviles y montar componentes de productos. Operadores de instalaciones fijas y afines. Operadores de máquinas y montadores. Conductores de vehículos y operadores de equipo pesado móvil.

6. AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS Y PESQUEROS: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y las experiencias necesarios para la obtención de productos de la agricultura a fin de obtener sus productos, criar y cazar animales, pescar o criar peces, conservar y explotar los bosques y en particular, vender los productos a los compradores, a organismos de comercialización o en los mercados. Agricultores y

trabajadores calificados de explotaciones agropecuarias, forestales y pesqueras con destino al mercado. Trabajadores agropecuarios y pesqueros de subsistencia.

7. EMPLEADOS DE OFICINA: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren desempeñar los conocimientos y la experiencia necesarios para ordenar, almacenar, computarizar y encontrar información. Las tareas consisten en realizar trabajos de secretaria, operar máquinas procesadoras de textos y otras máquinas de oficina, realizar cálculos e ingresar datos en computadoras y diversos trabajos de servicios a la clientela, relacionados con los servicios de correos, las operaciones de cajas y la concertación de citas o entrevistas: a) Oficinistas y b) Empleados en trato directo con el público.

8. JUBILADOS: Comprende a los individuos retirados de su trabajo que continúan recibiendo un pago como resultado de haber cumplido con determinado número de años trabajados o por su edad.

9. PENSIONADOS: Comprende a los individuos a los que como prestación se les otorga un porcentaje del salario que percibían como trabajadores al retirarse de la unidad económica, de manera definitiva, por problemas de salud o como consecuencia de enfermedades o accidentes de trabajo.

Se incluye a quienes tienen otorgada pensión por: incapacidad permanente total; incapacidad permanente parcial superior al cincuenta por ciento o en su caso incapacidad permanente parcial entre el veinticinco y el cincuenta por ciento; invalidez; cesantía en edad avanzada y vejez, así como los beneficiarios de aquel cuando tengan otorgada pensión de viudez, orfandad, o de ascendencia.

10. BECARIOS: Comprende a aquellos individuos que reciben remuneración de alguna institución o empresa para la realización de estudios y/o actividades similares.

11. TÉCNICOS Y PROFESIONALES A NIVEL MEDIO: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño, conocimientos técnicos y experiencias de una o varias disciplinas de las ciencias físicas, biológicas o de las ciencias sociales y las humanidades. Esas tareas consisten en llevar a cabo labores técnicas y ejecutar métodos relacionados con la aplicación de conceptos de las esferas ya mencionadas y en impartir enseñanza de cierto nivel: a) Técnicos y Profesionistas de nivel

medio de las ciencias físicas, químicas ingeniería y afines; b) Técnicos y Profesionales de nivel medio en ciencias biológicas, la medicina y la salud; c) Maestros e instructores de nivel medio y d) Otros técnicos y profesionales de nivel medio.

12. PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES: Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño conocimientos profesionales de alto nivel y experiencia en materia de ciencias físicas y biológicas o ciencias sociales y humanidades. Sus tareas consisten en ampliar el acervo de conocimientos científicos o intelectuales, conceptos y teorías para resolver problemas o por medio de la enseñanza, asegurar la difusión sistemática de esos conocimientos: a) Profesionales de las ciencias físicas, químicas, matemáticas y de la ingeniería; b) Profesionales de las ciencias biológicas, la medicina y la salud; c) Profesionales de enseñanza; d) Otros profesionales científicos e intelectuales, y e) Religiosos con jerarquía.

13. FUERZAS ARMADAS: Comprende a las personas con cargo militar que sirven a los ejércitos de tierra, mar y aire y en los servicios militares dependientes de los mismos, incluye a los rangos superiores principalmente, contemplando aquellos individuos que cursaron una carrera militar y llevan a cabo investigaciones y aplicaciones de conocimientos científicos.

14. EJECUTIVOS E INVERSIONISTAS: Comprende las profesiones cuyas tareas principales consisten en definir y formular la política del gobierno, las leyes y reglamentos, vigilar su aplicación, representar al gobierno y actuar en su nombre o preparar, orientar y coordinar la política y las actividades de una empresa o de un organismo, o de sus departamentos y servicios internos: a) Miembros del Poder Ejecutivo y de los cuerpos legislativos; directivo de la Administración Pública y b) Directores de Empresas.

El puntaje máximo que se obtendrá en esta variable será de 10 puntos porcentuales que equivale al 10% de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. La puntuación se obtendrá conforme al siguiente cuadro:

DESCRIPCIÓN	PUNTAJACIÓN
Sin ocupación	0
Trabajadores no calificados	1
Jubilados y pensionados	2
Becarios, así como trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	3
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios	4
Operadores de instalaciones, maquinarias y montadores	5
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	6
Empleados de oficina	7
Técnicos profesionistas de nivel medio	8
Profesionistas, científicos e intelectuales	9
Fuerzas armadas y ejecutivos e inversionistas	10

c) Para la ponderación de la variable denominada Egreso Familiar se deberá considerar la siguiente operación: total de egresos por 100 entre total de ingresos. El porcentaje obtenido se ubicará de acuerdo a la siguiente tabla (a mayor porcentaje de gasto menor puntaje).

El puntaje máximo serán 10 puntos porcentuales que corresponde al 10% de la ponderación total del Estudio Socioeconómico.

PORCENTAJE DE EGRESOS RESPECTO AL INGRESO FAMILIAR	Puntuación
71% o más	0
61% - 70%	2
51% - 60%	4
41% - 50%	6
31% - 40%	8
Menor a 30%	10

GRUPO	TIPO DE VIVIENDA
Grupo 1	Institución de protección social, vivienda móvil, casa rural, refugio, cuarto redondo o sin vivienda; local no construido para habitación.
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio o azotea.
Grupo 3	Departamento o casa popular en unidades habitacionales (interés social).
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca.
Grupo 5	Departamento o casa residencial.

d) Para efectos de la ponderación de la variable denominada Vivienda se considerará el siguiente catálogo:

El puntaje máximo que se obtendrá en esta variable será de 20 puntos porcentuales que equivale al mismo porcentaje de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. La puntuación se obtendrá considerando tanto el tipo de vivienda, de acuerdo al catálogo antes descrito, como el derecho real que se tenga o no sobre la misma, entre otros criterios, de acuerdo al siguiente cuadro:

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS (servicios con los que se cuenta dentro de la vivienda: agua, luz, drenaje, teléfono).	
0 - 1 servicio	0
2 servicios	1
3 servicios	2
4 o más servicios	3
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN (tipo de material prevaleciente en la construcción de la vivienda).	
Lámina, Madera, Material de la región	0
Mixta	1
Mampostería	2
NÚMERO DE DORMITORIOS (total de habitaciones utilizadas para dormir)	
1 - 2	0
3 - 4	1
5 o más	2
NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO (Se tomará en cuenta el número máximo de personas que ocupan un dormitorio).	
4 o más personas	0
3 personas	1
1-2 personas	2

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	PUNTUACIÓN
DERECHOS REALES (uso, goce, disfrute)	
Otro (institucional, albergues, reclusorios, casas de retiro o sin vivienda)	0
Arrendada (rentada), hipotecada o con gravamen	1
Comodato (prestada)	2
Propia pagada	3
TIPO DE VIVIENDA (características de la vivienda que habita el grupo familiar de acuerdo al Catálogo).	
Grupo 1	0
Grupo 2	1
Grupo 3	2
Grupo 4	3
Grupo 5	5
SERVICIOS PÚBLICOS (número de servicios públicos con los que cuenta la localidad donde se encuentra ubicado el domicilio: agua, alcantarillado, alumbrado público, pavimentación, servicio de recolección de basura, teléfono público, etc.)	
De 0 a 1 servicio público	0
2 servicios públicos	1
3 servicios públicos	2
4 o más servicios públicos	3

e) Para determinar la variable de Salud Familiar, se tomará en cuenta el diagnóstico médico por el que el paciente amerita atención en la institución, el tiempo de su tratamiento y si el paciente u otro familiar presentan otros problemas de salud que requieran de atención médica, en particular enfermos crónicos o en rehabilitación que, al momento de realizar el Estudio Socioeconómico, se encuentran en el núcleo familiar, representan un gasto o disminución del ingreso y requieren red de apoyo.

El puntaje máximo que se obtendrá en esta variable será de 5 puntos porcentuales que equivale al mismo porcentaje de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. La puntuación se obtendrá conforme al siguiente cuadro:

TIEMPO DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Más de 6 meses	0
De 3 a 6 meses	1
Menos de 3 meses o sin co-morbilidad	2

OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE, QUE SE ATIENDEN EN OTRA INSTITUCIÓN	PUNTUACIÓN
SI	0
NO	1

ESTADO DE SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	PUNTUACIÓN
Dos o principal proveedor económico enfermo	0
Un enfermo	1
Ningún enfermo	2

CUARTO. - La asignación del Nivel Socioeconómico se obtendrá al sumar el puntaje obtenido en cada una de las variables, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

QUINTO.- Los Pacientes que cuenten con seguridad social, que sean beneficiarios de la Protección Social en Salud o que cuenten con seguro de gastos médicos y reciban atención medica en las Entidades Coordinadas, se sujetaran a la normativa vigente y/o a los convenios suscritos en cada caso, por lo que no aplicará el Nivel Socioeconómico que resulte de la Clasificación Socioeconómica, sino aquel que le corresponda por motivo del convenio, normativa o políticas de cada establecimiento de la Secretaria o de las Entidades Coordinadas en las que se presten servicios de atención médica.

SEXTO. Tratándose de referencia de los pacientes, entre los diferentes Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Regionales de Alta Especialidad y unidades adscritas a los Servicios de Atención Psiquiátrica, se respetará el

Nivel Socioeconómico que para efecto de pago de cuotas de recuperación haya sido asignada por el Departamento de Trabajo Social de la institución que origina la referencia, para lo cual deberá presentar, el Paciente, su familiar, tutor o representante, la siguiente documentación:

- I. Hoja de Referencia con el Nivel Socioeconómico debidamente sellado de la unidad médica que refiere, y
- II. Carnet de citas de la institución de procedencia con registro del Nivel Socioeconómico asignado.

SÉPTIMO. - El Nivel Socioeconómico podrá ser modificado de conformidad con el proceso de Reclasificación Socioeconómica de cada Entidad Coordinada o establecimiento de la Secretaría que preste servicios de atención médica, en los siguientes casos:

- I. Cuando el paciente requiera insumos o tratamientos de alto costo;
- II. Cuando el paciente requiera de largos periodos de estancia hospitalaria.
- III. Cuando el paciente o el familiar de quien depende económicamente, pierda el empleo;
- IV. Cuando el paciente pierda a un miembro de su familia.
- V. Cuando sobrevenga cualquier situación que deteriore la economía familiar del paciente; o
- VI. Cuando lo especifiquen las políticas de cada institución.

En cualquiera de los supuestos mencionados, será indispensable presentar al Departamento de Trabajo Social de la Entidad Coordinada o establecimiento de la Secretaría que preste servicios de atención medica de que se trate, la información y documentación que le solicite y que resulte necesaria para la Reclasificación Socioeconómica.

Referencias bibliográficas.

- C. Grau, M. & Fernández, H. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Revisiones*. 203-212.
- C. Rosa, P. (2011). “Excluido por excelencia”: revisiones de un concepto para el caso de los habitantes de la calle. *Revista de Estudios Regionales*, 185-196.
- Chadi, M. (2013). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Argentina: Espacio Editorial.
- Camara de Diputados, H. C. (2008). *Impacto del incremento de precio en los alimentos en la pobreza en México*. México: Centro de Estudios de las Finanzas Públicas.
- Cano, S. L. (2016). *La Problemática Social en México; una visión regional desde trabajo social*. Mexico: UNAM.
- Capacitación., D. G. (s.f.). *La situación de vulnerabilidad social de la infancia y la adolescencia*. Argentina.: Gobierno de la Provincia de Cordova.
- Castellanos, P. (1994). *Determinantes sociales de la situación de salud de las poblaciones*. Washington DC: OPS.
- CDSS. (2007). *Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS.
- CDSS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Argentina: OMSS.
- Cecchini, S. (2005). *Indicadores Sociales en America Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2000). *Panorama Social en América Latina 1999-2000*. CEPAL.
- CIEP, C. d. (2016). *Las Reformas Estructurales: Hacia una Seguridad Social Universal*. México: Auditoría Superior de la Federación.
- CONEVAL. (6 de Julio de 2019). *Pobreza y género en México; hacia un sistema de indicadores*. Obtenido de CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: <https://coneval.org.mx>
- Louro, B. I. (2002). Manual para la intervención en salud familiar. *Manual para la intervención en salud familiar*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- CSG. (2018). *Estándares para implementar el modelo en hospitales 2015*. México: Consejo de Salubridad General.
- Aburto, L. I., & Freyre, G. J. (2018). *Principales problemas de Salud Pública en México*. México: Proyecto PAPIME 213712.
- AMAIM, A. M. (2018). *Nivel Socioeconómico AMAI 2018*. México : Comité de Niveles Socioeconomicos AMAI.
- Amartya, S. (1983). Los bienes y la gente. *Comercio Exterior* , 115-1123.
- ANM. (2018). *La Salud Universal...una entelequia*. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina/UNAM.
- Aragon-Riveera, E. (2010). América Latina, una región en desarrollo marcada por la mala distribución de la riqueza. *Relaciones Internacionales*, 167-181.
- Araujo, G. R. (Enero de 2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Cuba, La Habana, Cuba.
- Arteaga, B. C., & Solis, S. V. (2005). *Necesidades Sociales y desarrollo humano: un acercamiento metodológico*. México: Plaza y Valdez S.A. de C.V.
- Beck, U. (1998). *La Sociedad del Riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Estados Unidos: Paidós.

- Borrell, C. (2008). Las políticas públicas para disminuir las desigualdades en salud. *España*.
- Bouzada, F. X. (1994). Entre la necesidad constatada y la necesidad construida. *Papers*, 44.
- DGCOP. (2013). *La situación de vulnerabilidad social en la infancia y adolescencia*. Argentina.
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: INEGI.
- Flores Santa Cruz, J. &. (2012). *Intervención Individualizada*. México: Yecolti.
- FACMED. (2015). *Por los caminos del sistema nacional de salud*. México: UNAM.
- Fajardo-Dolci, G. G.-S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 180-186.
- Fuentes, M. L. (2018). *Las Muertes que no deben ser: Natalidad y mortalidad en México*. México: Fondo de Cultura Económica /UNAM.
- García, G. R. (2011). El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. *Revista Cubana Salud Pública Vo. 37*.
- García, P. C. (2018). *Estudios Socioeconómicos*. México: Yecolti.
- García, S. C. (2007). Un intento de medición de la vulnerabilidad ante la exclusión social. *Revista de Economía y Estadística Cuarta Epoca*, 53-94.
- Gattino, S., & Aquin, N. (2002). *Las Familias de la Nueva Pobreza*. Argentina: Espacio.
- Gerhard Heinze-Martin, V. H.-C.-M.-F.-S. (2018). *Los médicos especialistas en México*. México: UNAM.
- González, E. (2003). Necesidades y problemas sociales. *SUA-ENTS*, 30-31.
- González, G. C., & Villa, M. d. (2015). Herencia alimentaria: Promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia, una estrategia pedagógica durante la crianza para la prevención de la obesidad en niños. *Reidocrea*, 35-47.
- González-Block, M. D.-G. (2007). Atención a la salud de grupos vulnerables. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Gómez Dantès, O., Sesma, S., & M. Becerril, V. (20 de Junio de 2019). Sistema de salud de México. México, Cd. de México, México.
- Heler, M. C. (2010). Lógicas de las necesidades. *Espacio*.
- Hernández, L. E. (2006). *Bienestar, pobreza y vulnerabilidad: nuevas estimaciones para México*. Obtenido de <http://www.ejournal.unam.mx/ecu/ecunam9/ecunam0902>
- Hernández, S. R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- INP. (2006). *Manual de Cuotas de Recuperación por servicios*. México: SS.
- INP. (2017). *Agenda Estadística*. México: INP.
- INP. (2019). *Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social*. México: INP.
- INP, T. (2018). *Informe de Actividades del Departamento de Trabajo Social*. México: INP.
- Juan, L. M. (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 prestan servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y ...* México: Diario Oficial.
- McCulloch, J., & Calandrino, M. (2003). Vulnerability and chronic poverty in rural Sichuan. *World Development*, 425-439.
- Malinowski, B. (1975). *La Cultura*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Martínez, P. A. (2005). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 317-338.

- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y Personalidad*. Estados Unidos: Ediciones Diaz de Santos.
- Membrillo Luna, A. (2008). Composición familiar. *En Familia. Introducción al estudio de sus elementos*, 51-71.
- Minuji, A. &. (1997). La Política Social Esquiva. *Revista de Ciencias Sociales*, 3-27.
- Navarro, S. R. (2006). Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Proyecto realizada en el marco de un proyecto europeo. *Baetica. Estudios de Arte, Geografía e Historia*.
- Ochoa, R. N. (2006). Enfoques en la prevención del vih. *Ciencias Sociales y Salud Pública*.
- OMS. (2008). *La Atención Primaria de salud; mas necesaria que nunca*. Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Argentina: OMS.
- OMS. (2017). *Enfermedad crónica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS, O. P. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños adolescentes*. Estados Unidos: Fundación Kellogg.
- Ortega-Bolaños, J. A., & Bula-Escobar, J. (2012). El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud. *Revista de Salud Pública*, 1033-1042.
- Otto, T. E. (2014). Riesgo Social: medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. *Centro de Estudios de Sociología del Trabajo*.
- Padron, I. M. (2010). Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio social. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 815-843.
- Parada, M. (2009). Desafios de las Ciencias Sociales en su relación con la salud en la América Latina. *ALAMES*, 20-36.
- Pelcastre, V. B. (2011). *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Quinti, G. (1997). Exclusion Social sobre medición y sobre evaluación. En M. L. Rafael, *Pobreza, Exclusión y Política Social* (págs. 71-90). San José de Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- R. Navarro, S. (2005). Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto Europeo. *Bioética, estudios del Arte, Geografía e Historia*, 485-506.
- Reyes, M. H. (2016). La vulnerabilidad a problemas de salud. La atención a grupos vulnerables en México. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Rodriguez, G. K. (2014). *Una caracterización de la pobreza femenina en México conforme al modelo colectivo de hogar*. México: Estudios Demográficos Urbanos.
- Rojas, O. F. (19 Agosto de 2011 de 2003). El desarrollo económico global y su impacto sobre políticas de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. Obtenido de Revista Cubana Salud Pública.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200300009&Ing=es
- Rojas, O. F. (2004). El componente social de la Salud Pública en el Siglo XXI. *Revista Cubana Salud Pública*.
- Ruiz, R. N. (2012). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas*, 63-74.

- Sánchez, G. D. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. México, Toluca.
- Sales, H. F. (2012). *Pobreza y factores de vulnerabilidad social en México*. México: LXI Legislatura México DF.
- Salgado, S. V. (2007). Salud y migración a Estados Unidos en la región de la Mixteca baja. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Silva, A. M. (2006). Evaluación del Estudio Socioeconómico 2000-2001. *Revistas UNAM*, 162-179.
- Solis San Vicente, S. (2005). *Necesidades Sociales Y Desarrollo Humano: Un Acercamiento Metodológico*. México: UNAM.
- Somarriba, A. M. (2008). *Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la Europa comunitaria*. España: Universidad de Valladolid.
- SS. (2018). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México, CD de México.
- Tello, P. N. (1999). *Modelo de Intervención en los Insalud*. México: ENTS.
- Thomas, B. J. (Mayo de 2011). *Desarrollo y gestión social del riesgo: ¿una contradicción histórica?* Obtenido de Revista de geografía Norte Grande: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022011000100008>
- Trabajo, I. D. (2018). *Informe de Actividades*. México: INP.
- TS, D. (2013). México: SS.
- UNICEF. (2006). *UNICEF; para cada niño*. Obtenido de unicef.org: <https://www.unicef.org/es/acerca-de-unicef>
- Valero, C. A. (1999). *El Trabajo Social en México; Desarrollo y perspectivas*. México: ENTS.
- Varsi, R. E. (2011). *Tratado de Derecho de Familia. La nueva teoría institucional y jurídica de la familia*. Lima: Gaceta Jurídica.
- Verial, D. (2020). *Cómo darle valor a Z*. Obtenido de https://techlandia.com/transformar-variables-puntje-z-spss-como_245675/
- Villeras, A. I. (2018). *Análisis de la Vulnerabilidad Social en México: un enfoque desde los determinantes sociales de la salud*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vilmar, F. (2011). *Red para la reducción de la pobreza y la protección social*. Banco Interamericano.
- WIKIPEDIA. (4 de Diciembre de 2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible. ESTADOS UNIDOS .