

Funciones, tensiones y desafíos del trabajo social en salud: análisis de la experiencia profesional en un Hospital público de Hidalgo, México

Roles, stresses, and challenges in health Social Work: An analysis of professional experience at a public Hospital in Hidalgo, Mexico

Jorge Alejandro Miguel Callela¹  <https://orcid.org/0009-0002-7720-5904>

Raúl García García²  <https://orcid.org/0000-0001-7568-9963>

Resumen

El derecho a la salud enfrenta desigualdades asociadas a los determinantes sociales de la salud, tales como la pobreza, la precariedad laboral, la falta de seguridad social, las barreras culturales y la insuficiente cobertura de servicios. En este contexto, el trabajo social en el ámbito hospitalario desempeña un papel estratégico para mediar entre las condiciones sociales de la población usuaria y el funcionamiento institucional de los servicios de salud. El objetivo de este estudio es analizar las actividades, funciones, metodologías y retos del trabajo social en hospitales públicos, a la luz de los requerimientos de la salud. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo y un diseño interpretativo, con enfoque fenomenológico. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a tres trabajadoras sociales que laboran en diferentes hospitales públicos, seleccionadas mediante un muestreo intencional prioritario. Las entrevistas se organizaron en cinco dimensiones analíticas: actividades cotidianas y acciones periódicas, funciones por niveles de atención, metodología, retos y carencias del servicio hospitalario. De manera complementaria, se realizó un análisis documental sobre los determinantes sociales de la salud y el trabajo social con el fin de fortalecer la interpretación teórica mediante la triangulación de fuentes. Los resultados muestran que el trabajo social hospitalario cumple funciones clave en la orientación, gestión, investigación social, intermediación institucional y acompañamiento a pacientes y familias, con énfasis en la verificación de expedientes, la gestión de recursos y la coordinación interinstitucional. Sin embargo, se identificaron tensiones estructurales asociadas a la sobrecarga administrativa, la falta de personal, la carencia de insumos y medicamentos, el gasto corriente de las familias, las barreras lingüísticas y la ausencia de seguimiento poshospitalario. Se concluye que el trabajo social en el área hospitalaria opera como un dispositivo institucional de articulación entre el sistema de salud y las condiciones sociales de la población, pero requiere de una reorientación estratégica que fortalezca la prevención, el seguimiento sociosanitario y el reconocimiento de su aporte teórico–metodológico en la atención integral a la salud.

¹ Egresado de la Licenciatura en Trabajo Social por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

² Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Profesor de Tiempo Completo del Área Académica de Trabajo Social de la UAEH.

Palabras clave: Trabajo social en salud, determinantes sociales de la salud, desigualdad en salud, metodología, prácticas profesionales, intervención social.

Abstract

The right to health faces inequalities associated with the social determinants of health, such as poverty, job insecurity, lack of social security coverage, cultural barriers, and insufficient access to healthcare services. In this context, social work within the hospital setting plays a strategic role in mediating between the social conditions of service users and the institutional functioning of healthcare services. The objective of this study is to analyze the activities, functions, methodologies, and challenges of social work in public hospitals considering healthcare demands. The methodology consists of a qualitative research study with an interpretative design and a phenomenological approach. Semi-structured interviews were conducted with three social workers employed in different public hospitals, selected through purposive sampling. The interviews were organized into five analytical dimensions: daily activities and periodic actions, functions according to levels of care, methodology, challenges, and deficiencies within hospital services. Additionally, a documentary analysis on the social determinants of health and social work was carried out to strengthen the theoretical interpretation through source triangulation. The findings show that hospital social work fulfills key functions in guidance, case management, social research, institutional mediation, and support for patients and families, with emphasis on record verification, resource management, and interinstitutional coordination. However, structural tensions were identified, including administrative overload, staff shortages, lack of medical supplies and medications, the financial burden on families, language barriers, and the absence of poshospital follow-up. It is concluded that social work in the hospital setting operates as an institutional mechanism linking the healthcare system with the social conditions of the population; however, it requires a strategic reorientation that strengthens prevention, socio-health follow-up, and recognition of its theoretical–methodological contribution to comprehensive healthcare.

Key words: Social work in health care, social determinants of health, health inequality, methodology, professional practices, social intervention.

Como citar este artículo:

Miguel, J.A., García, R. (2026). Funciones, tensiones y desafíos del trabajo social en salud: análisis de la experiencia profesional en un Hospital público de Hidalgo, México. En *Revista ACANITS Redes Temáticas en Trabajo Social*. 5(9), 143-162 pp. DOI: <https://doi.org/10.62621/g5nh4e95>

Introducción

En el siglo XXI, el sistema de salud en México presenta diferentes retos estructurales que se expresan en desigualdades persistentes en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Estas desigualdades no pueden comprenderse únicamente desde una perspectiva biomédica, sino que requieren un análisis integral que incorpore los determinantes sociales de la salud,

entendidos como las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.

Diversos organismos internacionales (OPS/OMS, 2025) han documentado cómo factores, tales como el nivel socioeconómico, la escolaridad, el género, la pertenencia étnica, el empleo y la seguridad social influyen de manera decisiva en los procesos de salud–enfermedad y en las posibilidades reales de acceso a la atención médica.

Los hospitales públicos son espacios donde convergen de forma intensa las desigualdades sociales y las limitaciones institucionales del sistema de salud. La carencia de insumos, la saturación de los servicios, el incremento de enfermedades crónico degenerativas y el traslado de costos hacia las familias generan condiciones de vulnerabilidad que exceden el ámbito clínico y demandan intervenciones de carácter social; es en este punto donde el trabajo social en salud adquiere una relevancia estratégica, al intervenir directamente sobre los factores sociales que condicionan la atención médica, la adherencia a los tratamientos y la recuperación integral de las personas usuarias.

No obstante, diversos estudios como los de Álava, Carreón, Córdova señalan que el trabajo social en el área hospitalaria tiende a ser reducido a funciones administrativas y de gestión de trámites, invisibilizando su potencial analítico, preventivo y comunitario. Esta situación limita su capacidad para incidir de manera estructural en los determinantes sociales de la salud y contribuir en el diseño de estrategias orientadas a la equidad y la justicia social para el acceso a los servicios sanitarios.

A partir de estas problemáticas, el presente estudio tiene el objetivo de analizar el quehacer del trabajador social en hospitales públicos, identificando sus actividades cotidianas, funciones por niveles de atención, metodología de intervención y principales retos, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Mediante un enfoque cualitativo, sustentado en entrevistas a trabajadoras sociales, y un análisis documental especializado se busca aportar evidencia empírica que permita visibilizar el papel del trabajo social en la atención hospitalaria y contribuir a la reflexión crítica sobre el fortalecimiento en el sistema de salud en México.

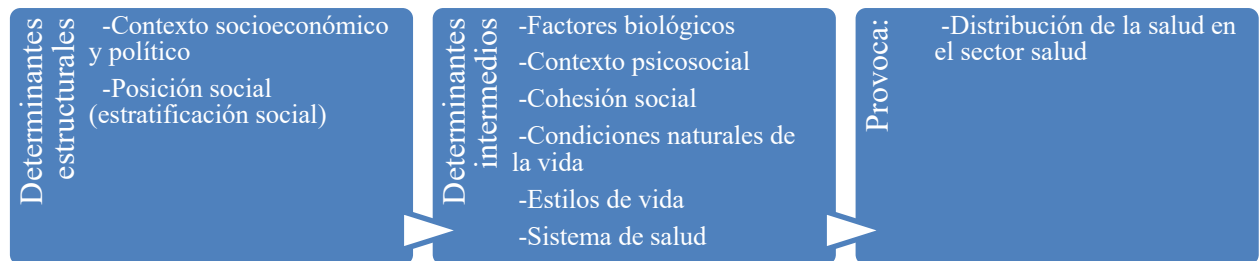
Determinantes sociales de la salud

En el siglo XXI, México presenta diferentes retos y desafíos, existen rezagos en derechos fundamentales como la educación, vivienda, condiciones de la vivienda, seguridad social, salud y alimentación. En el caso del derecho a la salud se presentan carencias en cobertura de servicios de salud, atención médica, cobertura de medicamentos, entre otros. Sin embargo, también hay que agregar a este fenómeno el componente social, al cual la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) lo caracteriza como los determinantes sociales que son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. (1998)

De esta forma, se expresa que los determinantes sociales son todas aquellas situaciones que describen al individuo, mismo que depende directamente del contexto en el que nace, se desarrolla y muere, entre los cuales se encuentran la calidad del empleo, la educación, las condiciones de vida, como vivienda digna, servicios públicos, agua potable, luz eléctrica y combustible; acceso a la alimentación nutritiva y balanceada, todo lo anterior aunado a los factores estructurales, como el vivir en ambientes democráticos con libertades.

Por su parte, Otero Puime, en su texto del 2011, expone los diferentes determinantes que provocan estas dificultades en el acceso a la salud como se muestra en el siguiente gráfico.

Figura 1.
Determinantes y dificultades en el acceso a la salud



Nota: Basada en el gráfico de Otero Puime, 2011

En el gráfico 1 se describen algunos de los determinantes estructurales, estos se identifican como aquellos que se refieren principalmente en el sector socioeconómico, con base en los ingresos y egresos que tiene el individuo, además de su posicionamiento social, de acuerdo con los sectores antes mencionados, en los que podemos incluir la posibilidad de acceso a los diferentes servicios. Sin embargo, para De La Guardia y Ruvalcaba en 2020 “recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo” (2020). De esta manera, el factor social influye en el desarrollo del sujeto a lo largo de la vida. En lo que corresponde a los determinantes intermedios se encuentran aquellas características del individuo que no pueden cambiar, las biológicas y genéticas; al respecto De La Guardia y Ruvalcaba mencionan que estos “se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud”. (2020)

En otras palabras, estas características determinan la diferencia que se tiene con otros individuos, que pueden encontrarse incluso en el mismo contexto social o contar con determinantes estructurales idénticos, sin embargo, dando una clara diferenciación en la atención necesitada por parte de los sujetos en cuestión.

Conforme a lo anterior, a continuación, se presenta el nivel de carencias que existe en cuanto a la población mexicana, signo de los determinantes sociales antes mencionados, generando una desigualdad en el acceso no solo del servicio de salud sino de cada uno de los elementos presentados.

Figura 2.*Diez principales causas de muerte según sexo enero-marzo de 2024*

Rango	Total	Mujer	Hombre
1	Enfermedad del corazón 51 586	Enfermedad del corazón 24 032	Enfermedad del corazón 27 549
2	Diabetes Mellitus 30 501	Diabetes Mellitus 15 275	Diabetes Mellitus 15 224
3	Tumores malignos 23 464	Tumores malignos 12 472	Tumores malignos 10 991
4	Influenza o neumonía 11 098	Influenza o neumonía 5 040	Influenza y neumonía 6 056
5	Enfermedades del hígado 10 292	Enfermedades del hígado 2 902	Enfermedades del hígado 7 388
6	Accidentes 9 480	Accidentes 2 129	Accidentes 7 345
7	Enfermedades cerebrovasculares 9 237	Enfermedades cerebrovasculares 4 463	Enfermedades cerebrovasculares 4 774
8	Agresiones (homicidios) 7 137	Agresiones (homicidios) 850	Agresiones (homicidios) 6 287
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 5 819	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 2 809	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 3 010
10	Insuficiencia renal 4 563	Insuficiencia renal 2 039	Insuficiencia renal 2 524

Nota. Recuperado de INEGI 2025

Los datos expuestos en la tabla muestran un número considerable de defunciones asociadas a enfermedades crónico degenerativas durante el periodo analizado, las cuales se necesita un seguimiento en el tratamiento.

Como se muestra, existe un incremento no solo en la población con enfermedades crónico-degenerativas, también de aquellas que no cuentan con algún tipo de seguridad social, lo que provoca una carencia en el sector salud; de esta manera, se incrementa el riesgo de mortalidad por dichas enfermedades. Estas carencias, poco a poco, merman la vulnerabilidad que ya tiene esta población, al incrementar no solo el nivel de pobreza sino también al delimitar cada uno de los determinantes sociales, lo cual se convierte en un círculo vicioso.

Relación con el trabajo social

Conforme a los argumentos antes presentados, el trabajo social se encuentra en la necesidad de desarrollar estrategias con el fin de presentar una visión más completa a las problemáticas sociales. Por ejemplo, al momento en que el paciente ingrese a una institución de salud o al ser promotor y creador de políticas públicas, estrategias y planes de acción para que más población en condiciones de vulnerabilidad acceda a los servicios de salud.

Todo esto mediante las diferentes funciones y actividades que debe desempeñar el trabajador social en el sector salud, pues, de esta forma, se busca mejorar el servicio de salud, además de exponer cada uno de los casos con el fin de optimizar dichas funciones, para el logro de un bienestar

completo no solo hacia el paciente, sino dirigido a cada uno de los integrantes de sus redes de apoyo.

Esto debe verse reflejado al cumplir correctamente con cada una de las funciones que debe tener el trabajador social, las cuales son descritas por diferentes autores y van desde las labores en un hospital, orientación, promoción, gestión, investigación y la administración; mismas que cuentan con un propósito específico y uno general, principalmente para apoyo a los usuarios que acuden a las instituciones.

La situación planteada representa un reto para el profesionista pues debe intervenir con población en riesgo, la cual necesita ser tratada de sus padecimientos a la brevedad. Éste se enfrenta a contar únicamente con los recursos dados por las instituciones donde labora, además de confrontar a un sistema de salud saturado con limitantes para ofrecer actividades de calidad a cada uno de los pacientes.

Niveles del sector salud

Es conveniente hablar sobre los niveles de atención en salud como una forma de organizar la atención que se recibe dentro de las instituciones, donde se reparten los recursos y el tipo de atención que se proporciona a la población. Existen tres niveles diferentes.

El primer nivel se caracteriza por una atención totalmente preventiva, la más cercana a la población para poder llevar un control de primera intervención con la sociedad. Van Der la describe en el 2008 como el “punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema, y asegurar la integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente” (Van Der, 2008). De esta forma, se abre la oportunidad al sistema de salud permitiendo atender los casos de manera fácil y evitando que se sobrecarguen las instituciones de nivel mayor, además de tratar de forma adecuada la salud del paciente.

Por otra parte, en el segundo nivel, se encuentran aquellas instituciones que brindan atención de especialidades como lo son medicina interna, cirugía general, traumatología, psicología, pediatría, ginecología, entre otras. Vignolo indica en el 2011 que entre éstas “se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población”. (Vignolo, 2011)

Las instituciones de tercer nivel son las encargadas de las atenciones de especialidades, tratan enfermedades que requieren un seguimiento de manera especial, además, cuentan con la más alta tecnología para la atención de los usuarios. De igual forma, Vignolo en el 2011 destaca que el tercer nivel “se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología”. (Vignolo, 2011)

Es así como el tercer nivel es el encargado de atender únicamente las patologías que necesitan ser estudiadas por especialistas de la salud, por lo que esta atención no se brinda hasta que el usuario se encuentre completamente curado, ya que una vez fuera de peligro los casos médicos deben continuar su seguimiento con el primer y segundo nivel de atención nuevamente.

De esta manera, en colaboración, estos tres niveles de atención médica se encargan de cada uno de los problemas de salud que existen. Estas instituciones se encuentran conectadas por medio del sistema de referencia y contra referencia en donde se van escalando niveles según la patología encontrada, hasta llegar a la especialidad que pueda dar seguimiento al usuario.

Trabajo social en salud

Dentro del área de la salud, el trabajo social continúa desarrollándose a lo largo de su historia, siendo esta una intervención de tipo individual, sin embargo, como lo menciona Córdova en 2021 “una intervención en el plano de la atención individual a las personas que demandan sus servicios pierde con ello, la posibilidad de una perspectiva integral global, que ofrezca nuevas posibilidades para una intervención de mayor impacto en la salud de la población”. (Córdova, 2021)

Por tanto, se considera que intervenir de manera individual es hacerlo de forma incompleta, pues la atención se centra más en el área administrativa que en la social, lo cual disminuye las posibilidades de un impacto mayor en la salud de la población. Entonces el profesional debe tener el conocimiento de diferentes áreas para comprender mejor al individuo y considerar la descripción de los sistemas de su núcleo individual, familiar y social; pues tal cual se menciona en diferentes textos, dentro de la labor de la disciplina Córdova en 2021 menciona que “este participa en los procesos de la atención y aborda factores sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad como parte de la atención integral a la salud del individuo y su familia” (Córdova, 2021)

Es así como se obtiene un diagnóstico completo con los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales, y se logra un estado de bienestar mayor al que se brinda hoy en día, cumpliendo con la verdadera misión del trabajo social en el área de la salud, la cual es proporcionar bienestar dentro de la población. El profesional debe analizar cada una de las acciones que realiza y cómo éstas han de afectar a los usuarios, teniendo una acción profesional que vaya más allá de lo que se dicta en la institución, pues algo que no hay que olvidar es que el trabajo social tiene una “visión crítica y objetiva de la problemática o situación del derechohabiente, lo que en situaciones diversas tiene la habilidad de crear alternativas y diseñar modelos de intervención para el mismo”. (Córdova, 2021)

Se puede entender que el trabajador social cuenta con los conocimientos suficientes para la elaboración de alternativas y mejora del servicio dentro del área de la salud, no solo teniendo en cuenta las diferentes vertientes sociales al momento de dar un diagnóstico o tratamiento médico, sino al analizar las diferentes situaciones para tener el cambio necesario y así lograr una atención enfocada en el bienestar completo del usuario. Con esto se observa que la intervención en el área de la salud no se compone únicamente por la salud física, sino que ésta trae causas y consecuencias sociales en cada uno de los usuarios y su sistema más cercano (principalmente familia y relaciones estrechas), Córdova menciona en 2021 que “este enfoque se apoya en el esfuerzo integrado de todas las disciplinas que están involucradas de algún modo en la atención colectiva del proceso salud-enfermedad.” (Córdova, 2021)

El trabajo social realiza una acción humanista por medio de una intervención polifónica e individualizada, siendo un servicio personalizado para cada uno de los usuarios, una vez que se han comprendido sus necesidades y su contexto social, familiar y cultural para la correcta aplicación del tratamiento médico-social.

Es aquí, donde el trabajo social tiene su importancia en el sector salud, ya que, por medio de su intervención, busca conseguir un acompañamiento e injerencia no solo con el paciente sino con sus redes de apoyo más cercanas, con el propósito de mantener un estado social óptimo para su recuperación. Como lo menciona Álava en 2019 la “guía del trabajador social responde a el alma de las instituciones médicas, son ese bienestar que permite confianza y tranquilidad a los usuarios quienes padecen irregularidades en su salud, sin embargo, desde el punto de vista social, queda mucho por hacer para minimizar las desiguales impuestas en una sociedad que cada vez más son consumidores de los servicios sociales”. (Álava, 2019)

Álava (2019) afirma que la forma de actuar de los profesionales del área social dentro del sector médico debe ser más fuerte de lo que es actualmente, a través de la observación de los diferentes contextos en los cuales se desarrolla el usuario y en el análisis de cómo estos pueden afectarlo al momento de solventar sus gastos médicos o al tener un tratamiento dentro de su domicilio. El trabajo social tiene un campo de acción amplio, al realizar gestiones intra y extrainstitucionales utilizando diferentes técnicas de investigación para llevar a cabo el análisis de la situación socioeconómica del paciente y grupo familiar para determinar su nivel de contribución económica en el tratamiento médico a seguir.

Funciones del trabajador social en salud

Las funciones que lleva a cabo el trabajador social en el ámbito de la salud son descritas de diferentes formas según Fernández, Kroeger y Luna, etc. Sin embargo, la mayoría son similares o cumplen con el objetivo que tiene este profesionista dentro del sector salud. Entre éstas se encuentran las siguientes:

- *Investigación*

Se trata de “un proceso metodológico de descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de estas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas a fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada”. (Fernández, 2019, p. 220). Como de “estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud [...] estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos”. (Según Kroeger y Luna, 2002, citado por Fernández, 2019, p. 228)

- *Promoción*

Es la “función de promoción e inserción social [...]son las actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de auto determinación y el funcionamiento individual o colectivo” (Fernández, 2019, p. 220). Así como de “educar para crear

comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva”. (Según Kroeger y Luna, 2002 citado por Fernández, 2019, p. 228)

- *Prevención*

Se refiere a la “función preventiva: actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social” (Fernández, 2019, p. 219). Es la acción de “colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud”. (Según Kroeger y Luna, 2002 citado por Fernández, 2019, p. 228)

- *Gerencial*

Consiste en la “función gerencial: se desarrolla cuando el trabajador social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas y servicios sociales” (Fernández, 2019, p. 220). Al igual que en “elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden en la salud”. (Según Kroeger y Luna, 2002 citado por Fernández, 2019, p. 228)

- *Coordinación*

Recae en se trata de “determinar mediante la metodología adecuada las actuaciones de un grupo de profesionales, una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto”. (Fernández, 2019)

- *Atención directa*

Es la función de atención directa, “donde responde a la atención de individuos o grupos que presentan, o están en riesgo de presentar, problemas de índole social” (Fernández, 2019, p. 219). También se trata de “orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida” (según Kroeger y Luna, 2002 citado por Fernández 2019, p. 228). Asimismo, de “estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades”. (Según Kroeger y Luna, 2002 citado por Fernández 2019, p. 228)

- *Planificación*

Indica la función de planificación: “ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de esta” (Fernández, 2019, p. 219). Al igual de “colaborar con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad” (según Kroeger y Luna, 2002 citado por Fernández 2019, p. 228). “Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud” (según Kroeger y luna, 2002 citado por Fernández 2019, p. 228). Y “orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la recuperación social de la persona enferma” (Según Kroeger y luna, 2002 citado por Fernández 2019, p. 228)

En cada una de las funciones citadas es importante considerar los factores de riesgo que puede tener el paciente, para ello es necesario llevar a cabo la investigación de los casos y utilizar cada una de las técnicas e instrumentos propios del trabajo social. Esto le permite al trabajador social tomar decisiones informadas con base en la información proporcionada y el diagnóstico previo.

A través de las estrategias de mejora para el sector salud del estado, en las que está inmerso el trabajo social, el gobierno puede proveer bienestar a la sociedad y a cada uno de sus integrantes, tal como lo menciona Carreón “en virtud de que el trabajo social está inmerso en políticas públicas y programas sociales que van dirigidos a grupos vulnerables, marginados o excluidos, es menester analizar su compromiso considerando su relación con la gestión para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación en instituciones del sector salud”. (Carreón, 2015)

De esta forma, podemos entender un poco más acerca del papel del trabajador social dentro de las políticas acerca del cuidado de la salud, y, principalmente, dentro de la salud pública a nivel nacional. Al interpretar al trabajo social como una disciplina orientada en las necesidades de la gente, se puede intervenir de forma concreta en el objetivo del cuidado de la salud de la población del país.

Referencia

Para entender la importancia de este sistema es necesario definir lo que es una *referencia* en el ámbito de la salud. Según el sistema de referencia y contrarreferencia de Arévalo es “el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud”. (Arévalo, 2018, p. 2)

Lo anterior permite que cuando la situación del usuario sea grave y éste no cuente con el recurso necesario para el tratamiento la institución del área de salud pueda mandarlo a otra instancia que cuente con ese tipo de atención o especialidad para cubrir la necesidad del paciente. Así se asegura un aumento en la probabilidad de sobrevivencia del usuario. De igual manera, la *contrarreferencia* se define, dentro de este manual, como: “la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica”. (Arévalo, 2018, p. 8)

De esta forma, la institución receptora puede, por medio del sistema de contrarreferencia, dar una respuesta sobre si cuenta con el tratamiento solicitado o no, además de brindar observaciones o recomendaciones que se dan a los profesionistas del área de la salud del nosocomio que proporcionó la hoja de referencia y al paciente. Esta medida permite que exista un lazo de comunicación entre cada una de las instituciones de salud existentes en el país.

Metodología

Se realizó una investigación de corte cualitativo, con un diseño descriptivo- interpretativo, con enfoque fenomenológico, orientado a comprender el quehacer profesional y las condiciones institucionales del trabajo social en hospitales públicos, así como su relación con los determinantes sociales de la salud. La unidad de análisis fue la práctica profesional cotidiana y sus mediaciones institucionales (procedimientos, recursos, interacciones y metodología utilizada).

Es preciso acotar que la investigación surge de las experiencias generadas durante las prácticas escolares, práctica profesional y servicio social realizadas en hospitales públicos, permitiendo recuperar saberes situados del ejercicio profesional y fortalecer la producción de evidencia sobre trabajo social en salud. Se utilizaron el diario de campo, cuadernos de notas y notas de seguimiento como instrumentos de registro sistemático, permitiendo documentar observaciones, dinámicas institucionales y elementos contextuales del proceso de intervención, contribuyendo a la triangulación y al fortalecimiento de la validez interpretativa de los hallazgos.

Asimismo, se utilizó un muestreo intencional por criterio, seleccionando a tres trabajadoras sociales que laboran en hospitales públicos con variaciones en su organización y dinámica de atención, las cuales fueron elegidas por su experiencia dentro del área de la salud. Los criterios de inclusión fueron: que se desempeñaran activamente en áreas hospitalarias, con interacción directa con pacientes; con experiencia en proceso de orientación, gestión social y manejo de casos y con disponibilidad para la entrevista. Las entrevistadas realizadas entre el año 2025 y 2026 aportaron narrativas situadas sobre cargas de trabajo, gestión de expedientes y coordinación con familiares, así como retos estructurales.

Las entrevistas se organizaron en cinco dimensiones: actividades cotidianas y acciones periódicas, funciones por niveles de atención, metodologías e instrumentos, retos y carencias, y, por último, valoración y mejoras. También se desarrolló un análisis documental acerca de los determinantes sociales en la salud y las funciones del trabajo social en salud, con el objetivo de tener un marco analítico para interpretar las experiencias de intervención hospitalaria y con ello fortalecer la discusión teórica del manuscrito mediante la triangulación conceptual.

Las entrevistas se aplicaron con el consentimiento informado de las participantes, resguardando su anonimato y el de las instituciones en las que laboran. La información sensible se manejó de manera ética.

Resultados y discusiones

a) Actividades cotidianas y acciones periódicas del trabajo social hospitalario

De acuerdo con las entrevistas realizadas, “te tienes que encargar de supervisar que todos los procesos se realicen de la forma correcta, analizar la situación completa de cada uno de los pacientes [...], tener una interacción continua con las redes familiares de apoyo [...]” (V. Gutiérrez, comunicación personal, 12 de enero de 2026). Asimismo “es muy arduo y dinámico porque debo saber todos los días sobre los pacientes [...] apoyar a las compañeras donde hay más demanda” (V. Gallegos, J. Castillo, comunicación personal, 19 de septiembre de 2025). Entre las actividades

periódicas se encuentran el “programa de cataratas, prótesis de rodilla y cadera, de trasplantes. Se gestiona con instituciones como el DIF estatal o el municipal [...] no al 100 % pero sí una parte. El hospital proporciona medicamentos, tanques de oxígeno y atención médica de forma gratuita” (V. Gallegos, J. Castillo, comunicación personal, 19 de septiembre 2025). Conforme a lo anterior, entre las actividades cotidianas destacan:

- Verificación de pacientes por área; recorrido para actualización, corrección e integración de datos.
- Supervisión de procesos institucionales, reporte en jefatura y asignación de área.
- Análisis integral de la situación social del paciente.
- Registro sistemático de acciones y casos, egresos, altas voluntarias, defunciones integración en visitas y autorización, y gestión de estudios indicados por los médicos.
- Comunicación permanente con familiares, solicitud de documentos y orientación procedimental, verificación de expediente y solicitud de documentos faltantes.
- Valoración socio-situacional para la toma de decisiones dentro de los límites normativos del hospital.

b) Funciones del trabajo social según los niveles de atención

Si bien en las entrevistas no se hace una diferencia explícita y sistemática por niveles de atención, en los diferentes discursos se presenta que “actualmente se hacen campañas de vacunación... además de programas de atención a pacientes con VIH y campañas de promoción de la salud ...” (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025). Además de “la toma de decisiones médicas... buscando el bienestar del paciente en cirugías mayores o casos médicos legales” (V. Gutiérrez, comunicación personal, 12 de enero de 2026). Sobresalen los siguientes resultados:

Nivel primario:

- Consulta externa: recepción de hojas de referencia y contrarreferencia, para ingresos, como mecanismo de articulación interhospitalaria y entre niveles.
- Medicina preventiva: campañas de promoción de la salud, vacunación, cuidados neonatales y atención a VIH.

Nivel secundario:

- Valoración socioeconómica del paciente para cuotas de recuperación mediante entrevistas semiestructuradas y clasificación por niveles.
- Intermediación paciente–familia–institución, enlace y orientación a familiares para procesos hospitalarios.
- Integración y verificación de expedientes; seguimiento parcial de casos.
- Orientación y conducción de procesos hospitalarios: admisión social y actualización de datos, gestión de estudios, procedimientos y programación externa.
- Urgencias: ingresos por emergencia, flexibilización de requisitos de identificación y realización de estudios socioeconómicos.

Nivel terciario

En uno de los casos se observa que el trabajo social pertenece al comité de ética, situándolo como actor deliberativo en decisiones de alta complejidad, particularmente en dilemas éticos y médicos legales.

- Atención a violencia contra mujeres con protocolo específico (código violeta) y articulación con el Ministerio Público, esto posiciona al trabajo social en un nivel de mayor complejidad donde convergen clínica, ética, derecho y protección.

c) Metodologías, herramientas e instrumentos de evaluación

En las entrevistas se observa una transición metodológica en la práctica profesional, si bien se continúa utilizando el esquema clásico de caso grupo y comunidad, ahora converge con una intervención híbrida y flexible, ajustándose a la complejidad de los contextos hospitalarios. Aun cuando se declara explícitamente el uso de la metodología de caso “se usa la metodología de caso... nuestra principal herramienta es el estudio socioeconómico y la entrevista estructurada... ya tenemos formatos que se deben de llenar. Podemos observar la dinámica familiar y redes de apoyo. Las notas que nos apoyan a realizar gestiones y apoyos o anotar antecedentes del caso” (V. Gallegos, J. Castillo, comunicación personal, 19 de septiembre de 2025). Las principales herramientas e instrumentos utilizados son:

- Técnicas centradas en interacción inmediata y diagnóstico rápido:

✓ Entrevista semiestructurada	✓ Manejo de bases de datos institucionales
✓ Plática informal	✓ Acompañamiento y gestión
✓ Escucha activa	✓ Orientación, información y acompañamiento como esencia
✓ Observación	✓ Calidad y calidez (dimensión ética del cuidado)
✓ Estudios socioeconómicos	
✓ Registros administrativos y sociales	

Con base en lo anterior, es que la intervención se sostiene con diversos instrumentos y herramientas “expediente, documentación, cuaderno de notas, formatos, altas, ingresos, responsivas, reglamentos, formatos para familiogramas... de lo anterior se deduce un fuerte peso a los formatos, los reglamentos, cuidado del riego legal, sobresale el uso del familiograma como instrumento propiamente sociofamiliar, útil para el análisis sistémico. De igual manera un elemento clave es que empleamos material teórico para respaldar cada una de las intervenciones” (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025). Lo cual es sumamente relevante, porque se dialoga con la disputa del reconocimiento profesional, teoría como base de la legitimidad profesional y no solo administrativa.

d) Retos, carencias y principales problemáticas del servicio hospitalario

Como se ha mencionado las carencias sociales son diversas y éstas se reflejan en la atención a la salud, como lo describen las personas entrevistadas.

“Se reportan límites institucionales ya que no podemos acceder a ciertos recursos... hay limitaciones tanto en el hospital como en las instituciones. A nivel nacional no contamos con insumos... es lamentable decirle al paciente no lo hay. Son los medicamentos, no lo hay, los familiares tienen que ir a comprarlos”. (V. Gallegos, J. Castillo, comunicación personal, 19 de septiembre de 2025)

La carencia se vuelve crítica cuando los estudios son de alto costo “medicamentos y estudios... de costos elevados, los familiares no cuentan con el dinero suficiente. Los foráneos no cuentan con ese dinero, ya no completan para comer o seguir en el hospital acompañando”. (V. Gallegos, J. Castillo, comunicación personal, 19 de septiembre 2025)

La burocracia es un mal necesario, pues es un sistema de protección: “la cantidad de procesos, cada uno necesario, ayudan a asegurar que el paciente e institución esté protegida de posibles demandas” (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025)

Uno de los principales retos “son los pacientes abandonados o no identificados... las cuotas en algunos casos son bastantes altas, por lo que prefieren abandonar a sus familiares... (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025)

Se infiere que la organización hospitalaria opera bajo una racionalidad de seguridad jurídica administrativa y el trabajo social asegura dicho procedimiento, lo que puede desplazar el tiempo de intervención social sustantiva. De manera sintética se observa que entre los principales retos se encuentran:

- Falta de personal, lo que repercute en una sobrecarga de trabajo, especialmente en urgencias, además de personal sin el perfil profesional adecuado.
- Insuficiencia de recursos materiales, carencia de insumos y medicamentos.
- Infraestructura limitada, en la programación y transporte para estudios fuera del hospital por la falta de unidades.
- Activación simultánea de códigos hospitalarios.
- Atención de “no urgencias” como urgencias reales.
- Barreras de acceso cultural y comunicación, con el analfabetismo, lengua y limitaciones de comunicación.
- Falta de seguimiento sistemático de casos.

e) Valoración institucional del trabajo social

De acuerdo con las personas entrevistadas, en lo general, no existe una desvaloración explícita, sino simbólica, asociada al desconocimiento del rol profesional:

“Muchas veces no saben a ciencia cierta lo que hace trabajo social, lo ven más como algo administrativo” (V. Gutiérrez, comunicación personal, 12 de enero de 2026)

Existe una valoración positiva hacia el trabajo social. “Es muy tomado en cuenta... también cuenta con un comité de ética” (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025). De igual forma se señala que “la función ... con más impacto es la orientación otra de suma importancia es la investigación, conocer el estado de salud, condiciones sociales y familiares”. (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025)

La valoración a trabajo social no es solo la falta de reconocimiento simbólico; el desconocimiento institucional tiene a traducirse en sobrecarga, subutilización profesional y desplazamiento hacia lo administrativo. Algunas de las actividades que requieren fortalecimiento son:

- Proponer un modelo de redistribución de tareas.
- Incorporar una línea de intervención con enfoque de accesibilidad que obstaculicen el proceso (analfabetismo, lengua indígena y comunicación).

- Formalizar el protocolo de violencia (código violeta) como buena práctica interinstitucional, describiendo su ruta y límites).
- Diseñar un componente de pertinencia socioeconómica de estudios que sustente la tensión reportada por el equipo médico.
- Fortalecer acciones preventivas y de promoción (primer nivel) como estrategia para disminuir presión del hospital.
- Seguimiento de casos, especialmente en enfermedades crónico–degenerativas.
- Uso efectivo del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Acompañamiento poshospitalario.
- Trabajo con familias más allá del momento crítico.

La mejora central es el seguimiento “aumentar la rehabilitación, al salir se pierde muchas veces el seguimiento del caso” (A., comunicación personal, 19 de septiembre de 2025). Conforme a lo anterior el problema no es sólo clínico, sino de continuidad sociosanitaria, donde se revela una brecha crítica, el hospital resuelve el episodio agudo, pero no sostiene el itinerario de recuperación social.

e) Propuesta de mejora

Con base en los hallazgos, se sugieren las siguientes líneas de mejora:

- 1) Institucionalizar programas periódicos de trabajo social en salud, fortaleciendo la dimensión preventiva, donde se asegure que el trabajo social tenga roles explícitos en campañas (diseño, trabajo comunitario y evaluación).
- 2) Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia, donde se articulen el primer, segundo y tercer nivel.
- 3) Revalorar el rol profesional del trabajo social, diferenciándolo del trabajo administrativo.
- 4) Incrementar personal especializado en el trabajo social hospitalario, con formación en salud pública y gestión social.
- 5) Desarrollar protocolos de seguimiento post–alta, especialmente en enfermedades crónicas (llamadas, citas, enlace con primer nivel, contrarreferencia).
- 6) Visibilizar el aporte teórico–metodológico del trabajo social en la recuperación integral del paciente.
- 7) Protocolos institucionales para pacientes abandonados (no identificados, con rutas claves de coordinación interinstitucional), trabajo social jurídico, salud mental; Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y otras instancias de protección).
- 8) Estandarización del diagnóstico socioeconómico (criterios transparentes, mecanismos de verificación y resguardo ético de datos).
- 9) Generar indicadores de impacto de trabajo social, orientación (tiempos y resolución de trámites), abandono (reducción de estancias prolongadas), rehabilitación/seguimiento (adherencia y reingresos evitables).
- 10) Promoción y prevención en salud (reorientación hacia primer nivel/educación para la salud).

Discusión

Se observa un trabajo social heterogéneo donde los roles varían entre la gestión de accesos, enlace institucional, prevención y evaluación socioeconómica.

El trabajo social en salud aparece como un dispositivo institucional de articulación en tres ejes:

1) Gestión y control de procesos (expediente, requisitos, responsivas y orientación)

Se observa un trabajo social que opera como nodo de gestión social de recursos mediante alianzas con el DIF tanto estatal como municipal. Esto refuerza una dimensión clave del trabajo social hospitalario: hacer posible la atención cuando el sistema clínico no alcanza, mediante una articulación socio institucional.

El uso de formatos aporta por una parte procesos estandarizados, pero también pudiera ser un proceso que limite al no complementarse con una lectura del contexto y el seguimiento, de esta manera sucede que la intervención descansa tanto en instrumentos como en el saber práctico, por lo que deben observarse los riesgos de variabilidad sino se institucionalizan criterios.

El trabajo social en el sistema hospitalario incorpora componentes de salud pública (vacunación, promoción y programas focalizados como hacia el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los cuales de acuerdo con la información obtenida son llevados por diferentes áreas, sin precisar el liderazgo del trabajo social, lo cual es importante delimitar.

2) Intervención social del caso (diagnóstico socioeconómico, investigación sociofamiliar y manejo de abandono)

La función del trabajo social se da como un mediador de acceso económico (clasificación por cuotas). Esto podría discutirse como una tensión ética, el trabajo social sostiene la equidad financiera del acceso, pero a la vez se convierte en engranaje de la lógica de recuperación de costos. El trabajo social es un facilitador de acceso (orientación) y productor de conocimiento aplicado (investigación social de caso).

3) Participación ética y médico-legal (Ministerio Público, carpeta de investigación y comité de ética)

Las herramientas utilizadas se tratan de un repertorio idóneo para urgencias y hospitalización, aunque podrían implicar riesgos de subregistro o alta dependencia del criterio profesional si no se triangulan con instrumentos más robustos.

Por otra parte, dentro de los retos y carencias aparecen problemas estructurales donde convergen la pobreza, el financiamiento de la salud, fragilidad de redes de cuidado, abandono y negligencias familiares, y prolongación de estancias hospitalarias por causas sociales.

Existe una tensión del trabajo social con la responsabilidad familiar y las determinantes sociales, lo cual conlleva un análisis profundo de dichas “negligencias” si responde a limitaciones materiales, jornadas laborales, distancia, violencia intrafamiliar u otras condiciones. Sin duda, una de las principales tensiones es la presencia de una burocratización protectora (procesos necesarios para evitar demandas) y la necesidad de continuidad de cuidado (rehabilitación y seguimiento) que hoy se pierde.

Un punto para discutir es la falta de recurso de las instituciones para medicinas y estudios, lo cual evidencia o produce una mayor vulnerabilidad cuando esas responsabilidades se transfieren a las familias.

Conclusiones

El análisis de los datos nacionales presentado en este trabajo permite observar de manera concreta las barreras que existen en México para el acceso a los servicios de salud, esto por medio de los determinantes sociales que provocan dichas desigualdades, ya sea por el nivel socioeconómico, género, ubicación geográfica.

De la misma manera se expuso la labor del trabajador social en el área médica para la mejora de este servicio, pues las funciones y actividades que lleva a cabo el profesionista deben ejecutarse con un mayor margen y compromiso, con el propósito de que se visualicen a detalle las características sociales del paciente para, con ello, lograr no solo una recuperación física sino también social.

Este estudio brinda un panorama general sustentado por cifras y datos oficiales públicos, puede ser utilizado para la formulación de posibles políticas públicas, así como para exponer la importancia que tiene el factor social al momento de querer acceder a los servicios de salud, por lo cual es recomendable ampliar este tipo de investigaciones para profundizar en las perspectivas de usuarios de este sistema de salud.

Asimismo, se exponen los determinantes sociales que presenta la población y la forma en que estos generan un efecto inmediato sobre la atención que se necesita y la que se da en los hospitales e instituciones del sector salud, lo cual genera una desigualdad y una atención fallida en cuanto a las necesidades de los pacientes.

Dentro de las actividades cotidianas pareciera que se carece de programas o acciones periódicas formalizadas, esto sugiere una intervención predominantemente reactiva, centrada en la demanda inmediata y no en la planeación social en salud, la ausencia de esta dimensión limita la consolidación del trabajo social como actor estratégico en la prevención, seguimiento y promoción de la salud.

Las actividades cotidianas se observan como una gestión operativa basada en sistemas, verificación documental y coordinación entre turnos, sin embargo, el trabajo social es un operador institucional clave para garantizar la continuidad, orden y legalidad del proceso asistencial.

Tiene singular importancia la entrevista, mediante ésta se enfatiza la necesidad de fundamentar teóricamente la práctica, lo cual contrasta con la percepción institucional del trabajo social como área meramente administrativa. Si bien el seguimiento aparece como función de mayor impacto social, es también paradójicamente la que menos está institucionalizada.

Un hallazgo transversal es la contradicción estructural, por una parte, se reconoce que el trabajo social cumple con funciones vitales de gestión, orientación y cuidado, pero, simultáneamente, se reporta baja valoración y sobrecarga administrativa, en un contexto de

carencias de insumos, medicamentos y de gastos de bolsillo que precarizan más a las familias.

Con base en las entrevistas se abre la oportunidad de que los profesionistas tengan una visión más clara sobre las problemáticas que un usuario puede atravesar durante su tratamiento e internación en las diferentes instituciones de salud, además de identificar estrategias para solucionar dichas problemáticas y desigualdades para acceder a este servicio, mediante las funciones y actividades que ya realizan, ampliando el margen de atención o creando propuestas para mejorar la salud pública desde la planeación y administración del sector salud.

El rol del trabajador social debe hacerse presente, pues al ser una profesión que busca un bienestar social promoviendo el cambio, debe promover transformaciones institucionales para atender a la mayor cantidad de la población posible, pues aún existe una gran cantidad de personas que no cuentan con este acceso a la salud, a pesar de ser un derecho brindado por el propio estado.

Para finalizar, se expone la realidad en la que un gran porcentaje de la población no cuenta con un servicio completo de acceso a los servicios de salud, lo cual evita que sus padecimientos sean tratados, provoca la existencia de un servicio injusto y la vulneración de derechos humanos. Por tanto, el trabajador social debe ser clave para velar por los intereses de esta población vulnerable, ya sea al utilizar recursos y estrategias para cumplir con los requisitos de la institución donde se encuentren laborando o hasta la modificación de la salud pública y el sistema de salud por medio de políticas públicas, al ofrecer un enfoque más social y completo para el trato con este tipo de población.

De la misma forma, plantear la aplicación de los criterios planteados representa una oportunidad para el profesionista en trabajo social, pues no solo se incrementará el uso de trabajadores sociales en este sector, sino que con sus cualidades puede llevar a cabo cambios dentro de este sistema de salud con el propósito de mejorar dicha intervención, siempre buscando brindar una atención multidisciplinaria para que el paciente pueda estar lo más cercano al bienestar personal.

Referencias

- Álava, L., Menéndez, F., & Alexandra, M. (2019). Trabajo social en salud: funciones y protocolos de atención a usuarios en los servicios hospitalarios. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/11/trabajo-social-salud.html>
- Arévalo, D. (2018). *Manual de referencia y contrarreferencia* (4ª ed.). Hospital del Rosario. https://www.hospitaldelrosario.gov.co/portal/wpcontent/uploads/2020/09/manuals/GUR-MN-02V3Manual_referencia_contrarreferencia.pdf
- Carreón, G. J. (2015). Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud. *Contaduría y Administración*, 60(1), 31–51. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422015000100003
- Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. (2026). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021* [Conjunto de datos]. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/descargas.php>

- Congreso de la Unión. (s. f.). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Cámara de Diputados. Recuperado el 24 de agosto de 2025 de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: Un análisis cualitativo*. CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf
- Córdova, M. F., Silva, H. F., & Martínez, G. (2021). El rol del trabajador social en procesos de solución de conflictos en institución del sector salud. *Revista Investigación y Negocios*, 14(24), 101–109. <https://doi.org/10.38147/invneg.v14i24.151>
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Ensástiga, N. (2018). *Trabajo social asistencial* (Publicación No. 103). Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal. https://www.jap.cdmx.gob.mx/portal/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2653-103&category_slug=2018&Itemid=254
- Fernández, T. (2019). *Nociones básicas de trabajo social*. Ediciones Académicas S.A.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020, 15 de marzo). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025, 5 de septiembre). *Estadísticas de defunciones registradas (EDR)* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2024_1erT.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s. f.-a). *Demografía y sociedad: Población*. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s. f.-b). *Pobreza multidimensional* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_08.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2025, 23 de agosto). Determinantes sociales de la salud. OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Puime, Á., & Zunzunegui, M. (2011). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. En *Atención familiar y salud comunitaria* (pp. 87–100). <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00006-5>
- Rodríguez, L. M. (2017). *Herramientas para construir el expediente social*. Esfera Pública S.A. de C.V.
- Santoro-Lamelas, V. (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: Un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 530–542. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.47854>
- Torrice, E., Santín, C., Villas, A., Menéndez, D. S., & López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45–59. Universidad de Murcia.
- Van der Stuyft, P., & De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

World Health Organization. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf