

Atención Primaria de la Salud como activo frente a la vulnerabilidad en salud de las personas con discapacidad de las zonas Rurales de Nuevo León

Karla Isabel Juárez Ibarra* • José Manuel Rangel Esquivel**

RESUMEN

La vulnerabilidad en salud está relacionada con factores como la vivienda, condiciones laborales, cobertura médica y el acceso a servicios, para la población rural la falta de acceso no solo se limita a la presencia o no de centros de salud, sino también implica el acceso financiero y geográfico, para hacer frente a la vulnerabilidad en salud la organización comunitaria y familiar son fundamentales, así como la atención primaria en salud que deberá incluir no solo la perspectiva biomédica, sino también los saberes tradicionales. El objetivo de este documento es analizar los factores de acceso, aceptabilidad y disponibilidad que influyen en la vulnerabilidad en salud de la población con discapacidad de las zonas rurales, así como identificar las estrategias utilizadas para mitigar dicha vulnerabilidad, esto permite que se promueva la inclusión social y la equidad en salud para esta población. El estudio se llevó a cabo mediante un enfoque etnográfico complementándose con datos cuantitativos obtenidos del “Cuestionario de los determinantes sociales de la salud en los hogares rurales de Nuevo León”. Los resultados indican que 57.7% de la población no cuenta con afiliación a servicios de salud y los tiempos de traslado son largos. El 62% de las personas con discapacidad no tienen enfermedades crónicas, las mujeres cuidadoras recurren a la medicina tradicional, para mejorar la salud familiar y comunitaria, lo que contribuye a la reducción de la inequidad en salud. El análisis sugiere que combinar servicios públicos y prácticas de salud colectiva coadyuva a visibilizar los recursos y prácticas en salud de este grupo de población. Es fundamental impulsar estrategias de salud con participación social y un enfoque transdisciplinario entre la comunidad, asociaciones civiles, academia y el estado, para promover políticas sociales centradas en la salud colectiva y los saberes comunitarios.

PALABRAS CLAVE: atención primaria de la salud, vulnerabilidad, discapacidad.

* Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico de contacto: karla.juarezibr@uanl.edu.mx

** Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad

Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico de contacto: jo-semre@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 02 de abril de 2025.

Primary Health Care as an Asset Against Health Vulnerability of People with Disabilities in Rural Areas of Nuevo León

ABSTRACT

Health vulnerability is linked to housing, working conditions, medical coverage, and service access. For rural populations, lack of access is not only about the presence of healthcare facilities but also financial and geographical barriers. To address health vulnerability, community and family organizations are essential, as well as primary healthcare, which should integrate both biomedical and traditional knowledge. This document aims to analyze the factors of access, acceptability, and availability that influence the health vulnerability of people with disabilities in rural areas. It also seeks to identify strategies to mitigate this vulnerability, promoting social inclusion and health equity. The study employed an ethnographic approach, complemented by quantitative data from the *Questionnaire on Social Determinants of Health in Rural Households of Nuevo León*. Findings indicate that 57.7% of the population lacks health service affiliation, and travel times to healthcare facilities are long. Additionally, 62% of people with disabilities do not have chronic illnesses, and caregivers rely on traditional medicine to improve family and community health, contributing to reducing health inequities. The analysis suggests that combining public services with collective health practices helps recognize the health resources and practices of this population group. It is crucial to promote health strategies with social participation and a transdisciplinary approach involving the community, civil organizations, academia, and the state. This approach should encourage social policies centered on collective health and community knowledge.

KEYWORDS: primary health care, vulnerability, disability.

Introducción

La vulnerabilidad es entendida como la posibilidad de riesgo de las comunidades, familias o individuos de ser afectados, lesionados o causar un daño permanente debido a cambios en sus contextos, ubicaciones e incluso sus limitaciones personales (UNICEF, 1990; Rodríguez, 2000; Villa, 2001). La vulnerabilidad ha sido estudiada desde diferentes perspectivas, una de ellas es la social, que se refiere a la vulnerabilidad como la falta de organización o de la capacidad para mejorar su calidad de vida mediante el acceso a diferentes bienes y servicios y no refiriéndose exclusivamente a la pobreza.

La protección a la salud forma parte de estos bienes y servicios, en nuestro país la constitución mexicana en el artículo 4 menciona que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” por tal motivo es que se debe trabajar en ejercer este derecho y que el resultado de este acceso sea la salud humana (Braveman 2014; Mendoza, 2018), es decir que se obtenga el más alto nivel de salud posible, esto desde una perspectiva de la atención primaria de la salud donde la responsabilidad no recae sólo sobre el personal de salud sino que también se trabaje en la promoción a la salud, con responsabilidad compartida entre los

integrantes de la comunidad y en consonancia con los determinantes sociales de la salud (Gobierno de México, 2023).

Algunos determinantes sociales de la salud considerados por Ramasco-Gutiérrez y cols. (2017) como variables de vulnerabilidad en salud son la vivienda, las condiciones de vida y empleo, escasas de recursos, problemas medioambientales y el estado de salud, en general dentro de la sociedad existen personas, familias e incluso comunidades que son más susceptibles a sufrir accidentes, enfermarse e incluso morir, estas características de exposición a mayores riesgos los coloca en una posición de vulnerabilidad en salud (Arzate y Rangel, 2021).

Otro factor importante en la vulnerabilidad en salud es la cobertura universal de servicios de salud, que forma parte de los elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de la Salud (OPS, 2013). Vértiz-Ramírez et al. (2024) identifican tres principales barreras en salud, primero respecto al acceso al considerar los factores organizacionales, financieros y físicos o geográficos entendido como la distancia, el tiempo de traslado y la conectividad, el acceso es también un eje de mejora para los centros de atención primaria de la salud; otra barrera es la disponibilidad, es decir si hay centros de atención, infraestructura, equipo, insumos y recurso humano (OPS, 2013; Gobierno de México, 2023); y por último, la aceptabilidad, que tiene en cuenta la ética del personal de salud, con respeto a la cultura de las comunidades, familias y personas con los que tienen trato, resguardando el secreto profesional y con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población sin permitir que la influyan los factores sociales, religiosos o las creencias.

Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México en el 2023, Vértiz-Ramírez et al. (2024) aluden a la vulnerabilidad en salud en dos niveles: a) familiar, en el que considera como indicadores los servicios de saneamiento, la energía eléctrica, las características de la vivienda, el empleo del o la jefa de familia, la afiliación a servicios médicos y la inseguridad alimentaria; b) a nivel individual, hace referencia a si las personas presentan alguna discapacidad; son mayores de 60 años; el embarazo, el nivel de estudios y si hablan alguna lengua indígena.

El abordar la vulnerabilidad nos puede llevar a ubicarla en una connotación negativa, pero es importante visualizarla desde la resiliencia, los activos y las oportunidades para el crecimiento y la implementación de estrategias para hacer frente a situaciones adversas (Moser, 1996; Seery et al., 2010; Fineman, 2012). Una de las principales estrategias frente a la vulnerabilidad en salud es la Atención Primaria de Salud (APS), que entre otras estrategias emplea el pluralismo médico (Menéndez, 2005), el repertorio medicinal (Rangel, 2009) así como estrategias en salud que implementa la población de localidades, para este estudio, específicamente en localidades rurales inferiores a los 1mil habitantes.

La Atención Primaria de Salud es definida como

(...) la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación (WHO, 1978:1).

Esta se lleva a cabo con la participación conjunta no sólo del personal médico o enfermeras, sino de todo el sector salud y los conjuntos sociales desde la perspectiva de la salud pública, apoyada en la biomedicina y los saberes alternativos, pilares de la *Salud Colectiva* (Breilh, 1979; Laurell, 1997). Desde la APS se propone a la familia o comunidad como el primer nivel de atención frente a la enfermedad, ya que es donde se generan las primeras acciones de prevención y atención de los padecimientos, la práctica médica en un segundo nivel y la atención sea parte del tercer nivel (Menéndez, 2003).

Respecto a los estudios sobre la APS, en la literatura destaca un estudio cualitativo desde la perspectiva del personal y los usuarios de servicios de salud, en este, se evalúan los modelos de prevención y promoción de la salud utilizados en la práctica habitual de la atención primaria de la salud, muestra cómo el personal de salud basa estos programas en el empoderamiento de los usuarios de manera intrapersonal, es decir, modelos micro de intervención, para generar conciencia en las personas de los riesgos de las enfermedades y orientándolos para conocer y llevar a cabo el cambio de hábitos; destaca los beneficios que se obtendrían de estos comportamientos saludables; otro dato importante es que estas intervenciones también se dieron a nivel interpersonal con participación de la familia, pero la participación de promoción de la salud a nivel comunitaria fue escasa (Gil-Girbau et al, 2021)

Con referencia a la participación comunitaria, como elemento clave en la atención primaria de salud, un estudio realizado en España identificó el 49.5% de la participación es activa, es decir, contribuyen mediante la intervención en estrategias de APS, 32% participaba en el diseño, 32% en el

proceso y 23.5 en la evaluación, dentro de estas actividades comunitarias se identificó que en 85% de ellas participaban dos o más profesionales del equipo de atención primaria y en un 61% había participación de diferentes perfiles de profesionales, siendo médicos o enfermeras los que predominan (March et al, 2014).

Esto, conduce a ubicar los roles y funciones fundamentales que tienen los hogares y las familias en la salud. La familia es definida por la OMS (1978:34) como la “unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas”, dentro de la APS es el primer nivel de atención, donde se deberá otorgar la capacidad a cada uno de sus miembros para poder hacer frente a las crisis que se presenten al exterior y al interior del hogar, estas situaciones pudieran modificar sus funciones y su estructura, pero a su vez el hacer frente a ellas tendría un reflejo en el bienestar físico y psicológico de la salud familiar, se aportaría en la curación y rehabilitación de sus miembros en la medida en que se reconozcan las cuestiones de salud y la manera en la que se actúe frente a éstas, además de no sólo brindar apoyo moral, sino también a través de los saberes y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida de cada uno de los integrantes (Ortiz Gómez, 1999).

La familia, por tanto, es importante en cuestiones de salud ya que son proveedores cuidados y atenciones a la salud, en el caso de la población con discapacidad las o los cuidadores son personas clave esencial, ya que en la convivencia diaria se convierten en prestadores de atención primaria de salud, de acuerdo con las experiencias vividas, a través de los cuidados es que conforme a sus saberes desarrollan habilidades importantes, específicamente en la detección de urgencias. Esto,

conduce a ubicar la APS como un activo, presente a través de los distintos roles y funciones de la familia en el primer nivel de atención.

Por lo anterior, la atención primaria de salud no solamente se apoya del personal médico sino también es indispensable el autocuidado por parte de la persona (Álvarez-Manilla, 1988; Menéndez, 1988; Suárez, 2001; Juárez-Ramírez et al., 2014; Cala, 2020) en esta práctica del autocuidado promovido e impulsado por la biomedicina a partir del concepto de estilo de vida, enfocado en prevenir el desarrollo o avance de los padecimientos (Menéndez, 2003) y que comúnmente se realiza con base en los conocimientos obtenidos de las experiencias con el personal de salud, pero también con el uso de infusiones, remedios y herbolaria, es decir medicina tradicional que se ha transmitido inter generacionalmente es común que se practique en las zonas rurales (Menéndez, 2003; Menéndez, 2005; Acero et al., 2013; Balderas, 2020),

Esta atención a la salud desde una perspectiva de prevención se identifica como una actividad social y grupal donde la familia y la comunidad actúan de manera estratégica de acuerdo con las necesidades existentes, de tal forma que se convierten en profesionales de referencia y elemento nuclear de intervención en la APS, de tal forma que aportan a la salud colectiva de las comunidades (Álvarez-Manilla, 1988; Menéndez, 2003; Zurro y Jodar, 2011).

Por tanto, en este estudio se indagó la vulnerabilidad en salud que presentan los hogares rurales de Nuevo León, se identificaron las barreras en el acceso, la aceptabilidad y la disponibilidad, así como las estrategias desarrolladas por las mujeres, quienes fungen como principales cuidadoras de las personas con discapacidad, esto se convier-

te en un activo para mitigar la vulnerabilidad en salud no sólo del miembro con discapacidad sino de sus hogares y comunidades.

Metodología

Esta investigación se realizó mediante un enfoque etnográfico, Guber (2001) la define como el método que se centra en describir y comprender el qué, por qué y el cómo los agentes pueden dar cuenta de lo que creen, sienten y dicen, respecto a las situaciones en las que ellos se involucran. Este trabajo inició con la técnica de la observación en el verano del 2022, se recorrieron catorce localidades rurales distribuidas en cuatro municipios de Nuevo León de la periferia de Monterrey, inferiores a 1,000 habitantes, para identificar y explorar los contextos, conocer el escenario de estudio, ubicar los espacios y lugares, se implementó el mapeo en cada una de las localidades; una vez comprendido el escenario se ingresó a campo para realizar observación participante, se tuvo el apoyo de instituciones clave como la Secretaría de Salud, las Caravanas de la Salud-N.L. (unidades móviles), los médicos, las profesoras y las promotoras de salud de cada localidad.

Posterior a la inducción en campo, se aplicó la técnica del cuestionario como parte del proyecto de investigación *Determinantes sociales de la salud en los hogares rurales de Nuevo León* a 275 hogares (1,011 personas). Este cuestionario constó de nueve apartados distribuidos de la siguiente manera: I.- Identificación del(os) hogar(es), II.- Contexto social: datos sociodemográficos, III.- Determinantes intermedios: condiciones educativas, IV. Determinantes intermedios: acceso a servicios y atención de la salud, V. Determinantes intermedios: condiciones laborales, VI. Determinantes intermedios: situación de la vivienda y servicios públicos, VII. Determinantes estructurales:

programas sociales y políticas públicas, VIII. Determinación individual: alimentación y autopercepción de la salud, IX. Determinación colectiva de la salud: actividades, mutualidades y atención durante el inicio y durante la pandemia.

Como resultado de la aplicación se identificaron los datos generales de la población de las localidades que fueron relevantes para conocer la vulnerabilidad en salud a nivel de los hogares, dicha información se obtuvo en los apartados III, IV, V y VI relacionados a los determinantes intermedios. Posteriormente, se retomaron los datos obtenidos del apartado IV titulado “determinantes intermedios de la salud: acceso a servicios y atención de la salud”, en este apartado se retomó la pregunta que cuestionaba en cada hogar si alguno de sus integrantes presentaba dificultades para caminar o moverse, ver, escuchar, hablar, realizar actividades diarias por problemas mentales, realizar actividades diarias por problemas emocionales, aprender, recordar o concentrarse, esto con la finalidad de conocer si existía la presencia o no un miembro con discapacidad en el hogar.

Una vez detectados los hogares con algún miembro con discapacidad se identificó el origen o motivo de ésta, para de esta manera conocer cuántos hogares presentaban un miembro con discapacidad desde el nacimiento. Esto significó un punto importante para acceder a la población para realizar la etapa cualitativa de este estudio específico con personas con discapacidad durante el período agosto 2023 – mayo 2024, asimismo se fortaleció el rapport establecido desde la etapa de inducción para poder llevar a cabo la técnica de la entrevista a profundidad con las 12 mujeres seleccionadas encargadas del cuidado del miembro del hogar con discapacidad. El criterio de inclusión se centró en la discapacidad intelectual, donde el género y edad fue indistinto, una de las finalidades de las

entrevistas fue conocer el acceso, la disponibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para las mujeres cuidadoras y la población con discapacidad intelectual de las zonas rurales de Nuevo León, así como el uso de estrategias en salud, específicamente la APS como activo para hacer frente a esta vulnerabilidad.

Las entrevistas realizadas, fueron transcritas en Word, y posteriormente codificadas y analizadas en dos etapas: primero en Excel, para evaluar la saturación teórica de los datos, una vez rectificado esto, se procedió a los análisis apoyados de una herramienta informática que comúnmente se utiliza en el análisis de los datos cualitativos y que nos garantiza fiabilidad y validez, el Atlas. Ti 24, por medio de este software se realizaron redes de análisis que se muestran en la sección de resultados.

Este estudio respetó los principios éticos de investigación en ciencias sociales, garantizando el consentimiento informado de todas las personas participantes. Se explicaron los objetivos de la investigación, el uso de la información recabada y el derecho a la confidencialidad y anonimato, así como en todo momento se le dio la libertad a las entrevistadas de tomar la decisión de abandonar el proyecto en caso de que se sintieran incómodas. Además, se resguardó su nombre de pila, utilizando letras del alfabeto para identificar a cada una de las mujeres que accedieron a la entrevista a profundidad.

Contexto social de las localidades de estudio

Dentro de estas zonas rurales seleccionadas para la obtención de datos e identificación de personas participantes en la investigación *Determinantes sociales de la salud en los hogares rurales de Nuevo León*, se encuentran: Maravillas, Los Fie-

rros, Sabanillas, Cristalosa y Chupaderos del Indio, ubicados en el municipio de García N.L., así como Mirador de la Montaña y Dieciséis de septiembre en Juárez N.L., el Cerrito, Lazarillos de abajo, Lazarillos de arriba y el Sabino, en Allende N.L., y Gomas y Mendiola, y Los Villarreales y Los Morales en Salinas Victoria, N.L.

De las 1011 personas que se encuestaron, 520 son mujeres es decir un 51.4% y 491 hombres, equivalente al 48.6% de la población, la mayor concentración de la población de estas las localidades rurales de Nuevo León se encuentra por debajo de los 30 años de edad. Con base en el indicador de vulnerabilidad a nivel individual (Vértiz-Ramírez et al., 2024) el nivel de estudios es uno de los factores presente en la población de las localidades rurales: 37.7% estudió solamente hasta primaria, 34.9% estudiaron hasta secundaria, el 86.3% del total de la población adulta sabe leer. Estos son elementos importantes para considerar en la APS al momento de prestar los servicios de salud, ya que el personal debe afrontar y adaptarse a la situación del grado o nivel educativo presente en la población usuaria de los servicios.

Dentro de los indicadores de vulnerabilidad en salud a nivel familiar se encuentran los servicios de agua y saneamiento básicos como el sistema drenaje sanitario, el 54% de los hogares carece de éste o se encuentra en mal estado, para el caso del servicio de agua entubada en el interior de los hogares el 42% no cuenta con este servicio, la forma de abastecimiento del agua de estos hogares es en un 58.18% por medio de pozos o papalotes, mientras que la disponibilidad de personas que cuentan con agua diariamente es del 58.55%. Estos datos, no están en consonancia con la intersectorialidad mencionada dentro de la APS, ya que se requieren los servicios públicos mínimos básicos para aspi-

rar a condiciones de vida saludables, como lo es el agua potable y el drenaje.

Otro indicador es el acceso a los servicios médicos y atención de la salud, el 57.7%, es decir, más de la mitad de la población de las localidades rurales estudiadas no cuentan con afiliación a los servicios de salud, debido a que la afiliación a una institución de salud en México está relacionada con el empleo formal (asalariado), no obstante, la mayoría de la población realiza trabajos por su cuenta como el tallado de lechuguilla, albañilería, choferes de taxi, entre otras; del 42.3% que cuenta con afiliación a servicios de salud, 25.1% está afiliado en el IMSS. Esto también da cuenta del acceso a la seguridad social, en donde la integridad no logra consolidarse en la población rural de las localidades mencionadas.

Respecto a las barreras en el acceso a los servicios de salud, un elemento de vulnerabilidad es el acceso físico o geográfico, específicamente los tiempos de traslado a la institución de salud más cercana, esto es relevante ya que la distancia para llegar a un centro de salud es causa de muerte para los niños de las zonas rurales de México (Duarte-Gómez et al., 2015), en este sentido se detectó que, para 534 personas, es decir, el 53.9% de la población, el tiempo de traslado es de 30 minutos, mientras que para el 5.8% de la población el tiempo de traslado es mayor a dos horas, en la tabla 1 se encuentra la distribución de tiempo de traslado de acuerdo con la localidad en la que las personas habitan.

A partir de la información general de las localidades, el siguiente apartado se centra en el análisis de la información detectada de las personas con discapacidad.

Tabla 1. Tiempo de traslado por localidad a los servicios de salud

Localidad	Menos de 30 min	31 min - 1 h	1 - 2 h	Más de 2 h	No aplica	Total
El Cerrito	38	3	0	0	5	46
Lazarillos de abajo	24	2	0	0	0	26
Lazarillos de arriba	46	21	1	0	1	69
Chupaderos el indio	12	18	16	7	0	53
Cristalosa	2	14	5	4	0	25
Los Fierros	18	57	41	8	5	129
Maravillas	72	35	17	10	1	135
Sabanillas	27	49	20	20	0	116
Dieciséis de septiembre	62	15	11	1	0	89
Mirador de la montaña	143	40	8	6	1	198
Gomas y Mendiola	7	5	6	0	8	26
Los Morales	69	13	0	1	0	8
Los Sabinos	14	0	2	0	0	16
Total	534	272	127	57	21	1011

Fuente: elaboración propia, 2022.

Nota. La tabla muestra el tiempo de traslado desde cada localidad hasta los servicios de salud más cercanos. “No aplica” corresponde a las personas que no requieren desplazamiento.

Vulnerabilidad y discapacidad: la necesaria intervención desde la APS como activo social en salud

Con relación a la vulnerabilidad en salud, a nivel individual, Vértiz-Ramírez et al. (2024) considera a la discapacidad como un indicador, en este estudio, no se considera como un indicador de vulnerabilidad en salud, sino como un grupo prioritario¹ de la población con requerimientos específicos relacionados con el acceso, disponibilidad y aceptabilidad por parte de los servicios y personal de salud. En este sentido se identificaron 88

hogares con algún integrante con discapacidad, es decir, un total de 113 personas. Respecto al origen de la discapacidad, 28.3% de las personas presenta discapacidad como consecuencia de una enfermedad, 25.7% la presenta desde el nacimiento, 23% por edad avanzada, 15.9% debido a un accidente, 7.1% por otro motivo (cirugías, adicciones, embarazo) y el 1% por una combinación de enfermedad y edad avanzada. Esto, abrió el panorama ante escenarios cada vez más diversos de la discapacidad, por lo que se consideró necesario un abordaje cualitativo a través de la entrevista a profundidad para aproximarse más al fenómeno de estudio, el cual se presenta más adelante.

¹ Para la constitución política de la ciudad de México (vigente desde septiembre del 2018) se consideran grupos prioritarios aquellos que se encuentran en alguna situación de desigualdad estructural o se les ha discriminado, excluidos o violentados por años.

En cuanto a la afiliación a los servicios de salud, 42% de la población con discapacidad no dispone de afiliación a ningún servicio de salud, mientras que 58% de la población con discapacidad de las zonas rurales analizadas sí cuenta con afiliación a servicios de salud públicos, de esta población, 38.1% se encuentran afiliados al IMSS, 12.4% acude a un centro de salud de la SSNL y 2.7% hacía uso del anterior Seguro Popular. En la Tabla 2 se muestra la discapacidad según su origen, si cuentan o no con afiliación y si ésta es a los servicios de salud es pública o privada.

Asimismo, otra información relevante con relación a la vulnerabilidad en salud considerado por Ramasco-Gutiérrez y cols. (2011) es el estadio de salud, un hallazgo importante a destacar del presente estudio es la evidencia de que 62% de las personas con discapacidad desde su nacimiento no presentan ninguna enfermedad crónico-degenerativa, con esto, se evidencia que las personas con discapacidad pueden considerarse saludables (Tabla 3). Esto, sin duda aporta a la relevancia

que adquiere la APS como activo, en el caso de las personas con discapacidad, desde una dimensión de integralidad y de continuidad centrada en la familia, permite visibilizar a estas personas como sujetos de derechos y no de beneficios o de apoyos.

Para dar continuidad al análisis cualitativo con la información de las 12 mujeres que funcionan como cuidadoras de las personas con discapacidad, diez de ellas son madres de familia y sólo en dos casos son las abuelas, esto nos permite reafirmar que el cuidado continúa como responsabilidad de las mujeres. Del análisis de estas entrevistas se originaron modelos cualitativos, el primero de ellos con los elementos de la vulnerabilidad en salud y los códigos relacionados con el acceso, la aceptabilidad y la disponibilidad de los servicios de salud para esta población (Figura 3).

Dentro del modelo cualitativo de la vulnerabilidad, con relación al acceso se destaca la importancia de los diagnósticos en la discapacidad, en

Tabla 2. Tipo de discapacidad y acceso a servicios de salud.

Origen de la discapacidad	Público	Privado	No tiene	Total, general
Nacimiento	56.8%	-	43.2%	100.0%
Enfermedad	50.0%	-	50.0%	100.0%
Enfermedad y Edad avanzada ¹	100.0%	-	-	100.0%
Accidente	52.2%	4.3%	43.5%	100.0%
Edad avanzada	71.0%	-	29.0%	100.0%
Otras	50.0%	-	50.0%	100.0%
Total, general	57.6%	0.7%	41.7%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Nota. La tabla muestra el acceso a servicios de salud según el origen de la discapacidad. El guion (“-”) indica la ausencia de casos registrados en esa categoría.

¹ En esta casilla se incluye la población con discapacidad cuyo origen es por más de un motivo, ya que en el cuestionario se permitía elegir más de una opción, en este caso en específico la discapacidad es atribuida a consecuencia de la edad avanzada y la presencia de enfermedades.

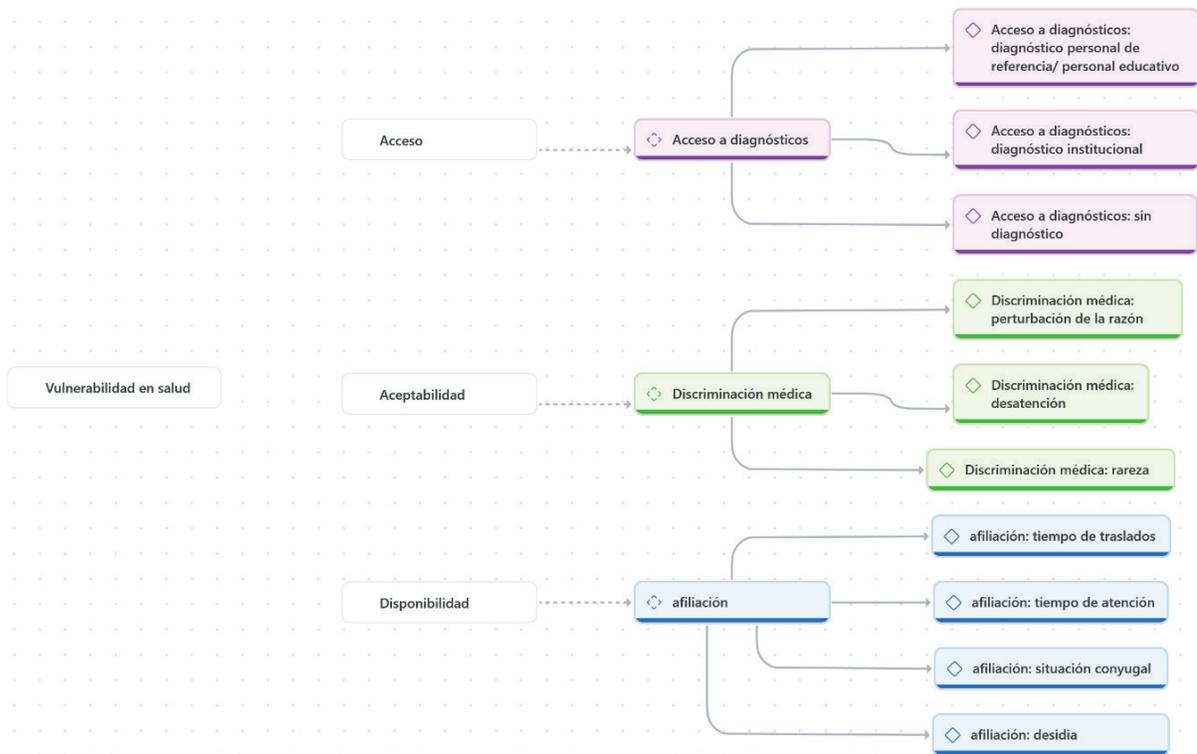
Tabla 3. Prevalencia de condiciones de salud según tipo de discapacidad.

Origen de la discapacidad	Enfermedades Respiratorias	Epilepsia	Hipertensión/Diabetes	Ninguna	Otros	Total
Nacimiento	15%	15%	9%	62%	-	100%
Accidente	-	4%	44%	48%	4%	100%
Edad avanzada	5%	-	35%	45%	15%	100%
Otras	-	-	35%	50%	17%	100%
Total	6%	5%	29%	51%	8%	100%

Fuente: elaboración propia, 2022.

Nota. La tabla muestra la distribución de condiciones de salud dentro de cada grupo de acuerdo con el origen de la discapacidad. El guion (“-”) indica ausencia de casos en la categoría correspondiente.

Figura 3. Modelo cualitativo de vulnerabilidad en salud de la población con discapacidad de las zonas rurales de Nuevo León.



Fuente: elaboración propia, 2024.

este sentido una expresión común es mencionarles a las mujeres: *su hijo tendrá algo que lo hará ir más lento que los demás* (L, los Fierros, septiembre 2023), pero en algunos de los casos no se tiene un diagnóstico certero, por ejemplo, en un caso en particular donde el tío y el sobrino presentan discapacidad el documento que les otorgaron como diagnóstico dice exactamente lo mismo y es la misma institución quien lo proporcionó (diario de campo, Los Fierros, noviembre 2023). Al cuestionar cómo es que llegaron a este diagnóstico, una de las mujeres menciona que *les dieron sólo el papel* y otra de las personas relata que *una maestra que trabajaba con su esposo fue quien se dio cuenta de la discapacidad*.

(...) no le hicieron estudios así es que la estaba llevando ahí él, al, aquí al Centro Estatal de rehabilitación y educación especial (CREE) de García... (L, los Fierros, septiembre 2023).

(...) no le han hecho ni un diagnóstico a él (refiriéndose a su hijo) ...no de hora no, pero sí hasta hace poco que sí le hicimos...pero es como retraso mental o algo así ... nooo es que así se la ponen, porque decimos que él no sabe y así le ponen que es discapacidad (ML, los Fierros, octubre 2023).

(...) es que había una maestra especial en niños así que tenían algo, alguna discapacidad, ella trabajaba con mi esposo ... y ella fue la que como a veces iban con él (refiriéndose que el hijo iba al trabajo), noto que él (el hijo) no se desarrollaba igual que los demás... y lo checaron y nomas él salió y lo checaron y nomas él salió (I los Fierros, noviembre 2023).

Analizando esta información se destaca que uno de los problemas principales es la falta de diag-

nósticos certeros, imprecisión en los mismos o incluso diagnósticos genéricos cuando estos deberían brindarse de manera individualizada, esto evidencia que no se lleva a cabo una evaluación detallada, por tanto, la consecuencia de ello es que las mujeres cuidadoras no comprendan las características particulares de los miembros con discapacidad por lo que los cuidados no pueden otorgarse en función de las necesidades específicas. Esto, sin duda incide en ese proceso de atención a la discapacidad relacionado directamente con el acceso y la disponibilidad.

Otro elemento para destacar en este análisis es la importancia de los profesionales de referencia, en el caso específico de la localidad de Los Fierros, una maestra de educación especial que se convierte en pilar fundamental en la atención primaria de la salud, “debido a que ayudó a mitigar la falta de acceso a los diagnósticos por parte del personal de salud, orientando y apoyando a los padres de familia desde su área para brindar la información pertinente” (I los Fierros, noviembre 2023).

En el análisis de la (in)aceptabilidad destaca el código de discriminación médica, desde la perspectiva de la OMS (WHO, 2020) evidencia que las personas con discapacidad intelectual presentan más necesidades de atención en salud que han sido desatendidas a lo largo de su proceso de salud/discapacidad/atención. Uno de los principales obstáculos han sido las ideas erróneas del personal de salud, además de los conocimientos acorde a la situación de discapacidad, dentro de estas ideas erróneas se identifica el uso del término de discapacidad como sinónimo de enfermedad o incluso de *rareza o chiflazón*.

“unos sí han sido buenos (refiriéndose al personal de salud) y otros sí la mera verdad para que

voy a decir que no, son canijillos (se ríe) ... ella (la médica) se refirió a la niña con una palabra muy cómo, que muy cómo te diré es que es que me le dijo que era una niña, un niño raro ...ella se cataloga como un niño raro me dijo” (L, los Fierros, septiembre 2023).

“sí ella la checó, lo revisó y sí me dijo que lo mejor lo dejara morir (refiriéndose a la médico de urgencias), porque él no se iba a componer... no, no fue la única en todo todo el tiempo que lo traje, este, consultando y todavía ella fue la única, esa doctora, por eso nunca se me olvidó” (A, los Fierros, noviembre 2023).

“me pasaron con otro doctor que ni al caso, lo que más me enojó de él fue porque notó mi niño y dijo: ‘está chiflado’ de jugando así, y yo dije me... le dije, este este, no está chiflado mi niño, esto tiene el niño, que tiene déficit de atención, hiperactividad, retraso del desarrollo global y espectro autista, ‘¡ah no, pues discúlpeme!’ ” (LJ, el Cerrito, marzo 2024).

Desde la dimensión de la aceptabilidad, la discriminación médica ha sido invisibilizada, ante ideas erróneas del personal de salud respecto a la discapacidad, basada en estereotipos y prejuicios sociales, se traduce en una atención deshumanizada y negligente. La aceptabilidad también implica en reconocer a la discapacidad como una condición que no está directamente relacionada con el deterioro de la salud o déficits, ya que esto genera estigmatización y desfavorece sus capacidades. Esto se fundamentaría a partir de la ética de los cuidados cuyo eje central del personal de enfermería es el proteger y promover la vida de manera digna, cuando se promueve el bienestar de la persona que cuida, con responsabilidad social en busca de la sostenibilidad (Gilligan, 1994; Alvarado, 2004).

Respecto a la disponibilidad, en el análisis del código de los servicios de salud se identifica que la población de las localidades rurales en su gran mayoría no cuenta con afiliación a los servicios de salud, como anteriormente se había mencionado en los datos descriptivos. En las entrevistas, en tres de éstas, se menciona, aunque podían estar afiliadas a los servicios de salud por parte de sus esposos o de sus hijas, aún no acuden a afiliarse; no obstante, es importante destacar que cada vez son más las familias de las zonas rurales que se han unido al programa estatal “cuida tu salud” (diario de campo, Los Fierros, 2023), permitiéndoles hacer uso de hospitales como el Metropolitano de la Secretaría de Salud de Nuevo León y el Universitario de la UANL.

(...) sí bueno y como le digo nosotros hacemos desidia que no nos hemos dado de alta yo no me he dado de alta y por eso...hacemos desidia (MG, los Fierros, septiembre 2023).

(...) tiene ahorita donde trabaja (refiriéndose al servicio de salud público), *nomás que pues yo soy la que no he ido a darme de alta también* (I, los Fierros, noviembre 2023).

(...) sí sí tiene (refiriéndose al servicio de salud público)... *eee lo tiene nada más él* (refiriéndose a su pareja), *no nos ha ido a dar de alta...bueno creo que la que puede dar de alta es la niña, creo que yo todavía no porque pues no estamos casados tengo entendido no sé* (C, los Fierros, enero 2024).

Asimismo, cabe mencionar algunos motivos por los que no logran afiliarse a los servicios de salud pública: a) el tiempo de espera es mayor en comparación a los servicios privados; b) los tiempos

de traslados son menores cuando acuden al sector privado (esto cuando se ubica un consultorio particular cercano); c) la calidad de la atención brindada en los servicios de salud públicos les hace recurrir al sector privado. Esto, coincide con lo expuesto por Valenzuela-Fuenagan y Mejía-Ortega (2021) respecto a que la calidad en los servicios de salud públicos no es buena, los hacen esperar por mucho tiempo e incluso los trámites son tediosos.

Otras barreras de acceso a los servicios de salud, se identifican con la falta de información o el desconocimiento del trámite para realizar su afiliación, aunque el gobierno estatal ha implementado estrategias como el programa “Cuida tu salud” al ampliar la cobertura hacia las localidades rurales, es de suma importancia promover el fortalecimiento de campañas que brinden información y asesoramiento para que las familias/hogares de las personas con un integrante con discapacidad, se afilien y tengan acceso oportuno a los servicios de salud públicos.

Una parte importante de los sistemas de salud basados en la APS es la colaboración en conjunto del personal de salud, la comunidad y las familias/hogares. En este sentido, cuando una persona con discapacidad está presente en el hogar, para el caso de las localidades rurales se requiere organización social del cuidado. Al respecto Raza-vi (2007) y De Oca-Zavala y col. (2023) hacen mención del diamante del cuidado, que permite reflexionar acerca de liberar la carga del cuidado en los hogares, específicamente a las mujeres al considerar la inclusión de las comunidades para se incorpora la perspectiva colaborativa desde las redes de apoyo comunitario (Robles-Silva, 2023). Es imperativo destacar que las mujeres (en quienes recae el cuidado) aprenden a cuidar

mientras cuidan, es decir, desarrollan habilidades de acuerdo con sus experiencias, al adoptar estrategias creativas no sólo para el cuidado sino para visibilizar a las personas con discapacidad para promover su participación social y fomentar su reconocimiento en la sociedad (Albornoz y Nieto-Murillo, 2022).

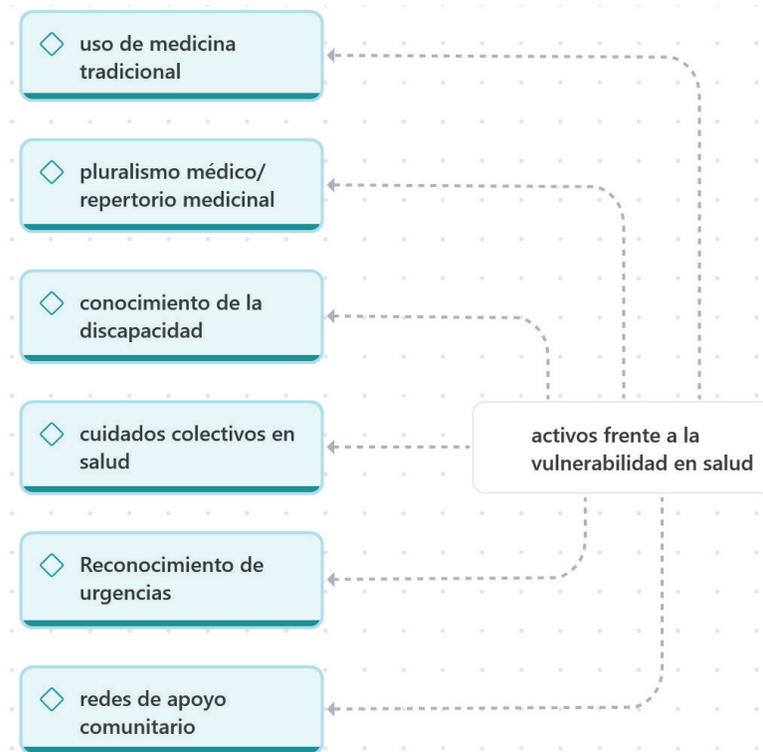
Por consiguiente, se propone el segundo modelo cualitativo con base en los activos que utilizan los hogares para hacer frente a la vulnerabilidad social en salud, con una perspectiva desde la APS (Figura 4).

De este modelo, lo primero a destacar es el código acerca del uso de medicina tradicional, es importante destacar que la población de las localidades rurales de Nuevo León hace uso de este tipo de medicina específicamente de la herbolaria, que en un caso en particular este tratamiento fue lo que propició en el niño con discapacidad la recuperación de la leucemia; en algunos casos mencionan acudir con curanderas para diagnósticos, así como con señoras que soban para aliviar los problemas gástricos, para estos hogares el utilizar este tipo de medicina significa no dejar aquellas tradiciones que se han utilizado por generaciones en sus familias.

(...) y le daba salvia con leche, le llenaba sus biberones con salvia con leche y le daba y luego el...para engruesar la sangre...con té de salvia y yo con eso lo levanté (MG, los Fierros, septiembre 2023).

(...) y ya después este, el doctor ese, dijo: te vas a rellenar con miel de colmena... le iba a reconstruir la piel (A, los Fierros, noviembre 2023).

Figura 4. Modelo cualitativo de los activos de los hogares relacionados con la APS de la población con discapacidad de las zonas rurales de N.L



Fuente: elaboración propia, 2024.

(...) hay una señora de por aquí, que ella es así que da remedios y este, y la vez pasada también le... si es que no hace del baño, me decía, súbale la pancita y dale una cucharadita de de, aceite con sal, pues luché con ella (refiriéndose a su hija), pero sí se lo di y si hizo del baño (CZ, Mirador de la Montaña, marzo 2024).

El uso de la medicina tradicional sigue presente y es significativa en las localidades rurales de Nuevo León, pero también destaca en dos de los casos entrevistados la recomendación de los médicos para el uso de estos remedios, estos casos muestran lo contrario a lo mencionado por Balderas (2020), respecto a la postura médica de no

aceptación y comprensión acerca del uso de la medicina tradicional.

El código con mayor enraizamiento en estos activos fue el de pluralismo médico/ repertorio medicinal, éste se definió con base en lo mencionado por Menéndez (2003), cómo para un mismo padecimiento las mujeres aplican los conocimientos obtenidos de sus experiencias con el personal médico, pero también hacen uso de la medicina tradicional, esta categoría en específico nos permite visualizar en una escala macro social la posibilidad de articulación de estrategias de atención a la salud, desde la salud pública y la salud colectiva, esto repercute de manera positiva no sólo en la

salud de la población con discapacidad sino de los habitantes en general de las localidades rurales de Nuevo León.

Es importante destacar que estas experiencias de las mujeres adquieren un significado importante, ya que no sólo incide en la salud de sus hijos(as), sino que también aportan a la economía de sus hogares ya que se reduce el gasto generado por las consultas. Además, es significativo porque aplican los conocimientos adquiridos, brindan atención en salud a sus hijos(as), y a la vez coadyuva también a la conjunción de la salud pública y la salud colectiva, por tanto, complementa o sustituye el acceso a los servicios de salud, descrito en el primer modelo, como se comentó es difícil cuando por su localización geográfica no se garantiza el primer nivel de atención médica.

(...) es que a veces bueno a veces siempre como tengo, yo cuando se me enferman compro medi.. les compro medicamentos de más ... y cuando a veces de repente digo a veces no tenemos dinero llega a tocar que no tenemos dinero o que se me enferman en la noche le digo, para ir, para ir ahorita está bien feo el camino y mejor le doy aquí de los que tengo a veces (L, Los Fierros, septiembre 2023).

(...) ya sí no me mejoran ya mejor lo llevo...a veces sólo que sea paracetamol...si es lo único...no, cuando les duele el estómago, pues sí les doy una treda o un, o el ese, o el pepto bismol...eso sí se los trato de curar (MG, Los Fierros, septiembre 2023).

(...) depende de cómo los mire yo la enfermedad, porque hay unas cosas que pues con cualquier cosita ya se ataja la enfermedad...cuando miro una cosa por decir la gripa, la gripa yo

sé que a mamá este pues yo nomás le trato de echarle su vicks, este, echarle en su pecho en los pies y en la espalda y ya, y la gripa ya...ya al menos que le este, sí la traiga muy fuerte entonces le compro una, hay pastillas para la gripa (AT, Mirador de la Montaña, marzo 2024).

Lo anterior conduce a destacar la importancia de los cuidados en salud en el hogar como una estrategia para dar prioridad a la atención de algunos padecimientos desde la familia basada en medicamentos básicos, remedios caseros y la autoevaluación intuitiva que les permite determinar si es necesario acudir al médico, permite compensar la falta de servicios médicos en las localidades rurales, incrementa la participación de las redes de apoyo, aunque también implica un riesgo, debido a las limitaciones o falta de experiencia para tratar algunas enfermedades, por lo que es importante trabajar en fortalecer la educación, promoción y prevención en salud con los distintos actores sociales que están presentes en lo rural.

Conclusiones

La aproximación etnográfica permitió un acercamiento a la comprensión de los escenarios rurales en que vive la población con discapacidad, para destacar a partir de dos modelos los elementos que acrecientan la vulnerabilidad social, y, por otro lado, en un segundo modelo los activos de los hogares relacionados con la atención primaria de salud desde un enfoque micro social.

Uno de los elementos que más vulneran la salud de las personas con discapacidad de las localidades rurales de Nuevo León, son la falta acceso a diagnósticos, donde se da cuenta de la imprecisión, sin una evaluación individualizada o inexistentes en algunos casos, lo que impide la com-

preensión de la discapacidad de sus familiares y limita al cuidado al desconocer las necesidades específicas.

Una de las principales barreras de esta población rural respecto a los servicios de salud pública, es la falta de afiliación, debido a varios factores como es el empleo informal, es decir, la falta de un empleo asalariado, la desinformación en salud, en algunos casos la desidia o por malas experiencias, como largos tiempos de espera o menor eficacia en comparación con los servicios de salud privada. Aunado a lo anterior, el acceso geográfico, lo que impide el acceso efectivo, es decir los largos tiempos de traslado, que, junto con la discriminación médica y la falta de sensibilización por parte del personal de salud, al basar sus prescripciones de atención en prejuicios y estereotipos se refieren a este grupo poblacional con términos ofensivos, lo que evidencia la falta de capacitación desde un sentido humano y social de la salud y de estrategias de inclusión social en los servicios de salud.

Como activos frente a esta vulnerabilidad en salud en consonancia con la atención primaria en salud respecto a la integralidad y la participación colectiva, destaca la importancia del conocimiento de los contextos sociales y familiares, así como el uso de la medicina tradicional, la cual es una alternativa importante que no solamente es de uso intergeneracional, sino que algunos médicos también hacen uso y recomiendan su aplicación; otra estrategia que hace frente a la falta de acceso a servicios médicos son las estrategias de autocuidado, implementadas en los hogares basados en sus experiencias previas y haciendo uso de medicamentos básicos y remedios caseros para la atención de enfermedades frecuentes. Asimismo, las redes de apoyo comunitario donde algunos profe-

sionistas como las profesoras de educación especial apoyan con sus experiencias a minimizar la falta de acceso a diagnósticos para esta población.

Lo anterior, conduce a plantear propuestas frente a la vulnerabilidad en salud para trabajar desde lo social en la APS en las localidades rurales de Nuevo León estudiadas: estrategias en cuestiones de salud, con la participación social en salud desde enfoques transdisciplinarios entre la comunidad, las asociaciones civiles, la academia y el estado, con la finalidad de promover e impulsar políticas sociales en salud para el caso de las ruralidades de Nuevo León, repensándose en términos de salud colectiva: prácticas y saberes colectivos.

Por otra parte, es de suma importancia que se conjunten los conocimientos de la salud pública y la salud colectiva, no solamente en los saberes de las comunidades sino también que el personal de salud reconozca que no solamente lo biomédico es lo que funciona, que se acepten y respeten las costumbres y creencias de la población de las localidades rurales, pero sobre todo incluir dentro de su formación la medicina antropológica.

Para poder gozar plenamente del derecho a la salud tanto en general como para las personas con discapacidad es necesario garantizar el acceso efectivo de servicios médicos que incluyan servicios de prevención, curación y rehabilitación, promoción y educación para la salud, tratamiento adecuado para lesiones, afecciones y discapacidades, tratamiento para la salud mental, suministro de medicamentos y participación de la comunidad y población general en la prestación de servicios de salud, esto fortalecería la atención primaria de salud a través de la participación comunitaria e incorporando los saberes, conocimientos, prácticas en salud de las personas de las localidades.

Por último, disminuir la vulnerabilidad que se presenta desde las instituciones, relacionado con el trato hacia las personas con discapacidad, en materia de APS se requiere trabajar con personal de salud para desmitificar la discapacidad como una condición que implica un deterioro de la salud o déficits, ya que esto ha generado estigmatización al desfavorecer sus capacidades en los

entornos sociales y colocándolos en una posición aún más vulnerable, por lo que es importante visualizarlos como personas saludables y un grupo prioritario en lo que se refiere a derechos como la salud y la educación, de tal manera que se respeten sus derechos, logren independencia y esto se vea reflejado en calidad de vida y bienestar para esta población.

Referencias bibliográficas

- ACERO, M., CARO, I. M., HENAO, L., RUIZ, L. F., & SÁNCHEZ, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110.
- ALBORNOZ, R. E. G., & NIETO-MURILLO, E. (2022). Experiencias de cuidadores no familiares frente al cuidado de personas con discapacidad, en apartadó y carepa en el 2017. *Inclusión y Desarrollo*, 9(1), 63-73.
- ALVARADO GARCÍA, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4(1), 30-39.
- ÁLVAREZ-MANILLA, J. M. (1988). Atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 30(5), 676-682.
- ARZATE SALGADO, J., & RANGEL ESQUIVEL, J. M. (2021). *Vulnerabilidad, salud y políticas alimentarias*. México: Puertabierta Editores, S. A. de C. V.
- BALDERAS, A. C. M. (2020). Cuerpo y discapacidad en la sociedad Nahua de la Huasteca Potosina, México.
- BRAVEMAN, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 5-8.
- BREILH, J. (1979). Epidemiología: Economía, Medicina y Política [Epidemiology: Economy, Medicine, Politics]. *Quito, Ecuador: Ediciones de la Universidad Central de Ecuador*.
- CALA, M. L. P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(1), 203-216.
- DE OCA ZAVALA, V. M., RUEDA, M. C. A., & CORDERO, F. J. G. (2023). El cuidado. La evolución de un concepto teórico que transita a lo empírico, la producción de evidencia y la aplicación de las políticas. *Ciudadánías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (13).
- DUARTE-GÓMEZ, M. B., NÚÑEZ-URQUIZA, R. M., RESTREPO-RESTREPO, J. A., & LÓPEZ-COLLADA, V. L. R. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(3), 181-189.
- FINEMAN, M. A. (2012). Elderly as vulnerable: rethinking the societal responsibility. *Elder LJ*, 20, 71.
- GIL-GIRBAU, M., PONS-VIGUÉS, M., RUBIO-VALERA, M., MURRUGARRA, G., MASLUK, B., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B. & BERENGUERA, A. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta sanitaria*, 35(1), 48-59.

- GOBIERNO DE MÉXICO. (2023). *Guía de estudio: Introducción a la atención primaria de salud (APS)*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf
- GILLIGAN, C. A. (1994). La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino.
- GUBER, R. (2001). La etnografía. *Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo editorial Norma.
- JUÁREZ-RAMÍREZ, C., MÁRQUEZ-SERRANO, M., SALGADO DE SNYDER, N., PELCASTRE-VILLAFUERTE, B. E., RUELAS-GONZÁLEZ, M. G., & REYES-MORALES, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284-290.
- LAURELL, A. C. (1997). La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa. In *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa* (pp. 122-122).
- MARCH, S., JORDÁN MARTÍN, M., MONTANER GOMIS, I., BENEDÉ AZAGRA, C. B., ELIZALDE SOTO, L., & RAMOS, M. (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gaceta Sanitaria*, 28, 267-273.
- MENDOZA LONGORIA, L. M. (2018). *Salud y desarrollo humano sustentable: hacia la construcción de un índice de equidad en salud* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- MENÉNDEZ, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- MENÉNDEZ, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
- MENÉNDEZ, E. (2005). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Editorial Alteridades*, Buenos Aires, Argentina. -Merklen, D, 1983-2003.
- MOSER, C. O. (1996). *Situaciones críticas: reacción de los hogares de cuatro comunidades urbanas pobres ante la vulnerabilidad y la pobreza*. Banco Mundial.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (1978). *La salud y la familia: Estudio sobre demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud* (Serie de informes técnicos Núm. 62).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. (2013). *Redes integradas de servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>
- ORTIZ GÓMEZ, M. T. (1999). La salud familiar. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(4), 439-445.
- RAMASCO-GUTIÉRREZ, M., HERAS-MOSTEIRO, J., GARABATO-GONZÁLEZ, S., ARÁNGUEZ-RUIZ, E., & MARTÍN-GIL, R. A. (2017). Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 31, 432-435.
- RANGEL, J.M. (2009). *Trayectorias y representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de mujeres participantes en programas sociales*. TESIS. Tlaquepaque, Jal. México.
- RAZAVI, S. (2007). The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options. *Trabajo y empleo*.
- ROBLES-SILVA, L. (2023). Repensando el cuidado y la comunidad. Reflexiones para ampliar el conocimiento. *Género, violencia, tareas de cuidado y respuestas sociales a la crisis*, 151.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, J. (2000). *Vulnerabilidad*

- demográfica: una faceta de las desventajas sociales*. CELADE.
- SEERY, M. D., HOLMAN, E. A., & SILVER, R. C. (2010). Lo que sea que no nos mate: la adversidad acumulada a lo largo de la vida, la vulnerabilidad y la resiliencia. *Revista de personalidad y psicología social*, 99
- SUÁREZ, R. (2001). Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. *Suárez R, compilador. Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes, 11-21.
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND [UNICEF] (1990). Una propuesta de clasificación de las comunas del país: según criterios de riesgo biomédico y socio-económico para medir la vulnerabilidad infantil. In *Una propuesta de clasificación de las comunas del país: según criterios de riesgo biomédico y socio-económico para medir la vulnerabilidad infantil* (pp. 223-223).
- VALENZUELA-FUENAGAN, P. A., & MEJÍA-ORTEGA, L. M. (2021). Acceso a servicios de salud para personas con discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño-Colombia-2017. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1).
- VÉRTIZ-RAMÍREZ, J., RAMÍREZ-PALACIOS, P., RÍOS-CÁZARES, G., SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M. S., DEL PILAR OCHOA-TORRES, M., DE NEGRI-FILHO, A. A., & SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *salud pública de méxico*, 66(4, jul-ago), 556-570.
- VILLA, M. (2001). Vulnerabilidad social: notas preliminares. *Trabajo presentado al Seminario Internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. CEPAL/CELADE. Santiago de Chile.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (1978). *Declaration of alma-ata* (No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2020). *Disability and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>
- ZURRO, A. M., & JODAR S.G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *SL España: Elsevier*.