



Revisión bibliográfica sobre la Vulnerabilidad Social y los procesos de hospitalización: una mirada desde el Trabajo Social sanitario.

Revisió bibliogràfica sobre la Vulnerabilitat Social i els processos d'hospitalització: una mirada des del Treball Social sanitari.

Bibliographic review on Social Vulnerability and hospitalization processes: a view from Social Medical Work.

Laura Morro-Fernández¹ , Concha Vicente Mochales² , Ingrid Pineda-Pérez³ , Josep Gualinyà Casas⁴ , Carmina Puig-Cruells⁵ 

Resumen

En las últimas décadas se ha escrito mucho acerca de la vulnerabilidad y sus correlatos con el Trabajo Social en cuanto a planificación, prevención y atención a la ciudadanía en el ámbito sanitario. El objeto de esta revisión bibliográfica es la descripción de la cuantificación de los ítems que conforman la variable de vulnerabilidad social en los procesos de hospitalización de personas adultas. Metodología: Aplicando las palabras clave “vulnerabilidad social”, “determinantes sociales de la salud”, “población adulta”, “ítems” y “escala” se identificaron 2369 artículos en diferentes bases de datos (Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc y PubMed). Resultados: Se consideraron relevantes para nuestro estudio 154 artículos, y mediante su análisis se cuantificaron 33 ítems o factores relacionados con la vulnerabilidad social en el ámbito de la hospitalización, siendo los más prevalentes la situación económica, el nivel educativo, el acceso a la sanidad, inestabilidad / situación de la vivienda y el apoyo social. Conclusión: La vulnerabilidad es un término dinámico y complejo que engloba diferentes factores sociales los cuales impactan en el proceso de la hospitalización en adultos/as y se deben tener en cuenta en la práctica del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

Palabras clave: vulnerabilidad social, adultos, hospitalización, revisión bibliográfica, Trabajo Social.

Resum

En les últimes dècades s'ha escrit molt sobre la vulnerabilitat i els seus correlats amb el Treball Social quant a planificació, prevenció i atenció a la ciutadania en l'àmbit sanitari. L'objecte d'aquesta revisió bibliogràfica és la descripció de la quantificació dels ítems que conformen la variable de vulnerabilitat social en els processos d'hospitalització de persones adultes. Metodologia: Aplicant les paraules clau “vulnerabilitat social”, “determinants socials de la salut”, “població adulta”, “ítems” i “escala” es van identificar 2369 articles en diferents bases de dades (Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc i PubMed). Resultats: Es van considerar rellevants per al nostre estudi 154 articles, i mitjançant la seva anàlisi es van quantificar 33 ítems o factors relacionats amb la vulnerabilitat social en l'àmbit de l'hospitalització, sent els més prevalents la situació econòmica, el nivell educatiu, l'accés a la sanitat, inestabilitat / situació de l'habitatge i el suport social. Conclusió: La vulnerabilitat és un terme dinàmic i complex que engloba diferents factors socials els quals impacten en el procés de l'hospitalització en adults/es i que s'han de tenir en compte en la pràctica del Treball Social en l'àmbit sanitari.

Paraules clau: vulnerabilitat social, adults, hospitalització, revisió bibliogràfica, Treball Social.

Abstract

In recent decades, much has been written about vulnerability and its correlates with Social Work in terms of planning, prevention and citizen care in the health care setting. The purpose of this literature review is to describe the quantification of the items that make up the variable of social vulnerability in the processes of hospitalization of adults. Methodology: applying the keywords “social vulnerability”, “social determinants of health”, “adult population”, “items” and “scale”, 2369 articles were identified in different databases (Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc and PubMed). Results: 154 articles were considered relevant to our study, and through their analysis we quantified 33 items or factors related to social vulnerability in the hospitalization setting, the most prevalent being economic situation, educational level, access to health care, housing instability / situation and social support. Conclusion: Vulnerability is a dynamic and complex term that encompasses different social factors that impact on the process of hospitalization in adults and that must be considered in the practice of Social Work in the health care setting.

Keywords: social vulnerability, adults, hospitalization, literature review, Social Work.

Morro Fernández, L., Vicente Mochales, C., Pineda Pérez, I., Gualinyà Casas, J. y Puig Cruells, C. (2023). Revisión bibliográfica sobre la Vulnerabilidad Social y los procesos de hospitalización: una mirada desde el Trabajo Social sanitario. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 66-75. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40796>

ACEPTADO: 25/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹ Universitat Rovira i Virgili, Programa de Doctorado Interuniversitario en Trabajo Social. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Tarragona, España. Unidad de Trabajo Social Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona, España.

² Servicio de Trabajo Social H.G.U Gregorio Marañón (Madrid). Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid.

³ Unidad de Trabajo Social Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona, España.

⁴ Investigador independiente.

⁵ Universitat Rovira i Virgili. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Tarragona, España.

✉ Laura Morro Fernández. lauramorrof@gmail.com

1. Introducción.

En los últimos años, las Ciencias Sociales y de la Salud en general, y el Trabajo Social en particular, han centrado sus esfuerzos en la descripción, análisis y sistematización de los factores sociales que intervienen en los procesos de salud / enfermedad. El Trabajo Social sanitario tiene ante sí el reto de sistematizar su práctica a partir del estudio de los factores sociales y sus múltiples interrelaciones con la desigualdad y la inequidad en la salud de las poblaciones, adoptando el concepto de la vulnerabilidad social como uno de los elementos clave en los procesos de inclusión y exclusión social.

La situación social que aparece tras la crisis global de 2008, con la fuerte destrucción de empleo, la pobreza y el decrecimiento económico que surge producto de la crisis, trajo consigo importantes desigualdades a nivel mundial con un considerable aumento de las desigualdades sociales y la pobreza extrema para diversos sectores de la población. La pandemia producida por el virus SARS-CoV-19 agravó la situación de la población, que no se había recuperado de los efectos de esta crisis económica y global, que se hallaba en una situación de “fragilidad” ante cualquier contingencia social y económica. Así, al igual que sucedió en la última gran pandemia, la provocada por el virus del SIDA en los años ochenta (Lisboa & Almeida, 2017; Ayres et al., 2003), los factores sociales que influyen y determinan los procesos de enfermedad, han sido elementos clave para establecer tratamientos clínicos eficaces, así como adecuadas estrategias de salud pública para mejorar su tratamiento.

La importancia de incorporar los factores sociales al ámbito sanitario se inició en la segunda mitad del siglo pasado, denominándose determinantes sociales de la salud (Cotanda, 1994; Dahlgren & Whitehead, 1992; Lalonde 2002), e incorporándose en las estrategias de gestión de los servicios de salud y políticas sanitarias de los diferentes países occidentales (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Tormo y Lahiguera, 2015). Aplicando esta propuesta multicausal se llegó a una construcción categorial de los determinantes sociales como agentes moduladores de los procesos de enfermedad y salud (Solar & Irving, 2007), siendo necesaria su incorporación en el estudio de las desigualdades e inequidades sanitarias que se producen en el ámbito sanitario (Palomino et al., 2014). Dichas variables podrían determinar que el consumo de recursos sanitarios y, por lo tanto, los costes en salud de una comunidad pudieran variar según las características sociales de la misma (Cabrera-León et al., 2017).

Este enfoque integral permitió incorporar a la medicina conceptos que antes sólo se utilizaban en el estudio de las Ciencias Sociales, y así es como la desigualdad social, la fragilidad, los factores de riesgo y la vulnerabilidad social se incorporaron a las Ciencias de la Salud (Araujo, 2015), siendo objeto desde entonces de análisis y de estudio por las sociedades médicas.

Uno de estos conceptos, la vulnerabilidad social, ganó relevancia como una de las variables primordiales a estudiar en los procesos de salud y enfermedad y las desigualdades asociadas a dichos procesos. Es un concepto multidimensional, polisémico y dinámico, situado entre la integración social y los procesos de exclusión social (Cas-

tel, 1992) y que afecta a las personas, diferentes grupos, comunidades y territorios, que representan mayores dificultades para acceder a la atención sanitaria en las mismas condiciones que el resto de la población (Busso, 2001; Ramasco et al., 2017).

Si bien el término vulnerabilidad surgió del ámbito de la geología y de la gestión de los desastres naturales, utilizándose como adjetivo para caracterizar a los entornos o poblaciones con mayor probabilidad de sufrir riesgos, a lo largo del tiempo fue aplicándose a las Ciencias Sociales e incorporándose en las teorías de la desigualdad social que emergieron en Latinoamérica en los años noventa. Estas teorías, expuestas en foros como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), describían la vulnerabilidad social como un fenómeno complejo, cuyas causas se encontraban en las instituciones y en prácticas sociales, económicas y personales que habían originado las prácticas de las políticas liberales. De esta manera, concluían que la vulnerabilidad social era una condición de riesgo y/o de fragilidad (Moreno, 2008), es decir, un estado de elevada exposición a determinados riesgos, combinada con una capacidad disminuida para protegerse de ellos. Dicha concepción teórica se trasladó al ámbito de la Salud Pública para dar respuesta a la problemática originada con la irrupción del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que requería de una intervención integral más allá de una atención meramente médica que implicaba contemplar, también, los factores sociales y culturales de las personas afectadas.

Desde entonces se han articulado diferentes enfoques teóricos en la investigación sobre el concepto de la vulnerabilidad en el ámbito sanitario; unos relacionan el concepto de vulnerabilidad con la exposición y sensibilidad a agentes externos y la capacidad de adaptación o resiliencia del ser humano (Adger, 2006; Ricoeur, 2008), mientras que otros definen la vulnerabilidad como el resultado de un proceso hacia la exclusión social, asociándolo a las características de las desigualdades en salud (World Health Organization, 2011; Pinsker et al., 2011). Estos estudios muestran que la vulnerabilidad social implica un descenso de las posibilidades de las personas para disfrutar de un estado de salud óptimo (salud definida como bienestar y como derecho), convirtiéndose en una variable a tener en cuenta en la investigación clínica y en la gestión de recursos sanitarios. Se han establecido comunidades y grupos vulnerables frente a diferentes enfermedades (Farooqi et al., 2022; Kaplan & Leitman, 2022; Walls et al., 2022; Yoo et al., 2022) con el objetivo de minimizar el riesgo de inequidad sanitaria, pero es difícil encontrar estudios que analicen y sistematicen las características individuales de las personas usuarias frente a los factores sociales que integran el estado de vulnerabilidad.

Si bien es importante poder valorar la vulnerabilidad social en todos los ámbitos de la sanidad, en los hospitales es de vital importancia, ya que los riesgos sociales no abordados entre pacientes hospitalizados con condiciones agudas y crónicas contribuyen a complicaciones costosas, a hospitalizaciones previsibles (Phillips et al., 2020), reingresos hospitalarios (Hughes et al., 2022) y una mayor tasa de mortalidad (Lipshutz et al., 2022).

Existen diferentes clases de vulnerabilidad, dependiendo

del riesgo asociado o del grupo humano al que afecte, pero, de entrada, podemos diferenciar entre la vulnerabilidad individual, la micro vulnerabilidad, o la de grandes colectivos humanos, las denominadas macro vulnerabilidades (Cabieses, 2016). Sobre estas últimas, se han desarrollado diferentes instrumentos para medir el impacto de la vulnerabilidad social en diferentes comunidades y grupos poblacionales, la más utilizada en el ámbito sanitario es el Índice de Vulnerabilidad Social (*Social Vulnerability Index*). El Índice de Vulnerabilidad Social (SVI) es una escala formulada por los Centros para el Control de Enfermedades, y está geocodificada como una clasificación porcentual a nivel de tramo censal. El SVI es potencialmente aplicable para evaluar el riesgo de las poblaciones y detectar disparidades locales. Diferentes estudios utilizan esta escala para determinar grupos vulnerables y aplicar medidas correctoras para la desigualdad que presentan (Carmichael et al., 2020; Diaz et al., 2022; Ki-noush et al., 2022), pero al ser una escala censal, no se recogen las características individuales del paciente, sino las del espacio en el que las personas residen, por lo que se requiere de otros instrumentos para evaluar también las características personales e individuales de los/las pacientes (Lee & Scanlon, 2007; Varughese et al., 2021).

En la actualidad existen diferentes instrumentos para medir estas circunstancias en personas mayores y en infancia, pero no hay instrumentos que cuantifiquen la vulnerabilidad social individual en el ámbito de la población adulta en general, por lo que es necesario para el Trabajo Social sanitario estudiar los ítems que pueden caracterizar la vulnerabilidad en esta franja de edad, para cuantificar y medir las circunstancias de riesgo de los/las usuarios/ usuarias ingresados/as (Straehle, 2016), y establecer intervenciones sociosanitarias para minimizarlas. El objetivo de este trabajo es identificar, mediante una revisión bibliográfica las variables de vulnerabilidad social individual, en personas adultas hospitalizadas (franja de edad comprendida entre los 18 y 65 años) descritas en la literatura científica-médica, con la finalidad de elaborar un marco teórico instrumental desde el Trabajo Social que permita cuantificar la vulnerabilidad individual de las personas durante su ingreso hospitalario, describiendo los factores proximales que afectan más directamente a la salud, con el objetivo futuro de construir un instrumento para identificar y cuantificarla.

2. Material y métodos.

El diseño del estudio ha sido el de la revisión de literatura especializada empleando todos los recursos disponibles para acercarse al procedimiento al de la revisión sistemática, aunque sin alcanzar completamente los requisitos de ésta última. Se ha optado por la revisión de la literatura especializada con el fin de identificar y evaluar los artículos que plantean y/o usan la cuantificación de la vulnerabilidad social y se ha optado por el acercamiento a los requisitos de la revisión sistemática por los siguientes motivos:

1. Por ser el método más eficaz cuando se desean las máximas garantías de reproductibilidad.
2. Porque el registro de la revisión, en nuestro caso en PROSPERO, ofrece el protocolo de búsqueda de otras

revisiones y procura la publicación de esta revisión en las fases iniciales de desarrollo.

3. Para listar de forma exhaustiva los factores sociales de carácter individual utilizados por la práctica socio-sanitaria y vinculados a la vulnerabilidad social que conformarán el diagnóstico social sanitario de forma personalizada.

4. Por la mayor dedicación que requiere este tipo de búsqueda que tiende a ser recompensada con la promesa de una mayor utilidad para los/as colegas y sus indagaciones.

En este proceso se han ejecutado la mayoría de los 27 criterios de la lista de verificación PRISMA –Preferred Reporting of Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis– excluyendo la evaluación del riesgo de sesgo de los artículos seleccionados, por no ser objeto de nuestro estudio valorar la calidad de investigación de los mismos, sino la conceptualización y cuantificación de los factores de vulnerabilidad que en ellos aparecían y que en ocasiones no eran el objeto de estudio de los mismos.

La estrategia de búsqueda incluyó las bases Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc y PubMed. La base Web of Science, a su vez, incluye las bases Core Collection (SSCI y otros), KCI-Korean Journal Database, MEDLINE(R), Russian Science Citation Index y SciELO Citation Index. La búsqueda se realizó con pocos días de diferencia entre el inicio y la culminación de la fase: entre el 19 y el 24 de julio de 2022. Se tomó nota de la fecha y hora de la búsqueda en cada base de datos, así como la expresión de búsqueda que se detalla a continuación.

Las palabras clave se escogieron llevando a cabo primero una revisión preliminar exploratoria con los términos de búsqueda y la clasificación del constructo de vulnerabilidad en el marco de las personas adultas hospitalizadas. Se valoraron por separado los términos “vulnerabilidad” y “social” y se optó por la expresión conjunta “vulnerabilidad social” para obtener la inclusión de los artículos que se centran en este tipo de vulnerabilidad. Durante este proceso se identificó la terminología “determinantes sociales de la salud” como concepto importante en la exploración de factores sociales en la literatura clínica, por lo que se decidió incluir como palabras clave de búsqueda.

El término “hospital*” fue incluido con el asterisco, porque de esta manera los motores de búsqueda devuelven como resultados, tanto los estudios en los que aparece el término hospital como aquellos que contienen sus derivados (“hospitalización”, “hospitalizado” o “hospitalario”). Respecto a los términos destinados a limitar la búsqueda a los estudios que cuantifican la vulnerabilidad social, se opta por “índice” y “escala” para recoger los dos conceptos principales en toda cuantificación (valor y contexto).

Otro motivo por el que se llevó a cabo la revisión preliminar fue la búsqueda de otras revisiones que ya hubieran abordado nuestra cuestión. No fue encontrada ni en la revisión previa ni después del proceso, reevaluándose durante el protocolo de registro de la revisión de la literatura en el repositorio PROSPERO.

Los términos de búsqueda finalmente fueron (1) “vulnera-

Tabla 1. Expresiones de búsqueda.

Bases	Expresión
Scopus Academic Search Ultimate CINAHL PsicoDoc	("social vulnerability" OR "social determinants of health") AND hospital* AND (index OR scale)
DialNet	("vulnerabilidad social" OR "determinantes sociales de la salud") AND hospital* AND (índice OR escala)
Web Of Science	((TS= ("social vulnerability" OR "social determinants of health")) AND TS=(hospital*)) AND TS=(index OR scale)
PubMed	((("social vulnerability"[Title/Abstract]) OR (social determinants of health [Title/Abstract])) AND (hospital*[Title/Abstract])) AND ((index [Title/Abstract] OR scale [Title/Abstract]))

Fuente: Elaboración propia.

bilidad social" o "determinantes sociales de la salud", (2) hospital* y (3) índice o escala. En inglés los términos fueron (1) "social vulnerability" or "social determinants of health", (2) hospital* and (3) index or scale.

Los operadores booleanos y la expresión de búsqueda se adaptaron a la sintaxis requerida por cada base de datos como se puede ver en la Tabla 1. Si bien es la misma en muchas de ellas, difiere en el caso de *WebOfScience* y *PubMed*. En *DialNet* fue en español, mientras que en las demás la obligación de publicar el abstract también en inglés permitió usar sólo la expresión en inglés.

En los campos de búsqueda se seleccionaron todos los artículos revisados por pares tanto en inglés como en español. No se limitaron las fechas de búsqueda para obtener una imagen de la aparición y desarrollo del concepto de nuestro interés: la cuantificación de la vulnerabilidad social en personas adultas hospitalizados. Se obtuvieron un total de 2367 documentos. Con este primer dato arranca el diagrama de flujo que se puede observar en la figura 1. En este diagrama se resumen los principales datos en cada fase de la estrategia de búsqueda de esta revisión de literatura.

Para la extracción y análisis de los datos se construyó una base de datos en el servicio de *Google Sheets*. Se guardó una copia de los resultados obtenidos en la búsqueda de cada base de datos sin modificación alguna, duplicándose estos datos en otro archivo para poder añadir columnas en las que tomar nota de las fases posteriores. Los datos descargados incluían en todos los casos el título, autores/as, publicación, año de publicación, abstract y enlace al texto completo. En una hoja resumen se tomaron nota del día y hora de búsqueda, la expresión de búsqueda y la cantidad de resultados obtenidos.

La primera tarea de tratamiento de datos fue el descarte de todos aquellos estudios que habían aparecido duplicados. Se encontraron 750 duplicados. Destacan 211 duplicados correspondientes a los resultados obtenidos en la base de datos *PubMed*, que está completamente integrada al *WebOfScience*. Se optó por mantener los registros de estos estudios duplicados, si bien se etiquetaron en una de las columnas para poder filtrarlos más adelante permitiendo, con ello, visualizarlos u ocultarlos a voluntad.

Los criterios de inclusión, de forma simétrica al alcance planteado en la investigación, fueron estudios en los que se cuantificaba la vulnerabilidad o los determinantes sociales de la salud en pacientes adultos/as hospitalizados/as. Se construyó una clasificación ad-hoc de los distintos tipos de vulnerabilidad para tener una imagen de la estructura que debería tener el contexto teórico tanto de la búsqueda como de fases posteriores de nuestra indagación (la tabla 2 muestra estas categorías no excluyentes). Estas categorías se construyeron a partir de las asociaciones más comunes utilizadas en los estudios clínicos (enfermedad, riesgo, determinantes sociales de la salud, exclusión sanitaria y factores sociales) y que nos ayudaron a definir y complementar el concepto de vulnerabilidad.

Los criterios de exclusión aplicados a los resultados obtenidos de las búsquedas fueron los estudios de ámbito geriátrico, pediátrico, ajenos a las instalaciones hospitalarias, la vulnerabilidad clínica (terminología que hace referencia a algunas características individuales que provocan una peor evolución ante una enfermedad) la vulnerabilidad de grupo (poblaciones con una determinada característica común que se han definido como vulnerables según su posición en la escala socioeconómica y/o cultural) la vulnerabilidad comunitaria (las denominadas macro vulnerabilidades, compartidas por poblaciones en su conjunto) y un apartado con otros motivos que principalmente, pero no solamente, fueron estudios históricos y muchos del medioevo y primera revolución industrial. Volviendo al proceso de registro se tomó nota tanto de los motivos de exclusión como de los motivos de inclusión. Se hizo una primera clasificación tras la lectura de título y abstracts dando un total de 190 inclusiones y 1427 exclusiones. En este primer cribaje el criterio a seguir ante cualquier duda es el de inclusión. Esto tenía que ser así ya que la siguiente fase sería la lectura completa del texto y con ello se obtendría una profundización que permitiría resolver la mayoría de las dudas.

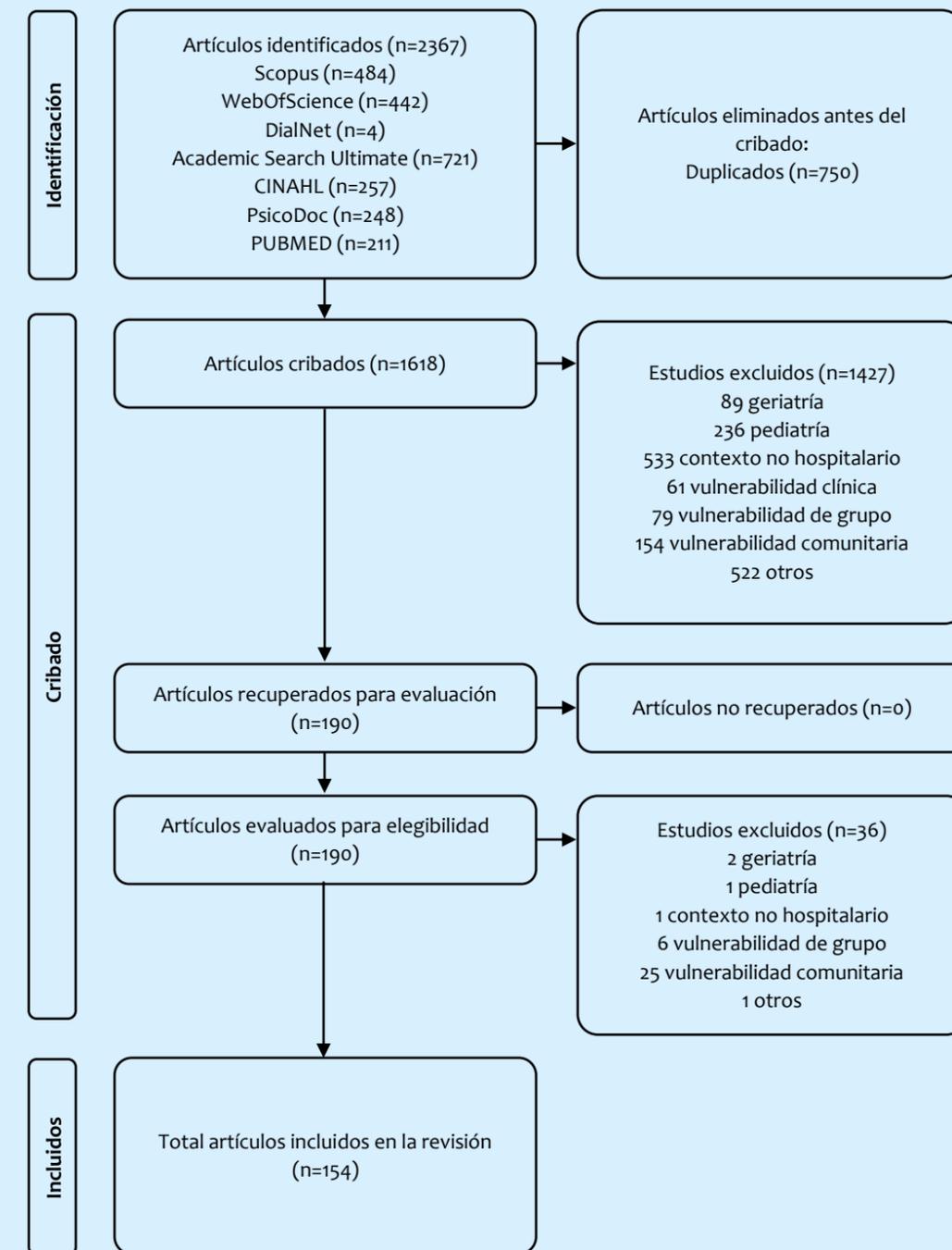
La segunda fase consistió en la lectura de los textos completos de los estudios incluidos. Se excluyeron 35 estudios, quedando 155 estudios que se evaluaron a pares, con el objetivo de minimizar el sesgo de un solo evaluador/a. En esta fase se plantearon 8 casos discrepantes que fueron debatidos y evaluados hasta consensuar la inclusión o exclusión definitiva. Se excluyó un documento. En la figura 1 mostramos el proceso de búsqueda y selección de los artículos a partir de las estrategias descritas.

Tabla 2. Clasificación ad-hoc.

Vulnerabilidad asociada a una enfermedad
Vulnerabilidad y riesgo
Vulnerabilidad y determinantes sociales de la salud
Vulnerabilidad social y exclusión sanitaria
Vulnerabilidad social y factores sociales

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda y proceso de selección de estudios.



Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados.

Del total de los 154 documentos incluidos en la revisión, 33 (un 21,4%) fueron clasificados como estudios de cohorte, 29 (18,8%) como estudios longitudinales, 20 (13%) como estudios observacionales, 18 (11,7%) como estudios transversales / prevalencia, otros 18 como estudios clínicos y otras clasificaciones inferiores al 10% (Tabla 3). Destacamos 3 revisiones sistemáticas y 3 revisiones de literatura de las cuales 5 son recientes (2020-22). La mayoría de los estudios fueron escritos en inglés (95%) y las

publicaciones provienen principalmente de Estados Unidos (46%) pero también de España (5,2%), Irán (4,6%), Brasil (3,3%), Australia (3,3%), Francia (2,6%), Chile (2,6%), Canadá (2,6%) y otros 33 países. A lo largo de los últimos 8 años hay un muy considerable incremento de estudios que cumplen los criterios de inclusión (94,8% entre 2015 y 2022 respecto solo un 5,2% entre 2007 y 2014). Una vez analizados los 154 artículos incluidos en el estudio, se listaron y ordenaron todos los factores relacionados con la cuantificación de la vulnerabilidad social de las personas adultas en un proceso de hospitalización (Tabla

Tabla 3. Características de los estudios incluidos.

Tipo	Estudios incluidos (n) %
estudio de cohorte	33 (21,43%)
estudio longitudinal	29 (18,83%)
estudio observacional	20 (12,99%)
estudio transversal / prevalencia	18 (11,69%)
estudio clínico	18 (11,69%)
estudio ecológico / poblacional	11 (7,14%)
estudio comparativo	5 (3,25%)
estudio de métodos combinados	4 (2,6%)
estudio cualitativo	4 (2,6%)
estudio caso-control	4 (2,6%)
revisión sistemática	3 (1,95%)
revisión de literatura	3 (1,95%)
estudio simulación	1 (0,65%)
estudio de diseño cuasi experimental	1 (0,65%)
Lengua	Estudios incluidos (n) %
EN	146 (94,81%)
SP	8 (5,19%)
Origen	Estudios incluidos (n) %
US	71 (46,1%)
Spain	8 (5,19%)
Iran	7 (4,55%)
Brazil	5 (3,25%)
Australia	5 (3,25%)
France	4 (2,6%)
Chile	4 (2,6%)
Canada	4 (2,6%)
otros	46 (29,87%)
Año de publicación	Estudios incluidos (n) %
2007-2010	2 (1,3%)
2011-2014	6 (3,9%)
2015-2018	31 (20,13%)
2019-2022	115 (74,68%)

Fuente: Elaboración propia.

4). Con un total de 33 ítems identificados, se ordenaron de mayor a menor, teniendo en cuenta el número de apariciones del ítem en los artículos revisados, con el objetivo de ponderarlos en posteriores momentos del proceso de estudio e investigación.

Si analizamos esta tabla, observamos que los factores con mayor impacto en la cuantificación de la vulnerabilidad son los que describen categorías económicas, sociales y laborales asociadas a los determinantes sociales de la salud (situación económica, educación, acceso a la sanidad, situación laboral e inestabilidad o vivienda en malas condiciones). Estos ítems, son los que Solar & Irwing

(2006) denominan factores específicos o intermedios en su estudio sobre los determinantes sociales de la salud e inequidad. Son factores de carácter individual que junto con los factores estructurales (factores distantes vinculados a los valores sociales, políticos y culturales) afectan la salud de las personas y comunidades. Si bien, la situación económica ocupa el primer lugar en la literatura revisada, en los siguientes puestos el nivel educativo, el acceso a la sanidad (tener cobertura sanitaria), el estado de la vivienda (y/o su inestabilidad) y la situación laboral tienen un lugar relevante en los resultados. Estos efectos nos aproximan a las perspectivas clásicas de la vulnerabilidad social, donde se suman a los factores económicos, todos aquellos factores sociales y políticos que conforman los estados de vulnerabilidad social.

Los ítems de apoyo social (12,8%) y apoyo familiar (7,7%) están ampliamente descritos en los artículos revisados como indicadores de la vulnerabilidad social. Estos son entendidos como las transacciones de ayuda, afecto y afirmación y su falta nos conduce a valorar condiciones de vulnerabilidad también en el ámbito sanitario, por lo que deberán ser explorados por los/as profesionales del Trabajo Social en la valoración global de las personas hospitalizadas. Estos últimos ítems relacionados con el apoyo y soporte social podrían estar vinculados con la variable de estado civil (8,3%) donde las personas solteras o viudas pueden estar en situaciones de soledad no deseada y, por lo tanto, situadas en peor posición de apoyo que el resto. En los textos revisados también aparece el factor sexo, no entendido como género, sino en su clasificación binaria, que podría explicarse como una consecuencia de la consideración de vulnerabilidad grupal hacia el sexo femenino, aunque no es concluyente. El estudio bibliográfico realizado, si bien excluyó la vulnerabilidad de género incluyó ésta como una variable individual de vulnerabilidad para los procesos de inequidad sanitaria. Esta es una cuestión que en sí misma exigiría de un estudio *ad hoc* y que se retomará en futuras investigaciones.

Si bien los ítems que puntúan menos de 7%, presentes en menos de 10 artículos, representan muy poca relevancia en el conjunto de la revisión realizada, incluyen temas importantes como la discapacidad, la funcionalidad, el estigma, la adherencia al tratamiento, los hábitos o el acceso a los servicios comunitarios, entre otros, son significativos y se deben tener en consideración en la exploración del / de la profesional del Trabajo Social para evaluar los estados de vulnerabilidad individual en el ámbito hospitalario.

4. Discusión.

El concepto de salud, como el de vulnerabilidad, no es un estático, está atravesado por las condiciones sociales que acompañan a los/as ciudadanos/as. Los resultados de esta investigación describen los factores sociales que acompañan los procesos de salud / enfermedad en el ámbito hospitalario. Definimos la vulnerabilidad social como un estado indicador de inequidad y desigualdad social (Kaztman, 2000) por lo que hablar de vulnerabilidad social en el ámbito sanitario, implica traer a primer plano la “cuestión social” (Castel, 1997) y los problemas

sociales de la ciudadanía, entendida ésta como sujeto de derechos, especial, en el derecho a la salud (ONU, 2008). Los resultados confirman, en primer lugar, lo descrito por la literatura especializada en el tema sobre la multidimensionalidad del concepto de la vulnerabilidad aplicado al campo social y sanitario (Feito, 2007). En segundo lugar, que los determinantes sociales de salud son factores relevantes para los procesos de salud / enfermedad. Y, en tercer lugar, la variabilidad de los ítems encontrados en nuestro estudio muestra el carácter poliédrico y dinámico del concepto de vulnerabilidad (Ayres et al., 2003); esta “no es pobreza”, no define un estado económico ni material, sino un conjunto de variables interrelacionadas. La carencia de derechos es “carencia de poder y oportunidades” en tanto en cuanto limita el acceso a los servicios y prestaciones del Estado de Bienestar como son la educación, la sanidad, el trabajo, las pensiones y los servicios sociales (Roldán et al., 2013) y a sus prestaciones y servicios, situando al ciudadano/a en una clara situación de desventaja social. Estos efectos nos aproximan a las teorías clásicas de la vulnerabilidad social, en las que autores/as como Castel (1992, 1997), Pizarro (2001), Busso (2001) y Feito (2007), fueron los/ las primeros/as en sustituir el binomio vulnerabilidad/pobreza, incorporando las dimensiones más allá del ámbito económico que el término requiere.

La utilización de una técnica sistemática para la obtención de los resultados va a proporcionar al Trabajo Social teoría, técnica y ética para atender el fenómeno y planificar estrategias de intervención. Las variables que describimos no por conocidas son menos valiosas: el nivel económico, la educación, la vivienda, la situación laboral, el estado civil, el apoyo social y el apoyo familiar son las que más influyen en el estado de vulnerabilidad. Nos remiten y confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para los procesos de tratamiento de las enfermedades crónicas. Según describe el *Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación para el abordaje de la cronicidad* (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las personas en situación de desempleo respecto de la población activa. De igual modo, las personas con enfermedades crónicas tienen más probabilidades de perder su empleo, así como más dificultades para incorporarse al mercado laboral. Además, las diferencias significativas al alza en la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta plantean la necesidad de priorizar intervenciones desde la atención primaria de salud para este colectivo. El acceso al sistema sanitario condiciona en gran medida la hospitalización y la continuidad asistencial. ¿Por qué? Porque la exclusión al sistema sanitario priva del derecho a la asistencia en los primeros niveles de atención y conduce a la ciudadanía al hospital en caso de crisis, determinando así en gran medida el pronóstico y la recuperabilidad de las personas afectadas.

Estudiar los ítems de apoyo social y familiar implica hablar de redes sociales y de los intercambios y flujos relacionales, emocionales y materiales que en estas se efectúan. A más fragilidad de estas redes menos posibilidades de soporte y sostén (Erten et al., 2022; Jin et al., 2021; Kim et al., 2021).

Tabla 4. Ítems considerados en los estudios revisados.

Ítems	Estudios incluidos (n) %
situación económica	90 (57,7%)
nivel educativo	57 (36,5%)
acceso a la sanidad o seguro médico	46 (29,5%)
inestabilidad vivienda o vivienda en malas condiciones	45 (28,8%)
situación laboral	39 (25%)
apoyo social	20 (12,8%)
estado civil	13 (8,3%)
apoyo familiar	12 (7,7%)
minoría étnica	12 (7,7%)
sexo	11 (7,1%)
inseguridad alimentaria	9 (5,8%)
religión	7 (4,5%)
dificultades en el transporte	6 (3,8%)
residencia rural/urbana	5 (3,2%)
conocimiento del idioma	4 (2,6%)
características familiares	4 (2,6%)
alfabetización en salud	3 (1,9%)
discapacidad	3 (1,9%)
participación comunitaria	2 (1,3%)
antecedentes penitenciarios	2 (1,3%)
acceso a servicios básicos	2 (1,3%)
discriminación	2 (1,3%)
exposición factores de riesgo	2 (1,3%)
riesgo ambiental	2 (1,3%)
problemas en la crianza	2 (1,3%)
profesión	1 (0,6%)
hábitos	1 (0,6%)
estigma	1 (0,6%)
autopercepción de barreras	1 (0,6%)
densidad de población	1 (0,6%)
adherencia	1 (0,6%)
pérdida de autonomía	1 (0,6%)
bienestar emocional	1 (0,6%)

Fuente: Elaboración propia.

Los grandes avances biotecnológicos de la Medicina están ayudando en la cura y tratamiento de las enfermedades. Ahora bien, los resultados de esta investigación confirman la necesidad de traer a primer plano la vulnerabilidad y los determinantes sociales de la salud en la intervención clínica y social para minimizar la inequidad y la exclusión sanitaria. Disponer de instrumentos que evalúen el impacto de los factores de riesgo puede significar establecer estrategias sociosanitarias que los minimicen y posibiliten intervenciones integrales desde la gestión compartida en el área social y clínica. El Trabajo Social ti-

ene así el reto de ordenar su práctica a partir de la sistematización de la información de los datos sociales producto de sus intervenciones.

5. Limitaciones del estudio.

Las revisiones bibliográficas tienen sus limitaciones al estar configuradas a partir de un árbol de decisiones excluyentes creadas por los/as autores/as de estas. El primer sesgo, se inicia con la formulación de los términos de búsqueda, que delimitan un espacio conceptual y por lo tanto un gran desafío, ya que las expresiones de búsqueda van a marcar el resto de la investigación. Otra de las decisiones que ha podido limitar el estudio es el análisis de inclusión / exclusión a partir de los abstracts publicados. Si bien es cierto que en la mayoría de los artículos el *background* es un resumen donde aparecen los conceptos más relevantes de la publicación, el hecho de basarnos sólo en ellos puede haber hecho perder alguna información que no apareciera en los mismos.

Otra limitación es la elección de las bases de datos ya que, debido a la búsqueda expresa de relación entre el concepto de vulnerabilidad social y el ámbito de la hospitalización, nos inclinamos por incorporar preferentemente bases de datos de características médicas, sin olvidar incorporar bases de datos sociales, que no proporcionaron muchos resultados a la búsqueda.

Por último, también se descartó la inclusión de Google Académico como base de datos por su limitada funcionalidad en el filtrado y la calificación. En síntesis, sólo hemos analizado revistas y publicaciones en bases de datos con una gran capacidad de búsqueda, descartando aquellas bases de limitada funcionalidad en el filtrado y calificación (Gehanno et al., 2013).

6. Conclusiones.

Para la práctica del Trabajo Social en el ámbito de la salud es fundamental poder establecer y definir con mayor claridad y precisión aquellas situaciones o estados de riesgo que afectan a los procesos de enfermedad, por lo que es necesario poder establecer de una forma más precisa qué factores definen la vulnerabilidad social individual de las personas hospitalizadas. Si bien, el concepto de vulnerabilidad social engloba diferentes factores o ítems que afectan a los procesos de hospitalización de las personas adultas, estos no han sido definidos de una forma precisa por la literatura. En esta revisión bibliográfica hemos podido constatar la multidimensionalidad del término, hallando disparidad en el uso de este en las diferentes investigaciones, identificando una gran variedad de factores sociales que lo definen. Esta diversidad en la conceptualización de los estados de vulnerabilidad social individual en el ámbito hospitalario puede dificultar la tarea de los/las profesionales del Trabajo Social, profesionales dedicados/as a minimizar el impacto de estos estados de riesgo, por lo que es necesario proporcionar elementos que ayuden a la evaluación diagnóstica de la vulnerabilidad social en las personas ingresadas en una institución hospitalaria.

Una vez definidos estos factores que componen la vulnerabilidad social, sería importante establecer cuáles de ellos

son más relevantes, por lo que en futuras investigaciones trabajaremos en la cuantificación y ponderación de los ítems identificados en esta investigación.

7. Bibliografía.

- Adger, W.N. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16(3), 268-281. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>
- Araujo González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿Dos riesgos concomitantes? *Novedades en Población*, XI(210), 89-96. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/215/248>
- Ayres, J. R. de C. M., Franca Junior, I., Calazans, G. J., e Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 121-143 <https://repositorio.usp.br/item/001528349>
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. *Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- Cabieses, B. (2016). Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. *Universidad del Desarrollo*, 450. <http://hdl.handle.net/11447/1459>
- Cabrera-León, A., Daponte-Codina, A., Mateo, I., Arroyo-Borrell, E., Bartoll, X., Bravo, M.J., Domínguez-Berjón, M.F., Renart, G., Álvarez-Dardet, C., Marí-Dell'Olmo M., Bolívar-Muñoz, J., Saez, M. Escribà-Agüir, V., Palència, L., López, M.J., Saurina, C., Puig, V., Martín, U., Gotsens, M., ... Bernal, M. (2017). Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 194-203. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.014>
- Carmichael, H., Moore, A., Steward, L., & Velopulos, C. G. (2020). Disparities in emergency versus elective surgery: comparing measures of neighbourhood social vulnerability. *Journal of Surgical Research*, 256, 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.002>
- Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. En F. Álvarez-Uría (Coord.) *Marginación e inserción: los nuevos retos de las políticas sociales*, p. 25-36. Endimión. ISBN 84-7731-119-6
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de La Cuestión Social. Una crónica del salariado*. Paidós.
- Cotanda, F. L. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde. *Gaceta sanitaria*, 8(43), 189-194. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(94\)71192-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(94)71192-4)
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M., (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background

document to WHO - Strategy paper for Europe," *Arbetsrapport 2007:14*, Institute for Futures Studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

- Diaz, A., Beane, J. D., Hyer, J. M., Tsilimigras, D., & Pawlik, T. M. (2022). Impact of hospital quality on surgical outcomes in patients with high social vulnerability. Association of textbook outcomes and social vulnerability by hospital quality. *Surgery*, 171(6), 1612-1618. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.10.021>
- Erten, Ö., Biyik, İ., Soysal, C., Ince, O., Keskin, N., & Tasci, Y. (2022). Effect of the Covid 19 pandemic on depression and mother-infant bonding in uninfected postpartum women in a rural region. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04580-8>
- Farooqi, A., Dimentberg, R., Glauser, G., Shultz, K., McClintock, S. D., & Malhotra, N. R. (2022). The impact of gender on long-term outcomes following supratentorial brain tumor resection. *British Journal of Neurosurgery*, 36(2), 228-235. <https://doi.org/10.1080/02688697.2021.1907307>
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 30, 7-22. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0199>
- Gehanno, J. F., Rollin, L., & Darmoni, S. (2013). Is the coverage of Google Scholar enough to be used alone for systematic reviews. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-7>
- Hughes, K., Olufajo, O. A., White, K., Roby, D. H., Fryer, C. S., Wright, J. L., & Sehgal, N. J. (2022). The influence of socioeconomic status on outcomes of lower extremity arterial reconstruction. *Journal of Vascular Surgery*, 75(1), 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.08.071>
- Jin, Y., Assanangkornchai, S., Fang, M., Guan, W., Tian, B., Yu, M., & Du, Y. (2021). Measuring the uptake of continuous care among people living with HIV receiving antiretroviral therapy and social determinants of the uptake of continuous care in the southwest of China: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06644-0>
- Kaplan, H. J., & Leitman, I. M. (2022). Race and insurance status outcome disparities following splenectomy in trauma patients are reduced in larger hospitals. A cross-sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 77, 103516. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103516>
- Katzman, R. (2000): Notas para la medición de la vulnerabilidad social. *Serie Documentos de Trabajo del IPES / Colección Aportes Conceptuales*, 2. Universidad Católica del Uruguay. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/31545>
- Kianoush, S., Al Rifai, M., Patel, J., George, J., Gulati, M., Taub, P., Moran, T., Shapiro, M.D., Agarwala, A., Ullah, W., Lavie, J.C., Bittner, V., Ballantyne, C.M. & Virani, S.S. (2022). Association of participation in Cardiac Rehabilitation with Social Vulnerability Index: The behavioral risk factor surveillance system. *Progress in Cardiovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2022.02.003>

- Kim, A.J., Servino, L., Bircher, S., Fest, C., Rdesinski, R.E., Dukhovny, S., Shaffer, B.L. & Saxton, S.N. (2021). Depression and socioeconomic stressors in expectant parents with fetal congenital anomalies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1992379>
- Lalonde, M. (2002). A New Perspective on the Health of Canadians. *Revista Panamericana de Salud Pública (OPS) = Pan American Journal of Public Health (PAHO)*, 12(3), 149-152. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000900001>
- Lee, G. A., & Scanlon, A. (2007). The use of the term 'vulnerability' in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3). PMID: 17518167
- Lipshutz, J. A., Hall, J.E., Penman-Aguilar, A., Skillen, E., Naoom, S. & Irune, I. (2022). Leveraging Social and Structural Determinants of Health at the Centers for Disease Control and Prevention: A Systems-Level Opportunity to Improve Public Health. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 28(2), E380. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001363>
- Lisboa, A. M. G., & Almeida, H.N. (2017) Vulnerability and Social Work in Health. En *The 5th International Virtual Conference on Advanced Scientific Results*, 21-126. Coimbra. <https://doi.org/10.18638/scieconf.2017.5.1.402>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf
- Moreno Crossley, J.C. (2008). *El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas*. Center for Latin American Studies, University of Miami.
- ONU. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH) (2022) *Folleto informativo El derecho a la salud*, junio 2008, 31. <https://www.refworld.org/es/docid/5289d2de4.html>
- Palomino Moral, P., Grande Gascón, M.L. y Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72 (Extra1), 71-91. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Pinsker, D.M., McFardland, K., & Stone, V.E. (2011). The Social Vulnerability Scale for Older Adults: An Exploratory and Confirmatory Factor Analytic Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23:3, 246-272. <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.584049>
- Pizarro Hofer, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Cepal. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/4762>
- Phillips, A. Z., Brewster, A. L., Kyalwazi, M. J., & Rodriguez, H. P. (2020). The Centers for Medicaid and Medicare Services State Innovation Models Initiative and Social Risk Factors: Improved Diagnosis Among Hospitalized Adults with Diabetes. *American journal of preventive medicine*, 59(4), e161-e166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.017>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.026>
- Ricoeur, P. (2008). *El Sí mismo como Otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Roldán, E; García, T, y Nogués, L. (2013). *Los servicios sociales en España* (2ª edición). Síntesis.
- Solar O, & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Organización Mundial de la Salud; 2010. p. 79. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Straehle, C. (2016). Vulnerability, Health Agency and Capability to Health. *Bioethics*, 30(1), 34-40. <https://doi.org/10.1111/bioe.12221>
- Tormo, V. C., y Lahiguera, L. H. (2015). *Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades*. Fundación BBVA. ISBN: 978-84-92937-57-8
- Varughese, R.A., Theou, O., Li, Y., Huang, X. Chowdhury, N., Famure, O, Selzner, N., MacIver, J., Mathur, S., Kim, S.J., Rockwood, K., & Singer, L. (2021). Cumulative Deficits Frailty Index predicts outcomes for solid organ transplant candidates. *Transplantation direct*, 7(3). <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001094>
- Vironkannas, E., Liuski, S., & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability: a literature review. *European Journal of Social Work*, 23(2), 327-339. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>
- Walls, M., Priem, J. S., Mayfield, C. A., Sparling, A., Anerralla, A., Krinner, L. M., & Taylor, Y. J. (2022). Disparities in Level of Care and Outcomes Among Patients with COVID-19: Associations Between Race/Ethnicity, Social Determinants of Health and Virtual Hospitalization, Inpatient Hospitalization, Intensive Care, and Mortality. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01274-x>
- World Health Organization. (2011). 10 Facts on Health Inequities and Their Causes. Geneva. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- Yoo, R., Krawczyk, N., Johns, E., McCormack, R. P., Rotrosen, J., Mijanovich, T., Gelberg, L., & Doran, K. M. (2022). Association of substance use characteristics and future homelessness among emergency department patients with drug use or unhealthy alcohol use: Results from a linked data longitudinal cohort analysis. *Substance abuse*, 43(1), 1100–1109. <https://doi.org/10.1080/08897077.2022.2060445>