

ROL DE **ENFERMERÍA**

EN EL ABORDAJE DE LOS
DETERMINANTES SOCIALES
DE LA SALUD
EN COMUNIDADES EN
SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

COLECTIVO DE AUTORES



VOLUMEN I



**ROL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE
LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA
SALUD EN COMUNIDADES EN
SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD**

VOLUMEN I

© Scarlet Charlotte Angel Lino
© Joseph Fernando Zambrano Requelme
© Allison Maitee Robles Maza
© Odalys Bárbara Burgo Bencomo

Casa Editorial Sin Fronteras CESFRO SAS.
220 pág. / Formato A5
Cuenca - Ecuador

Primera Edición Digital
Publicado el 10 de Septiembre de 2026

ISBN: 978-9907-822-51-9
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.22649905>

**Rol de enfermería en el abordaje de los determinantes sociales
de la salud en comunidades en situación de vulnerabilidad**

Autores:

© Scarlet Charlotte Angel Lino
© Joseph Fernando Zambrano Requelme
© Allison Maitee Robles Maza
© Odalys Bárbara Burgo Bencomo

Revisores:

PhD. Humberto Elizalde Ordoñez
PhD. Esthela Carolina Hidalgo Tapia

Se prohíbe la reproducción, distribución o comunicación pública, total o parcial, de la presente obra sin autorización expresa, salvo reproducción literal con el debido reconocimiento de los derechos intelectuales de los autores y de la editorial.

Esta obra está bajo una licencia internacional. Creative Commons Atribución-No Comercial Sin Derivadas 4.0.





Primera edición septiembre de 2026 - Publicación digital

Casa Editorial Sin Fronteras CESFRO S.A.S.
Correo: editorial@cesfro.com
Cuenca-Ecuador

Licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	6
PRÓLOGO	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	14
1.1. Conceptualización de los determinantes sociales de la salud	15
1.2. Evolución histórica de los determinantes sociales	20
1.3. Determinantes estructurales de la salud	24
1.4. Determinantes intermedios de la salud	29
1.5. Modelos explicativos de los determinantes sociales	33
1.6. Desigualdades e inequidades en salud	38
1.7. Equidad y justicia social en salud	43
CAPÍTULO II: VULNERABILIDAD SOCIAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD	48
2.1. Conceptualización de vulnerabilidad social	49
2.2. Factores generadores de vulnerabilidad	54
2.3. Pobreza y exclusión social	58
2.4. Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad	63
2.5. Vulnerabilidad territorial	68
2.6. Interseccionalidad y salud	72
2.7. Impacto de la vulnerabilidad en la salud	77
CAPÍTULO III: ROL DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	82
3.1. Enfermería familiar y comunitaria	83
3.2. Atención Primaria de Salud y Enfermería	88
3.3. Funciones de Enfermería frente a los determinantes sociales	92
3.4. Promoción de la salud	97

3.5. Prevención de enfermedades	101
3.6. Derecho a la salud	106
3.7. Enfermería como agente de transformación social	110
CAPÍTULO IV: VALORACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DESDE ENFERMERÍA	116
4.1. Valoración individual, familiar y comunitaria	117
4.2. Identificación de necesidades sociales y sanitarias	122
4.3. Visita domiciliaria	126
4.4. Genograma y ecomapa	131
4.5. Mapeo comunitario	136
4.6. Estratificación de riesgos y vulnerabilidad	142
4.7. Diagnóstico comunitario	147
4.8. Priorización de problemas de salud	152
CAPÍTULO V: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMUNIDADES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	158
5.1. Planificación de intervenciones de Enfermería	159
5.2. Intervenciones individuales y familiares	164
5.3. Intervenciones comunitarias	169
5.4. Educación para la salud	174
5.5. Seguridad alimentaria y nutrición	179
5.6. Vivienda, saneamiento y condiciones ambientales	184
5.7. Salud maternoinfantil	189
5.8. Salud mental y apoyo psicosocial	194
5.9. Acceso a los servicios de salud	198
5.10. Seguimiento y evaluación de las intervenciones	201
CONCLUSIONES	206
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
COLECTIVO DE AUTORES	220

PRÓLOGO

Cuidar en un ambiente comunitario supone involucrarse en relatos que se escapan de los confines impuestos por la estructura del servicio de salud. Detrás de una consulta podrían existir, por ejemplo, las dificultades para acceder a una adecuada alimentación, la existencia de ocupaciones que no garantizan prestaciones sociales, las condiciones de las viviendas, la discriminación o unas redes de apoyo muy debilitadas. Se dan también conocimientos, redes asociativas y competencias que permiten construir respuestas. Reconocer ambas dimensiones es esencial para llevar a cabo una práctica de Enfermería que se sienta comprometida con la equidad.

La presente obra propone una lectura de los determinantes sociales y de las perspectivas de actuación profesional en comunidades en situación de vulnerabilidad. Su recorrido enlaza los fundamentos conceptuales, la comprensión de la vulnerabilidad, las funciones de Enfermería, la valoración y la intervención. Ofrece elementos para comprender los problemas y orientar las decisiones de manera responsable, sin convertir a Enfermería en sustituta de las políticas sociales ni reducir su trabajo a la aplicación de procedimientos.

El libro se encuentra orientado a estudiantes, docentes y profesionales de Enfermería y a equipos que puedan interesarse por la salud comunitaria. Viene acompañado de ejemplos y matrices que pretenden facilitar la discusión académica y la planificación contextualizada. Cada comunidad necesita de escucha, análisis y acuerdos propios. Tal es así que el conocimiento que aquí se organiza tiene sentido en cuanto a que queda contrastado con la experiencia y las prioridades de aquellas personas que reciben y sostienen el cuidado.

INTRODUCCIÓN

La salud no se produce únicamente en el establecimiento sanitario; se genera en la casa, en la escuela, en el trabajo, en los espacios por donde pasa el tiempo, en la vida cotidiana. Disponer de comida suficiente, vivir en una vivienda que no se hunda, contar con agua potable, tener acceso a la educación, disponer de ingresos adecuados y participar en la comunidad afecta profundamente al bienestar. Por ello, explicar la salud implica mirar más allá de la enfermedad y asumir que el propio contexto social protege, limita o destruye la vida de las personas y de los grupos sociales.

Los determinantes sociales de la salud aportan respuestas a la pregunta de por qué algunos grupos muestran más posibilidades de vivir la vida con bienestar y otros, en cambio, están expuestos continuamente a riesgos evitables. Las divergencias económicas, territoriales, culturales, educativas y laborales se intensifican en el tiempo y pueden suponer enfermedad, discapacidad, padecimiento emocional o muerte prematura. Cuando las divergencias son de tipo injusto y prevenible como consecuencia de decisiones sociales, institucionales y políticas, pasan de ser divergencias a inequidades que comprometen la dignidad humana y la manera de distribuir oportunidades y recursos.

En las comunidades en situación de vulnerabilidad estas desigualdades registran una forma concreta. La pobreza, el desempleo, la discriminación, el aislamiento geográfico, la violencia, la inseguridad alimentaria y la precariedad de la vivienda, entre otros, pueden

hacerlo de manera acumulativa y simultánea. Sus efectos no se distribuyen de forma homogénea, sino que se incrementan y se manifiestan cuando la edad, el género, la pertenencia étnica, la discapacidad, la movilidad humana y otras condiciones sociales se combinan. El reconocimiento de esta complejidad permite no responsabilizar únicamente a los comportamientos individuales de la enfermedad y encaminar respuestas que puedan hacerse eco de las diferentes realidades de cada uno de los territorios.

La Enfermería ocupa el privilegiado lugar que le otorga esta proximidad en el trato con las personas, las familias y las comunidades. En la consulta, en los domicilios, en la escuela, en el centro de salud o en el espacio público; el personal de Enfermería puede escuchar y detectar necesidades que a menudo permanecen ocultas detrás de un diagnóstico clínico. La práctica de Enfermería permite entrelazar la atención directa con la promoción de la salud, la prevención, el aprendizaje, la ayuda, la gestión de casos y la conexión con otros espacios. Esta misma presencia hará de la Enfermería un puente entre los servicios de salud y las condiciones concretas en que la gente intenta cuidar su salud.

El presente libro tiene como finalidad resaltar el rol de la Enfermería como responsabilidad profesional, ética y social que va más allá del acompañamiento de episodios de enfermedad. Proporciona una visión de los determinantes sociales y pautas para la valoración de necesidades y la planificación de cuidados en comunidades en situación de vulnerabilidad. La propuesta está dirigida a estudiantes, docentes, personal de Enfermería y equipos vinculados con la salud familiar y comunitaria. Sus cinco capítulos relacionan los plantea-

mientos conceptuales con las decisiones diarias del cuidado y con los problemas que requieren respuestas contextualizadas.

El primer capítulo en el que se trabaja, contiene una explicación de los fundamentos de los determinantes sociales de la salud, el determinante social y su manera de ser conceptualizado, su evolución histórica y diferencias entre determinantes estructurales y determinantes intermedios en lo que respecta determinantes de la salud pública. También desarrolla los principales modelos que ayudan a explicar cómo la posición social, los sistemas políticos y económicos, las condiciones materiales, las relaciones sociales y el acceso a los servicios repercuten en los resultados sanitarios. El capítulo concluye con una reflexión que acerca a una definición de desigualdades, inequidades, equidad y justicia social; una definición que puede considerarse necesaria para interpretar las brechas de salud y muy útil para orientar acciones que no solamente aborden sus consecuencias más visibles.

El segundo capítulo analiza la vulnerabilidad social, incidiendo en su implicación en la salud; para ello, resalta los factores que dan lugar a situaciones de desprotección, centrándose en la pobreza, la exclusión social y las características de los grupos poblacionales que presentan mayores dificultades para la defensa de sus derechos. La dimensión territorial muestra que las oportunidades de salud no son iguales en una zona urbana, rural, periférica o aislada; la dialéctica de la interseccionalidad también muestra que las desigualdades pueden solaparse unas con otras, dando lugar a experiencias concretas de riesgo, exclusión y escaso acceso a los recursos de protección.

El tercer capítulo sitúa la Enfermería en la atención familiar, comunitaria y primaria. Describe funciones profesionales ligadas a la identificación de necesidades sociales, a la promoción de la salud, a la prevención de enfermedades y a la defensa del derecho a recibir unos cuidados dignos y en condiciones de oportunidad. El análisis evidencia que la acción de Enfermería no concluye con la práctica de procedimientos, sino que abarca la escucha, la orientación, el acompañamiento, la coordinación y el fomento de las condiciones para poder participar en las decisiones que se relacionan con el estado de bienestar de las personas. De este modo, la Enfermería se reconoce como agente de transformación social que puede impulsar cambios no solo en el servicio de la Enfermería, sino también en la comunidad.

El cuarto capítulo centra su atención en la valoración de los determinantes sociales desde Enfermería en los niveles individual, familiar y comunitario. Presenta herramientas que permiten comprender la composición y las relaciones de una familia, sus redes de apoyo, los recursos del territorio y las barreras que limitan la continuidad del cuidado. La visita domiciliaria, el genograma, el ecomapa y el mapeo comunitario se articulan con la estratificación de riesgos, el diagnóstico comunitario y la priorización de problemas. La valoración se entiende como un proceso de escucha y lectura del contexto que transforma información dispersa en decisiones de cuidado compartidas y adecuadas a las necesidades.

El quinto capítulo se centra en las intervenciones de Enferme-

ría dirigidas a la persona, la familia y la comunidad en situaciones de vulnerabilidad. Aborda la planificación, las intervenciones individuales y familiares, el trabajo comunitario y la educación para la salud. También desarrolla la seguridad alimentaria y la nutrición, la vivienda y el saneamiento, la salud maternoinfantil, la salud mental y el acceso a los servicios. El seguimiento y la evaluación permiten revisar las decisiones y adaptar el cuidado a los recursos, las necesidades y las preferencias de cada comunidad.

Las herramientas, los ejemplos y las matrices incluidos pretenden facilitar la discusión académica y la planificación contextualizada. Cada comunidad necesita escucha, análisis y acuerdos propios; por ello, su aplicación requiere contrastar el conocimiento con la experiencia y las prioridades de las personas que reciben y sostienen el cuidado. La identificación de una necesidad social debe relacionarse con decisiones posibles, recursos disponibles y responsabilidades profesionales e institucionales, de modo que la valoración conduzca a respuestas pertinentes.

El recorrido del libro parte de los fundamentos de los determinantes sociales, examina las condiciones que producen vulnerabilidad y sitúa el aporte de Enfermería en la atención familiar y comunitaria. Sobre esta base, desarrolla la valoración y la intervención como procesos vinculados. Comprender las condiciones de vida permite ajustar los cuidados y reconocer las barreras que no pueden resolverse mediante recomendaciones individuales. La articulación entre conocimiento, contexto y seguimiento orienta una práctica comprometida con la equidad y con las posibilidades reales de cuidado.

CAPÍTULO I:

FUNDAMENTOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Entender los determinantes sociales implica mover la mirada de la situación de enfermedad a las condiciones que hacen vivir con salud. Para Enfermería, este cambio de perspectiva amplía la valoración y modifica las decisiones, puesto que una prescripción clínica adecuada puede no ser viable si no hay agua, tiempo, seguridad o dinero. En este capítulo se presentan los fundamentos conceptuales para reconocer estas relaciones, diferenciarlas en los distintos niveles de explicación y fundamentar una práctica orientada a la equidad. El objetivo es dotar de un vocabulario común para el análisis comunitario y para colaborar con otros sectores.

1.1. Conceptualización de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud abarcan las condiciones sociales, económicas y políticas que determinan las oportunidades de bienestar y la distribución de la enfermedad. No se corresponden con una lista de características de las personas, tampoco se deben considerar factores ajenos a la asistencia a añadir al final de la consulta. La revisión efectuada por Braveman y Gottlieb pone en el centro las causas que producen y distribuyen los riesgos: recursos económicos, educación, discriminación y organización del entorno. Desde este punto de vista, entender una conducta pasa también por investigar las posibilidades reales entre las que la persona puede elegir (Braveman & Gottlieb, 2014).

La distinción entre determinante social, necesidad social y riesgo asistencial evita confusiones en el trabajo cotidiano. Un sistema de empleo que no garantiza protección es una condición estructurante; necesitar transporte para ir a la consulta es una necesidad concreta; tener una descompensación es un problema asistencial. Los tres niveles están conectados, pero exigen respuestas diferentes. La evidencia acumulada indica que las condiciones sociales operan por diversas vías y durante un prolongado tiempo, por lo que no pueden ser entendidas a partir de una única medida realizada en el trans-

curso de la atención (Braveman, Egerter, et al., 2011).

En el ejercicio de la Enfermería comunitaria, considerar estos niveles de la práctica permite formular preguntas que pudieran dar luz a la experiencia de la persona en un tratamiento o, en su propio proceso de hacerse atender. Si se interrumpe un tratamiento, corresponde desandar el camino realizado e investigar acerca del conocimiento de la persona sobre el medicamento, los efectos adversos que haya podido encontrar, los costos que haya tenido que afrontar para iniciar el tratamiento, la disponibilidad del medicamento y las responsabilidades atribuidas a los cuidadores.

Se reduce un problema que está localizado en un solo atributo individual al anotar tan solo el término "incumplimiento". La evaluación social más exhaustiva permite describir los hechos, las barreras que pueden ser superadas y las prioridades que se pueden consensuar con la familia. La información que se logra debe ser utilizada para reconducir la atención (o el cuidado) y activar apoyos que ya existan, con el consentimiento de la persona y garantizando su intimidad.

En este sentido, el determinante no tiene por qué ser considerado un destino. Las trayectorias solo se ven limitadas, pero no predeterminadas, y las comunidades conservan capacidades de aprendizaje, organización y resistencia. Reconocer esas capacidades evita representar los territorios en clave de déficits. Para las capacidades sociales, un comité de agua, una red de cuidadoras, una organización juvenil puede realizar un extraordinario esfuerzo por maximizar las posibilidades de dar respuestas sin suplantar las obligaciones de las políticas públicas. El análisis profesional tiene que ir registrando a la vez exposiciones adversas y recursos protectores distinguiendo aquello que puede ser efectivo en la clínica de aquello que requiere gestión institucional con transformación de las condiciones colectivas.

Conviene separar las condiciones que producen la exposición

de las necesidades que formula la persona y de los problemas clínicos que requiere la salud. Este acierto organiza el análisis conceptual de los determinantes sociales de la salud: en primer lugar, delimitar un problema y en segundo qué tipo de información hay que obtener. Una formulación útil tiene que permitir reconocer situaciones específicas, poner en relación las explicaciones y anticipar qué tipo de respuesta puede ser coherente.

El concepto en Enfermería adquiere valor cuando contribuye a interpretar una trayectoria de cuidados y a argumentar decisiones. Su uso no debería ser un término que haga las veces de escuchar, ni cerrar la valoración de forma anticipada. La interpretación mantiene, por lo tanto, el vínculo explícito entre conocimiento, contexto y responsabilidad de la profesión (Braveman & Gottlieb, 2014).

Una relación de empleo sin estabilidad puede vincular pérdidas de ingresos, alteración de la alimentación y dificultad para asistir a los controles, sin que esta vinculación sea inevitable. Reconstruir esta relación implica considerar factores temporales. En la relación dual no es suficiente recabar dos circunstancias a la vez: es interesante considerar cómo se enlazan, pero no solo esto. Es interesante también observar otras explicaciones que puedan entrar en juego.

A una lectura conceptualmente comprensiva le interesa localizar el punto de conexión en el cual una respuesta puede dar la vuelta a un camino recorrido. Un análisis debe deslindar restricciones, pero también identificar recursos de defensa de una parte, así como evitar una lectura determinista. Este complemento aclara que se pueden plantear respuestas proporcionadas a los condicionantes de una persona sin necesidad de atribuir la responsabilidad del resultado a una sola condición social definida (Braveman, Egerter, et al., 2011).

La entrevista permite configurar qué aspecto ha cambiado en la vida cotidiana, qué impide cuidarse y qué apoyo piensa la persona que es prioritario. Estas cuestiones se plantean poco a poco, expli-

cando su función, respetando el no contestar. La conversación tiene que dar información suficiente para acordar una acción, no para llevar a cabo una exploración sin límites de la vida privada. También conviene contraponer lo que se ha comprendido con la persona y registrar, cuando sea el caso, las incertidumbres.

El lenguaje del registro tiene que salir de las circunstancias y del apoyo, no debe tener valoraciones acerca de la motivación o el carácter de la persona. Cuando una prioridad difiere de la que establece la persona profesional, la negociación del plan forma parte del cuidado y no es un obstáculo administrativo. Como situación de aprendizaje, puede analizarse el siguiente caso: Una trabajadora ha dejado de hacer consultas porque su jornada cambia semanalmente; ella comprende la indicación, pero no puede asegurar asistencia en un horario establecido. La discusión ha de hacer la diferenciación entre aquellos hechos que son conocidos, las distintas interpretaciones o la falta de información, y, posteriormente, la que hemos de tomar en el presente y la que hemos de volver a considerar más adelante.

El caso no es el resultado de la investigación, tampoco el régimen de evidencias aplicable automáticamente a todas las familias, sino que su interés reside en dar a ver de qué forma un hecho cotidiano altera el sentido de una recomendación, a la vez que en solventarlo también se dan explicaciones de la elección hecha y de qué información haría necesario volver a examinar los argumentos dados. El grupo puede trabajar dentro de los horarios posibles, revisar las posibilidades de contacto y documentar la barrera del trabajo sin convertirla en un diagnóstico personal.

Para convertir en un plan esta orientación se tienen que concretar las tareas, quién realiza cada tarea, qué tipo de apoyo necesita esta y cuándo pactar revisar el acuerdo. Hay que saber diferenciar entre una acción del equipo y una gestión que depende de otra institución. Las expectativas propuestas deben ajustarse a recursos

confirmados y a lo que prefieren los que participan. Si no se puede llegar a un acuerdo sobre la primera alternativa, el seguimiento permite llegar a otra sin que esto automáticamente sea culpa de la persona. La documentación debe registrar el motivo y los compromisos asumidos, pero no solo como una lista de actividades. Braveman y Gottlieb (2014) explican que la justificación social no puede ser una forma de enmascarar síntomas actuales ni tampoco un argumento que haga que toda la justificación de una familia se reduzca a sus ingresos o su lugar de residencia.

Este límite, no obstante, obliga a predecir las consecuencias que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas cuando se contempla solamente el objetivo de la intervención. La revisión ética debe incluir la revisión de la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la capacidad de enmendar la decisión. Particularmente puede ser interesante preguntarse si esta propuesta va a incrementar el esfuerzo que ya realizan aquellos que saben que cuentan con más restricciones.

Es obvio que no se pretende mostrar los riesgos y, como lógica consecuencia, dejar este proceso congelado, sino comparar escalas y escoger los grados en los que hay que responder. El interés se centra en determinar si las interrupciones disminuyen y si la solución es sostenible en el tiempo, además del simple hecho de contar entrevistas o formularios cumplimentados. La elección de los indicadores debe encontrar la respuesta a una pregunta de mejora y responder a una definición que no sea excesivamente compleja como para no poder ser utilizada durante el propio trabajo.

Cada medida necesita su definición, su periodo y su fuente reconocible; cuando proceda, también necesita un numerador y un denominador. Los usos de los cambios deben considerarse junto con el contexto y las pérdidas de seguimiento y también junto con la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica el porqué del

resultado. La devolución comprensible tiene como función volver a revisar el plan y decidir qué hay que mantener, qué conviene adaptar o en qué se debe profundizar (Braveman & Gottlieb, 2014).

1.2. Evolución histórica de los determinantes sociales

La inquietud por las relaciones de las enfermedades con la vida social se sitúa todavía antes de la actual utilización de dicho concepto. El saneamiento, la vivienda y las condiciones laborales constituyeron elementos nucleares en la constitución de la salud pública. Y más tarde, el desarrollo de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas permitió dirigir la atención a las enfermedades concretas. Este desarrollo produjo avances en los cuidados de salud, pero falló en su propósito inicial de eliminar las desigualdades que se presentan en la salud. Marmot hizo hincapié en que las desigualdades sanitarias requieren decisiones desde múltiples sectores y que el conocimiento epidemiológico debe llevarse a la acción pública (Marmot, 2005).

La Atención Primaria de Salud trajo nuevas formas de dirigir el debate sobre las conexiones entre servicios accesibles, participación y el desarrollo social. La Carta de Ottawa amplió la discusión al incluir los servicios públicos saludables, los entornos saludables, la acción comunitaria, las capacidades personales y la reorientación de los servicios. Su contribución radica en comprender la salud como un recurso para la vida cotidiana y, a su vez, en reconocer que las condiciones que la sostienen no se restringen al campo clínico. Aporta, en la Enfermería, en la medida que permite entender el escaso alcance de una actividad educativa en el momento que el entorno no permite aplicar lo que se ha aprendido (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud establece una agenda internacional centrada en condiciones de vida, en la distribución del poder y de los recursos, así como en la medición

de las inequidades. El artículo que explicaba el carácter de sus conclusiones dotó de evidencias y recomendaciones a países con distintos niveles de ingreso. Su relevancia histórica está en situar la desigualdad sanitaria como un efecto de decisiones sociales que pueden ser modificadas, y no exclusivamente en hábitos personales. Este enfoque llevó a dar fuerza a la exigencia de evaluar las consecuencias distributivas de políticas y programas (Marmot et al., 2008).

El documento internacional de 2025 retoma el mismo programa e investiga el escaso avance en materia de equidad. Para la práctica del trabajo social, esa continuidad histórica establece otra advertencia a seguir: el uso de un vocabulario social no transforma la organización de la atención. Se requiere financiación, gestión, participación y rendición de cuentas. Un servicio puede preguntar por necesidades sociales y mantener horarios, trámites o maneras de hacer derivaciones incompatibles con quienes más ayuda requieren. El enfoque debe, por tanto, distinguirse con cambios verificables en la experiencia de cuidado (OMS, 2025b).

La historia del enfoque presenta cambios en la manera de explicar la enfermedad: condiciones colectivas, agentes específicos, conductas y estructuras sociales no son equivalentes. Ese matiz organiza el análisis de la evolución histórica de los determinantes sociales: primero se delimita el problema y después se decide qué información es relevante. Una interpretación útil debe permitir identificar situaciones concretas, comparar explicaciones y predecir cuál sería la respuesta coherente. En el caso de Enfermería, el concepto puede ser útil para comprender una trayectoria de cuidado, y para justificar decisiones. Su utilización no debería ser una etiqueta que sustituya la escucha, que cierre de forma anticipada el juicio de valor disciplinario. La interpretación mantiene, de esta forma, un nivel de relación entre lo que se sabe sobre esto, el contexto y la responsabilidad profesional (Marmot, 2005).

Una lectura estrictamente individual puede conducir a una educación ineficaz, mientras que una lectura contextual, una lectura realmente histórica, permite preguntar sobre vivienda, sobre trabajo, sobre la distribución territorial de los servicios, etc. Reconstruir esta relación significa también tener en cuenta el orden temporal de los sucesos. No basta con encontrar dos circunstancias que se producen al mismo tiempo, sino que se tiene que buscar cómo se encuentran, qué otras formas de explicación pueden intervenir. En la comprensión conceptual, es interesante encontrar el punto donde una respuesta puede alterar el recorrido. El nivel de análisis tiene que recoger tanto restricciones como recursos protectores, como evitar lecturas deterministas. Esta diferenciación permite proponer acciones adecuadas sin llegar a asociar uno solo de los resultados con una determinada condición social.

Al revisar una política, conviene reconocer qué problema introdujo, a quién responsabilizó y qué condiciones no tuvo en consideración. Estas cuestiones se enriquecen conforme van emergiendo, con descripciones de su finalidad y respetando la decisión de no querer responderlas. La conversación debe aportar información suficiente para llegar a un acuerdo de acción y no ser una indagación interminable de la vida privada. En este sentido, también conviene contrastar lo que se ha ido comprendiendo con la persona y apuntar las incertidumbres que existan. El registro debe dar cuenta de circunstancias y, si se da el caso, de apoyos, pero no debe emitir juicios en torno a motivaciones o caracteres. Cuando surgen prioridades distintas entre la persona profesional y la persona que acompaña la negociación entre el plan y el objetivo no es un obstáculo administrativo, sino que es parte de la atención.

Un programa antiguo trasladaba las ausencias al desinterés, una revisión posterior evidencia que las rotaciones coincidían con las de la atención de transporte necesaria para trabajar. El caso se tiene que discutir llevando a cabo la división entre los hechos que se

dan por conocidos, las interpretaciones y la ausencia de datos. A continuación, toca identificar cuál es la decisión a tomar en este momento y cuáles son las decisiones que tienen que esperar para poder ser revisada. El caso no es el resultado de una investigación ni un marco que pueda ser universalizado en toda la familia. Su funcionalidad consiste en mostrar cómo una situación cotidiana se convierte en significativa en torno a una recomendación. A la hora de resolver el caso, es conveniente explicar por qué se opta por una alternativa y qué información a partir de la cual podría ser necesario volver a replantearse la alternativa.

El contraste entre documentos y experiencias locales da la opción de volver a introducir la forma en la cual fue modificada la respuesta y qué barreras que existieron persistieron aun con las nuevas denominaciones institucionales. Con ello, se puede estructurar en un plan: saber quién ejecutará cada una de las tareas, qué tipo de soporte requiere la acción, cuándo se revisará el acuerdo; se debe diferenciar la acción propia del equipo de una gestión que se le debe al seguimiento de otra institución. Las expectativas han de ser ajustadas a los recursos confirmados y a los intereses de las personas en cuestión. Si la primera alternativa no permite realizar la acción, el seguimiento de esta alternativa sería construir otra que no depende automáticamente de la responsabilidad de la persona.

Los documentos también tienen que recoger el porqué y el compromiso de las acciones, no una lista de estas. No debe entenderse la evolución como una línea sucesiva de teorías superadas; por el contrario, se da la continuidad de explicaciones biomédicas, conductuales y sociales en los servicios. Este límite hace necesario anticipar consecuencias que pueden ser indetectables si solo se toma en consideración o n la finalidad que necesita la intervención. La revisión ética tendrá que observar la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas o la capacidad de corregir decisiones. En particular, es interesante discutir si la propuesta incrementa los esfuerzos en

aquellas personas que ya tienen restricciones. Saber de la existencia de un riesgo nos permite no dejar de lado la acción, sino poner en la balanza varias alternativas y elegir la correspondiente al proyecto ajustado para defender.

La revisión puede valorar el cambio de prioridades, el grado de participación comunitaria, el reparto de recursos para la acción, teniendo en cuenta que el cambio de lenguaje no equivale al cambio de prácticas. La elección de los indicadores debe responder a una pregunta de mejora y debe ser lo suficientemente sencilla como para poder ser utilizada en el propio trabajo habitual. Cada medida requiere una definición, un periodo de tiempo y una fuente de dónde obtenerla; cuando sea necesario, requiere también numerador y denominador. Los cambios se interpretan conjuntamente con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué ha ocurrido un resultado. La devolución comprensible permite ajustar el plan y, allí donde sea necesario, decidir qué conviene mantener, qué conviene cambiar o profundizar en qué conviene investigar (Marmot et al., 2008).

1.3. Determinantes estructurales de la salud

Los determinantes estructurales señalan de qué forma se producen las posiciones sociales y dan cuenta de la razón que explica que las posiciones están asociadas a la existencia de oportunidades desiguales. En esta dimensión se contarían la organización económica, las políticas fiscales y laborales, los sistemas de protección, las relaciones de género, los procesos de discriminación, entre otros. Esta propuesta de los determinantes sociales permite ajustar el contexto sociopolítico con la estratificación social y con aquellas condiciones de vida en lo intermedio. Ciertamente, no se pueden ver literalmente todas y cada una de estas dimensiones desde un establecimiento sanitario, pero no hacerlo puede conducir a interpretar sus consecuencias como fallas más o menos individuales de las per-

sonas o de las familias (Solar & Irwin, 2010).

La teoría de las causas fundamentales sostiene que ciertos recursos protegen la salud mediante diferentes vías a lo largo del tiempo. El dinero, el conocimiento, el poder y las relaciones sociales permiten evitar riesgos o bien atenuar sus consecuencias. Link y Phelan advirtieron que solamente modificar las exposiciones próximas puede dar lugar a que las mismas condiciones que sustentan toda desigualdad fisiológica-cognitiva-situacional persistan en el tiempo. Por ejemplo, una intervención diagnóstica puede favorecer ante todo a personas con recursos para tener noticia de su existencia, trasladarse y ser atendidas, aun cuando el procedimiento se haya hecho formalmente disponible para toda la población (Link & Phelan, 1995).

La renovación de esta teoría indica que pueden persistir desigualdades, aunque cambien enfermedades y tecnologías preventivas. Este argumento no vacía de contenido la cuidada asistencia individual, sino que obliga a mirar cómo se distribuyen los beneficios de dicha asistencia. Para Enfermería, el reto crítico es saber quién queda sistemáticamente excluido del programa y por qué. Si las personas con empleo informal no pueden acudir durante la jornada laboral, aumentar la calidad del discurso educativo para que produzca efectos será una tarea inútil. El diseño del servicio ha de ser de tal forma que se utilice la intervención lo menos posible y al menor costo necesario para limitar la dependencia que supone el acceso respecto de los recursos privados (Phelan et al., 2010).

Una lectura estructural requiere prudencia al impedir la degeneración de decisiones, ya que la enfermera puede llegar a documentar barreras o a traducir sus propuestas a la hora de participar en espacios de la planificación. Si la enfermera puede documentar barreras, presentar propuestas, participar en espacios de planificación., todas estas cuestiones no deberían dejar de ser un aspecto más de las relaciones de trabajo del mercado laboral o de la política de vi-

vienda. Tal manera de definir el alcance asegura al equipo de llegar a cumplir expectativas irrealizables, y a su vez permite la detección de interlocutores. El informe piloto de trabajo comunitario ha de marcar la distinción entre las emergencias propias del establecimiento y aquellas a las que se hace necesario coordinar temas que inciden en decisiones propias de los poderes competentes con capacidad normativa y presupuestarias. Tal informe elaborado será capaz de dar la vuelta al análisis y transformarlo posteriormente en una agenda de actuación.

La posición social está configurada por instituciones y relaciones que distribuyen ingresos, prestigio, autoridad y oportunidades de acceso a bienes colectivos. Esta precisión coloca de una forma mucho más ordenada el análisis de determinantes estructurales de la salud: primero se delimita un problema y después se decide lo que puede interesar. Una formulación capaz debe permitir situarse en el reconocimiento de situaciones concretas, facilita realizar explicaciones y anticipar lo que podría ser una respuesta coherente. En el ámbito de la Enfermería, el concepto adquiere valor siempre que sirva para comprender una trayectoria de cuidado y para justificar decisiones. El uso del mismo no tiene que caer en un recurso de etiquetado que sustituya la escucha, o bien cerrar prematuramente la valoración. Por consiguiente, la interpretación mantiene una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Solar & Irwin, 2010).

Las reglas de contratación, la segregación residencial y la discriminación pueden proporcionar distintas exposiciones antes de que una persona acceda al recurso asistencial. Reconstruir esta relación y ofrecerla requiere volver al orden cronológico de los acontecimientos. No hay que centrarse en encontrar dos circunstancias que se presenten simultáneamente, sino tener en cuenta su interrelación o bien cómo una tercera podría explicarlas. Desde el concepto de entender, interesa mostrar el punto donde hay una respuesta que puede

cambiar el curso de la trayectoria. El análisis de la trayectoria debe tener en cuenta tanto restricciones como recursos protectores y, por lo tanto, se trata de evitar una lectura determinista. Tal distinción hace posible plantear acciones en función de la relación existente entre el recurso y el resultado, no atribuyendo todo cambio a la relación en cuestión (Link & Phelan, 1995).

El análisis debe indagar en quién decide, quién tiene los recursos y qué grupos se encuentran con permanentes obstáculos para ejercer derechos o recibir protección. Estas preguntas se van incorporando progresivamente, explicando su propósito y respetando la voluntad de no responder. La conversación tiene como fin producir la información suficiente como para acordar una acción, no para explorar desenfundadamente la vida privada. También es pertinente contrastar lo que se ha entendido con la persona e ir haciendo constar dudas cuando estas existen.

El lenguaje del registro debe servir para describir situaciones y apoyos dejando a un lado juicios de valor sobre motivaciones o carácter. Cuando aparecen prioridades distintas entre profesional y usuario, negociar el plan forma parte del cuidado y no hay que confundirlo con un obstáculo administrativo. Un posible caso que sirve de situación hipotética de aprendizaje es el siguiente: Dos personas que reciben la misma recomendación de reposo: una mantiene el salario y la otra pierde el ingreso necesario para alimentar a su familia. En esta discusión hay que distinguir hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan; posteriormente se tiene que identificar qué decisión hay que tomar ahora y cuáles hay que revisar más adelante. Este caso ni es un resultado de una investigación ni una pauta que sirve para aplicar automáticamente a cualquier familia; es únicamente útil para comprobar cómo en una situación cotidiana se transforma el sentido de una recomendación. Al resolverlo conviene justificar por qué se elige una opción y qué información puede provocar tener que reconsiderarla.

La Enfermería puede expresar los efectos del acuerdo laboral, sugerir recomendaciones inmediatas, así como también un añadido de evidencia para una respuesta institucional adecuada. La conversión de esta orientación en un plan se da a partir de precisar quién hará qué función, qué apoyo necesita y en qué momento se revisará el pacto. Hay que diferenciar la acción característica del equipo asistencial a una gestión que deriva en otra institución. Las expectativas se ajustarán a los recursos confirmados y a los gustos de las contrapartes situadas en el proceso; si la primera opción no viene bien el seguimiento permite intentar otra opción sin hacer caer la responsabilidad exclusiva en la persona. La documentación adjunta debe ser la que expresa el razonamiento y los compromisos adquiridos no simplemente una lista de acciones a realizar (Link & Phelan, 1995).

Reconocer una estructura no implica hacer una interpretación automática sobre cada uno de sus miembros u olvidarse de su capacidad de decidir. El límite requiere anticipar consecuencias que pueden estar oscurecidas cuando solo se está atento al objeto prioritario de la intervención. La revisión ética debe tener en cuenta la privacidad, la capacidad de decidir, el reparto de cargas y la posibilidad de dar marcha atrás. Es conveniente preguntar si la propuesta conlleva incrementar la carga de quienes ya tienen una capacidad disminuida. Considerar un riesgo no implica suponer, sino comparar y decidir una respuesta adecuada.

Conviene observar una distribución de las barreras y los apoyos en función de las posiciones sociales que se estimen relevantes, desde el registro de los límites, como de la protección de la información sensible. La selección de los indicadores debe responder a una pregunta de mejora y ser lo suficientemente fácil de utilizar durante la actividad habitual. Los indicadores precisan ser definidos, especificando el periodo y una fuente conocida; e incluso, cuando proceda, exigir un numerador y un denominador; y los cambios deben ser interpretados ineludiblemente teniendo en cuenta el contexto, las pér-

didas de seguimiento y la historia de las personas. Por sí misma, la cifra no explica el por qué é de un resultado. La devolución entendida es la que hace revisar el plan y decidir lo que es interesante conservar, modificar o investigar. (Solar & Irwin, 2010).

1.4. Determinantes intermedios de la salud

Los determinantes intermedios son los aspectos a partir de los cuales la posición social genera influencias sobre las exposiciones y la salud. Se refieren a las condiciones materiales; las condiciones psicosociales, las prácticas y las características del sistema de salud. La comida, el hacinamiento, el transporte urbano, la inseguridad del barrio producen efectos sobre el riesgo de enfermedad como sobre la posibilidad de cuidarse. La revisión sobre diabetes de Hill-Briggs et al. articula estas relaciones y las organiza como factores del entorno socioeconómico, físico, alimentario, asistencial y social. La lectura de la revisión favorece planes que construyan el lugar de la factibilidad de lo cotidiano en relación al autocuidado (Hill-Briggs et al., 2021).

Las vías materiales y psicosociales son interdependientes. Una casa insegura puede dar lugar a una exposición ambiental, a alteraciones en el propio descanso y a una preocupación continua; un trabajo que produce inseguridad puede incidir en las comidas y el acceso a los controles. Powell-Wiley et al. informan sobre interacciones entre los determinantes sociales, la enfermedad cardiovascular y los mecanismos biológicos que los relacionan con el estrés y la inflamación. Estas conexiones deben ser interpretadas y no significan que cada una de estas experiencias adversas equivalga a una de las causas individuales probadas: gran parte de la evidencia es observacional y los mecanismos se van conectando a través de las exposiciones acumuladas a lo largo de la vida (Powell-Wiley et al., 2022).

La valoración de Enfermería puede ir reconstruyendo esta in-

teracción a través de un sistema sencillo: condición observada, dificultad producida, posible consecuencia y respuesta pactada. Una familia tiene agua almacenada, puesto que el suministro de agua es intermitente; el almacenamiento incrementa las necesidades para el manejo seguro; el equipo mezcla educación adecuada con articulación ante el servicio responsable. La intención no es puntuar cada una de las circunstancias, sino entender cuál es el obstáculo que provoca la decisión respecto de los cuidados a prestar. Y las preguntas deben adecuarse al motivo de atención y no extenderse en exploraciones que no llevan a una respuesta concreta.

El sistema sanitario también es parte de esas condiciones. La distancia, la continuidad del personal, la forma de trato y el modo de llevar a cabo los trámites, pueden hacer que disminuyan o se agraven las barreras existentes; para ello, las intervenciones sociales no se limitan a derivar fuera de la institución. Revisar las citas perdidas, los tiempos de espera y las exigencias documentales sirve para detectar barreras producidas por el propio servicio. Por ejemplo, el establecimiento de una política de reprogramación flexible o la presentación de una explicación comprensible puede facilitar el acceso sin que la persona tenga que modificar previamente sus condiciones económicas o familiares.

Las condiciones materiales, los procesos psicosociales y el funcionamiento del sistema sanitario representan vías mediante las cuales la posición social puede influir en la salud; esta precisión tiene por objetivo organizar el análisis de determinantes intermedios de la salud: se delimita primero el problema para decidir posteriormente qué información será relevante. Una formulación útil ha de facilitar la capacidad de reconocer situaciones con criterios concretos, comparar explicaciones e incluso anticipar qué respuesta podría ser la más coherente. Dicho concepto en Enfermería tiene un potencial valor en la medida en que permite conocer cómo se realizó ese itinerario del cuidado, cómo se justificarían decisiones y eso, no se debe

convertir en una etiqueta que suprima la escucha y / o precipitar la valoración. Así se da una combinación de forma de interpretación, manteniéndose la vinculación explícita existente entre el saber, el contexto y la responsabilidad que tiene la práctica profesional. (Hill-Briggs et al., 2021).

La superpoblación, la inseguridad alimentaria, los recorridos extensos, la atención fragmentada pueden asociarse y trabar el descanso, la organización familiar y la continuidad de la terapia. Reconstruir esta relación implica tener en cuenta el eje cronológico de los hechos. No basta con haber hecho coincidir dos circunstancias en un mismo espacio: es necesario analizar cómo se enlazan y qué otras explicaciones pudieran participar en el resultado. A partir del conocimiento conceptual, interesa fijar el momento en el cual una respuesta puede cambiar el recorrido. El análisis deberá reconocer restricciones y recursos protectores y no caer en una lectura determinista. La diferencia permite articular acciones proporcionadas y no atribuir todos los resultados a una única condición social (Powell-Wiley et al., 2022).

La valoración puede recrear una jornada normalizada, indicando dónde se encuentra el lugar para dormir, cómo se obtiene comida, quién se encarga de atender la situación y cuánto cuesta ir a la consulta. Gradualmente se van diciendo estas cuestiones, explicando para qué sirven, respetando la decisión de no contestar, por supuesto, y la conversación debe resultar en una elaboración de la información suficiente para acordar un tipo de práctica, no en un descubrimiento ilimitado acerca de la privacidad.

Por otra parte, es necesario poner en contraste lo comprendido con la persona y realizar anotaciones sobre las incertidumbres cuando existan. El lenguaje del registro debe ser el lenguaje que describe las circunstancias y las ayudas, y debe establecer las pautas para no juzgar en cuanto a motivaciones o caracteres de las personas.

Cuando hay diferentes prioridades entre la práctica profesional y la del usuario, lo que hay que hacer es negociar el plan, el cual se incorpora en el propio cuidado y es distinto al obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje conviene hacer un análisis del siguiente caso: Una familia tiene agua solo ciertas horas; almacenar el agua ocupa espacio físico y cambia las rutinas para limpiar y preparar la comida. La discusión ha de realizarse a partir de una serie de hechos que son conocidos, interpretaciones y datos que son desconocidos. Posteriormente, es necesario identificar qué decisión ha de tomarse en este preciso momento, y qué decisión debe revisarse más adelante. No es para nada el resultado de una investigación, ni tiene la intención de marcar un camino que pueda tener una aplicación automática en todas las familias; su utilidad es la de mostrar de qué manera una circunstancia de carácter cotidiano altera el sentido de una recomendación determinada.

Tanto el proceder en resolverlo como el darle respuesta permite explicar por qué se elige una alternativa y qué información podría ser necesaria para cambiar el sentido. La respuesta también precisa conocer el uso real del agua, acordar medidas viables y tratar los problemas del suministro evitando la responsabilidad exclusiva de la familia. Para poder pasar de las recomendaciones a un plan, también hay que concretar quién deba hacer qué actividad, qué apoyo necesita y cuándo se deberá revisar el acuerdo.

Se debe hacer una distinción entre el equipo que lleva a cabo una acción de la que no se es responsable porque pertenece a otra institución, por lo que hay que remediar expectativas a partir de los recursos confirmados y de las preferencias de quien participa de la acción o de la intervención. Si no se puede atender la primera alternativa se logra un acompañamiento que permita explorar la otra alternativa sin endosar la responsabilidad de la primera a la persona. La documentación debe dejar claro el razonamiento y los compromisos asu-

midos, no únicamente una lista de actividades (Hill-Briggs et al., 2021).

Describir exposiciones sin interrelaciones puede dar lugar a una lista inabarcable sin mostrar las prioridades o cuáles de ellas pueden ser objeto de cambio. Dicha frontera marca la necesidad de anticipar las consecuencias de la tarea que pueden ser pasadas por alto por la mirada menos holística desde la cual se construye la meta de la intervención. La revisión ética debe tomar en consideración información sobre la privacidad, la autonomía, la distribución de esfuerzos, la rectificación de errores y el riesgo de la propuesta concreta si se puede hacer una actualización de lo que se ha ejecutado por las personas que ya estaban más restringidas, ya que percatarse de un riesgo no equivale a dejar de lado la acción, sino que es una comparación de distintas alternativas desde una respuesta que se entiendan como compensadas,

El seguimiento tiene que distinguir entre la modificación de la condición material, de una adaptación familiar y de un resultado sanitario, ya que no siempre van en paralelo. La selección de los indicadores tiene que responder a una pregunta de mejora y ser suficientemente sencilla para aplicarlos en la habitualidad del trabajo. Cada medida requiere una definición, un período y una fuente que sea reconocible, y cuando corresponda también se incluye numerador y denominador. Las variaciones deben ser interpretadas junto con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra descontextualizada no explica por qué ha sido ese resultado concreto. La devolución bien elaborada permite revisar el plan y tomar decisiones sobre qué merece la pena mantener, qué debe ser adaptado, y la que justifica una investigación más exhaustiva (Hill-Briggs et al., 2021).

1.5. Modelos explicativos de los determinantes sociales

Los modelos dan lugar a relaciones conceptuales que permi-

ten organizar información y apoyar decisiones. Los enfoques ecológicos comprenden niveles personales, interpersonales, organizativos, comunitarios y políticos. Stokols señala que las intervenciones que se centran solo en conductas son incapaces de abarcar las condiciones ambientales que apoyan o cortan dichas conductas. Una estrategia de promoción de la actividad física puede permitir juntar habilidades personales, apoyo grupal, espacios exentos de peligros y acuerdos a nivel municipal. La importancia del modelo radica en mostrar oportunidades complementarias de intervención y en evitar que una única actividad educativa represente todo un programa de promoción (Stokols, 1996).

La cuestión ecosocial pregunta de qué forma las relaciones sociales llegan a incorporarse biológicamente a lo largo de la vida y entre generaciones. Krieger hace el enlace de la explicación epidemiológica con la historia, el poder y los patrones de exposición. Para la Enfermería, esta mirada invita a hacer un recorrido de trayectorias y a reconocer que una condición clínica puede ser la expresión de procesos acumulativos. No se intenta sustituir la evaluación biológica por una interpretación social, sino que se pretende relacionar ambas dimensiones. La historia laboral, la discriminación, la vivienda, el cuidado hacen emerger aquellos elementos que ayudan a comprender diferencias que una medida clínica aislada no lograría explicar (Krieger, 2001).

Diferentes esquemas que muestran representaciones multicapa son útiles para el fin didáctico, en la medida en que muestran que las personas están colocadas en redes y en contextos. No obstante, una imagen de círculos concéntricos puede incurrir en el error de sugerir que todas las capas pueden funcionar de manera independiente o que las capas exteriores no pueden cambiarse. El equipo tiene que explicitar qué relaciones existen, qué mecanismos operan en el proceso y quiénes son los interlocutores de esa relación.

En la planificación hay que optar por seleccionar un principal y complementar con otro de manera que se evite acumular esquemas sin que ello signifique describir una misma variable con diferentes nombres o mejorar la comprensión del eventual problema. Una propuesta didáctica sería analizar el abandono de controles prenatales a partir de los distintos niveles. En el plano individual pueden surgir las inseguridades; en el plano familiar, las necesidades de cuidado; en el plano del servicio, los horarios; en el plano del territorio, el desplazamiento irregular; en el plano político, la debilidad en la protección económica.

Este tipo de modelo analítico no supone que todos los obstáculos sean evidentes, sino que hace orientar la entrevista y la observación para contrastar las hipótesis con la experiencia de la gestante. El modelo es sólo una herramienta de información y planificación, no un recurso de reemplazo a la escucha o una respuesta mecánica.

Los modelos son unas ayudas para ordenar las relaciones; no sustituyen las explicaciones del contexto ni convierten todas las variables dibujadas en causas demostradas, esta aclaración hace otras precisiones sobre el análisis de modelos explicativos sobre determinantes sociales, donde primero se delimita el problema y después se determina qué información hay que recoger y qué es la relevante. Una buena formulación ayudará a reconocer situaciones concretas, pero también servirá para contrastar explicaciones y para predecir qué respuesta sería coherente. Para el ámbito de la Enfermería, el concepto tiene valor cuando sirve para comprender una trayectoria del cuidado y justificar decisiones. Su uso no debería terminar siendo una etiqueta que sustituye la escucha o cierra prematuramente la valoración. La interpretación con ello mantiene un explícito vínculo entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Stokols, 1996).

Un modelo ecológico permite situar niveles de influencia,

mientras que un enfoque de curso de vida se orienta más hacia la acumulación y secuencia de exposiciones.

Reconstruir mencionado vínculo implica tener en cuenta el orden temporal de los hechos y no buscar que haya dos circunstancias que tengan lugar en un mismo momento sino analizar qué é conocer cómo se relacionan y qué otras explicaciones pueden tener lugar. A partir de la comprensión del concepto lo que debe interesar es qué nivel las respuestas pueden hacer que se cambie la trayectoria. La lectura permitirá evidentemente identificar las limitaciones o los factores protectores y conseguir una lectura muy alejada de una posición determinista. La distinción que pueda establecerse permitirá á proponer acciones equitativas y no correlacionar todos los resultados a la misma condición social. (Krieger, 2001).

Antes de aceptar un modelo es necesario preguntarle qué decisión va a orientar, qué mecanismos va a ofrecer y qué información sería necesaria para contrastar los mismos. Estas preguntas se incorporan de modo gradual, se dan las explicaciones que se consideran oportunas y se respeta la decisión de no responder. La conversación tiene que dar suficiente información acerca de cómo se tiene que actuar respecto a la acción a llevar a cabo y no de una exploración sin límites de la vida privada. También es conveniente contrastar lo que se ha entendido con la persona que se está valorando o atendiendo y registrar las dudas cuando estas aparecen. El lenguaje del registro debe describir circunstancias y apoyos, huyendo del lenguaje que juzga la motivación o el carácter de la persona; cuando aparezcan prioridades diferentes entre el profesional y la persona que se valora, la negociación del plan forma parte del cuidar y no tiene nada que ver con un obstáculo administrativo.

Un caso que podría aparecer como situación hipotética de aprendizaje puede ser el siguiente: Un equipo analiza el abandono de los controles por medio de un mapa donde se distinguen decisiones

personales, apoyo familiar, transporte, horarios, requisitos administrativos. La discusión tiene que distinguir entre hechos sabidos, entre interpretaciones ajenas y datos que faltan. A continuación, toca identificar qué decisión es necesaria en este momento, así como aquellas que requieran una revisión posterior, puesto que el caso no es uno de los resultados de una investigación ni una norma que pueda trasladarse automáticamente a todas las familias.

En tal sentido, su utilidad radica en mostrar que una misma circunstancia cotidiana puede cambiar el significado de una recomendación. En el proceso de solucionar este caso, conviene explicar por qué se opta por la elección de una u otra opción e incluso qué información puede hacer que la reconsideración sea necesaria. La utilidad del mapa se deja ver cuando da lugar a hipótesis comprobables y a acciones diferenciadas y no cuando incrementa la red de círculos o flechas. La transformación de tal orientación en un plan requiere de precisar qué persona va a realizar cada tarea, qué apoyos necesita cada persona y cuándo se revisa el acuerdo. Es necesario establecer una diferenciación entre una acción propia del equipo y una gestión que depende de otra institución. Las expectativas deben ajustarse a los recursos confirmados y, además, a las preferencias de quienes están participando. Caso este no fuera el caso de que la primera alternativa no fuera una opción, el seguimiento permite la opción de explorar otra sin devolver directamente la responsabilidad a la persona. Para que pueda aparecer en la documentación, deberá aparecer el razonamiento junto a los compromisos asumidos, no meramente una lista de actividades (Stokols, 1996).

Usar categorías sin definir las puede ocultar relaciones de poder o hacer parecer que todos los niveles tienen la misma propiedad de modificación. Este mismo límite obliga a anticipar consecuencias que pueden pasar desapercibidas si se difumina el objetivo central de la intervención. La revisión ética debe incluir privacidad, autonomía, distribución de cargas y la posibilidad de remediación de

decisiones. También especialmente conviene hacerse la pregunta de si la propuesta incrementa los esfuerzos de quienes ya sufren restricciones. El identificar un riesgo no significa el suspender toda acción, significa comparar posibilidades y elegir una respuesta que sea proporcional.

Puede revisarse si el modelo permitido para el de reconocer una barrera que antes no había sido reconocida, seleccionar una intervención y explicar los límites de la información disponible. Los indicadores habrá que seleccionar de acuerdo a la pregunta de mejora y a su vez podrá ser relativamente sencilla para ser utilizada en el trabajo habitual. Cada medida necesita de una definición, un intervalo y una fuente reconocible; cuando corresponda también necesitará de numerador y denominador. Los cambios se habrán de leer acompañados del contexto, de las pérdidas de seguimiento y de la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué sucedió un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o lo que conviene investigar de forma más profunda (Stokols, 1996).

1.6. Desigualdades e inequidades en salud

Una desigualdad es una diferencia observable en un indicador; una inequidad, como expresan Kawachi et al., es asociarla con un juicio sobre su condición de injusto y modificable. La mencionada distinción demanda una mirada sobre qué grupos se comparan, qué resultados medir y qué procesos los producen. El léxico de Kawachi et al. expresa que la interpretación cambia al estudiar diferencias que incluyen, por ejemplo, individuos, grupos sociales o espacios. Una diferencia por edad en determinadas enfermedades no es igual que una brecha persistente de acceso asociado con discriminación o privación material (Kawachi et al., 2002).

La reducción del promedio de enfermedad no basta para afir-

mar que se han disminuido las inequidades. Un programa puede tener un resultado medio mejor sin tener en cuenta que lo obtienen principalmente quienes ya gozaban de mejores condiciones. La revisión de Bambra et al. muestra límites importantes en la evidencia de efectos distributivos de intervenciones sobre determinantes sociales. Esta evidencia avala que se introduzca la perspectiva de equidad desde el diseño, es decir: determinar qué grupos son relevantes, evaluar cuál es la cobertura efectiva que se obtiene y analizar los resultados desagregados. No disponer de datos sobre la distribución no quiere decir que no existan desigualdades, ni que existan pruebas sobre que se esté actuando de forma equitativa (Bambra et al., 2010).

En un ejemplo imaginario, la cobertura de una actividad pasa del 50 al 70 por cada 100 habitantes, pero dicha actividad, para las personas que viven apartadas del centro, apenas ha cambiado. El aumento de cobertura que se refleja en el resultado final es real, pero la frontera territorial sigue existiendo. El análisis irá en la línea a comparar denominadores equivalentes y entender las modificaciones de la propia población atendida. También es relevante enfocar la mirada a las diferencias absolutas y relativas ya que estas dos frecuentemente pueden evolucionar en direcciones diferentes.

La forma de presentar los resultados deberá exponer los resultados de aquellas medidas en un lenguaje explícito para que no solo sean los grupos de actores comunitarios los que tienen algo que decir en el proceso de interpretación de los resultados y también serán quienes no solamente han recibido números y cifras aisladas de lo que se ha hecho; la identificación de las inequidades no ha de convertirse en un ejercicio de etiquetado. Los datos por etnicidad, diversidad, sexo o condición de migrante requieren cualidad, seguridad y participación de los grupos designados. Las categorías mal establecidas e indefinidas pueden hacer invisibles las divergencias de lo interno o bien reproducir estereotipos o ideas preconcebidas.

Cuando se muestra que los registros están incompletos, se da pie a reconocer la incógnita e irla subsanando sin interrumpir la acción. La Enfermería puede llegar a combinar información cuantitativa con historias de acceso, observación de procesos y revisión de casos, documentando qué evidencias apoyan cada experimento y qué preguntas permanecen sin respuesta.

Una diferencia cuantificable no da información si es injusta por sí misma; el juicio de inequidad requiere escudriñar de manera intencionada procesos evitables y la distribución de las oportunidades. Esta precisión ofrece la posibilidad de coordinar el grado de desigualdades e inequidades de la salud: primero delimitar el problema y luego decidir qué información entraría en el análisis. Una formulación satisfactoria en esta línea debe permitir mostrar situaciones concretas, comparar explicaciones y predecir qué respuesta sería válida en el sentido previo.

En el terreno de la Enfermería, el concepto puede pasar a ser significativo siempre que el mismo esté en la línea de favorecer un tránsito de cuidado, de favorecer una explicación de decisiones en el ámbito del cuidado; no debe funcionar como etiqueta que sustituya la escucha, ni cerrar prematuramente una valoración. Así, la interpretación retiene una relación explícita entre el saber, el contexto y la responsabilidad profesional (Kawachi et al., 2002).

Un programa puede ayudar a aumentar una media de cobertura y genera a la vez un incremento de la distancia de los grupos, la integración de la media (los que tienen un mejor acceso se beneficiarán más rápidamente de la oferta). Para reconstituir esta relación hay que tener en cuenta el orden en el tiempo de los acontecimientos. No se trata solo de dar con dos circunstancias en un momento dado, sino entender las interrelaciones y qué otras explicaciones pueden influir. Desde la comprensión conceptual la cuestión pasa a ser la identificación de un lugar donde, una respuesta puede cambiar un re-

corrido. El análisis tiene que tener en cuenta la intervención de las restricciones y de los recursos protectores, y evitar caer en una lectura determinista. Dicha distinción permite formular acciones propuestas proporcionadas, sin considerar que todos los resultados se expliquen a partir de una única condición social (Bambra et al., 2010).

Es importante también especificar qué grupos son los que se contrastan, qué resultado se mide y si los datos permiten observar diferencias absolutas, relativas o ambas a la vez. Estas posibles preguntas se introducen de forma gradual, explicando el sentido que tienen y respetando la decisión de no responder. La conversación tiene que producir cierta información suficiente como para acordar una acción, no una exploración ilimitada de la vida privada. También se debe contrastar lo que se comprende con la persona y registrarlas cuando existen ambigüedades y las explicaciones de los conflictos.

El lenguaje del registro debe modelar circunstancias y apoyos, evitando juicios sobre las motivaciones o el carácter. Cuando surgen prioridades diferentes en el profesional y la persona, la negociación del plan no es un obstáculo administrativo, sino que forma parte de la red del cuidado. Se puede considerar, como situaciones hipotéticas de aprendizaje, el siguiente caso: La cobertura es mayor en la propuesta de cobertura para dos barrios, pero en el barrio mejor conectado, la cobertura se amplía aún más; el resultado global puede ser compatible con aumentar la brecha territorial. En el momento de discutir, hay que distinguir entre hechos, entre interpretaciones y entre datos faltantes. Luego se trata de indicar qué decisión se debe tomar ahora y cuáles requieren revisarla posteriormente. El caso no es, en sí mismo, el resultado de una investigación y no proporciona la regla que habrá que aplicar a todas las familias. Su aportación se encuentra en cómo un hecho cotidiano cambiará el sentido de una recomendación. A la hora de resolverlo es conveniente cambiar datos y explicar por qué se escoge una alternativa y qué datos hacen que ahora se deba reconsiderar. El equipo tendría que revisar las barreras

de los grupos menos alcanzados e ir modificando recursos, sin dar la impresión de que están despreciando su menor participación. Para pasar a un plan de esta orientación se tiene que fijar quién hace qué tarea, qué nivel de apoyo se necesita y cuándo se revisará el acuerdo. Es importante diferenciar una acción propia del equipo de una gestión que depende de otra institución. Las expectativas hay que ajustarlas a los recursos confirmados y a las preferencias de las personas que participan. Si la primera alternativa no se da, el seguimiento permite abrir otra en lugar de cargar con la responsabilidad de la persona. La documentación debe mostrar el porqué y los compromisos asumidos, no solo una lista de actividades (Kawachi et al., 2002).

Las comparaciones que no utilizan denominadores equivalentes o que provienen de un registro incompleto pueden dar lugar a la creación de una apariencia de mejora y de la asignación de recursos a necesidades poco bien estimadas. Esta limitación obligará a anticipar consecuencias que pueden hacerse invisibles cuando solo se considera el objetivo principal de la intervención. La revisión ética ha de tomar en consideración la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de corregir las decisiones. En particular, resulta apropiado interrogarse sobre si la propuesta incrementa las exigencias de personas que ya se encuentran impelidos por mayores restricciones. Encontrar un riesgo no implica desestimar toda acción, sino que hace falta establecer comparaciones y elegir una respuesta proporcionada.

Es interesante aportar resultados generales y resultados desagregados respectando el periodo, la fuente y los límites, y preservando el anonimato cuando los grupos son escasos. La elección de los indicadores ha de dar respuesta a una pregunta de mejora y mantener una simplicidad suficiente para poder ser utilizados durante el trabajo habitual. Cada medida exige una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando aplica también requiere un numerador y un denominador. El cambio debe ser interpretado atendiendo al con-

texto, a las pérdidas de seguimiento y a la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué se ha podido llegar a un resultado. Devoluciones comprensibles permiten revisar el proyecto y tomar decisiones sobre lo que conviene continuar, lo que se debe adaptar y lo que hay que investigar más (Kawachi et al., 2002).

1.7. Equidad y justicia social en salud

La equidad establece cómo sostener la distribución de oportunidades y recursos en función de las necesidades existentes y de los obstáculos con los que las personas cuentan. Esta idea no significa que todas las personas tengan que recibir exactamente la misma intervención. Braveman propone medir la equidad con respecto a aquellas desventajas sociales que se relacionan sistemáticamente con peores condiciones de salud. En la práctica, esto significa ello revisar quién tiene las potencialidades de poder sacar partido de la prestación de la que se está hablando. Una visita nada deseada para las familias puede tener efectos dispares si hay algunas familias que requieren transportes adaptados , traducciones o cuidados para la atención a los dependientes (Braveman, 2006).

La justicia social facilita la formulación de interrogantes entorno a la distribución, al reconocimiento y a la participación. Importa el qué se distribuye, el de qué manera se hace la distinción entre las personas y quién tiene capacidad para decidir. Braveman, et al. afirman asociar y vincular las desigualdades en salud con desigualdades sistemáticas que afecta a las personas que son socialmente desfavorecidas. Esta definición no obliga a mostrar todos los mecanismos causales antes de realizar una intervención, pero sí a explicar los motivos para priorizar. Para la Enfermería, la justicia se realiza en el día a día en el encuentro, pero también en la forma de organizar agendas, visitas y proyectos comunitarios (Braveman, et al., 2011).

Una estrategia desde la experiencia de la equidad permitiría

establecer una atención universal, pero podría incrementar la intensidad de las intervenciones cuando las barreras lo obliguen. Las prioridades tendrían que ser transparentes y revisadas, y preparadas con dignidad. No sirve con decidir que un grupo es prioritario, hay que señalar qué tipo de apoyo adicional hay, quién se hace cargo de ofrecerlo y cómo se comprueba la utilidad de ese apoyo. El utilizar criterios explícitos hace disminuir la arbitrariedad y evita que la atención dependa de lo insistente, de tener conexiones o de la capacidad para poder reclamar. La prioridad es la respuesta a necesidades fundamentadas, no un favor discrecional.

La valoración ética también incluye los posibles efectos no deseados. Una visita domiciliaria puede ser una forma de facilitar un acceso diferente, y en ocasiones puede suponer la exposición de información sensible, porque se puede hacer de forma no consensuada, o puede hacerse en circunstancias de escasa privacidad. Un programa focalizado puede lograr la mejora de recursos y llegar a producir estigma, si es que se identifican sus participantes pública y localmente. El equipo tiene que anticipar esas tensiones junto a las personas que participan.

La justicia ante la salud implica que los resultados en salud sean benéficos, que los procedimientos sean legítimos, y que el modo de trato sea digno; o sea, que no se compense automáticamente la ausencia de uno con la presencia del otro en la intervención comunitaria. La equidad implica justificar la distribución de los apoyos según las necesidades y los obstáculos, pero la justicia también pregunta por los procedimientos, por el reconocimiento y la participación. Esta precisión ha ayudado a articular el análisis de equidad y justicia social ante la salud, primero a definir el problema y después a llegar a consensuar qué información es relevante. ¿Hasta qué punto una formulación ayuda a reconocer situaciones concretas, a comparar explicaciones y a anticipar cuál sería la respuesta coherente?

El término en Enfermería también solo tiene sentido para entender un recorrido de cuidados y permitir justificar un conjunto de decisiones. Su uso no ha de convertirse en una etiqueta que sustituya a la escucha ni cierre la valoración de forma prematura. La interpretación a partir de ahí mantiene, entonces, una forma explícita de relaciones entre saber, contexto y responsabilidad profesional (Braveman, 2006). El ofrecer una actividad determinada a todas las personas puede comportar beneficios a las personas que lo reciben que son desiguales, pero si el transporte, el idioma, el tiempo o la atención familiar son desiguales, la reconstrucción de esta relación exige mirar el orden cronológico de lo que se plantea.

No se deben encontrar solamente dos circunstancias en un mismo tiempo, sino analizar cómo se articulan y qué ejes explicativos pueden entrar en juego. Desde la comprensión conceptual, interesa poner el acento en el punto donde una respuesta puede modificar el recorrido a seguir. El análisis debe al mismo tiempo reconocer restricciones como recursos protectores y huir de lecturas deterministas. Esta distinción permite formular acciones proporcionadas y evitar que toda la lógica de la explicación recaiga en una única condición social (Braveman, et al., 2011).

La deliberación debe ponerse la pregunta de quién queda fuera, qué desembolso tiene la propuesta y qué criterio da cuenta de una asignación adicional de recursos. Estas preguntas se van incorporando de forma gradual, o bien expresa su objetivo o bien respeta la decisión de que no sea el momento para hacerlo. La conversación debe facilitar información suficiente para acordar una acción, no para dar pie a una exploración infinita de la vida privada. También vale la pena poner a prueba lo entendido con la persona y registrar las incertidumbres cuando surgen del intercambio. El lenguaje del registro debe dar cuenta de circunstancias y apoyos, no juicios sobre la mo-

tivación o el carácter. Cuando haya prioridades en disputa entre un profesional y una persona, la negociación del plan forma parte de la atención y no es un obstáculo administrativo.

Como una situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Un servicio con el que se ofrecen turnos equivalentes, aunque algunas personas tienen la necesidad de interpretación o acompañamiento para entender las indicaciones o el recorrido de atención. La discusión deberá diferenciar entre hechos bien conocidos, interpretaciones y los datos que no se conocen. Seguidamente deberá determinarse qué decisión es la que hay que tomar ahora y cuáles serán las que han de revisarse posteriormente.

En este sentido, el caso no es el resultado de una investigación ni tampoco es una norma que sirva para todos los casos de manera automática. Su teórica eficacia reside en que pone de manifiesto cómo un hecho cotidiano puede alterar el sentido de una recomendación. Es conveniente explicar cuál es la alternativa que se escoge y qué tipo de datos podría hacer necesario cambiar de opinión al respecto. Una respuesta proporcionada puede mantener una base común de atención, pero también puede ir más allá por medio de apoyos específicos, criterios transparentes y posibilidad de revisión. Para dar forma a esta orientación, habrá que especificar quién realiza cada cosa, qué tipo de apoyo necesita y cuándo se revisará el acuerdo.

Por ello, es de suma importancia el saber distinguir, pues el apego a una acción propia del equipo y a una gestión dependiente de otra institución es muy grande. Las expectativas tienen que ir acotadas a los recursos confirmados y a las preferencias de las personas que participan. En caso de que la primera alternativa no resultara técnicamente viable, el seguimiento permitirá encontrar el camino a otra sin el riesgo de responsabilizar directamente a la persona que

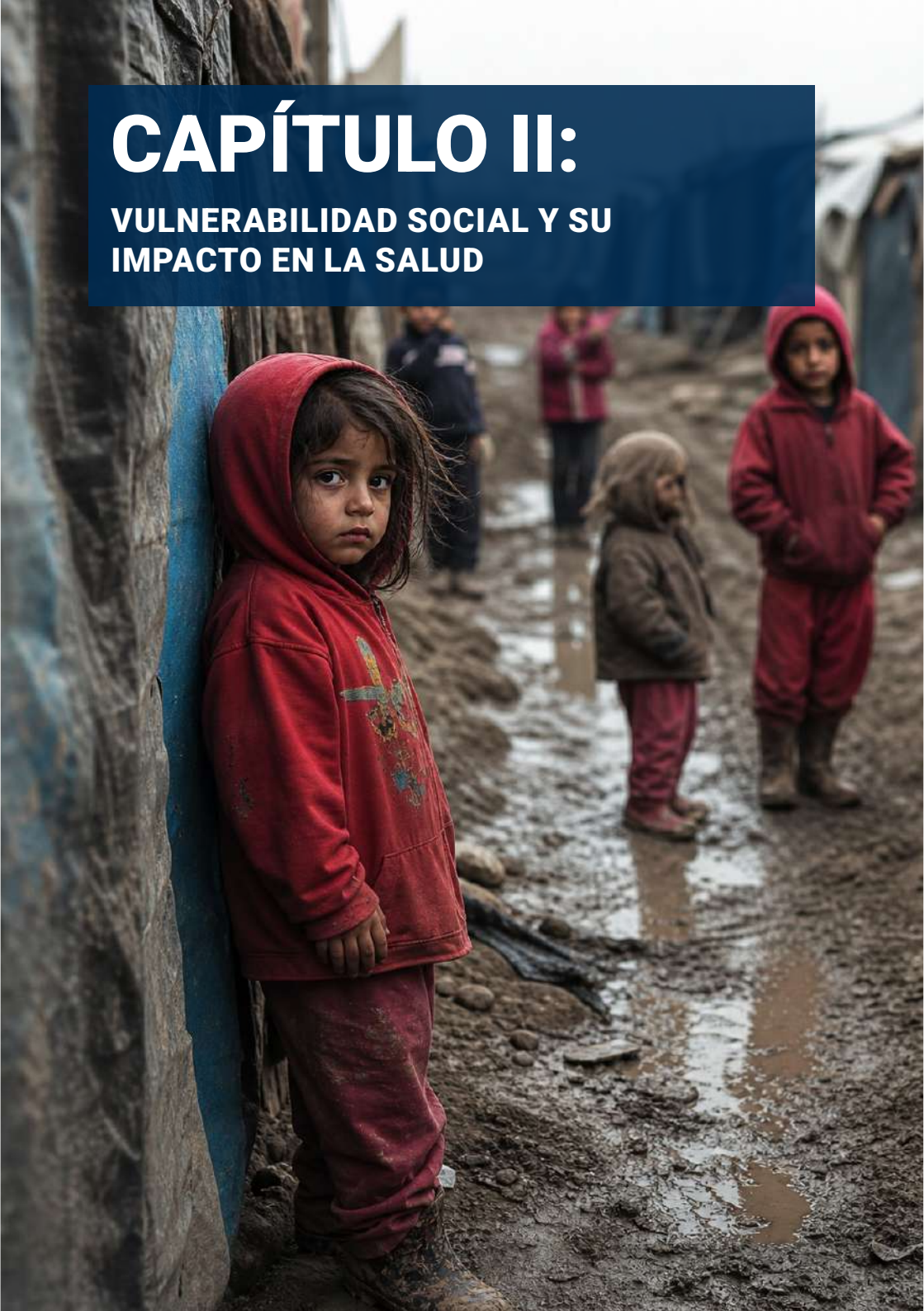
pueda haber hecho la propuesta. La documentación tiene que reflejar el razonamiento que se sigue y con el compromiso colectivo que implica y no simplemente aparecer como una lista de actividades a hacer (Braveman, 2006).

La focalización de los apoyos utilizando etiquetas rígidas puede estigmatizar y puede hacer que se excluyan necesidades no tenidas en cuenta, o puede llevar a transformar un derecho en una ayuda discrecional. Esta limitación hace que haya que anticipar las consecuencias que pueden pasar desapercibidas al observar solamente el objetivo principal para el que se interviene. La revisión ética tiene que ir acompañada de privacidad, autonomía, distribución de cargas y posibilidad de corregir decisiones. Muchas veces le puede resultar interesante preguntarse si la propuesta incrementa esfuerzos en personas que ya están sufriendo mayores restricciones. El hecho de identificar un riesgo no implica la suspensión de toda acción, sino el comparar alternativas y optar por una respuesta proporcional.

La evaluación debe establecer quién recibió el apoyo, quién fue la persona que se benefició y quién asumió los costos; y estará bien revisar satisfacción y cumplimiento de actividades. El indicador ha de andar acompañado de una pregunta de mejora y ha de mantenerse lo suficientemente sencillo como para permitir utilizarlo en el trabajo habitual. Cada medida requiere de definición, periodo y fuente identificable; cuando le corresponde requiere también de numerador y denominador. Los cambios han de estar contextualizados, así como las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Un número solo no explica por qué ha ocurrido un resultado. La devolución comprensible tiene como una de sus finalidades volver a revisar qué aspectos es conveniente mantener, adaptar o investigar en profundidad (Braveman, 2006).

CAPÍTULO II:

VULNERABILIDAD SOCIAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD



La vulnerabilidad social se refiere a la relación existente entre la exposición, los recursos y la capacidad de respuesta; su análisis ayuda a entender cuáles son las razones por las que un mismo acontecimiento propicia efectos diferentes entre individuos o territorios. Este capítulo focaliza la atención a los procesos que intensifican esta relación y propone una interpretación que haga hincapié en las capacidades, los derechos, la diversidad, entre otros. Y, para Enfermería, el reto consiste en poder utilizar información en el ámbito social para ajustar el cuidado sin convertir las categorías del análisis en etiquetas fijas y permanentes. La vulnerabilidad puede llegar a aumentar, disminuir o tomar otra forma con la trayectoria de vida y de los cambios del entorno, al igual que la situación social puede verse intensificada.

2.1. Conceptualización de vulnerabilidad social

La vulnerabilidad no es un atributo que determine a grupos específicos. La vulnerabilidad se define como la posibilidad de sufrir un daño que se produce cuando determinadas exposiciones se vinculan con escasos recursos y la dificultad de adquirir protección. El modelo de Gelberg et al. incluye necesidades concurrentes, experiencias de victimización, condiciones de vivienda y salud mental como variables del acceso. Su aplicación en personas sin hogar imprimió la importancia de considerar una fuente habitual de atención y las prioridades que pueden competir con la búsqueda. Este estudio tiene que ver con una población o un contexto determinados, pero no describe la vulnerabilidad en cierta medida, de forma universal (Gelberg et al., 2000).

Las intervenciones poblacionales pueden generar diferentes resultados en virtud de la capacidad de las personas para hacer que los recursos ofrecidos se traduzcan en mejoras del estado de salud. Frohlich y Potvin hablaban de la concentración del riesgo a lo largo de la vida con relación a esta paradoja. Una campaña abierta puede llegar mayormente a las personas que tienen tiempo, información y

redes. Detectar tal posibilidad implica la integración de estrategias universales o generales con soportes adaptados a barreras concretas.

El diseño debe arrancar de aquellas condiciones de participación, como contrapartida a la obstinación de considerar que una invitación general es garantía de acceso efectivo (Frohlich & Potvin, 2008). La expresión de "personas en situación de vulnerabilidad" permite, sobre todo, definir el fenómeno en su carácter relacional y cambiante, ya que una persona mayor puede tener una red robusta, unos ingresos suficientes o sencillamente un acceso muy cerca, así como una persona joven puede tener experiencias familiares de violencia, desempleo y aislamiento. Ninguna de las características por separado permite establecer la totalidad de la situación.

En la entrevista, la Enfermería tiene que poder detectar qué condiciones amenazan la salud, cuáles son las más urgentes, así como qué recursos reconoce la propia persona. De esta evaluación se deriva que se evitan acciones paternalistas derivadas simplemente de la edad, del resultado del diagnóstico, de la procedencia o de la apariencia. Una formulación útil registra la exposición, la barrera, la capacidad y consecuencia probable. Por ejemplo, residencia temporal; dificultad para mantener los documentos; existencia de un apoyo proveniente de una organización de la propia zona; riesgo de interrumpir los controles. El registro habrá que actualizarlo porque puede haber variaciones.

También, es necesario diferenciar entre vulnerabilidad social y urgencia clínica, pues una puntuación social alta no sustituye a la evaluación de los signos de alarma. Las valoraciones son complementarias y pueden modificar la prioridad, el lugar de atención, la frecuencia del seguimiento, la necesidad de coordinarse con otros servicios, entre otras variables. La vulnerabilidad aludía a una relación entre la exposición y la capacidad de dar respuesta en un determinado contexto; por lo tanto, no hay una propiedad fija ni un sentido

automático de sinónimo de pobreza.

Esta precisión delimita el análisis de conceptualización de vulnerabilidad social: Primero se delimita el problema y luego se decide qué información al respecto es relevante. Una formulación útil debería poder reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones y anticipar que la respuesta que se daría sería coherente. En Enfermería, el término toma significancia en la medida que se utiliza para dar cuenta de una trayectoria de cuidados y de un modo de justificar decisiones; su utilización no debe convertirse en un rótulo que enmascare la escucha o la valoración. La interpretación mantiene así claramente su relación entre conocimiento, contexto y responsabilidad (Gelberg et al., 2000).

Una misma dificultad puede tener, en función de las redes existentes, de las reservas económicas, de la accesibilidad de los servicios y de la experiencia previa de discriminación, un significado distinto. Reconstruir la relación requiere revisar el cronograma de los acontecimientos; no basta con encontrar dos circunstancias en simultáneo, hay que observar en qué punto se invierten y qué otras explicaciones podrían jactarse de establecerse. Desde la lectura dinámica de la vulnerabilidad interesa un determinado punto donde una respuesta podría reconducir el trayecto; el análisis debe tener en cuenta restricciones y recursos protectores sin caer en determinismos. Esta distinción permite proponer acciones adecuadas sin reducirlo todo a una única condición social (Frohlich & Potvin, 2008).

La valoración tiene que acompañar qué amenaza pesa sobre la persona, a qué recursos se puede recurrir y qué cambio reciente ha provocado la ruptura del equilibrio cotidiano. Estas preguntas van integrándose de manera paulatina, para explicar el sentido que tienen y para respetar la opción de no responderlas. La conversación tiene que producir el caudal de información suficiente para acordar una acción y no puede fundamentarse en una exploración infinita de la vida pri-

vada. También se propone contrastar lo que ha llegado a ser comprendido con la persona y recoger las incertidumbres que pudieran existir.

El lenguaje del registro tiene que poder describir las circunstancias y los apoyos, eludiendo llegar a juicios sobre la motivación o la forma de ser. Cuando emergen priorizaciones diferentes entre profesional y usuario no deben sumar un retraso administrativo, sino que el contrato del plan es parte del cuidado. Se ofrece la siguiente situación hipotética como ejemplo de análisis de caso: una mujer adulta que había vivido de forma autónoma pierde en un momento dado a su principal cuidadora y a partir de entonces tiene dificultades para ir a comprarse comida y a las visitas de control. La discusión tiene que dividirse entre aquellos hechos que se conocen, aquellas interpretaciones que se hacen y los datos que faltan. Después hay que definir cuál es la decisión concreta que hay que hacer en este momento y cuáles son las que hay que revisar en un momento posterior.

El caso no es una evidencia de una investigación y no es una pauta para aplicar a cualquier familia. Su utilidad reside en dar a conocer cómo una circunstancia de la vida cotidiana puede transformar el sentido de una recomendación. En la resolución hay que argumentar qué lleva a seleccionar una opción y qué información puede hacer que se haga necesario enmendar la elección. El plan puede orientarse a reinstaurar apoyos en esa transición, pactando quién se hace responsable y cuándo revisarla. Para plasmar esta orientación en un plan, es necesario concretar quién hará qué tarea, qué apoyo necesita y cuándo se revisará el pacto.

Es fundamental diferenciar entre una acción del equipo respecto a una gestión que depende de otra institución. Las expectativas deben estar organizadas en relación a los recursos con los que se cuenta, y a las preferencias de las personas que intervienen. Si la primera alternativa no funciona a la larga, el seguimiento permite conocer otra alternativa sin que eso suponga una culpabilización auto-

mática de la persona. La documentación habrá de ser prueba del razonamiento y del pacto al que se ha llegado y no una única lista de actividades (Gelberg et al., 2000).

Observar de forma indefinida los rasgos de alguien definitivamente vulnerable puede impedir identificar capacidades, provocar un cierto paternalismo y/o confundir vigilancia en una situación que ya ha cambiado. Este límite obliga a prevenir aquellas consecuencias que pueden quedar al margen si la atención únicamente se centra en la finalidad inicial de la intervención. La reflexión ética debe recabar aspectos como pueden ser la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas o la posibilidad de corregir decisiones; Se puede preguntar si la propuesta, especialmente, implica incrementos de esfuerzos, para aquellas personas que ya viven algo más limitado, por ejemplo. El no detectar un riesgo no significa no hacer algo, sino que habrá que llegar a hacer el ejercicio de comparación y hacer adecuación de la respuesta.

Resulta adecuado fijarse en las trayectorias y en la recuperación de modalidades y apoyos y no solo en la categoría del correspondiente ingreso y/o en puntuaciones sin más. La elección de los indicadores ha de dar respuesta a una pregunta de mejora y ha de resultar lo suficientemente sencilla como para poder utilizarla durante el desarrollo del propio trabajo. Cada medida requiere de una definición, de un periodo y de una fuente de referencia, la cual, donde sea requerido, también requiere numerador y denominador, para el caso que corresponda. Los cambios han de ser entendidos de forma concomitante a la situación y con las pérdidas de seguimiento, la experiencia de las personas. Un número como cifra no es suficiente para explicar los porqués a partir de un resultado. Una devolución comprensible recupera el plan y genera la posibilidad de decidir qué conviene mantener, replantear o estudiar mejor (Gelberg et al., 2000).

2.2. Factores generadores de vulnerabilidad

La vulnerabilidad aparece mediante procesos acumulativos, tales como el empleo precario, los ingresos inestables, la violencia, la discriminación, las dificultades educativas y el deterioro del entorno. Las experiencias adversas en la infancia, como las describe la adaptación del modelo de Hughes, son un caso de exposiciones acumulativas, entre otras. Hughes et al. (2017) realizan una revisión y un metaanálisis en los que encontraron (asociaciones o correlaciones) relaciones entre las múltiples adversidades y las experiencias adversas de la vida adulta.

La heterogeneidad entre estudios permite no trasladar sus estimaciones a cualquier comunidad, pero sí señala la importancia de prevenir la violencia y de organizar las respuestas específicas de la comunidad que reconozcan la historia de las personas. Danese y McEwen revisan los mecanismos mediante los cuales las adversidades pueden estar relacionadas con los cambios en los sistemas de respuesta al estrés, siendo la carga alostática un ejemplo de desgaste acumulado, aunque no es una medida diagnóstica individual obtenida a partir de una pequeña entrevista. La implicación para Enfermería es la de asegurarse de que la historia traumática no sea obviada.

Una pregunta debe tener un propósito asistencial explícito, seguir el ritmo de la persona y estar acompañada de la posibilidad de apoyo o derivación correcta (Danese & McEwen, 2012). Las crisis económicas, los cambios de lugar o los desastres son, en suma, capaces de transformar un problema manejable a otro expuesto en extremo. Una familia que vive del ingreso cotidiano tendrá á escaso margen a una enfermedad dura. El perder el trabajo puede poner en peligro la vivienda, la alimentación o la continuidad terapéutica. El análisis debe centrarse en la relación entre necesidades, pero también se propende a la exploración de cambios recientes; la consulta previa no debería ser mostrada como la estabilizadora de esta última.

También hay que identificar quién asume de manera adicional la carga del cuidado y si esta redistribución aumenta las cargas del hogar. En el marco de la prevención, también hay que dar pasos antes de generar un daño severo a raíz de la acumulación.

El equipo es capaz de detectar las interrupciones cronificadas de los controles, las faltas a la escuela, las que van ligadas con el cuidado, las dificultades para alimentar a las familias o las señales de sobrecarga familiar. Estos son indicios que no justifican ni una vigilancia descontrolada, ni una conclusión apriorística, sino que sirven para establecer una conversación respetuosa, una valoración más global. Las respuestas han de estar ligadas a los principios de seguridad, de protección social, de continuidad en la atención y de procedimientos conocidos por el dispositivo.

La identificación temprana pierde su valor si la institución no ofrece formas concretas de atender las necesidades indicadas. Los factores generadores de vulnerabilidad pueden acumularse, interactuar, aparecer en diferentes momentos, es interesante su secuencia y no solo su cantidad; esta precisión ordena el trámite de análisis de los factores generadores de vulnerabilidad: primero se limita el problema y después se decide qué información es pertinente. Una formulación adecuada debe permitir que pueda determinarse el reconocimiento de situaciones concretas, la comparación de explicaciones y la anticipación de respuesta que sería correcta.

En el mundo de la Enfermería, el concepto como tal cobra un valor indiscutible en la medida que permite acceder a la explicación de una trayectoria de cuidados y poder justificar las decisiones que se van tomando. El empleo de este concepto no tiene que convertirse en una etiqueta que sustituya la escucha o dar por cerrada la valoración antes de tiempo. Así, la interpretación mantiene una relación explícita en la que se unen el conocimiento, el contexto y la responsabilidad de cada profesional en la práctica (Hughes et al., 2017).

Una pérdida de empleo, violencia, enfermedad, o desplazamiento puede llegar a alterar los ingresos y las redes simultáneamente configurando una disminución en las posibilidades de poder afrontar nuevas dificultades. Reconstruir la relación requiere de una consideración del orden temporal en que se producen los acontecimientos. No basta encontrar a la vez dos circunstancias, sino más bien el foco de cómo se pueden encadenar, y qué otras posibles explicaciones pueden llegar a interceder. Desde una lectura de la vulnerabilidad que es dinámica, interesa encontrar el foco a partir del que una respuesta puede llegar a cambiar el recorrido.

El análisis tiene que llegar a poner el foco en las restricciones y los recursos como protectores y atenerse a no poder llegar a un tipo de lectura determinista. Esta distinción permite indagar introduciendo acciones proporcionadas sin adeudo de los resultados que puedan articularse a partir de una sola condición social (Danese & McEwen, 2012). La entrevista puede incitar a preguntar sobre cambios recientes, suspensión de apoyos, preocupaciones urgentes, sin exigir relatos minuciosos de experiencias dolorosas. Dichas preguntas se van entrelazando progresivamente, explicando el sentido de su inclusión y aceptando el no responder. El flujo de información que está produciendo debe producir información suficiente para acordar la acción que se ha de llevar a cabo no para realizar una exploración sin límites de la vida privada. Del mismo modo, puede ser conveniente poner en contraste lo que se ha entendido con la misma persona para registrar cualquier duda que exista.

El lenguaje del registro debe describir circunstancias y apoyos y no debe incorporar juicios sobre la motivación o el carácter. Cuando surgen prioridades diferentes entre el profesional y el usuario, la negociación del plan es parte del cuidado y no obsta obtener el visto de la administración. Como situación hipotética de aprendizaje, puede estudiarse el siguiente caso: Una familia tiene que mudarse a una vivienda diferente porque ha tenido pérdida de ingresos y ha que-

dado lejos de la escuela, del centro de salud y lejos de personas que anteriormente les ayudaban.

La discusión ha de distinguir entre aquello que se conoce, la interpretación que se pueda hacer y aquello que se desconoce. Luego toca asumir qué decisión se debe tomar ahora y cuáles decisiones tienen que revisarse más adelante. El caso no es un resultado de investigación, ni la pauta que hay que aplicar a todas las familias. Su valor radica, precisamente, en mostrar cómo una circunstancia cotidiana automáticamente le cambia el sentido a una recomendación. Una vez explicado, se debe aclarar por qué se eligen unas alternativas y qué información puede ser relevante para que sea necesaria una revisión de lo decidido.

La primera respuesta tiene que contener las necesidades inmediatas y la continuidad de los cuidados, pero también debe establecer vínculos con los recursos y apoyos que ofrece el nuevo lugar de residencia. Para convertir esta orientación en plan de acción, se tiene que precisar quién se va a encargar de cada tarea, qué tipo de apoyo necesita cada una y cuándo se revisa el acuerdo. Es importante diferenciar una acción propia del trabajo del equipo de una gestión que depende de otra institución; las expectativas deben adecuarse a los recursos que hay que confirmar, así como a las preferencias de quienes participan. Si la primera alternativa no es posible, el seguimiento permite tener en cuenta otra sin que esto suponga automáticamente la responsabilidad de la persona; la documentación debe mostrar el razonamiento y el compromiso, no solo una lista de actividades (Hughes et al., 2017).

Una enumeración de adversidades no determina un trauma ni permite anticipar el futuro; su utilización exige precauciones y la necesidad de tener claro el objetivo de la intervención. Este límite obliga a anticipar las consecuencias latentes que pueden aparecer cuando se mantiene el objetivo de la intervención en el tipo de inter-

vención que se tiene diseñado. La revisión ética debe mirar a la creadora de privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas; y la posibilidad de la modificación de decisiones; Al detectar un riesgo no quiere decir que haya que paralizar toda acción, sino que es necesario comparar opciones y elegir una respuesta proporcionada. El seguimiento puede ser el estado de estabilidad de la casa, el acceso a los apoyos, la continuidad de la atención y la distinción de avances parciales o soluciones definitivas.

Debe responder a alguna pregunta de mejora, y ser lo suficientemente simple para utilizar en la práctica habitual la mirada de los indicadores. Cada medida debe identificar la definición y la época y la fuente reconocible; cuando corresponda; numerador y denominador. Todo cambio tiene que hacerse visible, según el contexto, las pérdidas de seguimiento o la experiencia de las personas. Una cifra sola no da sentido al por qué é de un resultado. La devolución comprensible permite mirar revisando el plan y decidir qué es conveniente conservar, adaptar, investigar más (Hughes et al., 2017).

2.3. Pobreza y exclusión social

La pobreza tiene dimensiones monetarias y no monetarias. Los ingresos permiten la adquisición de bienes y servicios, pero también la educación, la vivienda, la seguridad o las redes aumentan las condiciones de un vivir en salud. Lund et al. encontraron que la relación con los trastornos mentales comunes varía según la dimensión de pobreza utilizada. Este hallazgo atenta contra utilizar un solo interrogante de carácter económico como representación del conjunto de la situación familiar. La evaluación ha de incluir las restricciones materiales, la inseguridad y las consecuencias funcionales, a la par que deberá incluir los recursos protectores (Lund et al., 2010).

La relación entre pobreza y salud puede llegar a ser bidireccional, y la revisión de Ridley et al. explora evidencias que relacionan

los choques económicos con la salud mental mientras que la depresión y la ansiedad pueden limitar empleo o ingresos. Esta posibilidad de relación bidireccional genera círculos de desventaja y precisa respuestas coordinadas. El cuidado psicológico puede llegar a ser imprescindible, pero nunca será un sustituto del acceso a la cobertura económica; igual que el respaldo material no podrá ser un sustituto para el juicio clínico cuando hay síntomas persistentes. El cuidado integral atenderá ambas necesidades y prevendrá explicaciones excluyentes (Ridley et al., 2020).

La exclusión social ofrece nuevos obstáculos para la participación en instituciones, relaciones o decisiones. Puede manifestarse mediante requisitos difíciles de cumplir, trato discriminatorio, falta de acceso físico o falta de canales de información comprensibles. Puede haber una prestación formalmente existente, pero se puede encontrar aceptando que no se conoce el camino a seguir o anticipando el trato deficiente que se recibirá. La Enfermería podrá ayudar a transitar por los servicios, verificar la información y exponer la repetición de las barreras a quienes dirigen los programas.

Esa mediación ha de endosar la autonomía y nunca ha de convertir a la profesional de la Enfermería en el único punto de donde depende el acceso. En Ecuador, la investigación de Paxson y Schady (2010) sobre transferencias monetarias y desarrollo infantil evidencia que las políticas económicas pueden estar ligadas a resultados sanitarios y de desarrollo. La interpretación de los resultados obliga a tener en cuenta la naturaleza del programa, y la población asistida, además de los resultados efectivamente evaluados. No permite asegurar que cualquier transferencia genere los mismos resultados. Para el trabajo comunitario, permite rescatar el sentido de dar coherencia entre servicios de la salud y prestaciones de inclusión social, por considerar la elegibilidad, continuidad del beneficio o dificultad del procedimiento sin prometer resultados o ingresos que escapen al control del equipo.

La pobreza está conformada por restricciones respecto a recursos y posibilidades; la exclusión social se suma a estas limitaciones por crear dificultades para participar, ser reconocido/a y para utilizar instituciones en condiciones dignas. Esta precisión permite ordenar el trabajo de análisis de pobreza y exclusión social: primero se delimita el problema y posteriormente se establece qué información se considera relevante. Una formulación útil debe facilitar la identificación de situaciones concretas, la comparación de explicaciones, e incluso la anticipación de lo que esperaríamos que pudiera ser la respuesta coherente.

En el caso de Enfermería, el concepto adquiere enteramente sentido cuando se pone en juego, dentro de un trayecto de cuidado por comprender, para justificar arbitrar decisiones de una intencionalidad asistencial explícita; el recurso de la formulación no se ha de llegar a convertir en una clase de etiqueta, ocupando por sí solo el lugar que ocuparía la escucha y valoración. El indicio interpretativo mantiene de esta forma una vinculación explícita de la interrelación existente entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Lund et al., 2010). Costes de transporte, documentación compleja (dada la especificidad de cada caso) y horarios difíciles de compatibilizar pueden volver inaccesible un recurso que se presentara formalmente disponible como oportunidad.

Por ello, reconstruir esta vinculación requiere poner el foco en los órdenes temporales, a la vez que no basta con identificar circunstancialmente el hallazgo de dos sucesos en un mismo tiempo: importa poner en juego cómo se pueden conectar, y qué otras explicaciones hacerse, por medio de los modos de lectura que surjan. Desde la lectura dinámica de la vulnerabilidad, interesa identificar el lugar donde podría encontrarse una respuesta que pudiera revertirlo. El propio análisis ha de contemplar aquellas restricciones como aquellos recursos protectores y no debe presentar una lectura determinista. Esta distinción da la oportunidad de generar acciones ajus-

tadas y sin atribuir los resultados a una única circunstancia social (Ridley et al., 2020).

Es interesante contemplar presupuestos de necesidades para la atención, interrupciones de ingresos, experiencias en la burocracia, sin centrar la conversación en un montante. Estas preguntas se incorporan de modo gradual, con su intención de aclarar y respetar la decisión de no responder. La conversación ha de ser capaz de generar información suficiente para acordar una acción y no debe consistir en un análisis sin límite de lo privado. También es interesante contrastar lo que se ha entendido con la persona y registrar las incertidumbres cuando existan. El lenguaje del registro ha de dar cuenta del contexto y de los apoyos, evitando los discursos de motivación o de carácter.

Cuando surgen prioridades diferentes entre el profesional y la persona, la negociación del plan es una acción de llevar a cabo el cuidado y no un obstáculo administrativo. Un caso que puede ser objeto de análisis como situación de aprendizaje es el siguiente: una persona necesita aplazar la consulta porque debe valorar si le merece la pena pagar el desplazamiento o bien guardar el dinero para la comida, pese a que la consulta no tenga coste directo. Se debe separar la discusión de hechos conocidos, interpretaciones e información que falta. Luego toca la siguiente cuestión: Qué decisión se tiene que tomar ahora y qué decisiones requerirían revisión posterior.

El caso no trata de un resultado de una investigación, tampoco una pauta que se pueda aplicar automáticamente a todas las familias. Su utilidad consiste en un ejemplo que pone de relieve cómo una circunstancia del día a día cambia la dirección de una recomendación. Al resolverlo, conviene explicar por qué se elige una alternativa de respuesta y qué información podría haber exigido reconsiderarla.

El grupo atendido puede buscar opciones posibles de acceso,

acortando pasos que son específicos del servicio e informando en qué tipos de apoyos puede contar sin comprometerse a resultados no confirmados. Para que esta orientación pase a ser un plan se tiene que concretar quién realizará cada cosa, qué ayuda se necesita y cuándo se revisará el acuerdo.

Se ha de distinguir entre una actividad propia del grupo destinatario de la gestión que depende de otras instituciones: las expectativas han de coincidir con recursos ya confirmados y con la propia voluntad de las personas que desean participar. Es decir, la alternativa de la opción no puede llevarse a cabo; la opción de ir siguiendo permite ir a la búsqueda de las alternativas correspondientes distintas sin que eso suponga generar automáticamente una corresponsabilidad hacia la persona. La documentación a entregar ha de indicar tanto el propio rastreo como los propios compromisos y no ha de reducirse a una relación simple de actividades.

El considerar que cada privación podría ser causalmente debida a la falta de organización familiar puede dar lugar a la moralización del problema y al desvío del foco hacia las barreras institucionales cambiables. Este límite también insiste en que quizá es necesario adelantar consecuencias que pueden deslizarse "por debajo del radar" cuando solo se observa el objetivo esencial de la intervención.

La revisión ética debería contemplar la privacidad, la autogestión, la distribución de cargas y la posibilidad de reparaciones en las decisiones. En particular, interesa preguntar si la propuesta incrementa los esfuerzos para aquellas personas ya restringidas. Advertir de un riesgo no equivale a suspender toda acción, sino a encontrar una alternativa y elegir la respuesta proporcional. La evaluación debería comprobar la efectividad en la accesibilidad y la reducción de las cargas, y no desde la simple entrega de información sobre programas a los que puede que no se pudiera acceder.

La selección de los indicadores debe dar cuenta de una pregunta de mejora, y debe seguir siendo un tanto sencilla para su utilización durante la tarea habitual; toda medida necesita una definición, un tiempo y una fuente reconocible, y en caso de que sea necesario debe también incluir un numerador y un denominador. Los cambios deben interpretarse teniendo en cuenta el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra sin otra información han de quedar como no explicativas del porqué de un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o indagar con mayor profundidad (Lund et al., 2010).

2.4. Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad

Las categorías poblacionales son útiles para enmarcar patrones de desventaja, pero no sirven para preparar cuidados individuales. La revisión de Fazel et al. ofrece una enumeración de necesidades de salud de personas sin hogar en países con ingresos altos y pone énfasis en la necesidad de políticas de vivienda y de continuidad asistencial. La traducción de otros contextos exige investigar las formas de vivienda, movilidad y acceso locales. Cualquier intervención ha de evitar criterios de entrada que sean excluyentes para las personas que están exactamente en el lugar en el que no tienen un hogar estable, documentos a su disposición o posibilidades de mantenerse en contacto por teléfono (Fazel et al., 2014).

Las personas con discapacidad pueden encontrarse con otro nivel de exclusión cuando los servicios receptores atribuyen todos los síntomas a la condición anterior o no proporcionan ajustes para facilitar la comunicación. Krahn y cols. describen una secuencia de desigualdades en personas con discapacidad intelectual: necesidades no atendidas, menor promoción de la salud y más dificultades de acceso a la atención con calidad. La Enfermería ha de ir hacia el sujeto, facilitar la comprensión y participación en los recursos acor-

des a sus preferencias. No se pierde la obligación de respetar la autonomía, la privacidad y el derecho a expresar las decisiones de la persona, aunque acompañada por un familiar (Krahn et al., 2006).

También puede que existan barreras específicas para las niñas y los niños, los adolescentes, las personas ancianas, los migrantes, los pueblos indígenas, la población afrodescendiente y las personas sometidas a discriminación por su identidad de género u orientación sexual.

Es necesario que la planificación tenga en cuenta sus vivencias y marque prioridades de trabajo con cada uno de esos colectivos. El horario funcional para trabajadores puede no ser adecuado para adolescentes en busca de intimidad; un recurso material en español puede no ser un recurso que satisfaga a los hablantes de otra lengua. Las adaptaciones deben responder a necesidades contrastadas y no a las creencias sobre la forma en que se plantea o se comporta un colectivo.

El enfoque requiere revisar los criterios de inclusión, y de exclusión. Es preciso inquirir quién determina la categoría, para qué se determina la categoría, qué ayuda extra otorga la determinación y cuáles son las consecuencias de la determinación. Un programa puede dejar fuera a personas potencialmente beneficiarias con necesidades indudables porque pida probar una identidad o condición mediante trámites burocráticos que ya se explica no son accesibles.

Puede también exponer información indiscreta en caso de que haga públicas listas de grupos beneficiarios. La organización debe servirse de datos mínimos, de mecanismos de revisión y de vías de reclamación comprensibles, etcétera. No se trata de otorgar una terminología definida ni de dejar la garantía de derechos o de atenciones acompañados del mantenimiento de una categorización singular y única que acompañe a la persona en toda su trayectoria institucional.

Las categorías poblacionales permiten dotar de sentido a patrones de desventaja, pero en su interior hay historias y capacidades y necesidades muy diferentes, por lo que esta precisión organiza el análisis de la población en situación de vulnerabilidad: Primero delimitar la problemática y luego decidir qué información es relevante, si la considera un tipo de información que explica la perspectiva correspondiente y finalmente aplicar una formulación que permita no solo identificar la posibilidad de hacer una descripción concreta de las situaciones a partir de una tipología sino la de comparar explicaciones.

Así como definir a priori qué respuesta sería coherente. En el entorno de la Enfermería, este concepto cobra sentido en la medida en que permite entender una determinada trayectoria de cuidado y al mismo tiempo sirve para justificar decisiones. Su uso no debe llegar al extremo de convertirse en una etiqueta, que sustituya la escucha o cierre pronto una valoración. El significado que se dé aquí a la interpretación mantiene de este modo una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesionales (Fazel et al., 2014).

La contraindicación de la discapacidad, es decir discriminación, movilidad y ausencia de apoyos puede producir barreras que la propia intervención, pensada para una categoría de personas demasiado amplia no logra detectar. Reconstruir esta relación pide tener en cuenta el orden temporal de los acontecimientos, no solo hay que descubrir qué personas y circunstancias están presentes de forma simultánea, sino cómo se interrelacionan e indagar en otras explicaciones que pueden tener incidencia. Si la vulnerabilidad se lee de forma dinámica es el interés de detectar el punto donde una respuesta puede cambiar el rumbo de los acontecimientos. Analizar implica tener en cuenta tanto las limitaciones como los recursos conmigo y evitar la lectura determinista. Tal distinción permite sugerir acciones proporcionadas sin tener que atribuir las a una única condición social (Krahn et al., 2006).

La valoración ha de preguntar qué adaptación necesita esa persona, quién quiere que participe y qué experiencia previa influye su confianza en el servicio. Estas preguntas se incorporan de forma gradual, su objetivo se explica y se respeta la decisión de no querer responder. La conversación ha de provocar información suficiente para consensuar una acción y no una exploración sin límites de la vida privada. Vale la pena contrastar lo entendido con la persona y registrar las dudas si así lo consideras necesario. El lenguaje de registro ha de describir los contextos y los soportes y no ha de hacer juicios sobre la motivación o el carácter. Cuando aparecen prioridades distintas entre el profesional y el usuario, la negociación del plan es parte del cuidado (y no una etiqueta administrativa).

Puede no obstante considerarse el caso que se utiliza con carácter de situación hipotética de aprendizaje: una persona con discapacidad que asiste acompañado, si bien al mismo tiempo prefiere responder él mismo directamente y hacer que la información sea accesible. Habrá que realizar la discusión, separando hechos compartidos, interpretaciones y datos que no son conocidos. Así, les corresponderá decidir cuál es la decisión que hay que tomar ahora y cuáles de ellas requieren luego de revisión.

El caso no representa los resultados de una investigación ni proponen una pauta de actuación que pueda aplicarse de manera automática a las familias; en todo caso, su utilidad consiste en poner en evidencia de qué forma una situación de la vida cotidiana produce un cambio de sentido en una recomendación. Al ejecutarlo conviene explicar por qué se elige una alternativa y qué información podría hacer que se reconsiderara.

El grupo deberá dirigirse hacia ella, poner en práctica ciertos ajustes de la comunicación y enlazar el apoyo que se otorgue sin sustituir la voz de la persona por la del acompañante. Para poder materializar la orientación en un plan, conviene precisar quién hará cada

cosa, con qué apoyo, cuándo se acordó hacer la revisión del acuerdo llegado. Hay que hacer el matiz entre una acción propia de los integrantes del equipo y una gestión bajo la corresponsabilidad de otra institución. Las expectativas han de calibrarse a recursos confirmados ya las preferencias de la gente que participa. Si la primera opción no resulta, el seguimiento permite explorar otra opción sin convertir automáticamente a la persona en responsable de la elección hecha. La documentación tendrá un carácter de un conjunto argumentado de los compromisos que se van asumiendo y no solo de un listado de labores (Fazel et al., 2014).

Indicar incapacidad, dependencia o una misma necesidad para el grupo puede afectar la autonomía y generar respuestas incorrectas; pero ese límite provoca pensar en consecuencias que pueden ser pasadas por alto al observar solamente el objetivo principal de la intervención. La revisión ética habrá de pensar en la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de revisar decisiones; Cuestionarse si la propuesta resulta en un incremento de esfuerzos para las personas que ya tienen restricciones es un buen ejemplo. Reconocer un riesgo no implica paralizar la acción; lo que hay que hacer es ponerle a esa acción frente alternativas y decidirla con proporcionalidad. Es necesario medir el acceso, la experiencia y la continuidad por necesidades de adaptación, pero sin fijar ni clasificaciones que expongan a las personas ni clasificaciones que reproduzcan estereotipos.

La elección de los indicadores ha de responder a una pregunta de mejora y ha de ser lo suficientemente sencilla como para utilizarse a lo largo de la práctica habitual. Cada medida requiere que se deje claro el qué, que apunte a un período y que tenga fuente reconocible; y que se aplica numerador y denominador cuando toca. Los cambios han de leerse a la luz del contexto, de las pérdidas de seguimiento y de la experiencia remarcada a través de las personas. Y una cifra suelta no da oportunidad para dar cuenta de por qué se

ha dado un determinado resultado. La devolución es comprensible da la oportunidad de volver a pensar el plan y decidir qué puede convenir que permanecer, qué va a convenir que se adapta o qué va a convenir mirar más de cerca (Fazel et al., 2014).

2.5. Vulnerabilidad territorial

El territorio es un factor influyente en la función de la infraestructura que lo mantiene, del transporte, de la oferta de servicios, del medio ambiente y de las relaciones sociales. Los indicadores de desventaja social barrial, como los que publicó Kind y Buckingham, ofrecen la oportunidad de evidenciar patrones que desaparecen cuando se usan promedios de mucha extensión. La aplicación de esos indicadores depende de la calidad de los datos y de la unidad geográfica elegida. Un barrio no es una categoría homogénea, puede componerse de sectores con condiciones muy diferentes. Pero, además, el índice que se haya elaborado en otro país no retiene automáticamente su significado al ser aplicado sobre territorios que pueden tener otras formas de vivienda, movilidad y organización (Kind & Buckingham, 2018).

Diez argumenta conflictos tanto conceptuales como metodológicos en el estudio de los efectos del vecindario. Es importante diferenciar qué es la composición social de quienes viven en determinado lugar de las características contextuales que afectan a quienes residen ahí. La relación entre lo territorial y la enfermedad no indica necesariamente el efecto del barrio. Para la Enfermería, esta distinción impide cargar con la responsabilidad a una localización sin observar los mecanismos; es más interesante el tiempo de desplazamiento, la exposición ambiental o la cantidad de alimentos que una descripción global del sector con el término “problemático” (Diez Roux, 2001).

Las zonas rurales, los desarrollos periurbanos y las zonas afectadas por inundaciones pueden reclamar maneras de organi-

zarse. En un territorio, la distancia puede ser un obstáculo; en su contrario, puede ser la inseguridad en el trayecto o un medio de transporte que contradice los horarios de las consultas. El diagnóstico puede llegar a representar trayectos reales y variaciones estacionales. Los planos obtenidos a partir de la distancia lineal pueden sobrerrepresentar la accesibilidad. La implicación de los residentes y de grupos locales pueden llevar a resituar los caminos, temporizar los trayectos, cosechar las tarifas y localizar aquellos puntos de tránsito en los que el recorrido exponen a ser interrumpido.

La respuesta territorial tiene que unir toda la organización de cada asistencia con la gestión del entorno. Un servicio itinerante puede llegar a reducir una barrera concreta, pero necesita continuidad, agarre y conexión con el establecimiento responsable. La coordinación con los gobiernos locales puede dar respuesta a la necesidad de mejorar la iluminación, la posibilidad de transporte o de espacios comunitarios de acuerdo a competencias y recursos.

No conviene que se utilicen los mapas de vulnerabilidad solo para poner de manifiesto déficit, sino que deben acompañar decisiones sobre cobertura, seguimiento y prioridades de inversión. Además, deben ser actualizados cuando cambian la población, la infraestructura o las condiciones de la seguridad del territorio.

El territorio es una conjunción de infraestructuras, relaciones sociales, movilidad y decisiones públicas donde los límites administrativos no coinciden siempre con los recorridos cotidianos de cuidado, y es un acierto situar aquí el indicio para proseguir el análisis de la vulnerabilidad territorial: primero se define el problema y después se decide qué información es relevante. La formulación útil debe permitir entrever situaciones concretas, contrastar explicaciones y anticipar cuál sería una respuesta coherente; en Enfermería, el concepto adquiere valor a partir del momento en que ayuda a comprender una trayectoria de cuidado ya justificar una decisión. Su uso no ha de convertirse en un rótulo que desplace o cierre de forma innecesaria de la valoración.

El entendimiento posibilita, por tanto, mantener una relación expresa del conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Kind & Buckingham, 2018). Una distancia corta puede ser una gran barrera si en ese trayecto hay por medio inseguridad, falta de acceso o incompatibilidad con los horarios de los medios de transporte. Reconstruir esta relación exige atender al orden temporal de los acontecimientos, no solo encontrar cómo se delatan dos situaciones al mismo tiempo, sino explorar cómo se relacionan e incluso que otras explicaciones pueden entrar. Desde la lectura activa de la vulnerabilidad interesa señalar el lugar donde una respuesta puede modificar el recorrido. El análisis debe reconocer fuentes bloqueadas junto a otras protectoras, y no dejar caer en una lectura determinista. Esta distinción permite apuntar acciones adecuadas a la situación pero que no atribuyan todo el resultado al encuentro de una condición social (Diez Roux, 2001).

El diagnóstico, además de ser un proceso mediante el cual se elabora un conocimiento y se comprende, debe derivar también en las preguntas por rutas, tiempos, costos, por las variaciones estacionales, por los lugares donde las personas perciben el apoyo, así como aquellos donde cuentan con las interrupciones. Las preguntas se van introduciendo progresivamente, contextualizándolas y explicando el sentido que estas tienen o incluso eligiendo no formularlas en el caso de que la persona no las quiera realizar

La conversación debe obtener la información suficiente para poder llegar a un acuerdo sobre unas acciones, no extenderse en la exploración de la vida privada, intercambiándose durante la conversación elementos que le permitan conseguir en la práctica y en el día un conocimiento de la situación actual. Asimismo, no es difícil contrastar lo que se ha comprendido con la persona y registrar en el mismo el espacio de la duda como algo que puede y es correcto manifestarlo. El uso de un lenguaje orientado a la situación de registro de estas, debe evitar emitir juicios de valor sobre motivaciones o caracteres.

El interés es por los recursos que se pueden acordar en la ve-

rificación es fácil, dado que no es el punto de partida, sino que se forma parte del recurso del diagnóstico y no es un obstáculo teórico - administrativo. Otra situación hipotética de aprendizaje puede ser la siguiente: dos comunidades están a la misma distancia del establecimiento, pero una de ellas dispone de transporte periódico y la otra solo de un único recorrido diario. Se debe articular debate entre hechos conocidos e interpretaciones y datos que quedan fuera, que es distinto a determinar qué decisión ha de producirse ya y cuál puede quedar para más adelante.

El caso no expresa conclusiones de una investigación social ni tampoco es una pausa erudita, es la manera de evidenciar de qué forma una situación de la cotidianidad puede alterar el sentido de una recomendación. En el momento de resolver el caso conviene argumentar por qué decidir una opción y cómo se podrá contar con información adicional que obligase a retomar el caso, por eso se ha de plantear argumentos para ello. Para que esta opción del tráfico pueda fructificar, la planificación puede acoplar los horarios y presencia esos recorridos territoriales, en lugar de distribuir actividades por cuántos son los habitantes de cada uno de esos territorios que suelen regular esta planificación, para transformar esta orientación en un producto planificador debe precisarse quién es la persona que ha de llevar a cabo cada tarea, qué apoyo se requiere y cuándo se ha de llevar a cabo la revisión del acuerdo.

Una acción del equipo, de una gestión dependiente de otra instancia. Las expectativas se deben encauzar a los recursos que están confirmados y a las preferencias de quienes participan efectivamente en la intervención. Si se determina que la primera opción no es viable, la propia monitorización puede dar lugar a la posibilidad de otra sin atribuirle automáticamente la responsabilidad a la persona. La documentación debe dar cuenta del razonamiento y del compromiso cumplido, y no simplemente de una enumeración de actividades. Atribuir la causa de un resultado tan solo al barrio puede invisibilizar diferencias que hay dentro y confunden características de las personas que residen en el mismo lugar con efectos que son

del medio circundante.

Este límite permite anticipar posibles consecuencias que pueden llegar a no ser tenidas en cuenta cuando se observa solamente el objetivo de la acción. La revisión ética ha de considerar otras informaciones como la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de reponer decisiones. De modo particular, conviene preguntar si la propuesta incrementa los esfuerzos para quienes ya tienen mayores restricciones. Reconocer un riesgo no implica para nada dejar las actuaciones, más bien significa hacer la comparación con opciones o elegir una respuesta proporcional.

Conviene registrar los cambios en la accesibilidad efectiva, en la cobertura de sectores menos alcanzados, entre otros, y nunca publicar las ubicaciones de donde provienen las personas con necesidades sensibles. La selección de los indicadores ha de responder a la pregunta de mejora y ha de ser lo suficientemente sencillo como para la selección utilizada durante el trabajo habitual. Cada medida necesita una definición, un período de tiempo y una fuente reconocible; cuando proceda también necesitará numerador y denominador. Las modificaciones han de leerse con los contextos, con la pérdida de seguimiento y con la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué se produjo un resultado. La devolución, comprensible, da la posibilidad de revisar el plan y de decidir qué conviene mantener, qué centrar y qué proponer para investigar a fondo.

2.6. Interseccionalidad y salud

La interseccionalidad busca entender cómo diversas relaciones de poder se relacionan con experiencias concretas. Bowleg argumenta que categorías como la identidad de género, étnica, o de posición económica no funcionan necesariamente de forma independiente. Una mujer migrante que ejerce como trabajadora doméstica puede experimentar múltiples barreras que no se explican mediante la suma separada de las dificultades derivadas de cada una de esas categorías. Esta aproximación implica realizar el análisis

de instituciones, normas sociales, y relaciones sociales que producen esas experiencias. La aplicación de la interseccionalidad en la Enfermería implica preguntar por qué combinación de circunstancias, condiciones o situaciones se transforma el acceso o la seguridad, o incluso la propia posibilidad de participación en aquellas decisiones relacionadas con el propio cuidado (Bowleg, 2012).

Por último, la revisión de Bauer et al. (2021) expresa que muchos trabajos cuantitativos usan el concepto sin integrar los conceptos teóricos en los que se basa. Simplemente incluir interacciones estadísticas en un análisis no es suficiente para considerarlo interseccional. Es necesario justificar las categorías, ligándolas con el poder y la desigualdad, y también con las limitaciones que presentan los datos. En el diagnóstico comunitario, esto significa no construir tablas excesivamente divididas con números pequeños que dan lugar a estimaciones inestables o con riesgos de identificación, preferir la profundidad conceptual y la participación de los grupos a multiplicar cruces sin ninguna pregunta en la cabeza (Bauer et al., 2021).

En la atención, la interseccionalidad se comporta como la predisposición a escuchar circunstancias que no abordan los formularios clásicos, toda una persona puede tener cobertura ya la vez enfrentarse a barreras lingüísticas, horarios laborales y miedo por la propia entrega de las informaciones. El equipo debe ser capaz de tener la respuesta a la pregunta de qué factores tienen más peso en aquel momento y qué tipo de apoyo propone. No es justo asumir necesidades a partir de las identidades. La información sensible se recoge solamente en la medida en que ayuda a la atención y existe toda una explicación de la razón de ser, del acceso y de la protección de aquella.

Una intervención coherente se aleja del diseño de soluciones para una persona promedio que no representa a nadie en concreto. De igual manera, permiten llevarse a cabo consultas de planificación, en reuniones generales, pueden incluir espacios separados, cuando las relaciones de poder impiden que estas sean el medio por el que

se puede hablar de manera libre en la reunión. Asimismo, han de incluir consideraciones de apoyo en el transporte, el cuidado y la interpretación, porque estos pueden dificultar la intervención. En el caso de las decisiones que derivan de la consulta, es necesario hacerlas llegar de nuevo a los grupos que han sido consultados para validar que estas son una representación de sus prioridades.

Este proceder permite detectar diferencias dentro de una misma comunidad, así como el evitar que una dirigencia que pueda ser visible actúe como portavoz única de todas las experiencias. La interseccionalidad no consiste en sumar etiquetas ni en tratar cada forma de desigualdad como independiente, y, como se señala, esta precisión ordena el análisis de la interseccionalidad y la salud en el sentido de que el problema se delimita primero y posteriormente se decide qué información es de interés para el análisis. Una formulación válida de la interseccionalidad y de la salud habría de permitir el reconocimiento de situaciones concretas, la contraposición de explicaciones y la previsión al hacer una distinción entre cuál sería la respuesta que, en coherencia con las explicaciones dadas, sería correcta. El término en Enfermería tiene sentido cuando permite entender una trayectoria de cuidado o bien justificar las decisiones. Esta utilización no ha de dar lugar a una etiqueta que sustituya la escucha ni cerrar la valoración antes de tiempo. La interpretación conserva una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional.

El género, la clase, la racialización, la discapacidad o la condición migratoria pueden transformar juntas la exposición, el trato institucional y la posibilidad de recurrir a otras personas. Para reconstruir esta relación es preciso pensar el orden temporal de los hechos. No basta con encontrar dos circunstancias a la vez, sino que hay que ver cómo se articulan y qué otra podría abrirse a su lado. A partir de la interpretación y la comprensión dialéctica de la vulnerabilidad, le resulta interesante poner el acento en el lugar donde una respuesta

concreta puede llegar a alterar la trayectoria. El análisis ha de poner de manifiesto limitaciones y recursos protectores para evitar caer en una interpretación determinista. Esa distinción permite proponer acciones proporcionales, a la vez que hace posible no atribuir todos los resultados a una sola condición social (Bauer et al., 2021).

Es conveniente interrogar qué barreras aparecen en una trayectoria concreta y cómo se articulan, en lugar de deducir necesidades desde categorías previas. Estas preguntas se van introduciendo poco a poco, explicando el sentido de las mismas y respetando la decisión de no responder. La conversación tiene como objetivo generar información suficiente como para acordar una acción; no como un intento de explorar ilimitadamente la vida personal. También, es necesario contrastar lo que se ha entendido con la persona y registrar incertidumbres cuando estas existen.

El lenguaje del registro ha de describir circunstancias y apoyos, evitando enjuiciar la motivación o el carácter. En caso de aparecer prioridades diferentes entre profesionales y usuarios/as, la negociación del plan integra el cuidado y no es un obstáculo administrativo. Como situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Una mujer migrante que realiza trabajos de cuidados enfrenta unos horarios restrictivos y tiene miedo a algunos trámites, así como entorpecimientos en la comunicación que no se resuelven con una única adaptación.

La discusión consiste en disociar hechos conocidos, interpretaciones e información no conocida. Luego, establecen las decisiones que hay que tomar ahora y aquellas que exigen revisión. El caso no se considera el resultado del trabajo de investigación ni el modelo de conducta que se puede aplicar a cualquier familia. La recomendación del caso tiene cierto interés por cómo cambia el sentido e importancia de una recomendación habitual. Al resolver un caso, conviene tener presente por cual optar de las alternativas que existen

y qué información puede ser la que llevar a volver a considerarla. El plan pretende articular la disponibilidad para poder atender la consulta, la información que se ha de tener en cuenta y, por otra parte, la seguridad de la ruta para poder llevar a cabo la atención. Se pactan las prioridades que se pondrán en marcha entre la persona y el propio profesional, así pues, la viabilidad será una variable que irá oscilando.

Para pasar de esta orientación a un plan, debe precisarse quién va a realizar cada tarea, qué ayuda precisa y cuándo habrá que revisar el acuerdo. Es fundamental que se haga una separación entre una acción que sea propia del equipo y una gestión que sea propia de otra institución, por lo que las expectativas se deben ajustar a recursos confirmados y preferencias de quienes intervienen. Si, en efecto, la primera alternativa no es viable, el seguimiento tiene el sentido de probar otra de forma tal que no se deba la responsabilidad de forma automática a la persona; la documentación del seguimiento debe dejar claro el razonamiento y los compromisos adquiridos y no solo el registro de una serie de actividades (Bowleg, 2012).

Segmentar el problema en programas autónomos obligará a repetir relatos y dejará sin respuesta precisamente aquello que ocurre precisamente en sus competencias. Este límite, además, obligará a anticipar consecuencias que pueden no ser visibles cuando solo se atiende a los objetivos principales de la intervención. La revisión ética aborda la privacidad, la autonomía, las cargas repartidas y la posibilidad de subsanar decisiones. En particular puede importar preguntar si la propuesta a desarrollar aumenta los esfuerzos para quienes ya están en una situación de mayores restricciones. Identificar un riesgo no significa suspender toda acción, sino que al menos supone una comparación de alternativas para optar por una respuesta proporcionada.

La evaluación tiene que tener en cuenta que, además, alguien no se encuentra representada en esos datos; las categorías elegidas permitirán o no interpretar experiencias sin que se expongan identi-

dades. La selección de los indicadores deberá dar respuesta a una pregunta del tipo mejora a la vez que deberá ser lo suficientemente sencilla para que pueda ser utilizada en el trabajo cotidiano. Cada medida requiere de una definición, de un periodo y de una fuente reconocible, y cuando corresponde requiere numerador y denominador. El cambio debe interpretarse en relación con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra no explica el porqué de un resultado. La devolución comprensible sirve para revisar el plan y decidir qué es conveniente mantener, adaptar o investigar a fondo (Bowleg, 2012).

2.7. Impacto de la vulnerabilidad en la salud

La vulnerabilidad puede intervenir en la exposición a los riesgos de la enfermedad, en el inicio de la enfermedad, en la severidad de la enfermedad, en el acceso a la atención y en la recuperación. Kirkbride et al. organizan la evidencia acerca de determinantes sociales de la salud mental y consideran acciones preventivas en distintos niveles. Su artículo fortalece la necesidad de la distinción entre la prevención poblacional, el ayudar a los grupos más vulnerables a la exposición y la atención a los que experimentan trastornos.

Para la profesión de Enfermera, las condiciones sociales deben formar parte del plan, pero no sustituir la evaluación acerca de síntomas, funcionamiento y seguridad. Una explicación contextual no legitima las demoras en la atención de una cuestión clínica (Kirkbride et al., 2024). La multimorbilidad también es susceptible de una lectura social. Álvarez-Gálvez et al. inducen a establecer patrones diversos y ponen de manifiesto vacíos por las poblaciones poco estudiadas y por los países de bajos y medios ingresos. Estos hallazgos ponen en tela de juicio la idea de trayectorias únicas relacionadas con la pobreza o con el envejecimiento.

Las condiciones sociales pueden tener un efecto en las com-

binaciones de enfermedades y en la carga que suponen manejar esas enfermedades. La Enfermería debe repasar el conjunto de prácticas, tareas de autocuidado y desplazamientos, dado que la suma de recomendaciones particulares puede resultar inabarcable para una persona con recursos escasos (Álvarez-Gálvez et al., 2023).

El alcance impacta también en las familias y las redes. Cuando una persona se ve afectada por una enfermedad, otras personas pueden reducir su trabajo remunerado, interrumpir sus estudios e iniciar gastos. La valoración tiene que identificar quién es el familiar que cuida, qué actividades hace y qué apoyos recibe. La carga no se tiene que dar por aceptada porque hay vínculo entre personas, ya que el familiar cuidador puede tener problemas de salud, conflictos, y falta de descanso. Integrar sus necesidades permite planificar apoyos y evitar un deterioro adicional, respetando las preferencias de quién es atendido y evitando trasladar la responsabilidad institucional del cuidado de forma automática a casa.

Los resultados deben interpretarse como trayectorias y no únicamente como acontecimientos. La hospitalización puede ser clínicamente pertinente y al mismo tiempo el reflejo de una insuficiencia previa que derivara en acceso, la escasa utilización puede ser el signo de buena salud o la expresión de barreras considerables. La revisión de casos necesita igualmente reconstruir secuencias de los cuidados, contrastar registros, escuchar a las personas.

El seguimiento tiene que ser sensible a la mejora de la capacidad funcional, a la continuidad de los cuidados, a la resolución de las necesidades prioritarias. Medir sólo la asistencia o los contactos corre el riesgo de dar a entender que si persisten las condiciones que generan el problema, seguimos en la misma situación. El impacto de la vulnerabilidad puede ser percibido en el bienestar, en el funcionamiento, en la continuidad de cuidados y en la carga del hogar y no sólo en el diagnóstico o en la utilización de los recursos.

Esta precisión delimita la manera de observar el impacto de la vulnerabilidad en la salud: primero hay que delimitar el problema y luego decidir qué información es pertinente. Las formulaciones tienen que hacer posible tanto el reconocimiento de situaciones concretas, como la comparación de explicaciones, así como prever qué respuesta puede ser coherente. En el ámbito de la Enfermería, el concepto cobra sentido en la medida que puede visibilizar una trayectoria de cuidado y poder justificar decisiones. El valor del concepto no debe ser entendido como una etiqueta que permita sustituir la escucha o eliminar prematuramente la valoración. La interpretación mantiene así una relación expresa del conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Kirkbride et al., 2024).

Las dificultades sociales pueden contribuir a una determinada enfermedad, pero al mismo tiempo esa enfermedad puede reducir ingresos y redes, en una relación bidimensional. Reconstruir la relación exige tener presente el orden temporal de acontecimientos. No se trata de encontrar, de forma meramente sincrónica, contemporáneamente, dos circunstancias. También es necesario ver cómo esas dos circunstancias se enlazan y qué otras explicaciones forman parte de la explicación.

Desde la lectura dinámica de la vulnerabilidad, se intenta ver en qué momento una respuesta puede modificar el recorrido. El análisis debe ser capaz de dar cuenta, al mismo tiempo, de restricciones y de elementos protectores y evitar la caducidad de una lectura determinista. Dicha distinción hace plausible proponer acciones proporcionales sin suponer que todos los resultados son consecuencia de una única condición social (Álvarez-Gálvez et al., 2023).

La valoración deberá investigar qué acciones se interrumpieron, quién asumió nuevas actividades y qué necesidades persisten luego de la atención en el transcurso del episodio clínico. Las preguntas se irán planteando de modo gradual, explicando el sentido que tienen y respetando la decisión de no contestar. La conversación

tiene que ir descontando información suficiente para acordar una acción y no una exploración abierta de la vida privada.

También resulta de interés advertir la comprensión que se tiene con la persona, así como registrar las incertidumbres en caso de que se den. El registro debe tener un lenguaje que describa circunstancias y apoyos evitando juicios sobre motivación o carácter. Cuando afloran prioridades distintas entre el profesional y la persona, la negociación del plan forma parte del cuidar y no un obstáculo administrativo.

Como situación de aprendizaje hipotético puede analizarse la siguiente situación: Tras la hospitalización, la familia se pone a reorganizar el trabajo y el cuidado, la salida del hospital cierra la crisis, pero deja unos costos y unas responsabilidades que no están en condiciones de sostener. La discusión, entonces, separará los hechos conocidos y aceptados de las interpretaciones y de lo que falta por recorrer: después corresponde señalar qué decisión necesita tomarse ineludiblemente en aquel momento, y qué decisiones necesitan ser revisadas posteriormente.

El caso no es un resultado de la investigación, ni es un modelo que se puede seguir de manera automática en cualquier familia. La utilidad que puede tener es la de mostrar cómo una situación normal puede transformar el sentido de una recomendación. A la hora de solucionarlo conviene explicar por qué se elige una opción y qué información puede facilitar la reconsideración de esta decisión.

La Enfermería puede coordinar la transición, verificar la comprensión y apoyos existentes, e ir validando que las indicaciones sean ejecutables en casa. Con el objetivo de dar forma a esta orientación para convertirla en un plan, hay que acotar quién hace cada tarea, qué apoyo necesita y cuándo se revalidará el acuerdo alcanzado; así mismo, hay que distinguir de una acción propiedad del equipo a otra de gestión que depende de otra institución.

Las expectativas han de ajustarse a los recursos confirmados y a los deseos de quienes intervienen. Si la primera opción de continuidad no es factible, esta continuidad deja abierta otra opción sin que la persona venga forzada a tal cambio. La documentación tiene que reflejar el razonamiento y compromisos adquiridos, no solo una relación de actividades (Kirkbride et al., 2024).

Evaluar las re consultas sin considerar los motivos del alta puede cargar a la familia con fallos de la continuidad que también dependen de la organización de atención. La introducción de este límite lleva a anticipar consecuencias que pueden pasar desapercibidas si tan solo se atiende en la actividad principal de la intervención. La revisión ética debe incluir protección de la privacidad, de la autonomía, de la distribución de cargas y de la degradación de posibilidades para revertir decisiones. A esto en particular le conviene preguntarse si la propuesta va a incrementar esfuerzos para quien ya se encuentra en peores condiciones. Reconocer un riesgo no significa paralizar toda actividad; más bien significa contrastar alternativas y decidirse por una respuesta proporcionada. El seguimiento tiene que incorporar resultados clínicos relevantes, la capacidad de realizar actividades y la resolución de las barreras que ha priorizado la persona.

La selección de los indicadores tiene que responder a una pregunta de mejora y para ser utilizadas en el trabajo ordinario tienen que ser también suficientemente sencillas. Cada medida tiene que tener definición, período y fuente reconocible; en su caso numerador y denominador. Los cambios han de interpretarse con el contexto, con las pérdidas en el seguimiento y con la experiencia que comparten las personas. Un número solo no explica por qué se ha llegado a un determinado resultado. La devolución lo suficientemente comprensible permitirá revisar el plan y decidir qué conviene mantener, qué conviene adaptar, qué conviene investigar en mayor profundidad (Kirkbride et al., 2024).

CAPÍTULO III:

ROL DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



El aporte que hace la Enfermería se sostiene en la proximidad a personas y familias, el acompañamiento a lo largo del cuidado y la habilidad de poner en relación las observaciones clínicas con las condiciones de vida, la cual ofrece oportunidades para rescatar barreras, pero no asegura, por sí misma, una respuesta para la equidad; se requiere formación, recursos y organización. El presente capítulo establece límites de las funciones asistenciales, educativa, comunitaria y de incidencia; al mismo tiempo considera que la transformación social es labor de equipo. El liderazgo profesional cobra sentido cuando mejora las posibilidades de cuidado y de participación de la población.

3.1. Enfermería familiar y comunitaria

El cuidado y la enfermedad se desarrollan en relación con otras personas y, dado que los cuidados involucran el grado de implicación por un familiar, son también parte del diagnóstico. Cuando se aborda orientación sobre alimentación, descanso, traslado hasta una consulta o sobre un tratamiento, estas decisiones están relacionadas con varias personas y los cuidados puede que, si bien solo una de ellas es la que registra el diagnóstico de enfermedad, no quiere decir que el resto de personas sean ajenas a este cuidado y la Enfermería familiar debe tener en cuenta cómo se plantea el diagnóstico en la vida cotidiana.

La revisión de Honea et al. se centra en los cuidadores de personas que padecen un cáncer y desde estos hallazgos acerca de carga y la tensión del cuidado, resaltan que existe escasa evidencia de algunas intervenciones que proponen, pero que, como revisión debe respetar sus límites: si bien los hallazgos oncológicos permiten formular preguntas de relevancia cautivadora para los enfermeros y enfermeras, no llegan ni a comprobar que cualquier intervención también fuese capaz de conseguir un éxito similar en las distintas familias (Honea et al., 2008).

La familia tampoco puede ser idealizada como una fuente sin-

gular de la que se obtiene de manera homogénea el apoyo. La familia puede ofrecer protección, presentar conflictos o constituir una fuente de violencias. La revisión de las intervenciones de Enfermería de los sistemas familiares realizada por Östlund y Persson se establece formulando el tipo de respuestas a los cuidados de manera cognitiva, afectiva y conductual que acomodarían el tema de la familia y los cuidados, pero reclamando realizar estudios más robustos.

En la práctica, esto ayuda a realizar conversaciones de exploración sobre la comprensión compartida, los temas que preocupan y distintas maneras de trabajar juntos. La profesional no está para dar solución a toda la dinámica familiar, pero sí que es capaz de detectar qué relación facilita o interfiere con el cuidado, o bien qué momento requiere ayuda especializada (Ostlund & Persson, 2014).

La dimensión comunitaria extiende la unidad de atención hacia la población y su territorio, incluida la capacidad de reconocer patrones de necesidad, recursos comunitarios y exactas condiciones del entorno. Encontrarse con una familia puede poner al descubierto una barrera que afecta a muchas otras, como el transporte o bien la ausencia de información. En dicho caso, repetir adaptaciones en modo individual no se puede considerar como la alternativa más óptima. En cambio, sí que resulta más eficiente revisar el proceso del servicio. El servicio de Enfermería comunitaria permite vincular ambas escalas: conservar a la vez la singularidad del cuidado y hacer uso de la información agregada para dar respuesta a la organización, pero también el territorio. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, que es un modelo en Ecuador, representa la forma de articular la atención, el territorio y la participación.

Su orientación implica relacionar actividades intramurales y extramurales y reconocer la diversidad cultural. El modelo debe ir acompañado de la revisión de los procedimientos que están en vigor en el establecimiento y en la red. La existencia de un marco nacional no garantiza que cada uno de los componentes del mismo se encuentre implementado en cada lugar. El diagnóstico institucional

debe evidenciar capacidades reales, necesidades de fortalecimiento y acuerdos de coordinación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2012).

La Enfermería familiar centra su atención en relaciones y en organización del cuidado mientras que la perspectiva comunitaria se centra en recursos colectivos y en las condiciones que concurren en varios hogares. No obstante, esta precisión delimita en cierto modo el análisis de la Enfermería familiar y la Enfermería comunitaria: primero se delimita el problema y en segundo lugar se decide qué información tiene pertinencia. La formulación útil debe permitir tomar conciencia de situaciones concretas y, por lo tanto, se tendrá que ir comparando explicaciones y se anticipará qué respuesta sería coherente.

En Enfermería, el concepto toma sentido si ayuda a establecer una trayectoria de cuidado o a justificar decisiones. Debería evitarse que su uso acabe convirtiéndose en una etiqueta que sustituya la escucha o cierre prematuramente la valoración. De esta manera, la interpretación mantiene una conexión explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Honea et al., 2008).

El diagnóstico de la enfermedad forzosamente transformará tareas que se modifican, niveles de ingresos que cambian y relaciones que se alteran; las respuestas familiares que podemos ejercer en el cuidado, pueden ser los propios desbordamientos y conflictos, junto con la distribución desigual de las responsabilidades en su organización y dentro del propio desarrollo de la familia. Reconstruir la relación de la familia con la enfermedad exige contar con los acontecimientos previos. No se trata de encontrar dos sucesos en el aquí y el ahora, sino que se pretende explorar cómo se encuentra cada suceso, qué otras explicaciones podemos acompañar con los eventos que se renden.

En el ejercicio de la Enfermería familiar y de la comunidad interesa encontrar el eslabón donde la respuesta puede modificar la trayectoria, el análisis tiene que tener en cuenta tanto limitaciones como recursos de protección y evitar la interpretación determinista.

Dicha distinción permite encontrar acciones de la misma proporción a las distintas condiciones sociales que determinan los resultados (Ostlund & Persson, 2014).

Es conveniente preguntarse quién realiza cada tarea; qué apoyos acepta la persona, qué buenas prácticas importantes de la vida familiar quedan fuera de la interacción familiar. Estas preguntas se hacen de forma gradual, explicando cómo se van incorporando y respetando su decisión de no responder. La conversación debe hacer aflorar información suficiente para tener una acción acordada y no establecer una exploración de la vida privada ilimitada. Al mismo tiempo, es bueno contrastar lo que se ha podido comprender con la propia persona y recoger las dudas y falta de claridad de una forma explícita. El lenguaje del registro debe tener la capacidad de dar cuenta de la circunstancia y del apoyo, escapando de los juicios sobre motivación o personalidad. Cuando surgen prioridades diferentes entre profesional / usuario, la posibilidad del plan como negociación debe formar parte del cuidado y no una traba de tipo administrativo.

Un posible caso para que funcione como hipotética situación de aprendizaje podría ser el siguiente: Una cuidadora que organiza medicamentos y las consultas de dos personas de su entorno familiar, pero ha suspendido los controles que le pertenecen y precisa soporte para poder mantener dicha responsabilidad. Se ha de poder discutir cuáles son los hechos que se conocen y cuáles son las interpretaciones y los datos que faltan.

Y después corresponde identificar qué decisión hay que tomar a partir de ahora y cuál requerirá que se revise posteriormente. El caso no ofrece resultados de una investigación, ni es una "receta" que pueda aplicarse tal cual a todas las familias. Su utilidad radica en mostrar cómo una circunstancia de la vida cotidiana puede dar la vuelta al sentido de una recomendación. Al resolverlo, se recomienda justificar la opción que se elige y formular y considerar qué otro tipo de información podría requerir el volver a plantearlo.

La respuesta puede redistribuir tareas acordadas, simplificar el plan y conectar apoyos, sin asumir, por supuesto, que como mínimo una de las personas que integran el hogar está disponible para las tareas de cuidado. Para poder convertir esta orientación en un plan, es preciso aclarar quién realizará cada tarea, qué apoyo necesita, cuándo se revisará el acuerdo. Es importante también diferenciar una acción que le sea propia al equipo de una gestión que dependa de otra institución. Las expectativas deben ser condicionales a los recursos que se han confirmado y a las preferencias de las personas que participan. Si no es posible implementar la primera alternativa, el seguimiento permite desarrollar otra sin connotar, no ya al miembro del hogar, sino a aquellas responsabilidades que vienen del exterior.

La documentación tiene que expresar el razonamiento y el acuerdo establecido, no ya una simple relación de actividades. Ostlund & Persson (2014) consideran a la familia como fuente de protección incondicional puede encubrir la violencia, el derrumbe o los lazos que la persona que cuida no desea incluir en el cuidado. Ahora bien, este límite conlleva una anticipación de las consecuencias que pueden tomarse como inadvertidas previamente a solo observar el objetivo principal de la intervención.

La revisión ética debe tener en cuenta la intimidad, la autonomía, la distribución de las cargas y las posibilidades de rectificar decisiones. En particular es conveniente preguntarse si la propuesta hace crecer los esfuerzos de quienes ya tienen restricciones más agravadas. Identificar un riesgo no implica paralizar toda acción, sino comparecer las alternativas y elegir una respuesta proporcionada.

Es útil observar la comprensión compartida, la carga de las tareas y la continuidad, junto con la posibilidad real de que la persona que cuida mantenga su propia atención. La selección de los indicadores debe ir en función de una pregunta de mejora y seguir siendo suficientemente sencilla como para utilizarla en el trabajo habitual. Cada una de las medidas necesita tener una definición, un período y

una fuente identificable; y requiere, cuando corresponda, un numerador y un denominador. Los cambios hay que interpretarlos con el contexto, con las pérdidas de seguimiento, con la vivencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué ha habido un resultado. La devolución comprensible permite visualizar el programa y decidir qué hay que mantener, qué hay que modificar y sobre qué hay que profundizar. (Honea et al., 2008).

3.2. Atención Primaria de Salud y Enfermería

La atención primaria de salud es una dirección política del sistema de salud y de la acción social; la atención primaria clínica es uno de sus componentes; la Declaración de Astaná reafirma ciertos compromisos relacionados con la sostenibilidad de los servicios, la toma de decisiones intersectoriales, y la participación de personas y comunidades; esta distinción permite evitar la reducción de la APS a un determinado tipo de establecimiento o a determinadas intervenciones, de baja complejidad. En la atención primaria interviene la Enfermería con una diversidad de intervenciones en prevención, atención continua, rehabilitación, coordinación, reeducación y también, en la identificación de determinantes sociales que repercuten en el acceso y en el mantenimiento de la salud (OMS, 2018).

Starfield et al. considere la atención primaria como un tipo de atención relacionada con mejores resultados y una distribución más equitativa de la salud; Kringos et al. proponen las dimensiones de estructura, proceso, resultado. Acceso, continuidad, coordinación e integralidad son elementos que contribuyen a la evaluación del funcionamiento del servicio. Para la Enfermería, estas dimensiones se traducen en una hoja de ruta definible: carga a la población, abordaje de necesidades, con los profesionales en la comunicación y la adaptación de la atención a la vida habitual. Una consulta resolutive pierde parte de su adecuación si no existe un recorrido predefinido para aquellos problemas que requieren continuidad (Kringos et al., 2010; Starfield et al., 2005).

La revisión Cochrane de Laurant et al. (2018) indica que las enfermeras con la formación adecuada pueden conseguir resultados similares o mejores en determinadas actividades de la atención primaria. La evidencia está muy centrada en países de ingresos altos y presenta incertidumbre con respecto a costes y algunos procesos. Por eso no justifica el traslado de las funciones sin la preparación, el apoyo o la regulación correspondiente. La dilatación de las funciones debe responder a unos conocimientos demostrados, a un alcance profesional y a unos mecanismos de consulta y evaluación. La sustitución organizativa no puede justificarse solamente por la escasez de otros profesionales (Laurant et al., 2018).

Un equipo que oriente sobre la APS planifica contactos en su momento adecuado, y para ello mantiene mecanismos para poder recuperar la continuidad en el encuentro, cuando una persona ha podido perder la cita. Esa recuperación tiene que ser respetuosa, previamente confirma si la persona quiere recibir contacto, cuál es el canal. El seguimiento no equivale a una insistencia sin límite, a una vigilancia de las conductas. Tiene la finalidad de conocer las barreras y facilitar la atención adecuada; la coordinación de Enfermería es particularmente útil cuando hay varias enfermedades o servicios de por medio, porque permite hacer una mezcla de recomendaciones y reducir los desplazamientos y los mensajes contradictorios; evita las tareas que sobrecargan a la familia.

La atención primaria de salud supone, entre otras cosas, orientar a la población, participación y acción sobre las condiciones de vida; no equivale a consultas de menor complejidad, y esta precisión estructura el análisis de la atención primaria de salud y la Enfermería: primero se acota el problema y después se decide qué información ha de considerarse relevante. Una formulación que sea tan útil que permita reconocer situaciones concretas, comparando explicaciones y anticipar qué respuesta puede ser la coherente para una situación determinada.

En la atención de Enfermería, el concepto significa algo

cuando permite entender un determinado recorrido de cuidado y justificar la decisión tomada. Para ello su uso no debe convertirse ningún momento en una etiqueta que sustituya la escucha o cierre prematuramente la valoración, sino que la interpretación mantiene así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad de las acciones profesionales (OMS, 2018).

La accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación permiten relacionar episodios separados y hacer emerger barreras que persisten invisibles a una atención fragmentaria. Reconstruir esta relación requiere tener en cuenta el orden cronológico de los acontecimientos. No vale con encontrar independientemente una situación y otra en un mismo tiempo, sino analizar la relación entre ambas y cuáles pueden ser las explicaciones diferentes que pudieran poner en juego. Desde la Enfermería familiar y comunitaria el interés se encuentra precisamente en el punto en que una respuesta puede modificar un recorrido, no conviene limitarse a encontrar una situación en la que las cosas no han ido como se esperaban. El análisis debe ser capaz de encontrar restricciones y recursos de protección y evitar cualquier tipo de lectura determinista. Esta clasificación va a permitir promover acciones adecuadas sin atribuir los resultados a una única condición social (Kringos et al., 2010; Starfield et al., 2005).

El equipo tiene que realizar preguntas sobre la población que queda al margen, qué mecanismos de contacto se sistematizan y qué ocurre entonces tras la referencia o tras la reiterada ausencia. Estas preguntas van incorporándose de forma sucesiva, aportando el propósito de la misma y respetando con ello que se opte por no contestarlas. La conversación debe generar suficiente información para llegar a un acuerdo, no una exploración abierta y continua de la vida privada. También es interesante contrastar lo que se ha comprendido con la persona y dejar constancia del conocimiento incierto en caso de que se produzca.

El lenguaje de la nota debe ser capaz de describir situaciones

y recursos, no de juzgar motivaciones o caracteres. Cuando aparecen otras prioridades de la práctica profesional y del usuario, negociar sobre el plan debe ser parte de la atención prestada, y no un obstáculo administrativo. Como hipotética situación de aprendizaje podría considerarse el siguiente caso, en el que un sujeto recibía atención en lugares distintos y nadie presente se integraba en las indicaciones ni en el hecho de que el transporte no permitía finalizar el seguimiento que se había pretendido.

Y para la discusión se debe separar lo que se sabe, la interpretación de lo que se sabe y los datos que faltan. A continuación, se juega a determinar qué decisión se ha de tomar ahora y cuáles son esas que han de quedar para una revisión posterior. El caso no es el resultado de un trabajo de investigación ni una pauta que deba aplicarse automáticamente a todas las familias. Su uso es el de representar cómo una circunstancia habitual acaba cambiando el sentido de una recomendación. Y en la resolución conviene argumentar porqué se escoge una alternativa y cuál sería la información que requeriría reconsiderar esa solución.

La enfermera podría acordar un plan comprensible que articule prevención, atención clínica y apoyo comunitario. Ahora con el fin de convertir esta orientación en un plan solo falta definir quién va a gestionar cada tarea, qué apoyo se requerirá de sus compañeros, y cuándo se volverá a revisar el acuerdo. También es conveniente diferenciar lo que es una acción del grupo y lo que es una gestión de una institución. Las expectativas han de adaptarse a los recursos confirmados, así como a las preferencias de las personas que participan. La posibilidad de que la primera opción no sea correcta permite poder probar otra sin hacer automáticamente responsable a la persona. La documentación debe expresar el razonamiento lógico, así como el compromiso establecido, y no solo un listado de actuaciones (Kringos et al., 2010; Starfield et al., 2005).

En la medida que se adicionan funciones sin preparación, recursos o soporte institucional, se puede extender el alcance del tra-

bajo de manera formal en detrimento de la continuidad y la seguridad del cuidado. Este límite lleva a adelantar las consecuencias para situaciones que pueden ser pasadas por alto cuando como únicas se observan las metas de la intervención. La revisión ética tiene que considerar la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de reparar decisiones. En este punto puede ser interesante preguntarse si la propuesta aumenta esfuerzos para quienes ya tienen restricciones. Reconocer un riesgo no supone interrumpir toda acción, sino que en el mejor de los casos comparando alternativas, se elige una respuesta ajustada.

Es interesante mirar el acceso y la continuidad del grupo de pacientes, la carga de trabajo, el número de consultas, de visitas o de actividades del equipo; la selectividad de los indicadores debe ser la que surge a partir de una pregunta de la mejora y suficientemente sencilla como para resultar útil en el trabajo habitual. Cada medida necesita de una definición, de un período y de una fuente reconocible; cuando corresponde, esta también precisa numerador y denominador. Los cambios han de interpretarse en el contexto, las pérdidas del seguimiento y las experiencias de las personas. Un resultado aislado no explica por qué se ha producido un resultado. La devolución entendida permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, qué conviene adaptar y qué conviene investigar de forma más profunda (OMS, 2018).

3.3. Funciones de Enfermería frente a los determinantes sociales

Reutter y Kushner sugirieron una orientación de práctica que aglutina el cuidado sensible a las inequidades con las acciones que abordan las condiciones que las producen. De este modo, se complementan las funciones, pero no se tornan excluyentes y la ayuda no desaparece. La valoración es la que identifica necesidades; la planificación es la que ajusta las intervenciones; la coordinación es la que conecta recursos; la educación es la que trabaja la comprensión; y la incidencia es la que utiliza la evidencia para alterar y modificar las barreras que presenta la institución. El desafío radica en vincular

las funciones referidas a la práctica a partir de objetivos comunes. Dicho de otra forma, detenerse como práctica a la hora de detectar inadecuaciones en la alimentación no es una intervención completa si eso no se convierte en información para reclasificar el plan ni para activar una respuesta negociada (Reutter & Kushner, 2010).

El trabajo de Phillips et al. describe las barreras percibidas por enfermeras en relación a la incorporación de determinantes sociales, entre las que se encuentra la falta de tiempo y de conocimiento sobre dónde hay recursos. Como el método es transversal, y no es la atención primaria ni el hospital general, no permite tener el número y la frecuencia de las barreras detectadas en Ecuador. Sí evidencia preguntas pertinentes para un diagnóstico local: qué conocimientos tiene el grupo, qué le resulta problemático y a quién puede derivar. La capacitación debe ir acompañada de directorios actualizados, espacios de consulta y responsabilidades institucionales que permitan aplicar lo que se ha aprendido (Phillips et al., 2020).

El consenso de Kuehnert et al. organiza las acciones de cuidado de Enfermería a niveles individuales, familiares y poblacionales, con atención a las políticas. Guilamo-Ramos et al. presentan un marco para programas de conducción enfermera en el que se conectan los mecanismos sociales con las intervenciones. Estas contribuciones pueden considerarse marcos conceptuales. Su existencia no demuestra la efectividad de cualquier programa que se construya a partir de ellas. Su interés práctico radica en forzar una relación explícita entre problema, mecanismo y acción. También dirigen la evaluación de programas que permiten saber quién se beneficia y bajo qué condiciones se benefician (Guilamo-Ramos et al., 2023; Kuehnert et al., 2022).

La relación de tareas es útil para evitar sobrecargas y confusiones. La Enfermería puede investigar una dificultad económica, adecuar el cuidado y coordinar con trabajo social, pero no puede promover prestaciones ni asumir competencias ajenas. Cada institución tiene que definir quién recibe las alertas, quién lleva a cabo las deri-

vaciones y cómo se puede verificar respuesta. Los problemas que se presentan de manera reiterativa necesitan análisis de la gestión y no soluciones informales que se mantienen solamente a partir del esfuerzo individual. La institución que tiene en consideración la dimensión social del cuidado tiene que valorar el tiempo que se invierte en la coordinación, la educación y el proceso de seguimiento dentro de su carga de trabajo.

Las funciones a las que se refiere la Enfermería frente a los determinantes sociales abordan la valoración, la educación, la coordinación, el seguimiento y la aportación a mejoras organizativas, todo ello con límites profesionales muy claros. Esta precisión ordena el análisis de las funciones de la Enfermería frente a los determinantes sociales: primero se precisa el problema y luego se decide qué información es relevante al respecto. Una formulación útil tiene que permitir el reconocimiento de situaciones concretas, la comparación de explicaciones y la anticipación de qué respuesta sería coherente. En la Enfermería, el concepto tiene sentido cuando ayuda a visibilizar un recorrido de atención, a la vez que establece justificativos para diferentes decisiones. Su uso no debe transformarse en una etiqueta que interrumpa la escucha o cancele prematuramente la valoración. Con ello, la interpretación mantiene una conexión explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Reutter & Kushner, 2010).

Una necesidad reconocida únicamente ofrece una utilidad asistencial cuando puede enlazarse con una contestación, un acuerdo o una decisión sobre el seguimiento. Reconstruir esta conexión implica tener en cuenta que el orden temporal de los acontecimientos también debe asumirse. La búsqueda se queda corta si se establecen tan solo dos circunstancias a la vez; es necesario también aventurarse a indagar sus puentes y qué otras explicaciones pueden ser insertadas. Desde la práctica de la Enfermería familiar y comunitaria interesa fijarse en aquel punto que permita pensar que una respuesta puede modificar el recorrido. El análisis debe poner de relieve tanto restricciones como recursos de protección e intentar evitar una

interpretación determinista. Esta distinción permite formular propuestas de acciones proporcionadas y plantear nuevos desapegos sin remitirlo todo a una misma condición social (Phillips et al., 2020).

Antes de añadir un nuevo formulario es conveniente confrontar quién va a utilizar esta información, en qué acción va a utilizarse y qué recurso va a existir cuando se identifique una dificultad. Estas preguntas se articulan de una forma progresiva, explicando su objetivo y aceptando la decisión de no responderlas; la conversación misma intenta producir información suficiente para acordar la acción en lugar de una inmensa exploración de la vida privada. También conviene contrastar lo que se ha comprendido a partir de la persona y, en el caso que existieran, registrar las incertidumbres. El lenguaje del registro ha de describir situaciones y apoyos, y no establecer juicios sobre una motivación o un carácter. Cuando aparecen prioridades diferentes entre profesional y usuario, la negociación del plan es parte del cuidado y no constituye un obstáculo administrativo.

El siguiente caso puede analizarse como situación hipotética de aprendizaje: Un servicio introduce preguntas sobre alimentación, pero el personal no conoce qué apoyos existen y no tiene tiempo para leer lo que se ha cumplimentado. La discusión se ha de dividir en hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan. Después le corresponde identificar qué decisión necesita tomarse ahora y cuáles necesitan revisión a posteriori. El caso no es representativo de los resultados que proporciona la investigación, ni sigue como una receta que sirva a todas las familias. Su valía consiste en mostrar cómo una circunstancia cotidiana puede dotar de sentido a cómo la recomendación termina siendo diferente. En su resolución, es conveniente argumentar por qué se elige una opción, así como qué información puede hacer necesario revisar la recomendación.

El equipo tiene que realizar la definición de rutas sencillas, responsables y criterios de abordaje, de forma que la función social se integre en el trabajo y no como una acción aislada. Acercar esta línea de orientación a un plan basado en a quién corresponde realizar

cada tarea, qué colaboración coincide entre las personas de la acción y cuándo se revisa el acuerdo. Un equipo realiza una acción propia y no una gestión que depende de otra institución. Las expectativas se formularán con recursos confirmados y con las preferencias de las personas que participan. Si no va bien el plan inicial, el seguimiento puede dar lugar a otra alternativa sin que la persona que lleva a cabo la acción tenga que asumir la responsabilidad. La documentación ayuda a escribir lo que ha salido de la acción y los compromisos asumidos y no solo una hoja de actividades (Phillips et al., 2020).

La Enfermería como responsable de resolver todas las necesidades sociales puede provocar una saturación del personal. Esto puede llegar a ser un límite ya que se deben anticipar consecuencias que pueden no percibirse cuando se delimita el foco de vista únicamente en el objetivo que se atiende. La revisión ética puede investigar la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas o la posibilidad de recuperar decisiones perdidas. En concreto, conviene preguntar si esta propuesta amplía las cargas del personal que ya las tiene limitadas. Encontrar un riesgo no equivale a suspender toda acción, sino a comparar alternativas y escoger una respuesta proporcional.

El ajuste es capaz de diferenciar las necesidades que han sido identificadas, las respuestas que se han acordado y los resultados que son conocidos, evitando así presentarse como equivalente a la resolución. La selección de los indicadores de ajuste ha de estar orientada hacia la pregunta de mejora y haberse mantenido lo suficientemente simple como para ser utilizada durante el trabajo que se realiza. Cada una de estas medidas necesita una definición, un tiempo y una fuente identificables, y cuando eso es requerido, el numerador y el denominador. Asimismo, los cambios han de ser interpretados en función del contexto, del seguimiento perdido y de las vivencias de las personas. Una cifra aislada no permite saber por qué se ha producido un resultado. La devolución que es comprensible permite la revisión del plan y decidir así qué es conveniente mantener, adaptar o estudiar en profundidad (Reutter & Kushner, 2010).

3.4. Promoción de la salud

El propósito de la promoción es incrementar el control sobre determinados condicionantes que afectan al bienestar en toda su amplitud; bien sean capacidades personales, entornos o bien la organización colectiva. También Golden y Earp manifiestan que muchas de las intervenciones que se han dado en llamar ecológicas se han centrado mucho más en los niveles individual e interpersonal, lo más importante. Para los autores la discrepancia entre el discurso y el diseño es importante para la Enfermería. Una actividad grupal no se convierte en interventora comunitaria de forma automática si esta no reside en las decisiones de la comunidad y no se toman en contexto los condicionantes del entorno; el nivel de la acción dependerá, por lo tanto, de lo que cambia, así como de las personas que intervienen, pero no de lo que indique el número de personas que asisten (Golden & Earp, 2012).

La consideración cultural es mucho más que hacer una traducción de materiales o bien utilizar imágenes de la comunidad de referencia. Kreuter et al. proponen diferentes alternativas de adecuación que pueden cambiar el contenido, la forma y la relevancia de los mensajes. La adecuación no debe llevar al planteamiento de la cultura como un conjunto fijo de costumbres, al margen de la variabilidad que puede existir entre las personas que configuran dicha cultura; no se puede tratar la cultura como una manifestación, como un conjunto homogéneo de valores y prácticas que se reproducen. El equipo tiene que poner en juego significados, recursos y diferencias internamente.

Por ejemplo, una recomendación alimentaria ha de contemplar disponibilidad, costo y prácticas familiares, además de la preferencia. El beneficio de la adaptación de una recomendación es mayor si se realiza con las personas participantes y se revisa según su experiencia (Kreuter et al., 2003). Un programa de promoción puede conjugar decisiones sobre espacios seguros, horarios de actividad, apoyo entre pares y acceso a la información.

La Enfermería aporta valoración sanitaria, acceso y seguimiento, mientras que otras personas participan según sus conocimientos. La definición del objetivo ha de ser concreta: aumentar las oportunidades de actividad física, mejorar la comprensión de un trámite o reforzar redes de cuidado. Las expresiones generales del tipo «concientizar» son insuficientes si no se explica acerca de qué cambio es esperado y cómo es esperado. El hecho de participar con las personas del propio lugar ha de influir en esta definición inicial.

La evaluación no ha de limitarse únicamente al número de charlas, conviene examinar el alcance, la permanencia, el uso de los recursos y los cambios en las condiciones que facilitan tomar decisiones. También resulta interesante reconocer quiénes no participan, así como confirmar si la actividad hace incurrir en un coste de tiempo, de desplazamiento, etc. El grupo puede intercambiar de manera breve información, la observar e incluso los registros sencillos para hacer corresponder la intervención. Cuando en el contexto persistan las restricciones materiales, atribuir la falta de cambios a escasa motivación es simplificar en el mismo sentido que el determinante social pretende escapar.

La promoción de la salud no busca solo aumentar las posibilidades de actuar sobre las condiciones de bienestar; su horizonte va más allá del hecho de transmitir información o de introducir cambios de conductas individuales. Esta advertencia delimitará el trabajo del análisis de la promoción de la salud: primero se delimita el problema que se pretende atender y luego el proceso de decidir qué información es la que puede tener un cierto peso. La formulación del concepto debe permitir identificar situaciones muy concretas, poder comparar explicaciones alternativas y anticipar el tipo de respuesta que correspondería.

En el caso de la Enfermería, el concepto debe tomar la relevancia de trabajar para entender un tipo de trayectoria de atención y así tener una cierta justificación para hacer algunos tipos de decisiones. Su uso no debe convertirse en un rótulo que supere el escuchar

o cierre prematuramente la evaluación. La interpretación mantiene así explícitamente una relación entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Golden & Earp, 2012).

Los entornos, normas organizacionales y disponibilidad de medios pueden facilitar o restringir las opciones, ya que las personas pueden conocer las recomendaciones sanitarias. La reconstrucción de la relación introduce el orden cronológico de los acontecimientos que se explican. No es suficiente con poder representar dos circunstancias a la vez, sino que es necesario investigar la conexión entre ellas y otras explicaciones que puedan intervenir en ese fenómeno.

Desde la práctica de la Enfermería familiar y comunitaria es importante situarse en aquel lugar donde una respuesta puede cambiar el curso de las cosas. El análisis debe atender no solo a las restricciones sino también a los recursos que podrían ser protectores y tener así suficiente cuidado con la lectura determinista. Esa distinción permite formular acciones proporcionadas y no responsabilizar a una sola condición social de todos los resultados que se puedan presentar (Kreuter et al., 2003).

Vale la pena ver qué puede decidir la comunidad, qué condiciones se lo impiden y qué recursos colectivos están sosteniendo ya prácticas saludables. Estas preguntas van apareciendo poco a poco, explicando para qué son y subrayando que existen también las elecciones de no contestarlas. La conversación tiene que dar lugar a la información suficiente para acordar una acción –en ningún caso para un análisis extensivo de la vida privada–; también hay que contrastar lo que se entiende con la persona de manera que haya espacio para recoger las dudas cuando surjan.

El lenguaje del registro tiene que referirse a circunstancias e identificaciones, evitando hacer juicios sobre la motivación o el carácter. Cuando las prioridades entre profesional y usuario son diferentes, la negociación del plan forma parte del cuidado y no es un obstáculo administrativo. Como situación hipotética de aprendizaje puede ofrecerse el siguiente caso: Un grupo quiere mejorar la alimen-

tación, pero el mercado cercano ofrece poca variedad y los horarios de la tarea dificultan preparar las comidas de manera regular.

La discusión ha de separar los hechos narrados, las interpretaciones y la información que queda por aportar. A continuación, ha de establecerse qué decisión puntualmente ahora ha de considerarse y qué decisión será la que haya de reconsiderarse en un momento posterior. El caso no respecto a resultados obtenidos de una investigación sistemática ni pautas que pueden considerarse universales a todas las familias. Su función es mostrar cómo una recomendación se transforma en el sentido que puede asumir una circunstancia cotidiana. En la resolución del caso sería bueno explicar a los demás por qué se ha producido esta elección o bien qué información sería la que podría hacer necesaria una reconsideración del caso presentado.

La intervención se puede articular a partir de la reflexión y reuniones comunitarias y gestiones del quehacer disponible, evitando limitar la intervención al simple discurso de las cuestiones alimentarias. Para aterrizar esta orientación hacia un plan, será conveniente concretar quién se responsabilizará de cada tarea, qué tipo de apoyos necesita y cuándo se revisará el acuerdo. Distinguir una acción propia del equipo de una gestión que dependerá de otro recurso institucional convenido. Las expectativas tendrán que corresponder a recursos confirmados para las personas que participan. Si la acción alternativa no se puede llevar a cabo, se podrá abrir otra y si esta no es posible no responsabilizará a la persona. La documentación tiene que cubrir por qué y los compromisos que se han aceptado y no solo una lista de actividades (Golden & Earp, 2012).

Invitar a participar sin permitir intervenir a nivel de objetivos y recursos puede legitimar una actividad completamente definida a partir del servicio. El límite obliga a predecir los resultados que probablemente pasarán desapercibidos si solo se atiende al objetivo primario de la intervención. La revisión ética habrá de recoger cuestiones como la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas, la posibilidad de rectificar decisiones en relación con lo estable-

cido. En caso de que el esfuerzo solicitado aumente para las personas que ya han de superar restricciones elevadas también conviene plantearse esta cuestión. Reconocer un riesgo no implica paralizar toda acción, sino que indica la conveniencia de comparar respuestas y elegir la que sea más proporcional.

Puede ser interesante observar no solo las capacidades sino los cambios en el entorno por acción, incluso, la distribución de la ganancia y aun recordar información o bien asistir a formaciones. La elección de los indicadores habrá de ser una respuesta a la pregunta de mejora, y al mismo tiempo, ha de ser lo suficientemente sencilla como para que pueda ser utilizada en el trascurso habitual del trabajo. Cada medida necesita la definición, el periodo y una fuente reconocible: incluso cuando corresponde, necesita el numerador y el denominador. Los cambios han de leerse en relación con la experiencia de las personas, con las pérdidas de seguimientos y el contexto. Una cifra considerada de forma aislada no explica por qué se alcanzó un resultado. La devolución entendible permite revisar el plan y decidir si conviene mantenerlo o bien cambiarlo o bien investigar más (Golden & Earp, 2012).

3.5. Prevención de enfermedades

La prevención se estructura en acciones para mitigar riesgos, etapas y opciones para impedir algún tipo de daño. Desde el enfoque social, hay que garantizar que se permita tener acciones accesibles, factibles. Según Balk et al. (2015) los programas combinando alimentación y actividad física se asocian con beneficios en personas con riesgo de diabetes alto y variación según diseño; es decir, los hallazgos favorecieron las intervenciones estructuradas, pero no se podía hacer la inferencia de que una recomendación breve proporcionase el mismo efecto. Enfermería debe tener en cuenta la intensidad, la duración, los recursos y las características de la población antes de trasladar una estrategia a otra situación (Balk et al., 2015).

Los agentes comunitarios pueden ampliar el alcance para la

realización de actividades de prevención cuando se tiene formación, supervisión y un vínculo con los servicios. La revisión de Jeet et al. (2017) encuentra resultados favorables en algunos factores de riesgo, aunque con heterogeneidad e incertidumbre hacia parte de la evidencia revisada. No se debe confundir esos roles con competencias de la práctica profesional de Enfermería. La colaboración del equipo es en las definiciones de tarea, apoyar la comunicación, comprobar los trámites y organizar los derivados. El trabajo comunitario requiere reconocimiento y de condiciones para que la prevención no dependa de un voluntariado sin apoyo permanente (Jeet et al., 2017).

La prevención, por otra parte, también requiere evitar intervenciones sin sentido: un tamizaje debe dar respuesta a recomendaciones aplicables a la edad, al riesgo y al contexto, asegurarse de la confirmación diagnóstica y del acceso a una atención en caso que el resultado sea positivo. Detectar sin posibilidad de seguimiento produce ansiedad y gastos sin el beneficio suficiente. Las jornadas comunitarias requieren un plan previo de registro, de comunicación de los resultados y de enlace con la red. La valoración social permite identificar apoyos para completar ese recorrido y permitir evitar las pérdidas del seguimiento entre las diferentes etapas.

La prevención de las complicaciones se enlaza con el cuidado de continuidad. Enfermería puede también detectar las dificultades para conseguir medicamentos, entender las indicaciones o mantener la alimentación y el descanso. Las tareas del plan resultan prioritarias, habiendo pactado que los cambios sean factibles y no adjudicando a la persona responsable ninguna referencia por condicionantes de los que no puede asumir el control. También corresponde estar atentos con respecto a resultados no deseados que pueden comportar los programas: estigmas, falsas expectativas de seguridad, sobrecarga, etcétera. Una prevención que busca la equidad examina su utilidad clínica y también circunscribe las circunstancias acogidas que acaban haciendo que la prevención sea aislante y aislada, y que muchas veces limita el acceso a los beneficios de estas actividades.

La prevención tiene que ver con el riesgo, el estadio del problema y la balanza de los beneficios y de las cargas, nunca afirmando que más actividades comporten siempre mejor salud. Esta mínima precisión articula el trabajo de prevención expositivo: primero se delimitará el problema y más adelante se habrá establecido qué información es relevante. Una formulación útil debe construir situaciones concretas, comparar explicaciones y pronosticar qué respuesta sería la correcta. En el ejercicio de la Enfermería, el concepto toma sentido si es útil para entender un trayecto de cuidados y justificar el quehacer. Su uso no debe transformarse en un rótulo que suprima la escucha o precipite la valoración. La interpretación de esta forma sostiene al mismo tiempo una relación de tipo explícito entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Balk et al., 2015).

Una intervención preventiva puede llegar a ser poco útil cuando carece de un acceso a la confirmación, al seguimiento o a la atención que permita abordar un resultado con valor. Reconstruir la relación requiere además tener presente el orden de los acontecimientos. No basta con encontrar dos circunstancias que suceden al mismo tiempo si no se trata de investigar la conexión, así como qué otras explicaciones pueden entrar en juego. Desde la práctica de la Enfermería familiar y comunitaria interesa conocer el punto donde una respuesta puede alterar la trayectoria. El análisis debe contemplar tanto limitaciones como recursos protectores, y no debe desembocar en una línea de interpretación determinista. Esta distinción permite definir alternativas eficaces sin cargar toda la culpa o la responsabilidad en una única contingencia social (Jeet et al., 2017).

Antes de convocar, es conveniente comprobar elegibilidad, el grado de comprensión del proceso, la disponibilidad para el seguimiento y la aparición de obstáculos que podrían dificultar completar el recorrido. Se va incorporando bien la pregunta y explicando su finalidad, sin obligar a las personas a responder. La conversación llevará al suficiente caudal de información para conducir a la acción y no a una exploración ilimitada de la vida privada. De la misma ma-

nera, resulta conveniente contrastar lo que se ha comprendido con la persona y anotar, siempre que estas existan las inseguridades en lo que se ha entendido. El lenguaje del registro debe describir contextos, situaciones y apoyos e intentar, tanto como sea posible, no ofrecer juicios con respecto a la motivación o el carácter. En los momentos en los que surgen prioridades diferentes entre el profesional y el usuario, negociar el plan es parte del acto de cuidar y no constituye un obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Campañas que identifican a personas que requieren evaluación, pero las citas posteriores son ofertadas en lugares lejanos y horarios incompatibles con su trabajo. Los hechos conocidos se han de separar de las interpretaciones y de los datos que faltan y posteriormente en su momento será identificar qué decisión se necesita tomar en ese momento y cuáles las que se han de tomar después. El caso no representa los resultados de una investigación, ni representa una pauta automáticamente extensible a todas las familias. Su utilidad consiste en mostrar cómo cambia el sentido de una recomendación en el marco de una circunstancia habitual. Cuando se da solución, conviene dar cuenta de por qué se elige una alternativa y qué información podría hacer reconsiderar esta elección.

El equipo debe organizarse desde el principio, explicar las fases y facilitar el libre acceso a la red y a unos recursos y protocolos que están confirmados. Para hacer de esta orientación un plano se ha de precisar quién ha de realizar cada tarea, qué ayuda necesita, cuándo se revisará el acuerdo. Resulta fundamental una distinción clara entre la acción que puede llevar a cabo el equipo y las situaciones que son gestionadas por otra institución o institución distinta que imponga limitaciones a la ejecución de la actividad. Las expectativas de las personas están determinadas por los recursos que

hayan recibido confirmación, así como el agrado de quienes las llevan a cabo. Si la primera de las alternativas no fuera aceptable, el seguimiento más bien acudiría a la segunda sin responsabilizar automáticamente a la persona implicada. El trabajo del seguimiento, la documentación, es para mostrar por qué y compromisos que se han asumido y no solo para dejar una relación de actividades (Balk et al., 2015).

La prevención puede inducir ansiedad, estigma o gastos innecesarios si la comunicación es negativa o se hacen actividades sin indicación válida. Este límite solo puede anticipar las consecuencias que se pierden de vista si solo se tiene en cuenta el objetivo de la intervención. La revisión ética debe tomar en consideración la privacidad como un elemento crucial, la soberanía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir lo que se ha decidido. Especialmente, conviene preguntarse si la propuesta implica más esfuerzo para quienes ya realizan esfuerzos por el hecho de tener que conformarse con definiciones de actividades o resultados. Identificar el riesgo no implica una suspensión de la intervención sino en términos de comparar alternativas y escoger una respuesta proporcionada.

La evaluación incluye el final del recorrido, la oportunidad y los efectos no previsibles, no solo la cantidad de tamizajes, las personas que han sido convocadas. La elección de los indicadores responde a una pregunta de mejora y ha de ser lo suficientemente sencilla para que pueda ser utilizada en la dinámica de trabajo habitual. Cada medida requiere una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando es el caso, numerador y denominador.

Los cambios han de interpretarse junto con los contextos, las pérdidas del recorrido y la experiencia de las personas. Una cifra no es suficiente para determinar por qué se produce un resultado. La restitución comprensible permite volver a revisar el plan y determinar qué conviene mantener, cambiar o investigar (Balk et al., 2015).

3.6. Derecho a la salud

El derecho a la salud proporciona un marco de referencia para la evaluación de la calidad de servicios y políticas, a partir de los elementos analizados en función de sus propias obligaciones, participación y rendición de cuentas. Backman et al. analizan un conjunto de indicadores relativos al derecho a la salud y evidencian vacíos informacionales que hacen difícil que pueda desarrollarse como tal. La forma de hacerlo propone reconocer la distancia que hay entre una mera declaración y preguntas observables, sobre la disponibilidad de los servicios, sobre su acceso sin discriminación, la información y los mecanismos de reclamo. Para Enfermería, el derecho a la salud se traduce en decisiones sobre trato, sobre privacidad, sobre oportunidad y continuidad. El cumplimiento del mismo requiere de condiciones institucionales, habida cuenta del compromiso ético particular de la enfermera (Backman et al., 2008).

Por su parte, en Ecuador, el artículo 32 establece la salud como un derecho que se relaciona con los derechos de agua, alimentación, educación, trabajo y ambientes sanos. Esta relación ofrece una base explícita para el abordaje de determinantes sociales y para entender el cuidado como un aspecto de una responsabilidad pública más amplia. Su uso cotidiano requiere conocer las rutas institucionales y las normas vigentes que desarrollan el marco institucional. La profesional tiene la responsabilidad de transmitir información clara sobre servicios y procedimientos, sin permitir dar interpretaciones jurídicas complejas que no entran dentro de su campo de trabajo, ni ofrecer promesas de que los requerimientos serán exitosos (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

La existencia de recursos limitados obliga a establecer prioridades, pero esas decisiones deben hacerse teniendo la justificación y procedimientos legítimos. En el trabajo de Rumbold et al. describen la relación de la cobertura universal, la priorización y el derecho a la salud. Para los equipos el problema no se resuelve a partir de reglas informales que digan quién se merece recibir atención. Corresponde que se apliquen criterios relevantes y transparentes, y que sean revisables, además de tener mecanismos para tratar situaciones excepcionales. Las decisiones tienen que llevar un regis-

tro de las necesidades y de las alternativas, sobre todo cuando una barrera administrativa impide acceder a un servicio clínicamente indicado (Rumbold et al., 2017).

La defensa de derechos implica escuchar y dar soporte de manera activa al denunciado maltrato o la exclusión de la que otra persona lleva a cabo; de ninguna manera significa que Enfermería tenga que actuar como un abogado defensor de la causa legal en la mayoría de ocasiones. Para ello a lo sumo puede ofrecer información, poner en marcha canales de protección o comunicar a través de los certámenes seguros. La confidencialidad es importante y lo es explicar los límites que se pueden dar ante graves peligros o ante deberes legales concretos. La respuesta también debe intentar que la persona lleve el protagonismo en la decisión tomada, que la denuncia no se convierta en represalias, que se corte la atención o que se produzca una exposición innecesaria a personas ajenas.

La defensa de derechos implica escuchar y dar soporte de manera activa al denunciado maltrato o la exclusión de la que otra persona lleva a cabo; de ninguna manera significa que Enfermería tenga que actuar como un abogado defensor de la causa legal en la mayoría de ocasiones. Para ello a lo sumo puede ofrecer información, poner en marcha canales de protección o comunicar a través de los certámenes seguros. La confidencialidad es importante y lo es explicar los límites que se pueden dar ante graves peligros o ante deberes legales concretos. La respuesta también debe intentar que la persona lleve el protagonismo en la decisión tomada, que la denuncia no se convierta en represalias, que se corte la atención o que se produzca una exposición innecesaria a personas ajenas.

En la Enfermería el concepto se convierte en útil cuando permite poder entender una trayectoria de cuidado y justificar decisiones. Su uso no debería convertirse en una etiqueta que, de alguna manera, sea capaz de sustituir la escucha o de cerrar antes de tiempo la evaluación. Mantiene así la interpretación en una relación explícita con el conocimiento, con el contexto y con la responsabilidad profe-

sional (Backman et al., 2008).

Una estigmatización documental o un trato discriminatorio o la inaccesibilidad de la información pueden materializarse en el no ejercicio de un derecho incluso si existe oferta sanitaria. Reconstruir esta relación requiere atender al orden cronológico de los sucesos. No se trata de encontrar dos circunstancias al mismo tiempo sino de analizar cómo se enlazan y qué otras explicaciones pudieran intervenir.

Desde el punto de vista de la práctica de la Enfermería familiar y comunitaria, resulta de interés hallar el momento en el que una respuesta puede cambiar la trayectoria. Hay que luchar por una lectura plural: se debe dar cuenta de restricciones y de recursos protectores, pero hay que evitar una mirada determinista. Esa distinción permite proponer acciones proporcionadas en la intervención sin pensar que de esa única condición social derivan todos los resultados (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

La valoración puede servir para establecer el servicio necesario, cuál es el requerimiento que frena el acceso y qué explicación recibió para resolver este acceso. Estas preguntas se van introduciendo progresiva y pausadamente, junto a la argumentación de su finalidad y los elementos que permiten retirar alguna de ellas o decidir no responder. La conversación tiene que poder hacer brotar toda la información necesaria para llegar a acordar alguna acción, y no tener el carácter de exploración ilimitada sobre la vida privada.

Se debe hacer también la confrontación de lo que se entiende con la persona que lo ha recibido y se debe anotar la incertidumbre cuando esta existe. El lenguaje de la anotación ha de ser descriptivo de circunstancias y apoyos y no de juicios sobre motivación o carácter. Cuando se presentan prioridades diferentes entre profesional y usuario, en la negociación del Plan están integrados y no constituyen obstáculos administrativos.

En su condición de situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Una usuaria acude de forma reiterada para un mismo trámite sin conseguirlo porque según quién la atienda los pronunciamientos cambian la forma de llevarlo a cabo y no existe una orientación que aquellas puedan entender. La discusión, en un segundo paso, separa los hechos que son conocidos, las interpretaciones que los orientan y los datos que no se tienen.

Después corresponde identificar qué decisión se debe tomar y cuál habrá de ser objeto de revisiones posteriores. El caso no es un resultado de una investigación ni una pauta que sea válida para todas las familias. La utilidad del caso es la de mostrar cómo cambia el sentido de la recomendación al elaborarse en una circunstancia cotidiana. Al resolverlo conviene argumentar por qué se ha seleccionado una de las alternativas y qué información sería necesaria para que fuera necesario replantear el caso.

La Enfermería puede documentar la dificultad, facilitar la comunicación e iniciar el canal institucional correspondiente, informando en su caso de cuáles son los límites de su intervención. Para convertir esta orientación en un plan hay que concretar quién llevará a cabo cada tarea, qué apoyo requerirá y cuándo se procederá a revisar el pacto. Se debe considerar la distinción de una acción propia del equipo y una gestión satisfaciendo un servicio de otra institución, porque las expectativas se deben ir acomodando a recursos ya confirmados y mediante las preferencias de los /las intervinientes.

En caso de no valorarse positiva la primera alternativa, se puede seguir el camino a las otras alternativas procurado por el acompañamiento y ello no atribuye automáticamente la responsabilidad a la persona. No solamente la documentación debe mostrar un razonamiento ético y unos compromisos logrados, sino que hay que poner en relación este compromiso y la actividad, no meramente una lista de actividades (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Hablar por la otra persona, sin consultar las preferencias puede reproducir la misma exclusión que se desea corregir. Este límite invita a prever consecuencias que pueden escapar a la visibilidad cuando tan solo se observa el objetivo principal de la intervención; la revisión ética debe atender a la privacidad, a la autonomía, a la distribución de las tareas y al contenido de corregir esta decisión. En particular, se trata de preguntar lo siguiente: la intervención que se propone ¿aumenta los esfuerzos para quienes ya cargan con mayor restricción? Identificar un riesgo no significa no intervenir, sino precisamente poner en comparación alternativas para así llevar a cabo una respuesta proporcionada.

El seguimiento permitiría verificar si se asciende a la solución del problema, a la atención recibida y a la continuidad del cuidado, verificando la gestión desarrollada y el derecho que fue facilitado. El modo de elegir los indicadores estaría condicionado por la pregunta de mejora, además de tener que permanecer suficientemente simple como para poderse utilizar en el trabajo cotidiano. Cada medida necesita de definición, periodo y fuente reconocible, incluso en cuando corresponda numerador y denominador. Los cambios tienen que ser interpretados por contexto, por pérdidas de seguimiento y por experiencia de las personas; una cifra por sí sola no explica por qué se presentó un resultado. La devolución comprensible admite ver el plan, así como decidir qué es conveniente mantener, adaptar o investigar más a fondo (Backman et al., 2008).

3.7. Enfermería como agente de transformación social

La transformación social implica examinar relaciones que generan desventaja y participar en cambios sistemáticos. Kirkham y Browne cuestionan interpretaciones de justicia que se centran únicamente en la distribución como resultado, y sugieren la posibilidad de considerar historia, poder y condiciones sociales. La Enfermería es, entonces, aceptar que una relación de interacción respetuosa es

necesaria, pero no suficiente si, precisamente, la configuración de un hotel genera la exclusión de forma repetida. El análisis crítico puede empezar a partir de hechos cotidianos: ¿quién espera más?, ¿quién abandona el recorrido?, ¿qué reglas afectan con mayor fuerza a determinadas categorías de personas? (Kirkham & Browne, 2006).

La teoría de la praxis emancipadora de Walter trata de procesos de reflexión, compromiso y transformación, pero también es la teoría que señala la importancia de la alianza con las personas que experimentan la injusticia. Esta teoría es de carácter conceptual y no debe ser de ningún modo una intervención demostrada como eficaz. Para la práctica abre a la revisión de privilegios profesionales y compartir entre todos la definición del problema. El ser humano que empieza a hablar en nombre de una comunidad utilizando su propia voz, sin escucharla, puede terminar reproduciendo las relaciones que aspira a transformar. La alianza respetuosa posibilita y sitúa el conocimiento y la comunicación en la responsabilidad compartida, sin dejar de asumir responsabilidades institucionales (Walter, 2017).

El informe sobre el futuro de la Enfermería 2020-2030 hace corresponder el eje del ir hacia la equidad, se articula el conjunto de la educación, la diversidad profesional, la vida laboral y la articulación entre servicios y políticas que se ha propuesto. A pesar de que está elaborado en Estados Unidos, no obstante, permite establecer preguntas transferibles hacia el plano del análisis local: ¿qué barreras impiden la puesta en práctica de su ejercicio profesional?, ¿qué formación se exige?, ¿cómo se reconoce la aportación del trabajo de Enfermería?

La consecuencia de esto es la comprensión de que la adaptación implica la configuración del sistema sanitario y la situación de las competencias en el plano nacional. Por lo tanto, ningún documento de entidad internacional puede sustituir por sí mismo la evaluación del contexto ni garantizarse por sí mismo una ejecución

(National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2021). La acción transformadora puede tener una forma concreta y proporcionada como puede ser el hecho de mejorar un procedimiento, la incorporación de la voz de representantes comunitarios o la presentación de evidencias a una autoridad o la participación en redes profesionales.

Y su evaluación tendrá que observar cambios que son evidentes y sostenibles y no solo evidencias de visibilidad. Por ejemplo, un proyecto que depende de una sola persona y que desaparece cuando esta persona es trasladada a otra unidad necesita de una revisión respecto a la institucionalización y a los recursos. La Enfermería podrá incidir en la transformación social, siguiendo el análisis de la intervención social, cuando sea capaz de comunicar con precisión el problema que les afecta. Por tanto, se muestra de una parte que se es capaz de diferenciar entre evidencia y opinión y que, además, se es capaz de presentar diferentes alternativas cuyos contenidos han sido contruidos por aquellos que aquí experimentan las barreras de su vida cotidiana.

La transformación social desde la Enfermería asocia la reflexión crítica sobre la propia práctica, así como también la acción colectiva en la modificación de las relaciones o procedimientos que producen las propias barreras del cuidado. De esta precisión, la organización del análisis de la Enfermería como agente de la transformación social: En primer lugar, este y no otro es el delimitador de los problemas que se pretende abordar en la transformación social desde la Enfermería, y en segundo lugar, el aprovechamiento del trabajo de la Enfermería a nivel municipal, ya que a partir de él, una primera vez, se delimitará el problema y en segundo lugar, se decidirá sobre qué información es necesaria.

Por lo tanto, una buena formulación siempre será aquella que permita el reconocimiento de situaciones concretas, así como la

comparación de distintas explicaciones anticipando también qué tipo de respuesta sería la que haría más coherente el tratamiento. En la Enfermería, cuando se habla de conceptos, estos pueden adquirir valor si permiten también alcanzar una trayectoria de cuidados y no justificaciones. Lo que no debe pasarse por alto es que su uso no puede llegar a convertirse en la etiqueta que sustituye la escucha o que cierra prematuramente la valoración, esto es, que la interpretación mantiene una clara relación entre conocimientos, contexto y responsabilidad profesional (Kirkham & Browne, 2006).

La cotidianeidad deja observar patrones que se repiten, pero interpretarlos en cambios precisa de organización, evidencias y capacidad de decidir la institución. Reconstruir esta relación de los acontecimientos implica aceptar también el orden temporal de éstos y la exposición de cómo se enlazan y cuáles otras explicaciones o circunstancias podrían entrar en juego.

Desde la práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria se busca en el lugar donde las respuestas podrían modificar el transcurrido. La lectura del análisis va a aceptar restricciones, así como recursos de protección, por otro lado, evitar la lectura determinista. La distinción ayuda al hecho de proponer acciones adecuadas de la intervención sin sentir toda la responsabilidad de los resultados por una asignación condicionante del problema (Walter, 2017).

El equipo puede trabajar con preguntas sencillas: ¿cuál dificultad repite?, ¿qué regla la hace?, ¿quién tiene el poder de transformarla?, etcétera, incorporando a las personas dañadas en la participación. A medida que se introducen estas preguntas de forma gradual, estableciendo el sentido y aceptando el hecho de que, si no quieren responder, así lo puedan hacer. La conversación tiene que ofrecer la suficiente información para pactar acciones, pero no llevar a cabo una indagación indeterminada de la vida privada. También es conveniente atenerse a contrastar lo que se va conociendo, así como archivar la incertidumbre si existe.

El lenguaje del registro tiene que ser el de las circunstancias, los apoyos y debe evitar expresiones referidas al tipo de motivación o a la descripción del carácter. En el caso que el profesional y el usuario tengan diferentes prioridades, la negociación del diseño del plan formará parte del cuidado a la persona y no debe interpretarse como una piedra administrativa.

El nuevo caso para el análisis como situación hipotética de aprendizaje, podría ser el siguiente: Un grupo de familias se echa atrás en un trámite, porque tienen que ir de nuevo a buscar unos documentos solicitados y que se piden de manera parcelada, es decir, el conflicto es mayor que cualquier encuentro entre un grupo de familias y facilitadores. Tienen que diferenciar en la discusión los hechos que conocen, las interpretaciones que hacen de ellos y los que no tienen.

Después tienen que distinguir qué decisión es de las que se toman, de las que pueden asumir posteriormente. El caso no contiene resultados de una investigación y no es una fórmula que se pueda aplicar a todas las familias por igual. Su valor es demostrar cómo a partir de un caso cotidiano se puede transformar el sentido de una recomendación. Cuando se soluciona el caso conviene explicar la opción que se ha tomado y la información que pudiera hacer necesaria otra decisión.

Una propuesta concreta puede unir información, puede acortar pasos y experimentar el nuevo itinerario, guardando un registro de las dificultades y de la respuesta familiar. Para transformar esta directriz en plan, se debe concretar: quién va a hacer cada trabajo, qué apoyo tiene, cuándo se revisará el protocolo; también conviene distinguir una acción del equipo, de una gestión que pertenece a otra institución. Las expectativas deben también calibrarse frente a recursos confirmados y frente a los deseos de cada cual que asista; si la

primera opción no se puede abordar, el seguimiento puede ayudar a experimentar otra opción. La documentación del seguimiento debe demostrar el sentido, y el compromiso en que se traduce, y no una simple relación de actividades que se llevan a cabo (Walter, 2017).

La defensa profesional va más allá de la voz de la comunidad o de una acción aislada como forma de adecuar las desigualdades estructurales globales; este límite hace que haya que anticipar las consecuencias y éstas pueden resultar sencillas de perder de vista cuando sólo se tiene a la vista la finalidad de la intervención principal. La revisión ética debe establecer la importancia de la privacidad, de la autonomía, de la distribución de la carga de la propia intervención, de la posibilidad de revertir decisiones. En particular, bien cabe cuestionarse si la propuesta añade más esfuerzo al que ya se tiene que hacer sobre todo para quienes tienen un mayor rango de restricciones. Identificar un riesgo no equivale a paralizar toda acción; equivale a conocer y a poder contrastar posibilidades que terminan en una respuesta asumible.

Es conveniente observar permanencias en procedimientos y accesos, así como participación real y capacidades de continuar mejorando cuando el personal va cambiando. La elección de los indicadores ha de responder a la pregunta de mejora y mantenerse suficientemente simple como para ser utilizada en el trabajo cotidiano. Cada quien requiere una definición, un periodo y una fuente conocida; en caso contrario, también requiere numerador y denominador. Los cambios deben interpretarse junto con el contexto, así como con las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las mismas personas. Un número por sí mismo no explica por qué se ha dado el resultado. La devolución comprensible permite repasar el plan y tomar decisiones de qué conviene mantener, adaptar, así como investigar con mayor profundidad (Kirkham & Browne, 2006).

CAPÍTULO IV:

VALORACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DESDE ENFERMERÍA



Valorar los determinantes sociales, expresado de manera sencilla, implica producir información útil para tomar decisiones que las personas consideran virtuosas o las organizaciones coronan o les corresponde gestionar o cuidar. La producción de información es un proceso que integra escucha, observación, registros y participación, a partir de un criterio de proporcionalidad: recoger lo que puede dar luz a una necesidad o modificar una acción. La calidad de la valoración no se halla determinada por la cantidad de preguntas, sino que se concretará en aquellas preguntas que sean pertinentes, en el grado de confianza que se va construyendo y en la capacidad de respuesta. El capítulo desarrolla herramientas individuales, familiares y comunitarias, y también establece distinciones entre exploración, tamizaje, diagnóstico y priorización, que suelen tener bastantes implicaciones en la práctica.

4.1. Valoración individual, familiar y comunitaria

La valoración individual incluye la situación clínica, el funcionamiento, las preferencias y las condiciones de vida particulares. En el ámbito familiar, se pueden describir la organización del cuidado, las relaciones y los recursos compartidos; y en el ámbito comunitario, la distribución de necesidades, la infraestructura y las capacidades colectivas. El estudio de Gaziano et al. corrobora que ciertas tareas de identificación de riesgo se pueden realizar de forma constante por agentes capacitados. Puede entenderse que dicho resultado se relaciona con cierto instrumento y entrenamiento para ejecutarlo; y en cuanto a Enfermería, refuerza la importancia de describir competencias, procedimientos y supervisión antes de repartir funciones de valoración (Gaziano et al., 2015).

Los instrumentos familiares pueden ayudar a explorar dimensiones que no son abordadas por una consulta exclusivamente centrada en los síntomas. Knafl et al. evaluaron las propiedades del Family Management Measure en familias con niñas y niños con condiciones crónicas describiendo diversos aspectos de manejo y repercusión familiar. La existencia de evi-

dencia psicométrica no legitima el uso arbitrario ni garantiza validez en otra lengua o población. Con anterioridad a la utilización de una escala a utilizar, es necesario comprobar finalidad, condiciones de uso, adaptación cultural y capacidad de interpretación. Una herramienta que únicamente proporciona un juicio lo denominará como una herramienta que de alguna manera desvirtúa la realidad.

La entrevista puede iniciar en un planteamiento abierto, el cual puede ser algo distinto a la descripción habitual: puede plantearse la pregunta por aquello que realmente está haciendo difícil en estos momentos el cuidado. A partir de la respuesta se puede ahondar en la vivienda, la alimentación, el trabajo, el transporte, el apoyo o la seguridad. Es preferible explicar el porqué de la pregunta e incluso dar la posibilidad de no responder a la misma. Las necesidades urgentes o las requeridas requieren una atención prioritaria, mientras que el resto pueden revisarse en un contacto posterior. El registro debe atender a lo referido por la persona, a lo observado y a la interpretación profesional; esta separación permite que exista una continuidad entre los mismos y que una impresión personal pase a convertirse en un hecho atendido institucionalmente.

La triangulación permite contrastar la información en lugar de invalidar experiencias. Una familia puede relatar que el acceso es complicado a pesar de mostrar que está muy próxima al centro, ya que la ruta puede resultar insegura o bien requerir hacer uso de muchos medios de transporte. La distancia, pues, se convierte en una oportunidad para mejorar el diagnóstico. En el caso de una comunidad, los registros administrativos y las narraciones deben cruzarse reconociendo los sesgos que tienen cada uno de ellos. Los datos del establecimiento, por ejemplo, describen principalmente a quienes logran llegar al establecimiento; entre las personas que no se presentan en el centro rutinas también pueden estar aquellas que tienen necesidades más importantes. La valoración, por lo tanto, deberá buscar modos éticos viables de incluir esas experiencias en la planificación.

Los niveles individual, familiar y comunitario, en efecto, responden a preguntas diferentes y han de estar conectados sin sustituir la valoración individual por la valoración familiar y viceversa. Esta precisión organiza el

análisis de la valoración individual, familiar y comunitaria: primero se define el problema y posteriormente se decide qué informaciones son relevantes. Una formulación válida es aquella que permita reconocer situaciones concretas, la comparación de las explicaciones y la predicción sobre qué respuesta sería coherente.

En el ámbito de la Enfermería, el concepto adquiere relevancia cuando ayuda a esclarecer una determinada trayectoria de cuidado y a sostener una decisión. En este sentido, el concepto no debe ser utilizado como etiqueta que acabe con la escucha o limite prematuramente la valoración. La propia interpretación mantiene, así, una relación explícita entre la adecuación del conocimiento y su propio contexto y la responsabilidad profesional (Gaziano et al., 2015).

Un problema observado sobre una persona puede referirse a organización familiar o problemas territoriales, pero esta relación exige exploración y no suposición. Reconstruir dicha relación exige pasar por una consideración del orden temporal de los hechos. No se puede encontrar apenas cómo pueden ir de la mano dos circunstancias sin explorar cómo se relacionan, pero, sobre todo, qué otras circunstancias podrían aparecer y ser objeto de explicitarse y/o combinarse. Desde la valoración social que está traduciéndose en decisiones, lo que se quiere aquí mostrar es el punto que puede dar un vuelco a la respuesta que se está dando para cambiar el propio recorrido. El análisis debe mostrar, por tanto, tantas restricciones como recursos protectores y evitar una lectura determinista.

Esta distinción permite articular una propuesta de acciones pertinentes a partir de lo que es necesario, pero sin pretender que todo el resultado dependa de una sola condición social. Y aquí cabe la pena establecer un par de distinciones entre lo que se refiere lo que se observa y la interpretación profesional, señalando a quien pone de relevancia la información, y para cuál decisión esto es necesario. Esas preguntas van ocupando espacio, van explicitando su sentido y van evitando la respuesta.

La conversación debe aportar información para llegar a poder proponer una acción, y no una caza ilimitada de la vida privada; también es importante que lo que es entendido es contrastado con el receptor y que se vayan apuntando aquellas situaciones de incertidumbre que puedan darse a partir de lo dicho. El lenguaje del registro ha de reflejar circunstancias y apoyos y no juicios sobre motivaciones o formas de ser de las personas; al cambiar las prioridades entre profesional y usuario, el pacto es parte de lo cuidado y no complicaciones administrativas.

Como caso supeditado a una situación de aprendizaje, puede ofrecerse el siguiente caso: una persona describe dificultades para adherirse al plan prescrito; el examen de la entrevista saca a la luz unas muy intensas tareas en torno a los cuidados del niño y el transporte no disponible en algunos días. Dentro de la discusión se debe distinguir datos conocidos y datos no conocidos en la narración en la que se relata el caso, también hay que distinguir entre sucesos que son interpretaciones o no, y hechos que no se encuentran en el relato.

Luego se debe seguir con una identificación de la decisión que ahora se debe tomar y de las decisiones que necesitan ser replanteadas. Dicho caso no es un resultado de una investigación ni es una pauta automáticamente aplicable al caso de todas las familias atendidas. Su interés radica en cómo cambia una circunstancia cotidiana el sentido de una recomendación que llega a una familia. En el momento de resolverlo sería interesante proponer también por qué se elige una alternativa y qué información sería suficiente como para replantear la elección. En la valoración se puede establecer una prioridad particular e ir a buscar o explorar los apoyos familiares y territoriales, evitando extender o abrir preguntas que no tendrán recorrido (porque no transformarán ninguna decisión).

Para trasladar esta indicación a un plan hay que concretar quién va a hacer cada cosa, qué apoyo necesitará y cómo se revisará lo acordado, es decir, diferenciar una acción propia del equipo de una gestión que compete a otra institución. Las expectativas tienen que

ajustarse a los recursos que se pueden proporcionar y a las preferencias de los que asisten. Si la primera alternativa no interesa (no es viable), el seguimiento permite la exploración de otra alternativa sin que la persona asuma automáticamente la responsabilidad. La documentación debe recoger el modo de razonar y los compromisos que se han asumido, no solo son lista de actividades (Gaziano et al., 2015).

El uso de una escala que no sea la de la población o la que capta el objetivo que se estudia puede dar lugar a una precisión engañosa o clasificaciones no justificadas. La limitación mencionada da pie para anticipar unas consecuencias que pueden quedarse reservadas cuando solo se considera el objetivo de la intervención. La revisión ética es compatible con la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de corregir decisiones. En concreto, resulta relevante poder preguntarse si la propuesta empuja el esfuerzo de aquellos que de forma natural ya se encuentran sujetos a restricciones. Detectar un riesgo no es una invitación a cortar por lo sano en todo tipo de acción, sino que permite encontrar alternativas dentro del contexto y poder seleccionar una respuesta equilibrada.

La calidad reside en la pertinencia, en la comprensión y en la utilidad de lo que queda registrado, no solo en el número de campos que han sido llenados. La opción de los indicadores debe dar respuesta a la pregunta de mejora y debe ser lo suficientemente sencilla para poder ser utilizada en el tramo habitual del trabajo. Cada uno debe tener como mínimo una definición, un tiempo y una fuente reconocible; donde corresponde, también numerador y denominador. Los datos deben ser tomados en el contexto, en las pérdidas del seguimiento y en la experiencia de las personas. Un número no dice nada de las posibles explicaciones que permitirían que un resultado concreto fuese el que se ha obtenido. La devolución comprensible permite hacernos las preguntas del planteamiento y decidir qué debe ser mantenido, qué debe ser corregido y qué debe ser objeto de una investigación más rigurosa (Gaziano et al., 2015).

4.2. Identificación de necesidades sociales y sanitarias

La identificación tiene que conectar de forma más o menos eficaz una necesidad con una respuesta plausible. Un ensayo pediátrico de Gottlieb et al. compara una forma escrita con una navegada al modo presencial y su seguimiento. Se documentan mejoras en necesidades referidas y en salud infantil referida por los cuidadores. El hallazgo apoya la valía del acompañamiento, pero no afirma que un tamizaje dado aporte por sí mismo mejoras. La intervención contaba con recursos más contactos posteriores. Antes de que se inicien preguntas de forma sistemática, un servicio tiene que establecer con anterioridad que hará con las respuestas y que además podrá evitar generar expectativas que no va a ser capaz de cumplir (Gottlieb et al., 2016).

La revisión de Yan et al. aportó heterogeneidad entre intervenciones y resultados, rescatándose una mayor frecuencia de mediciones de proceso que de resultados sanitarios. La evidencia sobre utilización y costes fue a menudo mixta. Esta distinción contribuye a marcar objetivos alcanzables: el primer paso, identificar una necesidad, el segundo paso, lograr el acceso a un recurso, y el tercero, la mejora de la salud, son pasos a la vez relacionados y diferentes. Un formulario completado no atestigua la resolución de una necesidad. El registro de la evaluación debe contabilizar el trayecto interetapas y registrar el momento en el que hay discontinuidad, más si es que en el momento de dar una respuesta hay instituciones que enfatizan criterios y/o capacidades diferentes (Yan et al., 2022).

Las preguntas necesitan de un lenguaje concreto. En lugar de pedir una puntuación abstracta del «nivel socioeconómico» puede preguntarse si hay problemas con conseguir la comida suficiente o para llegar hasta la consulta. Puede ser interesante en cambio preguntar qué necesidad considera como prioritaria la persona o si quiere que se le ayude. No se debe suponer que coincidan el criterio

profesional y la prioridad familiar, cuando no coinciden, se explican riesgos y alternativas y se intenta llegar a un acuerdo en la medida que sea posible. La negativa a recoger una derivación no puede llevar a dejar de dar atención ni a realizar un registro de juicios de compromiso o responsabilidad.

El registro mínimo podría ser, necesidad identificada, prioridad consensuada, acción, responsable, fecha de seguimiento o, en su caso, el grupo y la fecha de integración. Los datos sensibles tienen que guardarse en sistemas habilitados y con posibilidad restringida de acceder a ellos. Por ello, las listas informales que mantengan en dispositivos personales o en grupos abiertos de mensajería tendrían información concerniente a violencia, percepción del ingreso o grado de condición de migración; o bien, la protección de datos es una parte más de la calidad del cuidado.

La Ley Orgánica de Protección de Datos es la que, en el caso del Ecuador, representa la base para la propia reflexión sobre la finalidad última, el tratamiento del dato y los derechos de las personas, su aplicación debe ser la generadora de los procedimientos institucionalizados (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021). La necesidad, tal y como la puede percibir la persona no tiene por qué coincidir con la que pueda identificar el profesional, valoraciones de ambas deben ser contempladas y negociadas; esta especificación delimitará cómo se articula el análisis del grado de identificación de las necesidades sociales y sanitarias: primero se delimita el problema y luego se parametriza qué es lo que se entiende por problema.

Una formulación útil debe permitir el reconocimiento de situaciones concretas, la comparación de ciertas explicaciones y la anticipación de éstas que puede dar la respuesta de que será plausible. En el caso de la Enfermería, el concepto empieza a tener significado cuando ayuda a entender toda una trayectoria teórico-práctica del cuidado y justifica las decisiones. Su uso no debe llevar a la etiqueta

mediante la que se sustituya la escucha ni a la etiqueta de cierre del proceso de valoración. De esta manera, la interpretación mantiene a la verdad la relación mantenida entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Gottlieb et al., 2016).

Preguntar por dificultades sociales cuando no hay capacidad de respuesta puede llegar a producir expectativas, exposiciones superfluas y pérdida de confianza en el servicio. Reconstruir esa relación requiere tener en cuenta de manera cronológica el acontecimiento. No es suficiente con encontrar las dos circunstancias a la vez, sino que hay que discernir cómo articulan y qué otras explicaciones pueden favorecer. Desde la valoración de tipo social ligada a la toma de decisiones no importa qué momento puede afectar a la trayectoria. El análisis ha de visibilizar restricciones y recursos protectores y huir de un análisis determinista, esa justicia determina la posibilidad de actuaciones proporcionadas sin atribuir toda la variabilidad a una condición social (Yan et al., 2022).

El responder por qué se pregunta, permitiendo no responder, es una manera de preguntar qué dificultad desea abordar primero la persona. Las preguntas se van introduciendo poco a poco (para explicar para qué; el derecho a no responder), la conversación debe producir la información suficiente para acordar una acción, pero no permite una exploración inacabable de su vida privada.

También es interesante contrastar qué se ha comprendido con la persona y hacer apuntar la incertidumbre. El lenguaje del registro debe describir circunstancias y apoyos, no juicios sobre motivación o sobre el carácter en ella. Cuando aparece una prioridad diferente entre profesional y usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado, no un punto burocrático.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede rescatar el caso: la familia solicita apoyo para el transporte y el formulario prioriza la alimentación. El insistir en la lista de prioridad puede dejar fuera de

atención la barrera para poder atenderse. En el transcurso de la discusión se deben diferenciar, por un lado, los hechos que se conocen, las interpretaciones o hipótesis; y, por otro lado, los datos que faltan. A continuación, se deberá ser capaz de decidir qué decisión es ahora necesaria y cuáles son revisables más adelante. La discusión en el caso no es una conclusión de una investigación realizada, ni es una directriz generalizable para todas las familias. Su interés radica en mostrar cómo una situación ordinaria transforma el sentido de una recomendación. En su solución, resulta necesario exponer los motivos para seguir una opción y las circunstancias que llevan a pensar en una revisión.

El equipo puede levantar ambas dimensiones, acordar cuál es la que se tiene que priorizar y verificar qué acciones son posibles justo antes de llevar a cabo una derivación o una recomendación. Para convertir esta propuesta en un plan, se debe concretar quién hará qué, qué apoyo requerirá y cuándo se revisará el acuerdo. Es fundamental diferenciar cuando la acción es propia de todo el equipo de cuando se trata de una gestión a la que se subrogó en la otra institución. Es preciso adaptar las expectativas a los recursos garantizados y a las preferencias de las personas implicadas; la acción alternativa no es viable en un primer momento, pero se puede relacionar el seguimiento con una segunda acción sin vincular como responsabilidad la actuación de la persona; hay que demostrar cuál es el razonamiento que ha llevado a la cultura de la documentación, que hay que resumir aquellos compromisos asumidos, más allá de la mera existencia de una lista de actividades (Yan et al., 2022).

Una necesidad detectada no permite desvelar información sensible con actores ajenos, ni tampoco condicionar la atención a desvelar circunstancias privadas. Este límite obliga a anticipar los efectos que pueden no ser advertidos cuando solo se analiza el objetivo fundamental de la intervención. La revisión ética debe incluir conceptos de privacidad, de autonomía, de distribución de cargas y de posibilidad de rectificar decisiones: resulta interesante formularse preguntas sobre si esta pro-

puesta extiende el esfuerzo para aquellas personas ya en situaciones que ubican sus recursos en los límites.

Detectar un riesgo no es "suspender directamente toda acción" (lo que llevaría a una débil actuación en función de las trayectorias de las personas), sino hacerlo con el fin de comparar alternativas y establecer una respuesta adecuada; hay que revisar indicadores de la evidencia hasta dar con el sentido que aportan. El seguimiento tiene que diferenciarse en cuanto a una identificación, en cuanto a la aceptación del apoyo, en cuanto al acceso y en cuanto a la resolución, objetos ya perdidos y con pérdidas distintas. La selección de indicadores tiene que dar cobertura explicativa a una pregunta de mejora y tener que ser lo suficientemente sencilla para ser utilizada en el trabajo habitual.

Cada medición debe ir acompañada de una definición, de un periodo y de una fuente del indicador reconocible; cuando hace falta tendrá que incluir numerador y denominador. Los cambios tendrán que ser interpretados conjuntamente con el contexto, con las pérdidas de seguimiento y con la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica nada de por qué ha tenido un resultado determinado. La devolución comprensible facilita dar marcha atrás y decidir qué conviene, qué hay que modificar o en qué aspectos vale la pena profundizar (Gottlieb et al., 2016).

4.3. Visita domiciliaria

La visita a domicilio permite observar una serie de condiciones y prácticas que no se observan en la consulta, conocer rutinas y disminuir las barreras del desplazamiento, así como permitir la realización de prácticas en el entorno cotidiano apropiadas para la atención a la persona y el grupo familiar. El ensayo de Olds et al. (2002), por ejemplo, evaluó un programa mixto estructurado de intervención a la madre en la etapa prenatal y durante la infancia, con diferencias entre profesionales

y resultados. La lectura que se puede extraer de él es que una visita a domicilio es parte de una intervención que incorpora objetivos a cubrir, formación para hacerla y un sistema de seguimiento. No es justo atribuir a cualquier contacto a domicilio las bondades de un programa intensivo. La planificación del programa de visitas a domicilio debe ser capaz de concretar la población a la que va dirigido, los contenidos de la información o la verificación de la asistencia a la visita, la duración de la misma o la frecuencia de las visitas, y los mecanismos de coordinación o de supervisión del proceso (Olds et al., 2002).

Por su parte, la revisión de Peacock et al., referida a las visitas a domicilio por personal a familias desfavorecidas, encontró beneficios en la atención a familias desfavorecidas en tanto que habían encontrado beneficios en algunos grupos y resultados, así como limitaciones; de este modo esa diversidad en las conclusiones alcanzadas hace que no se pueda recomendar una frecuencia universal para la visita a domicilio, sin especificar el tipo de finalidad o de recursos. En la parte de Enfermería la indicación a seguir puede responder a la limitación de la movilidad, a conocer la evolución de una situación delimitada o bien a valorar el entorno. Se debe verificar que la visita represente un tipo de información o apoyo que no pueda lograrse de otra forma, así como que la organización de la misma respeta la privacidad, la seguridad y las preferencias de la familia (Peacock et al., 2013).

A partir de la visita se determina el sentido de la visita, los horarios, las personas que participan, y el equipo revisa los datos básicos relevantes, la ruta de acceso, el material necesario, así como los procedimientos de aislamiento y de seguridad. A la entrada del domicilio, se pide permiso de entrar y, se evita mirar donde no se está autorizado. La observación ha de ser una observación respetuosa: observar el suministro y almacenamiento de agua, los accesos y/o uno probable riesgo de caída no ha de confundirse con adherirse a la orden de lo pacífico, la estética del mismo o formas de vida. Si se producen conversaciones sobre temas delicados, en ese caso se busca un lugar seguro.

La inclusión de otros miembros de la casa puede equivaler a un filtro protector en términos de un posible apoyo o bien puede impedir la intervención de una forma libre. Al final de la visita -si no hay tiempo para realizar acuerdos- es cita la revisión de los acuerdos en un lenguaje comprensible, así como, eventualmente, establecer quién es la persona que lleva a cabo la intervención, y también establece quien la realiza. El registro de la visita contiene los hallazgos pertinentes, pero no considera de relevancia aquellos que pueden venir anotados.

Una vez que una urgencia aparece, se pone en marcha la respuesta clínica de la que se trate; cuando se identifica una necesidad social, se consensua derivación/gestión. El cierre de la visita se puede dar sin el riesgo de que la familia se vea abrumada por una serie de tareas a realizar sin posibilidades de establecer prioridades. También corresponde revisar la seguridad del personal y del hogar, sobre todo en aquellos territorios donde las rutas son difíciles, donde se vive en situaciones de violencia o condiciones ambientales que modifican el acceso.

La visita domiciliaria es una buena herramienta para entender las condiciones del cuidado en su contexto, pero se mantiene el carácter de una reunión acordada y no de una inspección. Esta precisión organiza el análisis de visita domiciliaria, primero se delimita el problema y luego se acuerda qué información es relevante o no. Una buena formulación de un concepto debe ayudar a reconocer situaciones concretas, a contraponer explicaciones y a anticipar qué respuesta sería la esperable. En Enfermería, el concepto se convierte en algo valioso cuando es capaz de ayudar a dar sentido a una trayectoria de cuidado, a dar lugar a las tomas de decisión. Su utilización no debe entrar a convertirse en una clase de etiqueta que reemplace la escucha o ponga fin anticipadamente a la valoración. La evaluación sigue teniendo, de este modo, una relación explícita con el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Olds et al., 2002).

La organización del hogar podría dar cuenta de dificultades que no aparecen en consulta (almacenaje, movilidad interna, distribución de tareas), pero reconstruirla exige una atención al transcurso temporal de los acontecimientos. Y no hay que perder de vista que no basta con encontrar dos circunstancias en un mismo momento: hay que ver cómo se relacionan, qué otras explicaciones pueden aparecer. Desde la valoración social en interacción con las decisiones, es interesante poder ubicar el lugar en donde es posible que una respuesta pueda cambiar el recorrido. El análisis ha de tener en cuenta tanto las restricciones y determinantes como recursos de protección y evitar una comprensión determinista. Ahí la distinción es la que permite, en cambio, proponer acciones equilibradas sin otorgar todos los efectos a un único tipo de condición social (Peacock et al., 2013).

Antes de ir es necesario aclarar qué se pretende, con quién, la disponibilidad existente y qué condiciones de seguridad han de respetarse. También se establece la posibilidad de no hacer la visita o de reprogramarla. Estas preguntas deben irse integrando, explicándolas y respetando la posibilidad de no establecerlas. La conversación tiene que proporcionar información suficiente para asegurar una actuación, no para indagar la vida particular. También es conveniente contrastar lo que se ha entendido con la persona y anotar las incertidumbres que surjan. El lenguaje del registro habrá de permitir una descripción de las circunstancias y de los apoyos, evitando juicios sobre la motivación o el carácter. Si emergen prioridades diferentes entre el profesional y el usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado y no una traba burocrática.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede estudiar el siguiente caso: Una persona acepta la visita para revisar su plan, pero no está dispuesta a hablar de un asunto delicado con el resto de las personas del hogar. La discusión deberá diferenciar entre hechos que son conocidos, interpretaciones y datos que faltan. Después tocará identificar la decisión a adoptar ahora y la que se puede

posponer en otro momento. El hecho de que el caso no refleje el resultado de una investigación, ni pueda ser considerado como un modelo o patrón que se aplicarían a todas las familias, resulta ser su virtud para mostrar cómo una situación ordinaria cambia el sentido de una recomendación. Al resolverlo se debe aclarar cuál es el porqué del uso de una opción alternativa y qué información avalaría tener que reconsiderarla.

La profesional puede establecer un momento de lo privado o una vez más un contacto posterior, respetando el objetivo asistencial y sin seguridad alguna de un acceso forzado a espacios o a información. Para llevar a cabo esta orientación y construir un plan se deberá especificar quién llevará a cabo cada tarea, qué apoyo necesitará y en qué momento se revisará el acuerdo. Hacer una división entre una acción realizada por el equipo de trabajo o una gestión que esté extrínsecamente referida a una entidad de la que depende la acción misma. Las expectativas deben atenerse a unos recursos consensuados y a las preferencias de los participantes. Una vez que por la razón que sea, la primera alternativa no se considera viable, se puede garantizar que la intervención permitirá trabajar una segunda alternativa sin equipararla automáticamente con el propio sujeto. Los documentos se han de leer con unas premisas que pongan de manifiesto el sentido de la intervención y los compromisos que se han asumido, no solo una lista de tareas programadas (Olds et al., 2002).

Acciones como fotografiar, recorrer habitaciones, entre otras, de forma no consensuada, pueden transformar una intervención de ayuda en una intervención de vigilancia. Este límite propicio anticipar consecuencias que podrían quedar ocultas si solo se está observando la acción. La revisión ética ha de problematizar privacidad, autonomía, sobrecarga y factibilidad de la reactivación de decisiones. En particular, conviene preguntarse si se incrementa el esfuerzo experimentado por aquellas personas que ya tenían que lidiar con mayor cantidad de restricciones. Detectar un riesgo no significa pa-

realizar cualquier acción, equivale a contraponer opciones frente a la respuesta que se elige y la situación de riesgo existente.

En el registro de las intervenciones debe prevalecer la búsqueda de hallazgos significativos, de acuerdos y de seguimiento de los mismos y no de juicios sobre la limpieza, el aspecto o las formas de vida. La búsqueda de los indicadores ha de estar relacionada con una pregunta de mejora y es necesario que los indicadores sean simplificados de forma suficiente como para que puedan ser utilizados en el trabajo habitual. Cada medida tiene que ir acompañada por una definición, por un tiempo y por una fuente claramente reconocible; cuando se da la casualidad también requerirá numerador y denominador. Cambios registrados deben ser leídos junto con contexto, pérdida de seguimiento y experiencia de las personas. Un rastro no explica por sí mismo de dónde pueden provenir los resultados. La devolución comprensible, la revisión del plan y la toma de decisiones sobre qué se mantiene, cómo se cambia o en qué profundizar se irán entrelazando (Olds et al., 2002).

4.4. Genograma y ecomapa

El genograma es una representación gráfica de la familia y sus relaciones a través del tiempo, incluso también la edad, qué relación mantienen, quiénes cohabitan, la representación de aquellos acontecimientos significativos que permitirán responder al eje de la valoración. Puskar y Nerone lo son más funcionales porque exponen su uso como una herramienta para organizar la información clínica y relacional en la práctica de la Enfermería. En su lectura se necesita una conversación, pues una línea de parentesco tal como está no dice quién está cuidando a un hijo o quién podría ser el foco de conflicto en un padre. Las convenciones que se recaban han de ser explicadas y la representación ha de señalar la información que se tiene confirmada y la que no o bien la incompleta con el objetivo de no establecer conclusiones de suposiciones (p. 121) (1996).

Darwent et al. desarrollan una aplicación del genograma para explorar la historia de la familia en la alimentación infantil y los apoyos en la lactancia. Los autores ponen de manifiesto cómo en estos actos la presencia de una herramienta puede dar lugar a conversaciones vinculadas al significado de las experiencias, expectativas y relaciones. No se dice, pero el diagrama no es capaz de mejorar automáticamente los resultados clínicos. Prácticamente, el valor reside en las preguntas y acuerdos que puede favorecer. Una dimensión importante, aunque a veces no muy tenida en cuenta, es la diversidad familiar: por ejemplo, la realidad del vínculo de cuidado y pertenencia puede diferir substancialmente del parentesco biológico o un tipo de convivencia de larga duración (Darwent et al., 2016).

El mismo ecomapa ubica a la familia en un sistema social que interviene con servicios, organizaciones y redes para representar apoyos fuertes, vínculos débiles, tensiones y ausencia de conexiones. Pereira et al. utilizaron el genograma y el ecomapa en el cuidado familiar de personas con enfermedades crónicas y apreciaron que si bien la utilidad descriptiva funcionó en la experiencia de un número imputable a un pequeño volumen de casos. El ecomapa puede servir para los apoyos disponibles y las necesidades de articular, pero no por el hecho de usar signos estilizados se convierte en una escala validada de riesgo. Se construye con la familia y se volverá a revisar cuando la familia cambie sus vínculos (Pereira et al., 2009).

La construcción comienza preguntando a la persona implicada quiénes son las personas importantes y en qué medida su vínculo con cada una de esas personas le aporta ayuda. Se empieza a explorar servicios y organizaciones, con la precaución de no dar por supuesto que cada relación institucional conlleva ayuda. El desenlace puede ir hacia un acuerdo concreto: llamar a un recurso elegido, dar más consistencia a comunicaciones o distribuir tareas de cuidados. Los diagramas contienen datos de muchas personas y deben ser resguardados en la construcción del diagrama.

No deben ser expuestos en la parte pública de una reunión ni incorporarse a los materiales de la enseñanza sin acompañarse de un debido anonimato. Su utilidad clínica reside en que la representación permita respetar la voz y la seguridad de las personas que están allí. El genograma muestra relaciones y trayectoria familiar, el ecomapa muestra relaciones con redes contemporáneas e instituciones, incorpora información adicional y no diagnósticos automáticos, lo que permite ordenar el análisis del genograma y el ecomapa: primero se delimita el problema y seguidamente se anotará qué se piensa que es información necesaria.

Una formulación útil debe permitir encontrar situaciones concretas, hallar semejanzas en explicaciones y prever qué respuesta parecería verosímil y creíble. En el conocimiento enfermero, el concepto comienza a fortalecerse en la medida en que ayuda a entender un recorrido de la atención de Enfermería y la justificación de las actuaciones. Su uso no debería ser únicamente un rótulo que sustituya la escucha o que colapse prematuramente la valoración. De esta forma, la construcción de la interpretación establece una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Puskar & Nerone, 1996).

La composición familiar y el apoyo funcional pueden cambiar, pero la existencia de una relación, la convivencia o la preparación para cuidar no han de ser entendidas como sinónimos. La reconstitución de esta relación considera la cronología de los eventos que deben ser tomados en cuenta. Para ello no vale encontrar simplemente dos circunstancias de manera simultánea, sino que hay que excavar para ver cómo se van atando y qué otras consecuencias pueden estar operando. Desde la consideración de valoración social vinculada a la decisión, interesa ver en qué punto de la contestación puede reconfigurarse la trayectoria.

El análisis debe tomar siempre en cuenta los recursos que

fortalecen la protección y debe resistir lecturas deterministas. Esta distinción permite poder establecer determinadas actuaciones sin tener por qué hacer depender todos los efectos de una única condición social (Darwent et al., 2016). Se trata de preguntar a qué familia pertenece la persona y cuáles son las relaciones que quiere poner en valor y qué recursos de apoyo concretos se pueden poner en marcha en el presente; a partir de aquí estas preguntas se van implementando de forma gradual a los/as entrevistadores/as, explicándoles el sentido que tienen e incluso siendo respetuosos/as con la voluntad de no contestar. La conversación tiene como resultado generar una información suficiente para acordar una acción y no una exploración ilimitada de la intimidad. Asimismo, también habría que contabilizar en lo que se ha logrado consensuar y recoger aquellas situaciones de inseguridad donde sean necesarias.

La forma de dar cuenta de la conversación ha de dar cuenta de situaciones y de apoyos y no dar cuenta de juicios sobre motivaciones o carácter. En caso que existan prioridades diferentes en el/la profesional y en el/la usuario/a, la negociación del plan conjuga el cuidado, por lo que no es un obstáculo administrativo. Una posible situación de aprendizaje podría ser la siguiente: una persona vive sola, pero tiene el apoyo cotidiano de una vecina y mantiene, a distancia, algunos contactos con la familia biológica, contactos que no son los correspondientes a la práctica del cuidado. La discusión ha de saber separar los hechos que se conocen y las interpretaciones y datos que no se corresponden a los que son necesarios.

A continuación, se ha de saber cuál es la decisión que hay que tomar en este momento y cuáles de las decisiones pasadas han de ser revisadas. No obstante, este caso no es un resultado de un estudio, ni es una pauta una vez más repetida que sirva para todas las familias. Su utilidad radica en evidenciar en qué medida cambia el sentido de una recomendación -por ejemplo, en el caso del uso de un recurso- si la circunstancia de la cotidianeidad es totalmente de-

sigual. Al resolver el caso, resulta útil explicar la razón del haber elegido tal alternativa en vez de otra y qué información puede justificar la revisión.

La representación gráfica puede evidenciar dicha red de comunicación y asimismo contribuir a llegar a la decisión de con qué contacto se cuenta para involucrarlo en la gestión de la situación para minimizar el peso de la responsabilidad de unos lazos familiares con los que puede que cuente. Para que esta orientación finalmente se convierta en un plan, lo que hay que establecer es quién hace cada tarea, qué es lo que hay que tener en cuenta como apoyo, si es que hay que tener en cuenta, y cuándo se revisa la decisión a la que se ha llegado.

Se debe que recordar que se tiene que diferenciar las acciones que se llevan a cabo por el equipo de aquellas que correspondan a la gestión de otra institución; las expectativas tienen que adecuarse a la seguridad de los recursos de los que se dispondrá y a qué es lo que se quiere conseguir individual o colectivamente. Si resulta que la primera opción no puede llevarse a cabo o no obtiene respuesta, se puede abrir la opción por visitar la segunda sin deducir la responsabilidad hacia la persona sin más. La documentación del encuentro muestra también el propio razonamiento y los compromisos y no únicamente la lista de actividades realizadas.

Una línea que denota tensión o cercanía no es de por sí un indicador de un vínculo de calidad, hay que tener en cuenta la persona. El límite mencionado obliga a anticipar consecuencias que pueden pasar desapercibidas cuando únicamente se lee el objetivo deseado para la intervención. La revisión ética debe incluir la privacidad, la autonomía, la carga y tener en cuenta si las alternativas pueden abrir la posibilidad de corregir las decisiones. Hay que cuestionar concretamente si la propuesta aumenta el esfuerzo requerido para aquellos que ya en la actualidad tienen más restricciones. Detectar un riesgo

no implica detener la acción, puesto que la intención era establecer una buena alternativa, simplemente eligiéndose una respuesta medida a la acción que se quería llevar a cabo.

Lo útil se entiende como la planificación que dirige la comunicación a realizar, la distribución de necesidades por tareas o la conexión de recursos en el caso de que haya habido alteraciones. La selección de indicadores tiene que responder a una interrogación de la que sustentan la relación de mejora y al mismo tiempo, tiene que ser suficientemente simple como para ser utilizado en la práctica habitual; únicamente tiene que indicarse para cada medida, una definición, un periodo y una fuente identificable y cuando procede, un numerador y un denominador. Hay que visitar los cambios pudiendo hacerlo junto al contexto, la pérdida de seguimiento y la experiencia de las personas; se debe contar que una cifra no explica por sí misma cómo ha sido definida (Puskar & Nerone, 1996). Una devolución comprensible permite poder revisar el diseño y, en función de ello, poder tomar decisiones que serán las de conservar, adaptar, revisar a partir de un fondo más creativo.

4.5. Mapeo comunitario

El mapeo organiza la información espacial sobre las exposiciones, los recursos, los recorridos. Reid et al. añaden en el mapeo variables sociales y ambientales. Muestra variaciones a nivel de área y entre distintas áreas. Esta aplicación práctica requiere la validación de la selección de los indicadores y la aceptación del mapa como la representación de decisiones sobre qué medir y cómo agrupar la información correspondiente.

Para la Enfermería puede ser interesante el mapeo de los puntos de agua, el transporte, los servicios, los lugares de encuentro. El trabajo de representación ha de ir acompañado de la interpretación de la comunidad y de que los colores o categorías no acaben repre-

sentando una certeza mayor de la que dan los mismos datos (Reid et al., 2009). El mapeo conceptual que Burke et al. indican como técnica participativa a través de la cual organizar ideas y relaciones, pero no se puede considerar un mapa geográfico, ya que también se pueden complementar en el diagnóstico.

Una permite ver cómo una persona está entendiendo un problema y la otra, dónde se encuentran recursos o exposiciones. En ambos casos, el proceso para discutir puede aflorar exigencias y prioridades que no son accesibles a través del registro administrativo. El equipo tiene que preguntarse cuál es el objetivo del estudio antes de decidir qué metodología se va a usar, y cómo va a darle uso a los resultados (Burke et al., 2005).

El recorrido de la comunidad puede recoger los caminos de acceso, las barreras físicas o las peculiaridades horarias del recorrido. Debería hacerse con personas participantes diferenciadas y sin hacer sufrir a nadie con una recriminación evitable. La observación debe saber cómo acotar las condiciones permanentes y las circunstancias (tiempo) temporales: un camino transitado durante el tiempo seco puede quedar interrumpido por las lluvias. Además, se documentan los bienes que acostumbran a ser invisibles, como puedan ser los lugares prestados para reuniones o las redes de transporte solidario. Estos bienes no son sustitutivos de la infraestructura pública, sino que permiten describir mejor la forma en la que se ordena en acto el territorio y las oportunidades para el soporte más inmediato.

La publicación del mapa pone de manifiesto una decisión respecto al grado de amplitud del trabajo. Situar casas vinculado a diagnósticos de violencias y condiciones administrativas puede llevar a identificar a las personas. Para los informes públicos, preferiría añadir la información y la supresión de las partes sensibles. Es importante que la comunidad sepa que se mostrará y para qué. El mapa en sí cobra vigencia si orienta decisiones específicas; modificar un

itinerario de visitas, seleccionar una prioridad a la atención, y así.

Si el mapa no es capaz de modificar el recorrido, quizás convenga replantearse la formulación que guía la elaboración del mapa antes de disponer de considerables recursos en un soporte gráfico aún más elaborado. El mapa comunitario puede caracterizar los recursos, los itinerarios y las barreras; su valor busca la pregunta que orienta el cruce de información.

el rigor de esta formulación organiza el análisis del mapa comunitario: primero limita el problema y después autoriza a poner de relieve la información que considera decisiva.

Una formulación válida debería permitir la construcción de situaciones singulares, ir volcando explicaciones y anticipar qué respuesta es coherente. Para la Enfermería el concepto cobra valor si permite la construcción de una trayectoria de cuidado y autoriza en responder a la toma de decisiones. Su uso no debería asumir el rol de una figura cuyo esquema recortase la escucha o predeterminasen el juicio sobre lo observado. De este modo, la interpretación facilita un puente explícito entre el saber, el contexto y el acierto profesional (Reid et al., 2009).

La localización de un recurso no significa necesariamente su acceso: horarios, condicionantes, seguridad y capacidad accesible transforman la oportunidad en otros colectivos. Reconstruir esta mediación requiere atender al cronotopo de los acontecimientos. No es suficiente situar dos condiciones cercanas, sino que es necesario atisbar la forma de su conectividad y las otras explicaciones que se interponen.

En la valoración social ligada a decisiones es conveniente identificar el contexto en el que la respuesta puede alterar el ciclo que se ha descrito. El análisis tiene que atender restricciones y recursos protectores sin caer en un determinismo lector. Dicha distinción permite postular acciones proporcionadas dejando solo a un recurso so-

cial la implicación de todos los resultados (Burke et al., 2005).

Se debe preguntar qué espacios se usan, qué trayectos se eluden y en qué punto se corta el trayecto y del que solo puede usarse hacia otro tipo de servicios o apoyos. Las siguientes preguntas que se irán introduciendo en la conversación, donde se explicará la finalidad de introducirlas y donde también se debe respetar la decisión de no entrar en ellas. La charla hay que hacerla para que genere información suficiente para llegar a un acuerdo en relación a la acción que se ha de elaborar y no debe tener más finalidad que esta y no explorar la vida privada hasta el infinito y no interrogar hasta que el mismo usuario pueda abrumarse.

Se recomienda también, ir contrastando lo que se ha ido aclarando con la persona y hacer un dibujo paralelo de las incertidumbres que puede tener el acompañante, si las tuviese. El lenguaje que se sugiere utilizar para el registro dudaría en poder describir circunstancias ya apoyos, por lo tanto, no debe plantear valoraciones sobre la motivación o el carácter de nadie en ningún sentido. Si las prioridades son diferentes entre el profesional y entre la persona, establecer un plan o no está en la categoría de la atención, ya que no pueden ser un obstáculo administrativo.

Se puede utilizar el siguiente caso como situación hipotética de aprendizaje; se presenta un mapa oficial que establece que un establecimiento está muy cerca, pero las personas residentes dan cuenta de que no pueden hacer el recorrido habitual sin cruzar una vía que no cuenta con paso peatonal. La conversación es importante; deben separarse lo que se ha constatado, las distintas alternativas que se han ido considerando y los datos que faltaban cuando se redactó el caso; se puede reflexionar justamente por encima de lo que ahora hay que decidir y lo que debe esperar a una nueva revisión; el caso no establece resultados de una investigación, el caso no es una fórmula que se aplique automáticamente a una familia; la función del

caso está en mostrar cómo puede alterarse el sentido de una recomendación desde una situación cotidiana. Cuando se resuelva, será útil que se den a conocer las explicaciones que fundamentan la elección por una opción y qué información puede servir de argumento para revisar la decisión.

El grupo puede contrastar la información, revisar horarios o patrones de atención contraponiendo representación espacial con un tipo de decisión. Para hacer dicha opción de un modo de actuación, no es importante indicar con precisión quién hará qué, qué apoyo necesita o cómo se va a revisar la decisión. Es relevante enriquecer la acción que tiene al producto del equipo como resultado de la acción de la gestión de una institución determinada. Las esperanzas e ilusiones se deben tomar en relación con los recursos que se tienen confirmados y con las preferencias de las personas que intervenían.

La segunda solución no tiene valor como respuesta para contrarrestar la primera que ya ha dejado de ser efectiva; el realizar este rastreo permite que la actividad del grupo se pueda redirigir en otro sentido sin que eso tenga como consecuencia automática responsabilizar a la persona. Es necesario también dejar constancia del rastreo y de la forma en la que el o los integrantes del grupo se han hecho responsables de la medida, lo que viene a ser una rápida enumeración de acciones y que, en un contexto, no significa que haya que tenerlo siempre estructurado (Reid et al., 2009).

Publicar domicilios vinculados a pronósticos y/o a problemas sociales es estigmatizar, incluso cuando se trata solo de un mapa de intenciones sanitarias. Para poder "jugar" con este límite hay que anticipar efectos que si se observan solamente desde el objetivo de la intervención es fácil que pasen desapercibidos. La visión ética ha de ser revisada por obligación, empezando por la revisión del control de la privacidad, la revisión de la autonomía, la revisión del poco o mucho esfuerzo que se otorga a las personas, la revisión de las po-

sibilidades de corrección de la decisión que se ha acometido; especialmente se puede interrogar si la propuesta aumenta el esfuerzo para las personas que tienen restricciones. Detectar un riesgo no es causal para paralizar la acción, al revés, permitirá comparar alternativas de propuestas y tomar conciencia de la respuesta y de la medida que se adopta, de la información y de la política que podría ser la más acertada.

Se debe estar seguro de si es un buen mapa que sirve como buen soporte para ser útil para mejorar las decisiones; el mapa no ha de ser de muchas líneas ni de muchos puntos de colores ni ha de ser explicativo; el mapa ha de ser actualizado, no basta con que haya muchos puntos y colores y categorías. La selección previa a la obtención de un indicador tiene que ser funcional a la misma pregunta de mejora. Y se recibe en una forma suficientemente simple como para que se pueda utilizar en el trabajo habitual.

Cada medida requiere también una cierta definición, un cierto tiempo, una fuente del todo reconocible; o sí se entienden como numerador/numerador; incluso también requiere el caso último junto a la persona que toma la decisión. Es interesante que se interprete el modo como va la medida con respecto al contexto, las pérdidas y la experiencia de las personas, un número aislado no explica el por qué tiene lugar. Y la devolución comprensible ha de permitir revisar la propia acción y decidir si conviene continuar con dicha acción tal como se presenta o conviene adaptar la acción o conviene llegar a una indagación más profunda (Reid et al., 2009).

4.6. Estratificación de riesgos y vulnerabilidad

La estratificación pretende agrupar necesidades similares para poder organizar su intensidad de respuesta y así establecer la oportunidad para esto. Por otra parte, la programación con índices de vulnerabilidad territorial, a la manera que han expuesto Flanagan

y su grupo, implica una enemistad frente a las amenazas y el conocimiento, dado a través de la información de tipo censal. Los índices no constituyen diagnósticos individuales ni tampoco alternan decisiones clínicas automáticas.

Un índice que arroja una puntuación alta por un área establece la necesidad de observar condiciones y recursos en función de este riesgo. No se genera que todas las personas que procedan de un final determinado existen como todas las personas peluqueras. Las variables que han sido seleccionadas por la ordenación con pesos y la manera de establecer los cortes deben quedar bien claras para que el índice pueda ser interpretado y sus implicaciones revisadas (Flanagan et al., 2018).

Gran parte del trabajo de Andrew et al. observó la relación existente entre vulnerabilidad social, fragilidad y mortalidad basado en hechos con personas ancianas, tal relación distingue entre las dimensiones social y clínica. Esta consideración realizada en la obra sirve de pretexto para valorar las dimensiones, pero no permite convertir en suma de dificultades en una relación predictiva; antes de aplicar los puntos de corte, exige evidencias de puntuaciones, de validez, rendimiento en la población correspondiente y etcétera.

Sin embargo, cuando evidencias también no existen, el grupo puede clasificarse, también establecer prioridades a partir de la explicitación del juicio clínico y social, sin tener que aportar una clasificación operativa local como instrumento validado (Andrew et al., 2008). Una clasificación operativa no ha de articularse a partir del binomio urgencia—intensidad de seguimiento.

Los signos de alerta se consideran a través de procedimientos clínicos, y las barreras sociales son significativamente más abiertas a la intervención y pueden requerir recursos adicionales en ausencia de urgencia inminente. El plan debe explicar qué resultados busca el cambio en la asignación de prioridades (más contactos; visitas; coor-

dinaciones; coordinación, o consultas con otras disciplinas).

Si poseer una categoría de respuesta implica un cambio en la asignación de recursos, la probabilidad de utilizarla, será escasa. Aparte, debe de disponerse una forma de procedimientos para la re-clasificación en caso de que cambie el entorno familiar o la capacidad funcional o la capacidad de acceder a recursos (suspensión de urgencias, urgencias provisionales, o de la fuerza, o lo contrario.

El riesgo de sesgo se eleva, cuando los datos históricos son desiguales en cuanto a la posibilidad de acceso. La escasa utilización de los servicios puede ser erróneamente interpretada como una menor demanda, pero puede llegar a ser una forma de producir desigualdades en el gasto en atención, así que los modelos tampoco cuentan solo con los datos de consumo de servicios. La función enfermera puede ayudar a recoger la información suficiente respecto a aquellas necesidades que no han sido atendidas, así como también puede servir para tener en cuenta aquellos casos que contradicen la misma clasificación.

La evaluación de los sistemas de información debe conducir a una comparación de errores y consecuencias según los grupos, mantener el control por parte de los profesionales y hacer validación de que la persona dé la información que no recoge el propio registro. La estratificación ordena la intensidad de la respuesta; no hay riesgo en la clasificación, no hay diagnóstico ni hay sustitución del juicio clínico y social.

Este matiz desarrolla la organización de la estratificación de los riesgos y la vulnerabilidad: se delimita primero el problema y, de acuerdo con eso, se formulará qué información puede ser útil; por lo tanto, una formulación que sea útil será aquella que permita reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones o saber cuál sería la respuesta correcta con un previo conocimiento de la misma.

En el campo de la Enfermería, esta formulación toma valor cuando puede permitir el transcurrir de un recorrido de cuidado o justificar la decisión tomada, pero no puede ser un recurso para etiquetar, para dar por cerrado el espacio de valoración prematuramente. En este sentido, la interpretación sigue existiendo en la medida en que mantiene expuesta la relación entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Flanagan et al., 2018).

Los registros históricos pueden ser un modo de poner de relieve desigualdad en el acceso; la menor utilización de un servicio no implica por sí misma menor necesidad de atención. Reconstruir la relación debe ser condicionado por el orden temporal de los hechos. También es necesario el contraste de las circunstancias, pero no es suficiente; es necesario incidir en cómo se relacionan y qué otras explicaciones las acompañan.

Desde la consideración a partir de qué sería esa valoración social desde un conjunto de decisiones es fundamental intentar ver el punto en el que una respuesta puede cambiar la dirección de esa relación. El análisis debe tener en cuenta, por tanto, limitaciones y recursos de protección, eludiendo lecturas deterministas, porque esa es la distinción para hacer propuestas de acción proporcionadas sin provocar la idea de que los resultados se derivan de una condición social (Andrew et al., 2008).

Y antes de activar un criterio se impone revisar población, variables, finalidad, errores posibles y consecuencias de clasificar a una persona de una forma y no en la otra. Se irán incorporando la cuestión del hipertexto, paralelamente, explicando sus objetivos, pero respetando que no se quiera dar respuesta a ella. La conversación debe permitir obtener información suficiente para llegar a un determinado tipo de intervención y no para dar paso a un desasosiego inquietante de la vida privada. También podría ser conveniente confrontar lo que se ha conseguido entender con la persona, ir anotando cuando hay

incertidumbres. El lenguaje del registro será de la descripción de situaciones y apoyos, no de enjuiciamiento sobre la motivación o de enjuiciamiento del carácter.

Cuando el profesional tiene distintas prioridades de las que tiene la persona, la negociación del plan de trabajo es parte del cuidado y no un obstáculo administrativo. Como situación posible de aprendizaje, se puede analizar el siguiente supuesto: una familia presenta bajo riesgo, dado que tiene pocas consultas, pero el contacto comunitario pone de manifiesto las barreras persistentes para pedirle. La discusión debe separar hechos solo entendidos por los especialistas, interpretaciones o datos que no consten. En este momento ya hay que determinar qué decisión se necesita tomar en este momento y cuáles hay que revisarlas en otro momento.

El uso del caso no ha de entenderse como un posible producto de una investigación, ni como una norma que pueda ser trasladada de una forma mecánica a todas las familias, sino que su utilidad está, precisamente, en el tratar de dar a conocer cómo cambia el sentido de la recomendación por el propio hecho de tener que tratar de resolver una situación de la vida cotidiana. Conviene que al resolverlo se haga una explicación explícita de por qué se ha elegido una alternativa en lugar de otra y qué información haría necesaria una revisión.

El propio grupo ha de aceptar la revisión del resultado obtenido, como al mismo tiempo entrecruzar la información del diagnóstico actual, a la explicación del porqué de la variación de la intensidad de la atención. Si se quiere girar en un plan la misma orientación hay que especificar quién acometerá cada tarea, qué tipo de ayuda necesita y cuándo se revisará el acuerdo; es decir, hay que diferencia una gestión a cuenta del propio equipo o de la otra entidad. Las expectativas deben entrelazarse con recursos confirmados y con las preferencias del que se está atendiendo.

Si la primera opción no es suficiente, el seguimiento puede permitir indagar otra opción diferente, sin que ello suponga obligatoriamente cargar las responsabilidades a la persona, sino que la documentación ha de dar cuenta de cómo se razona y de los compromisos que se aceptan, y no solo de una relación de tareas (Flanagan et al., 2018). Una puntuación que no comunica puede llegar a repartir recursos de una manera injusta e impedir que personas (o trabajadores y trabajadoras) puedan ocuparse de la corrección de la información que consideran incorrecta.

Este límite se mantiene ante la proyección de las consecuencias que puede no tener en cuenta en la fijación de un objetivo global de la intervención. En cada caso, la revisión ética tendrá que tener en cuenta la privacidad, la autonomía, la repartición de las cargas y la posibilidad de corregir las decisiones. Como mínimo habrá que preguntarse si la propuesta que se ha realizado aumenta esfuerzos para las personas que ya tienen una mayor restricción. Identificar un riesgo no implica, evidentemente, dejar de lado toda acción, sino poner en cuestión opciones y decidirse por una respuesta adecuada a la persona.

La evaluación debe tener en cuenta los casos que quedan fuera y son clasificados de manera innecesaria, así como garantizar que la respuesta permite mejorar la continuidad y el acceso. La elección de los indicadores tiene que ir en función de una pregunta de mejora y ser suficientemente simple como para ser usada en la práctica habitual. Cada medida ha de tener una definición que puede incluir un periodo y una fuente reconocible y, siempre que sea posible, tener numerador y denominador. Los cambios deben presentarse incardinados junto al contexto; las pérdidas en el seguimiento y el aprendizaje de las personas. Un número aislado no hace entender el porqué de un determinado resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene: mantener, adaptar o investigar de una manera más profunda (Flanagan et al., 2018).

4.7. Diagnóstico comunitario

El diagnóstico de la comunidad incluye problemas, recursos, prioridades, explicaciones compartidas. De ahí que los análisis de Pennel et al. argumenten que la aplicación de los procesos institucionales que permiten la evaluación de las necesidades no tiene por qué suponer una mejora en los grupos poblacionales a fin de aplicarle métodos de evaluación, si no existe participación y lo que es la evaluación es parte de un modelo de evaluación que explique otras determinantes de forma más extensiva.

Elaborar un informe puede querer satisfacer la exigencia que no derive en decisiones. Para ello, para que esto no sea así, el diagnóstico debe especificar desde el principio qué informaciones se van a usar, qué decisiones quedan por tomar y qué recursos podrían mobilizarse. La participación debe incluir a aquellas personas que no llegan o tienen dificultades para llegar a la reunión o a los servicios, incluyendo formularios de consulta accesibles (Pennel et al., 2016).

La investigación de Li et al. muestra en este sentido una aplicación de métodos mixtos y la aplicación del modelo PRECEDE-PROCEED para identificar cómo interrelacionar problemas de salud con factores predisponentes, facilitadores y reforzadores. El contenido que aporta consiste en ofrecer una explicativa que sirva para la intervención, no un inventario de enfermedades. En la otra frontera volverán a aparecer los factores. La Enfermería puede combinar la información epidemiológica, entrevistas y observaciones para comprobar hipótesis. El diagnóstico tiene que asumir la incertidumbre y no convertir la opinión del equipo en un consenso comunitario (Li et al., 2009).

Una forma de estructurarse es la caracterización de la población, las condiciones de vida, la situación de salud, el acceso, los patrimonios y las prioridades. Las fuentes, identificando los plazos y la cobertura, han de estar descritas. No se debe mezclar información

de años diferentes como si presentasen un mismo contexto ni tampoco calcular tasas cuando el numerador no sea fiable. Los relatos sirven para incrementar la profundidad, aunque tampoco son automáticamente representativos de la comunidad.

La claridad del contenido informativo y sus limitaciones permite llevar un uso responsable de una información imperfecta y determinar qué información se debe complementar en la ejecución del plan. De igual modo, la devolución es parte del diagnóstico. La matriz de hallazgos se presenta en un lenguaje comprensible y se contrasta con los/las participantes antes de cerrar las prioridades necesarias. Las diferencias deben ser anotadas porque pueden desvelar diferencias del tipo territorial o de relaciones de poder. La versión final debe convertirse en un pequeño conjunto de decisiones, responsabilidades y plazos. Un diagnóstico que se guarda para el archivo ya no tiene sentido. La actualización puede ser continua para los indicadores claves y más amplia para las situaciones relevantes sin volver a realizar encuestas complejas que demandan un tiempo largo por la diferencia en el cuidado.

El diagnóstico de la comunidad abarca necesidades y recursos compartidos y prioridades; no es solo un conjunto de relatos estadísticos ni una relación de necesidades. Esta precisión la que determina el ecosistema del diagnóstico sobre la Comunidad; primero analizar cuál es el problema y a continuación qué información resulta relevante. Una formulación adecuada debe permitir reconocer situaciones concretas, tener presentes las explicaciones contrastadas y anticipar que será coherente cualquier tipo de respuesta.

En Enfermería tiene sentido la noción de diagnóstico si aporta claridad sobre una trayectoria de cuidado y si sostiene decisiones. Su aplicación no debe convertirse en un modelo que sustituya la escucha o que cierre antes de tiempo la evaluación. La interpretación

mantiene de esta manera el nexo entre el conocimiento, el espacio y la responsabilidad profesional (Pennel et al., 2016).

Los datos que están agrupados a lo largo de la unidad aluden a las personas que han llegado a ese punto y pueden dejar fuera a aquellas que tienen mayores dificultades para el acceso. Volver a construir esa relación significa tener en cuenta la línea temporal de los acontecimientos. No basta con oponer a las dos circunstancias a la vez, sino que conviene buscar cómo se articulan entre sí y qué posibles explicaciones pueden estar actuando en ellas.

Desde una valoración social ligada a decisiones, interesa centrar el foco en aquel espacio donde una respuesta puede cambiar el trayecto. El análisis debe tener en cuenta las restricciones y los recursos para poder cuidar y no debe hacer una lectura determinista. Esta diferenciación da la posibilidad de elaborar acciones equivalentes sin tener que superponer a todos los resultados los tipos sociales (Li et al., 2009).

Se debe acotar el contexto, temporal, poblacional y de fuentes, eligiendo qué se conoce, cuál es la falta y qué forma tendrá la participación de la comunidad sobre la interpretación. Las preguntas emergen progresivamente, con argumentación, sin desatender el uso de la opción por no responder; la conversación tiene que ofrecer información suficiente para arribar acordando una acción, sino que hacer un ejercicio sin límite posible de su vida privada.

También es recomendable contrastar lo que se ha entendido con la de su persona y señalar los aspectos que pudieran quedar indeterminados. El registro tiene que describir las circunstancias y los tipos de apoyos, pero no informar sobre las explicaciones de la causa y la propia naturaleza. Cuando aparecen las diferencias de prioridades entre la del profesional y la de la persona, la negociación del plan

de trabajo forma parte del propio hacer del cuidar y no un obstáculo de tipo administrativo.

El caso que se presenta a continuación puede ser estudiado como una hipotética situación de aprendizaje: los registros de un sector revelan escasas consultas, los trayectos y las entrevistas muestran un transporte escaso y las experiencias previas referidas son de trato inadecuado. La deliberación ha de establecer la distinción entre hechos dados, interpretaciones y datos que hay que completar con contenido.

A continuación, ya es posible realizar la distinción del qué debe decidirse en este momento respecto al cual puede ser objeto o tema a revisar más adelante. Su utilidad radica en que una situación de la realidad transforma el sentido de una recomendación. Su resolución permite dar explicaciones de porqué: porque se ha elegido una alternativa y porque la información iría modificando cuando se llegase a la conclusión de acordar un cambio.

La síntesis tiene que ser contrastada con esas fuentes y formular problemas contrastables, optar por el hallazgo que goza de más solidez y por el que todavía queda pendiente, el que, por lo pronto, será objeto de nuevos análisis. Este modo de orientarse tiene que ser transformado en un plan y para ello hay que realizar especificaciones de quién ha de realizar cada tarea, qué apoyo necesita y cuándo se revisará el plan de lo acordado. Hay que distinguir entre la acción propia del equipo y la gestión que depende de otras instituciones. Las expectativas deberán ajustarse a los recursos confirmados y las preferencias del conjunto de agentes. Si esta primera opción no es posible, la vía del seguimiento permite hacer posible otra opción y que el acompañante no quede constreñido a asumir la responsabilidad. La documentación tiene que recoger el razona-

miento y los compromisos que se han ido asumiendo, no copiar como un listado de las actividades (Pennel et al., 2016).

Dar representatividad a la opinión de un pequeño reducto de participantes puede invisibilizar los grupos débilmente representados y guiar prioridades equivocadas. Este límite previene tener que anticipar consecuencias que pueden ser inobservables ya que siempre la mirada se enfoca en el objetivo y no en la propia intervención. La revisión ética ha de tener en cuenta la privacidad, la autonomía, la distribución de la carga y la corrección de las decisiones que se tomen; en particular, cabe formular la pregunta, la cual vale la pena hacerse, si la fórmula para la acción introduce una carga más grande a quien ya estaba en un lugar de restricciones, pregunta que se explica por su lógica. El que en ello se pueda identificar un riesgo no quiere decir que ya no se actúe, sino que se pueda ir intercalando de respuesta en respuesta hasta llegar a definir una clara opción de respuesta.

Un diagnóstico suficientemente aceptable permite la acción, y en su caso actualizar el diagnóstico cuando cambien las condiciones y no pasar a ser un largo informe que no llevaba a ninguna acción. La llegada de los indicadores tiene que disponer de una pregunta de mejora y ha de ser suficientemente sencilla como para usarse en la tarea ordinaria. Cada medida necesita tener una definición y un periodo y ha de ir acompañada de una fuente que también haya sido aceptada; si corresponde, hay que pedir un numerador y un denominador. Las variaciones son esperadas e introducen la interpretación en el contexto, en la pérdida de seguimientos y en la experiencia de las personas. Una cifra no explica el porqué de un resultado dado. La devolución entendible que permite revisar el plan y ver qué es conveniente mantener, qué es conveniente adaptar y qué

es conveniente investigar más (Pennel et al., 2016).

4.8. Priorización de problemas de salud

La priorización implica tomar decisiones sobre qué problemas resolver primero y la intensidad de dicha resolución entendiendo que los recursos son finitos. Baltussen y Niessen proponen que se deben tomar en consideración varios criterios ya que magnitud, severidad, efecto o equidad no conducen, necesariamente, a la misma decisión. El análisis tiene que reflejar los valores que soportan la decisión. Una condición habitual puede disponer de escasa capacidad de negociación inmediata y otra condición poco habitual, puede lograr realizar graves y evitables daños. Enfermería proporciona información adquirida de la realidad clínica y social, la comunidad ayuda a entender el contexto de las consecuencias ordinarias que los indicadores sanitarios no recogen (Baltussen & Niessen, 2006).

La revisión de Mitton et al. presenta diversidad de métodos de implicación pública, limitaciones en la evaluación de cómo estos afectan la toma de decisiones. Convocar una reunión no significa, o no necesariamente significa, que las opiniones estén en el proceso de ser atendidas. Porque la presentación necesita una explicación sobre:

- Qué razones pueden ser incorporadas.
- Cómo se van a juntar las razones.
- Quién decide o toma la decisión.
- También se puede señalar el camino a seguir o señalar una vía para revisar la decisión.

La carta de legitimidad se incrementa cuando existen dife-

rencias que se argumentan y se registran cuando se argumenta el motivo por el cual no se ha seguido el camino de una de las prioridades que el equipo ha propuesto. Se puede hacer un ejercicio local, en el que se compartan magnitud, gravedad, inequidad, factibilidad y prioridad de la comunidad, haciendo para ello definición operativa y la fuente de información de cada criterio.

En el caso de que se utilicen puntuaciones, se tiene que presentar la puntuación como un soporte deliberativo de manera que si se expresa una clasificación de las prioridades no se haga de forma objetiva como medida del valor de la moral. Los pesos pueden alterar la clasificación, por lo que conviene ir regenerando escenarios.

Analizar cómo una necesidad que es urgente no debe quedar aplazada porque tiene escasos puntos en una matriz general. La priorización programática y la respuesta a situaciones de urgencia provocan circuitos, que naturalmente se articulan con las relaciones, pero son diversos. La conclusión, la conclusión debe terminar en un programa breve y sencillamente verificable. Mejor escoger pocas prioridades, que se pueden manejar y que son severas, que elaborar un listado largo que no se puede realizar.

Del mismo modo, se lleva el registro de cuáles dispositivos quedan pendientes e, igualmente, de cuándo se despacharán para su revisión. La evaluación también debe interrogarse, preguntar si en todo caso favoreció a esos grupos que sí emiten voz y que los que indicaban el qué grupo sí tenía datos más completos. No saber nada de una población no puede transformarse automáticamente en no existir una necesidad. La deliberación, precisamente, serviría para restablecer esta asimetría y para intentar iniciar nuevas acciones de búsqueda y de valoración.

El priorizar implica explicitar los criterios y las decisiones cuando estos son escasos; frecuencia, gravedad, inequidad y viabili-

dad no equivalen siempre. Una matización como esta indica el modo en que se organiza el análisis de la priorización de los problemas de salud: primero dar forma al problema y, después, decidir qué información ha de ser relevante; la formulación debe ser la correcta como para poder identificar situaciones concretas, contrastar explicaciones u anticipar qué sería una respuesta coherente.

En el ámbito de la Enfermería el concepto cobra significado cuando permite explicar y dar respuestas a una trayectoria de cuidados. Su uso no puede estar asociado a una etiqueta que reemplace la demanda o que termine la consideración en la evaluación de una forma prematura. La interpretación de este modo guardará en la memoria un vínculo explícito entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Baltussen & Niessen, 2006).

La primera dificultad evidente es la posibilidad de que los problemas más evidentes sean antes de los menos frecuentes, siendo, o no, muy fuertes o concentrados en grupos de menor exigencia. Reconstruir una relación de este tipo requiere atender primero la temporalidad de los eventos: no es suficiente con que dos situaciones aparezcan al mismo tiempo, sino que se tiene que indagar sobre la manera en la que se interrelacionan y qué otras posibles explicaciones podrían ser relevantes.

Pareciera que, del proceso de la valoración social ligado a la decisión, derivaría la localización del momento exacto en el que una respuesta podría modificar el trayecto. El análisis que se lleve a cabo tiene que incluir restricciones, pero también recursos protectores y no hacer que el análisis muestre una determinación psicológica. Una distinción como esta permite presentar acciones compensatorias sin hacer referencia a una única condición social de todos los resultados (Mitton et al., 2009).

La deliberación ha de generar preguntas tales como qué se contrasta, de qué forma se valoran las características y qué información se echa en falta antes de priorizar acciones. Tales preguntas serán poco a poco incorporadas, serán explicadas y se atenderá a ciertas decisiones de no responder. La deliberación ha de generar mucha información para acordar una acción y no tener la característica de una búsqueda canónicamente interminable sobre la vida privada.

También se aconseja contrarrestar lo entendido con el usuario y hacer un registro de las dudas si es que las hay. La lengua del registro tiene que ajustar las circunstancias y apoyos para no entrar en valoraciones de motivación o temperamento. Cuando surgen prioridades distintas entre el profesional y el usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado y no es solo una barrera administrativa.

Como situación hipotética de aprendizaje, se puede comentar el siguiente caso: Un grupo compara un acceso frecuente y problemático con un problema menos frecuente y que tiene consecuencias graves y no tiene respuestas. La discusión ha de separar hechos conocidos intervenciones y datos que faltan.

Entonces, esto dará paso a decidir qué decisión hay que tomar ahora y cuáles son otras que pueden quedar para una revisión posterior. Esto no es la resolución de un caso de una investigación alegóricamente útil o de tipo de recomendaciones del tipo que aparecen a lo largo de este texto. Su utilidad radica en mostrar cómo una situación cotidiana perturba el sentido de una recomendación.

Cuando se opera la resolución de un caso, lo que se hace es explicar los motivos de la elección de una alternativa y qué información se podría incluir para hacer necesario replantear la decisión. Las decisiones pueden justificar diferentes actuaciones de diferente magnitud y fijar qué problemas quedan pendientes, su fecha y según

qué condiciones revisarlas. La orientación para los que quieran convertirla en un Programa deberá especificar qué tarea tiene que realizar cada integrante que participa en el proceso, qué apoyo requiere y cuándo se revisa el acuerdo al que se ha llegado.

Es relevante distinguir una actuación correspondiente al equipo/a una de gestión de otra organización que no es el equipo. Las expectativas se deben ajustar a las características de los recursos confirmados y a las preferencias de las personas implicadas. Si la primera alternativa no es posible, entonces el seguimiento sirve para encontrar otra alternativa sin tener que responsabilizar directamente a la persona. La documentación tiene que dar justificación a la línea de razonamiento y a los compromisos que se dan, no limitándose a recopilar actividades (Baltussen & Niessen, 2006).

Una matriz numérica puede dar cobijo a juicios de valor si no se valoran las ponderaciones o bien es acogida como respuesta automática. Esta frontera obliga a prefigurar consecuencias que pueden quedar en la niebla cuando solo se contempla el objetivo que guía la intervención.

En la revisión ética ha de ser preguntada la privacidad, la propia autonomía, la distribución de la carga, la posibilidad de rescatar decisiones, etc. También es importante preguntar si la proposición supone un incremento de esfuerzos para aquellos sujetos que están ya más restringidos. Determinar un riesgo no es lo mismo que paralizar, sino que hay que intentar sacar a la luz las alternativas y decidir de qué forma es la más adecuada.

El seguimiento sirve para comprobar la ejecución de las prioridades, de las razones del retardo, o bien de las modificaciones que obligan a revisar aquello que se hizo al principio. La elección del indicador ha de responder a una pregunta de mejora y ser suficiente-

mente simple de manera que se pueda utilizar en la práctica diaria. Cualquier medida necesita una definición, una frecuencia y una fuente reconocible; cuando corresponde, también necesita un numerador y un denominador.

Los cambios han de ser interpretados junto a su contexto, a las pérdidas de seguimiento y al conocimiento de las personas. Una cifra no explica porque ha dado un determinado resultado. El feedback comprensible permite revisar el plan y tomar decisiones sobre lo que conviene mantener, modificar o investigar más (Baltussen & Niessen, 2006).

Tabla 1

Preguntas orientadoras para una valoración social útil

Dimensión	Pregunta orientadora	Decisión que puede cambiar
Alimentación	¿Qué dificultad obtener alimentos suficientes?	Apoyo social y adaptación del plan
Transporte	¿Cómo llega y cuánto le cuesta?	Lugar, horario y coordinación
Cuidado	¿Quién ayuda y qué carga asume?	Distribución de tareas y apoyos
Comunicación	¿Cómo prefiere recibir información?	Lengua, canal y verificación
Vivienda	¿Qué condición dificulta cuidarse?	Visita y articulación territorial
Prioridades	¿Qué desea resolver primero?	Objetivo compartido de atención

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO V:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMUNIDADES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD



Una intervención socialmente pertinente es aquella en la cual se hilan las necesidades, los objetivos, los recursos y el seguimiento. El diseño de la intervención se inicia formulando la pregunta sobre qué barrera se quiere modificar y se indaga así, hasta el final, la definición de la respuesta posible. Este capítulo expone los campos más típicos en los que va a trabajar el trabajo comunitario y pone de manifiesto las acciones que son específicas de la Enfermería, las que son compartidas y las que son propias de otros ámbitos de acción.

Las propuestas operativas son algunas indicaciones para facilitar la contextualización y no suplen protocolos clínicos, competencias profesionales ni acuerdos locales. La evaluación debe acompañar la implementación de la intervención para dar a conocer cuáles han sido los beneficios, cuál ha sido la dificultad y cuáles han sido los efectos no previstos de la práctica social llevada a cabo.

5.1. Planificación de intervenciones de Enfermería

Las intervenciones comunitarias desprenden múltiples elementos que se dan en relación con el contexto. La guía de Craig y trabajadores de la intervención compleja da cuenta, por tanto, de que se hace necesario escribir una explicación de cómo se espera que se produzca el cambio y la importancia de la evaluación de la factibilidad.

Para la Enfermería supondría relacionar cada actividad con un mecanismo: acompañar una derivación puede reducir la incertidumbre; orientar horarios puede reducir el riesgo de pérdidas de ingresos; facilitar la interpretación puede ser un potencial mejorar la capacidad de entender. Enumerar actividades desligadas de lo anterior puede impedir saber por qué ha funcionado la intervención y la necesidad de saber qué hacer con un programa cuando no obtiene los resultados deseados (Craig et al., 2008).

La revisión de Skivington et al. también asume el contexto, el involucramiento y las propias incertidumbres en la toma de decisiones al

igual que la revisión de Craig. Un programa no sería posible trasladar a otro territorio tal cual. Ha de ser comprendido en sus recursos, en las relaciones institucionales y en las prioridades locales, pero han de permanecer los componentes que permiten explicar cómo funciona.

La planificación empieza a partir de la prueba de una pequeña intervención que permite revisar aceptabilidad y las necesidades de carga de trabajo. Pero la prueba no es la que se debe medir para demostrar efectividad ni implica esa prueba, y permite no realizar extensiones prematuras con intervención y poder detectar las barreras en las que se quiere intervenir y moderar una mayor determinada de recursos que pueden comprometerse (Skivington et al., 2021).

Un plan operativo debe describir población, problema, objeto, actividades, responsables, recursos y criterios de revisión. Los objetivos han de expresar cambios observables, como la terminación de la derivación observada, reducción de la barrera reportada, pero no simple ejecución de tareas. Por otro lado, se señala el supuesto de la recepción del servicio; la posibilidad de que los participantes reciban el contacto y el consentimiento.

En el caso de que baje alguno de ellos, el plan de intervención tiene que tener alternativas. La participación comunitaria también tiene que incluir discusión sobre los costes y los beneficios en el caso en que las intervenciones exigen tiempo, transporte o la exposición de datos personales.

El presupuesto incluye el material, el transporte, la comunicación, la formación y el tiempo de la coordinación. Conviene diferenciar los gastos de puesta en marcha, de los recurrentes, tener en cuenta las horas profesionales y decidir el momento de pasar revisando la continuidad, el ajuste o el cierre del programa. Toda intervención debe explicitar las actividades que podrían llevar al cambio de tipo que se persigue y señalar aquellas contingencias del contexto que requiere para que funcione.

Este ajuste organiza el análisis de la planificación de las intervenciones de Enfermería, delimitar el problema y decidir cuál sea la información relevante. La formulación provechosa debe permitir la identificación de las situaciones específicas, la comparación de las explicaciones y la previsibilidad de qué respuesta sería coherente.

En Enfermería el concepto tiene valor cuando es asistencial, al permitir comprender el modelo de cuidado, llegando incluso a servir para justificar decisiones. Su uso no debe transformarse en la etiqueta que sustituya la escucha o que cierre en exceso pronto una evaluación. De esta forma se garantizan que los mensajes tienen una clara relación entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional.

Para un mismo componente se pueden experimentar efectos diferentes en función de los recursos, el compromiso, la continuidad, la estructura; copiar prácticas no reproduce resultados. El modo de reconstruir dicha relación es a partir del orden de los acontecimientos. No basta con situar simultáneamente dos circunstancias del acontecimiento: hay que saber cómo se relacionan y qué otros elementos pueden llegar a entrar en juego.

A partir de la planificación de las intervenciones de interés, se establece el lugar en que la respuesta puede suscitar el camino tratado. El análisis debe atender tanto las restricciones como los recursos protectores, no puede ser determinista. La distinción entre recursos protectores y restricciones permite pensar en las propuestas proporcionales y no hacer responsable de cualquier efecto a una única característica social (Skivington et al., 2021).

Es preferible concretar el problema, la población, el mecanismo, los recursos, los responsables, las señales que permitirían determinar la necesidad de cambiar o detener la propuesta. Las preguntas se van introduciendo lentamente para mostrar su finalidad y respetando en todo momento la decisión de no responderlas. El intercambio que tiene que darse es uno en el que la conversación produzca una información veraz

como para llegar a un pacto de acción, no en el explorador ilimitado de la vida privada.

Permite contrastar también aquello que se ha llegado a comprender con la persona y puede también permitir poder registrar las incertidumbres que van surgiendo. El lenguaje del registro ha de poder describir las ayudas y los contextos, pero de forma que evite emitir juicios con respecto a la motivación o a cuestiones de tipo de carácter. Cuando emergen las distintas prioridades, entre profesional y usuario/a, negociar el plan es parte del cuidado y no una barrera administrativa.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede analizar la siguiente: un servicio quiere mejorar continuidad y propone intervenciones mediante charlas, el diagnóstico muestra que el principal problema a resolver es la reprogramación de las propias citas. Entre las partes tiene que desdibujarse parte de lo conocido, la interpretación sobre lo conocido y la de aquellos datos que no se conocen. Tras lo cual, toca llegar a identificar qué decisión debe tomarse ahora y cuáles llegarán a ser decisiones que deberán ser aceptadas.

El caso no es el resultado de la apertura de cualquier investigación, ni es una muestra de una pauta que debe ser la que se siga con todos los grupos familiares. Puede servir para mostrar que una circunstancia que corresponde a la vida diaria modifica el valor que tiene una recomendación. En su resolución conviene explicar por qué existe tal opción y por qué datos pueden ser la razón por la que hay que reestablecerlo. Una propuesta puede probar un circuito también de reprogramación o de seguimiento, reservando educación para discapacidades de comprensión claramente identificadas.

A la hora de transformar esta indicación en una propuesta hay que concretar quién realiza cada labor, qué ayuda se requiere y cuándo se revisará la recomendación. Hay que prevenir si se trata de una acción que es propia del equipo o una gestión que tiene que ver con otra institución. Se debe acomodar las expectativas a recursos contrastados y

a las preferencias de quienes participan. En el caso de que la primera alternativa no funcione, la misma alternativa de ese acompañamiento da la opción de poder llevar a cabo la práctica de la otra opción, lo que no quiere decir que al hacerlo la persona con la que se está trabajando se vea responsable de ello.

La acción, por su parte, debe ir acompañada de la argumentación y de los compromisos que uno ha tomado. No debe ser únicamente un listado de actividades. Continuando con lo indicado en el trabajo de Craig et al. (2008), diseñar objetivos sin tener en cuenta la carga de trabajo o el contexto de la red puede llevar desde compromisos inalcanzables hasta frustraciones, tanto en la comunidad, como en el personal.

Este límite lleva a anticipar las diferentes consecuencias que pueden pasar inadvertidas si se valora o se observa únicamente el objetivo principal de la intervención. La revisión ética, al igual que la intervención misma, tiene que incluir las cuestiones de la privacidad, de la autonomía, de la distribución de cargas o de sobrecargas, e incluso de la posibilidad de rectificar algo concreto que se haya establecido.

En concreto, interrogarse si la propuesta de intervención que se está realizando incrementa el esfuerzo de aquellas personas que, desde un principio, ya estaban siendo sujetas de un esfuerzo superior. Llevar el riesgo a sus últimas consecuencias no tiene que conducir hasta la paralización de la acción: Hasta dónde llega el riesgo puede ser un riesgo comparativo, una comparación de alternativas para fijar una opción equitativa.

La evaluación inicial de todo esto empieza por determinar los plazos y el posible impacto que puede tener una intervención antes de expandir la cobertura, los resultados relacionados con la gente, la forma de pararse y cada uno de los contextos.

La elección de los indicadores tiene que responder a una pregunta de mejora o bien ser lo suficientemente sencilla como para poder utilizarla para el trabajo cotidiano. Cada una de las medidas tiene que

tener su definición, su periodo y su procedencia; si toca, también tiene que tener numerador y denominador.

Los cambios tienen que ser observados en función de su contexto; perdidas de seguimiento y el recorrido de las personas. Una cifra sola no puede dar cuenta de qué ha pasado o bien de cuál ha sido el resultado. La devolución clara y comprensible que permite revisar el plan y decidir exactamente qué se tiene que continuar manteniendo, qué es necesario cambiar y qué se pretende seguir investigando mucho más a fondo (Craig et al., 2008).

5.2. Intervenciones individuales y familiares

El cuidado de la persona va en consonancia con la adaptación de las recomendaciones a la situación personal concreta. El programa Eroaction, evaluado por Wood y su equipo, unió la coordinación de las enfermeras con la colaboración multidisciplinar y la participación de la familia en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Los resultados son coherentes con el potencial de una intervención situada y planificada que no se explica simplemente por el hecho de ofrecer información para ser posteriormente reproducida. En el trabajo comunitario la enfermera puede expandir su saber cuándo revisa en ese encuentro la forma de entender las recomendaciones, las preferencias y las barreras que se presentan, y fijar pocas acciones priorizadas desde una situación artificial.

Esta afirmación se fortalece cuando la enfermera también recoge las labores compartidas que corresponden a los profesionales, y cuando evita apilar recomendaciones e indicaciones de los diferentes profesionales en la atención a la persona sin validar su compatibilidad parecida a la de otras (Wood et al., 2008). Robertson y su grupo evaluaron un programa domiciliario de ejercicio para prevenir las caídas, que era administrado por una enfermera formadora, y obtuvieron buenos resultados en la población objeto de estudio.

Este ejemplo también indica que se requiere una acción formativa y criterios de selección, así como un seguimiento posterior. No le da el poder de prescribirla homogéneamente a cualquier persona mayor. La valoración debe hacer una evaluación funcional, valorar las condiciones clínico sanitarias y la seguridad del entorno. Cuando sea necesario especializar -en términos del grupo de Pattio- la rehabilitación, es conveniente coordinarlo y mantener la comunicación respectiva acerca de objetivos y de las dificultades a medida que se va ejecutando el pacto (Robertson et al., 2001).

La intervención familiar se puede iniciar a partir de una breve reunión de trabajo aclarativa de necesidades, de la distribución de asistencia en el tiempo. Conviene desistir de la persona con más facilidad para identificar cualquier apoyo que acepte en qué ayuda puede brindar cada uno de los miembros de la familia y cuáles son los que pueden ser las actividades que crean carga. Los acuerdos, evidentemente, deben ser viables y revisables. La profesional, por supuesto, no cae en la equivocación de suponer que una mujer de la casa debe ser la cuidadora principal, simplemente porque tenga la "mayor libertad" y hasta se base en la relación familiar.

También es capaz de identificar la problemática y los límites, es decir, hay algunos vínculos que pueden perdurarse únicamente a partir del seguimiento por parte de una profesional o de un seguimiento especializado. La participación de la familia crecía y se transparentaba a medida que las conducía a la seguridad y a una buena calidad en su cumplimiento, no en la forma en la que se obliga a realizar un suceso vinculado.

La continuidad en el seguimiento individual debe tener algún criterio de cierre. Una meta se puede considerar cumplida cuando la persona se apodera de la situación del plan, de los recursos elementales que necesita para poder desenvolverse y de los recursos que son necesarios para poder pedir ayuda. Hay otras situaciones que tienen que continuar porque pueden ser estas por cambios clínicos o sociales.

El contacto se puede realizar de forma directa o a través de un canal que se ha acordado previamente, en donde la privacidad y el acceso pueden ser tenidos en cuenta. Cuando en un determinado momento no se ha hecho la acción se indaga el motivo de la no acción, antes de repetir la instrucción.

La reconsideración de las barreras es lo que permite perfilar el plan, delimitándose si el problema entra en la dificultad del paciente para entender; si ora versa con los efectos adversos; si la dificultad que presenta el paciente está relacionada con la falta de recursos que lo obliga a priorizar lo que para su usufructo es lo más valioso; o en fin que está relacionado con cambios en la priorización que tiene la familia.

La intervención individual trabaja para adecuar el cuidado a las preferencias y las circunstancias del paciente; y la intervención familiar trabaja para adecuar las tareas y las relaciones que hayan permitido su sostenimiento. Esta delimitación permite acotar el análisis de las intervenciones individuales y las intervenciones familiares: delimitar el problema en un primer punto y en un segundo punto decidir qué información se incluiría.

El concepto tiene que permitir presentar situaciones concretas a ser capaces de articular explicaciones y avanzar así en las previsiones que se prevean como consistentes. Ahora bien, en una relación de este tipo es necesario reconstruirla con un orden temporal de los acontecimientos. Es necesario realizar un encadenamiento de sucesos, cosa que no es suficiente si se buscan dos circunstancias válidas a la vez. Lo que se busca es ver cómo se enlazan, qué otras explicaciones se pueden poner en juego y cuáles son las restricciones (Wood et al., 2008).

A partir de la planificación de nuevas intervenciones adecuadas interesa ver en qué sentido una contestación puede provocar la modificación de la trayectoria en la línea generacional. El análisis tiene que enmarcar restricciones y recursos preventivos con el fin de evitar una lectura determinista. Esta distinción propicia un conjunto de acciones

adeudadas sin volver a recuperar toda la condición a una sola condición social (Robertson et al., 2001).

Puesto que, solo queda preguntarse en qué acciones son adecuadas, en qué quedan los recursos existentes y quién acepta colaborar sin comprometer su bienestar. Las preguntas se irán introduciendo poco a poco explicando la finalidad de las mismas y con la posibilidad de no contestar. La conversación habrá de proporcionar información suficiente con la finalidad de acordar una acción, no debe ser un día explorar sin límites la vida privada; también es oportuno contrastar lo entendido con la persona e ir anotando las incertidumbres que existan.

El idioma del registro debe vertebrar circunstancias y avales, no valoraciones de la motivación ni del carácter. Cuando hay prioridades de diferente signo, entre el profesional y el usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado, no es freno administrativo. Como situación hipotética de aprendizaje se puede analizar la siguiente situación: Una familia recibe planes de múltiples servicios y debe organizar horarios incompatibles, traslados reiterados, y tareas que nadie puede sostener a diario, la discusión debe desprenderse de hechos indiscutibles, de interpretaciones; de datos que faltan. Posteriormente corresponde marcar el qué toca decidir en el presente, y cuáles requieren revisión.

El caso no habla en términos de una producción con un determinado conjunto de resultados obtenidos de la investigación, ni de una receta que pueda aplicarse automáticamente a las familias. Su valía está en que pone de relieve que una situación de la cotidianeidad modifica el horizonte de sentido de una recomendación dada. Para la resolución del caso es conveniente rejustificar el hecho de que la que se opta por una opción y qué tipo de información llevaría a cambiar de opción.

La Enfermería es capaz, por tanto, de revisar en límite total la organización, de verificar la priorización que se hace con el equipo y de consensuar un plan de atención compartido de forma que sea coherente con lo que esperan los/as que participan, ya sea atendiendo o sean aten-

didos/as. Para que la información anterior se convierta en plan, habrá que delimitar quién hace qué, qué necesidades hay de apoyo, en qué momento se revisará el consenso, entre otros.

Se tratará de distinguir entre una acción que le es propia al equipo de la gestión que depende de otra institución. Las expectativas tendrán que adaptarse a los recursos que están confirmados y conciliarse con las preferencias de los/as que participen. En caso de no obtener resultados con esta alternativa, el seguimiento intentará buscar otra opción, pero en este caso ya sin la persona responsable. La documentación generada, por otra parte, tiene que ofrecer argumentos y compromisos y no tan solo una lista de actividades (Wood et al., 2008).

En la medida en que la asignación de tareas a un familiar en la ausencia de una pregunta por la disponibilidad ayuda a incrementar las desigualdades de género, el agotamiento o los conflictos; ese límite en la asignación de tareas lleva a anticipar las consecuencias que pueden ser difíciles de identificar cuando se analiza únicamente el objetivo final de la intervención. La revisión ética ha de contener aspectos de privacidad-autonomía, de carga de cuidados y de la posibilidad de corregir decisiones. Ante todo, es importante preguntarse: ¿la propuesta aumenta esfuerzos para aquellas personas que tienen ya más limitaciones? Detectar un riesgo no significa dejar de hacer, sino que implica comparar alternativas y escoger la más proporcional.

El seguimiento considera la factibilidad, la comprensión, la carga de cuidado y los objetivos pactados, no debe interpretarse cada dificultad como una falta de adherencia. La elección de un indicador debe partir de una pregunta de mejora y ha de ser vista como suficientemente simple como para ser llevada a la práctica en el marco del trabajo habitual; cada medida necesita de una definición, el periodo de medida, la fuente de información y en el caso de que sea necesario, el numerador y el denominador.

Los cambios deben ser analizados juntamente con los diferen-

tes contextos a, las pérdidas de seguimiento y la vivencia de las personas. Una sola cifra no da razones de porqué se produce un resultado. La devolución comprensiva permite revisar el plan y decidir qué parece más adecuado continuar, modificar o estudiar más en profundidad (Wood et al., 2008).

5.3. Intervenciones comunitarias

Las intervenciones que tienen lugar en el seno de las comunidades tienen un impacto en las relaciones, en los entornos y en las capacidades colectivas. La revisión de revisiones de Scott et al. destaca las características de la variabilidad de los programas de los agentes comunitarios, dándole un sentido de la actuación con pobreza, del seguimiento, de la formación continua y del soporte logístico, lo cual interesa a la Enfermería cuando se explicitan las actuaciones fuera del ámbito del propio establecimiento.

No se debe confundir la conexión territorial con la autonomía material o la asignación de funciones específicas. Un programa de agentes comunitarios se puede traducir en el incremento de la cobertura, pero al mismo tiempo puede agravar el desbordamiento de las personas voluntarias si no se les apoya o se les pide más sin el reconocimiento debido (Scott et al., 2018).

Kok et al. estudian los factores del diseño de la intervención que se relacionan con el desempeño de los agentes comunitarios. Esto incluye los incentivos, la preparación y los procesos de comunicación y, tras ser revisada, concluye que las condiciones organizativas son importantes, pero que no existe una única solución para todos los contextos comunitarios. También es posible que la Enfermería contribuya a la supervisión de apoyo, a la revisión de problemas y a la conexión con la red. Supervisar es no solo supervisar el cumplimiento de las metas, sino escuchar problemas, responder preguntas y reconocer límites. Ese mismo hecho implica recurrir a indicadores que conduzcan a ofrecer au-

ténticos incentivos a las actividades de fácil contabilidad, y abandonar necesidades menos evidentes (Kok et al., 2015).

La intervención comunitaria se puede ejecutar mediante reuniones, visitas, conducción en espacios públicos y gestión de barreras. La elección dependerá del problema y de los acuerdos locales. Si se da prioridad al acceso al agua, el tipo de charlas secuenciales puede quedarse sumamente corto sin la interlocución de los actores responsables del abastecimiento del agua. Si se da prioridad la dificultad del aislamiento, los espacios y los grupos de encuentros deben dar acceso y continuidad. La comunidad puede participar en la elección de los objetivos, en la organización de las actividades, en la evaluación.

La intervención sanitaria tiene sentido de integración de los conocimientos y capacidades del entorno local y no de imponer una agenda consensuada previamente desde el establecimiento. La sostenibilidad de la acción requiere de responsables y de recursos con notable periodicidad. La documentación de los componentes básicos, las adaptaciones, las dificultades que se deben abordar y su correspondiente coste permiten decidir si la experiencia puede ser una experiencia que pueda extenderse y las condiciones que deben existir en el nuevo territorio.

Una intervención comunitaria actúa sobre relaciones, recursos o condiciones compartidas y no se entiende como realizar una actividad no estructurada u organizada a partir de aquellas que se ejecutan en la institución. Esa precisión permite reorganizar los elementos que estructuran el análisis de las intervenciones comunitarias. Se delimita el problema a tratar, para luego decidir qué información conviene considerar y qué puede considerarse como relevante. Una formulación adecuada para la práctica de la Enfermería debe permitir, por tanto, reconocer situaciones concretas, establecer comparaciones entre explicaciones y anticipar qué respuesta es la que conviene dar.

En el contexto de la Enfermería, el concepto de intervención comunitaria cobra valor en cuanto permite entender su trayectoria de cuidado y

permite ver cómo se justifican las decisiones que toman los enfermeros y enfermeras cuando se encuentran en una determinada situación. Y ello no significa, por supuesto, que se convierta en una forma de etiquetar una situación que sustituya la escucha o que inhiba o impida realizar una valoración de forma prematura. La interpretación tiene así una relación explícita entre saber, contexto y responsabilidad de la profesión.

La participación, la inspección y la vinculación con los servicios pueden modificar tanto la continuidad como la extensión de las acciones que llevan a cabo los agentes u organizaciones comunitarias. Reconstruir esa relación significa atender al modo en que se produce el orden temporal de los acontecimientos, no solo por no encontrar que las dos condiciones ocurren de forma simultánea, sino para poder ver de qué forma a su vez se relacionan y qué explicaciones pueden también entrar en juego en la relación.

Desde la planificación de intervenciones adecuadas, el interés se centra en el lugar en el que una respuesta puede modificar el itinerario. A la hora de analizar se deben dar los recursos protectores y las limitaciones, evitando adoptar una lectura determinista. Esta distinción permite proponer acciones equivalentes que no asimilen en su totalidad los resultados a una condición social única (Kok et al., 2015).

Por tanto, queda por ver cuál es el problema que es colectivo, cuáles son las potencialidades que hay y cuáles son las decisiones que pueden influir realmente en quienes participan. Estas preguntas se van añadiendo poco a poco, precisándose la finalidad y respetando la opción de no saber cómo contestarlas. La conversación ha de ir generando una cantidad de información suficiente como para acordar la acción y no se puede transformar en una indagación hasta llegar a un infinito de la vida privada.

También hay que contrastar lo que se ha comprendido con uno mismo y registrar las dudas que puedan aparecer. El lenguaje del registro ha de ser uno que haga referencias a circunstancias y ayudas, no un lenguaje ajeno al juicio sobre la motivación o sobre la personalidad. Cuando

aparecen prioridades diferentes entre profesionales y personas usuarias, el texto de negociación del plan forma parte del cuidado y no es únicamente el escollo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje se tomará el siguiente ejemplo: Una comunidad es un ejemplo de lugar de encuentro para ayudar a los cuidadores, pero sus miembros dicen que los horarios no son compatibles con su vida cotidiana, y que han de pedir ayuda y consejo con un recorrido de consulta con el profesional. La discusión tiene que evitar la diferencia entre los hechos que son conocidos y la propia interpretación. Después hay que encontrar cuál sería la decisión que se debe tomar ya y si tiene que ser revisada más adelante. El caso no es resultado de la investigación ni mucho menos una pauta a aplicar automáticamente con todas las familias.

La finalidad de su función radica en hacer precisamente “manifiesta” esa posibilidad, incluso una circunstancia ordinaria pueda modificar el sentido unívoco de una recomendación de cómo resolverlo; y, en su resolución, conviene que se haga una explicación de por qué una opción u otra; hasta dónde la indefinición de la opción inicial podría reconducirla. El diseño manteniéndose como un contraste y entre pares y el enlace sanitario, delimitar funciones y evitar desplazar responsabilidades clínicas, no solo físicas a personas ajenas a la capacitación.

Para rendir orientación en el marco de un plan, hay que acotar quién hace qué tarea, qué apoyo necesita y cuándo se revisará el acuerdo. Es conveniente separar una acción propia del equipo de una gestión que solo depende de otra institución, por lo que también se han de acordar las expectativas con los recursos, ya confirmados, y las preferencias de los/as que forman parte del grupo, y si la primera alternativa no es opción, el seguimiento da pie a la búsqueda de otra sin caer automáticamente en la estigmatización de la persona.- La documentación ha de dejar constancia del razonamiento y de los compromisos que se adoptan, no de un conjunto de actividades (Scott et al., 2018).

Ceder ante un voluntariado no limitado puede hacer que la actividad marginal de la intervención excluya a quien dispone de menos tiempo, e incluso hacer desaparecer la intervención cuando sus aporantes se vacían; este límite le obliga a hacer una previsión de efectos que pueden quedar sin ser cuando solo se observa la finalidad de la intervención. La revisión ética debe considerar la privacidad y la autonomía, la distribución de las cargas, la posibilidad de enmendar decisiones, se puede, entre otras cosas, preguntarse si la propuesta supone que los esfuerzos se incrementen para quienes ya tienen más restricciones. Detectar un riesgo no implica dejar de hacer nada, sino que equivale a una adecuación de alternativas, a decidir por una respuesta adecuada.

La evaluación debe observar continuidad, accesibilidad, utilidad percibida y distribución de tareas más allá del cruce de encuentros propiciados. Al seleccionar los indicadores hay que dar respuesta a una pregunta del tipo mejorar/transformar, haciéndolo de forma suficientemente sencilla, de forma que se pueda utilizar en el trabajo cotidiano.

Cada medida debe tener su definición, su periodo y su fuente reconocible; en su caso también tiene que tener numerador y denominador. Los cambios hay que interpretarlos junto con contexto, pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra desvinculada no sirve para explicar qué es lo que ha acontecido. La devolución comprensible permite la revisión del plan y la decisión que se deba mantener, cambiar o ahondar (Scott et al., 2018).

5.4. Educación para la salud

La educación tiene que facilitar la comprensión y la toma de decisiones y no la supervisión del cumplimiento de las situaciones que se dan como razón de ser del aprendizaje. La lectura que plantea Ha Dinh et al. es que el hecho de encontrar ejemplos positivos mediante el método de "restitución explicativa" o teach-back en ciertos aspectos del conocimiento y del autocuidado signifique en otros aspectos del resultado

signos menos heterogéneos.

El método teach-back o restitución explicativa consiste en la traducción con las propias palabras de aquello que ha entendido uno de los miembros de la pareja, es un indicio de verificación de la claridad del proceso de enseñanza, no debe ser utilizado como examen ni como chequeo, pero ante la aparición de las problemáticas la responsabilidad del profesional sería la de volver a reformular la enseñanza y reconstruirla (Ha Dinh et al., 2016).

Talevski et al. buscan la variabilidad de la aplicación y destacan las cuestiones de la preparación, el apoyo a la práctica y la retroalimentación para incorporar el método a la actividad práctica. La intervención educativa necesita de la “condición de uso” y no solo exigírselo a un texto de práctica. Se puede practicar mediante la propia intervención educativa las argumentaciones breves, el lenguaje habitual, la demostración.

Se debe tener preferencia por los mensajes útiles que permiten la toma de decisiones inmediatas por encima de una viaja lista interminable que puede saturar la memoria. La comprobación de la comprensión se acompaña de preguntas de viabilidad ya que, poder comprender una indicación no es sinónimo de poseer recursos para considerarla aplicable en el domicilio (Talevski et al., 2020).

Un encuentro educativo puede construirse a partir de una situación concreta. La persona se responsabiliza de la dificultad, la enfermera intenta saber lo que ya sabe, ambas se ponen de acuerdo sobre el paso a seguir, revisan cómo se llevará a cabo la acción. El soporte escrito da apoyo a la conversación, debe de tener un tipo de letra que favorezca la lectura, debe tener la información relevante y ha de ir adaptado al lenguaje. Cuando hay barreras propias de la visión, la audición y la lengua se recurre a otros formatos. La educación grupal permite la interacción entre pares, pero también hay que reservar espacio para las dudas que son incómodas hacerlas públicamente, especialmente en lo que toca a temas de salud mental, sexualidad o violencia. La evaluación educativa

discrimina el aprendizaje, la transferencia y los resultados en salud.

Un control directo del conocimiento no disminuye la enfermedad; el seguimiento debe registrar qué habilidades se utilizan y qué barreras se encuentran a la hora de llevarlas a la práctica. La educación para la salud se define a partir de su comprensión y capacidades para actuar a modo de proceso, y, a su vez, el hecho de recibir información, memorizar la información y utilizarla son aspectos diferenciados a definir. Esta certeza es la que organiza el análisis de la educación para la salud, primero se delimita el problema y después se decide que es considerado información relevante.

Para que esto sea posible, puede considerarse que una formulación adecuada permite reconocer situaciones determinadas, contradecir explicaciones y anticipar la forma en que se razona qué respuesta es coherente. En Enfermería el concepto debería tener sentido en tanto que contribuye a entender una trayectoria de cuidado, a razonar decisiones y en ningún caso debería convertirse en sustituto de escuchar o finalizar prematuramente la evaluación. De hecho, la interpretación mantiene una relación explícita entre conocimiento y contexto y la responsabilidad profesional (Ha Dinh et al., 2016).

El uso de un lenguaje técnico en exceso, un exceso de indicaciones y de condiciones materiales pueden evitar llegar a poner en práctica un mensaje, incluso cuando la persona parece haberlo comprendido en la consulta. Volver a reconstruir aquella relación conlleva tener presente el tiempo de las circunstancias. No se trata de conseguir el estado de naturaleza de dos circunstancias concurrentes, sino de saber cómo pueden relacionarse, qué otra relación se puede dar también. Desde la preparación de las intervenciones adecuadas circula la necesidad de situar el momento en el que se puede cambiar una determinada trayectoria de la acción en virtud de una determinada respuesta. El análisis debe considerar las restricciones y recursos de protección, pero evitando caer en una lectura determinista.

Esta consideración permite poder proponer acciones ajustadas a las circunstancias sin considerarlo todo atribuido a una única condición social (Talevski et al., 2020). Casi lo siguiente que se podría querer reflexionar sería qué desearía saber en este momento, cómo le gustaría hacerlo y qué dificultades presentiría para llevar a cabo la acción pactada en su hogar. Estas preguntas podrían institucionarse también de manera progresiva a lo largo del discurso, descritas y explicadas para qué sirven, respetando la decisión de no querer responder.

En una conversación tiene que producirse información suficiente en la medida de cerrar una acción; no se ha de indagar indefinidamente sobre la vida privada de uno. Inmediato a esta progresión, también se debe contrastar la comprensión con la persona y marcar las incertidumbres, si es que hay. El lenguaje del registro tiene que describir la situación y los apoyos, evitando juicios sobre motivaciones o sobre el carácter. Ante priorizaciones opuestas, la negociación del plan también es parte del cuidado y no es un impedimento administrativo.

El siguiente caso puede analizarse como una posible situación de aprendizaje: una persona que aparece repitiendo correctamente la indicación, aunque el recurso correspondiente no está disponible y, por lo tanto, la dificultad versa sobre la factibilidad y no sobre la memoria. La discusión debe establecer la diferencia que permite discernir entre hechos conocidos, interpretaciones y datos faltantes.

Cálculo que después le toca establecer qué hay que decidir en este momento y qué es susceptible de revisión. El caso no son los obtenidos por una investigación ni representa un patrón operativo que se aplique de forme automática a todas las familias. Lo que pretende, por tanto, es evidenciar cómo una situación habitual puede hacer variar el sentido de una recomendación. En el momento de decidirlo conviene justificar la elección de una opción y qué información puede ser necesaria para cambiar la elección.

El equipo puede acceder a la auto-demostración y a la auto-res-

titución, y también puede retomar recursos y acordar alternativas seguras dentro de la atención. Para convertir esta recomendación en un plan, primero se debe dilucidar qué persona debe hacer qué tarea, qué apoyo potencial puede necesitar y cuándo se revisará el acuerdo. También resulta importante la distinción entre la acción del equipo de gestión y su particular y necesaria acción de gestión dependiente de la institución. Las expectativas en la vinculación deberán atenerse a recursos confirmados y a las preferencias de las personas en el lugar. Por consiguiente, si la primera alternativa no resulta ser viable, el seguimiento es el momento de explorar la segunda alternativa sin culpabilizar a la persona.

La documentación ha de plasmar el sentido de la intervención, los compromisos adquiridos, y no únicamente una lista de actividades. La comprobación de la comprensión no ha de desembocar en un examen, ni una mala experiencia ni un criterio para excluir de la atención a la persona que requiere un soporte más fuerte. Este es un límite que obliga a reparar en unas consecuencias que pueden quedar escondidas solo con el objetivo final de la intervención.

La revisión ética debe tener en consideración la intimidad, la autonomía, la distribución del peso, la reversibilidad de las decisiones; en consecuencia, hay que explorar si esta propuesta incrementa los esfuerzos que ya han de desplegar las personas que tienen unas limitaciones más fuertes. Detectar un riesgo no significa dejar de actuar, sino comparar opciones de respuesta, y escoger aquella que ha de ser equilibrada.

La evaluación puede contemplar la comprensión inmediata, la aplicación, los resultados; es decir, darse cuenta de que estos resultados dependen también del contexto. La selección de los indicadores debe responder a una pregunta de mejora y ser lo bastante simple como para poder utilizarla en el trabajo habitual. Cada una de las mediciones ha de tener una definición (y cuando se da, un periodo y una fuente reconocible; si se da, también ha de especificar numerador y denominador).

Las modificaciones deben ser validadas como una fotografía

conjunta, donde se identifican títulos de seguimiento, donde hay que ver y escudriñar la percepción de las personas. La cifra desprendida no explica el porqué del resultado obtenido. Una devolución bien jerarquizada da lugar a una reconsideración del plan, para decidir qué es lo que se pretende mantener, qué es lo que se pretende controlar, qué se pretende comunicar, qué es lo que se quiere ampliar con una investigación más profunda (Ha Dinh et al., 2016).

5.5. Seguridad alimentaria y nutrición

El fenómeno de la inseguridad alimentaria tiene la capacidad de afectar tanto la cantidad que se consume, la calidad de la ingesta, la estabilidad de la misma y la experiencia de obtener alimentos. Gundersen y Ziliak (2015) revisan las asociaciones entre inseguridad alimentaria y salud en diversas franjas poblacionales de Estados Unidos. Los hallazgos referidos a la presencia de inseguridad en el acceso a alimentos permiten incluirla en la valoración de la calidad de la alimentación, aunque, evidentemente, no añaden información sobre la prevalencia en Ecuador.

En el caso del personal de Enfermería es fundamental que indague sobre la práctica de la alimentación y que no asigne a la información que recibe -el peso corporal- condiciones sobre la seguridad alimentaria. Tener sobrepeso no implica por sí mismo que la persona no tenga carencias en el acceso a alimentos. Tener buena apariencia en lo que respecta a la alimentación puede esconder la reducción de la calidad de la dieta, o bien esconder sacrificios de la alimentación de otras personas del hogar (Gundersen & Ziliak, 2015).

En su revisión, Hanson y Connor (2014) muestran asociaciones variables entre inseguridad alimentaria y calidad de la dieta, evidenciando diferencias significativas entre personas adultas y niños. Esta heterogeneidad invita a no quedar atrapados en el estudio de la disponibilidad de alimentos en casa y a explorar prácticas intrafamiliares. Algunas personas se reducen la alimentación para proteger a las otras personas del hogar.

La valoración explora la frecuencia de dificultades en el acceso a alimentos, la disponibilidad de alimentos, los medios de preparación y las prioridades. Si se aplica un instrumento, debe estar relacionado con la población y aplicarse según la instrucción del mismo; una pregunta informal no puede ser considerada como un diagnóstico nutricional integral (Hanson & Connor, 2014).

Las intervenciones significan combinación de adaptación del consejo, identificación de apoyos, coordinación con nutrición, con protección social. Las recomendaciones deben tener en cuenta precios, cultura, acceso al agua, combustible y tiempo de preparación. No sirve de nada plantear alimentos inalcanzables o hacer sentir responsables a una familia por opciones condicionadas previamente. Cuando las necesidades clínicas son específicas, el plan nutricional deberá ser evaluado como corresponde; Enfermería puede acompañar su aplicación, detectar dificultades y coordinar la evaluación. La ayuda alimentaria, cuando está, debe ser entregada según determinados criterios, asegurar la confidencialidad y procedimientos que eviten estigmatizar a las personas.

Arraigadas en el marco comunitario pueden establecerse diagnósticos de los accesos, convenios con actores locales y acciones formativas asociadas a determinaciones de recursos reales. Huertos o intercambios tienen que tener en cuenta agua, espacio, mantenimiento y distribución del trabajo. No constituyen una respuesta suficiente a toda necesidad de respuesta a la inseguridad alimentaria ni sustituyen las políticas del acceso a alimentos y los alimentos a consumir. Su utilidad depende de los fines concretos y de su utilización continua. La evaluación tiene que estudiar el acceso cotidiano y relevante a los alimentos más que contar la cantidad de actividades, pero también tiene que considerar si se debería asumir que las tareas adicionales recaen desproporcionadamente en las trabajadoras, quienes tradicionalmente están realizando las tareas de cuidado.

La seguridad alimentaria está compuesta por la disponibilidad,

el acceso y las posibilidades de utilizar de manera sostenida unos alimentos adecuados, el problema de la seguridad alimentaria no se puede reducir a preferencias individuales. Esta precisión orienta el problema de la seguridad alimentaria y de la nutrición: primero, delimitar el problema, y luego decidir qué información es relevante.

Una definición válida tiene que permitir localizar determinadas situaciones, comparar explicaciones y anticipar qué respuesta sería racional. En el campo de la Enfermería, la definición tiene sentido, cuando ayuda a comprender una trayectoria de cuidar y a justificar una decisión. Su utilización tampoco tiene que convertirse en una etiqueta que sustituyera la escucha o cerrara prematuramente una valoración. La interpretación de la situación mantiene así una relación manifiesta entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Gundersen & Ziliak, 2015).

Los ingresos variables, los precios, el espacio para almacenar productos, el combustible y el tiempo a invertir para preparar la comida y servirla pueden regular de forma negativa la alimentación y limitar la utilidad de las recomendaciones genéricas. E; restaura la relación ha de pretender reconstruir la relación considerando que los acontecimientos ocurren en función de un curso temporal.

No será suficiente descubrir que ocurren dos cosas a la vez, sino que se ha de pensar en cómo se dan la mano y qué otros aspectos podrían estar en relación. A partir de la planificación de intervenciones de sentido, es de interés establecer el momento en que una respuesta pueda modificar el camino seguido. El análisis debe reconocer restricciones y recursos de protección y evitar un análisis determinista. Esta distinción permite plantear acciones ajustadas a las circunstancias y no atribuir todo a una sola condición social (Hanson & Connor, 2014).

La conversación puede seguir la preocupación por los alimentos, el cambio de cantidad o de calidad o los recursos para la preparación de las comidas, sin criticar las decisiones que puedan tomarse en casa. Estas preguntas se van introduciendo gradualmente y solo se explica su

tipo y finalidad, a la vez que se respeta la decisión de no responder. La conversación tiene que proporcionar información suficiente como para acordar una acción, no como para ir realizando una exploración indefinida de la vida privada.

También, conviene poner en contraposición lo que se supone que se ha entendido con la persona e ir tomando nota de las incertidumbres cuando sea el caso. El registro que se ha de utilizar tiene que describir circunstancias y apoyos de las circunstancias, evitando juicios de intención o de carácter. Cuando surge una prioridad diferente entre el profesional y el usuario la negociación del plan forma parte del cuidar y no establece una necesidad administrativa que obstaculice la acción.

Como situación hipotética de aprendizaje podría analizarse la siguiente situación: Una familia saca alimentos algunos días, pero ha de ir reduciendo variedad hacia el final del periodo de ingresos y no cuenta con una refrigeración suficiente. La discusión deberá partir de la separación entre hechos sabido, interpretación y lo que falta. Después corresponde identificar qué decisión necesita tomarse ahora y cuáles son estas que requieren una revisión más allá.

El caso en cuestión no brinda conclusiones de una investigación ni es una recomendación a aplicar de forma mecánica en la totalidad de las familias, sino que es útil para mostrar cómo una circunstancia del día a día da la vuelta al sentido de una recomendación. En la resolución de este caso es conveniente explicar, al tiempo de elegir una alternativa, por qué se opta por ella, así como decir qué información podría obligar a revisarla.

La respuesta requiere valorar las necesidades nutricionales pertinentes, además de poder conectar apoyos posibles y adaptar orientaciones a la disponibilidad y las condiciones reales de la preparación del alimento. La orientación se tendrá que convertir ya en un plan cuya tarea se tenga que precisar cuál va a ser efectivamente desempeñada en la práctica dándole un grado de precisión tal como quién va a realizar la

tarea, qué apoyos va a necesitar, cuándo se revisará el acuerdo. Se debe distinguir entre la acción que es propia del equipo y la gestión cuya afirmación depende de otra institución.

Las expectativas se tienen que consensuar a recursos confirmados, a la vez que se tienen que consensuar las preferencias de las personas que participan. Si la opción que se haya planteado al inicio del argumento no fuese practicable, el poder establecer el seguimiento deja a la persona poder explorar otra, sin que se le haya destrozado automáticamente a la persona que ella misma había elaborado su respuesta. La información que se va generando debe evidenciar la argumentación y todos los compromisos a los que se ha llegado, no solo una lista de actividades (Gundersen & Ziliak, 2015).

Suponer que el exceso de peso, por ejemplo, deja fuera la inseguridad alimentaria puede hacer que no se puedan visibilizar privaciones, y comportar prácticas de consejería estigmatizantes. Este límite no solo repercute en tener que anticipar las consecuencias derivadas de la condición que se observa, sino que puede propiciar que solo se observe la finalidad primaria de la intervención. La revisión ética debe pretender la comprensión de privacidad, autonomía, distribución de cargas y posibilidad de corregir decisiones adoptadas.

En particular conviene preguntarse si la enunciación planteada aumenta el esfuerzo de las personas que ya tienen grandes restricciones, este planteamiento hace visible la tensión entre la finalidad y el restringido de quienes tienen que hacer el esfuerzo en esta intervención. El hecho de identificar un riesgo no significa dejar de actuar sino significar comparativas y escoger la respuesta proporcional a aquel objetivo de intervención fijado preceptivamente.

Es conveniente discutir la estabilidad del acceso, la pertinencia del apoyo mostrado en los registros, más que los indicios nutricionales que puedan aparecer, no solo para indicar el listado de actividades en los que son críticos los cambios, sino para conducir la acción. La pro-

puesta de los indicios debe hacerse siempre en función de una pregunta de mejora, manteniéndose además suficientemente sencilla como para un uso habitual en el desarrollo del trabajo.

Cada medida del indicio debe ir acompañada de una definición, de un periodo y una fuente que se pueda identificar; si corresponde, de un numerador y un denominador. La lectura de los cambios debe hacerse junto a las características del contexto, las pérdidas de seguimiento y la vivencia de las personas. Un dato nunca explica por qué ha ocurrido un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué es mejor mantener, cuáles son sus propias adaptaciones o si debe profundizarse en el plan de intervención (Gundersen & Ziliak, 2015).

5.6. Vivienda, saneamiento y condiciones ambientales

El hogar incide, pues, por la seguridad del lugar, la ventilación, la humedad, la temperatura y la posibilidad de una higiene correcta; para Krieger y Higgins, las distintas condiciones del hogar se relacionan con múltiples problemas de salud en tanto que consideran necesario poner en práctica acciones públicas sobre la vivienda saludable.

Para la Enfermería, la valoración del hogar puede identificar aquellas posibles barreras que pueden alterar o dañar el cuidado, aunque hay que procurar aplicar esta mirada sin juicios morales respecto a la pobreza. Describir una condición observable puede contribuir a concretar la respuesta observada: escalones sin apoyo, dificultad para acceder al baño o falta de un momento o lugar seguro para conservar los materiales. Del mismo modo, el registro ha de ir asociado a alguna necesidad concreta (Krieger & Higgins, 2002).

En su análisis, Shaw recoge las vías directas e indirectas en las que la vivienda y el vecindario afectan a la salud. La intervención ha de tener en cuenta que la recomendación de reducción de humedad puede quedar más allá de las posibilidades económicas del hogar, por lo que

una recomendación de eliminación de una humedad sin haber investigado las filtraciones del lugar o la responsabilidad del propietario puede convertir la respuesta en una recomendación que emerja como carga o dificultad.

El grupo debe diferenciar acciones domésticas que sean factibles y diferencias que conlleven a la necesidad de apoyo técnico y para aquellas cuestiones que conlleven la gestión institucional. Esta diferenciación contribuye a no hacer de la educación sanitaria el sustituto de obligaciones de infraestructura de regulación y de disposición de la vivienda (Shaw, 2004).

El estudio de Eisenberg et al. en Ecuador establece un vínculo entre cambios ambientales y conectividad de la red vial con la transmisión de patógenos diarreicos, en el que la evidencia de que el desarrollo territorial puede modificar exposiciones posiblemente parecidas. No permite asignar directamente un posible brote localizado a una carretera, pero sí que permite aportar una perspectiva sobre movilidad, medio ambiente y salud, por cuanto la Enfermería comunitaria puede colaborar en vigilancia, educación y comunicación del riesgo en combinación con hechos observados por los equipos de salud ambiental. Las acciones referidas a agua y saneamiento deben ejecutarse a partir de indicaciones técnicas locales y acompañadas de coordinaciones con responsables de la dotación y del mantenimiento (Eisenberg et al., 2006).

La planificación ambiental contempla también residuos, vectores, humo, calor y riesgos de lesión. El proceso de selección de la acción tiene que responder a los problemas científicos y/o las competencias que tiene en disponibilidad. Por ejemplo, las campañas sanitarias comunitarias exigen la prescripción de una protección para los participantes y la formulación de una solución para el residuo generado; en ocasiones, la limpieza puntual y/o los programas de limpieza como única salida pueden eventualmente desplazar el problema.

Para legitimar el trabajo estético, el sistema de seguimiento no

interviene solamente para el saber el mantenimiento y los factores relacionados con el acceso a un área; solo en caso de que se dispongan de registros es necesario verificar que no es un proceso único de ejecución. El equipo de coordinación pilla el momento de la exposición como un proceso; por el contrario, el equipo ha de tener claro que, cuando la exposición es extrema, hay que activar el sistema; la comunicación de los riesgos ha de ser técnica, no sensacionalista o improcedente y no ha de mostrar ningún proceso que no tenga evaluación técnica.

La vivienda, el saneamiento y el medio ambiente han de ser analizados como condiciones de cuidado y de exposición, considerando aspectos como la seguridad, la ventilación, las fuentes de agua, las posibilidades de movilidad en la vida cotidiana ¿qué capacidades incluyen? Esta precisión es la que permite organizar el análisis de la vivienda, el saneamiento y el análisis principal de las condiciones ambientales: se delimita primero el problema y después se decide qué información es útil. Una formulación de la cual se podría evaluar es útil si permite reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones y prever qué respuesta sería adecuada.

En el campo de la Enfermería, el término resulta significativo en la medida en que permite entender un camino de cuidado y en la medida en que permite argumentar decisiones. Este término no debe ser usado para rotular un procedimiento, no debe suponer la anulación de una escucha activa y no debe condicionar el cierre prematuro de la valoración. Gracias a ello, la interpretación de la situación mantiene una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad del profesional (Krieger & Higgins, 2002).

La recomendación doméstica puede resultar inviable si está sujeta a reparaciones, servicios o decisiones sobre los cuales la familia tiene escaso control, de ahí que la reconstrucción de esta relación requiera atender al orden temporal de los acontecimientos. No es suficiente situar dos situaciones al mismo tiempo, sino que hay que intentar

entender cómo conectar ambas circunstancias y qué otras explicaciones pueden entrar en juego.

Desde la planificación de intervenciones que resulten pertinentes, existe interés por marcar el lugar donde una opción puede de algún modo modificar el recorrido de los acontecimientos. El análisis tiene que poner de manifiesto no solo restricciones, sino también recursos protectores e incluso principios de una lectura no determinista.

La mencionada diferenciación permite articular determinadas acciones evitando atribuir todos los resultados a la única causa social (Shaw, 2004) Cabe preguntarse qué dice la condición social del hogar, quién puede cambiar la condicionante de ella o las limitaciones de tipo económico, contractual o de infraestructura que se han encontrado. Las respuestas a las preguntas se van introduciendo de forma gradual, argumentando sus intenciones y respetando la decisión de no abrirle al tema o no contestar a sus preguntas.

La conversación ha de producir la información suficiente como para acordar una acción y no una búsqueda ilimitada de la vida privada. También cabe interrelacionar lo que se ha entendido con la persona y dejar constancia de las incertidumbres que existen. El lenguaje del registro habrá de remunerar la descriptiva de las circunstancias y del apoyo y evitar juicios de valor sobre la motivación o el carácter. Si se dan prioridades diferentes entre la persona que asiste y la persona que recibe la asistencia, la negociación del plan acorde al cuidado será un asunto del cuidado y no un obstáculo administrativo.

El siguiente caso paradigmático de aprendizaje puede ser el siguiente: Una casa presenta humedad continua, pero la familia ocupa un alquiler que les impide hacer reparaciones en la construcción para solucionar el problema o no pueden trasladarse de inmediato. La discusión debe diferenciar la cantidad de hechos sabidos, las interpretaciones y la cantidad de datos que faltan. Después será necesario identificar qué decisión ha de tomarse en estos momentos y cuáles de ellas precisan

revisarse.

El caso no pretende ser el resultado de una investigación ni establecer una pauta automáticamente generalizable para todas las familias. Su función reside en demostrar cómo una situación cotidiana transforma el sentido de una recomendación. Al intentar resolverlo, es conveniente explicar por qué se escoge una alternativa y qué datos quedaría pendiente de su consideración.

El equipo tiene la capacidad de retratar la situación, orientar las posibilidades de actuación y atender a la necesidad al ámbito al que corresponde, sin cargar la culpa sobre las personas que residen en ese lugar. Para transformar la orientación en un plan, hay que concretar quién hará qué, qué apoyo se necesita y cuándo se llevará a cabo el seguimiento del acuerdo. Hay que distinguir o hacer explícita la acción propia del equipo, de la gestión que depende de un recurso ajeno.

Las expectativas que se generan han de ajustarse a los recursos de los que se dispone en el momento y a las preferencias de las personas participantes. Si bien la primera opción puede no ser válida, el seguimiento puede resultar en otra opción sin que, con ello, la parte que no puede hacer frente a su compromiso tenga que salir automáticamente señalada. La documentación se ha de centrar en poder mostrar el argumento de la actuación y el compromiso asumido, no simplemente en listar cada una de las actividades (Shaw, 2004).

Resumir los problemas ambientales a limpieza personal puede enmascarar problemas relacionados con la infraestructura y hacerles asumir gastos a familias con menos recursos. Este límite exigirá un análisis de los efectos que pueden no ser observables, si solo se tiene en cuenta el objetivo principal de la intervención.

La revisión ética ha de tener en consideración la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de corregir las decisiones que se toman. En este sentido, conviene preguntarse si la

propuesta aumenta las dificultades para las personas que ya tienen más restricciones. El hecho de identificar un riesgo no quiere decir que se tenga que parar toda acción, sino que hay que evaluar alternativas y escoger una respuesta que sea aceptable para el problema que se desea resolver.

La evaluación tiene que ser capaz de distinguir entre los cambios materiales, las prácticas posibles y la evolución del problema, evitando que pueda cerrarse el análisis de la variación exclusivamente en relación a las observaciones que se hacen. La selección de los indicadores que se utilizan ha de responder a la pregunta que debería llenar el vacío de mejora, y ha de ser lo suficientemente sencilla para utilizarse en el trabajo ordinario. Toda medida necesita una definición, un periodo y una fuente que le sea reconocible, y cuando corresponda también precisa de un numerador y un denominador.

La interpretación de los cambios ha de ir unida con el contexto y tiene que ir ligada con las pérdidas del seguimiento y la experiencia de las personas. Una sola cifra no explica el por qué se dio un resultado. La devolución comprensible de los resultados permite visitar la planificación cuando hay que decidir qué conviene mantener, adaptar o explorar en mayor profundidad (Krieger & Higgins, 2002).

5.7. Salud maternoinfantil

La atención maternoinfantil requiere un debido seguimiento y continuidad de la comunidad a los servicios y viceversa. En cuanto a la intervención que llevan a cabo los agentes comunitarios, Gilmore y McAuliffe encuentran evidencia para las intervenciones preventivas específicas, pero, tal como se puede ver, esta media depende del componente y el contexto. La Enfermería podría ayudar a identificar necesidades, en educación, en evaluación y en coordinación, manteniendo el acceso a la atención profesional cuando corresponde. Las actividades de la comunidad tienen que complementar el sistema y no hacer recaer en la familia la responsabilidad de resolver las complica-

ciones. La planificación de la reunión incluye transporte, cómo comunicarse, y el conocimiento de la ruta de atención además de la información sobre los cuidados (Gilmore & McAuliffe, 2013).

La revisión de Lassi y Bhutta identifica en las estrategias comunitarias efectos favorables para el paquete de cuidados maternos a determinados resultados maternos y neonatales, también para los desenlaces maternos, pero no para todos ellos. Este hecho tiene que ser reflejado cuando se habla de los beneficios. Un paquete es la combinación de las distintas acciones más la adecuación a las condiciones de implementación; no puede atribuirse su efecto a una charla única y aislada. La adaptación de lo que es local requiere de la revisión de competencias, de supervisión y del seguimiento correspondiente con los establecimientos. La atención durante el embarazo, el parto y el posparto necesita procedimientos de actualidad, buena evaluación y capacidad de remitir situaciones que superan el contexto comunitario (Lassi & Bhutta, 2015).

La valoración social recorre apoyo, alimentación, condiciones de vivienda, seguridad y posibilidades de control. En mayor grado la buena práctica es que puedan permitir una comunicación que proteja la privacidad y asegure el protagonismo de la niña de acuerdo con el marco de referencia aplicable. La presencia de pareja o familiar no garantiza la posibilidad de ofrecer apoyo ni permite compartir toda la información.

Es necesario crear espacios de conversación seguros. Las decisiones sobre la compañía, la alimentación del niño o de la niña, la atención se aborda y gestionan sin culpabilizar, cuando se tiene en cuenta la situación o a los deseos. Cuando hay puntos de violencia o coerción se accede a las rutas institucionales de protección y atención.

El seguimiento pediátrico sigue el crecimiento, el desarrollo, la vacunación y las condiciones del cuidado en relación con los programas legales de atención. Las dificultades para asistir a la visita se exploran antes que llegar a la conclusión del desinterés. La Enfermería puede coordinar horarios, recuperar la información y facilitar el enlazado con los servicios, evitando la duplicación de los controles.

También tiene en cuenta el bienestar de las personas cuidadoras, porque el cansancio, la enfermedad o la falta de apoyo o de tiempo son determinantes en las posibilidades de sostener rutinas. El plan selectivo establece prioridades y expresa de forma completa cuáles serían las situaciones que tienen que requerir atención y cómo acceder a esta ayuda en la red de asistencia.

Los cuidados materno infantiles son el producto de una continuidad entre comunidad y servicios a los efectos de poner en valor las necesidades de la gestante, del niño y de aquellas personas que llevan a cabo el cuidado. Esta precisión ordena el análisis de la salud maternoinfantil delimitando en primer término el problema y posteriormente decidiendo qué información debe ser introducida. Un buen encuadre permite que se reconozcan situaciones concretas, que puedan contrastarse explicaciones en contraposición y qué respuesta sería coherente previamente.

En los cuidados materno infantiles, el concepto tiene importancia si permite la relevancia en el conocimiento del recorrido de unos cuidados y suficientemente fundamentado para justificar la toma de decisiones. Su uso no debe ser considerado una etiqueta en sustitución de la escucha ni en la interrupción de la evaluación. La etimología en tal caso mantiene de esta forma una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Gilmore & McAuliffe, 2013).

El transporte, el soporte, la alimentación, la desregulación privada, el contexto familiar permite facilitar y/o agravar, cada uno en el momento pertinente, cada uno en la etapa de la vida para que finalmente no se convierta en la práctica asistencial, en la práctica de los controles. Reconstruir la relación necesita volver al orden temporal de los acontecimientos. Los acontecimientos no bastan que se den de manera simultánea, es necesario la interpretación de la forma como se encontraban conectados, a la vez que qué otras explicaciones pueden haberme ser incorporadas.

En la planificación de las intervenciones eso puede llegar a interesar hasta el lugar donde una respuesta puede convertir un recorrido. La descripción tiene que ser capaz de dar cuenta de las restricciones y de

los recursos protectores, y evitar así pues es una lectura determinista. Tal distinción permite afirmar acciones proporcionadas. Y no atribuir todos los resultados a una única condición social.

Hay que explorar apoyos, dificultades para asistir a los controles, las condiciones de cuidado (la necesidad de respetar los espacios de conversación privada). Las preguntas van siendo incorporadas progresivamente, explicando para lo que se utiliza y respetando la opción de no contestar. La conversación necesita dar suficiente información para acordar una determinada acción, no para recoger de forma incesante la vida de la persona.

También conviene contrastar lo que se va entendiendo con la persona y registrar las incertidumbres cuando se da el caso. El lenguaje del registro debe describir circunstancias y apoyos, evitando juicios de valor de la motivación o del carácter. Cuando surgen prioridades distintas entre profesional y usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado y no es una traba administrativa.

Se puede considerar el siguiente caso hipotético de aprendizaje: una adolescente quiere acudir a controles, pero depende de la posibilidad de que le acompañen para no tener que pedirlo y le produce inquietud que la información sensible circule sin haberla solicitado; entonces, la discusión tiene que descomponer hechos que se conocen, interpretaciones y datos a falta de conocimiento. Luego es necesario identificar la decisión que se tiene que tomar en ese momento y las que hay que dejar para más adelante.

No se trata de resultados de investigación ni de una regla válida para todas las familias, sino de una oportunidad de ver cómo una situación concreta transforma el sentido de una recomendación. Al atender la misma, es importe aclarar el porqué de la alternativa escogida y qué información podría hacer necesaria la reconsideración.

La Enfermería ganó espacio y seguridad en el acceso al conocimiento y la participación, suficiente para establecer prácticas conforme a la normativa correspondiente y el modo de continuar la intervención,

pero sin ceñirse a una participación de la familia indiscriminada. En el sentido de convertir el indicio en un proyecto hay que determinar quién haría cada tarea, qué se necesitaría como apoyo y cuándo se revisaría el trato; hay que diferenciar las acciones que son de cuentas del equipo y las que dependen de otras instituciones.

Las expectativas deberán estar afinadas con recursos confirmados y con las preferencias de quienes se encuentran implicados, de tal manera que, si la primera alternativa no es posible, el seguimiento permite abordar una alternativa distinta sin comprometer a la persona de manera automática. La documentación ha de reflejar el razonamiento y los compromisos adquiridos, no solamente una lista de actividades (Gilmore & McAuliffe, 2013).

Delegar en la familia el reconocimiento y resolución de cualquier complicación puede aportar cargas no deseadas; los servicios tienen que conservar recorridos claros de atención profesional. Este límite hace que haya que anticipar consecuencias que pueden pasar desapercibidas cuando solo se considera el objetivo principal de la intervención, la ética debe revisar si la propuesta incrementa los esfuerzos de las personas que ya están sometidas a mayores restricciones y si se corre un riesgo no significa que haya que paralizar toda acción sino el hecho de que se estén comparando alternativas para tomar una respuesta proporcionada.

El seguimiento ha de valorar la continuidad, la oportunidad y las barreras bien resueltas y los resultados clínicos que sean pertinentes según etapa y protocolo. van a ser una selección de indicadores que den respuesta a una pregunta de mejora y que han de poder mantener la suficiente simplicidad como para poder usarse en el trabajo habitual. Cada medida debe tener una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando es necesario también requiere el numerador y el denominador.

Los cambios tienen que ser interpretados junto con el contexto de las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué ocurre un resultado. La devolución que se haya podido interpretar debidamente permite volver a revisar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o investigar en mayor profun-

didad (Gilmore & McAuliffe, 2013).

5.8. Salud mental y apoyo psicosocial

El apoyo psicosocial da cuenta del sufrimiento, las relaciones y las condiciones materiales sin que toda experiencia adversa acabe en un trastorno. Hoeft et al. repasan estrategias de distribución de tareas en salud mental en entornos rurales de países de altos ingresos y destacan la formación, la supervisión y las alianzas, pero también hay que considerar el alcance geográfico de esa evidencia científica. Para el desarrollo de la Enfermería comunitaria la implicación es la organización de apoyos y de rutas de consulta, pero no asumir que poder utilizar a preparación sustituye a la atención especializada. La capacidad de reconocer límites es parte de una intervención segura (Hoeft et al., 2018).

Padmanathan y De Silva revisan la aceptabilidad y la factibilidad de la distribución de tareas en países de ingresos bajos y medios. Señalan las necesidades de recursos, la competencia percibida, la aceptación profesional y la protección del personal. Son condiciones que nos muestran cómo la ampliación de funciones sin apoyo puede trasladar la presión a equipos ya sobrecargados. La intervención deberá concretar definición de tareas, criterios de derivación, supervisión y oportunidades de revisión. El acompañamiento puede dar continuidad también y acceso, pero exige una red que pueda atender situaciones complejas, y sea capaz de dar respuesta cuando aumentan el riesgo (Padmanathan & De Silva, 2013).

La escucha inicial está dirigida a comprender las preocupaciones, el funcionamiento y el apoyo; no la de obligar a narrar las experiencias traumáticas ni ofrecer explicaciones precipitadas. La enfermera puede dar validez al malestar, buscar necesidades inmediatas y acordar los pasos a dar. La evaluación clínica también es la que indica si hay señales que indiquen la urgencia. Hay que seguir el protocolo de emergencia para acceder al acompañamiento de forma segura ante riesgo de autolesionarse, de violencia o alteraciones.

Las actividades grupales y las redes de apoyo suplementan el acompañamiento, nunca lo sustituyen cuando hay síntomas persistentes o una clara pérdida del funcionamiento.

La dimensión social de la planificación puede incluir la recuperación de rutinas diarias, la asistencia para hacer trámites, la disminución del aislamiento o la coordinación con los servicios de protección social. Los pasos han de ser pequeños; son pasos a acordar con la persona. Revisar qué apoyos son tolerables y no tener relación con familiares sin considerar si es seguro y esto cuenta con el consentimiento. Es muy importante la confidencialidad en comunidades donde las relaciones son estrechas. El equipo también necesita espacios de apoyo para poder procesar situaciones difíciles, para frenar el desgaste y para sostener una práctica respetuosa evitando las promesas de disponibilidad ilimitada.

El cuidado psicosocial es la misma cosa que el sufrimiento, relaciones y condiciones de vida, pero no puede ser un sustituto de una evaluación clínica cuando existen síntomas o riesgos que la requieran. Esta precisión concreta lo que es el análisis de la salud mental y el cuidado social, primero se considera la delimitación del problema y después se decide qué información es relevante. La formulación de un esquema de ayuda debe permitir primero la capacidad de reconocer situaciones concretas, también poder poner a comparación las distintas explicaciones y además poder anticipar qué tipo de respuesta sería la que se exige.

Para el concepto del cuidado en Enfermería el valor no sólo se le da cuando ayuda a entender una trayectoria del cuidado, sino que también permite dar explicaciones para justificar decisiones. Su uso no debería ser permitido para convertir la etiqueta en el objetivo y cerrar la escucha o la valoración demasiado rápido. La interpretación mantiene así una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional. (Hoeft et al., 2018)

La inseguridad económica, el aislamiento y la sobrecarga pueden afectar al bienestar, pero los efectos deben ser explorados sin dar pie a convertir todas las dificultades sociales en un trastorno. Recons-

truir esa relación pasa por poder tener en cuenta el orden cronológico de los acontecimientos. No basta con encontrar dos circunstancias al mismo tiempo; es necesario explorar cómo se conectan las circunstancias y que otros tipos de explicaciones pueden intervenir. Desde la planificación de las intervenciones pertinentes, interesa encontrar el punto en el que una respuesta puede modificar el recorrido. El análisis debe dar cuenta tanto de las restricciones como de los recursos protector, evitando así una lectura determinista. Esa diferencia permitiría proponer acciones proporcionadas sin hacer responsable a una sola de las condiciones sociales de los resultados. (Padmanathan & De Silva, 2013)

La conversación puede plantear las expectativas o el funcionamiento del día a día, los apoyos, la seguridad o las necesidades prioritarias de la persona, sin presionar para que se reproduzcan los relatos de las experiencias traumáticas vividas. Estas preguntas se van integrando poco a poco, explicando su intención y respetando la decisión de no responder. La conversación debe proporcionar suficiente información para acordar un plan de acciones, no para explorar indefinidamente la vida privada.

También conviene contrastar lo entendido con la persona y anotar las incertidumbres si las hay. El lenguaje del registro debe describir circunstancias y apoyos y no dar juicios sobre la motivación ni sobre el carácter. Si aparecen prioridades distintas entre usuario y profesional, en la negociación del plan del caso se debe entenderlo como parte del cuidado y no como un obstáculo administrativo.

Como una situación de aprendizaje hipotético se puede trabajar el siguiente ejemplo: Una cuidadora se siente abatida y aislada luego de asumir nuevas tareas y requiere apoyo práctico además de un espacio digno de acogida. La conversación debe diferenciar los hechos que se saben, las distintas interpretaciones y los datos que faltan. Después corresponderá identificar qué decisión es la que es necesario tomar ahora y cuáles son las que precisan una revisión posterior. El caso no se presenta como una investigación o un protocolo a aplicar a todas las familias. Su función consiste en ilustrar cómo una situación de la vida cotidiana hace cambiar el sentido de la recomendación. Al resolverlo, es conveniente apostar por qué esta y no aquella y qué información podría

hacer necesario volver sobre ella.

El equipo puede acordar apoyos, revisar la carga y facilitar la evaluación o la derivación que corresponda, pautando un seguimiento según las necesidades y los procedimientos del servicio. Para pasar de esta indicación a un plan ha de precisarse quién llevará a cabo cada tarea, qué apoyo necesita y cuándo se revisará el acuerdo. Es importante distinguir entre una acción asumir por el equipo, de una gestión, que depende de otra instancia.

Las expectativas deben corresponder a aquellos recursos que están confirmados y a las preferencias de quienes se encuentran involucrados. En las circunstancias en que no se pueda recurrir a la primera opción practicada, el seguimiento permite comprobar el camino de otra intervención (sin atribuir automáticamente a la persona la responsabilidad) y el documento ha de guardar indicios de la reflexión realizada y de los compromisos operativos en el sentido apuntado, más allá del mero listado de acciones. (Hoeft et al. 2018)

Aquí, prometer atención especializada que no existe, o asignar las tareas correspondientes a la terapia a un profesional sin formación específica puede incrementar el riesgo y hacer caer la confianza. El límite da lugar a anticipar consecuencias de sucesos que pueden permanecer ocultos cuando se observa el objetivo conductual e instrumental que subyace a la intervención. La evaluación ética habrá de tener en cuenta la privacidad, la autonomía, la distribución de esfuerzos, la corrección de decisiones. En particular, es interesante poderse hacer la pregunta de si la opción hace aumentar los esfuerzos para aquellos/as que ya son los/as más restringidos/as. Reconocer que hay un riesgo no implica que haya que paralizar la acción, ya que se puede comparar otras alternativas y elegir el medio de responder apropiado.

La evaluación puede recibir en consideración los resultados de funcionamiento, la conexión con los apoyos, el acceso a la atención necesaria; respetando la privacidad y los deseos sobre el contacto. Una selección de los indicadores debe responder a la pregunta de la mejora y debe mantener una forma suficientemente sencilla como para ser uti-

lizada en el trabajo habitual. Cada medida necesita una definición, un periodo y una fuente destacable; cuando se está en juego, debe ilusionar un numerador y un denominador también. Los cambios de las medidas han de interpretarse en relación con la información concreta, con su propio proceso de pérdidas de seguimiento y con la experiencia de la gente. Una cifra sola no informa del porqué de un resultado. La devolución comprensible de la información sirve para revisar el plan y decidir qué, en la unidad de trabajo, merece la pena permanecer, qué modificar y en qué se ha de investigar más concretamente. (Hoeft et al. 2018)

5.9. Acceso a los servicios de salud

Levesque et al. definen el acceso como un proceso que abarca desde la propia identificación de una necesidad, hasta la obtención de una atención adecuada. A partir de tal definición, establecen un marco que relaciona características de los servicios con las capacidades de las personas para dejarse ver, buscar, llegar, pagar y participar en la interacción con el establecimiento de salud. Desde esta perspectiva no se reduce el acceso a la mera presencia de un establecimiento. Enfermería puede realizar un análisis del recorrido y determinar o identificar el punto en el que se produce una ruptura. Una persona puede llegar hasta la consulta y jamás alcanzar el estudio indicado o puede recibir atención y no haber entendido el plan de tratamiento correspondiente. Cada una de estas dificultades indica la que hay que adoptar (Levesque et al., 2013).

Syed et al. en su revisión de las barreras relacionadas con el transporte en Estados Unidos de América, establecen evidencias con la falta de asistencia, con la falta de puntualidad o con dificultades de recibir tratamiento. La importancia de las frecuencias no puede extrapolarse, pero las categorías pueden contribuir a indagar en situaciones cercanas. El coste que el análisis recaba incluye el dinero, el tiempo, la necesidad de acompañante y la posible pérdida de ingresos.

Un traslado gratuito puede seguir siendo ineficaz si exige esperar todo un día, o si no es pertinente para una persona con movilidad re-

ducida. La planificación debe realizarse considerando un recorrido de puerta a puerta y confirmar que el apoyo recomendado se corresponde con la barrera que se ha definido (Syed et al., 2013). La navegación puede incluir la explicación del trayecto, la corroboración de los requisitos, la cita y el seguimiento. La intensidad se adaptará al usuario y a su preferencia.

Es conveniente utilizar información actualizada acerca de la ubicación, horarios y disponibilidad, puesto que un directorio obsoleto puede generar viajes inútiles y deteriorar la confianza en el servicio. La derivación tiene que hacerse con datos relevantes, a través de un canal autorizado de comunicación. La persona tiene que saber lo que se comunica y con quién. Si la organización que recibe la usabilidad rechaza/pospone la atención, el equipo anota la opción y busca la alternativa en la red. El acceso efectivo es aquel en el que hay un buen trato y hay una pertinencia. Una experiencia de discriminación puede hacer desistir en una futura consulta, aunque evidentemente pueda llegar a no existir barrera geográfica.

Los establecimientos requieren de posibilitadores para recoger información de retroalimentación e implementar adecuaciones de posibles prácticas. Enfermería puede observar patrones de dificultad y ser parte de un proceso de rediseño que puede tratar sobre señalización, agenda y comunicar resultados. El seguimiento no ha de descansar sólo en teléfonos inteligentes. Preservar alternativas presenciales o comunitarias permite incluir a quienes carecen de conectividad, de alfabetización digital o de las condiciones de privacidad que permiten utilizar servicios a distancia.

El acceso es un camino que incluye reconocer la necesidad, buscar atención, llegar, participar y resultar beneficiario; cada fase puede contener diferentes barreras de acceso. Esta delimitación sistematiza el análisis del acceso de los servicios de salud, en primer lugar, se delimita el problema y a continuación se establece qué información puede ser relevante e interesante. Una formulación útil debe permitir, reconociendo las situaciones concretas, poder comparar explicaciones, poder anticipar qué respuesta podría ser coherente. En Enfermería, el concepto

adquiere valor cuando permite seguir una trayectoria de cuidado y justificar decisiones.

El uso de la misma no debe ser un rótulo que reemplace la escucha ni mediante una etiqueta se concluya previamente la consideración. La interpretación mantiene así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Levesque et al., 2013). La disponibilidad formal no asegura un uso adecuado si hay costos, discriminación, confusión o condiciones que impidan la culminación del proceso; si bien recuperar esta relación precisa sostener el orden temporal de los acontecimientos; no con encontrar al mismo tiempo dos situaciones, sino con cómo se encuentran una con otra y qué o qué otras explicaciones pueden interceder. Desde la planificación de las acciones pertinentes, interesa también determinar el lugar donde una influencia puede variar la trayectoria.

El análisis implica considerar las restricciones, pero también los recursos que protegen y evitar caer en la lectura determinista del contexto social. La distinción que planteamos debe permitir establecer acciones adecuadas, pero que no responsabilizan todos los resultados a una restricción social (Syed et al., 2013). Es conveniente intentar reconstruir el último intento de atención para localizar el punto donde quedaba suspendido, y no interrogar únicamente si hay un servicio próximo. Estas preguntas se van introduciendo de forma pausada, y se explica su objetivo, es decir, que se respeta la decisión de no querer contestar.

La conversación ha de aportar información suficiente para convenir una acción, no una búsqueda impunemente ilimitada de la vida privada. También es recomendable ir contrastando lo que se ha comprendido con la persona y llevar las dudas que el profesional tenga de cuando en cuando. El lenguaje de los registros tiene que dar cuenta de las circunstancias y de los apoyos, y no de juicios sobre la motivación o el carácter. Cuando surgen prioridades contrarias entre el profesional y el usuario/a, la negociación del plan está incluida en el cuidado y no debe considerarse un obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje puede comentarse el

siguiente caso: una persona logra la cita, llega, pero sin el documento, el cual no se le ha explicado nunca, y pierde por ello el traslado y una jornada laboral. En el momento de analizarlo, la discusión ha de discriminar entre aquellos hechos que se conocen y aquellas interpretaciones y datos no revisados; y luego corresponde identificar qué decisión debe ser tomada ahora mismo y cuáles dejar para otro momento. El caso no es más que el resultado de una investigación, ni cuenta de cómo considerar una familia en particular como si fuera una pauta aplicable a todas las familias. Su interés es que muestra cómo una situación habitual permite modificar el sentido de una recomendación: al resolverlo, sería bueno justificar qué alternativa se elige y qué información puede hacerla necesaria una revisión.

El equipo puede revisar las instrucciones y la confirmación de previsiones y redirigir el recorrido, documentando la falla para poder corregir el proceso institucional. Para convertir esta orientación en el plan, hay que especificar quién debe realizar cada tarea, con qué apoyo y cuándo se revisará el acuerdo.

Es crucial hacer la distinción entre una acción que forma parte del equipo y una gestión que depende de una institución. Las expectativas se ajustarán a los recursos confirmados y a lo que los participantes prefieren. Si se considera que la primera alternativa no es posible, se recurre al seguimiento para abrir la puerta a otra opción sin que ello implique una responsabilidad directa sobre esa pericia. La documentación debe hacer ver el razonamiento y los compromisos que se asumen, no sólo una recopilación de actividades (Levesque et al., 2013).

La interpretación de la ausencia como falta de interés sin la exploración del recorrido puede llegar a penalizar a quienes más dificultades encuentran y ocultar problemas relativos al servicio. Este límite lleva a anticipar las consecuencias que pueden quedar fuera del radar precisamente cuando se tiene en cuenta sólo un objetivo central para la intervención. La revisión ética tiene que tener en cuenta la propia privacidad, la autonomía, la distribución de las exigencias y la posibilidad de corregir decisiones. Más concretamente, la cuestión puede ser si la propuesta tiene que hacer incrementar el esfuerzo de quienes saben de

antemano que tienen restricciones. Detectar un riesgo no significa dejar de realizar la acción, sino que hace falta poder comparar las alternativas que se tienen y finalmente realizar la opción que resulta más adecuada.

El seguimiento debe comprobar la atención recibida y el hilo posterior que ha de seguirse, no sólo la cita asignada, el mensaje enviado o la referencia emitida. La selección de los indicadores debe dar respuesta a una pregunta de mejora y tiene que ser lo suficientemente sencilla como para utilizarla durante el trabajo habitual. Cada medida necesita una definición, un periodo y una fuente reconocible, y cuando corresponde también aquélla necesita un numerador y un denominador. Los cambios deben ser interpretados junto con el contexto, las propias pérdidas del seguimiento y la realidad de las personas. Una cifra aislada no explica el porqué de un mismo resultado. Una devolución que resulta duradera permite revisar el plan de qué se puede seguir manteniendo, modificando o averiguando en profundidad (Levesque et al., 2013).

5.10. Seguimiento y evaluación de las intervenciones

El modelo RE-AIM que introducen Glasgow et al. ordena la evaluación mediante el alcance, la efectividad, la adopción, la implementación y el mantenimiento; es útil para recordar que un programa puede dar buenos resultados entre los participantes y lo puede llevar a una proporción pequeña de las personas que lo necesitan; la evaluación de la Enfermería debe identificar los denominadores, las pérdidas y las diferencias entre grupos. También interesa ver qué equipos adoptan la intervención y qué recursos requieren. Los resultados individuales y la capacidad institucional para sostener el programa son dimensiones interrelacionadas, pero no sustituibles (Glasgow et al., 1999).

La revisión según el modelo posterior resalta adaptaciones, costes y métodos cualitativos para entender el cómo y por qué se producen los resultados, lo cual conlleva una posibilidad de aplicación práctica: seleccionar dimensiones relevantes y ser capaz de medirlas con calidad y no construir un excesivo sistema de indicadores. Las modificaciones

que se han llevado a cabo durante la implementación deben registrarse, porque pueden llegar a dar cuenta de los cambios. La evaluación no constituye un instante final desligado del cuidado; es una rutina formativa que permite tanto ajustar actividades como revisar los propios supuestos y decidir si una intervención ha de mantenerse o bien ampliarse (Glasgow et al., 2019).

Desarrollo y evaluación son diferentes, aunque se circunscriben a las mismas preguntas: qué sucede durante la ejecución y qué cambios, mecanismos o dificultades introduce la intervención. Dicho ajuste organiza del seguimiento y la evaluación de las intervenciones: primero se establece el problema y segundo se decide cuál es la información relevante. Definir de modo útil implica permitir asir situaciones concretas, sopesar explicaciones, así como imaginar qué respuesta puede considerarse coherente.

En Enfermería el concepto cobra sentido cuando contribuye a comprender lo que ha de ser una trayectoria de cuidado o bien a justificar decisiones. En este contexto, su utilización no debe convertirse en una etiqueta que sustituya la escucha ni condense prematuramente la valoración. Por ello, la interpretación conserva así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Glasgow et al., 1999).

Las pérdidas entre identificación, aceptación, acceso y continuidad pueden ser la razón por la que una actividad supuestamente bien llevada a cabo no puede alcanzar los resultados esperados. Reconstruir esta relación requiere un análisis en el cual se tome en consideración el orden temporal de cómo se sucedieron los acontecimientos, ya que no solo es suficiente encontrar dos circunstancias a la vez, sino que también es necesario ver cómo se conectan o qué otras explicaciones pueden llegar a intervenir. A partir de la planificación de intervenciones adecuadas, se puede mostrar el punto donde una respuesta puede hacer cambiar el curso de los acontecimientos.

El análisis debe recoger tanto limitaciones como recursos de

protección, así como evitar un análisis determinista, pues distinguir entre ambos permite lanzar acciones adecuadas y no atribuir todos los resultados a una sola condición social (Glasgow et al., 2019).

Es conveniente hacer la definición de términos como indicadores, fuente, periodo, las decisiones de cómo actuar en función de lo que se observe. Estas preguntas se dejan caer de modo paulatino de forma que se explica su finalidad e incluso se respeta la decisión sobre si se quiere responder o no. La conversación debe de generar información suficiente para establecer un acuerdo sobre una eventual actividad a llevar a cabo, y no debe significar una indagación infinita sobre la vida privada. También conviene contrastar lo que se ha entendido con la persona y qué aspectos se quedaron en la incertidumbre, si es que los hay.

El acto de registro necesita incorporar un tipo de lenguaje que sea capaz de describir circunstancias y apoyos y evitar emitir juicios religiosos sobre su motivación o la naturaleza. Cuando existen prioridades no coincidentes entre la profesional y la persona, la negociación del plan de atención no debería ser un obstáculo administrativo. En el caso que se presenta como un caso hipotético para el aprendizaje el siguiente caso: un programa tiene un alto número de derivaciones, no sabe cuántas personas llegaron al recurso, no sabe cuántas barreras nuevas se encontraron en el camino, la discusión es recomendable que separe lo que son hechos conocidos, interpretaciones y datos ausentes. En después, corresponde el identificarse qué decisión ha de ser adoptada en este momento y una necesaria para un futuro. Este caso no representa ningún resultado de un trabajo de investigación ni puede ser utilizado como una guía para aplicarlo a todas las familias por igual.

Su operatividad consiste en representar la manera con que una situación habitual se refiere a la transformación del significado de una recomendación. En la resolución del caso conviene aclarar el porqué de la elección de una alternativa concreta y qué información podría desencadenar la necesidad de reconsiderar una opción. El equipo puede re-

signar la confirmación de acceso y, a su vez, la revisión de los casos interrumpidos para usar esa misma información para la revisión del circuito: transformar dicha indicación en un plan precisa concretar quién se va a encargar de cada parte, cuál es el apoyo necesario en lo que se refiere a la gestión fuera de la reunión y, en qué momento hay que hacer la revisión del pacto.

Ahora se hace necesario distinguir la acción del equipo de la de una gestión que es una acción en el campo de otra institución que se da ante la dificultad que imprime junto a las expectativas que se han conformado a la confirmación de los recursos y frente a las preferencias de las personas que van traspasando el circuito. La posibilidad de las expectativas es la de que si la primera alternativa no se considera posible la continuidad del circuito da la posibilidad de alternar con otra sin que dicha acción conlleve el traspaso de la responsabilidad hacia la persona. La documentación debe expresar tanto el razonamiento como los compromisos que se practican, y no solo un inventario de actividades (Glasgow et al., 1999).

Una mejora posterior a la intervención no significa causalidad porque también puede cambiar el contexto, la composición de las personas que participan o se pueden incorporar otros servicios. Este límite obliga a anticipar consecuencias que pueden quedar fuera de la observación cuando se atiende solamente el objetivo central de la intervención. La revisión ética deberá ser sensible a la privacidad, a la autonomía, a la forma en la cual se distribuirán las cargas, a la posibilidad de poder corregir decisiones. Especialmente se debe prestar atención a si la propuesta hace aumentar esfuerzos para los que ya tienen más restricciones. Identificar un riesgo no tiene que ver con renunciar a toda acción sino con hacer la comparación de las alternativas o elegir una respuesta proporcional.

La evaluación ha de ser la que se alcance la continuidad, la vivencia, la distribución de resultados, etc., dejando constancia de los efec-

tos no previstos y de los límites de la interpretación. La selección de indicadores ha de ser útil para responder a una pregunta de mejora y ser suficientemente sencilla para ser utilizada en el trabajo habitual. Cada medida debe tener una definición, un periodo y una fuente identificable; allí donde se hace necesario, también exige numerador y denominador. Los cambios hay que interpretarlos conjuntamente con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la vivencia de las personas. Una cifra no da cuenta del porqué de un resultado concreto. La devolución comprensible permite replantear el plan y decidir qué se mantiene, qué se adapta o qué se investiga de una forma más prolija (Glasgow et al., 1999).

El seguimiento contempla identificación, indicio de aceptación de la proposición de apoyo, contacto, acceso efectivo a la atención y reconocimiento de la necesidad. Las tasas precisan de denominadores. También se registran cargas imprevistas y atención previamente postergada, con un aumento que no implica de por sí ineficiencia. La evaluación compartida da a conocer resultados, vivencias y dificultades a la vez que oculta las identidades. Su finalidad es decidir continuidad o cambios en base a los recursos y al contexto antes de atribuir el incumplimiento de las metas a la motivación de la población.

Tabla 2

Secuencia operativa de una intervención sobre barreras de acceso

Etapas	Producto verificable	Responsable principal
Acordar prioridad	Necesidad y meta registradas	Persona y Enfermería
Confirmar recurso	Información actualizada	Equipo de enlace
Coordinar atención	Cita o contacto confirmado	Servicios participantes
Facilitar recorrido	Apoyo pertinente disponible	Equipo y red local
Verificar acceso	Atención recibida o barrera documentada	Enfermería
Revisar resultado	Meta alcanzada o plan ajustado	Persona y equipo

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

El estudio de los determinantes sociales requiere articular las condiciones de vida cotidiana con unas estructuras que distribuyen recursos y oportunidades para la vida misma. Para Enfermería este enfoque permitiría ampliar el cuidado y reconocer cuándo una dificultad de una persona expresa un problema común que requiere respuestas comunitarias, institucionales o públicas.

La vulnerabilidad social es dinámica, relacional y dependiente del contexto. Su valoración debe considerar exposiciones, recursos y posibilidades de respuesta, además de las desigualdades acumuladas en el curso de vida. La identificación de grupos expuestos puede ayudar a articular apoyos, siempre que no se convierta en una clasificación rígida, donde se oculte la diversidad, la autonomía y las capacidades de cada comunidad.

La Enfermería familiar y comunitaria tiene un papel importante para articular la atención clínica con la promoción, la prevención y la defensa del derecho a la salud. La contribución de la enfermería necesita para eso de competencias y de condiciones de trabajo que la hagan posible. El compromiso profesional no es el responsable de aquellos niveles del medio donde se encuentran los problemas de salud de las personas, no puede sustituir la responsabilidad que tienen los sistemas de salud o los de otros sectores, pero sí que consigue hacer visible las barreras y aumentar los procesos de mejora.

La valoración de los determinantes sociales debe ser pertinente, contar con el consentimiento de las personas y ser utilizada para decisiones posibles. La entrevista, la visita domiciliaria, el genograma, el ecomapa y el mapeo comunitario aportan dimensiones complementarias y de enriquecimiento, elementos de atención de las necesidades, las relaciones familiares, las redes de apoyo y los recursos del territorio.

La información recogida tiene significado cuando entra en el diagnóstico comunitario y en la priorización de problemas. La estratificación del riesgo debe guiar los apoyos y reconocer las capacidades disponibles, sin sustituir la escucha o dar forma de etiquetas tan automáticamente a las condiciones sociales. Las decisiones de cuidado requieren de la interpretación de los datos y de la experiencia de las personas y las características del contexto.

Las intervenciones requieren establecer objetivos que puedan alcanzarse, responsabilidad y seguimiento. La educación, el acompañamiento

y la derivación no son suficientes si las condiciones materiales no dejan lugar a la acción. Por lo que, los planes han de articular apoyos individuales, apoyos familiares, apoyos colectivos, recursos intermedios y verificar si se satisface la necesidad. La evaluación ha de tener presentes los beneficios, las dificultades y la distribución de los objetivos.

Las intervenciones, ya sean individuales, familiares o comunitarias, consideran previamente las barreras que afectan al alimento, a la vivienda, al saneamiento o al acceso a los servicios; de la misma manera, tanto la salud materna e infantil, la salud mental, así como las intervenciones también requieren adecuaciones en función de las condiciones de vida. El seguimiento permite verificar si los apoyos propuestos son posibles y si contribuyen a la resolución de las necesidades identificadas.

La alfabetización en salud exige la puesta en relación de la recomendación con los recursos existentes y las preferencias y posibilidades de actuación de las personas; entender una indicación no se traduce en poder cumplirla. En la práctica, Enfermería tiene que saber reconocer cuándo una dificultad exige una adecuación del plan o una articulación con los apoyos existentes y no asignar el alcance del resultado a los comportamientos individuales.

La equidad y la justicia social guían el análisis de las diferencias en salud y la distribución de las oportunidades de cuidado; distinguir entre desigualdades e inequidades potencia el hecho de poder identificar barreras evitables e injustas. La actuación profesional puede, en cierta medida, hacerlas visibles y contribuir a abordarlas, dado que la misma se encuentra en el contexto de encontrar condiciones de trabajo, recursos o respuestas institucionales que garanticen dicha contribución.

Los ejemplos y las herramientas de valoración e intervención son también objeto de contraste respecto de las prioridades de cada comunidad, su aplicación exige acuerdos, así como responsabilidad y la revisión de los resultados. La planificación contextualizada permite la puesta en relación de los fundamentos conceptuales con las decisiones particulares, pone de relieve los límites de la acción profesional y permite adecuar los cuidados sin perder de vista las necesidades expresadas por las personas.

El abordaje de los determinantes sociales impone, en definitiva, un abordaje que escuche, entienda y que actúe coordinadamente; la contribución de la Enfermería es mayor cuando se articulan el saber científico, la experiencia profesional y las prioridades comunitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Gálvez, J., Ortega-Martín, E., Carretero-Bravo, J., Pérez-Muñoz, C., Suárez-Lledó, V., & Ramos-Fiol, B. (2023). Social determinants of multimorbidity patterns: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1081518. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1081518>
- Andrew, M. K., Mitnitski, A. B., & Rockwood, K. (2008). Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLOS ONE*, 3(5), e2232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002232>
- Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449. <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/contenido/constitucion-de-la-republica-del-ecuador>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Registro Oficial, Quinto Suplemento 459. <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/multimedios-legislativos/63464-ley-organica-de-proteccion-de-datos>
- Backman, G., Hunt, P., Khosla, R., Jaramillo-Strouss, C., Fikre, B. M., Rumble, C., Pevalin, D., Páez, D. A., Pineda, M. A., Frisancho, A., Tarco, D., Motlagh, M., Farcasanu, D., & Vladescu, C. (2008). Health systems and the right to health: An assessment of 194 countries. *The Lancet*, 372(9655), 2047–2085. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61781-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61781-x)
- Balk, E. M., Earley, A., Raman, G., Avendano, E. A., Pittas, A. G., & Remington, P. L. (2015). Combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among persons at increased risk: A systematic review for the Community Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163(6), 437–451. <https://doi.org/10.7326/m15-0452>
- Baltussen, R., & Niessen, L. (2006). Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4, 14. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-4-14>

- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(4), 284–291. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.082743>
- Bauer, G. R., Churchill, S. M., Mahendran, M., Walwyn, C., Lizotte, D., & Villarueda, A. A. (2021). Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM – Population Health*, 14, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100798>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300750>
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., Laveist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R., & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101(Suppl. 1), S149–S155. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.300062>
- Burke, J. G., O'Campo, P., Peak, G. L., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., & Trochim, W. M. (2005). An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qualitative Health Research*, 15(10), 1392–1410. <https://doi.org/10.1177/1049732305278876>

- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Darwent, K. L., McInnes, R. J., & Swanson, V. (2016). The infant feeding genogram: A tool for exploring family infant feeding history and identifying support needs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1107-5>
- Diez Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1783–1789. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1783>
- Eisenberg, J. N., Cevallos, W., Ponce, K., Levy, K., Bates, S. J., Scott, J. C., Hubbard, A., Vieira, N., Endara, P., Espinel, M., Trueba, G., Riley, L. W., & Trostle, J. (2006). Environmental change and infectious disease: How new roads affect the transmission of diarrheal pathogens in rural Ecuador. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(51), 19460–19465. <https://doi.org/10.1073/pnas.0609431104>
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61132-6)
- Flanagan, B. E., Hallisey, E. J., Adams, E., & Lavery, A. (2018). Measuring community vulnerability to natural and anthropogenic hazards: The Centers for Disease Control and Prevention's Social Vulnerability Index. *Journal of Environmental Health*, 80(10), 34–36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32327766/>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulne-

rable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221. <https://doi.org/10.2105/ajph.2007.114777>

- Gaziano, T. A., Abrahams-Gessel, S., Denman, C. A., Montano, C. M., Khanam, M., Puaone, T., & Levitt, N. S. (2015). An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa: An observational study. *The Lancet Global Health*, 3(9), e556–e563. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(15\)00143-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(15)00143-6)
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The behavioral model for vulnerable populations: Application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research*, 34(6), 1273–1302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10654830/>
- Gilmore, B., & McAuliffe, E. (2013). Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 847. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-847>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Golden, S. D., & Earp, J. A. (2012). Social ecological approaches to individuals and their contexts: Twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Education & Behavior*, 39(3), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1090198111418634>
- Gottlieb, L. M., Hessler, D., Long, D., Laves, E., Burns, A. R., Amaya, A., Sweeney, P., Schudel, C., & Adler, N. E. (2016). Effects of social needs screening and in-person service navigation on child health: A randomized

clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 170(11), e162521.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2521>

Guilamo-Ramos, V., Johnson, C., Thimm-Kaiser, M., & Benzekri, A. (2023). Nurse-led approaches to address social determinants of health and advance health equity: A new framework and its implications. *Nursing Outlook*, 71(6), 101996.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101996>

Gundersen, C., & Ziliak, J. P. (2015). Food insecurity and health outcomes. *Health Affairs*, 34(11), 1830–1839.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0645>

Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>

Hanson, K. L., & Connor, L. M. (2014). Food insecurity and dietary quality in US adults and children: A systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(2), 684–692.
<https://doi.org/10.3945/ajcn.114.084525>

Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., Thornton, P. L., & Haire-Joshu, D. (2021). Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care*, 44(1), 258–279. <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>

Hoelt, T. J., Fortney, J. C., Patel, V., & Unützer, J. (2018). Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: A systematic review. *The Journal of Rural Health*, 34(1), 48–62. <https://doi.org/10.1111/jrh.12229>

Honea, N. J., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D. B., Somers, S. C., & Northouse, L. L. (2008). Putting evidence into practice: Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 507–516.
<https://doi.org/10.1188/08.cjon.507-516>

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Jeet, G., Thakur, J. S., Prinja, S., & Singh, M. (2017). Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PLOS ONE*, 12(7), e0180640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180640>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Kind, A. J. H., & Buckingham, W. R. (2018). Making neighborhood-disadvantage metrics accessible - the Neighborhood Atlas. *The New England Journal of Medicine*, 378(26), 2456–2458. <https://doi.org/10.1056/nejmp1802313>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kirkham, S. R., & Browne, A. J. (2006). Toward a critical theoretical interpretation of social justice discourses in nursing. *Advances in Nursing Science*, 29(4), 324–339. <https://doi.org/10.1097/00012272-200610000-00006>
- Knafl, K., Deatrick, J. A., Gallo, A., Dixon, J., Grey, M., Knafl, G., & O'Malley, J. (2011). Assessment of the psychometric properties of the Family Management Measure. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 494–505. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp034>
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H., Tijm, M. M., & de Koning, K. A. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and*

- Planning, 30(9), 1207–1227. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Krahn, G. L., Hammond, L., & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 70–82. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20098>
- Kreuter, M. W., Lukwago, S. N., Bucholtz, R. D., Clark, E. M., & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: Targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 30(2), 133–146. <https://doi.org/10.1177/1090198102251021>
- Krieger, J., & Higgins, D. L. (2002). Housing and health: Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92(5), 758–768. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.5.758>
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
- Kuehnert, P., Fawcett, J., DePriest, K., Chinn, P., Cousin, L., Ervin, N., Flanagan, J., Fry-Bowers, E., Killion, C., Maliski, S., Maughan, E. D., Meade, C., Murray, T., Schenk, B., & Waite, R. (2022). Defining the social determinants of health for nursing action to achieve health equity: A consensus paper from the American Academy of Nursing. *Nursing Outlook*, 70(1), 10–27. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.08.003>
- Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. A. (2015). Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD007754. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007754.pub3>
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in pri-

- mary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001271.pub3>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Li, Y., Cao, J., Lin, H., Li, D., Wang, Y., & He, J. (2009). Community health needs assessment with PRECEDE-PROCEED model: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 9, 181. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-181>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Spec No, 80–94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7560851/>
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). <https://www.salud.gob.ec/biblioteca/>
- Mitton, C., Smith, N., Peacock, S., Evoy, B., & Abelson, J. (2009). Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*, 91(3), 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.01.005>

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Ng, R. K., Sheff, K. L., Korfmacher, J., Hiatt, S., & Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110(3), 486–496. <https://doi.org/10.1542/peds.110.3.486>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaration of Astana. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- Organización Mundial de la Salud. (2025b). World report on social determinants of health equity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
- Ostlund, U., & Persson, C. (2014). Examining family responses to Family Systems Nursing interventions: An integrative review. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 259–286. <https://doi.org/10.1177/1074840714542962>
- Padmanathan, P., & De Silva, M. J. (2013). The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 97, 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.004>
- Paxson, C., & Schady, N. (2010). Does money matter? The effects of cash transfers on child development in rural Ecuador. *Economic Development and Cultural Change*, 59(1), 187–229. <https://doi.org/10.1086/655458>
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 17.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-17>

- Pennel, C. L., McLeroy, K. R., Burdine, J. N., Matarrita-Cascante, D., & Wang, J. (2016). Community health needs assessment: Potential for population health improvement. *Population Health Management*, 19(3), 178–186. <https://doi.org/10.1089/pop.2015.0075>
- Pereira, A. P., Teixeira, G. M., Bressan, C. d. e. A., & Martini, J. G. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 407–416. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000300012>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl.), S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Phillips, J., Richard, A., Mayer, K. M., Shilkaitis, M., Fogg, L. F., & Vondracek, H. (2020). Integrating the social determinants of health into nursing practice: Nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 497–505. <https://doi.org/10.1111/jnu.12584>
- Powell-Wiley, T. M., Baumer, Y., Baah, F. O., Baez, A. S., Farmer, N., Mahlobo, C. T., Pita, M. A., Potharaju, K. A., Tamura, K., & Wallen, G. R. (2022). Social determinants of cardiovascular disease. *Circulation Research*, 130(5), 782–799. <https://doi.org/10.1161/circresaha.121.319811>
- Puskar, K., & Nerone, M. (1996). Genogram: A useful tool for nurse practitioners. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(1), 55–60. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1996.tb00192.x>
- Reid, C. E., O'Neill, M. S., Gronlund, C. J., Brines, S. J., Brown, D. G., Diez-Roux, A. V., & Schwartz, J. (2009). Mapping community determinants of heat vulnerability. *Environmental Health Perspectives*, 117(11), 1730–1736. <https://doi.org/10.1289/ehp.0900683>
- Reutter, L., & Kushner, K. E. (2010). 'Health equity through action on the social determinants of health': Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269–280. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00500.x>

- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Robertson, M. C., Devlin, N., Gardner, M. M., & Campbell, A. J. (2001). Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. *BMJ*, 322(7288), 697–701. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.697>
- Rumbold, B., Baker, R., Ferraz, O., Hawkes, S., Krubiner, C., Littlejohns, P., Norheim, O. F., Pegram, T., Rid, A., Venkatapuram, S., Voorhoeve, A., Wang, D., Weale, A., Wilson, J., Yamin, A. E., & Hunt, P. (2017). Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. *The Lancet*, 390(10095), 712–714. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30931-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30931-5)
- Scott, K., Beckham, S. W., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G., & Perry, H. B. (2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human Resources for Health*, 16(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>
- Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25, 397–418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 282–298. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>
- Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: Transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health*, 38(5), 976–993. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1>
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE*, 15(4), e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>
- Walter, R. R. (2017). Emancipatory nursing praxis: A theory of social justice in nursing. *Advances in Nursing Science*, 40(3), 223–241. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000157>
- Wood, D. A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., De Bacquer, D., Collier, T., De Backer, G., Faergeman, O., & EUROACTION Study Group. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 371(9629), 1999–2012. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60868-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60868-5)
- Yan, A. F., Chen, Z., Wang, Y., Campbell, J. A., Xue, Q. L., Williams, M. Y., Weinhardt, L. S., & Egede, L. E. (2022). Effectiveness of social needs screening and interventions in clinical settings on utilization, cost, and clinical outcomes: A systematic review. *Health Equity*, 6(1), 454–475. <https://doi.org/10.1089/heq.2022.0010>

COLECTIVO DE AUTORES



SCARLET CHARLOTTE

Angel Lino

Doctorante en Ciencias de la Salud,
Magíster en Educación, mención en
Docencia e Investigación en Educación
Superior, Licenciada en Enfermería



sangel@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0002-4380-4968>



JOSEPH FERNANDO

Zambrano Requelme

Doctorante en Ciencias de la Salud, Magíster en Gestión
de Calidad y Auditoría en Salud, Magíster en Enfermería,
mención en Cuidados Críticos, Magíster en Educación,
mención en Docencia e Investigación en Educación
Superior, Licenciado en Enfermería



jzambrano@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0001-9187-6486>



ALLISON MAITEE

Robles Maza

Magíster en Gestión de Calidad y
Auditoría en Salud, Licenciada
en Enfermería



arobles@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-0743-9556>



ODALYS BÁRBARA

Burgo Bencomo

Doctora en Ciencias Económicas,
Maestría en Ciencias de la Educación,
mención Técnica Profesional



oburgo@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-8231-7217>

Rol de enfermería en el abordaje de los determinantes sociales de la salud en comunidades en situación de vulnerabilidad. Volumen 1 analiza la intervención profesional de Enfermería frente a las condiciones sociales, económicas, culturales y territoriales que influyen en la salud. La obra aborda los fundamentos de los determinantes sociales, la vulnerabilidad, las inequidades y el papel de la Enfermería familiar y comunitaria en la atención primaria. Asimismo, desarrolla herramientas para la valoración individual, familiar y comunitaria, el diagnóstico de necesidades y la planificación de intervenciones. Incluye promoción de la salud, prevención, educación sanitaria, seguridad alimentaria, vivienda, saneamiento, salud materno infantil, salud mental y acceso a los servicios, destacando a Enfermería como agente de cuidado, equidad y transformación social.

ISBN: 978-9907-822-51-9



9 789907 822519