

ROL DE **ENFERMERÍA**

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

COLECTIVO DE AUTORES



VOLUMEN II



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

VOLUMEN II

© Katty Maribell Maldonado Erreyes

© Yanetzi Loimig Arteaga Yanez

© Carla Valeria Benalcázar Gómez

© Adriana Narcisa Preciado Serrano

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

Primera Edición Digital
Publicado el 25 de Septiembre de 2026

ISBN: 978-9907-822-55-7
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.22850332>

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

Autores:

© Katty Maribell Maldonado Erreyes

© Yanetzi Loimig Arteaga Yanez

© Carla Valeria Benalcázar Gómez

© Adriana Narcisa Preciado Serrano

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: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, EDUCACIÓN Y EMPODERAMIENTO	14
1.1. Participación social y comunitaria	15
1.2. Empoderamiento individual y colectivo	20
1.3. Alfabetización en salud	25
1.4. Educación para la salud en comunidades vulnerables	30
1.5. Comunicación comunitaria	34
1.6. Formación de líderes comunitarios	40
1.7. Redes comunitarias de apoyo	45
1.8. El fortalecimiento de las capacidades comunitarias	51
CAPÍTULO II: INTERSECTORIALIDAD Y REDES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL	56
2.1. Intersectorialidad en salud	57
2.2. Trabajo interdisciplinario	62
2.3. Articulación entre salud y educación	67
2.4. Articulación con servicios sociales	71
2.5. Gobiernos locales y organizaciones comunitarias	76
2.6. Redes integradas de atención	81
2.7. Gestión de recursos comunitarios	86
2.8. Liderazgo de Enfermería en la articulación intersectorial	90
CAPÍTULO III: EQUIDAD, DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD EN ENFERMERÍA	96
3.1. Salud como derecho humano	97
3.2. Equidad y justicia social	101
3.3. Ética del cuidado en comunidades vulnerables	105

3.4. Discriminación y estigmatización	109
3.5. Interculturalidad en salud	113
3.6. Competencia cultural en Enfermería	118
3.7. Saberes y prácticas tradicionales	123
3.8. Defensa de derechos desde Enfermería	127
CAPÍTULO IV: INVESTIGACIÓN Y EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE DETERMINANTES SOCIALES Y ENFERMERÍA ...	132
4.1. Investigación sobre determinantes sociales de la salud	133
4.2. Práctica de Enfermería basada en evidencia	137
4.3. Investigación cuantitativa y cualitativa en comunidades	141
4.4. Investigación participativa comunitaria	146
4.5. Indicadores de desigualdad e inequidad	150
4.6. Evaluación de intervenciones de Enfermería	155
4.7. Resultados sensibles a Enfermería	160
4.8. Prioridades de investigación en poblaciones vulnerables	165
CAPÍTULO V: EL DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS FUTURAS DEL ROL DE ENFERMERÍA	170
5.1. Nuevos desafíos sociales y sanitarios	171
5.2. Cambio climático y vulnerabilidad en salud	175
5.3. Migración y movilidad humana	179
5.4. Envejecimiento y vulnerabilidad social	183
5.5. Brecha digital y acceso a los servicios de salud	187
5.6. Telesalud y Enfermería comunitaria	191
5.7. Innovación social en Enfermería	196
5.8. Liderazgo de Enfermería	199
5.9. Enfermería y políticas públicas	204
5.10. Perspectivas futuras para el abordaje de los determinantes socia- les	208
CONCLUSIONES	213
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	215
COLECTIVO DE AUTORES	226

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 centrada en la participación comunitaria, la articulación entre sectores, la equidad, la investigación y los desafíos del cuidado. Ofrece elementos para orientar decisiones responsables y fortalecer las capacidades de personas, comunidades y equipos. El aporte de Enfermería se comprende en relación con otros actores, sin convertir a la profesión 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 inseguri-

dad 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 en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Sus cinco capítulos se centran en la potenciación de capacidades comunitarias, la coordinación entre sectores, la defensa de derechos, la producción de co-

nocimiento y las perspectivas futuras del cuidado. La propuesta está dirigida a estudiantes, docentes, personal de Enfermería y equipos relacionados con la salud familiar y comunitaria. El recorrido vincula estos ámbitos con los problemas de las comunidades en situación de vulnerabilidad y con las condiciones necesarias para construir respuestas justas.

El primer capítulo desarrolla la participación comunitaria, la educación y el empoderamiento. Analiza la alfabetización en salud, la comunicación comunitaria, la formación de líderes, las redes de apoyo y el fortalecimiento de capacidades. La participación se entiende como la posibilidad de influir en decisiones sobre prioridades, recursos y evaluación de las intervenciones. Enfermería aporta conocimientos y facilita procesos, a la vez que reconoce los saberes y las experiencias de la comunidad. La construcción de acuerdos requiere tiempo y mecanismos que permitan recoger las voces menos visibles.

El segundo capítulo se centra en la intersectorialidad y en las redes para brindar atención integral, mediante una colaboración que involucra a salud, educación, servicios sociales, gobiernos locales y organizaciones comunitarias. Examina el trabajo interdisciplinario, la gestión de recursos y las redes integradas de atención. El liderazgo de Enfermería se presenta como una capacidad para establecer conexiones entre los actores y construir rutas de atención. Los acuerdos operativos permiten relacionar la coordinación institucional con la continuidad del cuidado y con respuestas oportunas a las necesi-

dades sociales.

El tercer capítulo incorpora la mirada de los derechos humanos, la equidad, la ética del cuidado y la interculturalidad. Sus contenidos invitan a reconocer la discriminación y la estigmatización, desarrollar competencia cultural y dialogar con los saberes tradicionales en un marco de respeto. La defensa de derechos exige atender las relaciones de poder entre instituciones, profesionales y comunidades. Estos principios orientan tanto las decisiones clínicas como la organización de los servicios y permiten revisar prácticas que pueden reproducir barreras o limitar la autonomía de las personas.

El cuarto capítulo aborda la producción y la utilización del conocimiento sobre determinantes sociales y Enfermería. Incluye la práctica basada en evidencia, los métodos cuantitativos y cualitativos, la investigación participativa comunitaria, los indicadores de desigualdad y la evaluación de intervenciones. También examina los resultados sensibles al cuidado profesional y las prioridades de investigación en poblaciones vulnerables. La pertinencia de las preguntas y la consideración del contexto permiten relacionar el conocimiento con decisiones de mejora, sin confundir asociación, causalidad y resultados de la implementación.

El quinto capítulo dirige la mirada hacia los problemas que transforman la salud comunitaria: el cambio climático, la migración, el envejecimiento, la brecha digital y la expansión de la telesalud. Examina también la innovación social, el liderazgo y la participación de Enfermería en las políticas públicas. Las perspectivas futuras se

plantean como orientaciones para la planificación que requieren considerar los recursos y la participación de cada territorio. La preparación profesional y la capacidad de adaptación se vinculan con la continuidad del cuidado y con la distribución de sus beneficios.

Los ejemplos y las matrices que acompañan el desarrollo pretenden facilitar la discusión académica y la planificación contextualizada. Cada comunidad requiere escucha, análisis y acuerdos propios; por ello, el conocimiento organizado en la obra debe contrastarse con la experiencia y las prioridades de quienes reciben y sostienen el cuidado. La participación, la articulación institucional y la evaluación necesitan traducirse en responsabilidades concretas y en información comprensible que permita revisar las decisiones de manera compartida.

El recorrido relaciona el fortalecimiento de las capacidades comunitarias con las condiciones éticas, organizativas y científicas que sostienen el cuidado. La colaboración entre sectores, el respeto a los derechos y la utilización responsable de la evidencia permiten reconocer tanto posibilidades como límites de la intervención profesional. Frente a los cambios sociales y sanitarios, el aporte de Enfermería se fortalece cuando mantiene el vínculo con las condiciones cotidianas de vida y con las prioridades de las comunidades.

CAPÍTULO I:

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, EDUCACIÓN Y EMPODERAMIENTO



La participación tiene sentido cuando las personas pueden influir sobre decisiones que atañen a su salud. Asistir a una actividad podría ser una forma inicial de vinculación, aunque no equipara a compartir poder sobre las prioridades, los recursos a distribuir y la evaluación de las intervenciones. Este capítulo se ocupa de la necesidad de construir dicha influencia y de desarrollar capacidades. La Enfermería proporciona algunos saberes y facilita, al tiempo que también reconoce saberes y experiencias de la comunidad. El proceso requiere tiempo, consensos y mecanismos destinados a recoger voces menos visibilizadas, evitando que la participación sea solo convocar a un grupo/a para que participe en una intervención ya predefinida.

1.1. Participación social y comunitaria

La participación puede permitir la información, la consulta, la colaboración y la decisión compartida. El metaanálisis de O'Mara-Eves et al. encontró efectos del tipo "favorable" para las intervenciones con participación de la comunidad en diferentes resultados, pero no hubo suficiente evidencia para señalar un modelo mejor que otros. Resultados como estos invitan a investigar la calidad y el contexto de la participación. La pregunta para Enfermería, para la revisión de la evidencia, se centra en las decisiones que pueden tomar las personas y en la forma de mostrar la influencia de estas decisiones. Una comunidad con un comité que se reúnen periódicamente podrá tener poco poder si todas las decisiones que le afectan a ese mismo comité toman un curso distinto, fuera del propio comité (O'Mara-Eves et al., 2015).

Cyril et al. de este mismo estudio hablan de componentes como el intercambio de información, las alianzas o la participación en las decisiones. Su revisión también indica que hay dificultades para poder atribuir medidas de contribución específica al involucramiento comunitario. Esta evaluación tendrá que observar procesos:

la diversidad de las personas participantes, la capacidad de proponer cambios, el acceso a información, la devolución de las decisiones.

Lo que no basta es el recuento de asistentes. Las personas pueden participar mediante entrevistas, paseos, pequeñas reuniones o la representación acordada. Escoger una sola modalidad puede dejar fuera a quienes se dedican a trabajar, a quienes cuidan, a quienes presentan dificultades de movilidad o a quienes no se encuentran cómodos hablando en público (Cyril et al., 2015).

Para empezar, debe haber una delimitación de expectativas. El equipo indica el propósito, recursos disponibles, límites y decisiones abiertas. La comunidad identifica prioridades y formas preferidas de organización. Se debe dar espacio a establecer reglas de respeto, modo de manejar desacuerdos y uso de la información.

La representación también necesita validarse. Un liderazgo legítimo puede aportar experiencia, pero no sustituye todas las voces. La inclusión de adolescentes, personas con dificultades, migrantes o sectores distantes puede requerir soportes específicos. La participación es más justa en la medida en que el costo de asistir no dependa solamente de personas con menos recursos.

La devolución genera confianza. Luego de una consulta, hay que devolver qué se decidió, qué propuestas se incorporaron, qué quedaron en el debe. En el caso de existencia de recursos o restricciones normativas, hay que explicarlas con claridad. Las promesas imprecisas perjudican la relación y pueden disminuir la futura participación.

La Enfermería puede garantizar este tipo de comunicación y acordar compromisos, pero la obligación institucional debe hacerse evidente. Una comunidad que ofrece tiempo y saber tiene derecho a conocer los resultados de su participación, a poner en duda aquello que no fue hablado.

Participar puede suponer recibir información, emitir opiniones o tomar decisiones; se tiene que aclarar cuál es el grado de influencia que se otorga en cada proceso. Esta aclaración organiza el análisis de la participación social y comunitaria: primero se delimita el problema y, después, se decide qué información haría falta. Una formulación ayudaría a situaciones concretas, a comparar explicaciones y a anticipar cuál sería la respuesta congruente.

En Enfermería, el concepto tiene sentido cuando ayuda a comprender un itinerario de cuidados y a dar cuenta de las decisiones que se toman; no debe ser un recurso que convierta en etiqueta la escucha o que condense prematuramente la valoración. De esta forma, la interpretación mantiene una relación explícita entre la obtención de conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional correspondiente (O'Mara-Eves et al., 2015).

Diversos elementos como son los horarios, el cuidado familiar, la accesibilidad y las experiencias de exclusión establecen quién asiste a la reunión y, del mismo modo, qué voces permanecerán ausentes. Reconstruir esta relación intertemporal requiere plantearse cómo se articulan y no es suficiente simplemente con buscar dicha relación en horarios simultáneos: habrá que intentar saber exactamente qué otras explicaciones pueden estar en juego.

Desde la participación con consecuencias probadas, interesa establecer en qué punto puede una respuesta interrumpir el recorrido. El análisis debe dar cabida tanto a restricciones como a recursos que permitan salvaguardar y omitir cualquier lectura determinista. Esta distinción permite plantear acciones ajustadas sin asumir que todos los resultados tienen su causa en una determinada condición social y, en este sentido, tiene cabida la propuesta de (Cyril et al., 2015).

Considerable pregunta resulta quién establece la agenda, cuáles son las decisiones abiertas, cómo conocerán las personas las

determinaciones adoptadas en función de las argumentaciones realizadas. El momento de incluir estas preguntas es el que se construye poco a poco (la explicación de un objetivo y la elección libre de su respuesta), si bien no debe llegar a ser una exploración ilimitada de la vida personal y hay que conseguir la suficiente información para acordar una acción.

Conviene también contrastar lo entendido con la persona y apuntar las incertidumbres que existan de forma explícita. El lenguaje escrito debe basarse en la descripción de los contextos y apoyos y evitar juicios sobre cuanto, a la motivación, carácter, etc. En el caso de introducir prioridades diversas entre profesional y usuario, negociar el plan forma parte del cuidado y no se considera un obstáculo administrativo, por el contrario, es el cuidado lo que puede llegar a ser el objetivo final.

Como ejemplo de la experiencia de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Un comité ya convenido se reúne siempre con los mismos representantes y personas con largos márgenes de jornada y responsabilidades de cuidado no pueden asistir. La discusión debe separar hechos conocidos, interpretaciones y datos faltantes.

Posteriormente le toca determinar la decisión que hay que tomar ahora y cuál ha de ser objeto de revisión. En el caso que se estudia no se obtienen resultados de una investigación, ni establece una pauta aplicable automáticamente a todas las familias, sino la oportunidad de constatar el procedimiento que sigue el sentido que toma la recomendación ante una circunstancia habitual.

Al resolverlo, tanto el abogado de los padres como el del menor deben indicar las razones que suscriben para optar por una alternativa o qué información apoya que hay que reconsiderarla. Cabe decir que la organización puede diversificar la oferta de horarios y de canales, especificar límites, devolver decisiones y añadir también grupos de padres que no forman parte de la sala, ni se dan

por supuestas las normas que decide la sala de mediación como representativas de toda la comunidad.

Convertir esta orientación en un plan requiere especificar quién ejecuta la tarea, qué apoyo necesita y cuándo se revisa el acuerdo, porque una acción propia del equipo de mediación no debe elevarse al nivel de las acciones que dependen de otra institución. Las expectativas tienen que estar ajustadas a la disponibilidad de los recursos confirmados y a las preferencias de aquellos que participan.

Si la primera opción no resulta aceptable, el seguimiento permite eludirla y explorar otra opción sin sobrecargar a la persona en sí. Por consiguiente, debe ser visible en la documentación el sentido y los compromisos firmados/aceptados, no solo toda una lista de acciones. Esto es así porque pedir opinión cuando todas las decisiones ya están tomadas puede generar desconfianza y convertir la participación en un mero trámite. Este límite cede ante la imposibilidad de la anticipación de consecuencias, y puede observarse solo si se da cuenta que el objetivo central de la intervención es importante.

La revisión ética es preciso que tenga en cuenta la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corrección de las decisiones. En particular, es pertinente preguntar si la propuesta supone añadir esfuerzos a quienes ya están en situación de mayor limitación. Encontrar un riesgo no significa abandonar una acción, sino que debe responsabilizarse por otra alternativa para optar por una respuesta proporcional.

La evaluación debe mirar la diversidad, la influencia y la devolución, pero también la ayuda o el número de reuniones que se han alcanzado. La elección de los indicadores debe responder a una pregunta de mejora y ser suficientemente sencilla como para que pueda utilizarse durante el trabajo habitual. Es necesario definir adecuadamente cada medida (su definición, periodo y fuente reconocible; cuando corresponde, también el numerador y el denominador). Los

cambios en las medidas han de ser interpretados en el contexto, la pérdida de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no da cuenta de por qué se ha podido dar un resultado u otro. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir sobre lo que se llega a la conclusión de mantener, adaptar o explorar más en profundidad (O'Mara-Eves et al., 2015).

1.2. Empoderamiento individual y colectivo

El empoderamiento incluye la capacidad para influir en decisiones y condiciones de vida. Wallerstein presenta la falta de control como un problema claro, relevante cuando se habla de salud y educación, y sugiere la existencia de una educación enfocada en reforzar la agencia individual y colectiva. Pero el concepto no debe ser limitado al fortalecimiento de la motivación o la autoestima, ya que una persona puede percibirse a sí misma con una alta capacidad y no tener control de los recursos, ni voz en una institución o el contexto donde se da la acción. La Enfermería contribuye al empoderamiento cuando facilita información, habilidades y oportunidades efectivas para decidir, sin atribuir a la voluntad individual su responsabilidad en el alcanzar el control en las barreras que existen estructuralmente (Wallerstein, 1992).

La revisión de Haldane et al. (2019) resalta que los procesos de participación en el desarrollo y la evaluación de los servicios pueden mostrar resultados relevantes y luego describen los procesos como complejos y no lineales, ya que empoderarse no avanza en una progresión lineal ni se acoge a una asignación de actividad. Esto quiere decir que las actividades aisladas, aunque se adopten como tales, no propician el empoderarse. Por el contrario, requiere de relaciones y contextos organizativos que permitan ejercer la influencia. En la práctica, también sería importante distinguir entre saber cómo y saber hacer, saber hacerse comprender y su propia acción efectiva para modificar decisiones. Puede mencionarse que estas dimensio-

nes presentan las características de evolución diferencial y de requerir métodos de evaluación en coherencia con el objetivo de ser fortalecidas (Haldane et al., 2019).

A nivel individual, el equipo puede ayudar a preparar las preguntas para la consulta, entender las alternativas u opciones y expresar preferencias, pero también ha de aceptar que una persona desee delegar algunas decisiones o solicitar acompañamiento; la autonomía no significa actuar sin ayudar. A nivel colectivo, el proceso puede integrar el acceso a la información presupuestaria correspondiente, la participación en la planificación y los mecanismos para presentar propuestas. La función del enfermero radica en facilitar capacidades y uniones, manteniendo el vínculo de colaboración, y que no sustituya el protagonismo de la comunidad.

El sentido puede ser problemático cuando bajo esa intención de empoderar se justifica retirar apoyos; preguntar a una comunidad que solucione por sí misma problemas de agua o de transporte no es empoderar si no hay poder y recursos. El empoderamiento de capacidades tiene que ir acompañado de reconocimiento de obligaciones públicas. También se puede revisar quién gana influencia en el grupo; la intervención puede deteriorar a los dirigentes y dejar fuera a las otras personas. La evaluación participativa tiene que servir para observar la distribución del poder y las oportunidades de relevo, además de los logros visibles del proyecto.

El empoderamiento incluye capacidad para hacer comprensibles las opciones, decidir e influir; no significa transferir obligaciones públicas hacia las personas o comunidades. Esta precisión da pie a la actuación de análisis de operacionalización sobre el empoderamiento individual y de grupo; primero se delimita el problema y posteriormente se decide acerca de qué se debe considerar como información relevante; una buena formulación debe permitir reconocer situaciones concretas, establecer comparaciones entre explica-

ciones o anticipar qué respuesta sería coherente.

En Enfermería, el concepto aplicado en la práctica puede tener valor si ayuda a comprender una trayectoria de cuidados y a justificar decisiones; su uso no ha de convertirse en una etiqueta que sustituya a la escucha o cierre prematuramente la valoración. De esta manera, la interpretación mantiene una conexión explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Wallerstein, 1992).

Por sí mismo, el haber incorporado la noción de recursos o de canales de decisión puede favorecer el hecho de aumentar el conocimiento respecto de los elementos constitutivos de la vida cotidiana sin modificar realmente la capacidad real para cambiar las condiciones en las que uno vive. Por el contrario, reconstruir dicha relación requiere tomar en consideración el orden temporal de los eventos que permite reconstruir no solo la existencia de un hallazgo de dos circunstancias, sino una de las posibilidades para comprobar cómo se conecta con otra posible explicación que podría interceder.

A partir de una participación en la cual existe una influencia verificable, el interés consiste en identificar el punto -dentro del análisis- donde una respuesta puede cambiar la trayectoria; el análisis además debe habilitar la posibilidad de evidenciar restricciones y la existencia de recursos de protección que eviten una lectura determinista respecto de la presunta causalidad entre unas experiencias y otras. Esta misma distinción permite la posibilidad de establecer acciones proporcionadas sin atribuir todos los resultados simplemente a una determinada condición de carácter social (Haldane et al., 2019).

Interesa, en este punto, preguntarse qué tipo de decisiones puede cumplir la persona, cuáles de ellas requieren apoyos y qué obstáculos que pone la institución pueden convertirse en limitaciones que deshabiliten la participación de las personas. Estas preguntas se ubican poco a poco en la conversación, se explica su objetivo y se respeta la voluntad de no responder a las mismas, la conversación

debe producir suficiente información para determinar una acción, y no tener una exploración ilimitada de la vida privada.

Es necesario contrastar también lo entendido en la conversación con la persona, y registrar las dudas que surjan, si es que surgen. El lenguaje del registro ha de expresar circunstancias y apoyos, y no valoraciones sobre la motivación de la persona o el carácter; si las prioridades entre la persona profesional y la persona usuaria son diferentes, la negociación del plan es parte del cuidar y no un proceso administrativo que obstaculiza el cuidar.

Como situación hipotética de aprendizaje, puede analizarse el siguiente caso: Un grupo aprende a detectar barreras de servicio, y no tiene un canal para poder presentar propuestas y recibir respuestas. La discusión separa hechos conocidos, interpretaciones y datos faltantes. Entonces viene la parte de detectar la decisión que hay que tomar ahora y cuál o cuáles hacen falta para una revisión posterior.

El caso no se presenta como el resultado de una indagación, ni tampoco como la prescripción clínica que ejecución viene a ser aplicable a todos los tipos de familias. Su utilidad consiste en que es una clara advertencia de cómo una circunstancia del día a día da una vuelta total sobre el sentido de una recomendación. Al resolverlo conviene argumentar por qué se ha optado por una y no por otra de las alternativas que sugiere el caso, o qué información específica podría hacer que se revisara la elección inicial.

La intervención puede llegar a incluir la formación junto a ciertos mecanismos de la interlocución, lo que permite que los participantes definan prioridades y evalúen la respuesta material que la institución provee. Para que esta recomendación transmute en plan, hay que establecer quién se hará cargo de qué y qué tipo de refuerzos tiene, así como cuándo se acabará revisando el acuerdo. Es importante no mezclar la acción propia de un equipo frente a la gestión que vendrá sufriendo su propio camino institucional.

Las expectativas deben sintonizar con los recursos confirmados, así como con la voluntad de quienes participan. De no resultar posible mantenerse en la primera alternativa, el seguimiento permite ir por la segunda. Pero no supone hacerlo automáticamente a costa de la persona. La documentación debe mostrar razonamientos y los compromisos adquiridos (y no tanto una lista de acciones) (Wallerstein, 1992).

Invocar la autonomía para suspender el acompañamiento puede llegar a dejar a las personas solas, incluso, a las que requieren apoyos adicionales para poder poner en práctica tomas de decisiones. Este límite hace que se deban prever consecuencias que pueden llegar a ser invisibles cuando la única visión está en el objetivo principal de la intervención. La revisión ética debe tener muy presente la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir una decisión.

Pero es necesario preguntarse si la alternativa generada supone un incremento de esfuerzos para aquellas personas que ya tienen mucho restringido. El detectar un riesgo no supone que se interrumpa toda actividad, sino que se deben comparar las alternativas y seleccionar una respuesta equilibrada.

La evaluación puede ser capaz de observar la capacidad de formular demandas, de negociar alternativas o de participar en decisiones, sin caer en una reducción del proceso o de situaciones particulares. La elección de los indicadores debe corresponder a una pregunta de mejora y ser suficientemente sencilla como para poder ser utilizada en el recorrido del trabajo habitual.

Cada medida requiere de una definición, un periodo y una fuente reconocible y, cuando debe, un numerador y un denominador. Los cambios son observados a la par del contexto, de las pérdidas de seguimiento y de la propia experiencia de las personas. En las medidas, una cifra por sí sola puede ser indicativa de la respuesta a la intervención, pero no explica por qué se genera un resultado. El retorno

comprensible permite revisar el plan y decidir qué se quiere mantener, adaptar, o investigar con más profundidad (Wallerstein, 1992).

1.3. Alfabetización en salud

El concepto de alfabetización en salud incorpora la capacidad para llegar, evaluar, entender y hacer un uso correcto de la información en relación al cuidado, a la prevención y a la promoción. El modelo integrado de Sørensen y col. es un modelo que establece un buen marco para poder entender que la alfabetización no quiere solamente decir leer un folleto, sino que forma parte de evaluar las alternativas y de comunicar las necesidades y de moverse por las instituciones.

Las enfermeras deben ser consciente de las exigencias propias del sistema, pero también de las posibilidades que tiene cada uno y cada una. El de establecer un servicio que da instrucciones inconsistentes y con trámites complejos provocará unas dificultades para el usuario incluso entre personas con alto nivel de alfabetización. La impartición de instrucciones claras a nivel institucional ostenta ser un elemento para dar respuesta a esta cuestión (Sørensen et al., 2012).

Berkman et al. (2011) afirman que las personas con niveles de alfabetización en salud limitados tienen un mayor riesgo de presentar resultados negativos, pudiendo existir diferencias en función del tipo de estudios y del tipo de medición. Estos resultados no deben justificar la etiqueta de las personas y tampoco darle un sentido común a la interpretación de la falta de comprensión resulta a partir del nivel de educación de la persona. La dificultad puede variar en función del contexto, del estrés, de la lengua y de la complejidad del problema.

Es preferible realizar una comunicación clara para todo tipo

de personas, de manera que se puedan ir ofreciendo apoyos adicionales cuando surja la necesidad. Las evaluaciones formales tienen que tener un sentido determinado, así como evitar situaciones de vergüenza o bien consecuencias de exclusión en la atención (Berkman et al., 2011). Una organización accesible dilata y hace más sencillas tanto las indicaciones como las señalizaciones y la comunicación de resultados. Los mensajes tienen que explicitar qué hacer, dónde, cuándo y con quién se pueden tomar en consideración las dudas.

La enfermera puede comprobar la comprensión en toda su extensión, prosiguiendo con el diálogo y la demostración y adaptando el formato (puede relacionarse con la visión, la audición o la lengua). Es bueno, por ejemplo, repasar la carga numérica: por ejemplo, porcentajes, horarios y medidas pueden ser difíciles si se encuentra una forma aislada de presentarlos. La información debe ser suficiente de tal manera que permita decidir, evitando en cambio la saturación de detalles que no modifiquen la conducta o el paso siguiente del cuidado.

La alfabetización crítica tiene lugar en la evaluación de mensajes comerciales, la identificación de incertidumbre y la detección de información engañosa. En el caso de las actividades comunitarias, puede realizarse algún trabajo con ejemplos de anuncios, de noticias o de mensajes de redes, analizando la fuente, la evidencia y los intereses.

El propósito no consiste en instar a todas las personas a hacer evaluaciones de los artículos científicos enviados, sino en proporcionar preguntas interesantes o bien vías de consulta fidedignas. También hay que considerar que la confianza se teje en relaciones. Corregir la información expuesta mediante burla o ataques puede llevar a la asfixia de la conversación y dificultar que la gente comparta sus futuros problemas.

La alfabetización en salud incluye acceder a información, comprenderla, valorarla y utilizarla, que también depende de la acce-

sibilidad que tengan las organizaciones que la producen. Esta precisión organiza el análisis de la alfabetización en salud: primero se delimitará el problema y segundo decidir qué información es relevante. Una formulación que sea útil debe servir para identificar situaciones concretas, poder comparar las distintas explicaciones y ser capaz de prever qué respuesta podría ser coherente.

En el campo de Enfermería, cuando el concepto cobra valor, es cuando permite sostener la comprensión de una trayectoria de cuidado, es decir, es útil cuando toda toma de decisiones se puede justificar o explicar. Su utilización no debe reconducir a una etiqueta que haga desaparecer la escucha o, por el contrario, se lleve a cabo prematuramente la valoración. La interpretación, tal como es señalada, mantiene el vínculo visible existente entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Sørensen et al., 2012).

Formularios complejos, información contradictoria y un lenguaje técnico presentan obstáculos incluso para personas con un nivel educacional elevado. Para poder reconstruir esta relación, es necesario ocupar el orden temporal de los hechos. No se trata simplemente de identificar dos circunstancias a la vez, sino de averiguar la forma en que se enlazan o la existencia de otras explicaciones que puedan interponerse.

Desde la participación con un poder verificable interesa saber el punto a partir del cual una respuesta puede cambiar el curso de las cosas. El análisis tiene que ser capaz de articular las restricciones junto a los recursos protectores y evitar esa forma de descripción determinista. Esa distinción habilita al igual que el punto referente a proponer intervenciones proporcionales, que no todo el curso de los hechos se pueda explicar solo por una sola condición social (Berkman et al., 2011).

Interesa preguntar cómo busca información la persona, qué partes han resultado confusas, pero también cómo podría contrastar

la viabilidad de una recomendación. El proceso de ir incorporando las preguntas, explicándolas y manifestando el respeto por el hecho de no responderlas, debe sostener un flujo de información necesario para acordar una acción de acuerdo con el contenido de la conversación y no un movimiento en línea con la búsqueda continua de la vida privada. También es conveniente contrastar lo creado con la persona y anotar las incertidumbres que puedan existir.

El lenguaje del registro debe consistir en describir las circunstancias y los apoyos, evitando posicionarse con lo que son juicios de motivación o de caracteres de las otras personas. Cuando se dan prioridades diferentes entre el profesional y el usuario, el hecho de negociar el plan forma parte de la actividad de la atención y no suponen una dificultad administrativa a superar.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede discutir el siguiente caso: Una usuaria sí que es capaz de comprender una conversación, pero no es capaz de interpretar un formulario digital lleno de términos administrativos y pasos que no se explicaban. La conversación debe contener la separación entre hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltaban.

Después corresponde advertir qué decisión se requiere tomar ahora y cuáles requieren una revisión posterior. Este caso no es un resultado de una investigación del cómo aplicar una recomendación a cualquier familia. Su utilidad radica en que mostrar de qué modo un hecho cotidiano pone en cuestión el sentido de una recomendación; en resolverlo, conviene explicar el motivo por el que se elige una opción y qué información podría hacer necesario revisarla.

El servicio puede sintetizar instrucciones, dar soporte y trabajar la comprensión más que atribuir todas las eventualidades a la capacidad propia. Para que esta problemática pueda hacerse plan, es necesario concretar quién va a realizar cada tarea, qué soporte necesita y cuándo se remarca el acuerdo. Hace falta diferenciar entre

una acción propia del equipo de una gestión que depende de un tercer agente.

Las expectativas tienen que ajustarse a recursos avalados y a las preferencias de los que forman parte. En caso de que la primera opción no sea viable, el seguimiento facilita observar otra alternativa sin que de inmediato la persona asuma la responsabilidad. La documentación debe testimoniar la argumentación, los compromisos afectados, que no se puede presentar como una lista de actividades (Sørensen et al., 2012).

Designar a una persona públicamente como poco alfabetizada afectará la experiencia de la persona y limitará las preguntas o su ayuda. Este límite obliga a anticipar consecuencias que pueden exponerse cuando se contempla el objetivo más observado de la intervención. La revisión ética deberá identificar la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de rescatar decisiones. En particular, es apropiado preguntarse si la propuesta incrementa esfuerzos para las personas que son y serán más restringidas. Reconocer un riesgo no significa paralizar automáticamente toda posible acción, sino comparación de alternativas donde se puede mantener una posibilidad de proporción.

La evaluación deberá considerar la comprensión y el uso de situaciones concretas, la mejora de indicación de actividades, de documentos y comunicación institucional. La selección de indicadores deberá estar alineada a la pregunta de mejora y además trabajar en una selección suficientemente sencilla para trabajar en el trabajo habitual. Cada medida necesita definición, período y fuente identificable, cuando corresponde también necesita numerador y denominador. Los cambios deben considerarse pensados junto con el contexto, las pérdidas del seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra sin un contexto no proporciona información de por qué un resultado es el que es. La devolución que se recibe permite

revisar el plan y decide qué es bueno adaptar, mantener o investigar más a fondo (Sørensen et al., 2012).

1.4. Educación para la salud en comunidades vulnerables

La educación comunitaria requiere una adecuación cultural, una interacción y una conexión con los recursos. La revisión realizada por Attridge et al. sobre la educación culturalmente adecuada para la diabetes muestra que algunas intervenciones produjeron beneficios significativos a corto y medio plazo, pero se observaron límites para determinar el efecto de la intervención para desenlaces a largo plazo.

Esto significa que es fundamental que las intervenciones sean adecuadas a la cultura de la comunidad, pero no se puede concluir que, por la cultura, la intervención sea válida para adaptarla. La comunidad debe participar en la selección de ejemplos, la lengua, los horarios y los contenidos. El equipo debe comprobar la comprensión y la factibilidad, y revisar si la intervención también beneficia a quienes se enfrentan a los mayores obstáculos para la participación (Attridge et al., 2014).

Ayi et al. examinaron una experiencia participativa en la escuela sobre malaria en Ghana que involucró a niñas y a niños como comunicadores con sus hogares. El trabajo muestra una posible vía de relación entre la escuela y la comunidad, en un contexto concreto. El uso de este trabajo como ejemplo no quiere decir trasladar la utilización de contenidos -o de resultados- a Ecuador. Hay una adecuación de la intervención con epidemiología, con programas y con las responsabilidades. La implicación de los y las niñas requiere protección y acompañamiento. No sería apropiado transferir la responsabilidad de revisar prácticas de la familia (Ayi et al., 2010).

La educación puede igualmente partir de un problema que decidan entre participantes, o sus causas, averiguadas verbalmente o

con imágenes o bien demostraciones. Y la enfermera va contribuyendo a dar información, o bien va ayudando a distinguir acciones realizables o bien muros que deben ser gestionados.

Una sesión de alimentación puede terminar con acuerdos sobre qué es lo que hay que comprar, preparar o acceder a apoyos, y no con una relación de alimentos ideal. El aprendizaje supera la pertinencia cuando incluye experiencias anteriores y no trata a la comunidad como una población que recibe lo que se ha de explicar y que solo posee la gente de sanidad.

Los materiales tienen que ser testados con personas del grupo destinatario antes de ser generalizados. Revistar puede entender las palabras que confunden, las imágenes con cierto estigma o bien las instrucciones que no concuerdan con los recursos de lo local. La evaluación recoge que se ha comprendido, que puede trasladarse a la práctica y a qué limitantes se enfrenta todavía. El documento de cambios se hace con el objetivo de aprender de la experiencia.

También debería tenerse en cuenta la sostenibilidad: si depende de equipamientos y conectividad de poca disponibilidad, su continuidad puede quedar limitada. Muchas de estas emisiones optan por incorporar materiales simples y de fácil acceso para fomentar la participación, pero sin comprometer la calidad del contenido.

La educación del sujeto requiere echar una mirada entre los contenidos que se relacionan con los problemas que eligen las personas, las condiciones materiales y las posibilidades de acción colectiva. Esta precisión organiza el análisis de la educación para la salud en comunidades vulnerables: primero se pone el problema en la frontera y después se decide qué información puede resultar relevante. Una formulación útil tiene que permitir que se reconozca situaciones concretas, que se puedan comparar explicaciones y anticipar qué respuesta sería coherente.

En el campo de la Enfermería, el concepto gana valor siempre que ayuda a comprender una trayectoria de atención y a poder justificar una opción. La intervención que se lleve a cabo no puede devenir en un carácter que sustituyese la escucha o, incluso, que cierre anticipadamente la evaluación. La interpretación presenta así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Attridge et al., 2014).

La lengua, las experiencias previas y las normas de la interacción pueden modificar qué ejemplos son comprensibles y quién se siente autorizado a consultar. Reconstruir la relación supone tener en cuenta el orden temporal de los hechos. No se trataría solo de encontrar dos circunstancias simultáneamente: es necesario buscar cómo se articulan y qué otras explicaciones pueden intervenir. Desde un punto de vista de la participación con influencias verificables es interesante ver en qué punto una respuesta puede articular el recorrido. El análisis debe tener en cuenta restricciones y recursos protectores, y evitar un determinismo en la lectura. Dicha distinción permite hacer propuestas de acciones proporcionadas sin responsabilizar en exclusiva una condición social por todos los resultados posibles (Ayi et al., 2010).

Para diseñar una secuencia didáctica se puede comenzar explorando prioridades, formatos preferidos y barreras para participar antes de diseñarla. Las preguntas se introducen gradualmente, explicando su sentido y respetando la decisión de no responder, garantizando así que la conversación produzca información suficiente para acordar un plan de acción (no una búsqueda inagotable en la vida privada).

Igualmente conviene contrastar lo comprendido con la persona, y anotar los espacios vacíos. El lenguaje del registro debe ser descriptivo de circunstancias y apoyos, evitando los juicios sobre motivación y carácter. Cuando existen prioridades en divergencia entre

profesional y usuario, la negociación del plan es parte del cuidado y no una traba administrativa.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede estudiar el siguiente caso. Un grupo pide hablar sobre alimentación, la gran parte de las inquietudes van referidas a compras posibles, organización temporal del tiempo de preparación de alimento, entre otros. En el debate se deben diferenciar los sucesos de los que se tiene noticia, las interpretaciones de los mismos y los datos de los que se carece. A partir de ahí se pasa a establecer qué decisión ahora es necesario tomar, cuáles tienen una necesidad de revisión futura.

El caso no constituye resultados de una indagación, ni tampoco una solución que se aplique de forma automática para todas las familias. Su destino es el de poder ejemplificar la forma en la que una situación cotidiana puede cambiar el sentido de una recomendación. Al darle la solución es conveniente hacer una explicación sobre el porqué de la selección de una alternativa y, además, qué información haría necesario que se volviera a revisarla.

La sesión podría trabajar sobre decisiones reales, los recursos disponibles, con las propuestas de quienes participan y un seguimiento acordado en relación a las dificultades que se puedan haber encontrado. Para poder convertir esta orientación en un plan habría que concretar quién ocuparía la ejecución de la tarea de qué manera puede necesitar apoyo (incluso a qué lo va a utilizar) y para cuándo quedará revisado el acuerdo. Debe poderse distinguir una acción propia del equipo y una gestión dependiente de otra institución.

Las expectativas deben poderse ajustar a recursos confirmados, a preferencias de quienes participan. Si la alternativa inicial no es factible, el seguimiento da pie a otras sin comprometer a la persona. La información debe justificar los argumentos y buscar compromisos, no ser simplemente una lista de qué se ha realizado (Attridge et al., 2014).

Modificar solo imágenes o palabras sin revisar objetivos y condiciones de participación puede conllevar que la enseñanza permanezca poco pertinente. Este límite exige anticipar consecuencias que pueden no ser sospechadas en el momento que solo se observe el objetivo principal de la intervención. La revisión ética debe hacerse considerando privacidad, autonomía, distribución de cargas y posibilidad de corregir decisiones.

Es particularmente importante preguntar si la propuesta complica aún más los esfuerzos para quienes ya tienen más restricciones. Saber que existen riesgos no quiere decir que se deba dejar de hacer, sino que hay que comparar alternativas para decidir qué respuesta será proporcional. Dentro de la evaluación hay que diferenciar satisfacción; aprendizaje y aplicación, sabiendo que los cambios en condiciones materiales pueden requerir otras intervenciones.

La selección de indicadores debe responder a una pregunta de mejora y mantenerse suficientemente simple como para ser utilizada en el trabajo habitual. Cada medida precisa una definición, un período y una fuente reconocible, también en caso de que se requiera, numerador y denominador. Los cambios deben interpretarse junto con contexto, pérdidas de seguimiento y experiencia de las personas. Una cifra aislada no tiene valor para explicar la ocurrencia de un resultado. La devolución explicable permite revisar el plan y decidir qué es de interés mantener, adaptar o investigar más a fondo (Attridge et al., 2014).

1.5. Comunicación comunitaria

La comunicación es un intercambio que requiere escuchar, explicar y verificar la comprensión. Schillinger et al. observaron que la verificación de la comprensión se utilizaba poco en las consultas con las personas que tienen diabetes y limitada alfabetización. Este

estudio fue observacional, no permite que las asociaciones se puedan atribuir a causalidades, pero sí que permite extraer que es una oportunidad de mejora. En el trabajo comunitario, emitir un mensaje no significa que haya sido recibido o comprendido. La Enfermería necesita canales para darle la oportunidad a las preguntas y a la retroalimentación, pues la información puede implicar decisiones o cambios de procedimientos (Schillinger et al., 2003).

Schulz y Nakamoto diferencian entre alfabetización y empoderamiento, aunque también comparten el enunciado de que tienen relación. Entender información no es lo mismo que tener capacidad de influir, y sentirse capaz de decidir no significa tener información. Esta clasificación pone en el camino de la comunicación también que, además de explicar, el equipo debe generar espacios para el término de expresar preferencias, pedir y cuestionar propuestas. Una reunión puede ser clara, y facilitar la expresividad de la que se habla, y seguir siendo unilateral.

La calidad se pone de manifiesto en la medida en que las personas puedan intervenir, solicitar aclaraciones y modificar las decisiones que se refieren a su propia atención en el contexto de los límites que se introducen explicando los mismos de forma transparente (Schulz & Nakamoto, 2013). Los canales se eligen en función de su alcance, confianza, coste y privacidad. La radio, las reuniones, las carteleras de anuncios, las visitas, y la mensajería pueden ser complementarios; no todos los mensajes han de circular por todos los canales.

La información personal ha de ser comunicada a través de canales protegidos en tanto que los avisos de carácter general se pueden difundir ampliamente. En el caso de las comunidades multi-

lingües, es preferible implicar a los intérpretes o mediadores que acompañen a las familias, a no ser que recurrir a los menores por las conversaciones en cuestiones de gran sensibilidad. También se requería un procedimiento para retratar errores y para realizar la actualización de los mensajes cuando había cambios de horarios, servicios o recomendaciones.

La comunicación de riesgos requiere procedimientos para transmitir qué es lo que se sabe, qué es lo que permanece incierto y qué es lo que es pertinente. Dar constantes de seguridad puede hacer que la confianza decaiga cuando se producen cambios; ofrecer incertidumbre sin las recomendaciones correspondientes puede llevar a la confusión. La Enfermera podrá perfeccionar la búsqueda de ejemplos concretos, evitar el uso de tecnicismos y comprobar la interpretación del mensaje recibido. Ante rumores, es preferible cuestionar el origen del rumor, las inquietudes que existen tras del mismo y, posteriormente, corregirlo. La respuesta más útil es la que incluye información comprobable, escucha y coherencia entre la comunicación institucional y la experiencia de personas de a pie que solicitan ayuda.

La comunicación comunitaria es un intercambio que sirve para comprender, preguntar, corregir; la efectividad no se mide por el número de mensajes emitidos. Esta precisión permite organizar el análisis de la comunicación comunitaria: primero se delimita el problema y luego se decide qué información tiene relevancia. Una formulación útil debe permitir reconocer situaciones concretas, permitir el contraste de explicaciones y anticipar qué respuesta sería coherente.

En la Enfermería, el término debe cobrar valor cuando se trata de comprender un recorrido de cuidado y anticipar decisiones. No se dará a este término el valor de una etiqueta que sustituya a la escu-

cha o cierre la valoración excesivamente pronto. La interpretación establece de este modo una relación manifiesta entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Schillinger et al., 2003). La confianza, el canal, la lengua y la coherencia entre el discurso y la experiencia institucional intervienen de forma determinante en que pueda o no ser utilizada la información. Reconstruir tal relación requiere tener en consideración el orden cronológico de la serie de acontecimientos.

No es suficiente con detectar dos circunstancias de forma simultánea. También hay que determinar de qué manera se establecen conexiones entre ellas, y qué otras explicaciones pueden entrar en juego. Desde el lugar de la participación con influencia comprobable pasa a ser importante identificar el lugar donde una respuesta puede alterar lo que ya se está llevando a cabo. El análisis de este tipo no puede dejar de reconocer restricciones y recursos protectores y ha de evitar una lectura determinista. Esta distinción permite plantearse la consideración de acciones proporcionadas sin caer en el error de atribuir todos los resultados a una sola condición social (Schulz & Nakamoto, 2013).

Conviene plantearse desde el comienzo quién recibe los mensajes y quién queda fuera y qué forma existe para hacer consultas o para notificar los errores. Estas preguntas se van introduciendo a medida que se va desarrollando el texto explicando la razón de ser, y su carácter de preguntas que pueden ser no contestadas. La conversación tiene que proporcionar suficiente información para llegar a la acción acordada y no abrir una exploración infinita de la vida privada.

También es conveniente contrastar lo que se va entendiendo con la persona y hacer constar aquellas cosas que provocan insegur-

ridad. El lenguaje del registro ha de ser descriptivo de circunstancias y de apoyos y no de juicios de motivación o de carácter. Cuando emergen prioridades del profesional y la del usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado y no del obstáculo administrativo. Para cerrar, como situación hipotética de aprendizaje, se puede analizar el siguiente caso: Un aviso digital cambia un horario, pero una parte de la comunidad usa radio local y acude al servicio con la información anterior; la discusión debe separar hechos conocidos, interpretaciones relativas y datos que faltan.

Después toca identificar qué decisión ahora se necesita tomar y cuáles decisiones se deben revisar más tarde. El caso no muestra los resultados de una investigación ni se considera una pauta aplicable automáticamente a todas las familias. Su utilidad consiste en dejar ver cómo una circunstancia del día a día puede invertir el sentido de una recomendación. El caso es interesante al decidirlo ya que se puede explicar el motivo por el cual se escoge una alternativa.

El equipo puede combinar y confirmar las llegadas manteniendo una vía clara para actualizaciones y para preguntas frecuentes. Para convertir esta orientación en un plan hay que concretar quién será responsable de cada tarea, qué soporte necesita y cuándo se revisará el acuerdo. Hay que saber diferenciar una acción del equipo de una gestión que depende de otra institución. Las expectativas deben ajustarse a recursos confirmados y a las preferencias por parte de quienes tienen que asentir. En el caso de que la primera opción no sirva, la posibilidad de hacer el seguimiento brinda la opción de enlazar con otra alternativa sin que eso conlleve automáticamente a la culpabilidad de la persona. La documentación debe dejar

constancia del propio razonamiento y de los compromisos que se han asumido previamente, no meramente de una serie de actividades que se enumeran (Schillinger et al., 2003).

Hacer circular información privada a grupos abiertos puede suponer una vulneración de la privacidad, aunque la intención sea garantizar coordinación o apoyo porque la apertura de este límite puede llevar a vislumbrar consecuencias que pueden pasar inadvertidas si se contempla únicamente el objetivo central que se persigue con la intervención. La revisión ética del resultado ha de considerar la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de dar marcha atrás.

En particular, resulta importante preguntarse si la propuesta incrementa los esfuerzos de aquellas personas que ya tienen que abordar restricciones considerables. El hecho de que se vislumbre un posible riesgo no significa hacer un alto total en la acción, sino que es necesario realizar un balance valorando alternativas posibles y determinando una respuesta proporcionada.

La evaluación puede fijar la comprensión, el alcance por grupos y la capacidad de respuesta, así como también puntos de vista, reproducciones o materiales a nivel general. Las decisiones sobre los indicadores a utilizar deben ser siempre respuesta a una pregunta sobre mejora y deben ser suficientemente sencillas para que puedan ser utilizadas durante el devenir cotidiano del trabajo.

Cada indicador requiere de una hipótesis, así como un período y una fuente que sea reconocible, que si corresponde requiere para sí tanto numerador como denominador. Los cambios se explican siempre desde el contexto, las pérdidas durante el seguimiento

y la experiencia de las personas. Una cifra descontextualizada no da a entender el porqué de un resultado. El feedback comprensible hace posible revisar el plan de acción y decidir qué es conveniente repetir, modificar o profundizar (Schillinger et al., 2003).

1.6. Formación de líderes comunitarios

La formación del liderazgo ha de basarse en funciones pactadas y necesidades locales. O'Donovan et al. comentan formas diversas de realizar educación continua con agentes comunitarios y también de resultados dispares. La capacitación o formación no puede ser medida por asistencias o entrega de diplomas; es imprescindible observar la adecuada comprensión, el adecuado desempeño y el apoyo en el lugar de trabajo disponible para poder implementar lo aprendido.

Los líderes y los agentes sanitarios pueden coincidir en algunas actividades; pero sus roles no son iguales. El diseño tiene que estar alejado de los que pudieran aportar competencias clínicas a personas cuya actuación se base principalmente en hacer organización, comunicación o representación comunitaria (O'Donovan et al., 2018).

Schleiff et al. abordan selección, formación y educación continua como conocimientos integrados al sistema de salud, esta manera de pensar permite concebir no un taller inicial desde donde abrir continuidad en el aprendizaje y en el seguimiento, sino un trayecto desde la Enfermería que puede ayudar a desarrollar contenidos sobre comunicación, sobre identificación de necesidades y sobre rutas de atención, poniendo límites.

Los líderes necesitan saber en qué momento derivar, cómo

proteger la información y cómo pedir apoyo. La instrucción ha de incluir también: competencias para facilitar una reunión, abordar y tener capacidad de gestionar desacuerdos y rendir cuentas frente a las personas a las que representan (Schleiff et al., 2021).

La selección necesita la legitimidad y la apertura. El seleccionar a gente que ya ocupa puesto podría reproducir desigualdades de género, de edad o posición social. Hay que dar la posibilidad de acceder a las personas que recogen experiencias de cuidados, conocimientos del territorio y de la predisposición a cooperar, teniendo en cuenta barreras de tiempo y de movilidad.

A la vez, la construcción requiere repartir responsabilidades para que las mismas no sean una fuente de agotamiento, ni que dependa de una sola persona. El relevo, la formación entre los iguales o parecidos pueden contribuir a la continuidad, siempre que haya acompañamiento y que los procedimientos no dependiendo solo de la memoria o de las relaciones personales.

La evaluación podrá llevarse a cabo a partir de situaciones simuladas o de la observación de la actividad seguida de una retroalimentación respetuosa: un líder comunitario puede practicar la forma de acompañar a una persona hacia un servicio sin prometer nada, la forma de abordar una pregunta cuya respuesta se le escapa, entre otros. Se comprueba si también se dispone de materiales, contactos y reconocimiento que se acuerda.

Se revisan los recursos y los límites cuando aumentan las tareas. La comunidad no debe llegar a ser una prolongación gratuita del establecimiento y el compromiso voluntario de las partes no implica prescindir de la protección, el apoyo y el respeto por el tiempo

de las personas que participan. La formación de líderes comunitarios debe tener en cuenta funciones compartidas y las necesidades locales, diferenciando entre liderazgo social, orientación y responsabilidades clínicas.

Esta consideración organiza el análisis de la formación de líderes comunitarios, limitando primero el problema para después decidir qué información podría resultar útil. Una formulación útil debe servir para identificar situaciones específicas, comparar las explicaciones y prever qué respuesta quedaría conforme.

En Enfermería, el significado de líder comunitario alcanza su valor cuando permite dar cuenta de una trayectoria de cuidado que implica justificar elecciones. El concepto no debe caer en el uso sistemático donde se asimile la escucha o se cierre la valoración de forma anticipada. La interpretación mantiene así una explícita relación entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (O'Donovan et al., 2018).

Reconocimientos, supervisiones y circunstancias de participación ayudan a mantener la permanencia de las personas que hacen de nexo entre la comunidad y los servicios de la sociedad. Para retroceder esa relación se ha de atender a la secuencialidad de los sucesos. No basta con que se encuentren dos circunstancias que se sucedan juntas: es interesante averiguar de qué forma interrelacionan y qué otra serie de explicaciones pudieran ser también pertinentes.

Desde la participación con efectos comprobables, interesa encontrar el momento en que una respuesta puede cambiar el recorrido. El análisis debería dar cuenta de las restricciones y de las ayudas y huir de una lectura determinista. Dicha distinción habilita la

posibilidad de plantear acciones a la medida y no de vincularlo todo a una única condición social (Schleiff et al., 2021).

Es pertinente plantearse, qué tareas se prevén, cuáles son los límites que se necesitan y qué ayudas precisará quien toma el lugar de referente. Las preguntas se van añadiendo de modo gradual, explicando para qué sirven, respetando la decisión de no responder. La conversación en esta parte tiene que producir suficiente información para hacer un acuerdo de acción, no una exploración ilimitada de la vida privada ni de un plan de vida alejado de lo que se pretende.

También es conveniente ir contrastando lo comprendido por parte de la persona y apuntar en el registro aquellas incertidumbres que puedan aparecer. La lengua del registro debe ser descriptiva de circunstancias y apoyos, evitando juicios sobre motivación o carácter. Cuando aparecen prioridades diferentes entre el profesional y el usuario la negociación del plan forma parte del cuidado y no un obstáculo administrativo, si las prioridades son diferentes o la decisión sobre el plan no es fácil o no se obtiene el consenso esperado.

Como situación hipotética de aprendizaje se deberá analizar el caso siguiente: una lideresa recibe demandas de ayuda sobre problemas que van más allá de la formación de ella misma y la presión para darle una respuesta la lleva a resolver problemas donde la orientación profesional no tiene una vía rápida para ayudarla.

La conversación debe trabajar para separar hechos conocidos de interpretaciones de esos hechos y también de datos que faltan. Luego es el momento de identificar si la decisión que requiere una respuesta es la decisión que necesita tomarse en este mismo momento y cuáles son las que permanecerán, al menos en el corto

plazo, en suspenso o que pueden ser revisadas más adelante.

El caso no es el resultado de una investigación ni tampoco es la guía aplicable automáticamente a cada familia. Su utilidad reside en que permite ver cómo un acontecimiento corrido se transforma en sentido de una recomendación. Si se lo resuelve deben explicarse las razones de la elección de la opción alternativa y la información que podría obligar a reconsiderarla.

La formación podrá incluir límites, comunicación y criterios de consulta acompañada de una referencia sanitaria y de procedimientos sencillos de derivación. El paso de la orientación a un plan debería especificar quién ejecutará cada acción, qué sistema de apoyo requiere y cuándo se revisará el acuerdo. También es importante distinguir entre acción propia del equipo y acción que necesariamente depende de otra institución. Las expectativas deberían ajustarse a recursos que estén confirmados y a aquellas que puedan expresarse de quienes participan.

Si la primera solución no es viable, el seguimiento sirve para descubrir otra solución sin comprometer a la persona desde el principio. La documentación tiene que mostrar por qué y cómo, el compromiso que ha adoptado la persona y no ser simplemente una lista de actividades a realizar (O'Donovan et al., 2018).

Si se escoge a aquellos que tienen visibilidad, se puede agrupar poder y eliminar liderazgos de grupos poco visibilizados. Es un límite que lleva a anticipar consecuencias que pueden no tenerse en cuenta cuando solo se visibiliza el objetivo primario de la intervención. La revisión ética tiene que considerar la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y los riesgos de rectificación; en

especial hay que preguntarse si la propuesta incrementa los esfuerzos para personas que ya tienen peores restricciones. El identificar un riesgo no implica suspender toda la acción, sino comparar soluciones y optar por una alternativa proporcional.

La evaluación tiene que observar la capacidad de actuar en situaciones concretas, cómo solicitar apoyos y la distribución de las cargas, no solo la asistencia a la capacitación. La elección de los indicadores tiene que ser la respuesta a una pregunta puesta en forma de mejora y ha de seguir siendo suficientemente sencilla para mantenerla en el trabajo habitual. Cada medida requiere su definición, un tiempo y una fuente citada que se pueda comprender; si corresponde también requerirá numerador y denominador. Los cambios se han de dar en el contexto, el asunto de la pérdida del seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué es un resultado como el que ha aparecido. Devolverlo es comprensible para poder leer el plano y decidir qué se puede conservar, adaptar o investigar con mayor profundidad (O'Donovan et al., 2018).

1.7. Redes comunitarias de apoyo

Las redes implican, entre otros componentes, relaciones que brindan tanto apoyo emocional como apoyo informativo, ayuda material o la posibilidad de acompañar a alguien. Holt-Lunstad et al. llevaron a cabo un metaanálisis de una serie de estudios que llegaron a obtener relaciones entre las relaciones sociales y la supervivencia, el resultado del cual hace énfasis en la asociación entre ambas conductas y lo que estas entrañan, pero no llega a demostrar que formar cualquier grupo produzca una reducción de la mortalidad.

Es la calidad, la estabilidad y el significado de las relaciones lo que cuenta. La Enfermería puede ayudar a la persona demandante a explorar con quién tiene la posibilidad de contar y cuál es la ayuda

que realmente recibe. Lo que aquí se quiere subrayar es que el hecho de tener contactos no equivale a recibir 'apoyo' y que la mera convivencia con otras personas no significa ausencia de aislamiento (Holt-Lunstad et al., 2010).

Otro metaanálisis revisado de Holt-Lunstad et al. "Soledad y mortalidad", distingue soledad, aislamiento social, y vivir solo, unas variables que cuentan con una asociación con mortalidad. Son conceptos que guardan relación entre ellos, pero no son intercambiables. La soledad afecta a una experiencia subjetiva; el aislamiento hace referencia a vínculos sociales limitados; y vivir solo relaciona su propia situación de existencia a una situación residencial.

Con ello, se evidencia que la valoración debe contar con la consideración de las propias preferencias: vivir en soledad denota algunas veces que las personas valoran tener sus espacios de autonomía y que no quieren contactar. La intervención se produce cuando existe ya una necesidad reconocida y se desean las relaciones significativas evitando interponer la participación como condición para recibir el apoyo (Holt-Lunstad et al., 2015).

El fomento de redes puede incluir grupos de ayuda, acompañamiento a servicios, contacto entre cuidadores, y trabajo en red con las organizaciones. Antes de activar un vínculo se pregunta si es deseado y seguro. No todas las relaciones son necesariamente protectoras, dado que algunas generan conflicto, control o exposición de información.

El equipo puede ayudar a identificar alternativas e incluso a poner límites. También es conveniente evitar que las redes informales realicen tareas técnicas que no poseen la preparación adecuada. El apoyo comunitario es complementario con servicios y no debe sustituir a la atención profesional necesaria.

La sostenibilidad exige una coordinación simple, reglas de privacidad, mecanismos de resolución o salida de dificultades, y los gru-

pos pueden necesitar espacio, transporte o ayuda facilitadora. La evaluación debe incluir factores de continuidad, utilidad percibida y tamaño. En el caso de que la participación se vea reducida, se revisan horarios, facilitación de contenidos, relaciones interpersonales y la adecuada gestión de los costes antes de llegar a la conclusión de una eventual falta de interés.

La Enfermería podría servir para acompañar el inicio del procedimiento e ir favoreciendo la autonomía progresiva, merced a la trama de la relación establecida con los actores e instituciones. El objetivo es construir apoyos que sean sensibles a las necesidades de las personas y que sean flexibles para adaptarse a las transformaciones que se realicen a través de las personas o a través del propio territorio.

Una red de apoyo se define por relaciones que son utilizables y aceptadas y no por la cantidad de contactos o por pertenecer a asociaciones concretas. Esta especificación permite ter la organización y el análisis de las redes comunitarias de apoyo. Se parte de la delimitación del problema hasta llegar a la selección de la información relevante. La formulación aportada debe ir en la dirección del reconocimiento de las situaciones, del contraste de explicaciones formuladas y de la anticipación que se podría realizar a partir de qué respuesta ofrecer.

Para la Enfermería el concepto solo tendrá un sentido cuando le ayude a comprender la trayectoria de cuidado y a legitimar sus decisiones. De hecho, su empleo no se puede convertir en una etiqueta que sustituya la escucha o bien pueda extraer las conclusiones, estas son fruto habitual de la valoración general.

Una red de apoyo se puede considerar como un tipo de red que hace referencia a relaciones utilizables. No se puede quedar simplemente en el número de contactos o en pertenecer a organizaciones concretas. Esta apreciación precisa el marco del análisis de las redes comunitarias de apoyo, desde el planteamiento de la delimita-

ción del problema hasta el paso decidido hacia la información relevante. Una formulación válida no debería ser otra cosa que la que permita el reconocimiento de las situaciones, el contraste de las explicaciones hechas y la anticipación de lo que podría ser una respuesta válida.

Para la Enfermería solo tendría sentido cuando a la Enfermería le ayude a abordar la trayectoria de cuidado y a legitimar sus decisiones. De hecho, el empleo en esas posiciones no puede convertirse en una etiqueta que a partir de ese momento sustituya la escucha o bien, incluso, pueda extraer las conclusiones hasta tal punto que cierre la valoración en la que ya se encuentra. La interpretación mantiene así una marcada relación entre conocimiento, contexto y deber profesional (Holt-Lunstad et al., 2010).

Los vínculos pueden proporcionar compañía, información y ayuda práctica, pero pueden también ofrecer conflictos, control y cargas no deseadas por la persona. La reconstitución de esta relación debe hacerlo bien atendiendo el orden de los acontecimientos. No es suficiente encontrar dos circunstancias produciéndose a la vez, sino que es necesario también seguir su interrelación y qué otras explicaciones podrían entrar en juego.

Desde la participación con influencia verificable se pone el énfasis en averiguar en qué momento una respuesta puede cambiar el camino. La propuesta de análisis debe de encontrar las restricciones y los recursos de protección y parece excesivo acercarse a una lectura determinista. A partir de eso se puede abrir la vía a la propuesta de acciones mediadas sin afean los resultados a una única condición social (Holt-Lunstad et al., 2015).

Es conveniente preguntar a quién se acudiría ante una dificultad, qué ayuda pediría o qué contactos no querría tener caracterizados por una intervención de su cuidado. Las preguntas se incorporan dialécticamente, a partir de la explicación de la intención de la pregunta y del respeto por la decisión de no responder. La conversación

tiene que dar lugar a información suficiente para determinar una acción, no a un descubrimiento infinito de la vida sin importancia.

Al mismo tiempo se puede contrastar lo que se entiende con el interlocutor y registrar las dudas que existan. El lenguaje del registro ha de dar cuenta de las circunstancias o del soporte y no de la motivación o del carácter de la persona. Cuando hay prioridades distintas entre la persona profesional y la persona usuaria, el acuerdo del plan forma parte del cuidado y no es una traba administrativa.

Puede ser objeto de análisis el siguiente caso como situación hipotética de aprendizaje, en el sentido de que se trata de una persona que tiene una red de muchas personas familiares y solo es la vecina quien le da soporte cotidiano que la persona usuaria considera suficiente y compatible con su autonomía. El diálogo consiste en disentir entre hechos de los que se tiene noticia, interpretaciones y datos ignorados. Tras ello toca identificar qué decisión se ha de tomar ahora o bien qué decisión deja para luego. Lo que sigue no recoge los resultados de una investigación, tampoco se trata de un modelo que se pueda aplicar a todas las familias y de manera automática.

Su utilidad radica en mostrar cómo una circunstancia de la vida cotidiana puede dar otra lectura a una recomendación. Cuando se trata de resolverlo, se tiene que explicitar la elección que se ha tomado en relación con una de las muchas alternativas que se han encontrado, qué información se da por válida y qué información podría llegar a redundar en la necesidad de volver a dicha elección.

El plan de trabajo permite la elección de ese vínculo y la exploración de alternativas con el fin de evitar la dependencia de una sola persona, respetando, a su vez, el consentimiento y los límites. Para convertir esas orientaciones en un plan, se tiene que especificar quién hará cada tarea, a quién hay que enseñar cada tarea y cuándo se revisará el acuerdo. Se debe tener en cuenta, dada la discusión que ha surgido hasta ahora, la diferencia entre una acción determi-

nada y una gestión que depende de otra institución.

Se debe adaptar las expectativas a los recursos que se tienen confirmados y a las preferencias de a las que participan. En caso de que la primera alternativa no funcione, el seguimiento permite explorar la segunda alternativa sin que ello suponga la carga de una responsabilidad por parte de la persona.

La explicación que acompaña a la presencia de la bifurcación del camino que describe el poder de decidir, debe trasladar el procedimiento de razonamiento y los compromisos que ha implicado, no solo una lista de actividades (Holt-Lunstad et al., 2010). Prescribir participación social como obligación puede desatender preferencias, limitaciones para un desplazamiento físico o experiencias de aflicción dentro de determinados grupos. Este límite accede a forzar consecuencias que pueden pasar desapercibidas, con la sola mirada depositada en el propósito de la intervención.

La prueba ética ha de tener en cuenta privacidad, autonomía, distribución de cargas y posibilidad de corregir decisiones. En particular, viene bien preguntarse, si la propuesta aumenta esfuerzos y quienes son ya de por sí los que tienen restricciones. Identificar un riesgo no supone dejar de hacer, sino comparar alternativas y optar por una respuesta proporcionada.

La evaluación ha de considerar la utilidad percibida, la continuidad y la calidad de los apoyos, no asumiendo que, si aumentan los contactos, automáticamente disminuirán los riesgos. La búsqueda de indicadores, debe corresponder a una pregunta acerca de la mejora y ser lo suficientemente sencilla para configurarse y aplicarse en el marco del trabajo habitual. Se necesita una definición, un periodo, una fuente que la apoye, y cuando toque también el numerador y denominador.

Conjuntamente a la interpretación de los cambios es neces-

rio un contexto, las pérdidas de seguimiento, la experiencia de las personas, etc. Un número solo no da explicación alguna del motivo que ha dado pie a una serie de resultados. La devolución comprensible es la que permite revisar el plan y decidir cuál es la intervención a mantener, a adaptar o la que aquí sería interesante profundizar (Holt-Lunstad et al., 2010).

1.8. El fortalecimiento de las capacidades comunitarias

Goodman et al. (1998) proponen dimensiones de capacidad como la participación, el liderazgo, las habilidades, los recursos, las redes, el conocimiento de una historia, la reflexión crítica, etc. Esa propuesta se indicia del hecho de que la capacidad no sería solo en personas capaces, sino que también depende de las relaciones existentes, de las condiciones existentes, de la posibilidad de actuar en conjunto.

Para la Enfermería, lo que ha de hacer la parte del diagnóstico es la de obtener las fortalezas que ya existen antes de introducir estructuras nuevas. El fortalecimiento de la comunidad puede establecerse mediante un conjunto de objetivos progresivos, los cuales pueden ser los siguientes: lograr una mejora en la coordinación, facilitar el uso de la información o aumentar la participación o gestionar un recurso. Cada objetivo precisará a su vez de una actividad y de una forma de observar el avance.

Una organización con experiencia agrícola, en educación o en el cuidado puede aportar capacidades importantes incluso sin usar ese lenguaje sanitario o sin estar en el registro habitual del establecimiento (Goodman et al., 1998). El programa Be Active Eat Well, tal como estudian Sanigorski et al. con un diseño cuasi-experimental, es un ejemplo de fortalecimiento comunitario en el contexto de la alimentación y la actividad física infantil que da cuenta de posibilidades de intervención sin incrementar determinadas desigualdades en condiciones estudiadas. La interpretación de estos datos tiene que ser

realizada teniendo en consideración la falta de aleatorización y las características locales. Su valía en Enfermería estaría en visibilizar cómo pueden incluir entornos y capacidades más allá de los mensajes para los niños y sus familias (Sanigorski et al., 2008).

La comunidad debe participar en la evaluación, de lo contrario la capacidad solo quedaría definida de acuerdo a criterios externos. También interesa poder reconocer aprendizajes que no aparecen inmediatamente en indicadores clínicos, como podría ser la mayor posibilidad de negociar con las instituciones o de resolver desacuerdos. Estos resultados intermedios pueden ser importantes, aunque no deben ser confundidos con la evidencia directa de mayor salud.

La relación con el servicio debe dar lugar a continuidad, a reciprocidad. El establecimiento recibe conocimiento territorial y ayuda para identificar necesidades; la comunidad recibe información, respuesta y acceso a recursos de acuerdo a competencias; esta reciprocidad debe ir acompañada de compromisos explícitos que eviten el extractivismo de tiempo y de experiencias. Cuando la finalización de un proyecto se produce, ya toca entregar resultados, materiales y acuerdos de continuidad. La capacidad comunitaria se hace más potente si las personas conservan herramientas y vínculos útiles y si la institución altera sus prácticas desde lo aprendido en conjunto.

Las capacidades comunitarias abarcan la organización, el liderazgo, los conocimientos, los recursos y la posibilidad de mantener las acciones; no son únicamente competencias individuales. Esta precisión permite la organización de los análisis de fortalecimiento de capacidades comunitarias: primero, delimitar el problema y, posteriormente, decidir qué información es útil. Una formulación adecuada permite identificar situaciones concretas, realizar comparaciones explicativas, anticipar qué respuesta sería coherente.

En el caso de la Enfermería, el término se justifica cuando es

valioso para entender una trayectoria de cuidados, para justificar las decisiones. No se debe transformar la utilización del término en un rótulo que sea el que sustituya la escucha o lo cierre, prematuramente, en la valoración. La interpretación conserva, así, una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Goodman et al., 1998).

La acumulación de experiencias y la relación con las instituciones pueden permitir a las personas y a las comunidades respuestas colectivas, siempre y cuando haya condiciones para generar participación y renovar responsabilidades. Reconstruir la relación supone tener en cuenta el orden temporal de los sucesos. No solo se trata de encontrar a la vez dos circunstancias, sino indagar cómo se relacionan entre sí y qué otras explicaciones podrían ser consideradas.

Desde la aportación junto con algún tipo de influencia constatable, se busca el lugar donde una respuesta puede cambiar el camino, atendiendo a cómo reconocer tanto las constricciones como los recursos sentidos en relación a posibles protecciones, evitando así una lectura determinista. Dicho contraste permite proponer acciones proporcionadas sin que se le pueda atribuir a una única condición social cada uno de los resultados (Sanigorski et al., 2008).

Resulta interesante localizar qué sabe hacer la comunidad, qué recursos controla y qué dificultades impiden poner en juego o ampliar esas capacidades. Estas preguntas se van incorporando paulatinamente y explicando para qué valen, sin perder de vista la posibilidad de no responder. La conversación debe propiciar información suficiente para determinar una acción, no ser una exploración indefinida de la vida privada.

También conviene contrastar con la persona lo que se percibe y, cuando surjan, registrar las incertidumbres que puedan presentarse. El registro del lenguaje tendente ha de plasmar circunstancial

y apoyos, huyendo de cualquier juicio valorativo sobre motivaciones o características de las personas. A la vez, en situaciones donde emergen distintas prioridades entre el profesional y el usuario, la negociación de un plan se convierte en práctica de cuidados y no un impedimento burocrático.

A modo de situación hipotética para el aprendizaje se puede realizar el siguiente comentario de caso: Un grupo quiere organizar un apoyo alimentario, pero únicamente se basa en una persona para los contactos y el registro, lo que hace peligrar la continuidad del apoyo alimentario cuando dicha persona se ausenta. La discusión ha de hacer una separación entre hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan. Después es el momento de evidenciar qué decisión ha de tomarse ya y cuáles han de ser revisadas posteriormente.0

El caso referenciado no se concreta en los resultados de una investigación, y no se transforma en una guía que se pueda poner en marcha de forma automática para todas las familias en situación de exclusión social. Su utilidad radica en la forma en la que algo cotidiano altera el sentido de una recomendación. Para resolverlo, conviene que explique por qué escoge la alternativa y qué información podría precisar reconsiderarla.

El fortalecimiento puede dividir tareas, documentar procedimientos, preparar relevo, sentar la base de decisiones comunes y conexiones con recursos institucionales. Para llevar esta orientación a la práctica, habrá que definir quién asume cada una de las tareas, qué apoyo necesita y cuándo se evaluará el convenio. Es importante así mismo distinguir entre una acción propia del equipo y la gestión de una acción que dependa de otra institución.

Las expectativas deben limitarse a recursos asegurados y a preferencias de las personas que se involucran. Si no funciona la primera alternativa, el seguimiento permite argumentar sobre otra alternativa sin eludir las responsabilidades a la persona. Los documentos deben dar cuenta del razonamiento y de los compromi-

sos que se han asumido, no solo de un listado de actividades (Goodman et al., 1998).

La interpretación que dan las capacidades locales para justificar la desprogramación de servicios puede convertir la participación en un esfuerzo que no se reconoce y aumentar de esta manera las desigualdades. Este límite obliga a anticipar efectos potenciales que pueden pasar desapercibidos cuando solo se ve el objetivo práctico de la intervención. Deben exigirse, por lo tanto, revisiones éticas a partir de la consideración de la privacidad, la autonomía, de la distribución de las cargas y de la posibilidad de corregir aquellas decisiones.

En particular conviene preguntarse si la propuesta añade esfuerzos a los que ya soportan más restricciones. Reconocer un riesgo no quiere decir que no se pueda hacer nada, sino que las alternativas entre las cuales se hace la elección sean consideradas y se elija una respuesta proporcionada a las necesidades y expectativas de los participantes.

La evaluación tiene que observar la autonomía organizacional, la diversidad en la participación y la continuidad, además de los productos visibles o el número de actividades realizadas. La selección de los indicadores tiene que producirse a partir de la pregunta de mejora y ser lo suficientemente sencilla para ser utilizada a lo largo del trabajo habitual. Cualquier medida necesita una definición, además de un período, y de una fuente identificable; si corresponde, también necesita un numerador y un denominador.

Los cambios deben ser interpretados en el contexto, así como las pérdidas de seguimiento, y la experiencia de las personas. Por otra parte, una cifra no explica la causa por la cual se dio un resultado. Una devolución comprensible para el grupo permite revisar el cronograma y decidir, en consecuencia, qué hay que seguir manteniendo, qué hay que adaptar y qué hay que investigar (Goodman et al., 1998).



CAPÍTULO II:

**INTERSECTORIALIDAD Y REDES
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL**

Las necesidades sociales raras veces coinciden con los límites administrativos de una institución. La posibilidad de acceso a salud puede depender del transporte, de la educación, de la vivienda o de la protección social y, por lo tanto, la respuesta a los problemas sociales requerirá elección o coordinación. Así, este capítulo tiene como objetivo mostrar cómo construir acuerdos que den lugar a continuidad y a resultados en un tiempo determinado.

La intersectorialidad no consiste solamente en juntar a un conjunto de representantes: se necesitan también objetivos compartidos, responsabilidades, la existencia de recursos y mecanismos de revisión. La Enfermería puede aportar cumplir con el conocimiento territorial y el seguimiento de las personas y de la comunidad, pero reconociendo que cada actor posee competencias y la obligación de mantenerlas identificadas claramente.

2.1. Intersectorialidad en salud

La intersectorialidad expresa conexiones entre decisiones y actuaciones pertenecientes a diferentes sectores sociales que tienen la finalidad de hacer frente a un único objetivo, un problema común. Corbin et al. de investigación hicieran afinaciones respecto a los componentes de las Alianzas funcionales aquellos como misión compartida, confianza, comunicación, equilibrio en los recursos o principios necesarios para la creación del grupo de trabajo.

Estos procesos exigen mantenimiento, pero a la vez es necesario un nivel de actividad mucho más cercano a esa visibilidad requerida por las actividades. Un pacto explícito basado en convenios puede fracasar si sus miembros no comparten el mismo objetivo o bien si al menos uno de los integrantes espera que el actor otro de la alianza asuma el coste correspondiente a dicho acuerdo (Corbin et al., 2018).

Ndumbe-Eyoh y Moffatt (2013) identifican escasa y heterogénea evidencia sobre los efectos de la acción intersectorial en la equidad, siendo la escasez de evaluaciones claves en este aspecto que no contradice, sino que, solo asegura la incapacidad de presentar esta alianza como efectiva y positiva. El tener la preparación de la capacidad para poder hacerlo transformarán un acuerdo en un producto administrativo, deberá el propio y seguir una meta clara y observar los resultados de verdad asumibles. Se tendrá que evaluar entonces si los acuerdos se ejecutan, a quiénes benefician, qué tipo de recursos se utilizan, así como el tiempo y los logros que se alcanzan (Ndumbe-Eyoh & Moffatt, 2013).

El punto de partida podría ser abordar un problema acotado como por ejemplo los trastornos provocados por traslados fallidos o los trastornos escolares vinculados con el cuidado. Desde este punto de partida las personas implicadas identifican qué parte del problema pueden resolver y qué parte requiere de decisiones autorizadas por instancias superiores. Un plan de acción sencillo definirá quién es el responsable, qué plazo de tiempo se asigna y cómo se recogerá la evidencia del cumplimiento. Se favorece la coordinación cuando hay un interlocutor definido y un mecanismo de sustituciones.

También es conveniente acordar la manera mediante la cual se pueden resolver los desacuerdos y la manera como se podrá compartir la información, de esta forma se evita que la colaboración quede sometida a la lógica de contactar informalmente o a la exposición innecesaria de datos personales. Trabajar una meta común requiere un proceso que reconozca las prioridades de cada uno de los sectores y la perspectiva comunitaria. Al tiempo que debe permitir que las personas conozcan los avances y reconozcan las barreras que persisten.

La intersectorialidad se define como la articulación de decisiones de sectores distintos en torno a un problema en común; no

se trata de una mera reunión institucional desprovista de la búsqueda de alcanzar un propósito operativo. Precisamente esta definición organiza la comprensión de la intersectorialidad en salud: primero hay que establecer la naturaleza del problema y, una vez realizado ello, decidir el tipo de información que resulta interesante.

Una definición adecuada tiene que permitir, a partir de una situación concreta, el describir, comparar las explicaciones y proyectar cómo será la respuesta coherente. En lo que respecta a Enfermería, el concepto cobra importancia ya que permite entender un recorrido de cuidado y ayudar a argumentar decisiones. Su utilización no debe significar el uso de una etiqueta que sustituya la escucha o cierre la valoración. De este modo, la interpretación, aun preservando la referencia entre el conocimiento, el contexto y la propia responsabilidad profesional (Corbin et al., 2018).

Las necesidades de salud se pueden determinar, así, mediante: transporte, vivienda, educación o protección social, cuyas normas y recursos se decide fuera del ámbito de lo sanitario. Reconstruir, por lo tanto, la relación obligará a incluir la cronología de los acontecimientos. No es suficiente hallar dos circunstancias simultáneamente: es preciso indagar en qué consisten sus relaciones e indagar qué otras explicaciones pueden encuadrarse. Desde el análisis en clave de coordinación intersectorial, hay un interés por señalar el punto en el que la respuesta puede modificar el itinerario. El análisis intersectorial debe contemplar restricciones y recursos protectores y evitar una lectura determinista, el que una descripción sencilla permita proponer acciones de igual manera a otra condición social, es decir, sin aplicar todo/parte cada una condición social (Ndumbe-Eyoh & Moffatt, 2013).

Es bueno preguntar qué parte del problema puede modificar cada actor y qué incentivo o responsabilidad mantiene su participación. Estas preguntas van incorporándose a un ritmo determinado,

explicando su sentido y el respeto a la decisión de no responder. La conversación debe producir la suficiente información como para acordar una acción y no una indefinida exploración de la vida privada.

También es conveniente contrastar lo que se ha interiorizado con la persona y formular las dudas que, si las hay, se tenga a identificar. El lenguaje del registro ha de estar orientado a la descripción de circunstancias y apoyos, evitando enjuiciar la motivación o el carácter. Cuando emergen prioridades diferentes entre la profesional y el usuario, la negociación del plan sería una parte del cuidado, y no una traba o un obstáculo administrativo.

En forma de situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente ejemplo: Un territorio identifica ausencias a los controles asociadas al transporte; salud puede ajustar horarios, pero precisa ir a hablar con los que organizan la movilidad local. La discusión debe disociar lo que se sabe, lo que se interpreta y lo que falta. Luego ha de venir la tarea de acordar qué decisión ha de tomarse ahora y cuáles han de revisarse posteriormente. El caso no es el resultado de ninguna investigación ni un protocolo que pueda ser aplicado automáticamente a todas las familias.

Su validez reside en mostrar cómo, en situaciones cotidianas, el sentido de una recomendación se pone en cuestión. La resolución tiene por sentido mostrar por qué se elige una alternativa y qué información podría hacer que una decisión de esta naturaleza volviera a ser reconsiderada. El acuerdo debe ofrecer una mejora precisa, responsables, recursos y formas de comprobar su ejecución, evitando llegar a buenos compromisos imposibles de cumplir. La manera de dar convertibilidad a esta orientación es ofrecer respuestas más concretas como: ¿quién se hará cargo de cada actividad?, ¿qué tipo de apoyo necesitan? y ¿cuándo se revisará el acuerdo alcanzado?

Resulta interesante diferenciar entre una acción de un equipo que forma parte de una gestión propia o en el que, por el contrario,

depende necesariamente de otra institución. Las expectativas tienen que estar en consonancia con los recursos que ofrecen y lo que resulta deseado por los integrantes de la acción. Si la primera opción no se puede garantizar, el seguimiento da la oportunidad de explorar una segunda opción y esto no le compromete a la persona de manera automática. La documentación tiene que ser la práctica que para éste desprenda las razones y los compromisos en los que se ha asumido y no solo, una mera relación de actividades necesarias.

Las diferencias de poder pueden conducir a que un sector imponga su propia agenda o a que las organizaciones comunitarias acepten realizar tareas para mejorar el desempeño, uso de recursos y de la toma de decisiones. Este límite obliga a trabajar en previsiones de consecuencias que pueden pasar desapercibidas si tan solo uno se centra en el objetivo de intervención principal. La revisión ética debe tener en cuenta la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas, la posibilidad de corregir decisiones; en particular, es conveniente preguntarse si la propuesta se propone aumentar esfuerzos para aquellos que ya tienen más restricción.

Identificar un riesgo no equivale a paralizar toda acción (pues se requiere acudir a la práctica de comparación de las alternativas y a la elección de respuestas proporcionadas). La evaluación debe distinguir la forma de funcionamiento de la alianza y los resultados para la población, pues firmar un convenio no garantiza mejorar el acceso. La selección de indicadores debe dar respuesta a una pregunta de mejora y ser lo suficientemente sencilla como para poder ser utilizada en el trabajo habitual.

Cada medida debe recoger una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando así se estipule, también necesita poseer numerador y denominador. Los cambios explicativos deben ser situados en un contexto, ser sopesados por la pérdida de seguimiento, ser valorados por la experiencia de las personas. La cifra aislada no es

capaz de explicar la razón de por qué se ha producido un resultado. La entrega comprensiva permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o investigar intensamente (Corbin et al., 2018).

2.2. Trabajo interdisciplinario

El trabajo en equipo interdisciplinario no es solo la simple suma de las intervenciones incorporando decisiones colaborativas, sino que el trabajo interdisciplinario requiere la integración de las decisiones con los conocimientos. La revisión Cochrane realizada por Reeves et al. mostró que los efectos de las intervenciones de colaboración interprofesional cuentan con una baja o muy baja calidad de evidencia, lo que obliga a evaluar los procesos locales y no a suponer que la celebración de una reunión de equipo estimula los resultados.

La Enfermería, la medicina, el trabajo social, la nutrición y la emergente colaboración de otras profesiones que participan en estos contextos requieren integrar funciones y límites, compartir los objetivos y organizar una comunicación que evite la inclusión de indicaciones contradictorias (Reeves et al., 2017).

Los autores Schot et al. las describen como contribuciones profesionales que permiten conectar espacios separados, negociar las superposiciones y crear espacios de colaboración por sí mismos. Estas prácticas suelen ser poco visibles, aunque sostienen -de un modo u otro- la continuidad de la atención. La Enfermería puede identificar que una persona ha recibido recomendaciones diversas que son incompatibles con su situación y puede facilitar la revisión y discusión conjuntamente.

Para que esas contribuciones tengan sentido, el equipo necesita tener accesibles los canales de consulta y una cultura en donde las dudas puedan plantearse sin miedo a la sanción. El reco-

nocimiento mutuo es un resultado de la toma de decisiones compartidas y de un reconocimiento del conocimiento propio de cada una de las profesiones (Schot et al., 2020).

La discusión de casos específicos debe centrarse en aquellos problemas que exigen integración. Un resumen adaptado es el que intensamente recoge la situación clínica, las barreras sociales, las preferencias y las decisiones pendientes, incluso, la propia persona se encuentra implicada directamente si puede ser o, de lo contrario, sus prioridades tienen que ser recogidas tal cual.

La reunión finaliza una vez se han alcanzado los acuerdos, se han definido los responsables y se ha fijado la fecha de revisión. Sin embargo, si no se cierran tan bien los acuerdos, es capaz que se hace un intercambio de información que no va más allá de la boca, y tampoco se tendrán en cuenta detalles de información sensible, que darán valor al trabajo si no ayudan a la decisión, y siempre se utilizarán espacios que corresponden o registros reconocidos.

En cuanto a la existencia de desacuerdos, ellos deben tener un procedimiento claro. No todas las diferencias se resuelven de un punto de vista jerárquico; hay algunas que son el resultado de tener una información incompleta, por ejemplo, o son resultado de tener valores diferentes. El equipo tiene que explicitar los argumentos que se han producido, tiene que intentar y/o considerar la preferencia de la persona siempre y cuando pueda ser lo que, además, evidentemente, permita entregar la seguridad, y cuando la toma de decisiones involucra habilidades que no son las propias, esta consulta se dirige al lugar correspondiente.

La interdisciplinariedad no elimina la responsabilidad personal ni convierte en anónimas las decisiones adoptadas, sino que, al contrario, permite saber quién es el que lleva a cabo cada acto y de qué forma se mantiene la continuidad cuando un profesional cambia de guardia o deja de prestar servicio. El trabajo interdisciplinar añade

las diferentes visiones de los diferentes profesionales para aprobar decisiones comunes y consensuadas.

Mantiene las responsabilidades profesionales evitando la simple suma de intervenciones paralelas. Esta precisión irá organizando el análisis del trabajo interdisciplinar, en el sentido de que primero delimitar el problema y luego opta por qué información es importante. La formulación debe ser funcional y debe permitir el reconocimiento de situaciones concretas, la comparación entre explicaciones, y la anticipación de qué respuesta puede ser pertinente.

En Enfermería el concepto toma valor en la medida que ayuda a entender un recorrido de cuidados y a poder justificar decisiones. Su uso no debe transformarse en un "epíteto" que sustituya a la "escucha" o acorte de forma prematura la "valoración". La interpretación mantiene, por lo tanto, una relación explícita entre saber, contexto y responsabilidad profesional (Reeves et al., 2017).

Discrepancias entre los propios planes, o bien las respuestas en forma de información fragmentada, pueden incrementar la carga de atención y obligar a la persona a tener que lucubrar sobre desacuerdos que necesariamente deben entrelazarse. La reconstrucción de esta relación implica tener en cuenta el orden cronológico de los acontecimientos.

No basta con encontrar dos circunstancias repetidas al mismo tiempo, sino que se debe prestar atención a las conexiones y a otras explicaciones que pueden entrar en juego. Desde la coordinación intersectorial, se vinculan motivaciones con conocimientos, y eso resulta interesante para identificar en qué punto una respuesta puede modificar la trayectoria.

La reflexión siempre debe incluir restricciones y recursos protectores y evitar un análisis determinista. Este sentido permite extraer las acciones que se consideren aditivas y solamente proporcionales

y denota la imposibilidad de responsabilizar a una sola condición social de los resultados de la práctica social (Schot et al., 2020).

Es conveniente que, a esas preguntas, se les adhiera qué decisión requiere ser integrada, qué información aporta cada disciplina y quién puede coordinar el seguimiento del acuerdo. De esta manera, esas preguntas aparecen de una manera gradual, explicando su propósito y manteniendo la decisión de no responder. La conversación que se produzca debe proporcionar suficiente información para acordar una acción y no una ilimitada exploración de la vida privada.

También es conveniente contrastar lo comprendido con la persona y registrar las incertidumbres que puedan existir. El lenguaje del registro ha de describir circunstancias y apoyos, evitando juicios sobre lo que funciona o no funciona por motivos de carácter. Cuando existen prioridades diferentes entre el profesional y el usuario, la negociación del plan entra en línea con el cuidado, no constituyendo un obstáculo administrativo en este sentido.

Puede analizarse la siguiente situación hipotética de aprendizaje: Una persona se ve obligada a recibir orientaciones que son incompatibles con su rutina diaria y nadie ha valorado el conjunto de orientaciones que se han tenido de parte de diferentes servicios; la discusión ha de separar hechos considerados como tales, interpretaciones y datos que faltan. La pregunta que aparecerá a continuación será la de qué decisión debe tomarse aquí y ahora, y cuáles necesitan ser reconsideradas posteriormente.

El caso que se ha mostrado no expresa todos los resultados de la investigación de campo, sino que es una pauta y un pronóstico de lo que ha de considerarse una posible línea de trabajo a seguir. Su interés reside en mostrar cuál puede ser el sentido de una recomendación susceptible de verse alterado por las circunstancias cotidianas. Al resolverlo, es conveniente aclarar el porqué de la elección de una alternativa y qué información podría hacer que se precisara

reconsiderar la elección.

El grupo puede limitarse a hacer una breve revisión centrada en los objetivos de la persona, a aclarar las prioridades y a dar lugar a comunicar un proyecto consistente. Para convertir esta orientación en plan, el grupo deberá concretar quién va a hacer qué, así como el tipo de apoyo que puede necesitar y cuándo se llevará a cabo la revisión del acuerdo alcanzado. Es importante diferenciar entre una acción que puede llevar a cabo el equipo en su conjunto y una gestión que deberá ser ejecutada por otra institución. Las expectativas deben calibrarse por los recursos confirmados y por las preferencias de los implicados. Y si la primera alternativa no es factible, el seguimiento permite evitar recurrir a la otra alternativa automáticamente en la relación de responsabilidades de la persona. La documentación ha de permitir mostrar el razonamiento y los compromisos, y no una lista de actividades (Reeves et al., 2017).

La colaboración no es la que elimina límites de competencia ni la que permite compartir toda la historia sin tener presente ni la pertinencia ni la protección de datos. Este límite obliga a prever consecuencias que pueden pasar desapercibidas si solo se contempla el objetivo de la intervención. La revisión ética ha de prever privacidad, autonomía, distribución de cargas, la posibilidad de revisar decisiones. En concreto, la pregunta es si la propuesta incrementa esfuerzos para los que ya tienen mayores limitaciones. Identificar un riesgo no significa suspender la acción alternativa, sino contrastar alternativas y elegir una respuesta proporcionada.

La evaluación puede contemplar la coherencia del plan, la continuidad, la resolución de desacuerdos, además de las reuniones y las interconsultas llevadas a cabo. La selección de los indicadores ha de responder a una pregunta de mejora y ha de ser lo suficientemente sencilla como para ser tenida en cuenta cuando se trabaja de forma habitual. Cada medida ha de tener una definición, un período y una

fuente reconocible; cuando hace falta también, un numerador y un denominador. Los cambios han de ser interpretados en el contexto de las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra sola no es capaz de explicar por qué se ha dado un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, modificar o investigar más (Reeves et al., 2017).

2.3. Articulación entre salud y educación

Las escuelas son lugares donde se vincula aprendizaje, bienestar y contexto. La revisión que Langford et al. realizaron sobre las escuelas promotoras de salud encuentra efectos favorables (pero pequeños) en algunos resultados e insuficientes resultados para otros. Una adecuada colaboración implica currículo, clima escolar y relación con las familias. No consiste en charlas ocasionales, ni se pueden diluir beneficios generales en cualquier actividad. La Enfermería participa a partir de la valoración, la enseñanza y la conexión con servicios, hasta el punto incluso que el sector educativo también participa en las decisiones (Langford et al., 2015).

Keshavarz et al. proponen las escuelas como sistemas sociales complejos, con dinámicas propias que han de ser tenidas en cuenta para la implementación, desde ahí deriva que un programa idéntico puede ser implementado y desarrollar historias diferentes entre organizaciones y centros. La planificación ha de contemplar horarios, carga docente, recursos y cultura organizativa; la incorporación de actividades sin conexión puede producir saturación. El consenso debe detallar un problema general y elegir elementos que coincidan con el entorno escolar, sin penetrar en el aula desplazando la asistencia clínica, la cual requiere contenidos y ayuda (Keshavarz et al., 2010).

La articulación podría incluir violencia, alimentación, salud mental, el acceso a la salud; los circuitos de derivación requieren bue-

nos criterios, confidencialidad, la participación de estudiantes (según corresponda) y de las familias. La información respecto a la salud no debe circular de modo indiscriminado mediante personas de la escuela. La atención se facilita -también los apoyos- para remediar a quien puede surgir la necesidad, no para etiquetar al estudiante. Las enfermeras pueden ayudar a distinguir las demandas que precisan consulta de las que requieren un enfoque mediante estrategias educativas y de la convivencia.

La evaluación no debe limitarse a las actividades realizadas, sino que debe atender al cambio, la posibilidad de acceso, el bienestar y también al entorno. Resulta de interés observar las personas que quedan fuera por absentismo, limitación e incluso por barreras lingüísticas. Las familias requieren vías para articular sus dificultades y poder poner en entredicho las propuestas. La coordinación se potencia en la medida en que garantice una continuidad entre períodos escolares y mecanismos de revisión. Un programa no se puede dar por terminado porque hay una persona de contacto que ha cambiado. La documentación de procedimientos y la formación de más de un referente hacen que los acordados se mantengan sin depender exclusivamente de las relaciones personales.

La articulación de la salud con la educación incluye a la escuela como ámbito de poder aprender y convivir y no solo para campañas sanitarias. Esta precisión organiza el análisis de articulación salud-educación: primero se acota el problema y después se decide qué es lo relevante. Una formulación útil debe permitir reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones y predecir qué respuesta sería coherente. En Enfermería el concepto obtiene un peso importante cuando ayuda a comprender una trayectoria de cuidado y a justificar cuál haya sido la decisión. Su uso no debe convertirse en una etiqueta que sustituya a la escucha ni que conculque la valoración prematuramente. De este modo, la interpretación de esta relación establece una relación manifiesta entre, aprendizaje, contexto

y responsabilidad profesional (Langford et al., 2015).

Asistir, alimentarse, ser bien atendido o poder acceder a apoyos pueden guardar relación con determinadas condiciones escolares y, a la vez, también familiares que exigen soluciones coordinadas. Reconstruir esta relación exige tener en cuenta el orden temporal de ciertas circunstancias de modo que no es suficiente con encontrar dos circunstancias que ocurren a la vez, sino que se deben explorar cómo se articulan y qué otras explicaciones pueden interponerse. Desde la coordinación intersectorial vale la pena identificar el instante en el que, a partir de una respuesta, puede cambiar el itinerario. El análisis debe guardar en cuenta ciertos condicionantes como recursos protectores y no incurrir en una lectura determinista. Esta metodología permite proporcionar acciones necesarias sin trasladar los resultados y/o las consecuencias a una única condición social (Keshavarz et al., 2010).

Es importante preguntarse qué necesidades expresan estudiantes, familias y docentes, y qué acciones son compatibles con la dinámica educativa. Dichas preguntas se incorporarán poco a poco, aclarando su razón de ser y respetando, se entenderá, su decisión de no contestar. La conversación debe generar información suficiente para poder acordar una acción, no para realizar una infinita exploración de la vida privada. También sería recomendable contrastar lo entendido con la persona y dar registro de las incertidumbres si se producen. El lenguaje del registro deberá describir las situaciones y apoyos, pero no emitir juicios sobre la motivación o el carácter. Si las prioridades son diferentes entre el profesional y la persona, el acuerdo del plan forma parte del cuidado, no el impedimento administrativo.

Un caso a tratar en el que se produce la situación hipotética de aprendizaje podría ser el siguiente: Una escuela detecta ausencias frecuentes, pero que entre las razones también puede haber el cui-

dado de familiares, los problemas de desplazamientos y las barreras del acceso a la atención. El debate tiene que irse separando hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan. Posteriormente tocaría ver qué decisión se ejecuta y cuáles son las que hay que revisar cuando haya pasado un tiempo. El caso no representa los resultados de una investigación ni es una guía que se pueda aplicar automáticamente a toda familia.

Su utilidad consiste en mostrar cómo una situación cotidiana altera el significado de una recomendación. Al resolverlo conviene explicar por qué se elige una determinada alternativa y qué información hace necesaria su reconsideración. El acuerdo puede establecer la orientación y los caminos de apoyo, con participación de los estudiantes y con verdad en la información, sin tener que emitir un diagnóstico desde la escuela. Para que esta orientación devenga un plan hay que definir quién se encargará de qué pauta, qué apoyo se requiere en cada caso y cuándo se revisará el acuerdo.

El equipo tiene que diferenciar de un lado la acción propia de aquel de uno que depende de la otra institución. Las expectativas han de ajustarse a los recursos confirmados y a las preferencias de quien participa. Si no funciona la primera opción de determinación de seguimiento, se llega a la segunda posibilidad sin tener que responsabilizar a la persona que pierde el control. La documentación tiene que reflejar los razonamientos, los compromisos contraídos, etc., no solo una lista de tareas (Langford et al., 2015).

Delegar las tareas clínicas al profesorado o hacer la transmisión de la información sanitaria sin necesidad puede provocar sobrecarga y perjudicar la confianza de las familias. El límite provoca la anticipación de las consecuencias que pueden pasar desapercibidas solo por observar el objetivo sino la finalidad de la intervención. La revisión ética has de atender a la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de ensayo en la compensación

de las decisiones. Tiene sentido preguntarse si la propuesta podría facilitar la propensión de esfuerzos en quienes ya incorporan mayor probabilidad de compromiso. Identificar el riesgo no quiere decir que haya que suspender toda acción, sino que hay que comparar las alternativas y seleccionar la respuesta correspondiente a la situación.

La evaluación tiene que ir a observar el acceso a los apoyos y el cambio de las condiciones relevantes y diferenciar esos resultados de la cantidad de charlas que se hayan impartido. La selección de los indicadores ha de responder a una pregunta de mejora y tiene que mantener una manera suficientemente sencilla para que pueda ser utilizada en el trabajo habitual.

Cada medida tiene que ir acompañada de una definición, de un espacio y de una fuente identificable, cuando toca también es de tener numerador y denominador. Las modificaciones han de ser explicadas y van acompañadas del contexto, de las pérdidas de seguimiento y del conocimiento de las personas. Una cifra aislada no explica la razón que trajo un resultado. Una devolución comprensible permite revisar el plan, decidir lo que conviene mantener, con lo que se quiere adaptar y lo que se quiere investigar más profundamente (Langford et al., 2015).

2.4. Articulación con servicios sociales

La conexión con servicios comunitarios puede responder a la existencia de problemas de: ingreso, alimentación, vivienda, cuidado. La revisión de Bickerdike et al. (2017) relativa a la prescripción social indica que existen evaluaciones en este sentido con limitaciones en su relación de tipo metodológico muy destacadas. Estas lecciones advertían de la necesidad de actuar con cautela ante afirmaciones de ahorro o de mejora general. Derivar a una actividad comunitaria no es sinónimo de resolución de una necesidad social. El hecho de que una persona tenga una experiencia positiva no indica que haya

evidencia de efectividad poblacional. La Enfermería deberá concretar qué espacio de apoyo se ofrece y cómo se podrá comprobar su oportunidad y su acceso (Bickerdike et al., 2017).

Husk et al. mediante la revisión realista, también destacan que la derivación haya tenido sentido para la persona, haya sido aceptable y acudido a la actividad que sea posible de realizar efectivamente. El acompañamiento del inicio puede ayudar, pero los mecanismos varían. A nivel práctico es recomendable explorar expectativas y obstáculos antes de remitir información. La articulación es buena cuando el servicio que hace la recepción conoce la necesidad y puede reconfirmar su desenvolvimiento. Una relación amplia de recursos resulta menos eficaz que una conexión concreta con una alternativa que se considere adecuada (Husk et al., 2020).

El directorio territorial debe incorporar contacto, población objetivo, requisitos, horarios de atención y fecha de actualización. Debe hacer constar los límites de capacidad y el procedimiento para la atención en caso de urgencias. Enfermería puede mantener la información básica y la coordinación con los responsables de la prestación de servicios. La evaluación de la elegibilidad corresponde a la institución responsable. Darse por hecho que una opción está garantizada sin comprobar los requisitos puede dar lugar a frustración y a costes. La comunicación debe establecer las diferencias entre orientar, solicitar, coordinar y confirmar, puesto que cada una de estas acciones tiene un alcance distinto.

La derivación se da por concluida cuando existe una respuesta conocida, incluso en forma de dejar constancia de que no hay disponibilidad del recurso. El grupo pacta con la persona cómo continuar y qué otras alternativas se pueden explorar. Los fracasos deben entenderse también como información sobre la red. Siempre que muchas solicitudes sufran las consecuencias de un mismo requisito o condición, parece razonable plantear una revisión del pro-

ceso. No hay que olvidar que la coordinación social tiene que garantizar la intimidad, además de que las familias no tengan que andar repitiendo su historia completa ante cada una de las instituciones para las que piden apoyo.

La articulación con los servicios sociales persigue ser la forma que conecta necesidades y apoyos accesibles y adecuadamente relacionados con una derivación de la que no se puede afirmar que significa que se ha recibido un beneficio. Esto ya sirve para organizar el análisis de la articulación con los servicios sociales: primero se delimita la problematización del caso y a continuación se decide qué tipo de información es relevante.

La forma que resulta más útil debe permitir, entre otras cosas, el reconocimiento de situaciones concretas, facilitar la comparación de explicaciones y, finalmente, anticipar qué tipo de respuesta sería la correcta. En el caso de la Enfermería es cuando el concepto comienza a adquirir valor en la medida en que a veces ayuda a recuperar una trayectoria de cuidado y justificar una decisión. Además, su uso no ha de convertirse en una simple etiqueta que sustituya la escucha ni la cierra intempestivamente de su valoración. La explicitación de la interpretación mantiene así, una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional. (Bickerdike et al., 2017)

Los criterios de entrada y de caída, las listas de espera y las disponibilidades cambiantes pueden transformar el trayecto entre la identificación de la necesidad y la acceso del recurso. Reconstruir el trayecto requiere recuperar esta conexión, pero sobre todo atender a la secuencialidad de los sucesos, no sirve hallar dos condiciones al mismo tiempo: se requiere una explicación de cómo suceden dichas concatenaciones y qué otras condiciones explicarían su primacía.

Desde la coordinación intersectorial podría hacer interesantes por razones evidentes determinar el punto de encuentro donde

una respuesta si puede alterar el trayecto de la conexión al recurso social. El análisis ha de considerar los impedimentos y los bienes disponibles y evitar una mirada determinista. Hacer tal distinción ha permitido plantear intervenciones adecuadas sin atribuirle a todas las consecuencias una única condición social (Husk et al., 2020)

Verificar el público de referencia, la temporización, las capacidades y mecanismos de respuesta antes de sugerir un servicio. Al realizarse van incorporando las preguntas de forma paulatina, explicando la finalidad del mismo y respetando la decisión de no responder. La conversación debe generar información suficiente para proceder con el acuerdo de una determinada acción, no supone una investigación sin límites de la vida privada.

También es importante contrastar lo que se ha entendido con la persona o grupo, y también dejar constancia de las dudas por si las hay. El lenguaje del registro debe ser descriptivo de las circunstancias y de los apoyos, sin establecer juicios de valor sobre motivaciones o sobre el carácter. Cuando se producen desavenencias en cuanto a prioridades, entre el profesional y el usuario, la negociación del plan de actuación forma parte del cuidado, no representa un impedimento administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje puede ser interesante el análisis del siguiente caso: A una persona se le entrega una lista de programas, pero varios programas no tienen cobertura en su territorio y otro programa exige un trámite que no llega a entender. La argumentación deberá consistir en la separación entre hechos conocidos, entre interpretaciones y entre hechos que faltan. Después se debe constatar qué decisión necesita tomarse ahora y qué decisiones deben ser revisadas.

Este caso no es un resultado de una línea de investigación ni es un protocolo que puede aplicarse reproduciblemente en todas las familias. La utilidad de esta información consiste en hacer ver cómo

una circunstancia del día a día puede transformar el sentido de una recomendación. Sería recomendable, al resolverlo, explicitar qué motivaciones han llevado a elegir una opción alternativa, así como el tipo de información que podría hacer necesaria una reconsideración.

La Enfermería no solo puede confirmar las opciones y explicar el recorrido, sino que acordará la forma en que la conocerán, evitando enviar de institución en institución y de profesional en profesional sin que nadie les indique la forma adecuada de hacerlo. Para convertir esta orientación en un plan, habrá que especificar quién llevará a cabo cada actividad, qué ayuda se requiere, así como cuándo se revisará el acuerdo. Es interesante saber, por otro lado, distinguir entre la propia acción del equipo (tal que poner en práctica la recomendación) y aquella que responde a los servicios que dependen de otra institución (cita en el centro de salud, programación de las sesiones de un grupo educativo).

Se debe ajustar la información sobre el camino que tiene que ser seguido, hasta confirmar recursivas expectativas, tal y como lo hayan acordado aquellos que han sido consultados para llevar a cabo el mismo. Si la primera opción no acabara de aparecer real, el seguimiento tendrá su momento para encaminarse hacia otra opción sin responsabilidad directa. La documentación debe exhibir el razonamiento y los compromisos asumidos, no solamente ser una lista de actividades (Bickerdike et al., 2017).

Prescribir actividades como solución universal puede enmascarar necesidades materiales; arriesgándose a sobreestimar la evidencia de obtención de resultados sanitarios. Este límite conlleva reconocer que hay consecuencias que pueden pasar desapercibidas al observar únicamente el objetivo general de la intervención. La autnómico-éticamente validación debe incluir la privacidad, la propia autonomía, la distribución de cargas, la posibilidad de corregir decisiones. muy especialmente, debe preguntarse si la propuesta incre-

mentaría los esfuerzos que enfrentan personas que de por sí ya son las que conllevan mayores restricciones. Identificar un riesgo no debe conllevar la suspensión de la acción integral, sino que debe hacer examinación de todas las alternativas y una respuesta proporcionalmente adecuada.

La evaluación debe diferenciar entre el contacto, el ingreso, el uso y la utilidad del apoyo, debe documentar barreras y la ausencia de oferta como resultados relevantes. La elección de los indicadores, también debe responder a una pregunta de mejora y debe mantener una suficiente sencillez como para poder utilizarse fácilmente en el trabajo habitual. Cada medida con su respectiva definición, su tiempo y fuente reconocible; en su caso, con el numerador y el denominador. Los cambios deben ser interpretados junto con el propio contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica cómo y por qué ha llegado un determinado resultado. La devolución comprensible permite trabajar el plan de lo que conviene mantener, adecuar o estudiar con mayor profundidad (Bickerdike et al., 2017).

2.5. Gobiernos locales y organizaciones comunitarias

Las administraciones locales -gubernamentales- intervienen en las condiciones que son relevantes para la salud de estas según sus competencias, apropiándose de las propuestas que les permiten actuar. Ollila hace un análisis de una de las estrategias de las políticas de Salud en Todas las Políticas, que considera la necesidad de traducir conocimiento en decisiones factibles. Lo que en Enfermería podría reflejarse en el concepto de incidencia territorial puede comenzar con alguna evidencia concreta sobre las barreras que inciden en la población y sobre sus consecuencias. El objetivo sería plantear propuestas que un actor podrá poner en práctica, con los recursos que tiene a su alcance y con las responsabilidades cumplidas. Los informes tendrán que evitar las afirmaciones causales que los datos

no permiten, al tiempo que se traslada el para qué esta determinación contribuya realmente al bienestar (Ollila, 2011).

Ramirez-Rubio et al. muestran ejemplos de esta lectura esrutadora, aplicada a la planificación urbana, al transporte y a los espacios públicos. La articulación exige del soporte en datos, de la comunicación y del diálogo con los actores afectados. En el territorio ecuatoriano del equipo pueden pasar revista a las rutas peatonales, el transporte o la accesibilidad a los espacios de la comunidad, sin asumir competencias municipales, específicas y aún no comprobadas. La propuesta también está destinada a quien tiene que atender las necesidades de mantenimiento de la comunidad.

Si bien una acción inicial puede no tener mucho impacto, si no hay continuidad en la prestación del servicio o si el diseño de la acción excluye a parte de la población (Ramirez-Rubio et al., 2019), las organizaciones comunitarias son también portadoras de historia, conocimiento y capacidad de movilización.

El compromiso de las organizaciones comunitarias debería tener en cuenta la diversidad y la autonomía. No son muchas las instituciones que persiguen los mismos objetivos y algunas pueden llegar a expresar conflictos. El equipo sanitario requiere criterios claros para conocer cuáles son las organizaciones a convocar, cuáles son las oportunidades para proponer al conjunto de su población o, en caso de emergencia, a las organizaciones comunitarias a las que se prevea, entre otras cosas, la continuidad de acciones de mediana o larga duración.

No deberían generarse alianzas que pretendan que el acceso a la salud dependa de la filiación política, religiosa o comunitaria. La participación en una acción pasa por responder a necesidades y derechos a la vez, es decir, a la vez que hay que proponer reglas para participar, tampoco hay que exigir la adscripción a una organización determinada. Los acuerdos territoriales habrían de ser visibles en sus

aspectos generales (contemplando, eso sí, la protección de datos personales), de considerar la utilidad de presentar los objetivos, los responsables, los plazos y los progresos en espacios públicos y accesibles (con el fin de que el conjunto de la comunidad pueda verificar si una mejora se sostiene y señalar aspectos que pueden convertirse en problemas de aplicación).

El concepto de Enfermería se halla presente en la administración de consecuencias sanitarias y en la experiencia de acceso, en un proceso de rendición de cuentas que toma en cuenta obstáculos y decisiones pendientes. Comunicar solo inauguración o actividades puede ocultar que tal recurso o acción no funciona, que no llega a las personas a las que se organiza o que genera costos inesperados.

Los gobiernos locales intervienen en las condiciones del territorio. Por su parte, las organizaciones comunitarias aportan conocimiento y movilización, han desarrollado expectativas diferentes y tienen competencias y legitimidades diferentes. Esta precisión ayuda a organizar el análisis del gobierno local y de las organizaciones comunitarias: primero se delimita el problema y segundo se decide qué información es la pertinente.

Una formulación válida debe permitir reconocer situaciones concretas y, a la vez, comparar las distintas explicaciones y anticipar, a partir de esto, qué respuesta sería más coherente. El concepto en Enfermería es valioso cuando permite comprender una trayectoria de cuidado y justificar una decisión al respecto. Su uso no debe convertirse en una etiqueta que sirva para sustituir la escucha o para cerrar de manera prematura el proceso de valoración. La interpretación de esta relación mantiene, en su sentido estricto de la palabra, un vínculo explícito entre conocimiento, contexto y, por tanto, responsabilidad profesional (Ollila, 2011).

Las decisiones vinculadas a la materia del espacio público, del transporte o de los servicios, pueden facilitar el bienestar social

o bien redistribuir los riesgos de manera desigual en los distintos sectores y grupos. Reconstruir este vínculo exige tener en cuenta el orden del tiempo que sigue a los hechos. Lo que importa no es solo localizar las dos circunstancias simultáneas, sino acercarse a saber cómo se enlazan y cuántas otras explicaciones pueden entrar en la jugada.

Desde la coordinación entre sectores, a uno le interesa buscar el lugar en el que una respuesta es capaz de modificar la trayectoria. El análisis es uno que tiene que simultanear restricciones y recursos de protección evitando la lectura determinista. Esta distinción permite plantear acciones escalonadas sin atribuirle a un único acontecimiento social todo uno o otro resultado (Ramirez-Rubio et al., 2019).

Es conveniente identificar el tipo de autoridad que tiene competencia, qué organización representa a quién y cómo se contemplan a las personas menos visibles en la decisión. Las cuestiones van apareciendo con calma, acompañadas por la adecuación que se explica y el respeto a la decisión de no interrogar. El diálogo deberá proporcionar la cantidad mínima de información como para lograr pactar una acción y no una investigación ilimitada sobre la vida privada.

También es recomendable asimismo contrastar lo comprendido con la persona y dejar también anotadas las dudas si las hubiera. El lenguaje del registro ha de configurar una descripción de las circunstancias y de los apoyos, evitando emitir juicios sobre la motivación o el carácter. Si van surgiendo diferentes prioridades entre el profesional y el usuario, la negociación del plan forma parte del cuidado y no es un obstáculo administrativo.

De forma tentativa se puede ir analizando el siguiente supuesto de aprendizaje: Una comunidad solicita mejorar el acceso peatonal al establecimiento, pero el proyecto que ofrece el ayuntamiento es más favorecedor para obtener visibilidad política. La dis-

cusión es tal y en ese caso ha de separar los hechos que ya son conocidos, las interpretaciones y los datos que aún faltan. Después hay que identificar qué decisión es la que necesita tomar ahora y cuáles son las que exigen revenirse en otro momento.

Este caso no refleja resoluciones de ninguna investigación ni tampoco una norma que pudiese ser replicada automáticamente por cualquier familia. Su función radica en mostrar cómo una situación cotidiana altera el significado de una recomendación. Alienta a la resolución de una actividad en la que vale la pena explicar por qué se opta por una opción y qué tipo de información podría recomendar un cambio de decisión.

El equipo puede proporcionar información relativa al camino seguido y evoca las barreras experimentadas ya que ayuda a proporcionar una propuesta en la que ya hay personas responsables de la ejecución y el mantenimiento. Para que una orientación se convierta en un programa, ha de quedar precisado quién realizará las distintas tareas a posteriori, qué tipo de ayuda requiere y el momento cuando se revisará el acuerdo. También hay que diferenciar entre una acción del equipo y una gestión dependiente de otra institución. Las expectativas han de ajustarse a recursos confirmados y a las preferencias de las personas participantes.

En caso de que la primera opción no sea posible, el seguimiento permite ir por otra sin culpabilizar a la persona. La documentación debe mostrar el pensamiento y los compromisos que se asumen, y no una simple lista de tareas (Ollila, 2011). Relacionar acceso a apoyos con pertenencia o proximidad a líderes puede establecer un dispositivo de exclusión en una intervención de salud. Este límite lleva a tener que pensar en las consecuencias de una intervención que suelen pasar inadvertidas si solo se tiene en cuenta el objetivo de la misma.

La revisión ética ha de incluir aspectos de privacidad y auto-

nomía, distribución de cargas y posibilidad de rectificación de decisiones. En concreto es conveniente preguntar si la propuesta genera esfuerzos para quienes tienen mayores restricciones. Reconocer un riesgo no implica paralizar la propuesta, sino hacer comparaciones entre alternativas y elegir la respuesta que puede considerarse proporcionada. La evaluación requiere observar cambios verificables y distribución territorial del beneficio, e ir más allá de aperturas, actividades o anuncios públicos.

La selección de indicadores debe corresponderse con una pregunta de mejora y ser lo suficientemente sencilla para ser utilizada en la actividad habitual. Cada medida requiere una definición, un periodo y una fuente reconocible, requiriendo cuando se da el caso numerador y denominador. Los cambios han de ser interpretados junto con el contexto, las pérdidas en el seguimiento, y la experiencia de las personas. Una cifra sin contexto no permite explicar por qué ha dado un resultado. El feedback comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, qué conviene adaptarse o qué conviene investigar más en profundidad (Ollila, 2011).

2.6. Redes integradas de atención

La integración implica continuidad entre la cartera de servicios y los distintos niveles de atención. Valentijn et al. (2013) establecen dimensiones clínica, profesional, organizativa y del sistema, y enmarcadas bajo ciertas funciones y valores compartidos. En este marco se entiende que una red ni es solo el mapa de establecimientos. La persona tiene que tener un recorrido que haga más comprensible y el que atienda múltiples factores. La Enfermería puede ofrecer por tanto seguimiento, síntesis de la información y vínculo entre equipos, en especial cuando aparecen problemas crónicos y necesidades sociales que cruzan diferentes espacios de atención (Valentijn et al., 2013).

La revisión de Baxter et al. (2018) halló evidencia positiva en

la satisfacción con la atención, calidad percibida y acceso, mientras que otros resultados, incluidos los costes, fueron menos claros. Por este motivo, no debe afirmarse que toda integración implique reducción del gasto. En cuanto al marco de las redes integradas de la OPS, constituye una referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinada a la organización de los servicios en relación con la población y el territorio y a la continuidad de la atención. Su aplicación requiere atención en gobernanza, información y capacidad resolutive. La integración es una tarea que necesita recursos, acuerdos operativos además de una denominación institucional (Baxter et al., 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010).

La referencia y la contrarreferencia son los procesos más centrales, en los cuales la solicitud para una persona referida especifica el motivo, información de interés y nivel de prioridad en la respuesta y el proyecto en el mismo tiempo de la atención. La falta de contrarreferencia obliga a la persona de transportar la información y puede provocar la duplicación de estudios o indicaciones.

Un equipo puede poner en práctica una serie de mecanismos que permitan la verificación de la recepción y la recuperación de resultados. Además, es conveniente coordinar las citas por si varios servicios intervienen y hay que hacerlo por el desplazamiento y la carga administrativa. La continuidad de la información puede llevar aparejada la correspondiente oferta de responsabilidad en relación a esta continuidad.

Una red integrada descubre las fallas y organiza las respuestas. Los casos sin recorrido se revisan para detectar los cuellos de botella y se propone una capacidad adicional, un cambio de agenda o de criterios de comunicación. La Enfermería puede aportar información de las barreras que no se aportan en la información de la producción.

El análisis tendrá en cuenta a las personas que abandonan el

proceso y a las que reciben tiempo después la atención: el incremento de las derivaciones completadas no vale de nada si estas no aportan servicios oportunos y no son susceptibles de un plan que la persona pueda sostener.

Las redes integradas persiguen la continuidad entre servicios y niveles; su existencia se demuestra a través de la trayectoria de las personas y no solamente en los organigramas. El concepto permite organizar el análisis de las redes integradas de atención: primero se delimita el problema y después se decide qué información es relevante. Una formulación reconfortante y muy útil debe permitir reconocer situaciones concretas, poder comparar explicaciones y anticipar qué respuesta sería coherente.

En Enfermería, el concepto tiene valor cuando permite comprender una trayectoria de los cuidados; y también cuando permite justificar decisiones. La práctica no debe devenir etiqueta que sustituya la escucha o cierre la valoración. La interpretación permite mantener, por lo tanto, una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Valentijn et al., 2013).

La información insuficiente, la existencia de unos criterios de referencia poco claros y la falta de devolución podrían crear duplicaciones, demoras en el tiempo y la pérdida de seguimiento. Reconstruir esta relación obligará a considerar el orden temporal de los acontecimientos, ya que no se trata simplemente de encontrar dos circunstancias al mismo tiempo. También hay que explorar de qué forma pueden tener conexión, o si existen otros factores que explican el asunto.

Desde la coordinación intersectorial interesa encontrar el punto donde posiblemente una respuesta se interrelaciona con el itinerario. El análisis tiene que contemplar tanto las limitaciones como los recursos protectores sin caer en una lectura determinista. Esa distinción permite plantear actuaciones equilibradas sin atribuir

todos los resultados a una determinada condición social (Baxter et al., 2018; OPS, 2010).

Es interesante recuperar qué pasa desde que se decide la derivación hasta que se llega a una atención y al retorno en el equipo que seguirá creando las condiciones del cuidado. Las preguntas van añadidas de forma gradual, explicando su finalidad, y respetando el hecho de no querer responderlas. La conversación debe generar una cantidad de información suficiente para acordar una acción. No debe ser una exploración temporal y sin límites de la vida privada.

También es importante confrontar lo entendido con la persona (o la persona con la que se trabaja) y, siempre que existan, registrar las incertidumbres. El lenguaje del registro ha de describir contextos y apoyos, evitando juicios sobre motivaciones o personalidades. En el caso en el que existan prioridades distintas entre el profesional y la persona que accede a los servicios, la negociación del plan forma parte de los cuidados y no es un elemento de obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje, puede analizarse el siguiente caso: Una persona recibe una atención especializada, pero regresa sin una explicación comprensible y sin que el primer nivel haya tenido constancia de los cambios realizados en su plan. La discusión ha de separar los hechos conocidos, las interpretaciones y los datos que faltan. A continuación, ya viene el momento de identificar qué decisión es la que ahora se debe tomar y cuáles son los temas que necesitarán revisarse más adelante. Respecto del caso, no da lugar a resultados de una investigación, ni comporta un modelo para todas las familias aplicable automáticamente.

Lo que se pretende es mostrar cómo una circunstancia que es bien conocida cambia sensiblemente el sentido de una recomendación y que al resolverlo será interesante explicar también el porqué de elegir una o varias de las alternativas y qué información podría

obligar a revisarlas. La red podría acordar una información mínima, responsables y mecanismos de recuperación de la información, sin exigir que la persona que transporta toda la coordinación lo lleve todo en solitario.

Para transformar este anticipo en un plan práctico, es necesario precisar quién se ocupará de cada tarea, qué tipo de apoyo necesita y en qué momento se hace revisión del pacto. Asimismo, es necesario saber distinguir entre la acción propia del equipo y la gestión que dependa de otra institución. Las expectativas tienen que ir proporcionadas a recursos ya ajustados y a las preferencias de quienes participan. Si la primera alternativa no es válida, el método de seguimiento permite hacer otra alternativa sin responsabilizar a la persona. La documentación tiene que explicar el razonamiento para realizar los compromisos asumidos, más que la lista de actividades (Valentijn et al., 2013).

Con la integración de servicios y sin revisión de la accesibilidad, lo que sucede es que la toma de decisiones se concentra en uno o pocos profesionales y los desplazamientos aumentan para quienes viven lejos o tienen limitada la movilidad, lo que permite asumir un límite que anticipa consecuencias difíciles de captar cuando solo se observa el objetivo principal de la intervención.

La revisión ética tiene que atender a aspectos de privacidad, autonomía o distribución de las cargas, así como a la posibilidad de la regulación de las decisiones; en particular, es conveniente plantearse si la propuesta disipa esfuerzos para quienes están ya restringidos. Detectar un riesgo no significa suspender toda acción, sino confrontar alternativas y decidir una respuesta adecuada.

La evaluación tiene que atender a la oportunidad, continuidad y experiencia del recorrido y también a las duplicaciones y pérdidas entre puntos de atención. La elección de los indicadores necesita responder a una pregunta sobre la mejora y permanecer suficientemente sencilla para poder usarse en el trabajo habitual.

Cada medida necesita una definición, un tiempo y una fuente reconocible; cuando sea pertinente, también necesita requerir un numerador y un denominador. Los cambios hay que explicarlos junto con la contextura, pérdidas de seguimiento y experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué se ha producido un resultado. El avance comprensible permite revisar el plan y decidir qué es conveniente salvaguardar, adaptar o profundizar (Valentijn et al., 2013).

2.7. Gestión de recursos comunitarios

El enfoque basado en activos resalta los recursos y las capacidades que pueden beneficiar la vida individual y colectiva. Cassetti et al. estudian formas de relacionar, identificar y desarrollar activos, así como la amplia variedad de intervenciones posibles y las dificultades de evaluación que de ellas derivan. El proceso de identificación es solo el primer paso: el recurso debe -también- ser aceptable, accesible y reunir las condiciones para ser usado por el colectivo. Así, por ejemplo, un espacio comunitario puede estar ahí y, por horarios, coste o divergencias de interés, puede resultar completamente indisponible. La Enfermería, en su labor, tiene que verificar que el recurso, tal cual se estudia, funciona, es adecuado y se puede incorporar a un plan de atención (Cassetti et al., 2020).

Torres y Sacoto ofrecen, también, una respuesta e identificación localizada y desde una perspectiva basada en activos a la pandemia de COVID-19 en Ecuador. Contribuyó con una reflexión contextual en el sentido de no usarla como evaluación experimental de resultados. Por el contrario, lo que este ejemplo pone de manifiesto es que hay que atender con conocimiento de causa y reconocer y poner de relieve capacidades locales, evitando respuestas que no tengan en cuenta el territorio. En su gestión, hay que preguntarse qué organizaciones están funcionando, qué confianza están generando y qué apoyos son los que necesitan.

Los recursos de la comunidad no deben convertirse en la excusa para disminuir la responsabilidad pública ni para distribuir tra-

bajo no acordado (Torres & Sacoto, 2020). El inventario de recursos puede organizarse por necesidad, territorio, condiciones de acceso y responsable de contacto. Debe ser actualizado y debe señalar el estado de la información no contrastada. Resulta interesante diferenciar entre recursos permanentes y apoyos eventuales por cuanto la planificación de una necesidad sostenida no puede depender de una donación puntual.

La gestión hay que complejizarla para evaluar los conflictos de interés. Una oferta comercial no puede presentarse como solución neutral si mete en condiciones de decidir o si se sirve de información de los participantes. Los acuerdos han de poner de manifiesto los beneficios, los límites y las responsabilidades. La coordinación de recursos ha de facilitar el acceso y evitar los recorridos inútiles. El seguimiento diserto sobre la utilidad y la continuidad, mientras que el responsable debe mantener actualizado el directorio y comunicar los cambios con las personas que utilizan los apoyos.

Gestión de recursos comunitarios designa la posibilidad de relacionar disponibilidad, adecuación y condiciones de uso, pero el reconocimiento de un activo no implica que esté garantizado para toda la población. Esta precisión permite organizar cómo se podría realizar un análisis de la gestión de recursos comunitarios, primero delimitando el problema y posteriormente decidiendo qué información resultar favorable. Con el fin de formularse, se requiere poder reconocer situaciones específicas, realizar contrastes entre explicaciones y prever qué respuesta sería congruente.

En Enfermería, el concepto toma valor cuando permite comprender un itinerario de cuidado y justificar decisiones en la práctica, su uso no tiene que transformarse en una etiqueta que presente los límites de la escucha o que cierren el proceso de valoración prematuramente; la interpretación permite así mantener una relación explícita entre conocimiento-contexto-responsabilidad profesional (Cassetti et al., 2020).

Un espacio, una organización o una habilidad pueden propor-

cionar bienestar, pero la capacidad para ello viene determinada por horarios, costes, seguridad y sostenibilidad. Reconstruir esta relación y posibilitar poder hacerlo requiere la inclusión del orden temporal en los acontecimientos. No solo se trata de hallar dos circunstancias simultáneamente, sino que es interesante encontrar el modo de relacionarlas y qué otras explicaciones pueden jugar su papel.

Desde la perspectiva de la coordinación interprofesional, interesa localizar cuál es el punto desde el cual es posible alterar el curso de la acción. Y en el marco de la conversación, analizar debe ser suficiente para considerar tanto limitaciones como recursos protectores y no caer en la trampa de un análisis determinista. Esa separación puede permitir hacer propuestas equilibradas, no interpretando todos los resultados en virtud de una única condición social (Torres & Sacoto, 2020).

Es importante formularse la pregunta de qué personas utilizan el recurso y el tipo de personas que quedan excluidas, y cuál apoyo necesita para no sobrecargar a sus responsables. Estas preguntas pueden irse introduciendo progresivamente, explicando la razón de ser y actuando con respeto hacia la decisión de no dar respuesta a esa pregunta. La conversación debe generar información suficiente para determinar acciones acordadas, no ser la búsqueda de una exploración infinita de la vida privada.

Les conviene contrastar lo que se ha entendido con la persona y registrar las incertidumbres que existan. La forma de hablar, el registro del lenguaje, se debe referir a circunstancias y apoyos, mientras que debe evitar formular juicios que se refieren a motivaciones, o al carácter. Cuando el profesional y el usuario tienen prioridades diferentes, la negociación del plan forma parte del cuidado, y no una dificultad administrativa.

Como la situación hipotética de aprendizaje, puede analizarse el siguiente caso: hay un medio comunitario para hacer actividades, aunque no es accesible para las personas con movilidad reducida y se abre en horarios poco compatibles. La discusión consiste en di-

sociar hechos que son conocidos, interpretaciones y datos que carecen de evidencias. Después se trata de identificar cuál es la decisión que se necesita tomar en este momento y cuáles requieren ser revisadas posteriormente.

El caso, entonces, no es el resultado de una investigación ni una pauta que deba ser automáticamente aplicable a todas las familias, sino que demuestra cómo una circunstancia cotidiana cambia la orientación de una recomendación. Al responderlo, es conveniente justificar el motivo por el que se opta por una alternativa y qué circunstancia sería determinante para volver a dar la consideración a la procedencia en esta opción.

El propio inventario debe haber registrado el estado que tenían esas alternativas para, a partir de ahí, ir orientando distintas adaptaciones y/o alternativas, en lugar de ofrecer el recurso como una alternativa única y universal. Para ello, hay que especificar quién hará cada una de las tareas, qué es lo que necesita y los plazos de revisión del acuerdo.

Se debe de considerar diferenciar una acción del propio equipo de una gestión que depende de una gestión de otra institución. Las expectativas han de ajustarse a los recursos finalmente confirmados y a lo que prefieren los participantes. Si la primera alternativa no es satisfactoria, el proceso de seguimiento puede ir llegando a considerar otra.

La primera y segunda alternativa no lo fue satisfactoria, sino que se desplaza el compromiso a la opción por parte de la persona de la que se planificó y no se le puede atribuir de forma automática la no viabilidad. La documentación ha de contener el razonamiento que ha justificado las decisiones de las personas y el compromiso, no solamente una enumeración de actividades.

Las condiciones del enfoque basado en activos pueden ser mal aplicadas bajo el pretexto de poder justificar recortes de los servicios públicos o bajo el discurso del trabajo no reconocido, esto

constituye un enigma que obliga a anticipar efectos y consecuencias que pueden ser invisibles si no se considera la acción o el objetivo central del servicio de intervención.

La revisión ética en los servicios de intervención tendría que considerar los principios de la privacidad, de la autonomía, de la distribución de cargas y la posibilidad de poder revertir decisiones. Cabe preguntarse si las acciones propuestas incrementan el esfuerzo para aquellas personas con más restricción, entre otras.

Identificar un riesgo no conlleva salir a interrumpir toda la acción o acción del trabajo, sino que obliga a comparar diferentes opciones y efectuar una elección proporcional. La verificación de la evaluación consiste no solo en comprobar que se ha utilizado, y que esta es válida y útil, sino también verificar que la complejidad de los beneficios ha sido actualizada constantemente a partir del uso del directorio y de las personas claves que son seguidas.

La selección de los indicadores exige una pregunta en la que basar la mejora y debe ser suficientemente simple de un modo que permita su uso dentro de la acción cotidiana. Cada medida debería tener un concepto que la defina, y un periodo y una fuente accesibles; y si es el caso, también requiere un numerador y un denominador.

Las variaciones han de ser interpretadas junto con el contexto, las pérdidas de seguimiento, y la historia de las personas. Un número sin existía no explica por qué se produjo un resultado, una devolución entendible permite observar el plan anterior y decidir qué conviene seguir manteniendo, a qué conviene dar una vuelta, o qué conviene ir a buscar en la investigación (Cassetti et al., 2020).

2.8. Liderazgo de Enfermería en la articulación intersectorial

El liderazgo tiene que problematizar la existencia de relaciones de poder y exclusión. Waite y Nardi, de forma explícita, estudian los legados coloniales que atraviesan la Enfermería y sus implicacio-

nes para la educación y el liderazgo en Estados Unidos. En su reflexión se abre la posibilidad de revisar prácticas institucionales que reproducen jerarquías y silencian y/o invisibilizan formas de vida.

La práctica en el territorio tiene que tomar la variable histórica pero también las propias relaciones tanto sociales como de legalidad. La Enfermería puede liderar una vinculación, pero no monopoliza la definición del problema. Hay que reconocer comunidad de saberes, así como crear las condiciones propicias para que distintos tipos de voces puedan tener eco en la agenda (Waite & Nardi, 2019).

Rosser et al. consideran que el liderazgo práctico tiene que ser visible y, por tanto, el liderazgo de la Enfermería tiene que ser visible en el transcurso de la pandemia. La visibilidad del liderazgo debe asumirse con la capacidad de tomar decisiones, con la responsabilidad de aplicarlas. Ser invitado a una mesa de trabajo sin contar con información ni recursos funcionales limita la influencia.

El liderazgo interesa requiere preparar las argumentaciones, asimilar saberes ajenos y saber comunicar lo que se necesita de una forma concreta. El liderazgo del tipo interesa también implica la aceptación de la incertidumbre y negociar alternativas. La legitimidad se verá reforzada cuando habla de problemas compartidos y acuerdos documentados con la ciudadanía, pero no cuando quiere hacerse con una voz de la comunidad de la que no se sirve de diferentes maneras (Rosser et al., 2020).

Las habilidades son la facilitación, la negociación, el seguimiento y la comunicación de los resultados. La enfermera puede organizar una agenda con las cuestiones que tienen que ver con las decisiones que quedan pendientes, registrar los compromisos y detectar obstrucciones. El trabajo se debe distribuir para que no dependa el grupo de una persona. Será importante reconocer el tiempo que conlleva y ofrecer formación. La capacidad de articular no forma parte de la vocación profesional, sino que se construye de la experiencia, del apoyo institucional y de favorecer espacios donde se pueden decidir recursos y procedimientos.

La evaluación del liderazgo considera resultados establecidos y calidad de las relaciones. Es interesante que observe si se han ido cumpliendo los acuerdos, si la comunidad ha ido manteniendo la influencia y si han ido disminuyendo las obstrucciones. También se revisan las tensiones y las cargas que se vayan generando.

El liderazgo responsable puede decidir la clausura de una alianza que no arroja resultados o bien, que compromete derechos de una de las partes. La continuidad no es un objetivo en sí mismo. La participación de la Enfermería es sostenible en la medida en que los procedimientos se institucionalizan y se pueden mantener durante los cambios de personal, autoridades o responsables del financiamiento.

El liderazgo intersectorial de la Enfermería se expresa a través de la capacidad para llegar a acuerdos, traducir requerimientos e introducir seguimiento, no únicamente a partir de un rol. Esta precisión delimita también la organización del análisis del liderazgo en Enfermería desde la articulación intersectorial: primero se delimita el problema y después se decide la información relevante.

Una formulación útil ha de permitir el reconocimiento de situaciones concretas, la comparación de explicaciones y la anticipación de qué respuesta podría ser coherente. En Enfermería, el concepto adquiere valor en la medida en que ayuda a comprender el desarrollo de un recorrido de atención y a legitimar decisiones. Su utilización no ha de ser una etiqueta que sustituya la escucha o cierran con premura el proceso de valoración.

De tal manera, la interpretación deja una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Waite & Nardi, 2019). La información cotidiana de los cuidados puede articular decisiones institucionales con los efectos derivativos de estas, ya que, si se organiza y se comunica en términos aproximados, puede obtenerse una línea de dispositivos y prácticas que pueden vincu-

larse entre sí. Reconstruir dicha relación supone acudir al orden temporal de los acontecimientos. No es suficiente hallar dos circunstancias contemporáneamente, hay que saber cómo se suceden y qué otras posiciones explicativas intervienen.

Desde la formalización del trabajo intersectorial, interesa reconocer la intersección en la que una respuesta puede modificar el trayecto del camino, toda vez que el análisis reconocerá limitaciones y recursos de protección al mismo tiempo, sin caer en determinismos. Esta distinción permite, además, plantear acciones perfectamente adecuadas de una condición social, solo a partir de los resultados.

Por otro lado, conviene preguntarse, qué frontera requiere una alianza, qué se sabe, evidencia de ello y qué actor modificado puede concebirla dentro de sus competencias. Se introducen de manera gradual, dado poderse expresar la finalidad de cada pregunta y poder declararse uno mismo/a el no querer responder.

Habrà que tratar que la conversación produzca información suficiente para poder acordar una acción, no para una indagación sin fin de la vida privada de cada uno/a. También conviene contrastar lo que se ha comprendido con la persona y anotar las incertidumbres cuando esto suceda. El lenguaje del registro ha de ver el hecho y apoyo y evitar juicios de valor sobre motivación o carácter. Cuando hay prioridades diferentes de profesional y usuario/a la negociación del plan es parte del cuidado, nunca un obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Una profesional ve interrupciones reiterativas por exigencias contradictorias y cita a referentes para el análisis del recorrido con la participación de usuarios y usuarias. La discusión ha de diferenciar los hechos conocidos, las interpretaciones y los datos que faltan. Después corresponde preguntar ¿qué decisión se necesita tomar ahora? y qué decisión requiere revisión. El caso no es un resultado, ni la solución a una investigación, ni una regla; es un ejemplo de cómo

una situación cotidiana puede modificar el sentido de una recomendación. Al resolverlo, hay que explicar la razón para optar la alternativa y qué información la haría necesaria reconsiderarla.

El liderazgo puede ser, en última instancia, un acuerdo verificable, con actores identificados y con revisión de resultados, distribuyendo tareas personales para evitar que sea una gestión personal. Para convertir esa orientación en plan, la información debe concretarse indicando quién lleva cada tarea, qué apoyo precisa y cuándo se revisa el acuerdo; debe quedar claro un tipo de acción hecha por el equipo y un tipo de gestión hecha por una determinada institución.

Las expectativas se configuran a partir de lo que se puede verificar y de las preferencias de quienes forman parte de la situación. La primera alternativa que se da como válida a partir de la información de nuevo no darse por hecho, si no se da la cuestión de la verificación, la posibilidad de ir a la otra alternativa no se le atribuye automáticamente a la persona. Toda la documentación puede reflejar las dimensiones del compromiso y el pensamiento, además de ser solamente una lista de actividades (Waite & Nardi, 2019).

Hablar por la comunidad sin consultar o tener acuerdos informales puede hacer que se pierda legitimidad y que la colaboración se desvanezca cuando se produzcan cambios de personas. Este límite lleva a tener en cuenta las consecuencias que quizás se pasen por alto cuando solo se considera la meta principal de la intervención. La revisión ética contempla aspectos como la confidencialidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de llegar a rectificar decisiones de forma retrospectiva. En particular, cabe plantearse: ¿la propuesta conlleva mayores esfuerzos para quienes ya tienen unas mayores restricciones? Detectar un riesgo no implica dejar la intervención sin más, sino confrontar opciones y elegir una respuesta proporcionada.

La evaluación tiene que atender a calidad de acuerdos y mejoras persistentes, así como a visibilidad profesional o cantidad de reuniones concertadas. Los indicadores seleccionados tienen que

responder a una pregunta de mejora y, además, ser bastante sencillos como para poder utilizarse en el transcurso del trabajo habitual. Cada medida ha de ser acompañada de una definición, de un periodo y de una fuente reconocible; además, cuando lo requiera, también tendrá que tener numerador y denominador.

Los cambios han de ser interpretados en clave de contexto, de pérdidas de seguimiento o de la experiencia de las personas. Una cifra sola no explica el porqué de un resultado que se haya dado; la devolución comprensible permite revisar el plan acordado y decidir qué queda suficientemente bien, qué necesita adaptarse y qué merece la pena continuar investigando más (Waite & Nardi, 2019).

Una herramienta de continuidad puede ser un breve registro de acuerdos intersectoriales que difiera las actividades que comprometen a los actores, las dificultades que habrán de hacerse frente y las decisiones que serán de exclusiva competencia de otra autoridad. Cada entrada diferencia el problema, la institución responsable, el plazo pactado y la evidencia necesaria para poder considerar dicha acción como cumplida. Este registro no debe contener cualquier historia personal. Su función es la de asegurar memoria del trabajo realizado, tratando de generar que un nuevo referente pueda entender qué se ha intentado, qué respuesta se obtuvo y por qué todavía permanece una barrera.

El relevo de liderazgo se lleva a cabo con una planificación propia: antes de haber hecho el cambio de personal conviene revisar contactos institucionales, compromisos a corto plazo y dificultades que todavía queden sin respuesta, comunicando a la comunidad el nombre de la persona que mantendrá el contacto. También será provechoso pactar cuándo una dificultad debe ser subida hacia una decisión de otro nivel. Una alianza madura puede reconocer una acción que no ha funcionado y explicar cómo ha de ajustarse el proceso: así, el liderazgo queda igualmente expresado en la capacidad de mantener acuerdos verificables y del aprendizaje compartido, pero no en una disponibilidad personal de cada uno de los componentes de la alianza que fuera ilimitada.



CAPÍTULO III:

**EQUIDAD, DERECHOS HUMANOS E
INTERCULTURALIDAD EN ENFERMERÍA**

La calidad del cuidado engloba respeto y aceptación de diferencias sin dejar de participar. En este sentido, los derechos humanos junto con la interculturalidad pueden proporcionar criterios para cuestionar decisiones que favorecen o reproducen la exclusión. En este capítulo se aborda la discriminación, la comunicación y la defensa de los derechos. En esta parte del capítulo el propósito es traducir principios generales de la ética en prácticas observables; una atención de la salud segura no solo requiere la competencia clínica, sino que también supone un cuestionamiento de las relaciones de poder surgidas entre instituciones, profesionales y la comunidad.

3.1. Salud como derecho humano

Un enfoque de derechos establece qué sujetos son titulares, cuáles son los tipos de obligaciones y qué mecanismos de rendición de cuentas se precisan. Según London, los márgenes de acción que pueda tener dicho enfoque de derechos varían en función de cómo establece conexiones entre reglas, movilización social y políticas. La atención que se otorgue no es solo respuesta a una necesidad a través de una intervención caritativa. Y desde la perspectiva de Enfermería, ello implica un cierto grado de reconocimiento de las personas como titulares de la capacidad para participar en el proceso de toma de decisiones. Ello implica la puesta a disposición de información para el ejercicio de esos derechos. Ofrecer trato digno y la oportunidad de hacer llegar las preocupaciones adecuadas puede hacer parte del cuidado y no ser un engorde relacionado con prestaciones adicionales (London, 2008).

Ayala y Meier vinculan la seguridad alimentaria y nutricional, no solo con el derecho a la salud, sino también con el derecho a la alimentación, mostrando que las condiciones materiales exigen ciertas formas de respuesta pública y no pueden ser solventadas en función de determinado consejo individual. En la práctica, la profesional es capaz de establecer necesidades, sistematizar barreras o facilitar el acceso a instituciones competentes. La defensa del derecho no puede permitir la promesa de una prestación de la que no se ha comprobado su existencia, pero tampoco sustituye la urgencia de solicitar asesoría jurídica

donde la circunstancia demande una interpretación especializada (Ayala & Meier, 2017).

La mejora de la disponibilidad de los servicios solo es una condición necesaria, dado que el acceso también depende de otros factores como costos, distancias, información y trato. Un establecimiento que tenga las puertas abiertas puede ser igualmente inalcanzable para alguien que necesite interpretaciones o asistencia en la movilidad. Las capacidades para mejorar deben considerar estos puntos de vista, así como escuchar las experiencias, las dificultades que se encuentran van acompañadas de responsables y mecanismos para mejorar. El enfoque de derechos puede ayudar a convertir una queja unitaria en información sobre trámites, cómo funcionan las instituciones y cómo pueden afectar a otras personas.

Los conflictos deben resolverse mediante diálogo y procedimientos transparentes. El sujeto debe contar con alternativas, debe conocer las razones de una determinada decisión, sobre todo cuando no puede recibir atención en los términos solicitados. El equipo documenta las necesidades y las posibilidades para resolverlas, evitando cualquier tipo de lenguaje que ponga en entredicho a las personas. Cuando hay que proceder a una derivación o a una queja se facilita información clara sobre el circuito correspondiente. La continuidad asistencial ha de ser preservada mientras se resuelve el problema, dentro de las posibilidades y las responsabilidades del servicio. Reconocer la salud como un derecho hace necesario considerar las obligaciones, el acceso y la rendición de cuentas, sin que ello suponga la reducción de la misma a una benevolencia otorgada.

Esta precisión establece el orden del análisis sobre la salud como derecho humano: primero se determina el problema que hay que abordar y, posteriormente, se decide qué información será relevante. Un planteamiento adecuado, ha de permitir reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones e, incluso, aventurar cuál sería la respuesta coherente. Para la profesión de Enfermería el concepto propio de salud como derecho cobra interés cuando permite dar sentido a una trayectoria de cuidados y a la justificación de decisiones. Su uso no ha de redu-

cirse a una etiqueta o a un término que, por sí solo, sustituya a la escucha o que cierre prematuramente la valoración. La interpretación conserva así una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (London, 2008).

A pesar de la existencia de servicios disponibles formalmente, las condiciones materiales y el trato institucional pueden llegar a hacer de la práctica del derecho un hecho limitado. Reconstruir homogéneamente la relación requiere tener en cuenta la cronología de los acontecimientos. Por el contrario, no basta con presentar dos circunstancias al mismo tiempo. Hay que plantear la relación entre ellas y explorar qué otras razones pueden ser involucradas. Interesa, desde el cuidar basado en derechos, llevar a afinar cuánto puede alterar una respuesta; la exposición de cómo se puede construir el análisis tendrá que reconocer las restricciones, pero, también, los recursos protectores sin hacer de determinaciones. Esa distinción permite poder sugerir acciones medidas, en lugar de cargar sobre una sola situación social todos los desenlaces (Ayala & Meier, 2017).

Cabe preguntarse qué necesidad no se satisface, qué obstáculo la produce y qué mecanismo institucional permite su revisión. Esta serie de preguntas se incluyen de forma gradual, explicando su objetivo. La conversación tiene que generar información suficiente para poder pactar una acción, no para explotar hasta el infinito la vida privada. También interesa contrastar lo que se entiende con la persona y tocar el silencio de la incertidumbre cuando existe. El lenguaje del registro debe restringirse a describir circunstancias y apoyos, sin juicios sobre motivación o carácter. Cuando emergen prioridades distintas entre profesional y usuario la negociación del plan es cuidado, no obstáculo administrativo.

Como posible situación hipotética de aprendizaje, puede analizarse el caso que sigue: Una persona recibe pautas generales, pero no alcanza a acceder puesto que cada punto de atención establece los requisitos desde enfoques diferentes. La discusión debe apartar hechos conocidos, interpretaciones e información que falta. Después se trata de identificar, por tanto, qué decisión es la que debe tomarse y qué decisiones son las que necesitan de una posterior revisión. El caso no es

un resultado de una investigación específica ni una pauta automática siempre aplicable a todas las familias. Su interés consiste en evidenciar cómo una circunstancia habitual cambia el sentido de una recomendación. Cuando se trabaja en la solución del problema, es muy conveniente argumentar cuál es la alternativa elegida y qué tipo de información podría llegar a hacer necesario el cambio de opinión.

El equipo puede registrar efectivamente hechos, dar información y activar los cauces que le sean convenientes para mantener trato justo, dignidad y continuidad mientras se va resolviendo el problema. Para pasar de esta orientación a un plan, hay que concretar quién va a llevar a cabo el desarrollo de cada tarea, qué tipo de apoyo necesita y qué día se va a revisar el acuerdo. Hay que tener en cuenta cómo distinguir una acción que es del equipo y una gestión que depende de otra institución. Las expectativas tienen que adaptarse a recursos confirmados y a las preferencias de quienes se encuentran implicados. Si la primera alternativa resulta que no se puede, el seguimiento permite intentar otra alternativa, sin que quien haya propuesto la primera alternativa pueda sentir que ha de responsabilizarse de ello. La documentación debe proporcionar el sentido y la deducción y los compromisos alcanzados, no una mera lista de actividades (London, 2008).

El enfoque de derechos no legitima la promesa de prestaciones que no se pueden ofrecer ni el hecho de hacer una interpretación profesional que no puede ser considerada en ningún caso como asesoría jurídica definitiva, y esto obliga a prever consecuencias que pueden pasar desapercibidas si solamente se persigue el objetivo o el resultado final de la intervención. Hay un límite que condiciona la anticipación de consecuencias que pueden ser pasadas por alto cuando solamente se atiende en el objetivo de la intervención. La revisión ética implica considerar privacidad, autonomía, distribución del peso de la intervención y posibilidad de enmendar las consecuencias. Más concretamente se puede y se debe preguntar si la propuesta aumenta los esfuerzos de todos aquellos que ya deberán soportar limitaciones. Detectar riesgos permite comparar lo que se puede proponer y elegir la forma de la propuesta que garantice el riesgo asumido.

La evaluación se tiene que centrar en respuesta, acceso y no discriminación, además de la existencia formal de protocolos o de declaraciones institucionales. La elección de los indicadores debe estar supeditada a la pregunta de mejora y tiene que ser lo suficientemente sencilla para que pueda utilizarse a lo largo del trabajo habitual. Cada medida a tener en cuenta necesita tener una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando proceda, la medida requerirá, además la elección de numerador y denominador. Las modificaciones a tener en cuenta se tienen que tener en cuenta en el contexto, en las pérdidas de seguimiento, y en la experiencia de la gente. Una cifra no explica por qué sucedió un resultado. La devolución de respuestas entendibles permite revisar el plan y decidir qué conviene reconocer/seguir, adaptar o investigar a mayor profundidad (London, 2008).

3.2. Equidad y justicia social

La competencia estructural regulada que proponen Metzl y Hansen intenta conocer cómo instituciones y políticas regulan interacciones de carácter clínico. Este enfoque contribuye a revisar explicaciones que solo se centraban en cultural o conductual. Una persona puede no poder presentar consultas médicas a pesar de saber que su salud corre peligro a causa de la carga laboral o del transporte. El trabajo de Enfermería se tiene que concentrar en determinar esas relaciones y distinguir diferentes acciones de carácter clínico, organizativo y político. La explicación de carácter estructural genera respuestas más relevantes y a la vez preserva la elaboración de la percepción del individuo que consulta (Metzl & Hansen, 2014).

Neff et al. se refieren a un currículo de competencia estructural regulada y a una evaluación cualitativa de experiencias formativas. Los participantes realizaron una evaluación de su aplicación en la práctica y de sus posibilidades de reinterpretar situaciones clínicas. Estos resultados ofrecen información sobre el aprendizaje percibido, pero no demuestran por sí mismos la existencia de una reducción de las inequidades. La formación profesional tiene que conectar la reflexión y el cambio de la práctica, haciendo además evaluación de la práctica. El objetivo es

que la forma de analizar socialmente las decisiones sobre el acceso, el modo de trato y la forma de trabajar se vea modificada por un análisis social (Neff et al., 2020).

La categoría justicia requiere ciertos criterios para que se distribuyan necesidades diversas, pero cabe realizar ese tipo de decisiones de forma que tenga que explicarse y revisarse. Puede ser de interés saber quién se visita, a quién se le sigue, a quién se le acompaña y quién se queda fuera. La escasez de recursos no puede combatir esas reglas basadas en prejuicios. La información clínica y social debe usarse para hacer que la atención sea relevante, pero debe haber formas de corregir errores o formas de ir incorporando cambios de situación.

También importa la justicia que hay dentro del equipo de trabajo. La saturación asistencial, la ERTE o una ausencia de protección pueden mermar calidad asistencial y continuidad asistencial. No es posible exigir compromisos ilimitados a la salud de Enfermería como forma de resolver fallos organizativos, las instituciones deben tener en cuenta la coordinación y el trabajo de las comunidades dentro de los recursos que tienen disponibles. Un equilibrio en el cuidado sostenible requiere condiciones que lo puedan sostener sin recurrir a sacrificios. Y una gestión que pueda escuchar los problemas de los trabajadores y de la población.

La distribución de oportunidad, de carga y de capacidad de decisión al interior y al exterior del servicio, es lo que une justicia social y cuidado de justicia social en el cuidado. Precisar así la justicia social organizando el análisis de equidad y justicia social: primero recortar el problema y después decidir cuál es la información que resulta relevante. Una buena formulación debe reconocer situaciones concretas, permitir emparejar explicaciones y prever qué respuesta sería coherente. En cuanto a Enfermería, el concepto será útil si ello ayuda a la comprensión de una trayectoria de cuidado o se brinda un sustento para decidir. No hay que convertir su uso en una estampilla que sustituya la escucha o que cierre prematuramente la valoración de la situación. La interpretación mantiene así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Metzl & Hansen, 2014).

Las reglas que parecen neutrales pueden tener efectos muy diferentes en función de los recursos, la lengua, la movilidad, y las experiencias previas de los/as ciudadanos/as con las instituciones. Reconstruir la relación de la realidad vivida con esta expresión implica tener en cuenta el orden temporal de los acontecimientos. No basta con encontrar dos circunstancias que estén al mismo tiempo: habrá que buscar qué conectan, y qué otra explicación puede interponerse. Desde el paradigma del cuidado basado en derechos, interesa conocer el punto en que una respuesta puede modificar su itinerancia. El análisis debe hacer visible la existencia de las restricciones y de los recursos protectores; del mismo modo que debe buscar una lectura no determinista. Esta distinción permite acotar acciones desproporcionadas, sin relacionar todos los resultados en el efecto de una única condición social (Neff et al., 2020).

Cabe preguntarse quién se beneficia de la regla, quién asume su coste, y qué adaptación de ese recorrido permitiría una oportunidad más justa. Estas preguntas se hacen consolidadas, explicando su sentido y respetando la toma de decisión de no responderlas. La conversación debe generar información suficiente para acordar una acción concreta, no una exploración ilimitada de la vida personal. También es útil contrastar lo que se ha entendido con la persona y registrar incertidumbres en el caso de que existan. El lenguaje del registro se debe poder describir circunstancias y apoyos, hablar de motivaciones o de carácter debe quedar fuera. Cuando hay prioridades distintas a las del profesional y las del usuario(a), negociar el plan es parte del cuidado y no una traba administrativa.

Como situación de tipo hipotético de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Una política obliga a confirmar las citas solamente de forma online, pone en ventaja a los que tienen conectividad y excluye a los que dependen de una cita hecha con apoyo encarnado, realizar la discusión debe permitir distinguir los hechos conocidos de las interpretaciones y de los datos faltantes. Después corresponde identificar qué decisión necesita tomarse ahora y cuáles necesitan o pueden esperar una revisión posterior. Este caso no describe resultados de una

investigación ni es una receta para aplicarse directamente a todas las familias. Su funcionalidad es la que puede expresar cómo una circunstancia cotidiana puede hacer cambiar el sentido de una recomendación. A la hora de resolverlo, es interesante explicar por qué se escoge una alternativa en detrimento de aquella que se presenta como pregunta, así como qué información puede llevar a reconsiderarla.

El servicio puede establecer y mantener canales alternativos y corregir resultados por condiciones de acceso, defendiendo los ajustes con criterios que se transparenten. Para convertir esta orientación en un plan, conviene concretar quién realiza cada acción, qué ayuda necesita y cuándo se revisa el acuerdo. Es necesario hacer distinciones entre una acción propia del grupo del equipo de gestión y una acción que es responsabilidad de otra facultad.

Las expectativas deben alinearse con recursos confirmados y con preferencias de aquellos que participan. Si la primera alternativa resulta inviable, el seguimiento permite explorar otra sin tensionar la responsabilidad de la persona. La documentación deberá incluir el razonamiento y los compromisos aceptados, no solo la simple enumeración de la programación de actividades (Metzl & Hansen, 2014).

El compromiso ilimitado en el personal como colofón para compensar deficiencias estructurales, puede constituir una forma de trasladar las injusticias hacia el equipo sin resolver definitivamente las causas de las mismas. Este límite conlleva anticipar la posibilidad de consecuencias que se hacen invisibles al explicitar de manera única el objetivo principal de la intervención.

La revisión ética tiene en cuenta el equilibrio entre privacidad, autonomía, la distribución de las cargas, y la posibilidad de enmendar decisiones. En este sentido, conviene preguntar si la propuesta que se realiza obliga a poner en marcha más esfuerzos en el caso de quienes ya se encuentran en situaciones en las que sus restricciones aumentan. Identificar un riesgo no significa anular toda acción posible, sino comparar entre alternativas y llevar a cabo la opción adecuada.

La evaluación debe tener en cuenta los efectos distributivos, no únicamente en el caso de la población sino también en el caso del equipo de trabajadores, y no solo la calidad y la sostenibilidad de la atención. La selección de los indicadores en la programación de actividades tiene que dar respuesta a una pregunta de mejora y esta tiene que poder quedar, en determinado tiempo, lo suficientemente sencilla para poder atravesar el trabajo habitual.

Cada medida (cada indicativo) requiere una definición, un periodo y una fuente reconocible; y cuando corresponde, es necesario también que contenga numerador y denominador. El cambio tiene que ser interpretado a partir de contexto, pérdida de seguimiento, y la experiencia de las personas. Una sola cifra no explica cómo se ha llegado a un resultado determinado. La respuesta comprensible permite la revisión del plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o investigar como objeto de una profundización mayor (Metzl & Hansen, 2014).

3.3. Ética del cuidado en comunidades vulnerables

Kass sugiere una consideración de los objetivos, la evidencia, las cargas y la justicia de las intervenciones en salud pública. Esta estructura aporta una información categorial de la que se puede extraer si una actividad genera beneficios suficientes y forma en su forma de manifestarse cuáles serían sus costes. Por ejemplo, una campaña puede requerir tiempo, información o estigmatizar. Enfermería debe anticiparse a esos efectos y buscar alternativas menos perjudiciales. La voluntad de ayudar no elimina que la actividad requiera procedimientos que los justifiquen, y se dará voz a la mirada de los sujetos objeto de la intervención (Kass, 2001).

Por su parte Childress et al. presentan los conflictos entre el bienestar colectivo, la libertad y otros valores también en salud pública. En el trabajo comunitario estas tensiones vuelven a manifestarse cuando se trata de solicitar información, de priorizar atención o cuando se proponen actuaciones preventivas. Cuando actúan combinadamente, la respuesta ética demandará proporcionalidad, transparencia y revisión. El

Código de Ética del ICN otorga una referencia profesional de dignidad, obligación y relaciones de cuidado, que habrá que leer junto a las normas o competencias en vigor en cada país (Childress et al., 2002; International Council of Nurses [ICN], 2021).

El consentimiento tendrá que entenderse como un proceso informativo y como un proceso de decisión. La persona ha de entender la finalidad, los beneficios, las posibles cargas y el uso de datos. Una firma no asegura comprensión, particularmente cuando hay presión o dependencia en relación con el servicio. La enfermera ha de llevar a cabo la identificación de las preguntas o las dudas que presente la persona, y respetar las decisiones, explicando, si corresponde, los límites legales existentes. La participación en una actividad comunitaria no supone la autorización de fotografías, la difusión de cualquier relato o la inclusión en un trabajo de investigación.

La deliberación ética podría tener una breve secuencia como la siguiente: describir el conflicto, identificar las personas implicadas, examinar las opciones, considerar las consecuencias y documentar la decisión. Los casos complejos requieren la consulta institucional. Acierto, puesto que este tipo de reflexión previa como la lógica de la práctica ejercida, los alternativas con fundamento; puede traer, efectos no previstos. La reflexión ética se refuerza existe un contexto a partir del cual personal de enfermería pueden expresar sus dudas y surgen las prácticas que arrastren a la organización de la valoración y la reflexión ética.

La ética del cuidado hace suyas las relaciones, la dependencia y el contexto, la autonomía, la justicia y las obligaciones profesionales en relación con la atención a la comunidad. A partir de aquí, esta especificación sería el punto de partida para el análisis de la ética del cuidado en comunidades vulnerables: primero delimitar el problema y después determinar qué información sería válida. Una formulación óptima debe permitir reconocer situaciones concretas, y hacer comparaciones entre explicaciones o anticipar qué respuesta sería coherente.

En Enfermería todo ello cobra valor si incluso acompaña una comprensión de la trayectoria de cuidado y ayuda a reforzar una deci-

sión. El concepto no hay que usarlo en la medida de una etiqueta que quite la escucha ni cierre, antes de tiempo, la valoración. De esta manera, la interpretación sigue manteniendo una relación automática entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Kass, 2001).

Una intervención bien intencionada puede intervenir en caso de la revelación de información, la imposición de decisiones o la distribución de cargas sin la consulta en relación con los que participan. Reconstruir esta relación requiere tener presentes en consideración dentro del transcurso de los acontecimientos. No es suficiente con describir dos circunstancias que se dan a la vez, hay que poner la mirada en cómo éstas se enlazan y cuáles pueden ser las demás explicaciones que puedan situarse.

Desde un cuidado basado en derechos, se busca identificar el momento en el que una respuesta puede dar un vuelco en el recorrido. El análisis ha de dejar ver restricciones y recursos, estando lejos de ser una lectura determinista. Esta distinción da paso a propuestas de acciones proporcionadas, sin hacer recaer toda la responsabilidad sobre una única condición social (Childress et al., 2002; ICN, 2021).

Es necesario describir el dilema, identificar las personas que se ven afectadas y comparar opciones a partir de beneficios, riesgos, preferencias y posibilidades verdaderas. Plantear y hacer estas preguntas se hará progresivamente, explicando su sentido y respetando, al fin y al cabo, la voluntad de no responderlas. La construcción de la conversación ha de producir información suficiente para acordar una acción y no ser un proceso sin fin sobre la vida particular de los interlocutores y la relación en este momento con el tema.

También es importante contrastar lo que se entiende con la persona y hacer registros de las dudas que se tengan. El lenguaje del registro ha de describir circunstancias y apoyos, no juicios sobre la motivación o el carácter. Cuando el objetivo y las preocupaciones son distintas entre usuario y profesional, negociar el plan es una parte propia del cuidado y no una burocracia.

Se puede hacer un ejercicio de aprendizaje a partir del caso siguiente. Un grupo quiere visitar a una persona, pero el contacto visible puede mostrar una situación que ella prefiere no compartir ante los vecinos. La discusión ha de distinguir entre hechos conocidos, interpretaciones sobre datos que faltan. Después corresponde identificar la decisión que requiere tomarse ahora y cuáles son materia de revisión.

El caso no está orientado a una investigación, ni a un modelo que se pueda aplicar a todas las familias. Su importancia reside en la manera en que una situación cotidiana modifica el sentido de una orientación. Al resolverlo, habrá que indicar por qué se escoge una opción y qué información podría llevar a poner en duda dicha opción.

La deliberación podría ir a buscar un canal y lugar distintos, a hacer explicaciones de las opciones, a documentar la decisión consensuada y sin dejar de atender a necesidades de tipo asistencial. Para pasar a un plan, se puede tener que determinar quién llevará a cabo cada tarea, a quién habrá que apoyarle, cuándo se revisará el acuerdo, etc. Un elemento a aclarar es el de cómo distinguir entre los momentos de acción del equipo y la gestión, la que por definición tendrá que quedar sujeta a otro tipo de institución. Las expectativas irán anudadas a los recursos confirmados y a las preferencias de las personas que intervienen interpeladas.

Si la primera opción no es factible, hace posible el seguimiento de la otra alternativa sin necesariamente responsabilizar a la persona. La documentación debe presentar el razonamiento realizado y compromisos que han sido asumidos, no sólo una lista de acciones realizadas (Kass, 2001). Una firma no confirma en sí el consentimiento informado, especialmente si ha habido presión, dependencia o dificultad para entender y la existencia de este límite obliga a anticipar consecuencias que pueden no ser evidentes cuando solamente se están analizando los objetivos principales de la intervención.

La revisión ética tendrá que tener en cuenta la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir decisiones. En ese sentido, es pertinente hacer la pregunta de si la propuesta am-

pliará esfuerzos para las personas que ya tienen dificultades; identificar un riesgo no implica paralizar toda acción, sino que permite comparar opciones y escoger una respuesta proporcionada.

En la evaluación ética hay que incluir revisar consecuencias y experiencia de las personas, ya que una decisión informada puede necesitar ajustes durante su desarrollo. La elección de las dimensiones debe dar respuesta a una pregunta de mejora y debe seguir siendo adecuadamente sencilla para ser utilizada durante el trabajo habitual. Cada medida debe contar con una definición, un período y una fuente conocida; y cuando corresponde también un numerador y un denominador. Los cambios deben analizados a la luz del contexto, de las pérdidas de seguimiento y de la experiencia de las personas. Una cifra suelta y aislada no explica el porqué de un resultado. La devolución comprensible servirá para repasar el plan y decidir qué se quiere continuar manteniendo, qué se quiere adaptar o qué se quiere investigar con mayor profundidad (Kass, 2001).

3.4. Discriminación y estigmatización

La discriminación puede manifestarse en las interacciones, en los procedimientos, pero también en las estructuras. Bailey et al. muestran cómo el sistema de vivienda, el sistema escolar, el sistema de trabajo y el sistema de salud pueden ser funciones que refuercen las desigualdades raciales que han tenido lugar en Estados Unidos.

Su aplicación a Ecuador implica tener en cuenta su histórica diferente y su diversidad. El trabajo institucional debe identificar las barreras y los pros y las contraposiciones, sin encontrar sentido a reducir el racismo a que actitudes de los individuos. La Enfermería puede identificar el trato diferenciado, los requisitos injustificables y las prácticas que invisibilizan las necesidades de los determinados colectivos (Bailey et al., 2017).

Paradies et al. (2015) encuentran una relación entre el racismo y resultados de salud concretos, en especial la salud mental, con variaciones según el diseño y mediciones. Esto significa que hay evidencias

suficientes para poder reconocer que la discriminación es una exposición válida. Una profesional de la salud puede ofrecer en su entrevista un espacio para comunicar las experiencias de maltrato y no es necesario que la persona tenga que demostrar todas sus consecuencias de forma inmediata. El registro ha de ser descriptivo y respetuoso, y la respuesta institucional ha de tener procedimientos de investigación y de corrección (Paradies et al., 2015).

Un estigma puede hallarse en diferentes palabras, imágenes y formas, términos como “paciente difícil” o “familia negligente” pueden ayudar a enmascarar barreras de acceso y condicionar la atención futura. Sería más preciso reflejar conductas y situaciones con posibilidad de verificación. Asimismo, es importante llevar a cabo revisiones de carteles, formularios, materiales de educación para la salud y no asociar pobreza, discapacidad o migración a ser incapaz. La capacitación debe acompañarse de mecanismos para recoger la retroalimentación de las prácticas y corregir formas de proceder; no basta una simple declaración verbal en torno al respeto.

Las personas deben conocer los canales a los que pueden recurrir para dar cuenta de discriminación y esperar respuesta. Es imprescindible garantizar la confidencialidad y la protección ante represalias. La evaluación puede incorporar el análisis de quejas, como también de las experiencias de trato y de las diferencias en el acceso, teniendo en consideración que una escasa cantidad de denuncias no implica la ausencia de problemas.

Algunas personas hacen todo lo posible por no denunciar por miedo o desconocimiento. La existencia de colectivos de personas con discapacidad, discapacidad, y la participación de las personas afectadas puede ayudar a poner al descubierto obstáculos que el equipo no detecta y también a formular medidas de prevención y reparación pertinentes.

La discriminación puede darse en interacciones, en reglas explícitas, en la organización, etc.; la estigmatización, en cambio atribuye características estigmatizadas que marcan el trato y las oportunidades. Esta precisión permite organizar lo que se analiza respecto a la discri-

minación y a la estigmatización: primero delimitar el problema y después decidir qué información ha de ser relevante.

Una formulación cuyo producto represente dicha relación debería permitir reconocer situaciones que son concretas, comparar explicaciones y anticipar qué respuesta sería coherente. En el ámbito de la Enfermería, el concepto solo será útil en cuanto ayude a entender una trayectoria de cuidado y a justificar las decisiones que se toman. Su uso no debería convertirse en una etiqueta que sustituya el escuchar ni acabar de forma prematura la valoración. La formulación de esta forma mantiene pues un marco de explicitud entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Bailey et al., 2017).

Etiquetas como la difícil o el incumplidor pueden guiar decisiones posteriores ocultando barreras de acceso, de comunicación o de seguridad. Reubicar la relación requiere abordar el orden de los acontecimientos. No es suficiente encontrar a la vez dos circunstancias, hay que estudiar cómo se relacionan e investigar qué otras posibles explicaciones pueden estar presentes.

Desde el cuidado fundamentado en derechos, interesa situar y alertar el punto en el que una respuesta puede alterar el camino. El análisis ha de dar cuenta de las limitaciones, pero también de los dispositivos de protección y caer por tanto en una lectura determinante. Esta distinción puede orientar hacia acciones ajustadas sin presentar todo resultado de una única condición social (Paradies et al., 2015).

Resulta pertinente preguntar por experiencias del trato o repasar el lenguaje de los registros, documentos o procedimientos que pueden llegar a producir exclusión. Las preguntas se irán introduciendo de forma progresiva, explicando para qué sirven y respetando la decisión de no querer contestar. La charla, la conversación ha de producir la información suficiente para acordar una acción, no ser la exploración de la vida privada sin límite. También conviene contrastar con la persona lo que ha sido entendido e ir registrando las incertidumbres cuando existan. El lenguaje del registro ha de describir circunstancias y apoyos, evitando juicios sobre motivos y el carácter; la negociación del plan cuando hay

prioridades diferentes entre la persona que lo elabora y el usuario pertenece al cuidado y no es vista como una barrera administrativa.

Como situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Una historia clínica repite una etiqueta negativa, pero nadie ha documentado que la persona está expuesta a unas contradicciones ante las instrucciones que recibe y a la dificultad para su transporte. En este punto la discusión ha de separar lo que son hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan. Después hay que identificar qué decisión ha de tomarse para el ahora y cuáles son las decisiones que han de quedar pendientes para el futuro.

Este caso no recoge los resultados de una investigación, ni una pauta que automáticamente sea aplicable a todas las familias, sino que es útil para dar a conocer cómo una circunstancia habitual puede transformar el sentido de una recomendación. Al abordarlo, hay que explicar por qué se opta por esta alternativa, así como qué información podría plantear la necesidad de decidir de otra forma.

El equipo puede sustituir algunos juicios por contrastes, explorar la barrera sin tener que atirarse a ella, revisar decisiones que hayan sido alteradas por cumplir una determinada clasificación. Para concretar esta orientación en un plan, hay que precisar quién se encargará de hacer esa tarea, qué apoyo necesita y cuándo se debe visitar el acuerdo. Hay que distinguir entre hacer algo que es propio del equipo y gestionar algo que requiere de la inquietud de las instituciones.

Todo debe ajustarse a las previsiones que ya se han sometido a confirmación y a los deseos de quienes son participantes. Si dicha alternativa no condujere a un cambio que fuera viable, el seguimiento permitirá visitar otra lástima sin que automáticamente uno asuma responsabilidad por ello. La documentación tiene que dar cuenta del razonamiento y de los compromisos que se han podido asumir, no solo de una lista de actividades (Bailey et al., 2017).

La formación sobre prejuicios y sesgos sin eliminar procedimientos o decisiones de canales para presentar quejas puede dejar en

pie prácticas que favorecen la discriminación. Este límite obliga a anticipar consecuencias que pueden pasar desapercibidas si solo se atiende a la finalidad última de la intervención; la revisión ética también debe contemplar progreso, autonomía, distribución de cargas y forma para limitar decisiones de error, quedando convenido en este sentido preguntar si la nueva propuesta se traduce en mayores esfuerzos para quien ya se ve obligada a restringirse. Señalar un riesgo no significa suspender toda acción; en cambio, es cuestión de poner a contrastar alternativas y de limitar así la respuesta ofrecida.

La evaluación vigila las experiencias de personas, las diferencias de acceso a eventuales respuestas y la experiencia de los eventos, entendiendo que la ausencia de quejas no garantiza la ausencia de daño. La selección de indicadores responde a una pregunta de mejora y se mantiene lo suficientemente simple como para poder utilizarla durante el transcurso de la tarea habitual.

Cada medida necesita una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando una medida es apropiada, también exigirá numerador y denominador. Los cambios deberán explicarse al lado del contexto, de las pérdidas de las trayectorias de seguimiento y de las experiencias de las personas. Una cifra aislada no explica por qué ha sido un resultado determinado, lo que la devolución de información comprensible permite es repasar los planes en curso y tomar la decisión sobre lo que queda, por un lado, lo que se adapta, o lo que se quiere investigar más en profundidad (Bailey et al., 2017).

3.5. Interculturalidad en salud

La interculturalidad implica interacción entre saberes y prácticas en situaciones que reconocen desigualdades de poder. Curtis et al. sugieren que hay que centrar la seguridad cultural en la experiencia de la gente y de las comunidades; y, efectivamente, también en la responsabilidad institucional. No basta que el profesional considere que su conducta es respetuosa; la evaluación debería preguntar cómo fue vivida esta atención, así como qué condiciones facilitaron o impidieron la par-

ticipación. En este punto se produce un cambio de énfasis que va del interés por conocer costumbres (lo que se denomina el relativismo que es inadecuado o erróneo) a revisar las relaciones y los procesos (Curtis et al., 2019).

Kurtz et al. revisan experiencias de educación en seguridad cultural y subrayan el apoyo institucional y la participación comunitaria. La educación puede incluir la reflexión y el contacto con las comunidades, pero se debe evitar la superficialidad del encuentro, pues solo puede reforzar estereotipos. El aprendizaje debe insertarse en el procedimiento educativo y en la evaluación.

Para Enfermería, la pertinencia intercultural en el contexto de la relación con la persona plantea una comunicación, unas decisiones compartidas y una capacidad de despliegue en el proceso de atención, cuando se valorizan criterios de seguridad y se respeta la manera en la que cada persona se expresa y declara sus preferencias (Kurtz et al., 2018).

La diversidad que se encuentra en el interior de la propia consulta ha de seguir siendo visible. Compartir una etnicidad, así como compartir una lengua, no significa encontrarse con la misma formulación de las creencias o de las prácticas. La enfermera se debe preguntar cómo entiende la persona lo que le ocurre, qué tratamientos lleva a cabo, qué espera del servicio; dicha exploración permite poder reconocer acuerdos de último momento o bien también tensiones.

Por eso el diálogo necesita tiempo y, si se dan las condiciones, una interpretación ligada al contexto. La participación de mediadores puede ofrecer la posibilidad de ahondar en la comprensión que se da entre la persona y la enfermera, pero no puede sustituir de ninguna manera la responsabilidad profesional que debe existir en la comunicación del contenido de lo que se está llevando a cabo y del respeto que se ha de mostrar tanto como el que debe recibir la persona.

La adaptación puede presentar información proveniente de cri-

terios de acompañamiento, de horarios, de fórmulas de explicar, de coordinar con otros actores representados en el contexto; criterios de adaptación a las necesidades y procedimientos. Las decisiones han de construirse conjuntamente con la persona y deben registrarse.

Si la práctica puede entrañar riesgos para la persona, se han de explicar sin ninguna burla sobre creencias o fórmulas, junto con las alternativas de defensa. La interculturalidad no requiere que se acepte ciegamente cualquier intervención, ni debe servir para establecer una única manera de hacer las cosas. Lo que realmente se necesita es una conversación fundamentada, que haga honor a la dignidad, la autonomía y el bienestar.

La interculturalidad consiste en el diálogo de saberes, de técnicas, de prácticas, de maneras de ser y de vivir en una situación formalizada, pero equilibrada, que conozca las situaciones de desigualdad de poder y de diversidad que también se dan con cada grupo y con cada uno en el fondo de sí mismo.

Esta precisión organiza el análisis de la interculturalidad en salud: primero se establece el problema, cuál es el problema a estudiar, y luego se decide qué información tiene peso. Una elaboración práctica debe permitir descubrir una condición específica, tratar de comparar explicaciones, o bien predecir qué tipo de respuesta sería coherente. Para Enfermería, el concepto tiene sentido cuando ayuda a enmarcarla y a explicar su trazabilidad. Pero el uso de este concepto no debería convertirse nunca –en el sentido negativo que tiene la concepción de etiquetas– en un cambio que sustituya la escucha, o dé por concluida un proceso de valoración demasiado pronto. Así, la interpretación mantiene siempre una relación explícita, entre saber, contexto y dar cuenta de lo correspondiente al sentido de la responsabilidad profesional.

La experiencia de las prácticas de afectación o descalificación puede afectar la confianza y la disposición para comunicar prácticas, dudas y necesidades al mismo servicio. Reconstruir esta relación requiere

considerar el orden del tiempo de los acontecimientos, no con la sola existencia de dos circunstancias simultáneas sino con la necesidad de ir a ver cómo se vinculan y qué otras explicaciones pueden estar presentes.

Desde el cuidado fundamentado en derechos, interesa saber hasta qué punto la respuesta puede modificar el trayecto. Además, el análisis debe atender a las restricciones y a los recursos protectores y no debe ceder a la lectura determinista. La distinción sirve para poder plantear acciones proporcionadas y no asignar a una única condición social todos los resultados (Kurtz et al., 2018).

Por otra parte, es conveniente preguntarse cómo la persona da sentido a su situación, qué prácticas ejecuta y qué espera de este encuentro, sin suponer a priori respuestas por pertenencia cultural. Estas preguntas se van haciendo progresivamente, se va haciendo explícita su finalidad e importando aceptar la negativa a responderlas. La conversación tendrá que permitir establecer un intercambio satisfactorio para poder acordar una acción, no un camino de indagación sin límites hacia la vida privada.

Conviene contrastar lo que se ha ido interpretando con la persona y hacer un registro de las incertidumbres. El registro debe describir las circunstancias y los apoyos, eliminar juicios sobre la motivación o el carácter; y cuando surjan prioridades con el profesional y el usuario, la negociación del plan será parte de la atención a la salud y no supondrá un impedimento administrativo.

Como supuesto de aprendizaje, se puede analizar el siguiente caso: una familia compagina cuidados institucionales y tradicionales, pero no habla de ellos debido a que ha recibido burlas sin explicación previa. La conversación habla de separar hechos conocidos de interpretaciones; habla de separar hechos conocidos de datos que faltan. Tras ello hay que identificar qué decisión hay que tomar ahora o qué decisiones requieren repensar.

Esto es un caso que no representa los resultados de una investigación, ni es una pauta a aplicar indiscutiblemente con todas las familias. Su utilidad estriba en evidenciar cómo una situación cotidiana puede transformar la implicación de una recomendación; en el procedimiento de resolverlo, es importante justificar la preferencia de una de sus alternativas y, a partir de ella, qué información podría dar lugar a revisitarla con el propósito de cambiar de elección.

La Enfermería puede abrir un interlocutor con la herramienta del respeto, puede explorar la seguridad e ir consensuando decisiones, puede presentar los límites que descalifican identidades en el mismo momento. Para que el estudiante pueda llevar esta orientación a un plan, será necesario precisar quién hace una acción concreta, qué ayuda le hace falta y cuándo (con qué periodicidad) se revisará el acuerdo alcanzado.

Es importante distinguir una acción que es propia del equipo de otra que depende de una autoridad institucional. Las expectativas deben concordar con unos recursos confirmados y con las preferencias de las personas que intervienen. Si la primera alternativa no puede mantenerse, la segunda podrá contemplarse sin hacer recaer la culpa de una decisión en la persona. Hay que documentar el razonamiento y los compromisos asumidos y no simplemente una lista de actividades (Curtis et al., 2019).

Aceptar cualquier práctica porque se considere cultural puede hacer que se olviden los riesgos potenciales que comporta o rechazarla de partida puede obligar a tener que renunciar a la comunicación que es necesaria para valorar esos riesgos. Pero este límite obliga a tener una anticipación de unas consecuencias que son posibles y que pueden pasar desapercibidas si solo se toma en consideración el objetivo principal en el cual se está interviniendo.

La revisión ética que se haga tiene que tener en cuenta el ámbito de la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir decisiones. En todo caso, conviene preguntarse si la propuesta incrementa los esfuerzos en aquellas personas que ya están so-

metidas a un esfuerzo superior al entorno donde se desarrolla la intervención. El hecho de identificar un riesgo no quiere decir el hecho de suspender toda acción, sino que supone el hecho de comparar opciones y la selección de alguna respuesta conforme.

La evaluación que se realice tiene que recoger la experiencia de respeto, la experiencia de la comprensión y la experiencia de la posibilidad de intervenir, además del trabajo de traducción del material o la aparición de los símbolos culturales. La selección de los indicadores de la evaluación tiene que estar en respuesta, por una parte, de la pregunta de mejora y, por otra, de mantenerse en niveles de sencillez suficiente para que se pueda ocupar en el transcurso del trabajo habitual.

Cada medida necesita de la definición, el período y la fuente de la cual se puede extraer; cuando corresponde, también necesita de un numerador y de un denominador. Los cambios que se van produciendo se interpretan en conexión con el contexto, el hecho de ser capaz de tener pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Un número aislado no explica por qué se ha llegado a un resultado determinado. La devolución que se realice y que sea comprensible permite revisar el plan y tomar decisiones de lo que conviene mantener, adaptar o investigar con mayor profundidad (Curtis et al., 2019).

3.6. Competencia cultural en Enfermería

Según Tervalon y Murray-García, la humildad cultural es una forma comprometida de autocrítica, como una constante reflexión en torno a los desequilibrios de poder, evitando así que se considere que una de esas capacitaciones permita dominar la cultura de otras personas. Así, Enfermería puede ir desarrollando habilidades de escucha, comunicación, reflexión y reconocimiento de límites sobre ese conocimiento. La pregunta sobre preferencias personales tiene más sentido que la lista de costumbres de un colectivo que se cree paralelamente a sus personas. La competencia se presenta como capacidad

para aprender y para ajustar el cuidado (Tervalon & Murray-García, 1998).

Beach et al., por su parte, sí encontraron una pequeña evidencia de que con intervenciones educativas existían mejoras de conocimientos y algunas habilidades, aunque no abundó la evidencia de resultados sanitarios y equidad. Esa evaluación de los programas formativos tiene que diferenciar entre los tipos de niveles.

Producir un mejor resultado en un cuestionario no indica cambios en el trato o el acceso. Es mejor observar las prácticas, recoger experiencias de personas usuarias y revisar los procesos institucionales. La capacitación cultural debe estar asociada a que haya responsabilidades que asumirse, y a posibilidades para poner en práctica lo que se ha aprendido (Beach et al., 2005).

Las competencias abarcan desde utilizar el lenguaje de forma comprensible hasta trabajar con intérpretes, y desde contar con explicaciones de salud sin realizar juicios, hasta revisar los propios sesgos y ser capaz de identificar si una expectativa profesional es un obstáculo para llevar a cabo la participación. La enfermera puede preguntar qué es lo que le resulta dificultoso o inaceptable, y a partir de ahí, negociar alternativas válidas. La comunicación tiene que ser capaz de preservar precisión clínica, sobre todo cuando se explican riesgos o procedimientos, evitando las simplificaciones de forma que se cambie el significado de la información que se transmite.

La competencia organizativa quiere decir disponer de materiales accesibles, de mecanismos de interpretación y de procedimientos de feedback, sin que dependa de la mera habilidad de una profesional. El propio servicio tiene que contemplar la planificación de los recursos y la evaluación de las experiencias. Tanto en los casos en los que se recurre a la interpretación, como en los que se conserva la función de la utilidad, se explica qué puede hacerse, se explicita la confidencialidad, y se mantiene el diálogo con la persona recibida. Los familiares pueden ayudar siempre que ella misma así lo desee, pero ello no implica que

sean siempre las personas adecuadas en el caso de transmitir una información delicada o que sea particularmente compleja.

Así mismo, la competencia cultural exige aprender de manera continuada y revisar los sesgos; no se trata de memorizar lo que supuestamente caracteriza a grupos homogéneos. Esta precisión organiza el problema de la competencia cultural en la Enfermería: primero se delimita el problema y después se determina qué información es relevante. Una formulación adecuada debe permitir reconocer situaciones concretas, comparar las explicaciones o anticipar cuál sería la respuesta coherente.

El concepto en Enfermería adquiere sentido siempre que sea capaz de ayudar a la comprensión de una trayectoria de cuidados y de justificar decisiones. Su uso no debe convertirse en una etiqueta que sustituya la escucha o acabe prematuramente la valoración. De este modo, la interpretación mantiene una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesionales (Tervalon & Murray-García, 1998).

La humildad profesional permite reconocer límites y hacer preguntas, y por tanto evita que el conocimiento general se utilice para estereotipar a una persona concreta. Para reconstruir la relación hay que pensar en el tiempo de los acontecimientos. No hay que buscar solamente que dos circunstancias sean simultáneas, sino cómo se relacionan, e incluso qué explicaciones hay para ir con el tema.

En el cuidado caracterizado por derechos, se trata de ver el punto que una respuesta puede cambiar su trayectoria. El análisis de la relación debe de contemplar limitaciones y recursos protectores evitando una mirada determinista. Esta distinción permite poder plantear acciones consideradas sin que toda la responsabilidad recaiga en una única condición social (Beach et al., 2005).

Interesa plantear idioma considerado, modalidades de comunicación, apoyos elegidos, experiencias que determinan la confianza a la

hora de dar la atención. Se incorporan las preguntas de forma gradual mostrando el porqué de su inclusión, permitiendo la decisión de no contestar. La conversación debe proporcionar suficiente información como para hacer una propuesta concreta, no convertirse en un ejercicio ilimitado sobre la historia vital.

También debe contrastarse lo entendido con la persona y anotarse las incertidumbres en caso de existir. El lenguaje de registro debe hacer referencia a circunstancias y/o apoyos, evitando juicios de valor sobre la motivación o el carácter. Cuando aparece un interés prioritario distinto entre el profesional y el usuario o la usuaria, la negociación del plan forma parte de la atención y muchas veces no será causante del obstáculo administrativo.

Como caso hipotético de aprendizaje puede utilizarse el siguiente: Un profesional cree que conoce las preferencias de un grupo, pero una usuaria pone sobre la mesa que tiene necesidades diferentes y expresa que prefiere otra forma de recibir la información. El debate que puede tener lugar debe permitir distinguir entre los hechos que aparecen como conocidos, las interpretaciones que se hacen llegar y la información que falta. Después corresponde identificar cuál es la decisión que hay que tomar ahora y cuál de las decisiones requiere ser revisada más adelante. El caso no es necesariamente el resultado de un trabajo de investigación ni indica automáticamente las pautas que se pueden establecer y que son aplicables a todas las familias.

La utilidad consiste principalmente en poner de relieve cómo una circunstancia usual puede hacer variar la significación de una recomendación. Al resolverse el caso, será conveniente detallar por qué se ha elegido una alternativa y qué información podría hacer necesario reconsiderarlo; el equipo puede ajustar la comunicación y comprobar la comprensión usando una interpretación competente, si es necesaria y además está disponible. Cuando hay que bajar esa orientación a un plan hay que concretar quién hará qué, con qué apoyo cuenta y cuándo se

hace la revisión del acuerdo.

Asimismo, hay que poder distinguir una acción del equipo de una gestión que depende de otra. Las expectativas se han de ajustar a recursos confirmados y gusto por parte de quienes participan. Si la primera alternativa no resulta viable, el seguimiento permite desglosar otra alternativa de forma que no se levante la mano automáticamente responsable a la persona. La documentación debe exponer el razonamiento y el compromiso asumido y no simplemente una lista de actividades (Tervalon & Murray-García, 1998).

La interpretación automática de temas sensibles a fin de dirigirla a menores o parientes puede socavar la precisión, la confidencialidad y la libertad de expresión. Este límite prevé la obligación de anticipar consecuencias que se pueden ignorar al mantenerse la interpretación de los objetivos de la intervención. La revisión ética lleva vinculadas la confidencialidad, la autonomía, la distribución de las cargas y la posibilidad de corregir las decisiones. Queda la opción de preguntarse si la propuesta incrementa la carga para quienes ya tienen que afrontar más limitaciones. El hecho de identificar un riesgo no significa dejar de actuar, sino buscar opciones y elegir una acción equivalente a la que debe hacerse en cada caso concreto.

La evaluación se ha de centrar en la observación de prácticas y experiencias efectivas y no solo en autoevaluaciones del tipo de certificados de capacitación o de autoevaluaciones de sensibilidad cultural. La opción de indicadores debe dar respuesta al interrogante que se ha propuesto de mejora y permanecer simple para poderla aplicar en el trabajo habitual. Cada medida ha de contener una definición, un lapso temporal, una fuente reconocible, si ha lugar también un numerador y un denominador. Las variaciones se han de elaborar en un marco en el que se vea el contexto, los déficits de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no puede dar respuesta de si un acontecimiento ha tenido lugar. La devolución comprensible puede hacer reapre-

tar el programa o tomar la decisión de seguir el camino que se ha propuesto o ir más lejos a indagar (Tervalon & Murray-García, 1998).

3.7. Saberes y prácticas tradicionales

Mignone et al. realizaron un análisis de experiencias de interacciones interculturales en el contexto de cinco países latinoamericanos, uno de los cuales es Ecuador. Los casos que presentan muestran cómo los mismos tienen diferentes maneras de manifestar la relación entre los servicios y las prácticas indígenas, así como también tensiones y criterios de organización. La lectura comparada permite llegar a la siguiente conclusión: que la intención de integrar exige la elaboración de acuerdos y de una contextualización, y que la misma no significa una relación de equivalencia de todas aquellas prácticas que se presenten ni permite generalizar los resultados de un caso para toda la región. La Enfermería puede organizar el interlocutor y la coordinación entre los servicios y las prácticas siguiendo las competencias y la seguridad (Mignone et al., 2007).

Origlia Ikhil et al. presentan los obstáculos comunicativos que presentan las mujeres migrantes que no comparten la lengua de la atención de la maternidad. La falta de interpretación limitó el acceso a la información proporcionada, así como también la exposición de las necesidades. Aunque no se centra en la medicina tradicional, aporta una condición esencial para el diálogo intercultural: la comprensión. Preguntar por las prácticas y tratamientos implica el entramado de una comunicación que permita explicar los significados, identificar posibles interacciones y llegar a acuerdos sin imposiciones ni confusiones (Origlia Ikhil et al., 2019).

La consideración ha de incluir productos, medicinas y prácticas, por lo que la pregunta será transversal y neutral. La profesional apunta la información que considera de interés y va a la consulta cuando tiene dudas sobre interacción o eficacia de tratamiento. No se deben reco-

mendar elementos que no se conozcan y tampoco suspender la atención necesaria, tal y como se cree en la eficacia de las cosas. Al mismo tiempo, descalificar toda práctica puede evitar que la persona informe de lo que usa. La conversación marca la línea que conviene seguir con todo aquello susceptible de encontrar riesgos, expresa lo que es compatible con el cuidado y busca ofrecer alternativas cuando hay que modificar alguna cosa.

El trabajar en red con los agentes tradicionales ha de tener pactaron sobre funciones, derivaciones, información y respeto por parte de los profesionales. El saber comunitario no puede ser excluido y, mucho menos, amortiguado sin consentimiento ni autorización de la comunidad. La docencia y la investigación generan un cuidado especial con la propiedad y la utilización de los saberes colectivos. La Enfermería puede trabajar creando relaciones de confianza y canalizando la atención, pero no puede hacer de una persona el portavoz de un conjunto de conocimientos. La pertinencia se produce a partir de la posibilidad y la evaluación de las experiencias, no a partir de la pura incorporación simbólica de elementos de la cultura.

Los saberes tradicionales deben considerarse con sus contextos y su diversidad, haciendo distinción entre valor cultural, experiencia de uso y evidencia de seguridad/efectividad. Esta precisión permite, además, organizar el análisis de saberes y prácticas tradicionales: primero se delimita, en el sentido de especificar qué es lo que se quiere trabajar y, después, se decide qué información sobre este saber es útil a dicha especificidad. La formulación que debe perseguirse sería la que permita identificar situaciones concretas, comparar las explicaciones que se encuentra y pensar en qué respuesta sería consistente. En el ámbito de la Enfermería, el concepto cobra valor cuando permite, además de entender la trayectoria de un acto del cuidar, también entender y justificar las decisiones. Su utilización no ha de convertirse en una etiqueta que despierte el cierre de la valoración o que sustituya a la escucha. A través de la expresión interpretativa, el saber mantiene

explicitada la relación solidaridad conocimiento/contexto/responsabilidad profesional (Mignone et al., 2007).

La ausencia de diálogo puede esconder el uso de productos o prácticas pertinentes para el cuidado y pone en jaque la identificación de problemas o interacciones que puedan ocurrir. Es una forma de reconstruir esa relación en la que es necesario seguir el orden temporal de los acontecimientos. No basta con encontrar dos circunstancias al mismo tiempo, sino que hay que pensar en cómo esas circunstancias se encuentran y qué otras explicaciones pueden aparecer.

Desde un enfoque de cuidado centrado en los derechos, interesa señalar el momento en el que una primera respuesta puede cambiar el rumbo. El análisis debe contemplar restricciones y recursos protectores, pero también debe evitar la lectura determinista. Esa distinción permite enunciar acciones proporcionadas sin cargar, tampoco, todos los resultados en una sola condición social (Origlia Ikhil et al., 2019).

Es interesante preguntar qué se utiliza, para qué se utiliza o para qué fue recomendado, eludiendo las expresiones que puedan hacer sentir a la persona como juzgada. Éstas se van introduciendo de forma gradual, explicando para qué sirven, así como respetando que la persona puede decidir a no responder. La conversación debe garantizar que se constituye la información suficiente como para aceptar realizar y no explorar indefinidamente la vida privada; pero también dar la oportunidad de poder contrastar lo que se ha entendido con la persona de la conversación.

Así como también de registrar situaciones de incertidumbre si se considera necesario. El lenguaje del registro debe explicitar qué circunstancias se han observado y cuáles han sido los apoyos, sin entrar en juicios sobre la motivación o el carácter. Cuando la persona proveedora del tratamiento y la persona usuaria tienen prioridades distintas, la negociación del plan es parte de lo que es cuidar y no un obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: Una persona aplica un preparado tradicional junto con un tratamiento, pero desconoce la composición de este último y no se había informado al equipo. La discusión debe saber separar los hechos que se conocen, las interpretaciones y los datos que no se conocen. Luego le corresponde identificar qué decisión se necesita tomar ahora y cuáles son decisiones que deberían revisarse. Este caso no representa resultados de los estudios muestreados, ni se trata de una regla que se aplique automáticamente a todas las familias.

La utilidad de la situación es mostrar cómo una situación cotidiana puede modificar el sentido de una recomendación. Al resolverlo, es necesario razonar por qué se escoge una determinada opción y qué información puede hacer necesario reconsiderarla. La respuesta puede citar la información, consultar fuentes y profesionales de referencia, y acordar la forma adecuada de proceder, pero sin dar garantías excesivas. Para poder pasar de esta recomendación a un plan hay que concretar quién lleva a cabo las tareas, qué apoyo necesita y cuándo se revisará el acuerdo.

Se debe distinguir el hacer propio del equipo y la gestión que es responsabilidad de una institución ajena, y las expectativas tienen que ajustarse a los recursos ya identificados y a los deseos de los/as participantes, en el caso de que la primera opción no sea viable, la posibilidad del seguimiento puede permitir una segunda opción sin responsabilizar automáticamente a la persona. Los documentos tienen que dar cuenta del proceso de trabajar las cosas y de los compromisos que se han asumido y no un listado de actividades que se han hecho (Mignone et al., 2007).

Difundir un saber comunitario sin autorización puede llevar a vulnerar los derechos colectivos y a convertir la colaboración desde la asistencia social en la extracción de un saber. Esta frontera hace necesario anticipar las consecuencias que pueden ser invisibles si únicamente se contempla la finalidad en la cual se centra la atención respecto a la intervención. La revisión ética debe plantear la privacidad, autonomía, dis-

tribución del peso de la decisión y la posibilidad de rectificar decisiones tomadas en la práctica. Concretamente, es pertinente hacerse la pregunta de si la propuesta da más carga a las personas con menos posibilidades. Nombrar una existencia en riesgo no es necesario para interrumpir la acción para una cosa, sino que hay que poder ponerla en contraste; en este caso elegir la respuesta proporcionada.

La evaluación tiene que contemplar si se ha mantenido la comunicación, la seguridad y los acuerdos alcanzados, y no se tiene que atribuir la eficacia clínica a los testimonios individuales. La elección de los indicadores ha de responder a la pregunta de mejoras que se ha formulado y tiene que poder ser suficientemente sencilla como para que se pueda utilizar en el trabajo habitual. Cada medida tiene que seguirse de una definición, de un periodo y de una fuente. Si corresponde, también tiene que tener numerador y denominador.

La interpretación de los cambios ha de hacerse teniendo en cuenta el contexto, las pérdidas por seguimiento y la experiencia de las personas implicadas; una cifra aislada no explica el resultado y revisarla mediante la devolución comprensible permite volver a ver todo el plan y decidir sobre qué hay que mantener con las personas, qué hay que adaptar, sobre qué hay que indagar o en qué hay que profundizar (Mignone et al., 2007).

3.8. Defensa de derechos desde Enfermería

Tal y como Abbasinia et al. describen, la defensa de las personas implica la protección, el apoyo, la información, la consideración de sus preferencias, la mediación y la promoción de la justicia. El análisis conceptual sirve para concretar el sentido de una función que puede llegar a confundirse con el de hablar siempre por otras personas, de manera que la defensa tiene que reforzar la voz de la persona concibiendo la decisión y el deseo como cordones umbilicales en los que ella deja constancia de sí misma. La Enfermería puede poner en práctica la defensa para ayudar a comprender, minimizar los obstáculos, contribuir a la comunicación o expresar necesidades al equipo, pero sin dar por sentado que un experto

sabe mejor lo que la persona quiere (Abbasinia et al., 2020).

Nsiah et al. recogen las descripciones de enfermeras de aspectos como la protección, la calidad y las relaciones de apoyo. Al tratarse de un estudio cualitativo situado, sus resultados permiten comprender experiencias, no calcular frecuencias universales de prácticas. La defensa masculina exige determinadas condiciones institucionales: bucles de comunicación, apoyo del liderazgo y protección ante situaciones problemáticas.

Por tanto, la petición al personal de ser defensores, sin soporte frente a barreras o situaciones problemáticas persistentes puede generar frustración y un cansancio incapacitante por el riesgo de la propia defensa en el ámbito profesional. La responsabilidad debe estar repartida en la organización (Nsiah et al., 2019).

Una actuación concreta puede ser la de solicitar aclaración de una instrucción que la persona no entiende, realizar un ajuste de comunicaciones o activar un canal en función de un escenario de maltrato. Se deben documentar los hechos, la documentación de los acontecimientos y los comportamientos y no debe hacerse acusaciones no documentadas. Cuando hay un riesgo inminente se aplica el procedimiento correspondiente, la persona debe saber qué pasará con su información y participar en la toma de decisiones sin que esto sea un requerimiento. La defensa se apoya en la evidencia, el respeto y la responsabilidad profesional.

El seguimiento es para verificar que la barrera se ha corregido y que no ha habido efectos no deseados. Los problemas recurrentes deben ser incorporados a la mejora institucional. También es conveniente reconocer las fronteras con la forma en la cual se puede ayudar: algunas situaciones necesitan asesoramiento legal, protección especializada o las decisiones de las autoridades. Enfermería puede facilitar el acceso a esos recursos y el mantenimiento de la continuidad del cuidado.

La defensa de derechos adquiere una valía mayor cuando las vivencias de las personas se convierten, mediante procesos de argumentación fundamentada, en cambios de procedimientos que benefician a

la población. La defensa de derechos desde Enfermería halla voz, comprensión y acceso, pero no para suplantar decisiones de la persona ni para actuar al margen de la competencia profesional. Esta precisión delimita el encuadramiento del análisis de defensa de derechos desde Enfermería: primero se delimita el problema y luego, según el mismo, se decide qué información es relevante.

La formulación que se pueda considerar útil tiene que ser capaz de ayudar a reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones y anticipar qué respuesta sería coherente. En Enfermería, el concepto toma un valor cuando ayuda a ayudar a comprender una trayectoria de cuidado o a justificar la toma de decisiones. Este mismo término no debe servir para etiquetar la situación y suplantar así la escucha o clausurar anticipadamente el proceso de valoración. La interpretación mantiene así su carácter de establecer una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Abbasinia et al., 2020).

He aquí un pequeño apunte que considera la asimetría de la información y del poder como impedimentos para expresar desacuerdo, pedir aclaraciones o señalar una barrera que persiste. El proceso de reconstitución de la relación implica tener en cuenta el orden cronológico de los hechos. Asumir que basta encontrar dos circunstancias que ocurren al mismo tiempo no basta; es necesario pensar en la configuración de su conexión y en qué otras explicaciones pueden entrar en juego.

Y el interés en el cuidado basado en derechos reside en situar el momento en que una contestación puede modificar el itinerario. El análisis ha de considerar restricciones y recursos protectores en un mismo plano y no irse a una lectura determinista, pues dicha distinción puede contribuir a identificar acciones que vayan en consonancia sin considerar que todos los resultados derivan de una condición social única (Nsiah et al., 2019).

Cabe plantearse la pregunta de qué desea la persona que se comunique, y con qué finalidad, con quién, o qué alternativas tiene y a qué precisa renunciar en cuanto las fundamentalmente ligadas a la confidencialidad. Se irían sumando los diferentes aspectos de tal modo que

estos fueran respetados o no, pues la persona es libre de no responder.

La conversación debe generar una cantidad de información que permitan llegar a una acción, no para convertirse en una indagación infinita sobre la vida privada; también es conveniente contrastar lo que se ha comprendido con la persona y registrar la incertidumbre en caso de duda. El lenguaje del registro debe describir situaciones y apoyos, evitar juicios sobre motivaciones y carácter, etcétera. Cuando surgen prioridades diferentes entre el profesional y la persona, la negociación de cómo es el plan de atención es parte del cuidado y no una traba burocrática.

Se puede analizar, como una situación hipotética de aprendizaje, el siguiente caso: un individuo no entiende una decisión asistencial y tiene miedo de que, al pedir aclaraciones, esta acción tenga que ver con cómo puede ser tratada por la autoridad. El debate ha de separar hechos y también interpretaciones y datos que no se tienen. Después hay que establecer qué decisión hay que tomar ahora y cuáles son las que necesitan ser revisadas. El caso no se basa en una investigación ni aporta una receta que sea transferible a cualquier familia.

Su interés está en mostrar cómo una situación habitual llega a modificar el sentido de una recomendación. Una vez resuelto el caso es interesante mostrar cómo se tomó una alternativa y qué circunstancias podrían llevar nuevamente a una reconsideración. La Enfermería puede ayudar a preguntas y a la comunicación con el equipo, a recoger hechos relevantes y a llevar a cabo la línea institucional seleccionada. Para convertir esta línea en un plan de acción hace falta concretar: ¿quién asume qué tareas, qué tipos de apoyos necesita y cuál es el momento en el que el acuerdo se revisará?

Se debe considerar que una acción es propia del equipo de una gestión y que la otra depende de otra institución. Y hay que ajustar las expectativas a los recursos confirmados y preferencias de los que participan. En caso de que la primera no sea viable, se puede seguir otra opción, ya que no es evidente responsabilizar a quién proponía una alternativa donde el seguimiento está acompañado. La documentación

es un documento en el que se da cuenta de las argumentaciones y de los compromisos que quedan asumidos, no simplemente de un listado de actividades (Abbasinia et al., 2020).

La defensa sin un soporte organizativo puede poner en riesgo tanto a los profesionales como a sus usuarios: hay que tener procedimientos que hagan posible trabajar a partir de los problemas sin dejar expuestos ni profesionales ni usuarios. Esta condición obligará a anticipar consecuencias que podrían quedar ocultas cuando el único foco se sitúa sobre el objetivo prioritario de la intervención.

La revisión ética habrá de tener en cuenta la privacidad, la autonomía, una distribución de cargas y la posibilidad de rectificar decisiones. En este sentido puede ser razonable preguntarse si la propuesta incrementa los esfuerzos para aquellos que ya sufren restricciones más severas. Identificar un riesgo no quiere decir que se deba frenar toda acción, sino que habrá que ponderar opciones y elegir una respuesta proporcionada.

La evaluación tiene que observar si la persona ha sido escuchada y si ha habido respuesta, no solo si se ha producido un reclamo o una solicitud. La selección de los indicadores tiene que responder a un interrogante de mejora y ser suficientemente sencilla para poder utilizarse en la tarea habitual. Cada medida tiene que tener una definición, un periodo de tiempo y una fuente que sea reconocible; cuando corresponde, tiene que tener un numerador y un denominador.

Los cambios habrá que interpretarlos con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Un número aislado no otorga gran sentido a la explicación de por qué se ha producido un resultado. La devolución comprensible hace que la revisión del plan permita decidir qué conviene mantener, qué adaptar o qué investigar en profundidad (Abbasinia et al., 2020).

CAPÍTULO IV:

INVESTIGACIÓN Y EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE DETERMINANTES SOCIALES Y ENFERMERÍA



La investigación, además, te permite describir desigualdades, ser capaz de comprender qué mecanismos intervienen en ellas e incluso la capacidad de evaluar las respuestas que a veces no son más que una respuesta burocrática, y la utilidad de la investigación reside precisamente en la elección de las preguntas que consideramos significativas, en la elección de los métodos que consideramos adecuados en la participación de las personas que viven con tales problemas. En este sentido, este capítulo también avanza en los criterios que orientan la interpretación de la evidencia según la generación de conocimientos mediante las evidencias de la vivencia de la comunidad, así como en esa diferenciación entre asociación y causalidad, entre implantación de políticas y resultados de la misma política pública a partir de unos indicadores conductuales y orientativos propuestos.

La Enfermería puede contribuir desde el papel de la historia clínica, la investigación de campo, la evaluación de programas, pero siempre a la raíz de un conocimiento construido desde las evidencias, de límites de la metodología utilizada, de los límites éticos y de la priorización de devolver los conocimientos recuperados a las personas y a los servicios que han estado implicados.

4.1. Investigación sobre determinantes sociales de la salud

La pregunta de investigación tiene que indicar cada elemento que la integra: población, exposición, resultado y contexto. Hatzenbuehler y Pachankis examinan el estigma y el estrés de minorías entre personas jóvenes LGTB, y establecen una relación entre niveles individuales, interpersonales y estructurales. Este ejemplo ilustra que un determinante exige definición conceptual y medición correcta. Una pregunta general sobre la "vulnerabilidad" puede invisibilizar procesos totalmente diferentes. Por tanto, Enfermería ha de explicitar si habla de discriminar, barreras de acceso, apoyo o condiciones materiales, y por qué esa dimensión se hace relevante para el cuidado (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Holt-Lunstad presenta un modelo para estudiar la conexión social y sus mecanismos, haciendo emerger oportunidades de actuación entre los sectores. La distinción entre apoyo, aislamiento y la soledad manifiesta la importancia de no intercambiar conceptos. Una variable predeterminada por la disponibilidad explícita un fenómeno de manera incompleta. El diseño tiene que poder justificar qué indicador ha elegido y qué es lo que no alcanza a hacer. La triangulación entre experiencias y mediciones acerca de una característica ayuda a entender relaciones, con la condición de que se explique cómo se ensamblan las fuentes y a qué tipo de preguntas da respuesta cada fuente (Holt-Lunstad, 2022).

Los estudios observacionales ayudan a describir asociaciones y permiten la elaboración de hipótesis, pero hay que tener presente la confusión, la selección, la temporalidad. Así, una relación entre pobreza y enfermedad puede incluir influencia en ambas direcciones y, por lo tanto, el análisis ha de basarse en un modelo causal explícito y evitar ajustar discrecionalmente variables que puedan ser mediadoras porque la Enfermería necesita colaboración metodológica cuando la complejidad así lo exige. La claridad del diseño es más importante que el uso de técnicas sofisticadas sin haber hecho una pregunta o tener supuestos requeridos. La elección de los participantes acaba condicionando la interpretación. Las encuestas digitales pueden excluir a personas no conectadas y los registros clínicos a quienes no acceden a ellos, reclutamiento y no respuesta exigen su propia documentación, separando observación de inferencia.

La indagación de los determinantes sociales se hace a partir de preguntas que articulan diferentes condiciones, mecanismos y resultados, esto es, una descripción, una correlación, una explicación de tipo causal. Esta acotación es útil para articular el propio análisis de la investigación sobre los determinantes sociales; primero se delimita el problema y a partir de él cabe decidir qué información resulta relevante. Una buena formulación debe permitir que como mínimo se reconozcan situaciones concretas, se tengan diversas explicaciones y se pueda anticipar de qué forma y qué argumentos serán los

que tienen sentido. En el área de la Enfermería, el concepto cobra sentido si se puede llegar a entender una trayectoria de cuidado, a su vez sirve para justificar las decisiones o las intervenciones que se llevan a cabo. Lo que no es dable es que se instale como etiqueta que sustituye a la escucha o que bien impida que se proceda a abrir el proceso de valoración del mismo modo. La interpretación así entendida mantiene de este modo un vínculo explícito entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

La relación entre enfermedad y condiciones sociales puede articularse en las dos direcciones, aunque otros factores pueden influir sobre las dos. Reconstruir dicha relación es plantear en este caso el orden de los acontecimientos en el tiempo. No es suficiente con encontrar simultáneamente dos circunstancias, sino que es preciso averiguar cómo se relacionan y qué otras explicaciones pueden encontrarse implicadas.

Desde la crítica y producción de elementos de evidencia, interesa esclarecer el lugar por donde una respuesta es capaz de modificar la trayectoria. El análisis debe atenerse al reconocimiento tanto de restricciones como de recursos protectores y no debe permitir una lectura determinista. Esa distinción permite formular acciones proporcionadas, para no atribuir todos los resultados a una única condición social (Holt-Lunstad, 2022).

Conviene definir población, exposición, desenlace, periodo, contexto, precisando qué información ayudaría a dar respuesta y qué interpretaciones sí se quedan fuera del diseño. Las mencionadas preguntas son incorporadas de manera progresiva, explicando su finalidad e invitando a tomar una decisión de no responderla. La conversación debe producir información suficiente para convenir una acción, no para una exploración ilimitada de la vida privada. También conviene contrastar con la persona lo que se ha entendido y registrar eventuales incertidumbres.

El lenguaje de la referencialidad ha de remitir a circunstancias

y apoyos (incluso a los que no llevan la calificación de ‘apoyos’), pero por tanto ha de evitar cualquier tipo de juicio sobre el interés o el carácter. Cuando el profesional y la persona tengan prioridades diferentes, la negociación del plan que ha de llevarse a cabo forma parte de los cuidados que se constituyen durante la interacción técnica y no se considera como una restricción que tenga su origen en un obstáculo administrativo que impida que sea efectivo.

En calidad de situación hipotética de aprendizaje puede ser objeto de análisis utilizar el siguiente caso: un estudio da cuenta de que las personas que la visitan con más frecuencia están más afectadas por dificultades sociales; el estudio no puede determinar, y más bien pone de manifiesto esta indeterminación, si las dificultades anteriores a la salud fueron precedentes respecto de las dificultades de salud. En este punto es hora de establecer la separación entre los hechos que son conocidos, los que en el estudio mencionado se proponen como interpretaciones o datos que faltan.

A continuación, toca ver qué decisión actual se ha de tomar, qué decisiones dejar para un momento posterior. Se considera que el caso no trae consigo el resultado de una investigación, esto es, un caso que sea un patrón de referencia válido para cualquiera de las familias. Su utilidad consiste en mostrar que una misma circunstancia del día a día hace cambiar el sentido de una recomendación. A la hora de resolverlo, conviene explicar por qué una única opción es elegida como la preferida junto con aquella información que orientaría a volver a plantear la opción elegida.

El grupo debe explicitar las conclusiones que se derivan respecto del planteo del diseño y considerar posibles trayectorias o fuentes alternativas a proponer antes de articular las explicaciones causales. Con el propósito de convertir esta forma de proceder en un plan, es necesario concretar en quién recae hacer cada una de las tareas que se proponen, qué tipo de apoyo le es necesario y cuándo se procederá a revisar el acuerdo alcanzado. Es conveniente hacer la diferencia entre una acción propia del grupo del equipo y una ges-

tión de otro sujeto de la institución.

Las expectativas que se puedan tener hay que amoldarlas a los recursos no solo confirmados sino también a los intereses de los participantes. Si la primera opción no es viable, la posibilidad de recurrir al seguimiento permite pasarse a otra y no responsabilizar a quien la ha planteado. La documentación tiene que mostrar de qué manera se ha llegado a los acuerdos asumidos, y no así solo sería una lista de actividades (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Usar registros de usuarios como si fuesen la comunidad puede excluir a las personas con mayores dificultades. Por este límite hay que esperar consecuencias que no se prevén en cualquier aprendizaje que derive de la focalización de la acción en el objetivo de la intervención. La revisión ética debe fijarse en la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corrección de decisiones.

Por dicho límite conviene preguntarse si la propuesta añade esfuerzos a unos esfuerzos que tienen que hacer ya quienes son más limitados. La identificación de un riesgo no equivale a dejar de lado ninguna acción, sino a contrarrestar alternativas y decidirse por la que parece más proporcionada. La calidad se valora por la coherencia entre pregunta, datos y conclusiones, y por la transparencia en cuanto a la selección, las pérdidas y los límites. La selección de los indicadores debe proceder de una pregunta de mejora y debe ser lo suficientemente simple como para poder utilizarla en el trabajo habitual.

Cada medida tiene que tener su definición, su periodo y su fuente reconocible; en su caso también tiene que contar con numerador y denominador. Los cambios tienen que ser leídos en su contexto, en las pérdidas de seguimiento y en la experiencia de las personas. Un número aislado no explica por qué ha habido un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, qué conviene adaptar o qué conviene investigar más en profundidad (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

4.2. Práctica de Enfermería basada en evidencia

La práctica fundamentada en la evidencia reúne investigación, experiencias profesionales, preferencias en un contexto, y Kitson et al. proponen el considerar simultáneamente la evidencia, el entorno y la facilitación, siendo posible que la aplicación de una buena evidencia no sea sencilla por ausencia de recursos o por falta de aceptación de la intervención. La Enfermería debe plantear preguntas prácticas y buscar fuentes pertinentes, teniendo en cuenta la calidad y la transferibilidad de la misma. En este sentido se debe entender que no se trata de copiar un estudio, sino de saber qué indica y bajo qué condiciones puede ayudar a orientar el cuidado (Kitson et al., 1998).

El modelo PARIHS de Rycroft-Malone profundiza todavía más esa relación y sirve para visibilizar las barreras a la implementación, ya que bajo el pretexto de que la formación aislada nunca aporta solución a los problemas que plantea la práctica, puede ser menester también el liderazgo, los cambios de proceso y el soporte a quienes hacen la intervención. El grupo tiene que ser capaz de delimitar la barrera que ha de ser objeto de intervención antes de elegir la estrategia. Si la barrera es la falta de tiempo o de recurso receptor, la realización de una nueva charla al personal no cambiará la situación (Rycroft-Malone, 2004).

El debate crítico revisa el diseño, población, comparación, resultados y limitaciones. En las revisiones se procura la búsqueda, los criterios de selección y si existe riesgo de sesgo; en ensayos, la asignación, las pérdidas y los análisis, y en los estudios cualitativos la coherencia, la reflexividad y la profundidad. Las conclusiones de los autores no deben ser aceptadas sin observar los datos. También es recomendable trazar la distancia que hay entre significación estadística y significación clínica y social. Un cambio pequeño puede ser significativo para una población, y una pequeña diferencia que es significativa no significa necesariamente que justifique los costes y las cargas de la implementación.

La decisión compartida es aquella que comunica las opcio-

nes y la incertidumbre, y acuerda una vigilancia. La documentación regula el eje (justificación de la intervención, áreas de resultados que se observarán) de forma que sirva para reajustar o para la continuidad de la intervención. La práctica basada en la evidencia considera la investigación, la experiencia profesional y las preferencias de los pacientes, utilizando parte de los recursos y el contexto en el proceso de toma de decisiones. Esta especificidad estructura el análisis de la práctica de Enfermería basada en la evidencia; es decir, delimitar el problema, por un lado, y, por otro, decidir qué información considerar relevante o no.

Una buena formulación debe permitir distinguir situaciones concretas, contrastar explicaciones o anticipar cuál podría ser la respuesta coherente. En el caso de Enfermería, el concepto tiene un sentido válido cuando se trata de facilitar la comprensión de un itinerario de cuidado o una estrategia para justificar las decisiones tomadas. No se debe utilizar como una etiqueta que venga a sustituir la escucha o la valoración anticipadamente, sino que conserva un vínculo explícito entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Kitson et al., 1998).

Una intervención considerada eficaz en un determinado contexto podría carecer de factibilidad, o incluso perder pertinencia, cuando cambian la población y/o la organización y/o los apoyos y/o las condiciones de implementación. Para reconstruir esa relación es preciso tener en cuenta el orden temporal de los acontecimientos. No es suficiente con encontrar dos rostros en el mismo momento temporal, es necesario reflexionar sobre la manera en que interrelacionan sus conexiones o qué otras explicaciones pueden intervenir.

Desde la producción y la utilización crítica de la evidencia, se trata de saber hasta qué lugar puede una respuesta alcanzar modificar el sesgo de una respuesta. El análisis ha de ser tanto de restricciones como de recursos protectores y su propuesta ha de evitar ser determinista. Esta diferenciación permite abordar de forma proporcionada acciones sin atribuir todos los resultados a una única con-

dición social (Rycroft-Malone, 2004).

Cabe preguntarse en qué problema se quiere avanzar, cuál es la evidencia general y cuáles diferencias de contexto podrían cambiar los resultados. Estas preguntas se van constituyendo en una conversación que irá incluyendo su finalidad y la opción de no contestar: la conversación ha de ir produciendo la información suficiente para llegar a un acuerdo de acción en vez de a una exploración sin límites de la vida privada. También merece la pena intentar contrastar lo que se va entendiendo con la persona y hacer constar la, si se da el caso, modestia del conocimiento. El lenguaje del registro ha de narrar situaciones y apoyos y no hacer juicios de motivación o de carácter.

Cuando emergen prioridades diferentes entre profesional y usuario, la negociación del plan es un paso de la atención y no es un obstáculo administrativo. Se puede considerar como hipótesis de aprendizaje el siguiente caso: Tal equipo se plantea adoptar un programa publicado, pero la intervención original incluía supervisión y recursos que no están disponibles localmente. En la conversación habrá que distinguir entre hechos, interpretaciones y los que son necesarios y no están. Ahora toca determinar qué decisión ha de tomarse ahora, y cuáles son necesarias para más tarde.

El caso no aporta los resultados de una investigación, ni presenta una pauta posible de aplicar a todas las familias, sino que tiene utilidad para ilustrar cómo una circunstancia cotidiana transforma el sentido de una recomendación. Cuando se resuelve el caso, es interesante explicar por qué se elige una alternativa y qué información puede llegar a hacer necesaria una reconsideración.

La toma de decisiones puede identificar qué componentes son imprescindibles, valorar las adaptaciones y probar si dicha adaptación es viable, traspasando a la incertidumbre el compromiso de moldear resultados paralelos. Para transitar hacia un plan, se debe concretar quién asumirá cada tarea, qué ayuda requiere y cómo será revisado el acuerdo. También es importante dibujar la distancia entre una acción que resulta del equipo o del mismo equipo y una acción

que recae en una gestión dependiente de un establecimiento externo.

Las expectativas han de ser inducidas en relación con los recursos ya convinieron y los gustos de quienes participan. En caso de que el primer trayecto no sea viable, la continuidad permitirá avanzar hacia otro trayecto, sin que la persona pase automáticamente a ser responsable de lo que se hace. La documentación ha de presentar el por qué y los compromisos que se han suscrito, no solo un listado de tareas (Kitson et al., 1998).

La selección de solo estudios que apoyan la propuesta, o bien confundir lo novedoso con lo favorable, puede hacer que se produzcan cambios costosos que no respondan a necesidades o requerimientos reales. Lo anterior hace que se deba estar atento a las consecuencias de una propuesta que pueden pasar inadvertidas si solo se observa el objetivo principal de la intervención. La revisión ética debe ser ampliar los límites de privacidad, autonomía, distribución de las cargas y capacidad de variar los resultados. En concreto, resulta relevante preguntar si la propuesta va a incrementar los esfuerzos de las personas que ya llegan con una mayor carga. La identificación de un riesgo no significa cortar la acción, sino buscar las alternativas y seleccionar la respuesta que tiene una proporción adecuada con la intervención original.

La evaluación debe comprobar la adopción, pero también la aplicación y la obtención de resultados adecuados, registrando adaptaciones, para poder interpretar por qué una propuesta funciona o no. También ha de ser la elección de indicadores en respuesta a una pregunta de mejora y que los indicadores se mantengan suficientemente simples como para su uso dentro del trabajo cotidiano.

Cada medida requiere una definición, un periodo, una fuente reconocible; cuando se requiere, también se necesita numerador y denominador, así como la interpretación de los cambios que se han ido produciendo en función del contexto, de los sujetos perdidos y de la experiencia de las personas. Una cifra aislada no permite explicar por qué surgen unos resultados determinados. Una devolución

que sea comprensible permitirá revisar el plan y determinar qué es lo que es conveniente mantener, qué adaptar y qué indagar más profundamente (Kitson et al., 1998).

4.3. Investigación cuantitativa y cualitativa en comunidades

Los métodos cuantitativos brindan estimaciones basadas en frecuencias, distribuciones y asociaciones. STROBE, que fue elaborado por von Elm et al., es una guía para la comunicación de los estudios observacionales y no es en sí mismo una escala que acredite la calidad de la metodología. Un informe extenso puede describir un diseño que presente limitaciones importantes. La Enfermería necesita justificar la muestra, las variables y el análisis y además documentar si existen datos faltantes o sesgos. Las conclusiones se tienen que extraer de acuerdo con el diseño evitándose el lenguaje causal cuando la evidencia tan solo permite la asociación (von Elm et al., 2007).

Los métodos cualitativos exploran las experiencias, los significados y los procesos recogiendo las narrativas de las personas. COREQ, de Tong et al., se ha creado como una guía que agrupa los aspectos del reporte para las entrevistas y grupos focales incluidos el equipo investigador, la reflexividad o el análisis. Su utilización permite la transparencia, pero no sustituye ni otorga coherencia a la metodología. La selección de los participantes persigue la información pertinente a la pregunta y la diversidad de experiencias que se deben recoger.

La interpretación ha de dar cuenta de cómo se han construido ciertas categorías y la forma en la que se han entendido desacuerdos, con lo cual se evita que se presenten sentencias sueltas como representación suficiente de una comunidad (Tong et al., 2007). Los diseños mixtos incorporan resultados para poder dar cuenta de las preguntas que no puede solucionar una única aproximación. Mediante una encuesta se puede comprobar baja continuidad y las entrevistas pueden dar cuenta de barreras del recorrido a seguir.

La integración de datos debe estar planificada: cuándo se relacionan los datos, cómo se explican los desacuerdos y qué conclusiones conjuntas se obtienen. El presentar resultados mediante dos conjuntos separados no garantiza que la relación sea lo suficientemente sólida como para un estudio mixto. La elección de una metodología quiere dar cuenta de la pregunta y de los recursos disponibles sin tratar de acumular técnicas/métodos por el mero hecho de parecer exhaustivos. La ética es consentimiento, protección de datos, forma en la que se tratan hallazgos relevantes para la atención. La participación en la investigación acaba por ser completamente distinta del hecho de recibir servicios y no puede condicionar el acceso.

Los incentivos requieren proporcionalidad revisando la forma adaptada al contexto. Al producirse la determinación de las urgencias, el protocolo habrá de prever rutas de retornar. La devolución de los resultados corresponde al compromiso con la comunidad y ha de ser comprensible, útil y cuidadosa con información que pueda identificar o estigmatizar a personas y territorios.

Los métodos cuantitativos permiten valoraciones de patrones y relaciones; los cualitativos exploran experiencias y procesos, con criterios de calidad propios y complementarios. Esta precisión determina el orden con que se organiza el análisis de la investigación cuantitativa y cualitativa en los colectivos: primero se delimitará el problema y luego se decidirán las informaciones relevantes.

Una formulación útil habrá de dejar replantear situaciones concretas, será útil para dotar de comparativa explicativa, habrá de anticipar qué respuesta sería correcta. En la Enfermería, el concepto se convierta en una objeción cuando ayuda a entender un recorrido de cuidados y a justificar decisiones. Su uso no habría de ser el que hace etiqueta de un sustitutivo de la escucha, o cierre de la valoración común antes de tiempo.

De este modo, la interpretación mantendrá una relación expresa entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional

(von Elm et al., 2007). Por otro lado, una frecuencia no explica el significado de una experiencia, y un relato denso no estima su frecuencia, por lo que la reconstrucción de la relación para llegar a una respuesta requiere introducir el tiempo en los acontecimientos. No es suficiente con establecer dos circunstancias en el tiempo; hay que ver el cómo y qué otras circunstancias pueden moderar la conexión explorada. A partir de la producción y el uso crítico de la evidencia, hay que ir buscando ese lugar donde una respuesta puede alterar el camino. El análisis debe permitir, por tanto, visibilizar restricciones y proteger recursos para evitar una lectura determinista. La diferencia es la que va a permitir la propuesta de acciones pertinentes sin una atribución de todos los resultados a una única condición social (Tong et al., 2007).

Se elige un método de acuerdo con la pregunta, se justifica la selección de los participantes y se indica cómo se analizará la información antes de recogerla. Estas preguntas irán siendo integradas poco a poco, explicando el sentido que tienen y respetando la determinación de no responder. La conversación ha de producir información suficiente para acordar iniciar una acción y no una búsqueda sin límites de la vida privada. También es conveniente contraponer lo que se entiende a la persona y dejar constancia de las incertidumbres que vayan surgiendo. El lenguaje de la escritura de los registros ha de describir circunstancias y apoyos dejando al margen juicios sobre la motivación o el carácter.

Cuando existen diferentes prioridades entre el profesional y la persona en práctica, la negociación del plan forma parte del cuidado y no es un obstáculo administrativo. Como situación hipotética de aprendizaje puede analizarse el siguiente caso: los registros muestran una salida del programa, mientras que las entrevistas señalan que los horarios y el trato institucional modifican la decisión de la persona en práctica de continuar. La discusión ha de desagregar hechos conocidos y contrastados de interpretaciones y datos que faltan. Luego corresponde saber qué debe ser decidido ahora y cuáles son las que requieren una revisión más adelante.

El caso no es información de una investigación ni una información que se puede aplicar indistintamente a todas las familias. Su función es mostrar cómo cambia el sentido de la recomendación según la situación familiar. Cuando se resuelve, es conveniente dejar claro porqué es aquella alternativa y qué información haría necesario cambiar de opinión. Un diseño mixto puede aportar tanto los hallazgos del caso como aquellos que interpretan el proceso siempre y cuando explique cómo se enlazan las fuentes y las diferencias que hay entre ellas. A partir de aquí, cuando se transforme esta dirección en un plan, hay que concretar quién hará qué tarea, qué tipo de apoyo necesitará y cuándo se llevará a cabo la revisión del acuerdo.

Se debe diferenciar la acción que es necesariamente del equipo, de la gestión que depende de la otra organización. Las expectativas tienen que ajustarse a recursos presentes y al deseo de las personas que intervienen. Si la primera alternativa, la de hacer el seguimiento de los efectos de la primera alternativa, no resulta viable, la segunda alternativa permite también hacer seguimiento de la segunda alternativa (pero el repercutir supondría no cargar a la persona). La documentación tendría que reflejar el camino que se ha seguido en su razonamiento o en el compromiso que se había asumido y no solo una lista de actividades (von Elm et al., 2007).

Si se presentan porcentajes de muestras pequeñas o bien testificando de forma seleccionada, quiere eso decir que se ha llegado a una conclusión general que puede ser mayor a lo que los datos dejan concluir. Este límite de interpretación lleva a la prefiguración de consecuencias que pueden no tenerse en cuenta si solo se tiene en cuenta el objetivo principal de la intervención. La revisión ética requiere contar con una doble verificación de la privacidad, inclusión de la autonomía, distribución de esfuerzos y posibilidad de corregir efectos de decisiones. En concreto, conviene preguntarse si la propuesta en su conjunto hace aumentar los esfuerzos para aquellas personas que ya tienen un recorrido con mayor número de restricciones o no. Este identificar un riesgo no quiere decir suspender toda acción, sino contraponer alternativas y escoger una respuesta con

perspectiva.

La evaluación metodológica entraba en datos que no se recogían, coherencia analítica, reflexividad y transparencia con respecto a la metodología utilizada. La selección de indicadores debiera responderse a una pregunta de mejora y ser lo suficientemente sencilla como para que pueda ser utilizada a lo largo de toda la habitualidad del trabajo. Cada medida necesita una definición, incluso un período y una fuente reconocible; y si arriba la manera de indicarla también numerador y denominador, si corresponde.

Los cambios deben ser materia de interpretación y, a la vez, y también junto con un contexto de pérdida o de seguimiento y con la experiencia de las personas. Una cifra en particular no dice nada de los porqués por los cuales ha habido un resultado. La devolución se hace comprensible si permite plantear qué es lo que habría que modificar o bien qué es lo que no conviene mantener o bien adaptarse al entorno o bien en el que convendría invertir esfuerzos para investigar (von Elm et al., 2007).

4.4. Investigación participativa comunitaria

La investigación participativa es, en el marco de la descripción de Wallerstein y Duran, la relación que va integrando el conocimiento con la acción, prestando una atención particular a los desequilibrios de poder que se van produciendo. Se plantean la comunidad en interrogantes, en diseños, en interpretaciones y en usos de los resultados. No es suficiente con contratar individuos que viven en la comunidad para recoger datos de una población. Este tipo de investigación, para ser participativa, requiere que haya una influencia y unos beneficios compartidos. La Enfermería puede mediar en el puente entre los servicios, la academia y las organizaciones y tratar que las prioridades de investigación estén orientadas a las necesidades reconocidas y que los acuerdos sean suficientemente comprensibles para todas las partes implicadas (Wallerstein & Duran, 2010).

La evaluación realista de Jagosh et al. ha puesto de relieve la confianza y la gobernanza compartida como mecanismos relevantes de continuidad y de efectos de las alianzas. Estos tipos de procesos se van construyendo a lo largo del tiempo y pueden producir consecuencias no previstas. La investigación tiene que reconocerlas, aunque no las lleve a un delito de causalidad. Se tienen que registrar las decisiones, los conflictos y los aprendizajes que van produciendo para poder llegar a comprender el funcionamiento de la colaboración. La evaluación debe incluir la vivencia de los socios comunitarios, y no solamente desde la percepción que tengan los investigadores o de los indicadores que se hayan podido extraer de las publicaciones llevadas a cabo sobre esta temática (Jagosh et al., 2015).

Los convenios iniciales definirán el uso que se dará a la información, el acceso a los resultados, las responsabilidades y el reconocimiento de las aportaciones que las partes hayan tenido. En el caso de la autoría científica, esta solo se debe dar cuando se cumplen los criterios necesarios, y no puede asumir el rol de 'premio simbólico'. De la misma forma, se prevé qué comunicará todo aquello que pueda generar tensiones o estigmas en la comunidad. La comunidad social no es un actor único, pues pueden existir intereses en conflicto. Se prevé ofrecer los mecanismos para expresar desacuerdos, además de afinar la representación evitando que un convenio que se firme con una determinada organización pueda llegar a sustituir el consentimiento individual que le corresponde a cada uno de sus miembros.

La devolución de los resultados además del cierre de la misma debe decidirse desde el principio. Se delimitan las limitaciones del estudio, se entregan productos apropiados, se comentan los compromisos adquiridos, no llevamos a cabo de forma explícita la promesa de aquellos beneficios que dependen de decisiones por parte de otros, de hecho, el estudio participativo comparte decisiones sobre preguntas, procedimientos e interpretación; se considera a la comunidad participante como cómplice, no como mera fuente de datos de investigación.

Esta aseveración permite organizar el análisis de la investigación participativa comunitaria, por una parte, delimitar el problema, y por la otra decidir qué información es relevante. Una formulación ha de ser útil en el sentido que permita permitir reconocer situaciones concretas, opinar acerca de ellas y anticipar cuál sería una respuesta coherente.

En Enfermería, este concepto cobra mayor valor cuando ayuda a la comprensión de una trayectoria de cuidado y a justificar decisiones. Su uso no ha de conllevar convertirlo en un rótulo que sustituya la escucha o que cierren de forma prematura la valoración. La interpretación preservando así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Wallerstein & Duran, 2010).

Las relaciones de poder pueden llegar a marcar qué temas se investigan, quién accede a los resultados y qué beneficio extrae cada cual de la alianza. Reconstruir esta relación requiere tener presente el orden temporal de los acontecimientos. No es suficiente con hallarse en dos circunstancias simultáneamente, sino que hay que ver cómo se articulan y qué otras explicaciones podrían aparecer también.

Es importante, desde la producción y el uso crítico de la evidencia, observar el lugar que ocupa una respuesta en la posibilidad de cambiar o no el recorrido. Hay que tener en cuenta tanto los límites como los recursos de la protección e intentar no leer desde el determinismo. Esa distinción sirve para proponer una respuesta proporcional sin atribuir todos los resultados a una sola condición social (Jagosh et al., 2015).

Es conveniente acordar roles, uso de la información, recursos, reconocimiento y mecanismos de resolución de desacuerdos desde el comienzo. Se irán planteando estas preguntas, explicando la finalidad de cada una de ellas y respetando la decisión de no responder. La conversación tiene que generar suficiente información como para acordar una acción, no una exploración sin límites de la vida privada.

También es importante que se pueda contrastar lo entendido junto a la persona y apuntar las incertidumbres entendidas en su caso.

La elaboración del registro tiene que ceñirse a situaciones y apoyos, pero no a juicios sobre motivaciones, ni otras connotaciones de carácter. Así, la negociación del plan de trabajo cuando surgen otras prioridades entre la profesional y el usuario no se entiende como burocracia administrativa sino como parte del cuidar en la persona. Como situación académica de aprendizaje voy a explicar el siguiente caso: Un equipo propone trabajar un tema que ellos consideran prioritario para los financiadores y la comunidad prioriza comprender barreras de acceso a los servicios, es decir, la discusión debe tratar de despejar lo que se conoce, lo que se ha dejado por el camino como interpretación y lo que son los hechos ausentes.

Después corresponde identificar cuál de las decisiones que hay que tomar necesita ser determinada en ese momento y cuáles se dejan para un momento posterior. Ni el caso representa resultados de una investigación, ni sería una regla aplicativa en todas las familias, sino que su interés es mostrar cómo una situación cotidiana transforma el sentido de una recomendación. Explicar por qué se opta por una alternativa u otra y en función de qué información puede llegar a ser necesario cambiarla resulta conveniente a la hora de resolverlo. La alianza puede considerar las prioridades y la propia pregunta, visibilizando así algunos márgenes del proyecto (normas y condiciones de participación en relación con la pregunta).

Las modificaciones que se realicen en esta dirección deben ir acompañadas de las precisiones necesarias para transformarla en un plan (quién se encargará de qué, qué refuerzos necesita para cada tarea y cuándo se volverá a revisar el acuerdo, entre otros). Distinguir entre una acción propia del equipo y una gestión dependiente de la inserción del mismo en otra institución. Las expectativas de lo responderán a los recursos que se hayan confirmado y al deseo de aquellos/as que participen en ello. Si la opción inicial no resulta factible, el seguimiento puede ir a la búsqueda de otra, sin que de ello derive

las consecuencias de la culpabilidad por parte de la interlocutora. La documentación intentará hacer ver la argumentación y el compromiso de los/as que lo llevan a cabo, y no solo, como si de la actividad individual se tratara, de la enumeración de las actividades (Wallerstein & Duran, 2010).

Una simple consulta de carácter simbólico, a posteriori, no convierte un estudio en un estudio participativo, tampoco se podría prometer que la investigación aporte soluciones a necesidades fuera del ámbito de los estudios; ese límite que se establece obligará a pensar en aquellas consecuencias que se pueden perder de vista cuando se centra la atención en el objetivo central de la intervención.

Revisar desde el punto de vista ético, entre otras cosas, tiene que ver con observar la privacidad, la autonomía, la distribución de las cargas, la posibilidad de revisar las decisiones. Es más, es interesante preguntarse si la propuesta que se hace lleva a aumentar el esfuerzo de las personas que por su condición previa quizás tienen condiciones más restrictivas. Un análisis de cualquier riesgo no significa parar toda la acción, sino hacer una comparación con los distintos riesgos y decidirse por una respuesta proporcionada.

La evaluación debe contemplar la calidad del conocimiento y la calidad del proceso de colaboración, una calidad en la que se encuentran la influencia y la reciprocidad y donde la devolución pueda ser accesible. La toma de decisiones sobre indicadores tiene que dar respuesta a una pregunta orientada a la mejora que a la vez se mantenga suficientemente sencilla para poder ser aplicada durante el trabajo habitual.

Cada una de las mediciones requiere una definición, un periodo, una fuente que sea reconocible y, donde se considere, también, un numerador y un denominador. Los cambios en cada una de las diferentes medidas que utilicen se tienen que leer junto con el contexto, con las pérdidas de seguimiento, con la experiencia de las personas. Una cifra en solitario no basta para explicar el porqué de un resultado. La devolución que sea comprensible permite revisar el plan respecto

de qué conviene mantener, adaptar o bien investigar con más profundidad (Wallerstein & Duran, 2010).

4.5. Indicadores de desigualdad e inequidad

En el trabajo Whitehall II coordinado por Marmot et al., se pudo observar un gradiente en el estado de salud que variaba con la posición ocupacional. Este ejemplo recuerda que las desigualdades no consisten solo en la comparación entre la pobreza extrema y la población, sino que estas pueden igualmente configurar un gradiente que trascienda a una jerarquía. La medición de la desigualdad tiene que ser explícita y, por tanto, requerirá agrupar, definir el resultado al uso y el periodo. Enfermería puede establecer una cobertura y continuidad respecto a algunas variables que podrían ser interesantes, garantizando que la calidad de la base de datos, así como evitar reducir la atenuación a una categoría tan pequeña que explore estimaciones inestables o que lleve a identificar a personas (Marmot et al., 1991).

Currie et al. describieron la elaboración de una escala de riqueza familiar para adolescentes, puesto que se encontraron con las dificultades clásicas de establecer ingresos, ocupación por autoinforme. Dicha experiencia pone de manifiesto que el indicador socioeconómico tiene que ser específico respecto a cada población y contexto. Los bienes que constituyen recursos en un territorio pueden haber perdido significado en otro. De modo similar, la OMS propone un marco para el seguimiento de la salud que establece la conexión entre determinantes, desigualdades y actos. La selección que realice el local debe ser adecuada y ser orientada hacia decisiones de tal forma que no debe ser una acumulación de variables sin uso (Currie et al., 2008; OMS, 2024).

Las diferencias absolutas y relativas dan información complementaria. Si una cobertura hipotética pasa de 80% a 90% en un grupo y lo mismo en otro grupo de un 40% a un 60% la diferencia absoluta de la cobertura pasaría de 40 a 30 puntos porcentuales y la razón iría de 2 a 1,5. Ambos grupos muestran una mejora, además

de que había una reducción de la distancia. El ejemplo es un ejemplo didáctico y no un resultado empíricamente obtenido. La lectura ha de hacerse también considerando los denominadores, la precisión de la medida y los cambios de composición antes de poder atribuir la mejora a las acciones de intervención.

El indicador ha de contener definición del mismo, fuente de origen, periodicidad de la selección y responsable. Es de interés en caso de que se distinga la desigualdad observada de la interpretación de la evidencia como inequidad, ya que esto requiere su propia serie de argumentos sobre la desventaja e injusticia. Se tiene también en cuenta la idea según cual un promedio puede esconder problemas en materia de acceso o de calidad. Las series temporales son útiles para poder evidenciar tendencias a la par que se mantiene un nivel de comparabilidad.

La mera modificación de los criterios de registro puede suponer una mejoría o un empeoramiento, siendo necesario dejar constancia de estos, para que la evaluación resultante sea clara y útil. Los indicadores de desigualdad requieren para su uso, concretar el resultado, los grupos y la escala de comparación; las medidas absolutas y relativas dan respuesta a preguntas distintas. Esta precisión distinguiría el análisis de los indicadores de desigualdad de inequidad, primero se delimitaría el problema y luego se decidiría qué información es la que debe ser considerada.

Una formulación útil facilita el reconocer situaciones concretas, el poder comparar explicaciones, y el anticipar la respuesta que fuera coherente. En la Enfermería, el concepto adquiere valor cuando permite el reconocimiento de una trayectoria de cuidados y justificar una decisión, pero su utilización no puede convertirse en una etiqueta que sustituya la escucha o cierre el valor de la valoración. Por lo tanto, la interpretación mantendría explícita la relación entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Marmot et al., 1991).

Una misma mejora general puede disminuir una brecha ab-

soluta, pero sostener o ampliar una relativa; por lo que es necesario dotar de contexto dicha interpretación. Reconstruir tal vínculo exige encontrar el orden temporal de las circunstancias implicadas. No es suficiente localizar dos situaciones en un mismo punto temporal, sino que es necesario encontrar su forma de conexión entre sí y los lugares donde otras explicaciones pudieran incidir.

El interés de reconstruir los puntos donde una respuesta puede dar tiempo al recorrido es el de realizar la producción y el uso crítico de la evidencia. Es necesario poder identificar tanto restricciones como recursos protectores y no adoptar una lectura determinista. Esa distinción facilita poder plantear propuestas de acción sin activar respuestas a las condiciones sociales explícitas planteadas (Currie et al., 2008; OMS, 2024).

Es conveniente especificar el numerador, el denominador, el periodo y la fuente, y justificar las categorías sociales o territoriales que se utilizan. Estas preguntas se suman paulatinamente y su finalidad se explica a la vez que se respeta la decisión de no responder. La conversación tiene que permitir que se genere la suficiente información a partir de los materiales para llegar a aprobar una acción; no tiene como objetivo una indagación ilimitada sobre la vida privada.

También es recomendable contrastar lo que se ha comprendido con la persona y dejar constancia de las dudas que existan en caso de haberlas. El lenguaje del registro tiene que referirse a circunstancias y apoyos, no a juicios acerca de la motivación y el carácter. Cuando hay prioridades diferentes entre el profesional de cara al usuario, la negociación del plan es parte del cuidado y no es una dificultad administrativa.

En forma de situación hipotética de aprendizaje, se puede analizar el siguiente caso. Dos grupos mejoran cobertura a ritmos diferentes; exponer solo el total oculta quién de ellos se queda con mayor escasez de acceso, y qué barra de acceso necesita que se le preste atención. La discusión debe separar los hechos que son conocidos, las interpretaciones y los datos que se están omitiendo.

Posteriormente corresponderá identificar qué decisión necesita tomarse en este momento y cuáles quedan para una revisión posterior.

El caso no está bajo la forma de resultados de una investigación, ni de modelo aplicable a todas las familias. Su utilidad radica en dar cuenta de una situación habitual que modifica el sentido de un consejo. Al buscar solución, conviene explicar por qué se selecciona una opción y cuál podría ser la información que haga reconsiderar esa opción.

El análisis puede mostrar simultáneamente ambas escalas y descomponerse de forma adecuada, añadiendo cifras que se acompañan de explicaciones sobre comparabilidad y limitaciones. Para convertir esta orientación en un plan, se debe concretar quién llevará a cabo cada parte del mismo, qué asistencia requiere y cuándo se revisa el acuerdo. Es útil saber diferenciar entre una acción atribuible al propio equipo de trabajo y la gestión admitida por otra institución.

Las expectativas deben ser acordes con unos recursos ya confirmados y conforme a las preferencias de quienes lo van a hacer. Si la primera opción de solución atribuible a un problema no es posible, el seguimiento permite considerar otra opción o solución, sin cargar a la persona con esto. La documentación debe dar cuenta del razonamiento, de los compromisos que se han asumido y no limitarse a una mera lista de actividades (Marmot et al., 1991).

Categorías que son demasiado pequeñas pueden dar lugar a estimaciones inestables, pueden llegar a identificar a las personas o clasificarles de manera incorrecta; agruparlas sin criterio esconde desigualdades importantes. Este límite obliga a anticipar las consecuencias que podrían pasar por alto si se limita la atención a comprobar el objetivo principal de la intervención. La revisión ética debe atender a la privacidad, a la autonomía, a la distribución de las cargas y a la posibilidad de corregir decisiones. Debe preguntarse si la propuesta tiende a incrementar los esfuerzos de las personas que ya se ven sometidas a restricciones. Identificar el riesgo no equivale a suspender la acción; más bien, equivale a examinar alternativas y estimar

cuál es el medio a fin de responder adecuadamente.

La evaluación debe proceder a revisar la calidad de los datos y los cambios en los registros antes de considerar una diferencia temporal como mejora real. La selección de los indicadores debe responder a una pregunta con el objetivo de mejorar y ajustarse a ser suficientemente sencilla para que pueda ser utilizada en el trabajo habitual. Cada medida requiere de una definición, un periodo y una fuente de referencia; en su caso, también necesita de numerador y denominador.

Los cambios han de ser entendidos junto con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de la gente. Una cifra según está aislada no explica el porqué del resultado dado. La devolución fácilmente comprensible posibilita revisar el plan y decidir qué es conveniente mantener, qué es preferible adaptar o qué es conveniente investigar con mayor profundidad (Marmot et al., 1991).

4.6. Evaluación de intervenciones de Enfermería

Evaluar resultados da respuesta a si se ha producido un cambio; evaluar procesos permite conocer la manera cómo se ha producido el mismo. Rycroft-Malone et al. presentan una evaluación realista integrada a un ensayo de implementación en la que los apoyos organizativos, los recursos y las características de los facilitadores colaboran para explicar los procesos. Enfermería puede emplear esta perspectiva para estudiar los contextos y los mecanismos. La evaluación precisa de la teoría de cambio y la existencia de datos, los cuales permitan contrastar la teoría, y no construir la teoría a favor solamente cuando se conozcan los resultados (Rycroft-Malone et al., 2018).

Haynes et al. estudiaron la participación sostenida en un programa de yoga para mayores que se vio perturbada por los cambios de modalidad en el tiempo de la pandemia. El estudio muestra cómo la accesibilidad, las relaciones y la experiencia de logro pueden ayudar a la continuidad: no es una recomendación universal de esa ac-

tividad, ni de que cualquier modalidad remota sea la equivalente. Su aportación metodológicamente hablando es hacer ver que las causas para la participación y la permanencia tienen que ser investigadas, ya que la asistencia no es atribuible únicamente a las características individuales (Haynes et al., 2022).

La elección del diseño experimentado depende de la pregunta planteada y de su viabilidad. Un ensayo puede robustecer la inferencia causal de la causa-efecto; una evaluación cuasiexperimental requiere comparar y analizar el cambio; un estudio de proceso puede servir para explicar el cambio que tuvo lugar.

La evaluación económica requiere identificar la perspectiva, los costes y los beneficios, pero no se puede afirmar que hay un ahorro porque la gente asistió menos a las consultas de forma aislada. También se registran las adaptaciones y los acontecimientos que ocurren sobre los procesos. Una intervención puede llevarse a cabo con corrección y no generar el cambio esperado, o parecer ineficaz porque no se han ejecutado los aspectos esenciales.

Los resultados deben incluir el beneficio y la carga de la intervención desde la mirada de los participantes y de los equipos. Es importante observar las pérdidas de seguimiento y estudiar si se concentran en los grupos con mayores barreras. La exclusión de esos resultados puede llevar a sobredimensionar el éxito. Se prevé la evaluación antes de comenzar la intervención y seccionar medidas que son necesarias, debiendo defender la información vulnerada por parte de aquellos a quienes se remite la información. Las conclusiones que se derivan de la evaluación conducen a decisiones concretas de continuidad o de cambio y deben ser remitidos a aquellos que han participado de forma comprensible y sin omitir la información desfavorable.

La evaluación de una intervención implica preguntarse si efectivamente se han producido cambios y cómo ha providenciado y/o transformado el contexto en que una intervención ha tenido lugar, estableciendo así la diferencia entre resultados y los procesos de im-

plementación. Esta precisión permite organizar adecuadamente el análisis de evaluación de intervenciones de Enfermería: primero se delimita el problema y posteriormente, también, qué es lo que constituye información relevante.

Una adecuada formulación de la evaluación debe ser capaz de reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones y prever cuál sería la respuesta que resulta más adecuada. El concepto adquiere valor cuando permite dar forma a la trayectoria de un proceso de cuidado o de actividad profesional de Enfermería, así como en la justificación de los resultados. Usar la evaluación de una intervención no debería convertirse en una mera etiqueta que sustituya la búsqueda y la atención, ni tampoco cerrar la valoración antes de tiempo. En este sentido, la interpretación mantiene así una relación explícita entre el conocimiento, el contexto y la responsabilidad profesional (Rycroft-Malone et al., 2018).

Los recursos, adaptación, participación y condiciones externas pueden facilitar o explicar las diferencias entre lo que se preveía, lo que se hizo y lo que se podría observar. Reconstruir esta relación exige contemplar el orden temporal de los hechos. No basta con descubrir que hay dos circunstancias que se dan a la vez, es necesario indagar sobre cómo se vinculan y qué otras explicaciones pueden hacer su aparición.

Desde la producción y uso crítico de la evidencia, interesa identificar el momento en el que una respuesta es capaz de modificar el trayecto recorrido. El análisis debe contemplar las restricciones y los recursos protectores, evitando así caer en una lectura determinista. Esta distinción permite formular acciones proporcionadas y ofrecer explicaciones de los resultados sin atribuirlos exclusivamente a unas condiciones sociales concretas (Haynes et al., 2022).

Cabe definir comparación pertinente, resultados, periodo y posibles explicaciones alternativas dependiendo de la pregunta y factibilidad del diseño. Estas preguntas se han de incorporar de manera gradual y explicando cuál es su propósito y cuando hay que respetar

la decisión de no responder. La conversación tiene que producir información suficiente y acordar una acción, no debe convertirse en una exploración sin límites de la vida privada, pero también debe contrastar lo comprendido con la persona y marcar las dudas a resolver. El lenguaje del registro tiene que ser el del describir circunstancias y apoyos, evitando los juicios de motivación o de carácter.

En el caso de sufrir prioridades diferentes el profesional con el usuario, la negociación del plan es cuidado, y no debe ser el obstáculo administrativo. Se puede analizar un caso singular como una situación hipotética de aprendizaje: un programa mejora asistencia después de reorganizar horarios, pero a la vez cambió el transporte local el mismo periodo. La discusión tiene que separar los hechos que son conocidos, las interpretaciones y datos que faltan.

Posteriormente también se tiene que identificar qué decisión toca ahora y cuáles son las que requieren una revisión posterior. El caso no es una descripción de los resultados de una investigación, tampoco se trata de un modelo aplicable de manera automática a todas las familias. Su finalidad consiste en mostrar cómo una circunstancia ordinaria convierte, o cambia, el sentido de una recomendación. Al resolverlo, lo conveniente es poder razonar de qué forma se elige una opción y qué información pudiera hacer necesaria su reconsideración.

La evaluación incluirá los dos cambios, unificar fuentes e intentar no responsabilizar, que toda al componente de Enfermería. Tras el paso de la recomendación a un plan, entonces sí, aclarar quien hará cada tarea, que apoyo precisa y cuando se revisará el acuerdo. Es conveniente diferenciar una acción del equipo de la gestión relacionada con otra institución. Las expectativas deben ajustarse a los recursos confirmados y preferencias de las personas implicadas. Si no se da la primera alternativa como válida, el seguimiento puede permitir la búsqueda de otra sin que la persona responsable no sea completamente responsabilizada. La documentación tendrá que hacer patente el hilo del pensamiento previo y compromisos socia-

les. No se limita tan sólo a listar las tareas (Rycroft-Malone et al., 2018).

Por otro lado, si se excluye del análisis a quien abandonó el estudio por las barreras percibidas, se puede sobrestimar el éxito de la intervención y ocultar las consecuencias distribucionales de la misma. Este límite de la intervención se debe incluso prever, ya que es posible que pasen desapercibidas o se oculten cuando se centra la atención solo en el objetivo principal de la intervención.

La revisión ética deberá tener en cuenta cuestiones de privacidad, autonomía, distribución de cargas o posibilidad de rectificar decisiones. En particular, conviene preguntarse si la intervención aumentará los esfuerzos de aquellos que ya están sometidos a mayores restricciones. Identificar un riesgo no significa suspender toda acción sino comparar alternativas y tomar la decisión que parezca más proporcionada.

Podría ser útil observar la extensión, continuidad del uso, costos, experiencia y descubrimiento de efectos no previstos, más allá de los resultados clínicos o administrativos seleccionados. Los indicadores deben estar orientados a dar respuesta a una pregunta de mejora y ser suficientemente simples para ser utilizados en el propio trabajo. Cada medida tiene que ir acompañada de definición, periodo y fuente; puede que en ocasiones necesite también numerador y denominador. Los cambios han de ser interpretados con el contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una sola cifra no explica por qué se ha dado un resultado. La devolución comprensible permite volver a examinar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o investigar más a fondo.

La participación de ejecutores y usuarios contribuye a la interpretación de los mecanismos, pero no debe suplantar los criterios metodológicos que son necesarios para alcanzar conclusiones en el sentido de las cuales se pretende dar respuesta. La articulación arranca por confirmar quién puede dar respuesta y a qué tipo de información se está haciendo alusiones. La valoración debe incluir una

personalidad o equipo de referencia y la vía de retorno.

Cuando no hay oferta suficiente, documentar la falta de recursos permite distinguir entre falta de recursos y mala gestión de las derivaciones. También sería importante revisar la continuidad cuando cambian los profesionales, los/as representantes o las condiciones del territorio. Se pretende que la persona pueda encontrar un recorrido con sentido y no tener que reconstruir ella misma las relaciones que existan entre instituciones.

4.7. Resultados sensibles a Enfermería

Los resultados sensibles a la Enfermería se refieren a aquellos que pueden estar influenciados por la práctica de la Enfermería y las condiciones de organización sin que se tenga que asumir una causalidad única. Oner et al. (2021) identifican una variedad de indicadores y también un efecto predominante de un número determinado de resultados hospitalarios. Dicha derivación a la atención comunitaria necesita revisar la pertinencia.

Las caídas, la continuidad, la comprensión y la experiencia del cuidado puede que tengan cierta relevancia, pero requieren de definiciones precisas. El objetivo es hacer visible la aportación profesional sin atribuir a la Enfermería efectos que dependen de múltiples servicios y condiciones sociales (Oner et al., 2021).

Heslop et al. (2014) distinguen atributos de estructura y resultados en el análisis del concepto. Las dotaciones y número de horas de cuidado describen recursos; la experiencia de la persona y/o un evento adverso describe un resultado. Confundirlos es una limitación a la hora de evaluar. Un mayor número de visitas puede responder a una mayor intensidad y no a una mejoría. El grupo de evaluación tiene que relacionar recursos, procesos y resultados a partir de una explicación que no deje de ser plausible (teniendo en cuenta características de la población y variaciones del contexto que también modifican lo que se tiene ante los ojos) (Heslop et al., 2014).

En comunidad se pueden medir resolución de necesidades priorizadas, interpretación del plan, derivaciones completadas y continuidad entre contactos. Para los indicadores se debe consensuar sobre numerador y denominador. La proporción de derivaciones completadas se refiere a personas con una derivación indicada (aceptada o no, de acuerdo con la etapa de definición), y eso se tiene que puntualizar, así como observar las explicaciones rechazadas y sus causas. La forma más útil de medir es aquella que permite determinar en qué inmediatamente caso se ha congelado el recorrido y el proceso que se tiene que mejorar.

La atribución requiere precaución. Un cambio en las tasas de hospitalizaciones puede depender de estacionalidades, de la posibilidad de realizar el acceso o bien decisiones tomadas por otros servicios. La evaluación tiene que considerar las explicaciones alternativas y, siempre que sea posible, los grupos comparables o las suficientes series. Los indicadores de experiencias complementan los clínicos, por lo que en algunos casos pueden encontrarse sesgos. Una gran satisfacción no significa ausencia de discriminación o buena atención. La combinación de medidas y tener en cuenta qué dicen personas que fueron dadas de alta del servicio da una visión más de lo que pasa en el cuidado.

Los resultados sensibles a Enfermería pueden estar determinados por la práctica de Enfermería, pero se producen en sistemas donde hay otra gente y otras situaciones. Esta observación organiza la interpretación orientada a los resultados sensibles a Enfermería: primero delimitar la cuestión y luego decidir en qué es suficientemente significativo. De este modo, una formulación guiada puede ser útil en tanto que puede permitir reconocer situaciones concretas, discutir comparaciones explicativas o anticipar cuándo podría ir para una respuesta correcta en una situación concreta.

En la disciplina de enfermería, el concepto tiene sentido en el sentido de ayudar a entender un curso de cuidados y de ser justificativa de lo hecho. No puede utilizarse como una forma de crear eti-

quetas y sustituir la escucha ni como la manera de dar por cerrada la evaluación. La interpretación mantiene, de esta manera, una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad que permite actuar de manera profesional (Oner et al., 2021).

La dotación, la organización o la experiencia también pueden influir en la continuidad y calidad, así como los recursos familiares y barreras sociales también contribuyen a sus resultados. Reconstruir esta relación implica tener en cuentas los órdenes temporales de los acontecimientos. No se trata de encontrar dos circunstancias al mismo tiempo, sino del planteamiento de cómo pueden vincularse y cómo otras explicaciones pueden estar en juego.

Desde la producción y el uso crítico de la evidencia, supone conocer el momento donde la respuesta puede alterar el curso de la misma. El análisis debe saber de restricciones y recursos de protección a la vez que evitar incurrir en una forma de lectura determinista. Esta distinción permite proponer acciones proporcionadas en los resultados, sin encontrar una sola condición, un condicionante social, que explique todos los resultados (Heslop et al., 2014).

Es conveniente seleccionar medidas vinculadas a acciones plausibles de Enfermería o precisar claramente la población, el periodo y las fuentes del estudio. Estas preguntas son insertadas de tal forma que se van incluyendo, por separado, y se explica su finalidad, así como el respeto por no responderlas. La conversación tiene que producir una información suficiente para poder acordar una acción y no una indagación ilimitada sobre la vida privada.

También se debe contrastar lo que se ha entendido con la persona y dejar constancia de las incertidumbres que puedan aparecerse. El lenguaje del registro debe describir las circunstancias y los apoyos, pero no debe emitir ningún tipo de juicios que ataquen la motivación o el carácter. Cuando hay prioridades diferentes entre el profesional y el usuario hay que entender que la negociación del plan es parte del cuidado y no un obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede considerar el siguiente caso: Un equipo mejora la comprensión del plan, pero algunas de las personas que lo integran no logran aplicarlo porque persisten las barreras en los transportes o la disponibilidad de apoyos. El debate habrá de situar hechos que están en la cabeza de todos, interpretaciones que han sido asumidas como ciertas, y datos que existen y faltan. Después de esa situación habrá que identificar qué elección necesita hacerse ahora, y cuáles pueden esperar a un segundo tiempo.

No se trata de los resultados de una investigación ni una pauta que el equipo pueda aplicar sin mediación a todas las familias. Su utilidad puede encontrarse en ese sentido, es solo un medio a través del cual se puede observar cómo una circunstancia cotidiana modifica el sentido de una recomendación. En la revisión del caso, vale la pena indicar el criterio de porque una alternativa es preferible y argumentar qué información podría tornar necesaria otra que pudiera considerarse mejor.

La evaluación puede enmarcar el cambio de comprensión que documente el límite de la aplicación evitando mostrar solamente un indicador que fuera toda la prueba de que una medida funcione. La determinación de respuestas puede conducir a un plan y corresponde indicar quién respetivamente realizará cada actividad, qué tipo de ayuda necesita y qué planificación temporal se establece para revisar el acuerdo; las expectativas no deben ser desajustadas de los recursos confirmados ni de las preferencias de los participantes.

Si la primera respuesta no se ve de forma favorable, la lógica del seguimiento permite que una segunda alternativa sea considerada sin que se tengan que responsabilizar a los participantes; la forma de documentar debe describir también qué se ha pensado, cuáles han sido los compromisos adquiridos y no solo una lista de actividades a seguir (Oner et al., 2021).

Apoyarse en el nivel elevado de satisfacción como un indicador suficiente que muestre la calidad de la experiencia puede ocultar

las necesidades aún no atendidas o la propia voz de quienes dejaron de participar. Pero se trata de un límite que empuja considerar consecuencias que pueden perderse al solo contemplar el resto del objetivo de la intervención.

La revisión desde la ética debería incidir en aspectos de privacidad, autonomía en la ocupación de las prácticas, distribución de la carga de respuesta y posibilidad de rectificación de decisiones. En particular, también interesa poder preguntarse si la propuesta puede aumentar esfuerzos en la propia población que más restricciones sociales puede sufrir. Conocer un riesgo no significa interrumpir toda actividad, sino que, por el contrario, pueda tenerse en cuenta explicitar el riesgo comparando alternativas y decidiendo por una respuesta no desproporcionada.

Tabla 1

Indicadores orientativos para seguimiento comunitario

Resultado	Numerador	Denominador
Acceso a derivación	Personas que completan atención	Derivaciones indicadas y aceptadas
Continuidad	Personas con seguimiento acordado realizado	Personas con seguimiento previsto
Resolución social	Necesidades priorizadas resueltas	Necesidades priorizadas con plan
Comprensión	Personas que explican el paso siguiente	Personas con educación evaluada

Fuente: Elaboración propia.

El seguimiento del cumplimiento ha de articular proceso, experiencia y resultados para explicar cambios interpretativos con prudencia sobre las atribuciones y consideran factores externos potenciales. La elección de los indicadores ha de ser respondida a una pregunta de mejora y manteniéndola suficientemente sencilla para su utilización en el trabajo habitual. Mientras que cada medida ha de contener una definición, un período y una fuente reconocible;

si ha de corresponder también ha de tener numerador y denominador. Los cambios deben interpretarse junto con contexto, pérdidas de seguimiento y experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué ocurrió un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar o investigar con mayor profundidad (Oner et al., 2021).

4.8. Prioridades de investigación en poblaciones vulnerables

La elaboración de las prioridades debe hacerse con personas que viven los problemas. Holmes et al. (2020) elaboraban la experiencia de construir una agenda multidisciplinaria de salud mental para la pandemia, con experiencia vivida y con colectivos de mayor riesgo. Su contexto era concreto, pero pone de manifiesto la necesidad de poner en conexión varias disciplinas y recursos. En el ámbito de la Enfermería comunitaria, las preguntas pueden dirigirse al acceso, a la continuidad, a la carga de cuidado y sus efectos distributivos, haciendo un alto en el camino al hecho de que la disponibilidad de datos acabara dictando lo que se acaba investigando (Holmes et al., 2020).

Pollock et al. (2014) construyeron una agenda de prioridades post-ictus mediante la participación de supervivientes, cuidadores/as y profesionales. La experiencia ilustra cómo una agenda puede integrar las consecuencias funcionales y sociales que a menudo están ausentes en la investigación. Su valor reside en el procedimiento participativo y no en abordar a otro grupo con una misma lista. La definición local debería estar representada, tener un acceso y ser el mecanismo que refleje cómo habían sido introducidas las propuestas de aquellas personas que participaron en el propio estudio (Pollock et al., 2014).

En el ámbito comunitario local ecuatoriano, surgen preguntas sobre la continuidad territorial, la pertinencia intercultural, las barreras administrativas y la coordinación con la protección social. En este sentido, son propuestas de agenda, del análisis que realiza el libro, no son prioridades oficiales [se reconoce que estas son prioridades para un momento posterior y en función de los análisis efectuados]. Deben ser contrastadas con comunidades, instituciones y evidencia local. También es necesario estudiar condiciones de trabajo de Enfermería y recursos para la implementación de cambios. La evaluación solo de actitudes profesionales puede desviar la atención de las dificultades organizativas que no permiten transformar conocimientos en cuidados efectivos.

La agenda debe articular la descripción y la evaluación de las intervenciones empleando métodos pertinentes. Los protocolos explicitarán el contexto, los costos, los efectos no deseados y la devolución de los resultados, para ayudar en las decisiones a las comunidades.

Las prioridades en investigación deben responder a necesidades relevantes, vacíos de conocimiento y posibilidades éticas para la producción de resultados que sean útiles a las comunidades. Tal precisión realiza el ordenamiento del análisis de los temas prioritarios de investigación en grupos vulnerados, delimitando un primer paso en la identificación de la problemática y un segundo en la decisión de cuál información podría resultar pertinente. Una formulación supone facilitar el poder reconocer situaciones concretas, realizar una comparación entre las explicaciones y anticipar cuál respuesta podía llegar a adquirir coherencia.

En Enfermería, el concepto se hace valioso en la medida en que ayuda a la comprensión de una trayectoria de cuidado y tiene

que ver con la justificación del acto. Como tampoco se debe convertir en un lema que sustituyera la escucha o que pudiera cerrar el análisis de valoración prematuramente. De esta forma, la interpretación mantiene una explícita relación entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Holmes et al., 2020).

La disponibilidad de datos o financiación o de los mismos podría llevar a orientar los temas en dirección a poblaciones más accesibles, dejando fuera temas de grupos menos representados. Reconstruir esta relación significa tener en cuenta el término del evento. No basta con topar dos circunstancias en un mismo momento, sino que hace falta plantearse cómo se relacionan y qué otras explicaciones podrían estar actuando. Desde la producción y uso crítico de la evidencia, interesa identificar el punto donde una respuesta puede transformar el trayecto. El análisis debe identificar tanto restricciones como recursos protectores y debe evitar una lectura determinista. Esta diferenciación permite plantear acciones proporcionales, pero sin cargar con el peso de los resultados a una sola condición social (Pollock et al., 2014).

Se puede plantear en primer lugar quién es quién establece que eso sea la prioritaria, qué decisión puede variar con los resultados y cómo se devolverá el conocimiento producido. Estas preguntas se formulan poco a poco, aparece el sentido de incluirlas y se respeta la decisión de no hacerlo. La conversación debe proveer suficiente información para consensuar sobre alguna acción a realizar y no puede ser un proceso de indagación en el límite de lo privado. También es correcto comprobar lo que se entiende con la persona y registrar lo que se mantiene en la incertidumbre. El lenguaje de la disponibilidad del registro debe describir circunstancias y apoyos sin juicios de valor que ofrezcan información sobre motivación o carácter.

Lenguaje trabajado: el del registro y de la circunstancia y del apoyo. Juicios de valor sobre motivación o carácter; no valoraciones sobre ello. Cuando surgen diferentes prioridades profesionales y del usuario, la negociación del plan es parte del cuidado del mismo, y no un impedimento administrativo. En situaciones hipotéticas de aprendizaje se puede examinar el caso siguiente: Un servicio tiene acumulados un sinnúmero de registros clínicos, pero desconoce por qué determinadas personas de un sector dejan de recibir atención antes de hacer completo el itinerario. La discusión debe segregar los hechos conocidos de las interpretaciones y de los datos que faltan. Seguidamente ya toca decidir qué decisión debe tomarse ahora y cuáles deben dejarse para una revisión posterior.

El caso no es un resultado de investigación ni tampoco es una pauta que sea aplicable automáticamente a todas las familias. Su funcionalidad consiste en ilustrar de qué forma una situación de la vida cotidiana transforma el significado de una recomendación. En el momento de resolverlo, es conveniente argumentar por qué se opta por una alternativa y qué información puede hacer que esta necesidad desee reconsiderarse. La agenda puede recoger preguntas de continuidad, trato y barreras para dar forma a un registro que mezcle la experiencia de aquellos que no permanecen en el sistema.

Para convertir esta orientación en un plan, hay que especificar quién lleva cada actividad, qué forma de apoyo precisa y cuándo se revisará el acuerdo. Es conveniente suponer que una acción es propia del equipo, mientras que hay que reconocer que una gestión depende de otra institución. Las expectativas deben adecuarse a los recursos confirmados y a las preferencias de los quienes participan. En caso de que la primera alternativa no resulte viable, el seguimiento permite explorar otra alternativa y no se transfiere la responsabilidad a la persona implicada. La documentación debe visibilizar el razonamiento

y los compromisos asumidos y no se convertirá únicamente en una lista de actividades.

De forma reiterativa investigar una comunidad sin devolución ni utilidad puede causar desgaste y reproducir relaciones extractivas. Este límite implica tener estas consecuencias en consideración, las cuales pueden no ser percibidas cuando solo se observa el objetivo central de la intervención y hay cierta conciencia de la necesidad de un balance de beneficios y cargas. La revisión ética debe contemplar -en el curso de la intervención- aspectos como privacidad, autonomía, distribución de cargas, o incluso la posibilidad de corregir decisiones.

En particular merece la pena plantear si el planteamiento incrementa los esfuerzos de aquellos que sufren más restricciones. Encontrar o poner de relieve un riesgo no quiere decir que haya que parar el paso de toda acción, sino que hay que ajustar su probabilidad comparando posibilidades y eligiendo una u otra.

La evaluación de la prioridad tiene que tener en cuenta propiedades como pertinencia, inclusión, viabilidad o posibilidad para tomar decisiones y no sólo utilidad para la publicación escogida. Los indicadores tienen que ser seleccionados para dar respuesta a una pregunta de mejora; y tienen que ser suficientemente sencillos para poderlos utilizar en la práctica habitual.

Cada medida tiene que tener definición, periodo y fuente recuperable; si corresponde también tiene que tener definición de numerador y denominador. Los cambios han de interpretarse junto al contexto, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra no da cuenta de lo que está sucediendo. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué conviene mantener, adaptar y también qué conviene indagar con mayor profundidad (Holmes et al, 2020).



CAPÍTULO V:

**DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS FUTURAS
DEL ROL DE ENFERMERÍA**

Los cambios demográficos, ambientales y tecnológicos modifican y cambian las necesidades de cuidado, así como su distribución. Necesitamos anticipar esos cambios desde la Enfermería comunitaria, sin perder la relación con las condiciones cotidianas de vida. Este capítulo recoge algunos de esos retos del aprendizaje profesional y de la organización colectiva para la toma de decisiones a partir de la vida cotidiana. Son propuestas como orientaciones para la planificación, cuyo funcionamiento está supeditado a los recursos, a la regulación y a la participación en el territorio.

5.1. Nuevos desafíos sociales y sanitarios

La simultaneidad de enfermedades crónicas, precariedad en el trabajo, inseguridad alimentaria y deterioro ambiental complica las respuestas que se articulen en torno a un problema aislado. La comisión sobre la sindemia global de obesidad, desnutrición y cambio climático decide analizar esas causas o determinantes compartidos y las posibilidades de intervenir en ellos. Esa lectura hace posible relacionar los sistemas alimentarios y la movilidad con los resultados que normalmente se abordan desde los servicios de salud (Swinburn et al., 2019).

El término sindemia tiene en cuenta la interacción de problemas de salud, pero a la vez introduce las condiciones sociales que incrementan sus efectos. No es suficiente identificar en una persona dos enfermedades para considerar que hay una sindemia. Estas enfermedades deben ser analizadas en su relación recíproca y en el contexto que las produce. La propuesta de Singer et al. hace posible plantear esa mirada biosocial y crítica de la frontera rígida de enfermedad/entorno (Singer et al., 2017).

La consecuencia práctica para el cuidar (Enfermería) es la integración y la regulación de prioridades que puedan ser asumidas por la familia. Así, una persona con múltiples enfermedades puede requerir unos horarios de atención vinculados con su propio trabajo y un acceso a la alimentación y/o el apoyo para cuidar a una persona enferma para que posteriormente, sí, pueda empezar a incluir nuevas

recomendaciones. A la hora de planificar el cuidar habrá que tener en cuenta la carga acumulada. La coordinación es una estrategia de que puede evitar multiplicar las consultas, los desplazamientos, los mensajes contradictorios que suponen una utilización de los recursos disponibles bajo el propio techo.

La preparación del equipo incluye saber incorporar los cambios en el territorio, escuchar las emergencias que surgen y la auto-revisión de los registros de la atención periódica. La vigilancia de las necesidades sociales ha de ser la vía para poder decidir y especificar en relación a horarios, visitas o coordinación de las visitas. La acumulación de indicadores sin horizonte de respuesta devuelve al propio equipo más trabajo y a veces puede provocar la pérdida de confianza de la población atendida.

Los desafíos sociales y sanitarios suelen tener interrelación de tal forma que los cambios demográficos, la precariedad, las crisis medioambientales o los cambios tecnológicos van a modificar también, entre otras cosas, las necesidades del cuidar, lo que establece, además, una demarcación para estructurar el análisis de nuevos retos sociales y asistenciales, puesto que primero se debe delimitar el problema que se desea seguir (su enfoque o su formulación) para poder saber qué tipo de información podría adquirir cierta relevancia. Una formulación adecuada permite poder extraer situaciones concretas, contraponer explicaciones, e incluso anticipar qué respuesta podría ser coherente.

El concepto en Enfermería tiene relevancia en tanto ayuda a comprender una trayectoria de cuidado y a argumentar decisiones a la hora de decidir cuál es la buena actuación. Su uso, no obstante, no debe significar convertirlo en una etiqueta que sustituya la escucha y la valoración de forma prematura. Mantiene así una relación evidenciada del conocimiento con el contexto y la responsabilidad profesional, como han señalado Swinburn et al. (2019).

La concurrencia de problemas puede incrementar la carga familiar y la fragmentación asistencial si cada servicio tiene una res-

puesta a una condición. Reconstruir esta relación supone tener en cuenta el orden temporal de los hechos. No es suficiente con detectar dos circunstancias concurrentes simultáneamente, hay que considerar cómo encadenan y con qué otras explicaciones pudiesen entrar también.

Desde la previsión de cambios sociales y sanitarios, es importante ubicar el punto en que una respuesta puede cambiar el sentido de las cosas. La lectura del análisis debe detectar tanto las restricciones como los recursos protectores y no caer en una lectura determinista. Esa diferenciación permitiría concluir con actuaciones adecuadas sin atribuir la totalidad de los resultados a una única condición social (Singer et al., 2017).

Es interesante reconocer qué cambios del territorio modifican la demanda, apoyos y posibilidades de acceso y no suponer que estas tendencias generales operan de la misma manera en lo local. Las preguntas se van introduciendo progresivamente, con la finalidad de explicar su lugar y hacer la consideración de respetar el posicionamiento de no responder. La conversación no debe producir una exploración abierta de la vida privada, sino información suficiente para acordar una acción.

También sería útil contrastar lo que se ha logrado comprender con la persona y dejar constancia de las incertidumbres cuando estas existan. El lenguaje del registro tiene que ser un lenguaje descriptivo de circunstancias y apoyos, alejado del lenguaje en términos de juicio relacionado con la motivación o el carácter. Cuando aparecen otras prioridades, distintas a las del profesional y a las del usuario, la negociación del plan, forma parte del cuidado y no implementar un obstáculo administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje se puede presentar el caso siguiente: Por ejemplo, una familia con enfermedad crónica, empleo de corto plazo, cuidado de una persona mayor y recomendaciones de diferentes programas no coordinados, cuya discusión debe diferenciar hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan y

después comprobar qué decisión hay que tomar en este momento y cuáles deben ser revaloradas posteriormente.

La situación problemática no es el resultado de una investigación, ni es un modelo que podría servir para todas las familias. Es una representación de una situación de lo cotidiano que pone a prueba el sentido de una recomendación y ante la que puede ser sensato mostrar los motivos por los que se esgrime una opción y qué información podría permitir tomar en consideración otra alternativa. El grupo puede -por ejemplo- ir integrando prioridades y revisitando viabilidad, utilizar la información territorial para ir anticipando necesidades y poder adaptar la organización del seguimiento. Para traducir tal orientación en un plan, se requiere concretar que quién tiene que hacer cada cosa, qué apoyo necesita, y cuándo se revisará el acuerdo. Hay que saber diferenciar si se trata de una acción propia del grupo o de una gestión que es dependiente de una institución externa.

Las expectativas tienen que ajustarse a los recursos confirmados, pero también a las preferencias de los participantes. En caso de que la primera opción no pueda ser considerada como posible por no dar resultado, el seguimiento ayudará a abrir otra opción sin compromiso para la persona. La hoja de ruta tiene que recoger el razonamiento, los compromisos a los que se ha llegado y no sólo una enumeración de las actividades (Swinburn et al., 2019). Poner en práctica nuevas tecnologías o programas, por los motivos que sean y sin tener en cuenta las barreras que haya, complicará las cosas y beneficiará a aquellos quienes ya contaban con una mayor facilidad de acceso.

Un límite de este tipo permitirá anticipar las consecuencias que quizás no se tengan en cuenta cuando se tenga en cuenta solamente el propósito de la intervención. La evaluación ética que se propone ha de incorporar la privacidad, la autonomía personal, la carga/beneficio y la reversibilidad de las decisiones. En especial, interesa plantearse si la propuesta en cuestión no eleva la carga de un tipo de personas que ya tienen mucha carga. El hecho de identificar

un riesgo no implica suspenderlo, sino encontrar alternativas y escoger la respuesta adecuada. La evaluación ha de incluir las capacidades de adaptación y continuidad, así como la distribución de cargas/beneficios entre diferentes colectivos.

La elección de indicadores habrá de hacerse en respuesta a una pregunta de mejora y será suficientemente sencilla como para poder introducirla en el trabajo ordinario. Cada medida ha de tener una definición, un periodo y una fuente identificable; incluso, cuando corresponda, la fracción numerador/denominador. Se ha de interpretar los cambios en el contexto, dentro de las pérdidas de seguimiento y dentro de la experiencia de la gente; una cifra sola no explica el porqué de un resultado. Volver a sacar partido a lo comprensible convierte el plan y permite decidir qué puede ser interesante retener, modificar o estudiar más a fondo (Swinburn et al., 2019).

5.2. Cambio climático y vulnerabilidad en salud

El clima afectará la salud fundamentada en exposiciones como el calor extremo o alteraciones en la disponibilidad de agua y alimentos, incendios e inundaciones. La serie de informes Lancet Countdown proporciona evidencias de las dimensiones de esas amenazas y, además, pone de manifiesto que la protección de la salud no debe desvincularse de la adopción de decisiones en torno a la energía o la adaptación de la habitualidad. Los resultados globales que muestra la serie de informes contribuyen a establecer prioridades, pero no son un sustituto del análisis de las amenazas, las capacidades o la infraestructura de cada comunidad (Romanello et al., 2022; Romanello et al., 2023).

Un ambiente expuesto puede tener consecuencias muy diferentes en función de factores como la calidad de la vivienda, el trabajo provocando un acceso a agua potable o la capacidad de deslocalización. Quién trabaja fuera o vive en una vivienda poco ventilada tiende a tener escasas posibilidades de reducir el calor. La valoración y el diagnóstico comunitarios tendrán que articular el

conocimiento ambiental con las condiciones sociales y no deben permitir una descripción del riesgo entendida como una propiedad de la edad o del diagnóstico clínico.

La participación de Enfermería en planes de preparación locales, la identificación de individuos que requieren apoyo adicional, la revisión de la continuidad de los tratamientos e información que ya contempla medidas comprensibles en las alertas oficiales: las rutas a seguir tienen que incluir una evacuación accesible, la continuidad del cuidado, la protección de la documentación sanitaria y lugares de acogida accesibles. La información domiciliaria sensible se debe restringir incluso cuando está en uso para poder desarrollar una respuesta adecuada ante una urgencia.

La adaptación necesita también de una evaluación distributiva, dado que un punto de abastecimiento o un refugio puede quedar en un plano accesible grosso modo, pero llegar a ser inaccesible para una persona con limitaciones de movilidad. Se debe revisar, incluso después de un evento, las necesidades persistentes de vivienda, salud mental o recuperación de ingresos. La reanudación de la actividad asistencial no implica la resolutivez de las consecuencias sociales.

El cambio climático se relaciona con la salud a través de exposiciones ambientales y condiciones sociales que distribuyen desigualmente posibilidades de protección y recuperación. Esta precisión delimita el análisis de cambio climático y vulnerabilidad en salud: primero, se acota el problema y después se elige qué información es la importante. Una formulación válida ha de reconocer situaciones concretas, contraponer explicaciones y anticipar qué respuesta sería plausible.

En Enfermería, el concepto tiene sentido si permite comprender una trayectoria de cuidado y justificar decisiones. Su utilización no ha de convertirse en una etiqueta que sustituya la escucha o cierre antes de tiempo la valoración. La interpretación conlleva, de este modo, una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Romanello et al., 2022; Romanello et al., 2023).

Elementos como la casa, el trabajo, el acceso al agua o la movilidad pueden modificar el efecto de calor, inundaciones u otros eventos en personas y familias. La reconstrucción de esa relación supone tener en cuenta el orden de los acontecimientos. No basta con encontrar dos situaciones al mismo tiempo; hay que encontrar también la manera de entrelazarlas con otras explicaciones que podrían actuar. Desde la expectativa de transformaciones sociales y sanitarias, hay interés en identificar ante qué punto o momento una respuesta podría variar el trayecto.

Aquí hay que tener en cuenta disponer de información que suministre restricciones, pero también recursos de protección, evitando una lectura determinista. Dicho esto, permite pensar en acciones proporcionales sin considerar cualquier resultado como derivado de una única condición social (Romanello et al., 2022; Romanello et al., 2023).

Corresponde identificar necesidades de mantener apoyo y continuidad del cuidado, empleando información y alertas oficiales compatibles con el territorio. Esta serie de preguntas se incorpora de forma progresiva, explicando su significado y respetando la decisión ante la no respuesta a dichas cuestiones. El diálogo debe propiciar información suficiente a partir de la cual se pacte un manejo, no una búsqueda ilimitada de un mundo privado.

También se recomienda contrastar lo que se ha entendido y dar por válido lo que se ha comprendido, registrando las incertidumbres que surjan. El lenguaje del registro tiene que tener la capacidad de describir circunstancias y apoyos, se tiene que evitar emitir juicios sobre motivación o carácter. La negociación del plan es parte del cuidado cuando hay prioridades diferentes entre el profesional y el usuario. La negociación no es un obstáculo administrativo, es parte del cuidado.

Puede estudiarse el siguiente caso como situación hipotética de práctica. Una comunidad queda interrumpida en el transporte después de una situación meteorológica, algunas personas deben tener acceso a atención y recursos esenciales. La discusión debe evitar mezclar las interpretaciones, los ojos dejan los hechos conocidos

cómo estos son y lo que falta por saber. Luego, hay que decidir qué tipo de decisión es la que se tiene que tomar y qué decisiones son las que se tienen que dejar para más adelante. Este caso no es el resultado de una investigación de caso, ello quiere decir que no es un caso del que se pueden generalizar resultados ni es un prototipo que se puede aplicar a todas las familias.

Su utilidad reside en mostrar cómo una circunstancia de la cotidianidad transforma todo el sentido de una recomendación. Al momento de resolverlo, es conveniente argumentar por qué se ha tenido que seleccionar una opción y qué nueva información podría hacer necesario revisarla. La planificación es capaz de prever las conexiones, los recorridos alternativos, así como, la coordinación junto a la respuesta local a partir de los procedimientos de emergencia evitando que las recomendaciones sean estándares. Para materializar tal orientación en un plan, hay que determinar enfocarse en quién hará qué tarea, qué tipo de recursos requiere y cuándo se revisará el acuerdo. Hay que tener presente que hay que diferenciar una acción del equipo de otra gestión que dependa de otra institución.

Las expectativas deben adaptar recursos confirmados y la preferencia de aquellos que se involucran. Si la primera alternativa es poco plausible, el seguimiento puede dar paso a la búsqueda de otra sin que se haga cargo automáticamente a la persona. La documentación debe permitir la trazabilidad y los compromisos asumidos y no solo hacer un listado de actividades (Romanello et al., 2022; Romanello et al., 2023).

Suponer que toda persona puede moverse o puede recibir las advertencias digitales puede excluir a las que requieren ayuda adicional. Este límite es una obligación para anticipar algunos resultados indeseados que corren el riesgo de pasar desapercibidos cuando solo se contempla el objetivo principal de la intervención. En la revisión ética debe considerarse privacidad, autonomía, reparto de cargas y posibilidad de subsanar decisiones. En concreto, merecería la pena hacerse la pregunta de si la propuesta incrementa los esfuerzos

para aquellas personas que ya están en situaciones con mayor dificultad. Dado que identificar un riesgo no es lo mismo que suspender una determinada acción, se deberían mirar las alternativas y optar por una respuesta en proporción.

La valoración de la intervención debe tener incorporada la continuidad durante el evento y la recuperación de este, exceptuando, re despejando las barreras persistentes en vivienda, ingresos y atención. La selección de indicadores debería reflejar una pregunta de mejora y debería ser lo suficientemente sencilla como para poder utilizarla para el trabajo habitual.

Cada cálculo precisaría definición, espacio, fuente; en su caso numerador y denominador. Los cambios deben considerarse en su conjunto, sumando contexto, pérdidas de seguimiento y experiencia de las personas; por sí solos, los cambios no dan razón de por qué se ha llegado a un determinado resultado. Hacer una devolución comprensible permite repasar el plan y decidir qué es conveniente mantener, adaptar o bien investigar más ampliamente (Romanello et al., 2022; Romanello et al., 2023).

5.3. Migración y movilidad humana

La movilidad humana agrupa experiencias diferentes: desplazamientos forzados, migraciones laborales, reunificaciones familiares, tránsito, etc. Una revisión europea del estado del arte identificó barreras legales, de comunicación y organizativas, así como necesidades de salud insatisfechas. La heterogeneidad de los países y de la evidencia revisada impide la simple traslación de sus resultados a América Latina, aunque sí da cuenta de mecanismos que no se pueden desatender a la hora de estudiar los servicios receptores (Lebano et al., 2020).

Desde el punto de vista de los profesionales, la falta de tiempo, la falta de recursos y las tensiones entre normas institucionales y compromisos éticos también tienen impacto. La revisión de Suphanchaimat et al. muestra que las dificultades en la atención van más allá

de las diferencias culturales. Por este motivo, la formación en este sentido debe de ir acompañada de unos recorridos de acceso claros, de interpretación y de coordinación que estén en consonancia con el marco normativo que corresponda (Suphanchaimat et al., 2015).

La entrevista de la Enfermería tiene que dar cuenta de las necesidades de los pacientes en el aquí y el ahora, sin tener que realizar el relato pormenorizado de las experiencias traumáticas que hayan tenido lugar. Se inquiere acerca de la continuidad de los tratamientos, del apoyo del que se dispone, del alojamiento y de las posibilidades de mantener un contacto seguro, explicando el sentido que tiene cada uno de estos datos. La documentación se reduce a lo estrictamente necesario para que la atención sea posible. La condición de migrante no permite suponer que haya enfermedad, peligrosidad, ignorancia o carencia de recursos personales.

Cuando la persona es desplazada sería conveniente acordar qué información clínica relevante se tiene que conservar cómo se puede llamar —por teléfono, fax, etcétera— al servicio de atención en el lugar de destino. La adaptación del seguimiento de la intervención debe ser aceptado a los cambios de domicilio o conectividad; además, la puesta en relación con las organizaciones de confianza permite la orientación, pero es preciso contrastar la disponibilidad real de ese recurso y tener el consentimiento para poder trasladar información identificable.

La movilidad humana es la materia de trayectorias de salida, tránsito, llegada, y retorno; por sí sola no se constituye en condición clínica ni en experiencia, lo cual puede ir conduciendo el análisis de la migración o la movilidad humana: hay que concretar primero el problema y después decidir que información es relevante. Una formulación adecuada es la que permite especificar situaciones concretas, poder contrastar explicaciones y poder anticipar cómo sería la respuesta coherente.

En la esfera de la Enfermería, un concepto posee valor, en cuanto permite entender una trayectoria de cuidado y hacer decida.

Su uso no ha de convertirse en una etiqueta que sustituya la escucha o que finalice prematuramente la valoración; así, la interpretación sostiene una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Lebano et al., 2020).

Los cambios de territorio son capaces de parar las redes, los documentos y la continuidad de la asistencial, mientras que el lenguaje, la discriminación, y las condiciones del trabajo son capaces de levantar barreras. Reconstruir esta relación requiere una consideración del orden cronológico de los acontecimientos. No es suficiente tan sólo encontrar 2 circunstancias a la vez; hay que ver cómo se relacionan y qué otras explicaciones pueden aparecer. Desde la anticipación proactiva a los cambios sociales y sanitarios, es interesante encontrar el punto de la respuesta que puede cambiar el recorrido. El análisis ha de reconocer tanto restricciones como recursos protectores, eludiendo una lectura determinista. Esa distinción habilita la propuesta de acciones adecuadamente potentes sin que todas las respuestas deban ser atribuidas solo a una situación social determinada (Suphanchaimat et al., 2015).

Conviene preguntarse en qué tipo de atención precisa la persona en este momento, qué forma de ser contactado prefiere y qué tipo de información es necesaria para mantener su cuidado. En este sentido, conviene incorporar esas preguntas de forma gradual aludiendo a los motivos por los que surgen y dejando abierta la elección de no realizarlas. La conversación debe generar información suficiente como para llegar a un acuerdo acerca de la acción y no como una exploración ilimitada de la vida privada. También se recomienda contrastar lo que se ha comprendido con la persona y registrar las incertidumbres cuando estas existan.

El registro del lenguaje debe describir circunstancias y apoyos, omitiendo juicios referidos a motivación o carácter. Cuando se generan prioridades divergentes entre profesional y usuario, la negociación del plan también forma parte del cuidado y no debe entenderse como una traba burocrática. En el caso del supuesto de

aprendizaje, se puede analizar el siguiente supuesto: una persona cambia muy a menudo de domicilio y pierde las citas porque el servicio trabaja con una sola dirección o un número de contacto que ya no tiene. La discusión debe separar hechos conocidos, interpretaciones e información que falta.

Luego se produce la interpretación de qué decisión es necesaria tomar en este momento con respecto a qué decisiones necesitan un repaso ulterior. El caso no es una producción de la investigación ni una regla aplicable a todas las familias. Su utilidad se encuentra en que también de cómo un hecho cotidiano altera el sentido de una recomendación. Desarrollando el caso conviene explicar por qué se elige una alternativa y qué información puede hacer necesario volver a considerarla. El grupo podría establecer acuerdos seguros, además de propiciar continuidad con la entrega del servicio, limite la información que se intercambia a lo que pueda ser relevante.

Para transformar esta orientación en un plan, será necesario concretar quién realizará cada actividad, qué tipo de apoyo requiere y cuándo se revisará el acuerdo. Es muy importante diferenciar entre una acción del equipo y una gestión que depende de otra institución.

Las expectativas deben ajustarse a los recursos comprobados y a las preferencias de quienes participan en los distintos recursos. Si la primera opción no fuese factible, el seguimiento permite buscar otra opción construida sin que sea necesario achacar la responsabilidad a la persona. La documentación debe evidenciar cuál ha sido el razonamiento, qué compromisos se han fijado y no solo una relación de actividades a desarrollar (Lebano et al., 2020).

Cuestionar el riesgo, la peligrosidad o la falta de colaboración en la condición migrante puede ser un elemento estigmatizador, desmotivador para el empleo del sistema de atención. La referencia anterior cierra la búsqueda de proyecciones de efectos que difícilmente se pueden manifestar si la mirada pone el foco en el objetivo final de la intervención. La revisión ética debe proyectarse sobre la privacidad, la autonomía, la distribución del esfuerzo y la corregibilidad. En

términos concretos, al cabo, conviene volver a preguntar si la propuesta gira en torno a un añadido del esfuerzo que va en contra de quienes pelean en situaciones de mayores estrangulamientos.

Evidenciar el riesgo no equivale a dejar de hacer, sino que requiere revisar distintas alternativas y escoger una reacción proporcional. La evaluación de la intervención debe centrarse en la accesibilidad en total de la atención, la continuidad en la atención y la experiencia del trato, incluyendo, como señalamos, las pérdidas en el seguimiento, en relación con las leyes de movilidad; no únicamente el seguimiento dejándolo a la decisión de un profesional. La forma de escoger los distintos indicadores ha de responder a una pregunta de mejora que de nuevo tiene de ser simple para poder ser utilizada en la rutina del trabajo cotidiano.

Cada medida necesita su definición, su periodo, su fuente de datos accesibles; donde proceda, se condiciona a la existencia de numerador y denominador. Los cambios han de ser interpretados, previo su cálculo, en relación con el contexto, la pérdida del seguimiento y la experiencia de las personas en tratamiento. Un número abstracto no explica una determinada causa, ni por qué se ha generado un resultado. Realizar una delimitación del proceso ante las personas, permitirá revisar el plan y decidir cuál se debe seguir, adaptar o explorar (Lebano et al., 2020).

5.4. Envejecimiento y vulnerabilidad social

El hecho de ir envejeciendo no se identifica necesariamente con la dependencia. La fragilidad hace alusión a una mayor vulnerabilidad ante estresores, está asociado a la disminución de las reservas fisiológicas; la vulnerabilidad social integra recursos económicos, redes sociales, vivienda, acceso a apoyos. La fragilidad y la vulnerabilidad social interactúan, pero deben ser valoradas de manera diferenciada para que una categoría clínica no explique la totalidad de las necesidades que pueda tener una persona mayor (Clegg et al., 2013).

La revisión de Collard et al. mostró como la frecuencia estimada de fragilidad varía en función de cómo se define y de cómo se operacionaliza esta fragilidad. Este hallazgo recuerda que depende de la población estudiada y el instrumento a utilizar. Una clasificación en el ámbito de la práctica comunitaria debe ir acompañada de información sobre funcionalidad, preferencias, entorno, y ha de utilizarse para orientar apoyos, dominará siempre sin convertirse en una etiqueta (Collard et al., 2012).

Enfermería puede valorar todos los aspectos relativos a la accesibilidad del domicilio, la alimentación, las redes de apoyo, la continuidad terapéutica y la carga de quien cuida. De la misma manera, debe escuchar las decisiones sobre autonomía, convivencia y actividades significativas. Una intervención con el rigor técnico adecuado puede llegar a fracasarla si obvia la voluntad de la persona; o bien supone que la familia tiene un tiempo y unos recursos ilimitados para asumir el cuidado.

La planificación del territorio requiere la existencia de servicios de proximidad, un transporte accesible y la existencia de mecanismos que identifiquen la soledad o las necesidades desatendidas. El objetivo de esta planificación es la de sostener la participación y la capacidad de decidir, entre los apoyos que se tienen que revisar cuando cambian la funcionalidad de la persona, la composición del hogar, la situación económica, etc., sin esperar a que haya una crisis o una hospitalización para hacerlo.

Envejecer no es ser dependiente; la valoración tiene que distinguir entre cambios de funcionalidad, fragilidad y las condiciones sociales que están afectando la autonomía o la posibilidad de acceder a apoyos. Esta precisión organiza, también, la forma de valorar el envejecimiento junto a la vulnerabilidad social: primero se delimita el problema y a continuación se decide qué información es la que es relevante.

Una formulación útil debe autorizar una situación determinada, mostrar diferencias entre explicaciones y adivinar qué explicación puede ser la adecuada. En la Enfermería el concepto es positivo

cuando significa comprender un proceso de atención y una capacidad para justificar las decisiones tomadas. Donde el uso del concepto no ha de ser la etiqueta que sustituya la escucha o declare cerrada antes de tiempo una valoración. La interpretación mantiene así una relación explícita entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Clegg et al., 2013).

La pérdida de ingresos, el aislamiento, las barreras para la vivienda y la sobrecarga de la persona que cuida pueden significar cambiar posibilidades de llevar a cabo actividades y atención. Reconstruir esta relación implica tener en cuenta y respetar el orden temporal de los acontecimientos. No basta con encontrar dos situaciones, debe buscarse el cómo se enlazan y qué otras explicaciones son posibles. Desde la anticipación de cambios sociales y sanitarios, interesa identificar aquel punto donde una respuesta puede modificar el propio recorrido.

El análisis organiza restricciones y recursos protectores partiendo de evitar un análisis determinista. La comprensión de la distinción permite plantear acciones adecuadas, sin poder atribuir los resultados a una única condición social (Collard et al., 2012). Hay que preguntarle qué actividades de asistencia valora, qué apoyo desea y que nuevas complicaciones alteran su vida cotidiana.

Estas interrogantes se integran progresivamente, una vez explicada la razón de su confección y dejada la opción de no responder. La conversación tiene que generar la suficiente información para planificar una acción, pero no sumergirse en una exploración infinita de la vida privada. También se considera contrastar lo que se ha entendido con la persona y documentar las incertidumbres.

El lenguaje del registro tiene que ser descriptivo junto a circunstancias y apoyos; hay que evitar el lenguaje de juicio sobre la motivación o el carácter. Cuando surgen prioridades diferentes entre la visión del profesional y la del usuario, el pacto del plan forma parte del cuidado y no representa una traba administrativa. Como escenario hipotético de aprendizaje, podría analizarse la situación de una

persona mayor que mantiene decisiones autónomas y a la que le cuesta seguir asistiendo a los controles porque el camino se tornó complicado tras un cambio en el medio de transporte. La discusión debe variar entre hechos conocidos, interpretaciones y datos faltantes. Tras eso toca identificar qué decisión es preciso tomar en este momento y cuáles necesitan revisión posterior.

El caso no indica resultados de investigación ni una recomendación válida para todas las familias, sino que debe servir para ilustrar en cómo una determinada circunstancia cotidiana convierte una recomendación en otra. En la posible resolución del caso, conviene explicar por qué se elige una de las alternativas antes ofrecidas, qué otro tipo de información podría hacer necesario una reconsideración.

El plan puede permitir acceso y apoyos convenidos, resguardar actividades que sean significativas y evitar sustituir decisiones por motivos de la edad. En el momento de traducir esta orientación en un plan, se debe concretar quién ejecutará qué tarea, qué apoyo se precisa, cuándo se revisará el acuerdo. No se ha de confundir la acción propia del equipo con la gestión que depende de otra institución.

Las expectativas deben ser acordes con los recursos confirmados y con las preferencias de las personas implicadas. Si la primera alternativa no es una opción o lleva a un callejón sin salida, el seguimiento permite abordar la otra, sin que por ello esté supeditada está a la persona. La documentación tiene que reflejar los motivos de la decisión adoptada y los compromisos asumidos, más allá de un listado de actividades (Clegg et al., 2013).

Distinguir vivir sin compañía con vivir si compañía puede hacer que haya intervenciones no justificadas o no suficientes; es un límite que hace anticipar consecuencias que pueden verse afectadas por centrarse única y exclusivamente en el objetivo final de la intervención. La lectura ética debe tener en cuenta privacidad, autonomía, distribución de cargas, posibilidad de rectificar decisiones. Además, se debería el plantearse si la propuesta implica un incremento de esfuerzos a personas que ya se encuentran soportando cargas amplias.

La localización de un riesgo no implica suspender la acción sino confrontar alternativas y buscar una respuesta que sea proporcional. La evaluación tiene que incorporar funcionamiento, preferencias, continuidad de cuidados y carga del cuidado, y revisarla incorporando cambios sin transformar una evaluación inicial en una etiqueta inamovible. La selección de indicadores debe ser la respuesta a la pregunta de mejora, y debe ser suficientemente simple como para poder aplicarla dentro del propio trabajo habitual. Cada medida requiere de una definición, de un periodo y de una fuente; cuando corresponde, también requiere de la existencia de numerador y denominador.

Cambios tienen que ser evaluados junto a contexto, pérdidas de seguimiento y experiencia de las personas. La cifra sola no permite explicar el porqué del resultado. El retorno que sea comprensible permite para revisar el plan y decidir cuál se quiere mantener, o cuál adaptar o en cuál investigar más a fondo (Clegg et al., 2013).

5.5. Brecha digital y acceso a los servicios de salud

La brecha digital, en este contexto, abarca la disponibilidad de dispositivos y conexión, las capacidades para usarlos, la accesibilidad o incluso la capacidad de evaluar la información. Un estudio sobre la alfabetización informática en salud detectó diferencias en las formas de buscar información, así como diferencias en los beneficios que se perciben a través de su uso. Este estudio no tiene un diseño experimental que permita deducir que la habilidad digital cause todos esos resultados, pero sí demuestra que la mera conectividad no conlleva un uso similar (Neter & Brainin, 2012).

La digitalización podría facilitar muchos trámites, pero, a su vez, también puede abrir la puerta a nuevas barreras para quienes no tienen recursos o apoyo. Saeed y Masters examinan cómo algunas desigualdades pueden perpetuarse incluso para aquellos que acceden a servicios con tecnología avanzada, y enfatizan que a la hora de promover la equidad deben tenerse en cuenta también las perso-

nas que no llegan ni a iniciar un trámite o no completan una consulta. Estas personas quedan fuera de los registros de satisfacción de usuarios digitales (Saeed & Masters, 2021).

La Enfermera debe indagar qué dispositivo puede utilizar la persona, si tiene privacidad y qué modalidad prefiere. La práctica puede incluir una sencilla demostración y verificación de comprensión sin poner en tela de juicio las contraseñas personales ni convertir la figura del acompañante en la intermediación obligada. Los propios servicios deben preservar los caminos de asistencia que permitan el acceso a quienes no usan medios digitales.

La evaluación lleva a considerar el acceso, enlace y resolución por segmentos de población pertinentes. Un descenso en el tiempo medio de espera puede coexistir con la exclusión de los hogares sin conexión. Asimismo, los costos de datos, dificultades de lectura y problemas de accesibilidad para personas con discapacidad y el tiempo para resolver errores en la plataforma también deben contabilizarse.

La brecha digital abarca componentes como dispositivos, conectividad, habilidades, accesibilidad y la capacidad de aprovechar la información; es decir, incluso tener el acceso técnico no conlleva un beneficio equivalente. Esta adecuación sistematiza el análisis de la brecha del acceso a los servicios de salud: se delimita en primer lugar el problema y luego se determina qué información es pertinente.

Una formulación buena permite hacer emerger situaciones concretas, contrastar explicaciones, anticipar lo que podría ser una respuesta coherente, en el caso del campo de la Enfermería, su formulación deviene en buena medida útil cuando permite entender una trayectoria de cuidado y a su vez justificar decisiones; la aplicación del mismo no debería conllevar una etiqueta o un recurso que reduzca la escucha o que cierre prematuramente la valoración. La interpretación ha mantenido en este modo explícito el conocimiento, el contexto y la responsabilidad que deben suponer la profesión (Neter & Brainin, 2012).

Digitalizar trámites puede eliminar algunas cargas, pero puede también generar algunas otras para aquellas personas que tengan pocos recursos o que tengan problemas de lectura o que requieran algún apoyo. Para hacer emerger esta relación es necesario considerar el orden temporal. No basta con que emerjan dos circunstancias al mismo tiempo; se debe de analizar cuál es la relación que mantienen y qué otras explicaciones podrían entrar en juego.

A partir de los anticipos de cambios sociales, cambios de parámetro y cambios sanitarios, interesa esclarecer el punto en el cual una respuesta puede variar el devenir. El análisis ha de contemplar restricciones y recursos de protección, y no hacer una lectura determinista. Aquella distinción permite plantear acciones de respuesta proporcionadas sin asociar la totalidad de los resultados productos de la única condición social existente (Saeed & Masters, 2021).

Conviene preguntarse qué canal puede usar la persona, si tiene cierta privacidad a su disposición y qué opción ha de tener cuando la vía digital falla. Estas preguntas van incluyéndose poco a poco, argumentando el sentido de cada una de ellas y respetando el hecho de querer no responder. El diálogo ha de generar información suficiente para acordar un paso a desarrollar, no una exploración ilimitada de la vida privada. También conviene contrastar con la persona lo que se ha entendido y dejar constancia de las incertidumbres que puedan existir.

El lenguaje de registro ha de describir situaciones y recursos de apoyo; evitar emitir juicios sobre motivación y carácter. Cuando las prioridades del profesional y del usuario/as emergen diferentes en la implementación del plan, la negociación del plan debe formar parte del cuidado y no ha de ser un freno administrativo.

Como situación hipotética de aprendizaje puede ser analizado el siguiente caso: Una usuaria no dispone de teléfono para sí misma, sino que comparte uno con la familia por lo que en las horas de llamadas no puede recibir información sobre datos sensibles o de confirmación de las citas. La discusión debe circunscribirse a la se-

paración entre los hechos conocidos, las valoraciones que se llevan a cabo y los datos que faltan. Después ha de tocar identificar qué decisión se tiene que tomar en ese momento y cuáles han de quedar para los próximos pasos.

El caso no es de ninguna manera el resultado de una investigación, tampoco es una plantilla que sirve para que todas las familias puedan aplicarlas indistintamente. La utilidad del caso consiste en poner de manifiesto cómo determinada situación cotidiana genera toda una recomendación. A la hora de solucionarlo, es interesante especificar, en toda la argumentación, qué motivo se ha tenido en cuenta para considerar una alternativa y qué información podría hacer reconsiderar la decisión.

El servicio puede tener alternativas y la posibilidad de acordar el contacto seguro, pero sin que se le pida una contraseña y teniendo en cuenta que no tiene que mostrarse siempre disponible; para traducir esta información en un plan hay que señalar quién, qué tipo de apoyo necesita y qué momento se pactará para revisar el acuerdo. Hay que saber distinguir entre las acciones típicas de equipo y aquellas que son parte de la gestión de una institución diferente.

Las expectativas deben articularse a partir de los recursos que están confirmados y de las preferencias de las personas que se involucran. Si no se llega a poder ejecutar la primera de las alternativas, el seguimiento permite ir transitando hacia otra sin culpar automáticamente a la persona; la documentación debe evidenciar el razonamiento y los compromisos asumidos, no ser solamente una lista de actividades.

Medir el éxito únicamente a través del uso de plataformas puede llevar a ocultar la exclusión de aquellas personas que dejan de solicitar atención al cambiar de canal. Este límite es el que obliga a tratar de anticipar consecuencias que pueden pasar desapercibidas si solo se observa el objetivo final de la intervención. El análisis ético debe tratar la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir decisiones. En particular, conviene preguntar

si la propuesta eleva la carga de trabajo de personas que ya se ven limitadas en sus acciones. Encontrar un riesgo no significa dejar de actuar, sino confrontar alternativas de respuesta y optar por la respuesta que se considere proporcionada.

La evaluación ha de ser capaz de observar quién accede, quién se retira y cuánto esfuerzo se requiere para completar el trámite más allá de los valores de demora de una actividad o de tiempo medio de la actividad digital; la selección de indicadores ha de responder a la pregunta que sirve para mejorar, cuando, y ha de ser lo suficientemente sencilla como para ser utilizada en la misma tarea habitual. Cada medida debe comportar una descripción, un horizonte de tiempo y una fuente reconocible, y cuando corresponde ha de haber numerador y denominador.

Las variaciones deben interpretarse a la luz del contexto, de las pérdidas de seguimiento y del saber que poseen las personas. Una cifra por sí sola no da cuenta de por qué existe un resultado ahí. La devolución comprensible es la que permite revisar el plan y decidir lo que conviene mantener, dejarlo como estaba o bien adaptarlo, o qué elementos dejar que se profundicen (Neter & Brainin, 2012).

5.6. Telesalud y Enfermería comunitaria

La telesalud también puede facilitar el seguimiento, la formación, la coordinación y el contacto a través de visitas. Una revisión sobre la satisfacción en el uso de la telesalud mencionó algunos factores relacionados con su fácil uso, la comunicación o el desplazamiento. No obstante, la satisfacción no es suficiente para demostrar en solitario la seguridad, la equivalencia clínica y la reducción de inequidades. La elección de esta forma de prestar atención debe ajustarse a una necesidad específica y poder realizar la evaluación de los resultados, tal como señalaban Kruse et al. (2017).

La difusión de la atención remota durante la pandemia ha mostrado posibilidades, deslizando preguntas sobre qué situaciones

pueden ser adecuadamente atendidas a distancia. La revisión llevada a cabo por Shaver considera que es necesario estudiar cómo se puede obtener un acceso equitativo, cómo se lleva a cabo la comunicación y qué formación debe tener cada uno. La guía de la OMS sobre intervenciones digitales reitera que deberían ser gestionadas y colocadas en relación con los sistemas de salud: una herramienta digital debe ser estructurada con supervisión y recursos, de forma que funcione correctamente (OMS, 2019; Shaver, 2022).

Por lo demás, antes de poder realizar el contacto, Enfermería verifica la identidad, el consentimiento, la privacidad y los medios con que cuenta para hacerlo. En el momento de la interacción importará reconocer las limitaciones de la valoración a distancia y consensuar la manera de proceder en el caso de necesitar una evaluación presencial. El servicio que se ofrece necesita vías autorizadas, registro del encuentro y un recurso alternativo cuando se pierde la conexión. Las necesidades más urgentes han de continuar el recorrido propio de la emergencia local, sin depender de mensajes que pueden ser consultados de forma tardía y en las que, además, hay muchas posibilidades de que se produzca la confusión en el tratamiento.

Un modelo mixto permite elegir la modalidad de contacto y el modo de la valoración en función del tipo de problema que se tiene, de la preferencia del paciente y del contexto. La visita a domicilio puede proporcionar la información del entorno que la llamada, la videoconferencia o la conversación. La continuidad se confirma cuando los diferentes contactos comparten finales comunes, cuando lo que se quiere conseguir y lo que se quiere evitar se transforman en los objetivos comunes de todas las valoraciones, y cuando la persona que tiene alguna duda sabe a quién debe dirigirse ante los cambios que se producen en su caso.

La telemedicina es una forma de atención que puede ser apropiada para el cuidado de la continuidad; su pertinencia depende de las problemáticas de salud del paciente, los recursos de los que se dispone, las preferencias y los límites que se establezcan en la va-

loración a la distancia. Esta formulación permite delimitar el análisis entre telesalud y enfermería comunitaria, que poco a poco plantea el problema y luego define cuáles serán los requerimientos informáticos. Una formulación adecuada tendrá que predecir el reconocimiento a cuáles son los especiales contextos, que podrían entrevistar explicaciones y, en función de ello, retroceder cuál sería la respuesta coherente.

En lo que hace la Enfermería, este principio tendrá valor y está en consonancia, siempre que expresa cómo ayuda a interpretar una acción del cuidado y a razonar la toma de decisiones. La utilización de este no tiene por qué seguir siendo una etiqueta que sustituya el escucha o cierre anticipadamente la valoración. La interpretación va a guardar, de esta manera, un diálogo explícito entre saber, contexto y responsabilidad profesional (Kruse et al., 2017).

El vínculo de la distancia puede acortar que se necesite de un desplazamiento, pero también disminuye la observación, la intimidad y la comunicación que no son las adecuadas del contexto técnico o doméstico. Reconstruir esta relación requiere recoger la orden de las circunstancias. No es suficiente con ceñirse al instante en que concurren dos circunstancias, sino a cómo pueden vincularse, así como qué otras explicaciones pueden visualizarse.

Partiendo de la anticipación de los posibles cambios sociales o sanitarios, interesa localizar el lugar en que la respuesta en forma de acción podría llegar a modificar el recorrido. En efecto, ser capaz de analizar tal recorrido tiene que ser capaz de establecer las restricciones protectoras, pero también los recursos restrictivos; así se evita caer en una lectura determinista. Tal distinción puede llegar a poder propuestas de acción adecuadas a partir del óptimo de la doble acción, evitando construir el producto únicamente a partir de una sola determinada situación social (OMS, 2019; Shaver, 2022).

También interesa confirmar identificación, ubicación, cuando sea posible, privacidad y vías de contacto, explicando aquello que es posible resolver y sobre qué es posible generar una solicitud de con-

tacto presencial. Este interrogatorio se trabaja de forma gradual guardando explicaciones funcionales y respetando la decisión de no responder. La charla tiene que producir información suficiente como para acordar una acción y no un recorrido ilimitado por el ámbito privado. También interesa contrastar lo que se ha entendido con la persona y registrar la dudas si existen. El lenguaje de la producción tiene que describir las circunstancias relacionadas con las opciones y los apoyos que pueden necesitar las personas, evitando juicios de valor respecto de la motivación o el carácter.

Cuando se producen discrepancias entre la prioridad del profesional y la del usuario, el proceso de negociación del plan de cuidados es una práctica que entra en el campo del cuidado y nunca se convierte en un obstáculo administrativo. Posible situación de aprendizaje: siguiente caso: Una persona acepta seguimiento remoto, pero comparte un espacio donde no está en condiciones de hablar libremente y cuando trata de integrarse se corta. La discusión deberá atender a separar lo que es hecho conocido, lo que es interpretación, lo que es dato que falta.

Después le corresponderá identificar qué decisión necesita ser tomada ahora y cuáles decisiones precisan revisión. El caso no es un resultado de una investigación ni es una prescripción condicional acerca de la aplicación automática a todas las familias, su interés consistía únicamente en evidenciar cómo una circunstancia cotidiana cambie el sentido de una recomendación. Cuando se lo resuelve, conviene que expliques por qué se elige trabajar en esa alternativa y qué tipo de información podría motivar a, por el contrario, reconsiderarla.

El equipo podría decidir un distinto canal y momento, así como también describir de qué manera continuar en caso de que fracase la comunicación, de acuerdo con lo previsto por procedimientos institucionales. La transformación de esta orientación en un plan de acción tiene que definirse decidiendo quién tiene que realizar cada tarea, de qué tipo de apoyo necesita, en qué momento se va a revisar

el acuerdo. Hay que fijar bien, además, cómo distinguir una acción del equipo (es decir, el trabajo conjunto para solucionar la cuestión) cuando esta depende del propio equipo, y volverla una gestión que depende de otra institución.

Las expectativas han de consensuarse con los recursos confirmados y con las preferencias manifestadas por las personas que participan. En caso de que la primera alternativa no funcione, el seguimiento permite poner en práctica otra alternativa sin que en todo momento se tengan que responsabilizar automáticamente a las personas, dando siempre la posibilidad de ir probando sin que nadie pueda quedar mal, en la medida que se van intercambiando las expectativas. Hay que documentar: hay que aportar el recorrido, así como los compromisos asumidos, y no solo una lista de actividades (Kruse et al., 2017).

La satisfacción con el modo modular no es suficiente por sí misma para demostrar la equivalencia clínica, la seguridad o una disminución de las desigualdades para toda la población. Este límite lleva a anticipar las consecuencias que pueden pasar desapercibidas al observar solo el objetivo primario de la intervención. La revisión ética debe incluir la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir decisiones.

Particularmente, es conveniente preguntarse si la propuesta incrementa esfuerzos para una población que ya tiene más restricciones y dificultades. El hecho de que se descubra un riesgo no implica que no se pueda hacer nada, sino que hay que comparar alternativas y seleccionar una respuesta proporcionada.

La evaluación tiene que incluir la continuidad, la calidad de la comunicación, los problemas técnicos que se dan, la necesidad de recurrir a la atención presencial. La selección de los indicadores debe dar respuesta a una cuestión de mejora y debe mantenerse suficientemente sencilla para que se pueda llevar a cabo en el trabajo habitual. Cada medida requiere de una definición, de una temporalidad y de una fuente identificable; cuando corresponda también requiere de un numerador y un denominador.

Los cambios deben interpretarse conjuntamente con el contexto, la pérdida de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué se ha producido un resultado. La devolución fácil de entender permite revisar el plan que se tiene y decidir qué conviene mantener, adaptar o investigar más a fondo (Kruse et al., 2017).

5.7. Innovación social en Enfermería

La innovación social ejemplifica formas de organizar relaciones, recursos o decisiones para dar respuesta a las necesidades colectivas. No implica la introducción de dispositivos, por sí mismo. Una experiencia de participación de la comunidad en investigación, que es la manera que Islam et al. quisieron redistribuir oportunidades de colaboración, diseñando conjuntamente y reforzando las relaciones. Su evaluación se puede presentar como un aprendizaje contextualizado, pero no ofrece una evidencia universal que valga para cualquier tipo de población (Islam et al., 2021).

El modelo holandés Buurtzorg se presenta como una experiencia de innovación respecto de la organización del cuidado en el hogar y del trabajo de Enfermería. Se puede dirigir a la forma de explorar de qué forma la autonomía del equipo, y la relación con el entorno, puede afectar a los cuidados. Una descripción en el modelo permite abrir a discusiones las formas de los principios organizativos, pero en sí misma no permite utilizar el modelo sin analizar el tipo de financiación, la regulación local y las condiciones laborales para concretarlo o reproducirlo (Kreitzer et al., 2015).

Finalmente, una propuesta comunitaria se debe iniciar por un problema explícito con las personas que lo viven. Conviene determinar aquello que, con qué elementos, a quién y mediante qué mecanismo esperado cambia. El pilotaje necesita criterios de: accesibilidad, seguimiento y revisión. La participación de los usuarios debe abarcar, pues, para qué decidir si efectivamente la innovación que se introduce responde a la necesidad inicial.

La sostenibilidad al fin dependerá de: responsabilidades, financiación, así como del grado de adaptación. Un proyecto que funciona gracias a un esfuerzo de voluntariado excesivo puede ser muy difícil de sostener o reproducir desigualdades. El cierre o modificación de una iniciativa tienen que comunicarse con antelación, de manera que se garantice la continuidad de los apoyos fundamentales que se hayan incorporado al cuidado.

La innovación social modifica relaciones y vías de organizar respuestas colectivas; no se entiende por el uso de la tecnología o por el simple hecho de que se presente la idea de novedosa. Esta precisión organiza la lectura la innovación social en Enfermería: primero se delimita el problema y después se decide qué información es relevante. Para que una fórmula sea útil, debe permitir identificar situaciones con ciertas características, elaborar comparaciones de explicaciones y anticipar el tipo de respuesta que tendría coherencia.

Para la Enfermería, el concepto tendrá sentido cuando contribuya a comprender la trayectoria de cuidados o justificar las decisiones. El uso de la fórmula no debe cristalizarse en una fórmula que sustituya el escuchar o en el cierre prematuro de la valoración; la interpretación es una vía que mantiene una relación explícita entre el saber, el contexto y la responsabilidad profesional (Islam et al., 2021).

Las mejoras pueden tener lugar a raíz de la redistribución de decisiones; simplificación de recorridos; vincular recursos, siempre que ello aporte una respuesta a la queja reconocida. Reconstruir esta relación exige también el recorrido temporal. No basta encontrar dos circunstancias concomitantes, sino que es necesario ver cómo se interrelacionan y qué otras explicaciones pudieran estar presentes.

Desde el pronóstico de los cambios sociales y del cambio del sistema de salud, es interesante ver desde qué lugar puede cambiar la respuesta al recorrido. El análisis debe dar cabida a las limitaciones y los recursos protectores (evitando hacer una lectura determinista) a partir de la distinción que permite proponer acciones proporcionales a las condiciones no atribuyendo los resultados al

margen de una sola condición social (Kreitzer et al., 2015).

Lo que pretende es interrogar qué problema se transforma, quién lo es y a partir de qué mecanismo, donde seguirán emergiendo los recursos, los peligros antes de extender la propuesta. El interrogatorio va introduciéndose poco a poco explicando el para qué de la pregunta y matizando la ausencia de respuesta. La conversación tiene que ir produciendo información suficiente para acordar una acción, no una indagación sin límites de la biografía de las personas. También se trata de contrastar lo que se ha entendido con la persona y, en el caso de que haya dudas, dejar constancia de ello.

El registro tiene que ser suficientemente generador de oportunidades a una lista de circunstancias y apoyos, esquivando un juicio sobre la motivación y el carácter. En aquellos casos en los cuales han empezado a emerger prioridades divergentes entre el profesional y la persona usuaria, la negociación de los planes es parte del cuidado y no se convierte en una traba administrativa. La cuestión podría ser abordada el siguiente caso de la manera situacional hipotética de aprendizaje, o bien en forma de caso: Un grupo presenta una propuesta de acompañamiento entre pares de manera que sea posible llevar a cabo facturas, siendo conscientes de que se han de establecer límites de indicación de la función, supervisión y protección de datos de todas las personas participantes.

Con respecto al caso, la discusión ha de desplegar la información y la parte de hechos suficientemente conocidos, información de interpretaciones o bien de información que falta. Después habría que saber qué decisión es preciso tomar en este momento y qué decisiones requerirían el correspondiente proceso de revisión. El caso no sería los resultados de una investigación, sino que simplemente es una pauta que hay que aplicar de forma directa y necesaria a todas las familias en la práctica. Su rendimiento reside, por un lado, en mostrar cómo, dada una situación habitual, se puede derivar en del desvío de una indicación; y en la resolución del caso, en reúno la explicación que da cuenta de por qué llegamos a elegir una y de qué información

pudiera ser necesaria para aventurarse a elegir la otra.

La prueba puede iniciarse en escala reducida, recogiendo las vivencias narradas, revisando la viabilidad de la prueba manteniendo la posibilidad de elegir otras personas que no quieran participar. Para convertir esta orientación en un plan, habrá que señalar quién ejecutará cada tarea, qué apoyo necesita y cuándo volverá a ser revisado el acuerdo. Debe poder diferenciarse una acción propia del equipo de una gestión que dependa de otra instancia. Las expectativas deben ser coherentes con los recursos que ya están confirmados, con las preferencias existentes en las personas intervinientes en el trabajo acordado. Si no exista una primera salida, el seguimiento permite ensayar alguna solución alternativa sin ser responsable automáticamente a la persona. La documentación tiene que certificar el racionamiento que ha quedado, los compromisos, y no solo enumerar las acciones (Islam et al., 2021).

La celebración de una experiencia inicial en caso de no realizar la evaluación de coste, o del trabajo no reconocido puede extender modelos de trabajo que pueden reproducir desigualdades. Este límite pone a prueba frente a anticipar efectos que son fácilmente invisibles en el momento en que solo se observa el impacto principio de la intervención. La revisión de tipo ético ha de considerar la privacidad, la autonomía, la distribución de la responsabilidad, la capacidad de corregir decisiones adoptadas. En especial se puede interrogar respecto a si la propuesta agrava los esfuerzos requeridos para quienes ya sufren restricciones. Reconocer un riesgo no significa no hacer nada, sino que hacer frente a alternativas, seleccionar una respuesta proporcionada.

La evaluación debe revestir utilidad, accesibilidad, sostenibilidad, efectos distributivos, aceptar o hacer visible la iniciativa. La selección de los indicadores tiene que responder a una pregunta de mejora y mantener suficiente simplicidad como para ser usado en el desarrollo del trabajo cotidiano. Cada medida que se elige requerirá una definición, un espacio, y una fuente que la reconozca.

Si corresponde, además, requerirá numerador y denominador. Las variaciones han de pensarse junto a la contextualización, a las pérdidas de seguimiento y a la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explica por qué ocurrió un resultado. La devolución comprensible permite revisar el protocolo y decidir qué conviene de las cosas que se deben mantener, modificar o investigar en mayor profundidad (Islam et al., 2021).

5.8. Liderazgo de Enfermería

Las revisiones de Cummings et al. hallaron conexiones entre estilos de liderazgo centrados en las relaciones y resultados tanto de las personas como del entorno laboral. Los estudios incluidos y su diseño requieren tomar con cuidado esas asociaciones; pero aun así el conjunto apoya la relevancia de escuchar, respaldar y desarrollar equipos. La necesidad de cumplir tareas no agota la responsabilidad de quien lidera (Cummings et al., 2010; Cummings et al., 2018).

En el trabajo comunitario, liderar es proteger tiempo para la socialización de la valoración, mantener la coordinación y ayudar a llegar a tomas de decisiones compartidas. También significa reconocer conflictos y diferentes cargas dentro del equipo. La seguridad para expresar dificultades permite llegar a conocer las barreras que, de otro modo, se habrían atribuido a las capacidades o a la conducta de la población atendida.

El informe mundial de Enfermería de 2025 posiciona la educación, el empleo y el liderazgo en las dimensiones de fortalecimiento de la profesión. Tal punto de vista recuerda que las capacidades de cada profesional dependían de unas condiciones institucionales y de una toma de decisión inversora que apoyase la ampliación del rol comunitario de la Enfermería, que debería estar acompañada de preparación, reconocimiento y recursos que fuesen coherentes con las responsabilidades asignadas (OMS, 2025a), ya que es posible ir organizando el desarrollo de liderazgo a partir de mentoría, por participación de comités, a partir del análisis de casos

y a partir de proyectos con objetivos verificables, y siempre dando oportunidades a profesionales que trabajan en territorios periféricos y con grupos infrarrepresentados de profesionales.

De la misma manera, el reconocimiento del trabajo de coordinación en la evaluación laboral evita que una función fundamental dependa de la disponibilidad personal, no remunerada. El liderazgo de Enfermería incluye orientar la actividad profesional, apoyar grupos y crear condiciones para poder tomar decisiones seguras, con atención a las relaciones y al entorno organizativo. Esta precisión organiza el análisis del liderazgo en la Enfermería: primero se delimita el problema y después se encuentra un momento para determinar qué información es necesaria en relación al mismo.

Una de las misiones importantes de la propuesta formulada es que dicha formulación pueda reconocer situaciones concretas, puedan compararse explicaciones e incluso es capaz de anticipar cuál sería la respuesta más coherente. En el ámbito de la Enfermería, el concepto toma valor cuando sirve para ayudar a entender una trayectoria de cuidado, así como para justificar una determinada decisión. Su uso no puede convertirse en una etiqueta que sustituyan la escucha, o cierre de manera prematura la valoración. Por esta razón la interpretación mantiene de esta forma una relación manifiesta entre conocimiento, contexto y responsabilidad profesional (Cumings et al., 2010; Cummings et al., 2018).

La cultura del equipo se convierte en un medio para facilitar la comunicación de los problemas y la posibilidad de silenciarlos e influir en el aprendizaje, en la continuidad y en el bienestar profesional. Reconstruir esta relación requiere una atención al orden cronológico de los acontecimientos. No basta con encontrar en dos posibilidades o circunstancias al mismo tiempo: es necesario comprobar cómo estas se enlazan, así como comprobar qué explicaciones podrían entrar en juego.

Una vez se contempla los cambios sociales y sanitarios, interesa averiguar el punto en el cual una respuesta puede modificar el

recorrido. La lectura de los acontecimientos debe contemplar las restricciones y los recursos de protección y evitar una lectura determinista. Efectivamente la diferenciación permite realizar propuestas de acciones de acuerdo con el significado de manera correcta sin achacar cualquier resultado a una única condición social (OMS, 2025a).

En este sentido, se propone preguntar por aquellos obstáculos que no permiten cuidar bien, cómo se distribuye la carga de dicho cuidado, o qué mecanismos que permitan proponer mejoras sin miedo hay a disposición. Este tipo de preguntas se van integrando en el texto, adjuntando la razón de la misma, y teniendo en cuenta que se puede elegir no responder. La conversación debe dar lugar a información suficiente para acordar una acción, no a una exploración infinita de la vida privada.

Asimismo, es importante contrastar la comprensión lograda con la persona y recoger incertezas en aquellos casos donde haya dudas. El lenguaje en el registro es el de las condiciones descrita y las capacidades, no el de los juicios sobre la motivación o el carácter. En el caso de que surjan prioridades contrarias entre el profesional y la persona cuidadora, la negociación del plan forma parte del cuidado y no una cuestión de "trámite burocrático". Se puede ejemplificar la aplicación en una situación hipotética de aprendizaje el siguiente caso: Un grupo detecta una serie de barreras que se repiten, pero no se comunica, ya que las reuniones se utilizan para atribuir culpas y no para que se revisen los procesos. La discusión debe diferenciar entre los hechos que se conocen, las interpretaciones y los datos que faltan.

Luego corresponde identificar qué decisión necesita tomarse ahora y cuáles precisan de posterior revisión. El caso no es una fuente de hallazgos de una temática investigada, tampoco es una receta que se aplica automáticamente a todas las familias. Su utilidad consiste en mostrar cómo una situación cotidiana hace variar el sentido de una recomendación. Al resolverlo, conviene argumentar porque se ha elegido una alternativa y qué información puede llegar a hacer necesario la reconsideración. El liderazgo puede dar la posibi-

lidad de abrir espacios de revisión, de acordar cambios y de reconocer límites de recursos, de acompañar al personal en vez de exigir indefinidamente respuestas individuales.

Para traducir esta propuesta en un plan, hay que especificar quién va a ser el responsable de hacer cada tarea, qué tipo de soporte necesita y cuándo se evaluará el acuerdo. Hay que saber distinguir un propio proceder del grupo de una gestión que depende de otro organismo. Las expectativas irán siguiendo los recursos confirmados y las preferencias de quienes forman parte. Si la alternativa primera no resulta posible, el seguimiento va a poder bregar por la segunda opción sin que eso suponga desembocar de forma automática en la persona responsable. La documentación que rinde cuenta puede contener el razonamiento seguido y los compromisos asumidos, pero no solo una relación de actividades.

Confundir la noción de liderar con la de estar siempre disponible puede normalizar la sobrecarga laboral a la que están sometidas las personas que coordinan, ya que hace invisible la función de ser puente entre la intervención y el objeto de intervención. Este límite obliga a anticipar consecuencias que pueden ser ignoradas cuando solo se tiene en cuenta el objetivo explícito de la intervención. La revisión ética pone en juego la privacidad, la autonomía, la distribución de cargas, la capacidad de rectificar una decisión que ha sido malinterpretada. Particularmente es bueno preguntarse si es una propuesta que aumenta los esfuerzos que realizan aquellas personas que tienen ya más restricciones que el resto. Esta identificación no necesariamente implica interrumpir la acción, sino que invita a contrastar alternativas o evaluarlas para elegir la mejor respuesta posible.

La evaluación debe ir enfocada sobre el clima de colaboración, la capacidad para aprender, las mejoras sostenidas y los resultados del servicio (años o espacio de tiempo a concretar) que pueden ser de interés. La elección de los indicadores estará supeditada a la pregunta para mejorar y ha de ser lo suficientemente simple para usarla durante el trabajo cotidiano.

Cada medida precisa de una definición, de un periodo de tiempo y de una fuente reconocible, así como, en su caso, de un numerador y un denominador. Cada cambio ha de ser interpretado en función del contexto, así como de las pérdidas de seguimiento y de la experiencia de las personas. Una cifra sin más no permite entender el porqué de un resultado. Una devolución entendible permite revisar el plan y decidir qué hay que priorizar: adaptarlo o investigar más en profundidad (Cummings et al., 2010; Cummings et al., 2018).

5.9. Enfermería y políticas públicas

La asistencia genera un saber sobre los efectos por los que pasan las políticas en la rutina, aunque no se convierte automáticamente en poder influyente. Una revisión de participación del ámbito de la Enfermería identificó a partir de una amplia experiencia profesional no solo factores profesionales sino también organizativos y del entorno laboral que pueden facilitar el proceso o restringirlo. La preparación debe incluir la lectura de políticas, la comunicación de evidencias y la comprensión de los espacios de tomar decisiones (Hajizadeh et al., 2021).

Rasheed et al. describen barreras que tienen relación con las relaciones de poder y una baja participación en el diseño de políticas, además de ofrecer y fomentar la necesidad de extender las oportunidades de participación de manera que la Enfermería no solo lleve a cabo disposiciones, sino que también pueda contribuir al diseño y la evaluación de estas. La representación profesional debe ser vinculada a las necesidades de la población y la rendición de cuentas, pero sin confundir el hecho de que hablar de una institución implique que hable todas las voces de la comunidad (Rasheed et al., 2020).

Un ejemplo concreto es una práctica de documentación que registra una barrera recurrente, su impacto y las alternativas disponibles. Por ejemplo, los registros agregados de las dificultades de movilidad pueden servir para concretar modificaciones horarias o bien para coordinar el espacio físico a considerar. La propuesta ha

de marcar la diferencia entre datos observados, su interpretación y recomendaciones, así como indicar recursos a requerir y posibles efectos distributivos.

La incidencia precisa continuidad: la realización del seguimiento en los compromisos, la participación en las consultas públicas y la evaluación de los resultados. Los relatos de trayectoria personal solo deben realizarse con consentimiento y protegiendo la identidad. El trabajo con organizaciones comunitarias puede hacer que las prioridades sean expresadas por sus propios protagonistas y que las decisiones puedan ser contrastadas desde la diversidad de sus experiencias.

La participación en las políticas públicas traduce las experiencias de cuidado en propuestas sobre normas y recursos, en la que puede diferenciarse evidencia de valores y de decisiones políticas. Esta precisión elabora el análisis de la Enfermería y de las políticas públicas: primero se acota el problema y posteriormente qué información resulta relevante. La formulación útil ha de permitir identificar situaciones concretas, contrastar las explicaciones y anticipar qué respuesta pudiera ser la coherente.

En el ámbito de Enfermería, el concepto alcanza una valía que lo justifica; es interesante su uso cuando ayuda a dar sentido a una trayectoria de la misma labor de cuidado y a justificar una serie de decisiones; nunca debería confundirse con un nombre o etiqueta que sustituye a la escucha o que cierre de forma prematura la valoración. La interpretación, que hace explícita la conexión entre conocimiento, contexto y un compromiso profesional, es lo que determina toda la serie de decisiones para la construcción de la interpretación (Hajizadeh et al., 2021).

Los problemas que se repiten en la atención pueden representar una señal de las barreras que hay en la institución; pero esta tiene que tener su documentación analizada y leída antes de presentarse como una prioridad, a la vez general, en la atención de los problemas sociales. Reconstruir esta relación no es sino el mismo hecho

«determinado», y en la lectura hay que ver hacia atrás la serie de acontecimientos; no vale simplemente el hallazgo de dos circunstancias que se dan al mismo tiempo; hay que aventurarse a ver cómo se encadenan, o bien ver hasta qué otra explicación puede tener su intervención.

Desde la expectativa de un cambio social y de un cambio en el ámbito sanitario, interesa ver en qué lugar puede haber un cambio del rumbo; el análisis de la atención debe reconocer restricciones, pero también recursos protectores evitando la lectura determinista. Este tipo de distinciones permite, entre otros aspectos, formular acciones a por medio de las cuales aportar justicia y no vincular los resultados a una sola condición social (Rasheed et al., 2020).

Es conveniente plantear la pregunta acerca de la decisión que se desea cambiar, la información que la sustenta y los actores que han de formularla. Estas preguntas ya irán saliendo gradualmente, ya partir de la explicación acerca de qué finalidad tienen y respetando la decisión de no responder. La conversación deberá producir información suficiente para acordar una acción y no un acceso ilimitado a la vida privada.

También describe cómo contrastar lo que se da por sabido con la persona y anotar las dudas cuando estas se den, dentro de un registro en el que describir situaciones en las que se dan apoyos y no hacer juicios de los motivos o carácter. Si se dan prioridades / expectativas / indicios de profesionales y de la persona, se valorará la negociación del plan de atención de forma no como un obstáculo administrativo, sino como una parte más de la atención.

Un caso puede analizarse como situación producto de una hipotética de aprendizaje. Se presenta un caso: un equipo ha documentado que requisitos variables dificultan la entrada, y propone un procedimiento básico cuya información debe ser comprensible y revisada de manera periódica. La discusión debe ser capaz de separar hechos conocidos, interpretaciones y datos que faltan. Después, podría argumentarse que el siguiente paso sería identificar qué decisión

debe tomarse en este momento y cuales requieren una decisión para otro momento posterior.

El caso no explica que sea el resultado del trabajo de una investigación, ni que represente una especificación que pueda aplicarse automáticamente a las diferentes familias. En realidad, su utilidad consiste en observar cómo una de estas situaciones cotidianas hace cambiar el sentido de una recomendación. Cuando resuelves el caso, hay que exponer el tipo de alternativa que se elige y qué información podría hacer necesaria reconsiderar la decisión hasta cambiado la resolución del caso.

La propuesta puede describir el problema, las alternativas, recursos y efectos redistributivos, pretendiendo evitar dar a entender que una única medida puede dar respuesta a todas y cada una de las desigualdades. Para concretar esta orientación en un plan, queda precisar quién realiza cada tarea o qué soporte necesita y cuándo se revisará el acuerdo. Es conveniente distinguir una acción propia del equipo, de una acción de gestión que dependa de una institución.

Las expectativas hay que adecuarlas a los recursos disponibles, y las preferencias de las que forman parte. Si la primera opción no es viable, el seguimiento permite probar con la segunda sin que al instante se deba adjudicar la responsabilidad a la persona. La documentación ha de explicar la argumentación, el compromiso contraído, no solo una relación de actividades (Hajizadeh et al., 2021).

Hablar por la población sin la pertinente consulta o difundir testimonios identificables sin el pertinente consentimiento puede mermar la legitimidad y, por añadidura, vulnerar derechos. Este límite obliga a anticiparse a las consecuencias que pueden acabar siendo invisibles, cuando la única mirada es la del resultado final previsto de la intervención. La revisión ética propondrá ofrecer espacio a trabajar con privacidad, la autonomía, la distribución de cargas y la posibilidad de corregir decisiones. Y en concreto, sirve preguntar si lo que se propone para la acción comporta un esfuerzo incrementado para aquellas personas que ya tienen más restricciones. Identificar

un riesgo no significa retirarse, sino ofrecer alternativas y tomando una respuesta proporcionada.

La evaluación ha de ocurrir una vez habiendo transcurrido la aprobación, la implementación y los efectos, porque señalar que una propuesta se encuentra en un documento no garantiza que la acción se haya llevado a cabo. La elección de indicadores ha de contestar a una pregunta dirigida a la mejora y tiene que mantenerse suficientemente sencilla como para ser utilizada en el trabajo de cada uno. Cada medida necesita un detalle, un período, una fuente reconocida, cuando corresponde, también necesita numerador y denominador.

Los cambios han de interpretarse junto al contexto, la existencia de pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra aislada no explicaría la razón por la cual se llegó a un resultado. La devolución comprensible permite revisar el plan y decidir qué es conveniente seguir, qué se debe tuneado como así investigar más en mayor profundidad (Hajizadeh et al., 2021).

5.10. Perspectivas futuras para el abordaje de los determinantes sociales

La llegada de la inteligencia artificial y del análisis de predicciones ofrece posibilidades para el apoyo; también para reproducir los sesgos derivados de la data usada. Rajkomar et al. indican que la equidad implica la necesidad de tomar elecciones en el diseño, la implementación y la evaluación de los diferentes modelos. Para la Enfermería, la aplicación de una puntuación automatizada no debe suplir la valoración contextual y mucho menos debe evitar que una persona pida una revisión de una decisión que le afecta (Rajkomar et al., 2018).

La ciencia de la implementación proporciona herramientas para entender cómo llevar a cabo la implementación de las intervenciones en los servicios reales. Brownson et al., apuntan a poner la equidad en las preguntas, las medidas y las relaciones con otros sectores. Esto implica estudiar quién se beneficiará de la intervención, cuáles son las adaptaciones necesarias y cuál es el contexto organi-

zativo que permitirá que esa intervención se sostenga, donde además se tiene que estimar el resultado medio (Brownson et al., 2021).

Una agenda futura coherente debería reunir formación en determinantes sociales, condiciones laborales suficientemente buenas, implicación comunitaria y sistemas de información funcionales. El éxito no se mide en función de los datos sociales que se obtienen, sino más bien por la capacidad para transformarlos en atención adecuada y en cambios que puedan demostrarse. Las decisiones que tienen que ver con la tecnología y con la organización, han de tener también el mismo examen de accesibilidad, aceptabilidad y efectos en la distribución.

Desde otra mirada central se sostiene la Enfermería capaz de construir la conexión entre información de tipo clínico, de tipo territorial, en vinculación con la acción colectiva. El mayor avance lo podrá realizar si cuenta con voz institucional y relaciones de confianza con la comunidad. La disminución de las inequidades requiere que sean asumidas responsabilidades compartidas y se mantengan políticas públicas; en esa lucha el cuidado profesional puede dar cuenta de las barreras, de acompañar trayectorias y de proporcionar demandas más justas.

Las miradas de futuro tienen que establecer relaciones entre la innovación y la equidad con las posibilidades de su implantación, para que no se presenten las herramientas emergentes como soluciones predeterminadas o válidas para todo el mundo. Esta precisión es la que organiza la mirada en futuro de las distintas posibilidades de abordaje para los determinantes sociales: primero se acota el problema y luego se establece qué información es relevante. Una formulación provechosa permite reconocer situaciones concretas, comparar explicaciones y anticipar la respuesta que pudiera ser adecuada.

En Enfermería el concepto adquiere un sentido cuando es capaz de ayudar a comprender un camino del cuidar, a dar validez a lo que se decide. En este sentido, su utilización no debe dar paso a una etiqueta que sustituya la escucha o que cierre, de forma prematura, la valoración. De esta manera la interpretación preserva una relación explícita entre el saber, el contexto y la responsabilidad

profesional (Rajkomar et al., 2018).

Los sistemas de tipo digital y analítico también pueden acabar de reproducir las desigualdades de los datos y de la organización soportada por los mismos, aun cuando se puedan hacer más eficientes ciertos procesos. Reconstruir esta relación es observar la sucesión del tiempo. No se trata solamente de encontrar en un mismo momento dado dos circunstancias, sino de ver cómo pueden articularse, o preguntarse cuál puede ser otra explicación. Desde la necesidad de anticiparse a los cambios sociales y sanitarios, está muy bien ver en qué momento puede la respuesta modificar la trayectoria. El análisis debe tener en cuenta no solamente las restricciones sino también los recursos protectores, evitando que pueda ser una lectura determinista. Este matiz permite establecer acciones y evitar que sea resultado de una única condición social (Brownson et al., 2021).

Se recomienda preguntar qué decisión conllevará la herramienta, quién podría quedar fuera de ella y cómo se revisarán errores o recomendaciones. Preguntas que van sumándose, explicando qué esperan y respetando la decisión de no hacerlo. Es preferible que la conversación produzca información suficiente para acordar una acción y no indagar sin límites en la privacidad de las personas.

También se recomienda contrastar lo que se consiguió con la persona y recoger incertidumbres cuando las haya. El lenguaje del registro tiene que ser el lenguaje que sirva para describir circunstancias y apoyos, y evitar juicios en términos de motivaciones y/o de carácter. Cuando entran en contradicción las prioridades del profesional y las de la persona, la negociación del plan objetivo sería parte del cuidado, no un obstáculo desde la administración.

Analizar el caso del sistema que prioriza el seguimiento con datos de consultas pasadas, omitiendo por lo tanto a quienes tienen pocas visitas; esto se sugiere pues uno de los elementos que se añade a la respuesta puede ser que hay personas que no tienen la posibilidad de ser atendidas por barreras de acceso que se afirman en el día a día, siempre que se pueda, una vez descrito el caso haya que descubrir qué decisiones hay que tomar en ese momento, y qué decisiones dependen de otra revisión posterior.

No se trata de resultados de una investigación, no es una receta que pueda seguirse de forma automática con todas las familias, sino que sirve para explicitar cómo el sentido de una recomendación, habitual en el día a día, puede cambiar al tener en cuenta una circunstancia habitual. A medida que se trabaja con el caso, resulta interesante explicitar las razones por las cuales una opción u otra es la elegida y qué información puede ser suficiente para que se cambien las condiciones iniciales.

Sigue siendo necesario mantener revisión de las aportaciones de la parte humana, mecanismos de corrección y evaluación grupal, ya que conviene enlazar la herramienta con la evaluación de la configuración del entorno. Para convertir esta dirección en un plan hace falta averiguar quién debe realizar cada actividad y qué nivel de soporte se necesita; lo cual se traducirá con una periodicidad de la revisión pactada en un momento determinado. Es necesario distinguir una intervención propia del equipo de una intervención que quede sujeta a otra institución.

Las expectativas tienen que corresponder a recursos confirmados, pero también a las preferencias de quienes se implican en el proceso. Si esta primera alternativa no puede llevarse a cabo, el seguimiento permite ensayar otra alternativa sin atribuir directamente la responsabilidad a la persona. La documentación tiene que dejar constancia del razonamiento seguido y de los compromisos asumidos, y no solo tener el aspecto de una lista de actividades (Rajkomar et al., 2018).

Sustituir, o bien una clasificación automática, juicio profesional o la voz de la persona implicada en los casos de eliminación, puede hacer que la incertidumbre sea más oculta y de un menor cuestionamiento de las decisiones que se tomen, así como una obligación de anticipar consecuencias orientadas a unos objetivos primordiales de intervención que pueden llegar a ser simplemente desatendidos. La revisión ética debe incluir las especificidades relacionadas con la discusión sobre privacidad, autonomía, distribución de cargas y la posibilidad de reconsideración de decisiones, pero a la vez cabe preguntarse, si la propuesta implica un esfuerzo adicional para aquellos individuos que presentan ya restricciones considerables.

La identificación de un riesgo no ha de contener paralela-

mente la acción, sino que se trata más bien de la comparación de alternativas y la elección de una respuesta equilibrada. La evaluación futura tiene que dar visibilidad a la utilidad, la seguridad, la continuidad y la distribución de los beneficios, pero igualmente no hay que dejar de lado la precisión técnica o la rapidez del procesamiento. La elección de los indicadores debería tener explicitada la pregunta de mejora y ser mantenida suficientemente sencilla como para ser manejada en el transcurso del trabajo habitual.

Cada medida debe de tener una definición, un periodo y una fuente reconocible; cuando corresponde, tal definición debe incluir igualmente el numerador y el denominador. Los cambios tienen que ser analizados conjuntamente con la contextualización, las pérdidas de seguimiento y la experiencia de las personas. Una cifra no explica por sí misma el motivo para conseguir un determinado resultado. El retorno comprensible hace posible retomar el plan, para decidir qué se decide mantener, qué adaptar, qué investigar más (Rajkomar et al., 2018).

Una agenda de futuro puede ser propuesta en decisiones concretas: qué necesidades sociales se clavan en la formación, cómo defender el tiempo para la coordinación, en qué resultados se puede evaluar una utilidad para la comunidad. Cada propuesta necesita responsables, condiciones de materialización; también, es conveniente, antes de expandir una herramienta, referir quién puede darle uso, qué tipo de apoyo requiere, qué alternativa mantiene la persona que no quiere o no puede; la innovación tiene sentido si permite ampliar oportunidades de cuidado y genera la posibilidad de reconocer los propios límites.

La preparación para responder es también capacidad de respuesta ante las fallas. Un servicio que hace base en registros informáticos necesita preparar procesos de continuidad si se corta la conexión; una red intersectorial necesita alternativas que puedan empezar a usarse cuando un recurso deja de serlo. Todo esto hay que ensayar, revisarlo con quienes ejecutan, con quienes reciben el cuidado. El horizonte profesional no pasa por eliminar toda la incertidumbre, pasa por hacerlo visible, por mantener decisiones revisables, por mantener relaciones de confianza que permitan aprender sin abandonar a las personas que atraviesan mayores obstáculos.

CONCLUSIONES

La manera de abordar los determinantes sociales de la salud implica relacionar las condiciones de vida con las estructuras que distribuyen los recursos y las oportunidades. Así, en el cuidado comunitario, la profesión de Enfermería puede defender que las necesidades que se van identificando puedan ayudar a orientar procesos de participación, de coordinación y de producción de conocimiento. Esta contribución estará fundamentada si reconoce las propias prioridades de las personas y las responsabilidades compartidas con las instituciones y otros sectores.

La participación comunitaria se profundiza cuando la comunidad puede influir en las decisiones, los recursos y la evaluación. El uso de la accesibilidad en la comunicación y el empoderamiento en el desarrollo de capacidades contribuyen a ese proceso y no lo sustituyen; no obstante, la redistribución del poder es necesaria. Reconocer liderazgo de varias personas, eliminar las barreras o devolver información comprensible son maneras de construir relaciones continuantes y así evitar que la consulta comunitaria pase a ser un mero trámite. El empoderamiento, la alfabetización en salud o las redes de apoyo exigen procesos de escucha, aprendizaje y de acuerdos.

Enfermería tiene la capacidad de aportar conocimientos y al mismo tiempo facilitar la participación, pero también aporta conocimientos al mismo tiempo que reconoce los saberes y las capacidades existentes en el territorio. La formación de líderes y el fortalecimiento de las comunidades deben permitir que entren en juego voces menos visibles y que las decisiones reflejen la diversidad de experiencias.

La intersectorialidad necesita acuerdos operativos capaces de articular instituciones, profesionales y organizaciones. Una red de servicios que funcione debe facilitar tanto los accesos como la continuidad y la capacidad de respuesta, pero también debe intercambiar información. La vinculación de salud con la educación, con los servicios sociales y con los gobiernos locales necesita de responsabilidades claramente determinadas y de recursos que sean posibles, a fin de que la coordinación devenga en trayectorias de atención útiles para las personas.

La equidad y los derechos humanos son ejes para las decisiones clínicas y para la organización de los servicios. La práctica profesional ética y responsable debe implicar respetar la autonomía, cuidar la privacidad de la información y reconocer la discriminación y las relaciones asimétricas. La justificación de los derechos se traduce en el estudio de las barreras que

deterioreen la llegada al cuidado y las alternativas de participación. La interculturalidad incluye diálogo y apreciación de los contextos. La relación con los saberes tradicionales no puede hacerse desde un giro a la imposición de saberes culturales, ni desde una suposición de que una práctica es segura solo porque provenga de un lugar. La competencia cultural ha de realizarse desde la escucha, el respeto y la revisión de las relaciones entre instituciones, personas profesionales y las comunidades.

La investigación en Enfermería puede enriquecerse si presenta preguntas adecuadas y genera evidencias utilizables con la comunidad. Los métodos cuantitativos, cualitativos y participativos llegan a ser útiles y generan conocimientos complementarios. Los métodos a seleccionar y la manera de interpretar los resultados requieren reconocer límites éticos y límites metodológicos y ofrecer el conocimiento producido a las personas que participan y a los servicios implicados.

Evaluar los resultados sensibles a Enfermería requiere tener en cuenta el contexto y las contribuciones interpuestas. Los indicadores desagregados permiten visibilizar brechas que pueden ocultarse tras un promedio general, siempre que no se confunda asociación con causalidad. La evaluación ha de servir para decidir continuidad o cambio, atendiendo al mismo tiempo las bondades como las dificultades que han experimentado las personas.

Los retos medioambientales, demográficos y digitales ponen a prueba la familiaridad y la destreza de adaptación del cuidado comunitario. El cambio climático, la movilidad humana, la vejez y la brecha digital requieren respuestas consideradas. La tele salud y otros medios han de ser indagados por su capacidad de aportar acceso y continuidad, así como los medios y apoyos que necesitan las personas para poder utilizarlos.

La innovación y el liderazgo han de evaluarse en función de su capacidad de ser parte del acceso, de la continuidad y de la equidad. La participación de Enfermería en las políticas públicas puede ayudar a interrelacionar la experiencia territorial con la evidencia cuando hay representación, acompañamiento formativo y oportunidades reales de influir en las decisiones.

Atajar los determinantes sociales hace necesario, desde este punto de vista, acometer un cuidado que escuche, comprenda y se oriente coordinadamente. La contribución de Enfermería se halla fortalecida cuando se articulan el conocimiento científico, la experiencia profesional y las prioridades comunitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(1), 141–151. <https://doi.org/10.1177/0969733019832950>
- Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings-John, R., & Hawthorne, K. (2014). Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD006424. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006424.pub3>
- Ayala, A., & Meier, B. M. (2017). A human rights approach to the health implications of food and nutrition insecurity. *Public Health Reviews*, 38, 10. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0056-5>
- Ayi, I., Nonaka, D., Adjovu, J. K., Hanafusa, S., Jimba, M., Bosompem, K. M., Mizoue, T., Takeuchi, T., Boakye, D. A., & Kobayashi, J. (2010). School-based participatory health education for malaria control in Ghana: Engaging children as health messengers. *Malaria Journal*, 9, 98. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-9-98>
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30569-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30569-x)
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M. W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2005). Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), 356–373. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Brownson, R. C., Kumanyika, S. K., Kreuter, M. W., & Haire-Joshu, D. (2021). Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Science*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>
- Cassetti, V., Powell, K., Barnes, A., & Sanders, T. (2020). A systematic scoping review of asset-based approaches to promote health in communities: Development of a framework. *Global Health Promotion*, 27(3), 15–23. <https://doi.org/10.1177/1757975919848925>
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., Kass, N. E., Mastroianni, A. C., Moreno, J. D., & Nieburg, P. (2002). Public health ethics: Mapping the terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170–178. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2002.tb00384.x>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62167-9)
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
- Corbin, J. H., Jones, J., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1), 4–26. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>

- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Cyril, S., Smith, B. J., Possamai-Inesedy, A., & Renzaho, A. M. (2015). Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: A systematic review. *Global Health Action*, 8, 29842. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.29842>
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Smith, S. R., Sterling, T. D., & Wallerstein, N. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior*, 25(3), 258–278. <https://doi.org/10.1177/109019819802500303>
- Hajizadeh, A., Zamanzadeh, V., Kakemam, E., Bahreini, R., & Khodayari-Zarnaq, R. (2021). Factors influencing nurses participation in the health policy-making process: A systematic review. *BMC Nursing*, 20(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00648-6>
- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, 14(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and minority stress

as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>

Haynes, A., Gilchrist, H., Oliveira, J. S., Grunseit, A., Sherrington, C., Lord, S., & Tiedemann, A. (2022). What helps older people persevere with yoga classes? A realist process evaluation of a COVID-19-affected yoga program for fall prevention. *BMC Public Health*, 22(1), 463. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12818-5>

Heslop, L., Lu, S., & Xu, X. (2014). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469–2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1)

Holt-Lunstad, J. (2022). Social connection as a public health issue: The evidence and a systemic framework for prioritizing the "social" in social determinants of health. *Annual Review of Public Health*, 43, 193–213. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>

- International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
- Islam, S., Joseph, O., Chaudry, A., Forde, D., Keane, A., Wilson, C., Begum, N., Parsons, S., Grey, T., Holmes, L., & Starling, B. (2021). "We are not hard to reach, but we may find it hard to trust" Involving and engaging 'seldom listened to' community voices in clinical translational health research: A social innovation approach. *Research Involvement and Engagement*, 7(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s40900-021-00292-z>
- Jagosh, J., Bush, P. L., Salsberg, J., Macaulay, A. C., Greenhalgh, T., Wong, G., Cargo, M., Green, L. W., Herbert, C. P., & Pluye, P. (2015). A realist evaluation of community-based participatory research: Partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*, 15, 725. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1949-1>
- Kass, N. E. (2001). An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1776–1782. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1776>
- Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., & Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: A new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1467–1474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.034>
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149–158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40–44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- Kurtz, D. L. M., Janke, R., Vinek, J., Wells, T., Hutchinson, P., & Froste, A.

- (2018). Health sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A literature review. *International Journal of Medical Education*, 9, 271–285. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bc7.21e2>
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's health promoting schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 130. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- London, L. (2008). What is a human-rights based approach to health and does it matter? *Health and Human Rights*, 10(1), 65–80. <https://doi.org/10.2307/20460088>
- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-k](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-k)
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J., & Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: Five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3, 31. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-31>
- Ndumbe-Eyoh, S., & Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: A rapid systematic review. *BMC Public Health*, 13, 1056. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1056>
- Neff, J., Holmes, S. M., Knight, K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuinness, C., Duncan, L., Saxena, N., Harvey, M. J., Langford, A.,

- Carey-Simms, K. L., Minahan, S. N., Satterwhite, S., Ruppel, C., Lee, S., Walkover, L., De Avila, J., Lewis, B., Matthews, J., & Nelson, N. (2020). Structural competency: Curriculum for medical students, residents, and interprofessional teams on the structural factors that produce health disparities. *MedEdPORTAL*, 16, 10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). EHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19. <https://doi.org/10.2196/jmir.1619>
- Nsiah, C., Siakwa, M., & Ninnoni, J. P. K. (2019). Registered nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nursing Open*, 6(3), 1124–1132. <https://doi.org/10.1002/nop2.307>
- O'Donovan, J., O'Donovan, C., Kuhn, I., Sachs, S. E., & Winters, N. (2018). Ongoing training of community health workers in low-income and middle-income countries: A systematic scoping review of the literature. *BMJ Open*, 8(4), e021467. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021467>
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 Suppl), 11–18. <https://doi.org/10.1177/1403494810379895>
- Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A., & Patrician, P. A. (2021). Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997-2017). *Nursing Open*, 8(3), 1005–1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Operational framework for monitoring social determinants of health equity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>
- Organización Mundial de la Salud. (2025a). State of the world's nursing

2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery.
<https://www.who.int/publications/b/78362>

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. <https://iris.paho.org/items/6ae55f0b-b0ae-4a69-98d2-9e6b95a9f7f3>
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200–2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaheer, M., & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Pollock, A., St George, B., Fenton, M., & Firkins, L. (2014). Top 10 research priorities relating to life after stroke—consensus from stroke survivors, caregivers, and health professionals. *International Journal of Stroke*, 9(3), 313–320. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00942.x>
- Rajkomar, A., Hardt, M., Howell, M. D., Corrado, G., & Chin, M. H. (2018). Ensuring fairness in machine learning to advance health equity. *Annals of Internal Medicine*, 169(12), 866–872. <https://doi.org/10.7326/m18-1990>
- Ramirez-Rubio, O., Daher, C., Fanjul, G., Gascon, M., Mueller, N., Pajín, L., Plascencia, A., Rojas-Rueda, D., Thondoo, M., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2019). Urban health: An example of a "Health in All Policies" approach in the context of SDGs implementation. *Globalization and Health*, 15(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0529-z>
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Mehdi, F. (2020). Challenges, extent of involvement, and the impact of nurses' involvement in politics and policy making in last two decades: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 446–455. <https://doi.org/10.1111/jnu.12567>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>
- Romanello, M., Di Napoli, C., Drummond, P., Green, C., Kennard, H., Lampard,

- P., Scamman, D., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Ford, L. B., Belesova, K., Bowen, K., Cai, W., Callaghan, M., Campbell-Lendrum, D., Chambers, J., van Daalen, K. R., Dalin, C., Dasandi, N., ... Costello, A. (2022). The 2022 report of the Lancet countdown on health and climate change: Health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet*, 400(10363), 1619–1654. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01540-9)
- Romanello, M., Napoli, C. D., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., Walawender, M., Ali, Z., Ameli, N., Ayeb-Karlsson, S., Beggs, P. J., Belesova, K., Berrang Ford, L., Bowen, K., Cai, W., Callaghan, M., Campbell-Lendrum, D., Chambers, J., Cross, T. J., ... Costello, A. (2023). The 2023 report of the Lancet countdown on health and climate change: The imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *The Lancet*, 402(10419), 2346–2394. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01859-7)
- Rosser, E., Westcott, L., Ali, P. A., Bosanquet, J., Castro-Sanchez, E., Dewing, J., McCormack, B., Merrell, J., & Witham, G. (2020). The need for visible nursing leadership during COVID-19. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 459–461. <https://doi.org/10.1111/jnu.12587>
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304. <https://doi.org/10.1097/00001786-200410000-00002>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Eldh, A. C., Cox, K., Crichton, N., Harvey, G., Hawkes, C., Kitson, A., McCormack, B., McMullan, C., Mockford, C., Niesen, T., Slater, P., Titchen, A., van der Zijpp, T., & Wallin, L. (2018). A realist process evaluation within the facilitating implementation of research evidence (FIRE) cluster randomised controlled international trial: An exemplar. *Implementation Science*, 13(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0811-0>
- Saeed, S. A., & Masters, R. M. (2021). Disparities in health care and the digital divide. *Current Psychiatry Reports*, 23(9), 61. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01274-4>
- Sanigorski, A. M., Bell, A. C., Kremer, P. J., Cuttler, R., & Swinburn, B. A. (2008). Reducing unhealthy weight gain in children through community capacity-building: Results of a quasi-experimental intervention program, Be Active Eat Well. *International Journal of Obesity*, 32(7), 1060–1067. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.79>
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-

- Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83–90. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>
- Schleiff, M. J., Aitken, I., Alam, M. A., Damtew, Z. A., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and continuing education. *Health Research Policy and Systems*, 19(Suppl 3), 113. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00757-3>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Shaver, J. (2022). The state of telehealth before and after the COVID-19 pandemic. *Primary Care*, 49(4), 517–530. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.04.002>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941–950. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30003-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30003-x)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15, 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The glo-

- bal syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32822-8)
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torres, I., & Sacoto, F. (2020). Localising an asset-based COVID-19 response in Ecuador. *The Lancet*, 395(10233), 1339. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30851-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30851-5)
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative. (2007). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453–1457. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61602-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61602-x)
- Waite, R., & Nardi, D. (2019). Nursing colonialism in America: Implications for nursing leadership. *Journal of Professional Nursing*, 35(1), 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.12.013>
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197–205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(Suppl. 1), S40–S46. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.184036>

COLECTIVO DE AUTORES



KATTY MARIBELL

Maldonado Erreyes

Magíster en Emergencias,
Médicas Licenciada en Enfermería



kmaldonado@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0003-2395-9302>



YANETZI LOIMIG

Arteaga Yanez

Doctora en Ciencias de la Educación, Magíster en
Gestión Educativa, Magíster en Cuidado Integral al
Adulto Críticamente Enfermo, Especialista en
Técnicas Quirúrgicas, Licenciada en Enfermería



yarteaga_y@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>



CARLA VALERIA

Benalcázar Gómez

Magíster en Enfermería,
Licenciada en Enfermería



cbenalcazar@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0004-1474-266x>



ADRIANA NARCISA

Preciado Serrano

Magíster en Enfermería con Mención
en Cuidados Críticos,
Licenciada en Enfermería



apreciado@umet.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0004-3050-2762>

Rol de enfermería en el abordaje de los determinantes sociales de la salud en comunidades en situación de vulnerabilidad. Volumen II profundiza en el papel de Enfermería frente a los desafíos sociales que condicionan la salud y el bienestar comunitario. La obra aborda participación y empoderamiento comunitario, alfabetización en salud, educación, redes de apoyo e intersectorialidad. Asimismo, analiza equidad, derechos humanos, ética del cuidado, interculturalidad y defensa de derechos. Incorpora la práctica basada en evidencia, la investigación comunitaria y la evaluación de intervenciones, junto con desafíos emergentes como cambio climático, migración, envejecimiento, brecha digital y telesalud. Destaca el liderazgo de Enfermería, la innovación social y su participación en políticas públicas orientadas a una atención integral, equitativa y contextualizada.

ISBN: 978-9907-822-55-7



9 789907 822557