

Una visita notable

Visité Brasil por primera vez en 2006 y tres hechos me llamaron la atención. Primero, fui recibida con tanto entusiasmo y calidez que mi cariño por esa tierra se quedó asegurado de inmediato. Segundo, la extensión del país, casi incomprensible para alguien natural de las Islas Británicas, comparativamente tan pequeñas. Tercero, tal vez un reflejo de esa amplitud y las desigualdades en la salud que eran más inmediatas y más aparentes de lo que jamás había visto anteriormente, a pesar de mi familiaridad con ese problema. Eso me llevó a reflexionar sobre las semejanzas y las diferencias entre los sistemas de salud de nuestros dos países, sobre las necesidades de las poblaciones y sobre como los enfermeros pueden, ellos mismos, ofrecer servicios o influenciar la prestación de ellos para atender a esas necesidades.

Al visitar una unidad de salud familiar en la ciudad de São Paulo, quise conocer a la enfermera que era jefe de un equipo de voluntarios y observar las semejanzas con nuestros equipos de cuidados básicos de salud. En Reino Unido, ellas en general incluyen médicos y enfermeros y, en algunos casos farmacéuticos y otros profesionales de la salud, todos trabajando en el mismo lugar y dando atención a una población registrada en una lista de clientes. Hasta 1974, enfermeros y parteras comunitarias trabajaban en lugares separados de los médicos y cubrían una clientela definida geográficamente. Hoy, las personas pueden escoger la lista del médico de familia en la cual quieren registrarse, de forma que la práctica de éste, y del equipo de cuidados básicos unida a él, no esté condicionada a una comunidad cercana específica. En Reino Unido también se hace distinción entre los profesionales que tratan de los cuidados clínicos de la salud (en general enfermeros prácticos y de otras comunidades) y aquellos cuya principal responsabilidad es promover y mejorar la salud (en general visitantes de salud y enfermeros de escuelas). La colaboración próxima y frecuente entre médicos de familia, enfermeros y los demás profesionales que llevan cuidados clínicos aquéllos que necesitan tratamientos médicos, ayuda a promover la variedad disciplinar y las mejores prácticas.

En general, para ese grupo, el sistema de lista de clientes funciona muy bien. Entretanto, no es muy eficaz en el apoyo al trabajo de mejoría de la salud: los aspectos de promoción de la salud pública de la comunidad. Con eso, estamos intentando redimensionar los lazos geográficos otra vez, para que visitantes de la salud y enfermeros de escuelas tengan una mayor unión con los residentes y las comunidades cercanas.

Lo que he visto en São Paulo fue ese conocimiento próximo al lugar y el potencial al desarrollo, además de la mejora de la salud en la comunidad. Yendo visitar familias, los enfermeros y trabajadores de la comunidad fueron reconocidos y bien recibidos por los que viven, que claramente conocían y valoraban el servicio que ellos estaban haciendo. La enormidad de las dificultades que un grupo tan pequeño; y las de la población que atendían; todo que enfrentaban, también se quedó aparente. Las condiciones de vida en las chabolas, que prácticamente demuestran la certeza de una salud precaria, no pueden ser cambiadas solamente con los cuidados de enfermería. Eso no quiere decir que no hay nada que hacer; por supuesto que no, pequeñas acciones pueden causar una gran diferencia en la vida y en la salud de los residentes. Eso sí, significa que es necesario ser realista en relación a lo que se puede conseguir y al tiempo que eso va a llevar y, lo mejor, que se tenga coraje suficiente para cuestionar e influenciar el cuadro general en términos de política que afectan la salud.

Hay evidencias constantes de la importancia de los primeros meses y años de vida, empezando por el periodo del embarazo⁽¹⁻²⁾. Así siendo, con el apoyo a todas las nuevas madres y el contacto próximo con ellas es un buen empuje para mejorar la salud de la comunidad como un todo. La llegada de un niño en la familia concentra las mentes de todos los que están alrededor; no sólo de los padres, como también de los abuelos, de la familia extensiva y de los vecinos. Ese es el momento en que los nuevos padres, no apenas necesitan de apoyo y lo reciben de buen gusto, más están particularmente susceptibles a llevar en consideración las informaciones relacionadas a la salud. Además, significa la creciente evidencia de la importancia de la relación entre el recién nacido y quien le cuida, y de diferentes abordajes a la condición de maternidad y paternidad⁽³⁾. Pobreza y carencia crean enormes amenazas a la salud, pero, algunos niños parecen que son capaces de desafiar tales posibilidades a respecto de las adversidades. Hay pesquisas que demuestran que esos niños fueron valorizados y tratados con cariño en sus primeros años, proporcionándoles un tipo de amortiguador para desarrollar alguna resistencia a las dificultades que tendrían que enfrentar más tarde en la vida⁽⁴⁾.

Si la mayoría de los nuevos padres empieza a sentir un gran amor por sus niños recién nacidos, esa relación puede ser amenazada y desafiada de muchas y variadas maneras: violencia familiar, la ansiedad que la pobreza y las condiciones de vida adversas provocan, depresión pos parto y una vasta gama de otras amenazas. La disposición del enfermero o del trabajador comunitario de dar apoyo, escuchar y valorizar, puede ayudar a crear un modelo y a mantener las relaciones positivas entre la madre (o el padre) y el crío, lo que más tarde servirá de plataforma para la resistencia⁽⁵⁾. Hay evidencias de que un abordaje basado en los puntos fuertes es más eficaz de que el foco en los riesgos, en las carencias y en los problemas⁽⁵⁾. Un abordaje basado en los puntos fuertes significa creer⁽⁶⁾:

- *que todas las familias tienen puntos fuertes y capacidades, y que probablemente responderán mejor a las intervenciones que construyan por medio de ellos de que aquellas que identifican carencias y puntos flacos.*

- *Que trabajar en sociedad con las familias, las habilita a ejercer funciones de padres con mayor eficacia y se construyen sobre puntos fuertes identificados por ellas mismas. La pericia del profesional complementa la del progenitor.*

- *Con el foco en los puntos fuertes de la familia, en especial, cuando se trabaja con la madre/padre para influenciar la salud y el desarrollo del niño.*

- *En construir habilidades y capacidades al contrario de dependencia, con el profesional actuando como un recurso y como uno que facilita, solicitando una participación activa del cliente.*

Visitas residenciales y la construcción de relaciones son factores-claves para facilitar ese abordaje basado en los puntos fuertes y en el fortalecimiento de los padres. La idea de los trabajadores comunitarios, saliendo para visitar familias en sus casas, es la actividad de salud pública en su esencia. Encontrar personas en su propio territorio, con lo que ellas están acostumbradas, probablemente mucho se hará para que se sientan a gusto para hablar de sus preocupaciones y dificultades cotidianas y para trabajar junto con el profesional planeando maneras de enfrentar esos problemas.

Personas con necesidades semejantes pueden ser puestas juntas por motivo de trabajo de desarrollo en grupo o comunitario, que las ayudará a desenvolver sus puntos fuertes y su confianza para que puedan defender por sí mismas formas de mejorar las condiciones y la situación en que viven. Es esa la gran ventaja de haber un equipo de salud localizado basado en un área geográfica específica en un lugar que ofrezca espacio para el encuentro de grupos.

Si las relaciones entre profesionales de la salud y clientes son importantes, las encorajadas entre los miembros de la familia y en barrios son más significativas para influenciar las oportunidades de vida a largo plazo. Ese tipo de acción comunitaria y de trabajo de salud pública es gradativo y focaliza en la promoción y en la creación de la salud, al contrario de simplemente tratar o prevenir enfermedades. Es cada vez más evidente que, a pesar del abordaje médica sea extremadamente importante, el foco exclusivo en las causas de las enfermedades, en las carencias y en las enfermedades (entendidas como "patogénesis") simplemente no es suficiente por sí sólo.

Al contrario de eso, lo necesita completar con un foco en aquello que crea la salud y bien estar, es eso que un autor⁽⁷⁾ llamó de "salutogénesis", un abordaje que engloba una visión más real de la salud pública y que parece ser más adecuada al tipo de actividades que la comunidad de trabajadores de la salud comunitarios y los enfermeros de la salud pública desarrollan.

Garantizar una filosofía positiva y receptiva de cuidados no es tan fácil; puede ser más rápido, y algunas veces más aceptable en los campos profesionales, focalizar en necesidades de salud definidas profesionalmente y en rótulos médicos. En última análisis, ese abordaje desarrolla puntos fuertes en la comunidad y en la fuerza del trabajo profesional, pero no en la población local. Las actividades profesionales en que fui testigo en São Paulo, parecieron bastante capaces de evitar la caída en esa trampa auto beneficiadora; al contrario, las necesidades de la comunidad local eran más importantes. Espero ansiosamente visitar nuevamente el bello Brasil en 2007.

REFERENCIAS

1. Shonkoff J, Phillips D, editors. From neurons to neighbourhoods: the science of early childhood development. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promise [text on the Internet]. Santa Mónica, CA: Rand Corporation; 2005. [cited 2007 April 17]. Available from: <http://www.rand.org/>
3. World Health Organization (WHO). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review [text on the Internet]. Geneva; 2004. [cited 2007 April 17]. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health>
4. Bartley M, editor. Capability and resilience: beating the odds [text on the Internet]. London: UCL, Department of Epidemiology and Public Health on Behalf of the ESRC; 2006. [cited 2007 April 17]. Available from: www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience
5. MacLeod J, Nelson G. Programs for the pro-motion of family wellness and the preven-tion of child maltreatment: a meta-analytic review. Child Abuse Negl. 2000;24(9):1127-49.
6. Kruske S. Same but different: contemporary child and family health practice in NSW, Australia [thesis]. Darwin, NT: Charles Darwin University; 2005.
7. Antonovsky A. The salutogenic perspective — towards a new view of health and disease. Advances. 1987;4(3):47-55.