

Felicidades: reflexiones para una futura visita

Sarah Cowley¹

Con posterioridad a mi primer viaje a San Pablo en 2006, escribí acerca de cuánto esperaba por futuras visitas⁽¹⁾, y he tenido la fortuna de volver ya en otras dos ocasiones. En 2010, además de la consolidación del Memorandum de Entendimiento que había sido firmado entre la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo (USP) y el King's College London (KCL), celebramos la existencia formal de una colaboración universitaria integral entre ambas organizaciones. En reconocimiento a tal suceso, pocos meses atrás, KCL y FAPESP (Fundación de Amparo a la Pesquisa del Estado de San Pablo) dispusieron un financiamiento para desarrollar vínculos entre las dos universidades. El Profesor Emiko Yoshikawa Egry y colegas académicos del Departamento de Enfermería de Salud Colectiva de la USP fueron conjuntamente premiados con un fondo de financiamiento, conmigo misma en representación de la Escuela de Enfermería Florence Nightingale del KCL, para futuro desarrollo de investigaciones enfocadas a evaluación de necesidades sanitarias en ambos países. Nos sentimos muy orgullosos al ver nuestros nombres y respectivas escuelas de Enfermería nombradas junto a los de los seis ganadores del subsidio, todos ellos importantes científicos de la biomedicina. ¿Puede esto ser considerado un marcador del éxito de la ciencia de la Enfermería? Nosotros así lo creemos.

Trabajar en forma tan cercana y conjunta significa que hemos desarrollado de uno y otro lado un alto nivel de respeto por las diferentes historias de nuestras Escuelas de Enfermería, y por las mutuas capacidades actuales. La Escuela de Enfermería de la USP se había establecido hacía 65 años cuando la visité en 2007, y el Departamento de Enfermería de Salud Colectiva celebraba sus 20 años. Eso es realmente impresionante, mucho más antiguos que el departamento universitario y la Escuela de Enfermería del King's College London. Nuestro Departamento de Estudios de Enfermería se estableció inicialmente en 1977, habiéndose admitido estudiantes no graduados ese mismo año. Sin embargo, en esos tiempos, las enfermeras británicas no contaban con un título para registrarse; nuestra universidad fue una de las innovadoras. Hemos ofrecido carreras en forma constante en el King's, adicionando cursos de Maestrado y Doctorado desde entonces, pero como país, hemos apenas alcanzado el punto de requerir que todas las enfermeras registradas posean un grado universitario. El ente regulador británico, Consejo de Enfermería y Obstetricia, estableció nuevos estándares de niveles de graduación en septiembre de 2010. Hasta ahora, los estudiantes han podido calificar con nivel de subgraduación, aunque toda la educación se trasladó desde las escuelas de enfermería con base hospitalaria hacia las universidades en los años '90.

En 1996, la Escuela Nightingale, la cual había sido fundada en el Hospital St. Thomas en 1860, se integró totalmente al King's College London. En la actualidad, utilizamos el nombre de nuestros fundadores completo: Escuela de Enfermería y Enfermería Obstétrica Florence Nightingale. Si bien existe un cambio, aún se honorifican la historia y los orígenes, lo cual no es poco, pensando que celebramos este año el 150^º aniversario⁽²⁾. Florence Nightingale alentó la divulgación de sus métodos y entrenamiento enviando a sus enfermeras allende los mares, para establecer nuevos programas de enfermería (en Australia y Canadá) y para reformar hospitales militares en Egipto. Ella fue también una entusiasta y sabia defensora de la salud pública. De tal modo, la colaboración entre las escuelas de enfermería del KCL y la USP, enfocándose en la salud pública, siguen firmemente sus pasos.

Probablemente, si Nightingale estuviese por aquí hoy, el estado de la salud pública en nuestros países estaría ejercitando su pensamiento tanto como lo hizo en el siglo XIX. El crecimiento económico exponencial en Brasil es una excelente noticia para la población, pero es también el origen de considerables cambios sociales y transtornos, a menudo generadores de angustia para las familias y de mucho trabajo para el cuidado primario y las enfermeras de salud pública. El marcado incremento en la migración desde las áreas rurales a las ciudades hacen que hoy el 86% de la población brasileña viva hoy en pueblos y ciudades, muy por encima del 75% de 1990⁽³⁾; un incremento del 10% en menos de 20 años. Con frecuencia, esta migración se asocia con familias mudándose a viviendas de bajo costo o alojamiento en barrios marginales, lo cual es una gran amenaza a la salud o, en el mejor de los casos, puede significar la separación de diferentes generaciones de las familias. Esto representa que la natural primera escala de ayuda y respaldo sea de más difícil acceso, apuntando a una mayor necesidad de servicios profesionales.

Aunque las diferencias particulares de cada país son aún extensas, las tasas de mortalidad infantil han mejorado drásticamente en Brasil a lo largo de las últimas dos décadas, de 46 cada 1000 nacimientos vivos en 1990, para 18 en 2008⁽⁴⁾. En 2006, el 39,8% de los niños fue alimentado exclusivamente por amamantamiento durante los primeros seis meses, el vigesimotercero lugar entre 124 países que reportan al observatorio global de salud de la Organización Mundial de la Salud⁽⁴⁾. Menos del 1% de los recién nacidos británicos recibieron leche materna en dicho lapso, por lo que, ¡bien podríamos aprender de la experiencia brasileña! ¿Cuánto de esto se debe al respaldo que las madres reciben por parte de las abuelas? Las familias divididas por procesos migratorios merecen ser observadas, para evitar la reducción en esta actividad protectora de la salud.

Las desigualdades de salud están mejorando rápidamente, pero son aún marcadas en Brasil, con un coeficiente Gini de las Naciones Unidas de 55 en 2007⁽⁵⁾ y 52 en 2008⁽¹⁾. En esta escala, 0 corresponde a una perfecta igualdad (en la que todas las personas perciben los mismos ingresos) y 100 a la perfecta desigualdad (entiéndase como que sólo una persona se hace del total de ingresos, siendo cero lo que queda para el resto). En el Reino Unido, la marca fue de 36 en 2007, pero no está mejorando. El anterior gobierno Laborista tenía una mayor responsabilidad y políticas para reducir las desigualdades sanitarias, pero sólo tuvo éxito en estabilizar las cifras de los titulares⁽⁶⁾. A pesar de que se realizaron mejoras en algunas áreas, hemos tenido un cambio de gobierno este año, y con la caída económica mundial, las desigualdades probablemente empeoren otra vez.

El índice de salud y problemas sociales incluye diez indicadores llave, los cuales demuestran el modo tan estrecho en que las condiciones sociales afectan la salud. Ellos son:

¹ Profesora de Desarrollo de Práctica Comunitaria, Escuela de Enfermería y Enfermería Obstétrica Florence Nightingale, King's College London, Londres, Reino Unido. sarah.cowley@kcl.ac.uk

- Expectativa de vida
- Cálculo básico y alfabetización
- Mortalidad infantil
- Homicidios
- Encarcelamiento
- Partos adolescentes
- Confianza (en la comunidad)
- Obesidad
- Enfermedades mentales, incluyendo adicción a drogas y alcohol
- Movilidad social

El índice es peor (a veces muchísimo peor) en países con desigualdad, y no está relacionado al ingreso en los países ricos⁽⁷⁾, lo cual explica porqué es tan importante la disminución de la inequidad sanitaria. Como en mi primera visita a San Pablo⁽¹⁾, me impresioné con los esfuerzos realizados a través del Programa de Salud Familiar para brindar asistencia médica y de enfermería a las áreas más carentes. La cobertura casi universal de estos servicios de atención primaria, particularmente el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud, ha sido citada como la razón más probable para la mejora de los índices de mortalidad infantil, un marcador clave para la salud pública⁽⁸⁾.

El siguiente desafío es mudar hacia una forma más subjetiva de provisión universal, que tenga en cuenta las necesidades generales de acceso a algunos servicios, en particular para aquellos que necesitan recibir un extra. Esto fue llamado de universalismo progresivo⁽⁹⁾ por nuestro gobierno anterior, el cual estableció un plan para diferentes tipos y niveles de servicios, dependientes de las necesidades poblacionales evaluadas a niveles locales. Desafortunadamente, este plan no prosperó más allá de la intención, y no fue integralmente implementado. ¿Tendrán ustedes en San Pablo, quizás, mayor éxito? El proyecto de investigación de evaluación de necesidades que me trajo inicialmente a Brasil está ya listo, y demuestra que es claramente posible identificar diferentes niveles de necesidades sanitarias en diferentes áreas poblacionales. De tal modo, la forma y el tamaño de los equipos en los centros de salud familiar podrían ajustarse para corresponderse con las necesidades locales. Hay tanto entusiasmo y capacidad en el servicio que con seguridad llevarán a inminentes mejoras a efectivizarse con anterioridad a mi próxima visita, la cual les anticipo con placer.

REFERENCIAS

1. Cowley S. A salient visit [editorial]. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):340-5.
2. Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery. 150 years anniversary [text on the Internet]. London: King's College London [cited 2010 Sept 26]. Available from: <http://www.kcl.ac.uk/schools/nursing/anniversary/>
3. World Health Organization (WHO). Brazil: health profile, 2010 [text on the Internet]. Geneva; 2010 [cited 2010 Sept 26]. Available from: <http://www.who.int/countries/bra/en/>
4. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory, 2010 [text on the Internet]. Geneva; 2010 [cited 2010 Sept 26]. Available from: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=5200>
5. United Nations Development Reports (UNDR). Human Development Report 2009. Overcoming barriers: human mobility and development [text on the Internet]. Geneva; 2009 [cited 2010 Sept 27]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/>
6. England. Department of Health. Tackling Health Inequalities: 2007. Status Report on the Programme for Action. London: Department of Health; 2008.
7. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. Harmondsworth: Penguin Books; 2009.
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006;60(1):13-9.
9. HM Treasury. Department for Education and Skills. Support for parents: the best start for children. London: HM Treasury; 2005.