

Colombia hoy y la investigación en salud: un reto para Enfermería

Beatriz Suárez de Sarmiento

Deseo agradecer a la asociación Colombiana de Facultades y escuelas de enfermería ACOFAEN y al Comité organizador del XV Coloquio Nacional de Investigación en enfermería la invitación que le han hecho a Colciencias para participar en este panel de apertura sobre las condiciones de salud de la población colombiana consideradas como parte del contexto social en el que se desarrolla la investigación.

El proceso de modernización de la sociedad durante los últimos veinte años, implica serios desafíos para el bienestar y la calidad de vida de los colombianos. La salud y los avances científicos y tecnológicos de las ciencias de la salud, componentes importantes del desarrollo económico, adquieren un carácter relevante en el complejo conjunto de los factores sociales que inciden en las condiciones de vida de una población.

La situación de la salud en Colombia presenta un panorama complejo e incierto. El país enfrenta las consecuencias de acelerados cambios en las condiciones demográficas y epidemiológicas. Entidades como la desnutrición, las enfermedades infecciosas y los desórdenes asociados al embarazo y al parto aún explican una gran proporción de los problemas de la salud de los colombianos. De manera simultánea la nación afronta un volumen creciente de trastornos crónicos y degenerativos como la enfermedad cardiovascular, el cáncer y los defectos congénitos.

Así mismo la violencia que azota a nuestro país, ha incrementado tremendamente la vulnerabilidad de los grupos de edad de 15 a 30 años, a expensas, de manera muy clara, del aumento del riesgo de morir por homicidios.

Los cambios en el sistema de salud, en especial los relacionados con la reforma constitucional de 1991 y con la ley 100 de 1993, han modificado de manera radical la seguridad social y la prestación de servicios de salud; aunque se espera que estos cambios contribuyan a mejorar la situación de la salud, su implementación requiere evaluación y seguimiento.

Veamos rápidamente algunos datos significativos de la situación de salud y del entorno que lo determina. Colombia presenta una estrecha relación entre la pobreza y la distribución de ingresos; según Bonilla Castro, en 1992, el 20% de la población con los ingresos más altos, concentraba el 54% del total de los ingresos generados por el país, mientras que el 20% de la población de los ingresos más bajos sólo captaban el 4%. En 1993, según el PIB per capita, la proporción de población por debajo de la línea de pobreza se estimó en el 50% y la indigente en el 17%.

Echeverri Perico en 1997 anota los cambios de la relación de la población urbana-rural, afirmando que esta transformación significó la conformación de grandes áreas metropolitanas, presentándose importantes procesos de deterioro del hábitat, hacinamiento, contaminación y déficit de servicios públicos esenciales como agua y alcantarillado.

A los anteriores determinantes, se une el predominio de un sistema de salud con enfoque curativo, centrado en la atención hospitalaria, con débil énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

El proceso de transición demográfica en el país, se refleja en el cambio de la estructura poblacional, como consecuencia de la acelerada reducción de las tasas generales de natalidad y mortalidad y en

consecuencia, en el aumento de en la esperanza de vida al nacer. La cual tuvo una ganancia de 20 años durante el período 1950-2000.

La mortalidad infantil disminuyó considerablemente en un lapso de 25 años, logrando una reducción del 50% entre 1950/55 y 1975/80. Período en el cual bajó de 123 a 59 muertes de menores de un año por mil nacidos vivos respectivamente. La tendencia decreciente se mantiene aunque con un ritmo menor al pasar entre 1980/85 y 1985/90 de 41 a 39 muertes de menores de un año por mil nacidos vivos. Para el periodo 1990/95-2005/10 se estima que pasara de 36 a 29 por mil. La tasa bruta de mortalidad descendió de 16.68 a 6.08 muertes por mil habitantes entre los quinientos 1950/55 y 1985/90 la mortalidad estimada para el periodo 1990-2005 oscila entre 5.91 y 5.71 defunciones por mil habitantes respectivamente, observándose una tendencia más o menos constante en la reducción. Para el quinquenio 2000/5/10 dicha tasa se estima en 5.72 muertes por mil; de este periodo en adelante se espera un aumento debido a los cambios en la composición de la población y en particular al incremento de la población mayor de 65 años (Gómez Gutiérrez F, 1997).

Esta tendencia implica serios desafíos para la salud, puesto que el envejecimiento de la población trae consigo un aumento de las enfermedades crónicas y una mayor demanda de servicios de salud de alta complejidad por estas causas; además implica un cambio en el enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el logro de una mejor calidad de vida en grupo poblacional de la tercera edad.

El perfil epidemiológico de los colombiano es cada vez mas complejo debido al recrudecimiento de la violencia, dada su incidencia en los traumas físicos y psíquicos y su impacto en la atención de la salud; resurgiendo de las enfermedades endémicas propias de las comunidades rurales, en cuyo control se habían obtenido logros importantes (malaria, dengue, cólera, tuberculosis), las cuales se empiezan a manifestar en las zonas urbanas marginales; aumento de las enfermedades de transmisión sexual, así como la aparición de enfermedades nuevas (SIDA) de alta importancia social, relacionada con la modernidad y los estilos de vida de la población.

El dato más relevante en el perfil epidemiológico de los colombianos son los homicidios y la violencia los cuales presentan la primera causa de muerte en la población entre 15 a 34 años. Según medicina legal en el año 2000, murieron por esta causa 25.655 colombianos, afectando principalmente la población masculina: 13 hombres por mujer.

Estos cambios tanto demográficos como epidemiológicos determinan una situación de salud altamente compleja tanto en su expresión patológica como en sus determinadas sociales. La infraestructura con que cuenta la sociedad es insuficiente para enfrentar estos desafíos.

Los desafíos son entonces, el acceso universal equitativo a servicios de salud preventivo y curativo; la calidad de los servicios, la gestión descentralizada y la capacidad técnica del sector y sobretodo la contribución de la ciencia y la tecnología en la formación del recurso humano y en la solución de problemas de máxima prioridad.

La concepción de la investigación y del desarrollo tecnológico en el contexto del paradigma multicausal, implica ampliar el espectro del fenómeno de la salud más allá de lo biomédico y clínico y modificar los énfasis, con el fin de comprender mejor las interacciones de los múltiples factores y sus diversos pesos relativos, identificar las intervenciones más eficaces y los costos más efectivos para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud e la población y al logro al derecho a una vida sana.

La investigación y su aplicación debe responder a los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno, reducción de la discapacidad y rehabilitación, en función de los problemas prioritarios de la salud y en los diferentes escenarios sociales y culturales que los hacen más comprensibles.

El área científica con mayor tradición investigativa en el país bien podría ser el de la investigación biomédica, campo en el cual los científicos nacionales han realizado aportes que se reconocen como trascendentales para la medicina en el mundo.

En los últimos 10 años, a partir de los proyectos de investigación aprobados por las dos principales instituciones que financian la investigación en salud en nuestro país: Conciencias y el Ministerio de Salud, la investigación biomédica en Colombia estuvo concentrada en tres grandes campos durante la última década: Estudios básicos sobre fisiología humana y diversas patologías prevalentes en la población; estudios sobre epidemiología social e investigaciones orientadas a mejorar sistema y metodologías de diagnóstico de diversas enfermedades.

El potencial científico de Colombia, en el año 2000, para generar conocimiento en salud está

representado en 107 grupos de investigación, y 19 centros, según la Convocatoria de Escalafonamiento de grupos de investigación, hecha por Conciencias; de éstos únicamente 2 son de enfermería. La línea de investigación que tiene el mayor número de grupos es la parasitología. La mayoría de los grupos y centros se encuentra en 4 Ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga. La institución universitaria con el mayor número de grupos es la Universidad de Antioquia.

Cuáles son entonces las estrategias para el desarrollo de la ciencia y la tecnología en salud en Colombia para estar sintonizados con el actual perfil epidemiológico del país y sobre todo cuáles son las metas en investigación para la disciplina profesional de enfermería?.

En primer lugar, es necesario equilibrar las fuerzas para darle mayor relevancia a la investigación clínica, epidemiológica y en sistemas de salud. En materia de Salud Pública, por ejemplo, la investigación debería preguntarse cuáles son las nuevas demandas prioritarias de la población colombiana que requieren respuestas y como optimizar los recursos limitados de la sociedad para responder a esas demandas. Hay que estudiar las nuevas enfermedades, los efectos de los cambios ambientales sobre la salud, las enfermedades físicas relacionadas con los cambios en el entorno de la vida humana.

En el tema de la violencia y la salud habría que responder cuál es el impacto de ésta en la salud y en el sector salud; campos concretos de deterioro de la calidad de vida por la violencia; la violencia y la salud mental de los colombianos, los costos de atención y de rehabilitación de las víctimas, o la violencia como problema de salud pública internacional, entre otros.

En relación con la pobreza y la salud la investigación debería encontrar modelos de diseño y gestión de servicios de salud para las zonas y poblaciones más pobres adecuados a la cultura, perfil epidemiológico, recursos disponibles y capacidad de movilización de la población civil.

La investigación también debe generar conocimiento que permita el desarrollo de nuevas tecnologías más eficaces, de mejor calidad y más costeables que las disponibles.

Es necesario plantear investigaciones que apunten a señalar los sistemas de salud más adecuados a nuestros diferentes contextos socioculturales y económicos y que tengan en cuenta la Universidad, equidad, efectividad, eficiencia, calidad, articulación intersectorial, descentralización, participación ciudadana etc.

La investigación biomédica y clínica se deberá orientar a tipos de estudios sobre: biología y ecología de vectores y agentes etiológicos, técnicas modernas de prevención y diagnóstico, evaluación de agentes terapéuticos, modelos de intervención diagnósticos y terapéuticos. Igualmente se debe generar conocimiento en principios básicos de las enfermedades, en las cuales hay todavía problemas muy graves que requieren investigación de la más alta calidad.

También se deberá continuar con las líneas de malaria, leishmaniasis y chagas, con el fin de seguir desarrollando capacidades que puedan aportar resultados en la frontera del conocimiento.

El país cambia aceleradamente, y el estado de salud de los colombianos demuestra que aquí conviven las enfermedades propias del tercer mundo con las de un país desarrollado, y que tenemos una epidemia de trauma y de violencia que poco o nada se ha investigado.

En enfermería específicamente la investigación debería proponer, desarrollar y probar teorías que ayuden a describir, explicar y prescribir lo relacionado con el cuidado, así lo plantea Duran de Villalobos en su libro: *Enfermería: Desarrollo Teórico e investigativo*.

La segunda estrategia apunta a alcanzar un buen grado de consolidación de la comunidad científica en salud, mediante la formación de recurso humano de excelencia, la creación de una cultura de investigación en las instituciones de educación superior y el fortalecimiento de los doctorados nacionales en salud, la formación doctoral todavía es débil en todas las áreas del conocimiento, especialmente en salud pública: epidemiología social, epidemiología clínica y sistemas de salud. Es necesaria la motivación hacia la carrera de investigador desde el pregrado, abriendo espacios para la innovación, la creatividad y la investigación, lo cual debe extenderse a los programas de especialización.

Este aspecto señalado en el Plan Estratégico 1999-2004 del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, se constituye en uno de los más grandes retos para enfermería; es necesario que las unidades de enfermería conformen grupos de investigación de alta calidad científica, pertinentes, eficaces y con visibilidad nacional e internacional. Es imperativo enseñar a investigar, investigando, para ello es necesario que las docentes trabajen con un propósito explícito y definido en un mismo tema de investigación científica y tecnológica durante un tiempo suficiente para producir resultados de conocimiento.

No es posible desarrollar un programa de Doctorado en Enfermería de alta calidad sin consolidar los

grupos de investigación existentes, sin ampliar su trayectoria y sin que éstos generen conocimientos científicos que tengan aplicabilidad a enfermería y a su práctica.

La tercera estrategia busca fomentar la confrontación, difusión y utilización de la producción científica, innovación, transferencia y apropiación de tecnologías en salud que permitan el posicionamiento de la comunidad científica en el ámbito nacional y en el concierto global del conocimiento, en términos de la calidad y cantidad de las publicaciones e incorporación de los resultados a las políticas públicas. Así mismo es fundamental que los usuarios de las investigaciones se apropien de los conocimientos generados en ellas.

Enfermería debe aumentar el número y calidad de sus publicaciones en índices nacionales e internacionales ya que éstos garantizan la evaluación por pares, la seriedad y confiabilidad del Comité Editorial, el acceso a los resultados por parte la comunidad científica respectiva y el aprovechamiento de los mismos.

Una cuarta estrategia pretende fortalecer la infraestructura investigativa en salud, apoyando el trabajo en red. En enfermería se deben propiciar nuevas dinámicas en el trabajo de las unidades de investigación, mediante la identificación de pares y redes en el país y en el exterior y la configuración de redes por líneas de investigación comunes, afinidades temáticas y metodológicas y enfoques de la investigación. El resultado de este trabajo se medirá en términos del fortalecimiento de la cooperación, por ejemplo: el incremento del trabajo corporativo sobre temas o proyectos de interés común, evitando la duplicidad de los mismos ó la optimización de los recursos disponibles. Para finalizar quisiera invitarlos a aceptar estos retos para que hagamos realidad el desarrollo científico y tecnológico en salud, dentro del cual la investigación hecha por los grupos de enfermería juega un papel preponderante en la meta de lograr una vida saludable para todos los colombianos. Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Nacional de Medicina. Comisión Mexicana de Investigación en Salud. 1995. La investigación en salud en México: Un esbozo de agenda. México, DF.
2. Bonilla-Castro, E. 1997. Pobreza y salud en Colombia. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD: Inédito.
3. Céspedes, JE. 1997. Transición en salud y desafíos para la investigación en salud pública. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC.
4. Conciencias. Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología. 1993. Salud para la calidad de vida. Bases para un plan de Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Santafé de Bogotá DC.
5. Colciencias. 1999 Ciencia y Tecnología de la Salud Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas"-Colciencias.
6. Commission on Health Research for Development. 1990. Health research, essential link to equity in development. New York: Oxford University Press.
7. Duran de Villalobos, MM. 1998. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogotá, Unibiblios, Universidad Nacional de Colombia.
8. Echeverri, R. 1997. Medio ambiente y salud. Agenda de investigaciones en Colombia. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD: Inédito.
9. Frenk, J. 1993. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
10. Garay, G., y CE Pinzón. 1997. Los sistemas de salud y las culturas de la salud en Colombia. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010.

Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD: Inédito.

11. Gómez, F. 1997. Dinámica poblacional, transición demográfica, urbanización y salud. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD Inédito.

12. González, BE. 1997. La investigación en salud en Colombia. Aproximación al conocimiento del estado del arte. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD: Inédito.

13. González, BE. Et al. 1990. Investigación. En: Yepes, FJ. La salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. Estudio Sectorial de Salud. Tomo II.

14. Investing in health research and development: Reporto f the Who Ad Hoc Comité on Health Research. Relating to Future Intervention Options. 1996. Geneva.

15. Lalonde, M. 1974. A new perspective on the health of Canadiens a working document- government of Canada. Ottawa.

16. Leavell, HR. and Clark EO. 1965. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: McGraw Hill.

17. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1992. La investigación en salud en América Latina. Estudio de países seleccionados. Washington, DC: OPS/OMS, publicación científica No. 543.

18. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 1978. Clasificación internacional de enfermedades. Washington, DC: OPS/OMS, Publicación científica No.353, Vol.1 y II.

19. Pellegrini, A. 1996. La investigación de la salud en América Latina y el Caribe. Tendencias y desafíos. Documento elaborado para el IDRC/CIID y presentado en el II Taller del proyecto: Healt Research in Latin America: An Horizon. Montevideo: Inédito.

20. Pelligrini, A. 1994. Bases para la formulación de políticas de políticas de ciencia y tecnología en salud en América Latina. Washington, DC: OPS, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 116 (2).

21. Pellegrini, A. 1993. La investigación en salud en cinco países de América Latina. Washington, DC: OPS, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 116 (2).

22. Presidencia de la República. Departamento Nacional de Planeación. 1995. El salto social, Plan nacional de desarrollo. Ley de inversiones, 1994-1998. Santafé de Bogotá, DC.

23. República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico. 1997. La actividad científica en salud, 1996. Santafé de Bogotá, DC.

24. República de Colombia Ministerio de Salud. 1993. La seguridad social en Colombia. Ley 100 de 1993. Artículo 173, numeral 2. Artículo 190. Artículo 227. Santafé de Bogotá, DC.

25. Sánchez, LH. 1997. Estilos de vida, salud y modernidad. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD: Inédito.

26. Yepes, FJ y J Arias. 1997. La investigación de salud pública y sistemas de salud en Colombia. Reflexiones para la acción. En: Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Santafé de Bogotá, DC: ASSALUD: Inédito.

Acerca de la autora:

Beatriz Suárez de Sarmiento

Asesora Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, Colciencias.