

ALCP
Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

Circular N° 32

Enero de 2007

Publicación Bimensual en Español y Portugués

Para cambiar su dirección de correo-e comuníquelo a
alcp_secretaria@arnet.com.ar

Ediciones anteriores disponibles en
<http://www.cuidadospaliativos.org/menu4.php?id=6>

Para ser dado de baja, haga clic en Un-subscribe
http://www.ymlp.com/u.php?Noticias_ALCP+alcp_secretaria@arnet.com.ar+carolinamonti@yahoo.com.ar

Contacto

Lic. Carolina Monti
Dirección: Belgrano 141, (2900) San Nicolás
Buenos Aires, Argentina
Telefax: 54 3461 43-3351
Correo-E: alcp_secretaria@arnet.com.ar

**Si desea publicitar en este medio algún artículo de su producción,
contáctese con la coordinación en alcp_secretaria@arnet.com.ar**

EQUIPO EDITORIAL

Editor General: Dr. Roberto Wenk (Argentina)
Comité Editorial: Dr. Raúl Sala (Argentina)
Comité de traducción al Portugués: Dr. Roberto Bettega (Brasil), Dr. Cisio Brandao (Brasil), Dra. Isabel Galrica Neto (Portugal)
Coordinación: Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)

CONTENIDO

- **Mapa de la distribución del CP en el mundo.**
- **Columna de investigación N° 8.**
- **Artículo Regional.**
- **Reporte de la NHPCO, EUA.**

MAPA DE LOS NIVELES DE DESARROLLO DEL CP EN EL MUNDO.

Autores: M. Wright, J. Wood, T. Lynch y D. Clark.

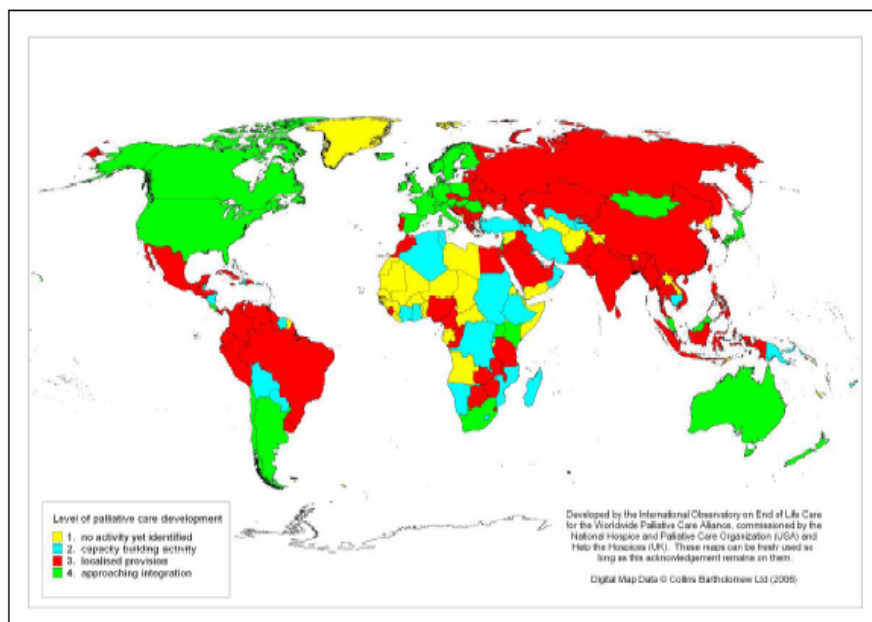
El reporte "*Mapping levels of palliative care development: a global view*" fue realizado por el International Observatory on End of Life Care (IOELC, Observatorio Internacional de Asistencia en el Final de la Vida) con fondos de Help the Hospices y la National Hospice and Palliative Care Organization.

Fue producido para asistir a la World Wide Palliative Care Alliance (Alianza Mundial de Cuidado Paliativo, www.wwpca.net) en su actividad organizada destinada a mejorar la implementación mundial del CP y de hospicio.

Se utilizó un sistema con 4 niveles de desarrollo de CP:

1. sin hospicio conocido ni actividad de CP
2. con capacidad para desarrollar actividad de CP pero sin ninguno
3. provisión localizada de CP
4. la provisión de CP esta completando la integración con los servicios de salud

El archivo adjunto "MapaC32.doc" muestra los niveles de desarrollo de CP en el mundo.



Esta investigación muestra que aproximadamente la mitad de los 234 países del mundo no tienen servicios de CP accesibles para sus habitantes, y que 1/3 tienen todavía que cumplir las primeras etapas necesarias para planear el desarrollo de servicios. En los países que poseen servicios de CP y de hospicio la asistencia está mayoritariamente localizada, y solo en el 15 % de los países el CP se integró con los servicios de salud.

En los 80 países con servicios de CP localizados hay muchos casos donde son casi inaccesibles a la población. En Pakistán, p.e. hay un solo servicio para una población de 158 millones. Esto contrasta con Gibraltar, donde la relación de servicios a población es la más baja en el mundo en 1:14.000 (un servicio por 14.000 personas).

El reporte revela un gran correlación entre la provisión de CP y los niveles de desarrollo humano, medido con el Indicador de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (propone una medida del desarrollo de un país basado en la longevidad, educación y estándar de vida de la población). De los 35 países donde los servicios de CP están completando la integración con los servicios de salud, 29 tienen un nivel alto de desarrollo humano, y solo uno tiene "bajo desarrollo". De los 78 países (33 % del total) sin actividad identificada en CP, solo 2 tienen un nivel alto de desarrollo humano.

La situación en Europa.

Entre los 35 países donde el CP se acerca a la integración con los servicios convencionales de salud, la relación servicios a población en el Reino Unido es 1:40.000, la mejor en Europa. A excepción de Portugal, Luxemburgo y unos pocos pequeños países tales como Andorra, todos países en Europa Occidental están en el Grupo 4. En Central y Europa del Este, a excepción de Hungría, Polonia, Rumania y Eslovenia, todos los países están en el Grupo 3. Azerbaiyán tiene por lejos la relación mas pobre de servicios a población con solo un servicio para su población entera de 8,41 millones.

La situación en América Latina.

- Argentina, Chile y Costa Rica están en el Grupo 4.
- Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela están en el Grupo 3.
- Bolivia, Haití, Nicaragua y Paraguay están en el Grupo 2.

La mejor la relación servicios a población la tiene el Costa Rica (1:166.000 = 1 servicio para 166.000 habitantes); la relación mas pobre la tiene Brasil (1:13.315.000 = 1 servicio para 13.315.000 habitantes).

El artículo completo puede descargarse de

http://www.nhpco.org/files/public/palliativecare/World_map_report_final-0107.pdf

Traducido y resumido por R. Wenk.

[Volver a Contenido.](#)

COLUMNA DE INVESTIGACIÓN N° 8.

Fijando prioridades en investigación: una responsabilidad de todos.

Jorge H. Eisenclas

Coordinador Comisión Investigación de la ALCP

Pese a la relativa juventud de los Cuidados Paliativos en el mundo, podemos decir que en general, y en nuestra Región en particular, con poco se ha hecho mucho. Sin duda los esfuerzos realizados a través de las distintas iniciativas asistenciales y educativas han sido cruciales para el desarrollo de nuestra disciplina, pero para poder seguir creciendo necesitamos hoy reforzar el ímpetu en la investigación.

Esta consigna resulta hoy generalizable a todos y cada uno de los sitios donde se pretende brindar un buen CP, y quizás fruto de este creciente interés sea el ejemplar de la revista Palliative Medicine correspondiente al mes de Diciembre de 2006, en el cual distintos artículos "ilustran una serie de soluciones desarrolladas por los

investigadores con respecto a los peculiares y característicos desafíos de la investigación clínica en nuestro campo de competencia" (artículo editorial de la revista). Además de otros reportes de destacable importancia, resulta de interés un trabajo acerca la situación de la investigación en 13 países europeos (Kaasa et al), donde se recogen las opiniones de líderes en CP de distintos países y, al mismo tiempo, se analizan datos provenientes de los registros de los sucesivos Congresos en Investigación, que desde el año 2000 realiza la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. De estos datos surge que solo en el Reino Unido existe una estrategia nacional de iniciativas en investigación; este país a su vez es el único que cuenta con un programa de fondos públicos destinados a la investigación. Se revela adicionalmente que existe un interés aparentemente creciente en la investigación a juzgar por el número de asistentes y trabajos presentados en los congresos mencionados (190 y 360 en el año 2000 versus 480 y 1000 respectivamente en 2006).

Y en nuestra región, donde con frecuencia la investigación suele estar relegada por motivos diversos a los que nos hemos referido en columnas anteriores, ha empezado a existir cierto murmullo acerca de la necesidad de investigar. Este murmullo ha crecido, manifestándose en elementos más tangibles tales como la Declaración de Venecia y la conformación específica de una Comisión de Investigación en la ALCP. Llegados a este punto, resulta propicio que reflexionemos acerca de qué esperamos de la investigación.

Semanas atrás, en el Boletín Informativo de la ALCP, fueron comunicados los objetivos de la Comisión de Investigación. Hoy deseo referirme a uno de ellos en particular, que de alguna manera podría determinar lo que ocurra con la investigación en nuestra región.

Una agenda de investigación acorde a las prioridades y necesidades locales y regionales.

En el contexto del interés creciente en la investigación en CP resulta necesario, dado que se planea facilitar en la Región la investigación colaborativa continua, fijar una agenda consistente de investigación. Como se ha enunciado en los objetivos de la conformación de la Comisión de Investigación, la agenda debe estar basada en los tópicos de investigación prioritarios. De esta manera, una de las primeras preguntas es ¿cuáles son las prioridades en investigación en CP en América Latina? Y debemos responderla en forma válida y confiable con métodos específicos.

La idea de evaluar prioridades en investigación ha sido reiteradamente destacada: "Antes de llevar a cabo investigación en una población o comunidad cuyos recursos se juzgan limitados, ...deben realizarse todos los esfuerzos necesarios para asegurar que la investigación responde a las necesidades de salud y a las prioridades de la población o comunidad en la cual dicha investigación se llevará a cabo"(Ethical and Policy Issues in International Research; Hastings Center, 1998). Pese a ello, como prácticamente no existen en la literatura reportes acerca de cómo fijar prioridades en investigación a nivel regional, hemos extractado algunos aspectos metodológicos generales.

En el campo de la evaluación de prioridades en investigación dominan dos enfoques principales. Uno de ellos se basa en evaluaciones de tipo técnico, y se halla compuesto primordialmente por datos provenientes de registros epidemiológicos, de resultados objetivos –usualmente *datos duros*- y de costos. El segundo enfoque asienta en evaluaciones interpretativas a partir del consenso de las perspectivas de los involucrados en el proceso.

De esta manera, la evaluación que llamamos *técnica* se refiere a la obtención de datos relacionados con la magnitud del problema en cuestión. P.e., deberíamos tener una estimación acerca de cual es la magnitud del problema (datos tomados de estadísticas tales como incidencia y prevalencia), severidad (estadísticas de mortalidad e impacto

en la calidad de vida), vulnerabilidad (la capacidad de contar con tratamientos efectivos y seguros), incidencia temporal (si la magnitud del problema se halla en ascenso) y el interés local que suscita el problema. También deberían tenerse en cuenta la identificación de las áreas que no se están investigando en la región, los aspectos investigados por otros y los aspectos en los cuales los resultados de la investigación realizada en el extranjero no pueden (ya sea por características culturales o de recursos) ser transpolados en forma directa a la región.

Por su parte, la fuerza de los enfoques interpretativos radica en la posibilidad de obtener las perspectivas directas de pacientes, familias y la comunidad, de profesionales de la salud, de gerenciadore y de potenciales financistas de las investigaciones. Las evaluaciones subjetivas de los participantes que se realizan con distintas técnicas, frecuentemente cualitativas y en forma de encuestas, entrevistas en profundidad, focus groups o técnicas tipo Delphy, son habitualmente utilizadas en la determinación de prioridades en el área de la salud y en otras áreas específicas. Los datos deberían ser obtenidos en diferentes niveles (desde pacientes a generadores de políticas), en forma multidimensional (cualitativa y cuantitativa) y tomando en cuenta aspectos políticos y socio-económicos.

Quizás uno de los principales problemas, general en la identificación de prioridades, es que los resultados de los estudios que intentan evaluarlas carecen de un "gold standard" frente al cual comparar los resultados, no existiendo así **la** respuesta correcta capaz de validar la metodología utilizada. Quizás por esa misma razón surge también el interés por la metodología interpretativa más que la técnica (Global Forum for Health Research, 2000). De todas maneras, no decimos con esto que deberíamos rechazar los datos *técnicos*, sino solamente ubicarlos dentro del contexto pertinente.

Desde la ALCP deseamos iniciar en los próximos meses un estudio para fijar las prioridades en investigación. Que esperamos que resulte, con el transcurso del tiempo, en el beneficio que nuestros pacientes y sus familias merecen.

Muy buen año 2007 para todos ustedes.

Y hasta la próxima Columna.

Jorge Eisenchlas

[Volver a Contenido.](#)

ARTÍCULO REGIONAL.

Paradigmas de investigación en enfermería.

Autores: Zaidier Triviño V. y Olivia Sanhueza A.

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Correos-E: ztrivino@udec.cl y sanhue@udec.cl

Publicado en CIENCIA Y ENFERMERIA XI(1): 17-24, 2005; versión en línea.

Descargado del Internet en: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/>

El propósito en este trabajo es realizar análisis de los paradigmas y su relación con la investigación en enfermería.

Concepto y generalidades sobre paradigmas.

Un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método o una visión. Se lo define como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales de una determinada sociedad. También se lo define como una visión del mundo, una perspectiva general de sus complejidades. Los paradigmas son realizaciones universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Ofrecen un camino para la construcción de conocimientos; con ellos se dan herramientas útiles para el abordaje de los diferentes fenómenos.

Los principales paradigmas aceptados universalmente son dos (a) el cuantitativo, lógico positivista o empírico analítico y (b) el cualitativo, simbólico, sustantivista, interpretativo, histórico y dialéctico.

Entre los siglos XII y XIV en el occidente europeo se desarrolló un conjunto de transformaciones, socioeconómicas, ideológicas, culturales, que crearon las condiciones para el nacimiento de la ciencia moderna y el paradigma científico dominante. El proceso de matematización del mundo y de la naturaleza posibilitó que lo cuantitativo matematizable pasara a ser la naturaleza primera y que se percibiera lo subjetivo como la naturaleza segunda.

Así la perspectiva cualitativa fue progresivamente considerada como una perspectiva no científica, no rigurosa y subjetiva mientras que, por el contrario, la perspectiva cuantitativa fue progresivamente proclamada como la única científica. El mundo cualitativo se transformó en mundo puramente cuantitativo y matemático que explica los hechos con fórmulas matemáticas.

Pero las perspectivas cualitativo/cuantitativo son complementarias debido a las deficiencias de cada una de ellas.

Si se consideran que la ciencia no debe dejar afuera ninguna dimensión y abordaje que permita responder las necesidades humanas y sociales, y la naturaleza del sujeto/objeto investigado en enfermería, es necesario conocer las especificidades y diferencias entre los enfoques cuali/cuantitativo.

Enfoque cuantitativo. Su objeto es el comportamiento, predomina la verificación y utiliza técnicas específicas de recolección de datos como la entrevista semi-estructurada. El conocimiento tiene carácter explicativo y predictivo; el conocedor y el conocido son independientes. Es posible hacer generalizaciones no ligadas al tiempo ni al espacio; busca los hechos y las causas de los fenómenos sociales prestando escasa atención a los estados subjetivos de las personas; la investigación genera es valórica; el investigador controla el estudio, impone las condiciones de control para minimizar sesgos y maximizar la precisión y validez; es deductivo.

Enfoque cualitativo. Su objeto es el mundo subjetivo; predomina el descubrimiento y utiliza también técnicas específicas de recolección de datos como la entrevista no estructurada, la observación participante y la historia de vida. El conocimiento obtenido permite interpretar lo singular, el sentido y significado que los actores dan a la acción social; el conocimiento busca explicar y comprender situaciones específicas de la vida cotidiana; se entiende la realidad en un momento histórico y circunstancia única; el conocedor y conocido son interactivos; las hipótesis son ligadas al tiempo y al espacio; se interesa en comprender la conducta humana desde el propio referente; está ligada a los valores y a los procesos; integra pruebas para desarrollar teoría o marco de referencia para explicar los procesos de observación; es inductivo.

Integración de métodos o enfoque multimétodo. En investigación también se utiliza la triangulación en sus cuatro opciones: (a) de datos, b) de investigador, c) teórica - uso de múltiples perspectivas, y d) metodológica - triangulación dentro y entre métodos.

Este artículo se refiere a utilizar combinación, complementación y triangulación de métodos.

La **combinación** de métodos es integrar subsidiariamente uno de ellos - el cualitativo o el cuantitativo - en el otro método, con el objeto de fortalecer la validez de este

último compensando sus debilidades con información generada por el otro método. Los métodos y resultados no son independientes. La **complementación** es cuando, en un mismo estudio, se obtienen dos imágenes, una procedente de métodos cualitativos y otra de métodos cuantitativos; se obtiene una visión doble y diferenciada. En la complementación el grado de integración metodológica es mínimo y su legitimidad se basa en la creencia de que cada orientación es capaz de revelar diferentes e interesantes zonas de la realidad. En la **triangulación** o convergencia metodológica se utilizan ambos métodos para el reconocimiento de un mismo e idéntico aspecto de la realidad. En esta estrategia se pretende la convergencia de los resultados. Los métodos son independientes, pero se enfocan hacia una misma porción de la realidad, que es observada y medida con dos instrumentos diferentes.

Evolución histórica de la investigación en enfermería y los paradigmas.

La disciplina de enfermería, en sus fundamentos teóricos y en su práctica, necesita el desarrollo de investigación con cualquier paradigma. En la evolución histórica de investigación en enfermería, se registran en 1859 los apuntes de enfermería de Florence Nightingale, quien recolectó y analizó datos sobre factores ambientales que favorecen el medio físico y emocional. Los datos de Nightingale –que tenía formación estadística –, integran aspectos cuantitativos a partir de los cualitativos, como el ambiente y el bienestar. En este trabajo también se observan aproximaciones a la complementariedad. Entre 1900-1923 el Comité de Estudios para la Educación en Enfermería en EUA facilitó el informe Golmark - una evidencia histórica de observación y evaluación - de investigación en enfermería. En 1940 Brown evaluó la formación de enfermeras, y observó deficiencias que estimularon la realización de investigaciones. En el decenio de 1900 se impulsó la investigación en enfermería con el Centro de Investigaciones en Enfermería en el Walter Reed Army Institute of Research, y apareció el American Journal; y en 1952 apareció la Nursing Research.

La investigación en enfermería tomó durante este tiempo un giro en la investigación que no experimentaron otras disciplinas, cuando menos no en magnitud. Las enfermeras investigaron sobre sí mismas: quienes son, qué hacen, por qué determinadas personas deciden estudiar enfermería, cuáles son las características de la enfermera ideal y cómo perciben otros grupos a la enfermera. Hubo un cambio de orientación en la investigación; se creó conciencia de generar base científica para la práctica. Enfermería no fue ajena al paradigma cuantitativo, porque las investigaciones respondieron más al método científico. Pero, según el objeto de estudio, la investigación en enfermería utilizó ambas perspectivas.

Entre los '80 y los '90 los profesionales de enfermería con maestrías y doctorados establecieron prioridades para la investigación en la disciplina. Se continuó con el desafío de reforzar la base de conocimientos para transformar la práctica de la disciplina; se consideró la necesidad de evidencia práctica para formar conocimientos. Los temas investigados por la disciplina pudieron ser abordados con cualquier paradigma - ambos utilizan, reúnen y analizan pruebas extraídas de la realidad - con el sustento metodológico de triangulación o convergencia.

En enfermería, el objeto es la asistencia que se realiza en seres humanos que son dinámicos, cambiantes y únicos; por lo tanto no están sujetos procesos ordenados por etapas, y sí a procesos sistematizados que permiten en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno.

La investigación en enfermería debe estar por encima del dilema de los paradigmas, y debe estudiar los fenómenos que influyen en la asistencia. La necesidad de investigación debe surgir de las necesidades de la disciplina.

Enfermería tiene el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y de construir la realidad desde su propia perspectiva, es decir, desde su práctica y la asistencia. Las actividades de docencia, asistencia e investigación son los

escenarios para la construcción de sus conocimientos, y debe desarrollar su producción científica con los paradigmas mencionados.

En Chile se ha señalado la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa con un estudio exploratorio que muestra que en 13 mallas curriculares de universidades chilenas la asignatura metodología de la investigación se realiza de manera independiente y desarticulada de las demás asignaturas.

Los profesionales de enfermería requieren conocimientos filosóficos, éticos y bio-sico-sociales para su desarrollo. Pero también necesitan conocer la metodología de investigación. Los estudiantes, con metodología de la investigación como asignatura, no aprenden a investigar; pero se pueden mejorar los resultados si la investigación se usa como eje transversal que integra las diferentes asignaturas con docentes facilitadores, espacios de tiempo independientes y explorando la capacidad de preguntar y hacerse preguntas, de aproximarse a respuestas, de observar.

Problemas en enfermería con la actividad de investigación.

- Falta de motivación para realizar investigación, que dificulta los procesos de estudio y de comprensión.
- Formación con limitados conocimientos filosóficos, epistemológicos y metodológicos, necesarios para la investigación sobre la asistencia.
- Los diseños curriculares del proceso de enseñanza/aprendizaje no resaltan las diferentes perspectivas metodológicas.
- La investigación es una asignatura independiente, sin relación con las asignaturas básicas.
- Escaso número de grupos y núcleos de investigación en las áreas académicas y asistenciales.

Reflexiones para potenciar la investigación en enfermería.

Se debe trabajar en investigación por niveles desde el pregrado hasta el postgrado, como un eje transversal e integrador; puede ser útil investigar en las asignaturas problemáticas.

Las escuelas deben favorecer la elaboración de proyectos de investigación durante el aprendizaje y las tareas asistenciales (puede resultar en el inicio de la conformación de grupos y núcleos de investigación).

Es importante permitir al estudiante plantear sus interrogantes y dar aproximaciones de respuestas, y asignarle tiempo independiente; se deben elaborar los métodos desde ambos paradigmas cuali/cuantitativo. Y utilizar también la triangulación, que permite utilizar ambas orientaciones para el estudio con instrumentos diferentes de un mismo aspecto de la realidad.

CONCLUSIONES.

Los paradigmas presentan visiones desde sus componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos y por la relación sujeto/objeto. Los paradigmas en investigación no deben presentar un obstáculo en el desarrollo de la ciencia. Enfermería no ha sido ajena al desarrollo histórico social de los paradigmas; muestra de ello es la producción, tipo y enfoque de las investigaciones realizadas en sus diferentes momentos. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. La investigación en enfermería debe contemplar el uso de ambos paradigmas (cuali-cuantitativo) y la investigación debe plantearse como un eje integrador. La triangulación es una estrategia que puede ser utilizada en enfermería, pues permite la convergencia de resultados de un mismo objeto estudiado, sin perder la orientación del método.

REPORTE DE LA NHPCO (Nacional Hospice & Palliative Care Association), EUA.

Este reporte sobre la actividad del año 2005 fue presentado por la NHPCO en Noviembre (Mes Nacional del Cuidado Paliativo y de Hospicio) del 2006 para mostrar las tendencias en la asistencia en el final de vida.

1. 1.2 millones de personas con enfermedades de pronóstico fatal fueron asistidas por un hospicio durante el año 2005. Aproximadamente un 1/3 de las todas las muertes en EUA recibieron CP.
2. El tiempo promedio de asistencia aumentó de 57 a 59 días.
3. El número de programas de CP aumentó de 3.650 a 4.160.
4. Cáncer (46 %) fue el diagnóstico en menos de la mitad de los ingresos.
5. 1 de cada 5 pacientes era de una raza minoritaria.
6. 20 % de los hospicios proveen o están desarrollando programas de CP.
7. De los 1.2 millones de pacientes asistidos: 800.000 murieron, 200.000 siguieron en tratamiento durante el año 2006 y 200.000 fueron dados de alta.

El archivo con la información completa de puede descargar de <http://www.nhpco.org/files/public/2005-facts-and-figures.pdf>

Traducido y resumido por R. Wenk.

Nota del Editor.

La aceptación e implementación en gran escala del CP, y la disponibilidad de recursos, son todavía objetivos difíciles en Latino América y el Caribe.

Pero la obtención de información básica y útil (como la presentada por la NHPCO) es un objetivo sencillo, inmediato. En aproximadamente 60 días estará disponible en nuestro sitio la base de datos PRESTADORES y PRESTACIONES. Ingrese la información de su actividad si desea que conozcamos las tendencias del CP en nuestra Región.