

Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 76

NÚMERO 5

Septiembre-Octubre 2002

NÚMERO MONOGRÁFICO SOBRE METODOLOGÍA CUALITATIVA

EDITORIAL

Sobre la metodología cualitativa. **C Pérez Andrés. 373**

COLABORACIONES ESPECIALES

- La investigación cualitativa en España: de la vida política al maltrato del sentido. **A Peinado. 381**
- Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina. **F Conde Gutiérrez. 395**
- Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. **J Callejo Gallego. 409**
- Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. **M Amezcua y A Gálvez Toro. 423**
- Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. **A Garay Uriarte, L Íñiguez Rueda, M Martínez González, J Muñoz Justicia, S Pallarès Parejo y F Vázquez Sixto. 437**
- La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. **M Gil Nebot, C Estrada Ballesteros, ML Pires Alcalde y R Aguirre Martín-Gil. 451**
- La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. **FJ Mercado, Alcántara Hernández, N Lara Flores, A Sánchez y LM Tejada Tayabas. 461**
- Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. **C Calderón. 473**
- Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria. **I Bilbao Acedos, JC March Cerdá, M Prieto Rodríguez. 483**

ORIGINALES

- La evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres madrileñas, 1993-2000. **F Conde y C Gabriel. 493**
- Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. **L Seoane Pascual. 509**
- La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. **C Pérez Andrés, A Alameda Cuesta y C Albéniz Lizarraga. 517**
- Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. **S Sancho Viudes, C Vidal Thomàs, R Cañellas Pons, MJ Caldés Pinilla, J Corcoll Reixach y M Ramos Montserrat. 531**
- El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. **JC Duro Martínez. 545**
- Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. **M Girón, B Beviá, E Medina y M Simón Talero. 561**
- La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. **P Portero López, R Cirne Lima y G Mathieu. 577**
- Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. **ML Vázquez Navarrete, MR Ferreira da Silva, E Siqueira Campos, AP Campos Pereira, A Da Silva Diniz, I Leite Veras et al. 585**
- Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana: estudio con entrevistas semiestructuradas. **V Escribà-Agüir y P Bernabé-Muñoz. 595**
- Análisis cualitativo de la percepción que tienen las personas que participan en un ensayo clínico. Navarra **Silvestre Busto, J Gost Garde, P Astier Peña y P Ezpeleta Iturralde. 605**
- La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. **MA Prieto Rodríguez, E Gil García, C Heierle Valero y A Frías Osuna. 613**
- RELACIÓN DE REVISORES 627**

EDITORIAL**SOBRE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA (*)**

Se me atribuye, por ejemplo, la invención del grupo de discusión. Cuando en esa invención participaron a la par que yo, muchos: Alfonso Ortí, Paco Pereña, Jose Luis de Zárraga y Ángel de Lucas, muy especialmente¹.

Jesús Ibáñez

Cristina Pérez Andrés

Comité de redacción de la Revista Española de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

(*) Este editorial está dedicado a la memoria de Juan Blanco, maestro de Filosofía, sin cuyas enseñanzas no podría haber sido escrito.

Hace ahora diez años, a finales de agosto de 1992, moría Jesús Ibáñez, gran teórico y práctico de la investigación social en España, concretamente de la metodología estructural o cualitativa. Licenciado en Ciencias Políticas, aunque lo suyo era la filosofía, se aficionó a la sociología y trabajó en el Instituto de Opinión Pública y en el Instituto de Estudios Políticos, donde durante un seminario, en el que él mismo participaba, se gestó la investigación social en España. En 1958, tras unos años de estancia en la cárcel por motivos políticos, se le propuso fundar un Instituto de Mercado y así nació ECO, la primera empresa española de investigación. Allí conoció a Alfonso Ortí, posteriormente en CEISA a Ángel de Lucas y José Luis de Zárraga y juntos fundaron ALEF. Con la colaboración del psicoanalista Francisco Pereña, entre todos inventaron el grupo de discusión¹. Con esta técnica trabajaron haciendo investigaciones de mercado y poniendo a la cabeza del mismo los productos de las firmas que les contrataban. En 1969 Jesús Ibáñez se incorporó a la Universidad, obteniendo la plaza de profesor titular tras una oposición cuya memoria se recoge en su libro *Del algoritmo al sujeto*². Más tarde en su tesis doctoral *Más allá de la sociología*³, funda-

mentó el grupo de discusión desde el punto de vista teórico, metodológico y epistemológico. En 1982 obtuvo la cátedra de Técnicas de Investigación Social, en la que junto con Lluís Martín Santos y Ángel de Lucas se formaron en metodología cualitativa numerosos alumnos que dieron lugar a la Escuela Cualitativa de Madrid.

En palabras de Jesús Ibáñez, *las llamadas técnicas cuantitativas investigan el sentido producido (los hechos). La técnica del grupo de discusión investiga el proceso de producción de sentido, que no es más que la reproducción de la unidad social de sentido, y en ello reside su valor técnico*¹. Y lo hacen siguiendo el camino inverso al de su producción, es decir obteniendo discursos cuyo análisis e interpretación llevan al origen y al proceso de formación de las unidades de sentido que aparecen en el contenido manifiesto de los mismos.

Desde los primeros tiempos de su existencia, el ser humano se ha relacionado con la naturaleza y ha explicado sus leyes mediante un proceso de simbolización. Con su capacidad de hablar adquirió la de la representación mental y por lo tanto la de interiorizar e inter-

pretar, dando lugar a la abstracción (pensamiento) y con ella al conocimiento⁴. Así surgió primero el pensamiento mágico con el que el ser humano daba una explicación a los fenómenos que aparecían ante él. Con él se construyeron los mitos y las cosmogonías, que generaban un conocimiento colectivo sobre los orígenes del Universo y los fundamentos de sus culturas y relaciones sociales. Este pensamiento mágico, tanto más presente cuanto menos avanzada sea una civilización, ha ido siendo sustituido por el pensamiento religioso, filosófico y el científico a medida que la humanidad se ha ido desarrollando social y culturalmente. Sin embargo, también en las sociedades avanzadas se sigue dando, sobre todo durante la infancia pero también en la vida adulta, siendo la base del pensamiento y del lenguaje tradicional, los cuales utilizamos para representarnos el mundo y la sociedad en que vivimos, así como para comunicarnos en nuestra vida cotidiana. Corresponde a una interpretación que los sujetos hacen por analogía entre lo que perciben y la explicación que le dan, y se hace a través de la elaboración de símbolos (metáforas y metonimias) que dan un sentido a lo que hasta entonces no lo tenía, produciendo un conocimiento que disminuye la angustia del individuo en particular y la de la humanidad en general⁵. La interpretación de estas analogías contribuye al conocimiento de sus orígenes y al del proceso de su formación y, por tanto, al conocimiento de su sentido. Como ya hemos dicho, es la facultad que tiene el ser humano de hablar y por lo tanto de pensar y elaborar a partir de un «material primario» otro más complejo, lo que le permite efectuar este proceso de simbolización. Aunque entre los animales se identifican «lenguajes» (cuyo código ha sido ideado por el ser humano), éstos no sirven para elaborar ideas ni analogías ni, por lo tanto, sentido. Dada la naturaleza polisémica del lenguaje del ser humano, éste puede sacar más de un sentido de los significantes y los significados utilizados en el habla⁶, algo que los animales jamás serán capaces de hacer, por lo que nunca podrán elaborar un chiste ni una representación, de la misma forma que son incapaces de elaborar

los alimentos que van a ingerir, no solo porque no manejan el fuego, tampoco harán nunca una ensalada con ellos.

Por ello podemos decir que lo que convierte al ser humano en diferente del resto de los animales es su lenguaje y con él la facultad de simbolización. Entendiendo así las cosas podemos también comprender que investigando el lenguaje y el habla de los sujetos se pueda llegar a la explicación de múltiples aspectos de la realidad planteados como objeto de estudio. Así, la investigación cualitativa utiliza como datos las representaciones y los discursos obtenidos en condiciones rigurosamente diseñadas para llegar, mediante el análisis y la interpretación de las unidades de sentido (estructuras semánticas) identificadas en ellos, al origen y significación de las analogías (metonimias y metáforas) utilizadas para elaborarlas, lo que hace siguiendo el camino inverso al de su formación, es decir, al del proceso de la simbolización.

Sabiendo que el habla de un sujeto depende de su subjetividad y de la intersubjetividad con la de otros, las cuales a su vez están condicionadas por el contexto cultural, social e histórico en el que se desarrolla, se tendrá claro por qué es imprescindible el conocimiento de aquellas disciplinas relacionadas con el conocimiento de la cultura, de la sociedad y de la historia para investigar con el lenguaje y el habla de los sujetos y con los discursos y representaciones a que dan lugar. Así, para practicar la investigación cualitativa son necesarios conocimientos sobre la subjetividad y el inconsciente (psicoanálisis), los significantes y los significados de las palabras y los signos (lingüística, semiología), el sentido de los mismos (semántica), la interpretación de los símbolos (hermenéutica), la cultura (antropología), la percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad (sociología). La metodología cualitativa es, pues, una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social.

En el terreno de las ciencias sociales se pueden estudiar tanto los hechos (desde el punto de vista de la frecuencia de su presentación, etcétera) de lo cual se encarga la metodología cuantitativa, como el sentido y la significación de las representaciones sociales y los discursos⁷⁻¹¹, de lo cual se encarga la metodología cualitativa, esta última a través del análisis del contenido manifiesto de los mismos para, mediante la interpretación, obtener el oculto o latente. Dado que ninguna actividad humana escapa al lenguaje y al habla, podremos emplear la metodología cualitativa para investigar cualquier fenómeno relacionado con la realidad social, entre ellos la salud y la enfermedad.

Aunque la metodología más frecuentemente utilizada para investigar en ciencias de la salud es la cuantitativa o epidemiológica, en la actualidad es posible afirmar que de la investigación cualitativa, cuando menos, ha oído hablar la mayor parte de las personas que trabajan en el sector sanitario. Sin embargo, dado que las disciplinas que la conforman no son frecuentemente conocidas, existen en su aplicación algunos errores que la invalidan, y sobre ella algunos mitos que convendría aclarar.

Se puede decir que ha sido recientemente, en la década de los 90, cuando tanto en España¹² como en el ámbito anglosajón se ha empezado a promocionar la utilización de las técnicas cualitativas en el ámbito de la salud. Y como aquí estamos acostumbrados a dudar de lo nuestro, dando por hecho que lo anglosajón es necesariamente mejor, gran parte de los profesionales sanitarios que practican metodología cualitativa la han aprendido fundamentalmente de los autores extranjeros, ignorando la existencia de una escuela en nuestro país y los textos que la respaldan.

Así, en el ámbito sanitario se practica sobre todo el llamado grupo focal, que aunque tiene semejanzas con el grupo de discusión también tiene importantes diferencias que le distancian de él. La principal de ellas es que

el grupo focal no prescinde nunca de un guión de preguntas relacionadas con el objetivo de la investigación que la persona que modera el grupo dirige a sus participantes, lo que convierte a este tipo de reunión grupal en una entrevista semiestructurada y dirigida, que busca con preguntas las respuestas del grupo (como en la metodología cuantitativa). En realidad estas preguntas son unidades de sentido prefijadas por las personas que realizan la investigación. Por el contrario, al realizar un grupo de discusión o una entrevista en profundidad se asume que los participantes en el mismo tienen las respuestas a los objetivos que en la investigación se han planteado, pero, ¡muy importante!, no saben que la tienen. El moderador, con su intervención inicial debe producir el discurso del grupo, dejándole hablar sin dirigirle preguntas directas que siempre serán respondidas a nivel racional o consciente, y busca el concurso preconsciente de los participantes. Tras obtener el discurso, la labor del investigador es llevar a cabo el proceso contrario al de la formación de las unidades de sentido que el grupo ha expresado y que el investigador encuentra en su análisis, para interpretar su origen y con él su sentido (contenido latente). Con ello podremos conocer las representaciones sociales sobre la salud¹³, sobre la enfermedad en general o de cualquiera de ellas en particular¹⁴, sobre las relaciones entre personas enfermas y los profesionales sanitarios que las atienden¹⁵, la aceptación por los profesionales sanitarios de nuevas formas de gestión¹⁶, la percepción del riesgo¹⁷, las representaciones sociales sobre la donación de sangre¹⁸,... sin haber intervenido en el discurso de los sujetos que las aportan.

Es también un error decir y escribir que la investigación cualitativa en salud procede de las ciencias sociales, porque no es que proceda de ellas (la epidemiología sí), si no que es la aplicación de la Ciencia Social al estudio de la salud y de la enfermedad, las cuales no dejan de ser construcciones discursivas formadas a partir de los diferentes discursos sociales. Apellidar a la metodolo-

gía cualitativa con el término «salud», aproximándola así, de manera artificial, a las Ciencias Naturales, ha llevado a considerar la investigación cualitativa en salud como procedente de las Ciencias Sociales pero independiente y distinta de ellas, dando lugar a la elaboración de una serie de criterios de calidad específicos que no son más que el reflejo de pensar que la investigación cualitativa aplicada a la salud tiene permiso para existir sólo después de demostrar con criterios objetivos que, por subjetiva que sea, es válida. Por algunos de los Originales recibidos en la redacción de la Revista Española de Salud Pública para participar en este monográfico se deduce que estos criterios de calidad se han convertido en la biblia de la investigación cualitativa y han dado lugar a pensar que cualquier estudio que cumpla con dichos criterios está bien hecho, por mucho que carezca de un buen diseño y del análisis e interpretación inherentes a la metodología cualitativa. Y al contrario, que una investigación cualitativa bien realizada desde el punto de vista del diseño y del análisis y la interpretación no es válida si carece de la explicitación de que cumple con los criterios de calidad que alguien ha formalizado para la investigación cualitativa en salud. Es por eso que creo que convendría dejar de utilizar la expresión «Investigación Cualitativa en Salud» y seguir denominándola, simplemente, Investigación Cualitativa. Es la salud la que tiene que acercarse a la ciencias Sociales para dejarse estudiar por ellas, no la metodología cualitativa la que debe «contaminarse» de los criterios de las ciencias naturales al añadirle el término «salud» a su denominación. Uno de estos criterios (*feed-back* con los participantes) exige volver a las mismas personas que formaron el grupo para ver si reconocen como resultados las cosas que en él se dijeron. Dado que los participantes en las técnicas cualitativas tienen la respuesta a los objetivos de la misma sin saber que la tienen, y por ello la labor del investigador es elaborarla a partir del contenido de los discursos, si se vuelve al grupo para preguntarle si reconocen los resultados cabe la posibilidad de que los parti-

cipantes en el mismo no los identifiquen, ya que lo que se les debería presentar como resultados son los elaborados a partir del contenido latente de su discurso, del cual, en principio, no han sido conscientes. Por otra parte, si la investigación está bien hecha, el grupo no es el único que debería reconocer los resultados como propios, si no todo el contexto social del que se ha extraído la muestra estructural que lo representa.

Otro error puede ser plantear que un estudio cualitativo es de tipo etnográfico o fenomenológico. Como hemos dicho antes, la metodología cualitativa integra una perspectiva multidisciplinar para conocer una realidad social dada y, en general, de ningún estudio se podrá decir si es de un tipo u otro, dado que todas las disciplinas que configuran la investigación cualitativa deberían estar presentes a la hora de hacer un buen diseño y, sobre todo, un buen análisis y una buena interpretación.

Pero, en mi opinión, el error más importante que se comete es el de confundir el análisis y la interpretación con la mera clasificación y estructuración de la información contenida en el discurso manifiesto, llegando a unas conclusiones que carecen del sentido que se debería haber buscado. Ello es lo que ha ocurrido con la mayoría de los trabajos originales que se han recibido en la redacción de la Revista Española de Salud Pública para participar en este número monográfico sobre metodología cualitativa, los cuales, tuvieran o no un buen diseño, carecían del proceso esencial de análisis del contenido manifiesto de los discursos para obtener mediante su interpretación el contenido latente y a partir de él elaborar los resultados. En cambio, los que se presentan en estos trabajos consisten en la simple estructuración y ordenación de la información que contienen las transcripciones en base, además, a una estructura prefijada (guión de la entrevista). En metodología cualitativa, las unidades de sentido no deben fijarse *a priori* antes de realizar los grupos o las entrevistas, sino que se encuentran en los discursos y en

las construcciones sociales mediante el análisis de los mismos, y son las que posteriormente han de servir para realizar la interpretación y si con el contenido manifiesto no se ha hecho esta labor no hay metodología cualitativa. Este es uno de los motivos por el que no se pueden clasificar las técnicas de consenso dentro de esta metodología, dado que en ellas no hay ninguna labor de interpretación¹⁹.

En cuanto a los mitos que existen sobre la investigación cualitativa, uno muy frecuente es el de creer que sólo sirve como paso previo a la construcción de un cuestionario, que luego utilizará la metodología epidemiológica para medir, es decir, objetivar, y que además es ese cuestionario el que le da validez a la metodología cualitativa utilizada. Al contrario de esta creencia, los resultados y conclusiones de una investigación realizada con metodología cualitativa, si la muestra social ha sido bien elegida, han de contener las representaciones sociales que existen en el contexto social del que ha sido extraída. Bueno sería que cada vez que se diseña un cuestionario, porque hay necesidad de medir el objeto de estudio, se hubiera realizado previamente una investigación cualitativa para saber qué hay que preguntar, pero eso no quiere decir que toda técnica cualitativa deba seguirse de la construcción de un cuestionario. La mayoría de investigaciones cualitativas que se hacen, en el ámbito de la salud o fuera de él, no precisan de la cuantificación de lo encontrado y sus informes son válidos para plantear las medidas correctoras de los problemas que se han estudiado con ellas.

Otro mito sobre la metodología cualitativa es que es propia del ámbito de la promoción de la salud, suponemos que porque es la que trabaja con la población «sana». Sin embargo, con la metodología cualitativa se pueden investigar objetivos relacionados con todos los aspectos de la salud y la enfermedad, relativos a la planificación y gestión sanitaria, a las vivencias de las personas aquejadas por una enfermedad o por deter-

minados factores de riesgo, a las relaciones entre los profesionales sanitarios y los sujetos a los que atienden, etcétera. Aunque también es un mito pensar que la metodología cualitativa es un trabajo propio del terreno de la enfermería, en este caso tenemos que reconocer el mayor esfuerzo que han hecho estos profesionales para aprender y aplicar esta metodología. Buen ejemplo de ello es la revista *Index de enfermería*, en la que la mayor parte de los trabajos que se publican están realizados con metodología cualitativa. Ello merece nuestra felicitación, sin dejar de insistir, como en el punto anterior que se puede aplicar a cualquier nivel del ámbito de la salud y la enfermedad en el que interese conocer la experiencia de sus protagonistas como sujetos. En cualquier caso, parece que ambos mitos están relacionados entre sí y los dos a su vez con la opinión que de la metodología cualitativa se tiene, porque así como el trabajo de promoción de la salud está desprestigiado con respecto al de la curación de la enfermedad, el trabajo de enfermería lo está con respecto al trabajo de los médicos, de la misma forma que la metodología cualitativa es considerada menos válida que la cuantitativa.

Un cuarto mito tiene que ver con la valoración que los positivistas hacen tanto sobre la forma de obtener los resultados en metodología cualitativa, equiparando interpretación con invención, como sobre la imposibilidad de inferencia de los mismos. Achacar a la subjetividad del investigador y a la de los sujetos que forman la muestra (cuando a ella no puede renunciar nadie) la falta de validez de los resultados de la metodología cualitativa es, entre otras cosas, negar que esta subjetividad también existe en los métodos cuantitativos, tanto por parte del investigador (cuando elige el tema de investigación, cuando elabora el cuestionario y cuando realiza el informe de resultados) como de los sujetos investigados (cuando deciden participar o no y cuando responden a las preguntas). De manera que descalificar la metodología cualitativa por basarse en la subjetividad que nos constituye es descalifi-

car a su vez la cuantitativa, ya que por más que lo pretendiera nunca nadie podrá prescindir de la subjetividad.

Por otra parte, es necesario no perder de vista que la inferencia estadística que la epidemiología utiliza para generalizar a la población los resultados encontrados en sus muestras, no deja de ser el cálculo de una probabilidad, y así, el conocimiento obtenido en una muestra de individuos tampoco se puede asegurar que se dé en la población de referencia sino en términos de posibilidad, algo que sólo podríamos superar repitiendo las medidas en todas y cada una de las personas que forman la población a la cual se infieren los resultados encontrados. Y es a causa de esta forma de inferir los resultados por parte de la metodología cuantitativa que también se rechaza la validez de los resultados de la investigación cualitativa, debido a la falta de representatividad estadística de las personas que forman sus muestras. La representatividad de la muestra cualitativa es estructural, es decir representa la estructura de las relaciones que se dan en el grupo social que se estudia, y de la misma forma que un investigador con metodología cualitativa no puede achacar a un estudio cuantitativo falta de validez porque carece de esta representatividad estructural (dado que no hay relaciones entre los individuos estudiados con metodología cuantitativa), el investigador que utiliza la metodología cuantitativa tampoco puede hacer lo contrario. Son dos metodologías diferentes porque trabajan con «géneros» distintos (las separa la misma distancia que separa la épica, o narración de los hechos, de la tragedia, o puesta en escena de las acciones a través del lenguaje), y ninguna de las dos puede ser autoreferente a la hora de criticar a la otra. En cualquier caso, tanto los partidarios de la investigación cualitativa, como los de la cuantitativa, e incluso los que entendemos que ambas son necesarias, debemos ser conscientes de que con ninguna de ellas, ni juntas ni por separado, podremos llegar nunca a la totalidad del conocimiento de ninguna realidad, sólo podremos acercarnos más a ella, pero nunca

estaremos en posesión de su conocimiento absoluto, por mucho que utilicemos la ciencia, la técnica o el pensamiento. Con cada una obtendremos siempre una imagen cubista del aspecto de la realidad estudiado, modelos para seguir avanzando. Es por ello que personalmente no soy partidaria de decir que las perspectivas cuantitativas y cualitativas son complementarias, en todo caso entre ambas podrán sumar conocimiento, pero nunca completarán el de ninguna realidad.

Para concluir, dado que en nuestro medio existen dos modalidades de investigación cualitativa, la procedente de nuestro país y la del ámbito anglosajón, este monográfico incluye trabajos basados en una o en otra, por lo que los lectores encontrarán criterios diferentes en sus contenidos. Sin embargo, personalmente animo a las personas interesadas en la metodología cualitativa, a leer los textos de Jesús Ibáñez^{1-3,20,21}, Alfonso Ortíz^{7,9}, Fernando Conde^{8,22,23}, Francisco Pereña^{24,25}, Anselmo Peinado²⁶, Luis Enrique Alonso²⁷ y un largo etcétera de investigadores, así como también animo a aprender a realizar una investigación cualitativa que no precisa de guiones de preguntas o unidades de sentido prefijadas, porque lo que interesa en metodología cualitativa no es buscarlas sino encontrarlas.

Presentamos así este número monográfico de la Revista Española de Salud Pública dedicado a la Investigación Cualitativa. La acogida de su edición fue realmente positiva a juzgar por el número de artículos originales que se recibieron para participar, treinta y cuatro, de los cuales tres eran de Andalucía, dos de Castilla la Mancha, dos de Cataluña, uno de Extremadura, nueve de Madrid, seis de la Comunidad Valenciana, uno de Islas Baleares, uno de Murcia, uno de Navarra, uno de Argentina, dos de Colombia, dos de México y uno de Perú. De ellos se publican cinco de Madrid, uno de Cataluña, uno de Islas Baleares, dos de la Comunidad Valenciana, y uno de Navarra.

Como miembro del Comité de Redacción quiero manifestar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado y colaborado en la edición de este número, incluyendo a los autores y autoras de las Colaboraciones Especiales, que con sus aportaciones contribuirán al conocimiento de la metodología cualitativa y a su promoción y desarrollo en el ámbito de la salud. A los autores y autoras que enviaron sus Originales, hayan sido o no aceptados para su publicación. Muy especialmente agradecemos su trabajo a todos los evaluadores y evaluadoras que han revisado los artículos, cuya relación figura al final de este número, algunos de cuyos informes merecerían ser publicados. Su número demuestra que no hay ninguna dificultad para encontrar personas que evalúen trabajos de investigación sobre la salud realizados con metodología cualitativa cuando éstos se dirigen a una revista de salud pública, por lo que también animamos a los lectores de este editorial a que continúen enviándonos los trabajos realizados con esta metodología. Próximamente coordinaremos un número monográfico sobre metodología epidemiológica y esperamos que esa nueva experiencia sea tan grata como ha sido esta primera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez J. Autobiografía. (Los años de aprendizaje de Jesús Ibáñez). *Anthropos* 1990; núm. 113: 9-25.
2. Ibáñez J. Del algoritmo al sujeto. Madrid: Siglo XXI; 1985.
3. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El Grupo de Discusión: teoría y crítica Madrid: Siglo XXI; 1986.
4. Argullol R. Tres miradas sobre el arte. Madrid: Destino; 2002.
5. Freud S. Introducción al psicoanálisis. Madrid: Alianza Editorial; 1967. p. 411.
6. Guiraud P. La significación: forma y sustancia del signo. En: *La semiología*. México: Siglo XXI; 1991. p. 33-60.
7. Ortí A. El proceso de investigación de la conducta como proceso integral: complementariedad de las técnicas cuantitativas y de las prácticas cualitativas en el análisis de las drogodependencias. En: *Las drogodependencias: perspectivas actuales*. Primer Encuentro Nacional sobre Sociología y Drogodependencias. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología; 1991. p. 150-201.
8. Conde F. Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la Investigación Social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas. *Rev Esp Invest Social* 1987; 39: 213-24.
9. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En: *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 171-203.
10. Ibáñez J. Perspectivas de la Investigación Social: el diseño en las tres perspectivas. En: *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 49-83.
11. Beltrán M. Cinco vías de acceso a la realidad social. En: *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 17-47.
12. Gil Nebot M, Estrada Ballesteros C, Pires Alcalde ML y Aguirre Martín-Gil R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76: 451-459.
13. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. *Las Representaciones Sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 45. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.
14. Consejería de salud. *Actitudes ante el asma. Los asmáticos y los profesionales opinan*. Madrid: Consejería de salud; 1994. Documentos técnicos de salud pública, núm. 17.
15. Consejería de salud. *Discurso del personal sanitario de la Comunidad de Madrid en torno a la infección por el VIH/Sida*. Madrid: Consejería de salud; 1992. Documentos técnicos de salud pública, núm. 11.
16. Pérez Andrés C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. *Rev Sanid Híg Pública* 1995; 69: 79-88.

17. Consejería de salud. Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid: Percepción de los padres del riesgo de accidente. Madrid: Consejería de salud; 1993. Documentos técnicos de salud pública, núm. 35.
18. Garay Uriarte A, Iñiguez Rueda L, Martínez González M, Muñoz Justicia J, Pallarès Segura S y Vázquez Sixto F. Evaluación cualitativa del Sistema de recogida de sangre en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 437-450.
19. Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev Esp Salud Pública* 2000; 319-21.
20. Ibáñez J. El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI; 1994.
21. Ibáñez J. Por una sociología de la vida cotidiana. Madrid: Siglo XXI; 1994.
22. Conde Gutiérrez F. Las perspectivas metodológicas cualitativas y cuantitativas en el contexto de la Historia de las Ciencias. En: *Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Delgado JM y Gutiérrez J editores. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 53-68.
23. Conde Gutiérrez F. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: procesos de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. En: *Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Delgado JM y Gutiérrez J editores. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 100-119.
24. Pereña F. Hablar es un equívoco. *Anthropos* 1990; núm 113:56-8.
25. Pereña F. Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En: *Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Delgado JM y Gutiérrez J editores. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 465-479.
26. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: *Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Delgado JM y Gutiérrez J editores. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 287-316.
27. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ESPAÑA: DE LA VIDA POLÍTICA AL MALTRATO DEL SENTIDO****Anselmo Peinado**

DEIK, Estudios Sociales. Madrid

RESUMEN

En los años sesenta surge en España una corriente de reflexión sociológica que constituye la (mal llamada) metodología cualitativa en nuestro país. Paradoja viva, pues la libertad con la que se erigió ese edificio teórico y metodológico nació precisamente de la falta de libertad política y de pensamiento de aquellos años terribles. Contra el saber oficial, y alejada también de toda ortodoxia de la «contestación», fue articulando una reflexión viva y problemática de la realidad social, concebida como teoría crítica. Nada debe en sus presupuestos, en sus hallazgos, en su formulación..., a la sociología anglosajona que predominaba en aquellos años, o a la que nos ha ido llegando posteriormente. Contra el dato y su reificación imaginaria, esta metodología propuso de modo radical un giro de la perspectiva de la investigación hacia el lenguaje, entendido como discurso social, en el sentido fuerte del concepto, y no como mera colección de enunciados, alejándose también de las concepciones más o menos subjetivistas del sentido. Contra el saber disciplinar entendió la investigación como un cruce de caminos que aborda una tarea inacabable porque su cierre es imposible desde un punto de vista lógico. Propuso entonces la escucha del sentido, que nunca coincide con la significación, e incluyó el análisis de la enunciación para comprenderlo... Hablamos de una corriente completamente autóctona y perfectamente fundamentada en sus niveles epistemológico, metodológico, y técnico, cuya pervivencia hoy día es más que dudosa: se disuelve en el saber universitario, en el interior del magma de las citas de autores, corrientes y disciplinas. Se pervierte en su aplicación comercial, donde la discontinuidad parece ya asegurada, en beneficio del discurso del marketing; y corre el riesgo de perder toda vigencia en áreas sociales de estudio (como la Salud), donde entran perspectivas anglosajonas más pobres, sin encontrar —al parecer— la menor resistencia crítica.

Palabras clave: Investigación Cualitativa. Salud Pública. Sociología. Ciencias Sociales.

Correspondencia:
Anselmo Peinado
DEIK Estudios Sociales
Modesto la Fuente, 61 1.º Dcha.
28003 Madrid
Correo electrónico: deik@wanadoo.es

ABSTRACT**Qualitative Research in Spain: from Political Life to Maltreatment of the Sense**

A current of sociological thought came into being in Spain in the sixties consisting of what is known by the ill-defined term of qualitative methodology in our country. A blatant paradox, as the freedom with which this theoretical and methodological building would be erected was born precisely out of a lack of political freedom and freedom of thought of those dreadful years. Countering the official body of knowledge and also removed from all "protest" orthodoxy, a vivid, problematical reflection of the society's true situation conceived as critical theory took shape. It is in no way owing, as regards its assumptions, its findings or its formulations, to either English-U.S. sociology, which was predominant at the time, or to that which would later progressively make its way to us. Taking exception to data and the imaginary all-powerful importance thereof, this methodology propounded a radical turnaround of the perspective of this research to focus on language, understood as the social discourse, in the powerful sense of the word, and not as a mere set of statements, also moving away from the more or less subjectivist conceptions of the meaning. Opposing the body of knowledge of this discipline, it construed research as a crossroads, undertaking an endless task, as it is impossible to complete from a logical point of view. It then propounded listening to the sense, which is never the same as the meaning, and includes the analysis of the wording used for a full understanding thereof... This is a totally autochthonous current perfectly well-founded at its epistemological, methodological and technical levels, the continuing survival today of which is more than uncertain, as it dissolves into the body of university knowledge, into the ongoing flow of the quotes of authors, currents and disciplines. It is corrupted in its commercial use, where its discontinuance now seems assured in benefit of the marketing discourse, and it is running the risk of becoming completely useless in social areas of study (such as Health), where poorer English-U.S. perspectives are coming into play without apparently meeting with the least critical opposition.

Keywords: Qualitative Research. Spain. Public Health. Sociology. Social Sciences.

INTRODUCCIÓN

Quizá nos encontremos en el momento de mayor auge de la investigación cualitativa en España. Quién lo hubiera dicho en sus inicios, en los años sesenta, cuando era una completa novedad. Pero quizá también sea éste uno de los momentos de menor fertilidad y, si pensamos en esa rica corriente autóctona que se inició entonces, el inicio de un declive que podría llegar a ser definitivo. El lector no demasiado familiarizado con lo que ha sido la trayectoria de esta metodología en nuestro país podría pensar que exageramos, al menos en lo que se refiere a la afirmación sobre su fertilidad. Distintos factores podrían avalar esta extrañeza: de hecho, la mal llamada investigación cualitativa se encuentra plenamente asentada en los mercados de la investigación empírica; en los últimos años han llegado a las librerías toda una serie de textos sobre esta metodología, desde manuales a libros que combinan la reflexión académica con aquella otra que se derivaría de la experiencia profesional. Por otra parte, se está abriendo paso en el seno de las llamadas Ciencias de la Salud, por referirnos particularmente al ámbito de conocimiento en que se mueve esta revista, terreno en el que hasta anteaer dominaba una concepción puramente biomédica. La propia publicación de este monográfico podría entenderse como una prueba de su vitalidad... Siendo así, ¿por qué albergar ningún reparo, ningún temor acerca de su futuro? Para entenderlo (para explicarnos) quizá debiéramos comenzar, como en tantas ocasiones, por el principio; sólo que en este caso no es demasiado relevante la cronología, aunque sí la temporalidad, esa dimensión de la vida de las sociedades tan difícil de aprehender por las disciplinas que las estudian.

UNA HISTORIA PROPIA

La llamada investigación cualitativa surgió en España en unas condiciones históricas muy concretas. No es tan fácil separar,

con todo, lo que hubo en ello de contingente, de lo que constituyeron las condiciones de su impulso. Tras la Guerra Civil, a la muerte física le siguió la muerte social. La historia intelectual de la España de nuestros días es hija de aquellos años de plomo; la depuración de funcionarios, que se ensañó particularmente con la enseñanza, vació las universidades de todo pensamiento, y disciplinas enteras (así el Psicoanálisis como las Ciencias Sociales) desaparecieron del panorama social español, condenadas a un literal ostracismo, y hubieron de aguardar largos años a que llegara el momento de su refundación. Se impuso la discontinuidad. El Régimen necesitaba un «Saber» oficial que, en el campo de la Sociología —tardíamente reinstitucionalizada, pues se la veía en cualquier caso como un saber sospechoso— se consiguió mediante la importación masiva y acrítica de la «nueva ciencia sociológica», o de la «sociología científica moderna», estadounidense, por supuesto. La constante en cualquiera de sus denominaciones era la apelación a la Ciencia: ella garantizaba una «ciencia» social compatible con el *statu quo*, ajena a cualquier veleidad de cambio social, avalada y garantizada por el prestigio apolítico («objetivo») de la Ciencia. Pero esto no vino sino a mostrar, bajo la forma de la negación, que pensamiento y política se encontraban inextricablemente unidos; también, naturalmente, para la disidencia. Esta historia se ha contado en alguna ocasión¹, por lo que no merece la pena que nos detengamos en ella. Lo que interesa a nuestro propósito aquí es señalar que esa disidencia fue siempre a la vez intelectual y política, apasionadamente política e intelectual, pues el deseo de saber requería sacudirse de los hombros el plúmbeo saber oficial, y el deseo de libertad política necesitaba de un pensamiento que se abriese a la transformación social.

La investigación cualitativa española surge, efectivamente, en el ámbito de la contestación antifranquista; pero no en el seno de la ortodoxia comunista, sino de la mano de un incipiente movimiento estudiantil, algu-

nos de cuyos miembros encontraron en este terreno una tarea profesional. Su referencia fue el Frente de Liberación Popular (FLP, más conocido en aquellos años por *el Felipe*). De ahí proceden Jesús Ibáñez, José Luis Zárraga o Francisco Pereña, quien se incorpora a la investigación a raíz de la represión policial. Alfonso Ortí y Angel de Lucas eran cercanos a esa misma posición política.

Esto, a nuestro entender, constituyó una singularidad del modo en que se fraguó la investigación cualitativa en nuestro país: lejos de toda doxa, la investigación cualitativa surge como fruto del deseo de aprehender la realidad, sin perder el carácter siempre problemático de la indagación y del pensamiento. Fueron el deseo de saber y el afán de pensar los que llevaron a una reflexión que nada tenía que ver con la sociología anglosajona, oficial o no. Ni siquiera es la sociología la disciplina que proporciona el grueso de los materiales para esta reflexión; estaba, naturalmente, Marx; pero también Weber, la filosofía, la lingüística, la semiótica, la lógica, el psicoanálisis... Diversidad de corrientes, de disciplinas, de autores... que no encontraban en la Universidad de la época su morada natural. Lo más interesante de este trabajo fue que no concluyó en el mero eclecticismo, y sorteó los riesgos del autodidactismo para crear una posición propia y necesariamente autóctona. No fue, tampoco, una reflexión académica, pues la Academia estuvo durante mucho tiempo vedada a este pensamiento y sus puertas cerradas a quienes en él se afanaban; era la urgencia del pensamiento sobre la vida la que guiaba esta reflexión, y fue la urgencia de la vida —en su sentido más literal— la que llevó a algunos de ellos a tener que ganársela en empresas de investigación de mercado, donde se puso a punto la técnica del grupo de discusión, y se desarrolló la metodología cualitativa, confrontadas ambas a la práctica de la investigación, a la necesidad de responder a la demanda con un análisis concreto. Nunca fue, entonces, una sociología abstracta, pero tampoco una mera práctica profesional, porque jamás ésta hizo olvidar la necesidad de

pensar la investigación como una práctica antes que nada social, y en esa medida, crítica. Jesús Ibáñez siempre insistió en la necesidad del carácter crítico de la teoría social. Este verano se ha cumplido el décimo aniversario de su muerte. Desde aquí queremos hacer patente nuestro emocionado recuerdo del hombre y del intelectual. Fue él quien dio cabida en la investigación de mercados a ese grupo de disidentes políticos a que nos hemos referido antes. Alguna vez habrá que pensar con mayor detenimiento en la aparente paradoja de que fueran precisamente los «rojos» quienes levantasen este edificio teórico y metodológico («entre todos inventamos el grupo de discusión», ha dicho Ibáñez²), y quienes proporcionasen al mercado una de sus herramientas de investigación (y en ese sentido, de manipulación) más estimables. Visto con el tiempo, podría decirse que fue esa disidencia intelectual y política la condición necesaria de la robustez y la eficacia de esta metodología, pues si hay teoría social ésta sólo puede ser crítica, ya que el sociólogo (el investigador social, sea cual sea su formación disciplinaria) sólo puede serlo dando testimonio de los discursos sociales, del funcionamiento en cada momento histórico y cultural del lazo social, lo que no se puede hacer desde la posición de un pensamiento cómodamente establecido en las instituciones y complacido y complaciente con las verdades oficiales de ningún signo. La crítica es el anverso de la moneda de este tipo de investigación; su reverso es la capacidad de manipulación social que proporciona a quien tiene el poder de usarla (esto es: a quien tiene poder; y esto vale tanto para el *márketing* del consumo, cuanto para el establecimiento de políticas públicas. Con todo, no hay que caer en la ingenuidad de creer que el poder puede ejercerse de modo omnímodo, sin investigación o con ella). No conviene olvidar que la investigación cualitativa respondió a una demanda del cambio económico y social. El consumo aparece en el horizonte de una España que tiene todavía un recuerdo muy reciente de su pobreza. La hora del cambio interroga a nuevas metodologías que nada

tengan que ver con la estupidez oficial, lo que constituye entonces una de las condiciones de posibilidad de su desarrollo.

Algunos de aquellos disidentes lograron finalmente volver a la Universidad. Jesús Ibáñez llegó a ser catedrático de Sociología. Allí escribió —fue su tesis doctoral— un libro de saber enciclopédico titulado *Más allá de la Sociología*³. En él trabajó los fundamentos de la metodología cualitativa (que prefería denominar *estructural*) en sus aspectos epistemológicos, metodológicos y tecnológicos, y puso en cuestión los fundamentos de la sociología. El título no es casual: no proviene de ningún designio del marketing editorial, pero tampoco, como puede comprenderse, del saber académico. Lo que el título sugiere («... el título se lo puso Pereña: yo, que había rotulado tantas cosas, no fui capaz de rotularme a mí mismo.»)², y el libro aborda es la construcción de lo que Ibáñez denominó un *paradigma complejo* de la investigación social, capaz de abordar la complejidad del mundo social. Está escrito a la manera muy personal de Ibáñez, quien gustaba definirse como un «bricoleur»: «Cuando cito a un autor, lo cito como “bricoleur”: no para reconstruir su pensamiento sino para, deconstruyéndolo, construir el mío²». Y el libro, en verdad, está lleno de referencias a todos aquellos materiales y autores con los que había construido su pensamiento.

UN SABER INACABABLE

Atractivo y sugerente siempre, incluso en aquello de lo que uno puede disentir (el libro no está elaborado para conseguir el asentimiento, como tampoco lo está desde la predicación, sino desde la búsqueda), *Más allá de la sociología* representa el pensamiento de su autor, antes que el de una escuela. Pero hay algo, a lo que el título apunta, que da cuenta también de una actitud, presente desde el inicio en esa manera de darse un pensamiento propio, de cuantos contribuyeron a alzar el edificio de esta metodología:

el levantamiento de la clausura disciplinaria, la indagación en los márgenes o en los «intersticios» de las disciplinas, precisamente para desvelar aquello que el velo disciplinar oculta. No se trataba tampoco de complementar las perspectivas en un juego interdisciplinar o multidisciplinar como estaba de moda sugerir hace algunos años. La yuxtaposición de disciplinas nunca reconstruye un todo, pues el Todo es siempre inaccesible. De lo que se trata más bien es de trabajar en las encrucijadas como lugares de paso y comunicación, en los límites, en los vacíos⁴. De colocarse en un cruce de discursos, en una posición de apertura radical, esto es: renunciando a toda tentación de producir un cierre que sabemos imposible desde Gödel.

Producir un cierre en un sistema formal como es una teoría, es lógicamente imposible. Gödel lo demostró formulando su principio de incompletitud; según éste una teoría no puede ser consistente (esto es: todas sus expresiones son verdaderas) y, a la vez, completa (esto es: todas sus expresiones verdaderas pueden ser probadas). Tiene que haber en él al menos una expresión que no pueda ser probada, aun siendo verdadera. Esta formulación supuso un mazazo a las aspiraciones del pensamiento científico de la época, que creía poder acercarse a la verdad de modo completo y paulatino, en una tarea que, al menos en principio, podría llegar a tener un final. Después de Gödel sabemos que se trata de una tarea inacabable, pues para superar los límites del principio formulado por este autor, sólo cabe incluir el sistema afectado por este principio (cualquier sistema formal), en otro que lo incluya, que dejará al menos una expresión sin probar, y requerirá un meta-sistema que lo incluya a su vez, y así hasta el infinito.

Sostener esta posición (es decir, sostenerse en ella sin marearse) requiere algo más que el escrupuloso cumplimiento de los protocolos científicos al uso. Se necesita el valor de aceptar que el conocimiento es una empresa inacabable que exige un compro-

miso personal, y no un mero oficio que pueda ser ejercido rutina a rutina. Además, si hablamos de ciencia, ¿de qué ciencia estamos hablando? Desde sus inicios, la sociología (en realidad, todas las ciencias sociales) ha pretendido conseguir para su actividad la garantía o el marchamo de la Ciencia. Pero este aval así demandado atiende antes a razones de pertenencia que a razones lógicas. De lo que se trata, en definitiva, identificando Ciencia y Razón, es de no quedar fuera de ésta o, dicho de otra manera, de no quedar excluidos del mundo contemporáneo, que ha erigido a la Ciencia en el paradigma del modo de conocimiento verdadero olvidando dos cosas: los propios desarrollos de la física moderna, que introducen en el esquema clásico la necesidad de abordar el papel del observador de un modo radical en la observación (de manera que el mundo exterior ya no sería preexistente a la observación, al modo en que se concebía en la ciencia newtoniana). Y la diferente naturaleza y complejidad de los sistemas observados. El intento de cuantificar el mundo como expresión del verdadero conocimiento ha causado problemas en las ciencias sociales, tanto como en aquellas disciplinas, distintas de las ciencias físicas, que se ocupan también del mundo natural (sistemas geológicos, biológicos...). Al mismo lord Kelvin se le atribuye la afirmación de que había científicos —los físicos— que expresaban su saber en números, y que los demás eran «coleccionistas de sellos», refiriéndose de este modo despectivo a quienes practicaban disciplinas todavía nacientes, como la biología o la geología, incapaces de medir como lo hace la física⁵.

DE LAS COSAS A LAS PALABRAS

Las ciencias sociales no se han resistido a inscribir su actividad en el campo de la Razón (esto es, de la Ciencia), aunque para ello hayan debido subordinar a la medición la complejidad de los procesos que estudiaban. La máxima ha sido expresar en números y dejar fuera de su campo de conocimiento

todo aquello que se resistiese a la medida. Hoy día es corriente la operación de medir no ya aquello que es pertinente, sino de hacer pertinente lo que es medible (lo que recuerda al chiste del borracho noctámbulo que buscaba bajo una farola sus llaves extraviadas, sólo porque allí había luz). Y se ha perseguido la manera de cumplir con todos los requisitos de construcción de teorías propios de las ciencias de la naturaleza, forzándolos y distorsionándolos cuanto fuera preciso, para que finalmente la naturaleza de los sistemas a los que se aplican las ciencias sociales y los procedimientos de la Ciencia, concebidos ya como universales, se adecuaran perfectamente los unos a los otros. El artificio de estos intentos no parece haber, con todo, descorazonado a quienes profesan esta fe. Según Fraser⁶, la perfecta adecuación del número para la descripción de procesos físicos resulta del hecho de que, mediante las reglas de la matemática, la mente da cuenta de sus propios *umwelts* —la parte circunscrita y significativa de un medio para una especie— temporales inferiores, «esos que comparte con el conjunto de los mundos atemporales, prototemporales y eotemporales». Y continúa: «Es el primitivismo de las raíces de las matemáticas lo que garantiza su pasmosa universalidad, su poder y su belleza. Es el mismo primitivismo el que hace que las herramientas matemáticas se vayan haciendo inservibles para abordar la causalidad biológica, noética e histórica. Según nos elevamos por los niveles integrativos de la naturaleza, de la materia a la vida, al hombre y a la sociedad, el mundo se va haciendo más impredecible —no por ignorancia nuestra, sino intrínsecamente—.»

Al igual que sucedió en otros lugares, en España la investigación cualitativa hubo de abrirse camino ante la resistencia de la sociología oficial que apostaba por el dato como único producto objetivo de una ciencia social. Dejando ahora de lado cómo se haya producido tal dato (lo cual no es irrelevante) en el estudio de las sociedades encontramos, en el mejor de los casos, correlaciones estadísticas, y no relaciones causales

en el sentido fuerte que este término toma en las ciencias naturales; de manera que el dato requiere una interpretación, abre una pregunta por su sentido. Y si tal sentido no se pretende producir como un mero cierre imaginario, es necesario que advenga como resultado de una escucha. Esto cambia totalmente la perspectiva de la investigación, y produce un desplazamiento de la misma hacia los discursos sociales. Que esta perspectiva y la cuantitativa sean o no complementarias constituye el núcleo de una discusión inacabada y, probablemente, inacabable. Aceptar la complementariedad suele ser una salida de compromiso para poner paz en este duelo, pero difícilmente aclara la naturaleza misma de la discusión. Naturalmente, en un sentido trivial ambas metodologías son complementarias (se pueden analizar datos y discursos, como parte de una misma investigación). No son, desde luego, complementarias si lo que con ello se pretende señalar es que cada una ofrece un *sentido*, y que su suma nos daría, por acumulación de perspectivas que enriquecerían el objeto, un sentido más completo del fenómeno estudiado. Esta cuestión de las perspectivas no deja de tener un interés metodológico y epistemológico del que no podemos hacernos cargo en estas páginas. Baste señalar que si cada metodología produce su propio objeto, algo similar podría decirse de las técnicas, con lo que criterios como el de la «triangulación» habrían de ser reexaminados en la perspectiva de la imposibilidad lógica de hallar espacios de traducción de unos «datos» a otros.

EL DISCURSO COMO VÍNCULO SOCIAL

Si nos interesa señalar aquí que el problema de la interpretación requiere situar correctamente también el problema de la investigación. La investigación cualitativa, tal como la concibe la tradición a la que nos estamos refiriendo, implica, como hemos apuntado, tomar como objeto privilegiado del análisis el propio lenguaje en su dimen-

sión de discurso social. Discurso social entendido siempre en sentido fuerte, no como información, ni como acto de comunicación. No se trata, en efecto, de estudiar una realidad de la que el discurso nos informaría —como si los fenómenos sociales fueran cosas y las palabras un calco de ellas—, sino de comprender cómo el discurso configura la realidad social. La lengua es, como decía Benveniste, el interpretante de la sociedad, lo que significa «primero y desde el punto de vista del todo literal, hacer existir lo interpretado y transformarlo en noción inteligible»⁷; así —continúa este autor—, sería posible investigar la lengua aislándola de la sociedad, mientras que estudiar esta última sin la lengua supondría una operación impensable. El discurso social no constituye, entonces, una manera de referirse mediante palabras a una realidad social extralingüística, sino un modo de regular el funcionamiento social mediante flujos simbólicos: en el modo de pensar social no está presente tan sólo el empuje a la comunicación, sino toda una institucionalización simbólica que organiza la relación con el otro, que instituye representaciones que garantizan el enlace con el otro, sin las cuales la presencia de éste sería del todo insoportable. Una sociedad sin discurso social sería, más que el reino de la barbarie, simplemente impensable. Discurso social equivale, entonces, a vínculo social —seguimos aquí a Pereña—, ya que es antes que nada una función que organiza de modo sistemático los significantes sometiéndolos a relaciones regidas por identificaciones e ideales colectivos, y estableciendo de esta manera el ser social de todo sujeto⁸. Éstos pueden circular en relación a los otros e integrarse en una colectividad gracias al triunfo de las identificaciones (y eso ya es discurso). Hay que entenderlo en su total radicalidad: el animal humano viene a un mundo que no tiene para él instrucciones de uso; carece del programa genético que permite al animal ser inteligibilidad pura. Depende del otro desde su comienzo, de tal manera que antes incluso que su propio cuerpo (todavía no organizado) se puede decir que es el Otro su primera instancia de

relación con el mundo; lejos de regirse por el instinto («manual de instrucciones» del ser vivo no hablante), ha de hacerlo por la demanda, que implica ya la palabra: se pide con los significantes del otro, y no hay más «instrucciones» que las que vienen del Otro. El lenguaje es, entonces, para el hombre, una segunda naturaleza, en su acepción radical: en el sentido de que la Naturaleza es algo de lo que el hombre está irremediablemente separado, perdido para él, y en el de que ningún individuo humano puede «erradicarse» del lenguaje. Otra cosa muy distinta es que exista una adecuación completa entre el lenguaje y el viviente. Hay, por el contrario, falta de adecuación que la propia palabra trata de suplir, suplencia que constituye toda una tarea que cristaliza bajo la forma de discurso, pues la relación con los otros nunca viene dada de antemano⁹.

El lenguaje al que nos referimos no es, como puede verse, un mero instrumento de comunicación, voz de una realidad distinta que serían las ideas. Por el contrario, es el campo mismo de las ideas, previamente organizadas para todo individuo humano como discurso; es, esencialmente, el modo humano de vínculo entre seres humanos, el vínculo social mismo.

Pues el sentido no viene dado, hay que construirlo, y esta tarea es permanente e inacabable: está condenada al fracaso a la par que es estructuralmente necesaria; esa es su paradoja. Hay siempre, por un lado, un fracaso subjetivo, pues nunca el sujeto consigue reunirse con sus identificaciones. Más precisamente, el sujeto sería efecto de la falta de coincidencia con sus identificaciones. Hay también un fracaso social, pues el carácter radicalmente intolerable de la diferencia (el real del Otro) nunca es completamente absorbido y neutralizado por los ideales⁸. Por esta razón no se puede entender el discurso social como una colección de enunciados más o menos estructurados: tiene su cara y su cruz, lo que dice y lo no dicho que lo determina.

No conviene confundir el discurso social (entendido como vínculo social) con el discurso oficial. Es verdad que el Estado (o la religión) se dan siempre como tarea suplir aquello de lo que el ser humano carece: el instinto y la palabra definitiva. Y que esta labor de suplencia aspira a conseguir el acuerdo de los sujetos parlantes en un todo de sentido conforme a un determinado deber ser. Pero —todos somos testigos de ello—, este proyecto nunca se consigue plenamente, es igualmente inacabable por muy tenaz que sea el empeño. De éste encontraremos sus huellas en el discurso social, tanto en lo dicho como en lo no dicho, pero salvo en situaciones históricas excepcionales, nunca habrá adecuación plena.

El discurso social es siempre, pues, un «proyecto» en permanente construcción y reconstrucción. No es fijo e inalterable. No existe la significación definitiva; pero a la vez el discurso aspira a ella, de tal manera que, en cada ocasión, en el análisis de cada discurso particular, debiéramos poder encontrar la huella, a la vez, de tal aspiración (el modo en que trata de darse el estatuto de cierre de sentido, de significación definitiva), y de lo que falla en ella. La razón de que el discurso sea susceptible de cambio tiene que ver precisamente con el sentido, con lo que el sentido es o, más precisamente, con lo que no es. Sentido y significación no coinciden. Se trata de una ya antigua distinción formal que proviene de la obra de Frege, y que ha sido ampliamente trabajada en lógica (Russell, Quine, Davidson...). En un lenguaje perfecto (en el sentido lógico de *conjunto perfecto de signos*) a cada expresión debería corresponder un sólo sentido; pero eso nunca es lo que sucede en los lenguajes naturales. El objeto que una expresión designa sería su significación o referencia (de ambas maneras se ha traducido *Be-deutung*). Sin embargo, dos expresiones diferentes pueden tener la misma referencia, pero distinto sentido (*Sinn*); éste último es el modo de concebir el objeto. Podemos sustituir, entonces, un signo por otro sin que se modifique la referencia; pero esta sustitu-

ción no deja inalterado el sentido. En el ejemplo clásico de Frege, el «lucero del alba» y el «lucero vespertino» tienen la misma referencia (Venus), pero su sentido no es el mismo. Como dice Frege, si sustituimos un término por otro, la referencia no cambia, pero sí el pensamiento. Un lenguaje en el que significación y sentido coincidiesen funcionaría como un código; es el ideal lógico, pero no la realidad de los lenguajes naturales. Y si estos últimos funcionasen como un código, el mundo cabría en un diccionario, y no habría cambio de sentido. Pero puesto que sentido y significación no coinciden, aquél no cabe explicarlo como cosa, ni puede ser sometido a cálculo o a programación alguna. Esto es lo que nos importa de esta distinción, pues implica una determinada «posición» de la interpretación respecto del sentido. Lo primero que cabe señalar a este respecto es que el sentido no es inmediato, puesto que no viene dado de antemano, lo que determina la evidencia de que haya que hablar, y hablar tanto, para ponerse de acuerdo sobre cualquier cosa. Pero eso no significa que sea relativo, de modo que el objeto se complete por la variedad de las perspectivas. ¿Proviene, entonces, el sentido, del yo? En tal caso habría que aceptar un cierto solipsismo del sentido que arruinaría toda posibilidad de comunicación entre seres hablantes. No, no hay creación individual de sentido cuando nos referimos al discurso social. Cada individuo o grupo social se expresa a su manera, «escoge» en el acervo lingüístico común su propia manera de expresarse; pero su decir no es gratuito, ni pura creación de sentido: está sobreterminado por el discurso social, de manera que cuando habla, reproduce, como efecto de la identificación y si ésta funciona, la unidad social de sentido, antes que producir un sentido propio e individual. El sentido tiene carácter público. Es esto lo que explica que, a pesar de que la posibilidad combinatoria de los elementos de un lenguaje cualquiera sea prácticamente ilimitada, no suceda lo mismo con los predicados acerca de un determinado objeto social (cualquiera que sea éste; pensemos, por ejemplo, en la salud

misma), en una sociedad y una época determinadas. Las posibilidades de innovación lingüísticas vienen limitadas por el hecho de que es imposible introducir nuevos términos categoremáticos (palabras que significan seres, objetos, cualidades...) sin producir desplazamientos en campos semánticos ya organizados y socialmente sancionados, aquellos que constituyen el acervo social compartido. Lo cual no quiere decir que no haya cambio, que lo hay, sino que la producción del sentido no se aloja en el yo, no es individual. Si al hablar reproducimos la unidad social de sentido es porque funcionan las identificaciones; si éstas se quiebran, el resultado será el estallido del sentido. La posibilidad del cambio, y su éxito, viene dada por el hecho de que la cadena significativa tiene como condición no ser completa. El «shifter» de Jakobson es un elemento que fractura el código desde su interior (no hay código, pues), de manera que para decir «yo» el código ha de remitir al mensaje, y el enunciado a la enunciación.

Hay cambio en el discurso social, entonces, porque siempre hay algo que opera desde fuera del lenguaje mismo, porque la determinación del discurso es extradiscursiva; lo cual no quiere decir, por cierto, que sea el cambio en las *cosas* el que determine en estricta correspondencia el cambio en las *palabras*, pues el sentido de éstas requiere de su producción social: el acontecimiento ha de ser construido discursivamente. Pensemos en el 11-S, verdadero acontecimiento actual; la conmoción que supuso demandaba una reordenación del sentido, del discurso social, que diera cuenta de ello. Su sentido no era inmediato, no venía dado, sino que requería su construcción discursiva (y en ese proceso, que no afecta por cierto a un solo campo semántico, andamos). Un acontecimiento particularmente perturbador puede producir un estallido del discurso social tal que, en ese momento, encontremos una diversidad de sentidos. Pero ninguna sociedad puede tolerar una situación así por mucho tiempo, de manera que la propia diversidad demandará un discurso unificado, una

organización social del sentido que supere su fractura en una pluralidad de propuestas. De lo contrario, la violencia, la guerra, será el camino para suturar esa quiebra del sentido, a modo de una significación colectiva sellada por las armas: he aquí la grandeza y la miseria del discurso social.

Hay también, naturalmente, cambio en el discurso por la presión (interna al discurso social mismo) de propuestas discursivas nuevas que vienen a desplazar, en un tiempo diferente para cada caso, campos semánticos existentes. Es lo que ha sucedido, por ejemplo, en el campo de la salud con la presión de las concepciones de prevención y educación, que afectan a campos semánticos enteros referidos a comportamientos sociales consolidados, lo que inevitablemente «ralentiza» su incorporación al discurso social, y limita su eficacia. Este punto no deja de tener interés para ilustrar nuestra afirmación anterior respecto de la falta de coincidencia entre discurso oficial (lo es la idea de salud como prevención y educación) y discurso social, pues la integración del primero en el segundo no se produce a modo de una sustitución completa, sino que aquél es acogido parcialmente, a diferentes ritmos sus distintas propuestas, modificándose a la par que es hospedado, y produciéndose finalmente una fusión cuyo resultado no se corresponde del todo con la intención o el proyecto originales.

SENTIDO, CAMPOS SEMÁNTICOS Y ENUNCIACIÓN

¿Qué es, entonces, lo que la investigación cualitativa, en nuestra tradición, aborda? Habría que comenzar dejando claro que lo que en los manuales académicos se engloba bajo esa denominación es una gran cantidad de enfoques que tienen en común el hecho de que trabajan con los aspectos simbólicos de los fenómenos sociales y que emplean técnicas que no producen mediciones. Más allá de esto no hay sin embargo, necesariamente, grandes semejanzas. Lo que en el

uso común llamamos en España «investigación cualitativa» se refiere, nombrándolo con más propiedad, al análisis sociológico del discurso social (valga la expresión, pues también la semiótica ha tratado de los discursos), y toma al lenguaje común como material de análisis e interpretación. Puesto que no hay cierre discursivo, como hemos explicado más arriba, es imposible una macrosemiótica, una ciencia universal y estable de los signos que pudiera desvelarnos el discurso social bajo todas sus formas y condiciones. Lo que encontramos, por el contrario, es el sentido como efecto (no significaciones fijas), de donde se hace ineludible la investigación social; esto es: el análisis particular del modo en que toma forma, se estructura, el discurso social en un momento dado y en una sociedad dada: la escucha.

Naturalmente, la investigación no trabaja con todo el discurso social, tarea tan imposible como la de la macrosemiótica. Aquél se ofrece a la tarea del análisis bajo la forma de un material bruto y diverso que interpretamos a modo de campos semánticos particulares, acotados en torno a un determinado objeto discursivo (pongamos por caso, la salud); campos semánticos que nunca son autónomos, sino que guardan relaciones con campos contiguos, y se organizan jerárquicamente en relación con otros en los que se integran (pongamos por caso el tabaquismo, que guardará relación de dependencia necesariamente con el campo más amplio de la salud).

Pero si el sentido es efecto, y el lenguaje nunca es un código cerrado y acabado, y, más aún, si el discurso social es mudable, la organización social del discurso sólo podrá presentársenos como campos semánticos cuya organización es siempre contingente, formados por elementos y relaciones entre elementos, y articulados por alguno de tales elementos (lo que denominamos un eje sémico)¹⁰. La reconstrucción de esta estructura por el investigador es efecto de la escucha de la articulación de sentido: requiere escucha y no hay saber previo que pueda susti-

tuirlo. Cuando se hace desde presupuestos disciplinares, la escucha se arruina, y el análisis se pervierte, es sustituido por un saber supuesto de aplicación universal que, por cierto, acaba siempre confirmándose a sí mismo. El análisis, por el contrario, tiene una función *heurística* o de descubrimiento, no busca la confirmación de hipótesis (aunque de su aplicación pueda derivarse esto como mero subproducto) pues si algo busca es la escucha de la emergencia del sentido, en los modos singulares en que en cada caso se produce ésta.

No podemos detenernos aquí a examinar qué son los campos semánticos, o los ejes sé-micos. Pero sí debemos señalar aquellas características, que afectan a la concepción del análisis del discurso en que podemos reconocerlos. Cuando hablamos de campo semántico nos referimos siempre a una estructura, a un modo de organización del sentido; nunca a una colección de dichos prendidos en los alfileres de una clasificación, de una taxonomía. Pues hay estructura hay organización y jerarquía, que no es tampoco la de un árbol lógico, ya que no es lineal. Y esa estructura es siempre la propuesta analítica de un investigador, que se somete a una «verificación» interna en la medida en que ha de dar cuenta de los dichos con los que trabaja si quiere ser coherente. Puede, naturalmente, confrontarse con cualquier dato de la realidad referido al mismo asunto; pero será siempre la propuesta analítica e interpretativa de un investigador. En ese sentido el análisis tiene autoría, y la escritura no es ajena a la tarea ética de hacer ver sus recorridos, sus razonamientos, el trabajo del análisis. Este aspecto se nos antoja más importante que muchas de las prescripciones de validez («criterios de Guba» incluidos, al parecer de moda, en la actualidad, precisamente en el campo de los estudios de Salud) que menudean en los manuales y recetarios de investigación.

La insistencia en el papel del investigador no es gratuita. Significa que éste se convierte en el agente de una escucha, y no en el mero ejecutante de un cálculo. Difícilmente puede

haber cálculo (y análisis de contenido realizado mediante programas de ordenador, por tanto) cuando el sentido es efecto, no viene dado. Como dijimos antes, el discurso social no es una mera colección de dichos, sino efecto de una *violencia simbólica*, esto es, de un proceso de adecuación de las hablas sociales a un centro significativo que organiza el núcleo y delimita los contornos del discurso social. La *violencia simbólica* liga el proceso de sustitución metafórica a un centro, a un núcleo de sentido. El sujeto —cada sujeto e, incluso, cada grupo social— “elige” los significantes de los que hará uso, dispondrá de sus propios repertorios de estilo... Pero es “elegido” por la presión semántica, por el universo de sentido que es para él preexistente y que le constituye. Es ahí donde significante y significado vienen a articularse estratégica y provisionalmente como efecto de sentido (pues el signo, decimos, no es auto-subsistente). Conviene, entonces, detenerse un instante en un aspecto en el que el sentido común se engaña: si toda producción discursiva implica sustitución de significantes e intento de acoplamiento del sentido y la significación (siempre incompleto), el sujeto no sabe lo que dice; cuando hablamos, no sabemos lo que decimos, pues no somos dueños de la estructura que genera nuestro decir. También por eso decimos, nos contradecimos y nos desdecimos; titubeamos o cambiamos de opinión. El sujeto parlante es dueño de sus opiniones, pero no de la estructura que las genera. Por eso el orden social no es consciente (lo que es requisito, por otra parte, de su funcionamiento, como es requisito que desconozcamos lo que decimos para que el lenguaje pueda seguir funcionando en nosotros). Por eso, porque significación y sentido nunca coinciden plenamente, hay posibilidad de cambio en los discursos. Y por eso, también, el análisis del discurso exige siempre tomar los campos semánticos estudiados como campos sólo estratégica y provisionalmente cerrados, mostrando su variabilidad interna y su mayor o menor fijeza. Podríamos decir que todo campo semántico aspira a manifestarse como significación, aspiración nunca completamente realizable, porque a

ella se opone siempre el sentido, lo que exige que el análisis sea antes que nada una escucha y esté siempre atento a los puntos de acoplamiento y fuga, a las fluctuaciones del sentido y a los intentos de ligar éste a la significación para evitar su errancia. Nada, como puede comprenderse, que se resuelva mediante procedimientos canónicos ni clasificatorios, ni que deje lugar para prácticas de «análisis» mediante esquemas formales previos al análisis mismo. El analista no puede pretender, sin dimitir de su función al desentenderse del sentido, obtener una interpretación que sea más rígida que el sentido mismo que su tarea aborda.

Ese ejercicio de violencia simbólica no se muestra necesariamente en el discurso mismo bajo la forma de enunciados; no se manifiesta, sino que se oculta. Por ello es tan importante repetir que la verdad del discurso social no está tanto en lo que dice, cuanto en lo que no está dicho en él, pero es su condición. Esto requiere la escucha atenta, como decimos; escucha que no puede reducirse a los enunciados, sino que requiere prestar la máxima atención a la enunciación misma. Y ésta nos parece una diferencia fundamental del análisis del discurso en la tradición de la que venimos hablando, respecto de la concepción y las prácticas anglosajonas, que carecen de un concepto fuerte de discurso social, y cuyos procedimientos de análisis no incluyen tampoco un concepto fuerte que dé cuenta de la relación entre significación, sentido y enunciación. Si el sentido es efecto y no presupuesto, habremos de escucharlo también en lo no dicho que opera en lo dicho, en la enunciación. Jesús Ibáñez gustaba contar un chiste que circulaba en los medios intelectuales alemanes de la postguerra, y se refería a la Alemania del ascenso del nazismo, para ilustrar el trabajo del análisis del discurso; puede servirnos muy bien aquí para explicar cuanto decimos a propósito de la enunciación. El chiste decía así:

«He aquí que un alemán de origen judío se dirige a un amigo alemán de origen ario, para comunicarle su deseo de abandonar

Alemania. Ante la sorpresa de este último, que le arguye que nadie persigue a los judíos, y lo tilda de paranoico, el judío le cuenta lo siguiente:

Hice un muestreo entre la población y pregunté si les parecía correcta la eliminación de judíos y farmacéuticos...

En ese momento, el amigo lo interrumpe:

¿Por qué los farmacéuticos?

Justamente eso preguntaron los encuestados —responde el judío—. ¿Ves entonces que debo irme?»

El judío escucha el sentido de la pregunta («¿por qué los farmacéuticos?»); su temor no procede de los enunciados, sino de la enunciación, en la que se encuentra implícitamente presente la pertinencia de la distinción entre los judíos y el resto, a propósito de su eliminación, que el discurso totalitario de la época pretendía desconocer. Si no hubiera al menos algún atisbo de aceptabilidad en la hipótesis de la eliminación de los judíos, «judíos» y «farmacéuticos» serían términos intercambiables y equivalentes en el enunciado de la pregunta; no cabría preguntar por la pertinencia de uno sólo de ellos. Obsérvese de pasada algo de interés para la discusión acerca de la relación entre metodologías (la famosa complementariedad), y de los criterios de validez del análisis: ¿cómo puede una encuesta hacerse cargo de la enunciación? Y, ¿cómo puede la aquiescencia de los participantes en una investigación, supuesto que se les «devuelva» el análisis, constituirse en criterio de validación de sus resultados, si el análisis, para ser tal, no puede ser mera descripción, sino desvelamiento de una estructura que no es consciente para quienes la actualizan en forma de hablas particulares? ¿Cómo podría aceptar, sin más, el alemán ario del chiste el racismo presente en su enunciación, pero oculto en sus enunciados, si un análisis se lo revelara? Aceptar esta conformidad como criterio de validez supone un desconocimiento radical de lo que el discurso social

es, así como de cuál debe ser la tarea que el análisis ha de darse.

Lo anterior nos conduce también a una determinada manera de ejecutar la técnica del grupo de discusión, que ha de centrarse en la *escucha* para que el discurso pueda ordenarse según sus propios criterios de pertinencia, y no conforme a guión previo alguno. Sobre esto sin duda habrá que volver en algún momento.

EL DECLIVE

Podemos, entonces, finalizar este texto volviendo a la pregunta que lo abría. ¿Cuánto queda de lo anterior en la investigación que se practica hoy en nuestro país? El auge de la investigación cualitativa en España va de la mano de su pauperización. Se está perdiendo esta manera de comprender el discurso social y su indagación, tanto en la Academia cuanto en los mercados que sostienen la investigación empírica. En la primera se pueden observar con claridad indicios de la disolución de este pensamiento en el seno de lo que constituye el saber académico, esa colección de citas que cuentan todas por igual por el hecho mismo de haber sido publicadas. Donde la clasificación de posiciones y corrientes, la yuxtaposición de unas y otras en relación a aspectos particulares de metodología o técnicas (lo que dijo Fulano, y lo que matizó Zutano) dan una apariencia de saber a la vez que hacen desaparecer todo pensamiento de su horizonte de intereses.

En el mercado privado de la investigación hace algún tiempo que se produjo la discontinuidad. El análisis dejó de serlo porque se plegó a la demanda hasta adoptar los puntos de vista y las nociones del *márketing* cuya capacidad analítica es aproximadamente igual a cero. La investigación es ante todo un negocio, por lo que no conviene contrariar al cliente con trabajos que no pueda entender directamente, que no se adecuen al dominio de sus «saberes» particulares: se

vende mejor la descripción que el análisis, y además sale más barato (muchos ya no transcriben, y pretenden hacer pasar por análisis las notas que han podido tomar durante la realización de las técnicas). La entrada de las multinacionales en el mercado español de la investigación ha traído una investigación cualitativa pedestre, anti-analítica, descriptiva y sometida al *márketing*; esto, unido al hecho de que las jóvenes generaciones de investigadores se forman en los trucos del oficio, pero no en el análisis, completa el panorama de este mercado. Del cambio de los años sesenta hemos pasado al mantenimiento del *statu quo*. Buena parte de los profesionales de la investigación y la sociología han convertido su trabajo en algo tan mediocre como el discurso que producen y el que escuchan. La investigación se hace «oficial» y académica, y se aleja de la vida. Y a ello podría añadirse que, en ámbitos tradicionalmente no muy cercanos al análisis del discurso, se está de vuelta antes de haber llegado a ninguna parte. Se abraza la metodología cualitativa como si ésta se redujese a su vertiente anglosajona (desconociendo que hay otra, y así todos los grupos serán *focus*, aunque no se sepa qué es el discurso), y por su puerta trasera se colará la perspectiva de la investigación cuantitativa bajo la forma de requisitos de validez, criterios, «canonización» de los procedimientos, etc., que proporcionan el aspecto de la seriedad científica aun antes de haber intentado un mínimo de reflexión sobre lo que se está haciendo y sobre aquello a lo que se aplica.

Decía Jesús Ibáñez que investigador cualitativo es aquel que sabe lo que hace (pues su práctica incluye la reflexión sobre su práctica). Ojalá no nos veamos obligados a confirmar que esto ha dejado de ser cierto por completo.

AGRADECIMIENTOS

Todo texto es deudor de la enseñanza de aquellos a quienes el autor toma como maestros. Éste lo es particularmente de la

enseñanza de Francisco Pereña, quien se dio además la tarea de discutir con el autor buena parte de sus contenidos, y de hacerle sugerencias que han permitido precisar mejor algunas de las ideas fundamentales que vertebran este artículo. No incurro en retórica vana si añado que los errores que puedan contener estas líneas son de exclusiva responsabilidad mía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez J. (director/coordinador). Sociología. Vol. 1 de Las ciencias sociales en España. Historia inmediata, crítica y perspectivas. Román Reyes (editor). Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid; 1992.
2. Ibáñez J. Autopercepción intelectual de un proceso histórico. En: Jesús Ibáñez. Sociología crítica de la cotidianidad urbana. Por una sociología desde los márgenes. Anthropos 1990; núm. 113:
3. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El Grupo de Discusión: teoría y crítica Madrid: Siglo XXI; 1979.
4. Pereña F. Recensión de: Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. En: Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría; núm. 0, enero/abril de 1981.
5. Hsü, Kenneth J. La gran extinción. Barcelona: Antoni Bosch editor; 1989.
6. Fraser JT. Saliendo de la caverna de Platón: la historia natural del tiempo. Revista de Occidente; núm. 76; 1987
7. Benveniste É. Problemas de Lingüística General. tomo II. México: Siglo XXI; 1977.
8. Pereña F. Discurso y vínculo social: discurso perverso y excepción psicótica. En: Crítica del lenguaje ordinario (Román Reyes ed.). Ediciones Libertarias, Universidad de verano de Maspalomas, 1993.
9. Pereña F. La pulsión y la culpa. Para una clínica del vínculo social. Madrid: Síntesis; 2001.
10. Pereña F. Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En: Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Delgado JM y Gutiérrez J editores. Madrid: Síntesis; 1994. p. 465-479.

COLABORACIÓN ESPECIAL**ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LA PERSPECTIVA CUALITATIVA Y LA CUANTITATIVA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA****Fernando Conde Gutiérrez**

Cimop

RESUMEN

La presentación de las técnicas de investigación cualitativa en el ámbito sanitario subraya el carácter exterior, el carácter ajeno de dichas técnicas en relación a las tradiciones científicas en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Éstas serían de carácter cuantitativo, se suele poner la epidemiología como ejemplo, mientras se señala la vinculación de las técnicas cualitativas con las denominadas Ciencias Sociales. El artículo pretende, por el contrario, señalar que las metodologías cualitativas forman parte intrínseca de las tradiciones de las Ciencias de la Salud, más ricas y complejas que la aproximación cuantitativa. Un recorrido por los principales hitos y acontecimientos de la historia de la medicina permite poner de manifiesto el estatuto paradójico de las Ciencias de la Salud, a caballo entre las Ciencias de la Naturaleza y las Ciencias Sociales, a caballo entre la mirada cualitativa y la cuantitativa. De modo más particular, dicho análisis se centra en la doble aproximación a la enfermedad, vía signos y vía síntomas, como condensación de dicho estatuto paradójico. El análisis histórico permite constatar como la doble y compleja vía de signos y síntomas es equivalente a la compleja relación existente entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa. Los signos serían la aproximación cuantitativa y los síntomas la más cualitativa y las relaciones entre ambos serían similares a los que se producen entre las perspectivas cualitativas y cuantitativas en el ámbito de las Ciencias Sociales. Dichos resultados permiten enraizar la perspectiva cualitativa en las propias tradiciones médicas y, por tanto, puede facilitar su uso por el conjunto de profesionales sanitarios. No conviene olvidar que la «semiología», hoy de moda en las ciencias sociales, tiene una de sus fuentes en la «semiología clínica».

Palabras clave: Historia. Investigación cualitativa. Signos clínicos. Síntomas clínicos.

ABSTRACT**The Similarities and Differences Between the Qualitative and the Quantitative Perspective Throughout Medical History**

The presentation of qualitative research methods in the health care field underlines how these methods are irrelevant to and inconsistent with scientific traditions in the Health Sciences field. These methods are of a quantitative nature — epidemiology usually being cited as an example — the connection between but qualitative methods and what are referred to as the Social Sciences seems predominant. This article is aimed, on the contrary, at pointing out that qualitative methodologies, which are richer and more highly complex than the quantitative approach, do comprise an intrinsic part of Health Science traditions. A run through the major milestones and events throughout the history of Medicine reveals the paradoxical protocol of Health Sciences, overlapping the Natural Sciences and Social Sciences, overlapping qualitative and the quantitative view. More specifically, this analysis revolves around a twofold approach to illness, by way of signs and symptoms, as a condensing these paradoxical protocol considered. A historical analysis reveals how the twofold, complex way of signs and symptoms is equivalent to the complex relationship which exists between the qualitative and the quantitative perspective. The signs correspond to quantitative approach and the symptoms to the more qualitative. The relationships between the two would be similar to that existing come to bear between the qualitative and quantitative perspectives in the field of the Social Sciences. These results show the qualitative perspective to be rooted in medical tradition itself and may therefore facilitate its use these by all health care professionals as a whole. The fact that the «semiology» so in vogue today in the social sciences stems from «clinical semiology» should not be overlooked.

Keywords: History. Qualitative research. Clinical signs. Clinical symptoms.

Correspondencia:
Fernando Conde
Cimop
Sagasta, 28
28004 Madrid
Correo electrónico: fernandoc@retemail.es

INTRODUCCIÓN

La presentación habitual de las denominadas «técnicas de investigación cualitativa» en el ámbito de la salud suele hacer hincapié en dos argumentos centrales, su especificidad frente a las denominadas «técnicas cuantitativas» y el diferente espacio conceptual en el que se inscriben unas y otras. Mientras se acentúa la vinculación de las técnicas cuantitativas con las denominadas Ciencias de la Naturaleza, en el caso de las técnicas cualitativas se subraya su asociación con las denominadas Ciencias Sociales, ya sea la Antropología, la Etnografía, la Sociología, la Psicología Social u otras disciplinas^{1,2,3}. En esta misma línea argumental, suele ser frecuente presentar las Ciencias de la Salud como un conjunto de disciplinas científicas plenamente integradas en el espacio de las Ciencias de la Naturaleza, siendo el paradigma biomédico dominante el ejemplo más emblemático de dicha integración⁴.

Dicha forma de presentar la cuestión de las técnicas cualitativas en la investigación en el ámbito de la salud suele tener, entre otras, dos repercusiones que interesa destacar. Por un lado, reducir la complejidad de las ciencias de la salud a la de uno de sus componentes, el paradigma biomédico, cuando la aproximación biomédica, por importante y central que sea en la actual práctica médica, sólo constituye uno de los abordajes posibles al fenómeno multidimensional de la «Salud», ya sea en el terreno individual o colectivo. Por otro lado, presentar la perspectiva cualitativa como un aporte exterior al patrimonio de las citadas Ciencias de la Salud, que se traduce, por ejemplo, en que muchos profesionales sanitarios vivan la formación en metodología cualitativa como algo ajeno a su docencia, exportado a la medicina desde otras disciplinas científicas.

La perspectiva de este artículo es muy diferente, ya que lo que pretende es subrayar que lo que podemos denominar «perspectiva cualitativa» es una *mirada*⁵, una orienta-

ción, un abordaje intrínseco a las Ciencias de la Salud y que, por tanto, dicha perspectiva no sólo no es ajena y exterior a las mismas sino que forma parte constitutiva y consustancial del *corpus* teórico e histórico de dichas «ciencias». De hecho, la «semiología» clínica, una de las disciplinas que configuran el *corpus* teórico de la medicina, está plenamente integrada en la perspectiva cualitativa. En este sentido esta posición es diferente, más radical si se quiere, que la defendida por F Baum⁶, que limita esta aproximación al más reducido ámbito de la Salud Pública. Por el contrario, en este artículo se defiende la citada complejidad para el fenómeno de la Salud en general, no sólo para la dimensión de la Salud Pública.

Si distinguimos entre «metodologías» y «técnicas de investigación», tal como realizan Iñiguez y otros autores^{7,8,9}, definiendo la metodología como la *aproximación general al estudio de un objeto o proceso, es decir, el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que una disciplina desarrolla para la obtención de sus fines* y las técnicas como los *procedimientos específicos de recogida o de producción de información*, podemos observar claramente cómo la metodología cualitativa sí es consustancial a las Ciencias de la Salud, mientras que en el caso de las técnicas cualitativas concretas sí sería cierto que algunas de ellas (por ejemplo, la del grupo de discusión), se han desarrollado en otros ámbitos o disciplinas de las Ciencias Sociales. O dicho de otra forma, lo que puede ser «exterior» a la formación médica actual es el conocimiento de dichas técnicas particulares, no el de la perspectiva cualitativa como tal orientación metodológica.

El abordaje de este artículo pretende inscribirse en una reflexión más general sobre el carácter singular que las Ciencias de la Salud ocupan en la clasificación general de las Ciencias, en el sentido de que frente a la tradicional y dicotómica división de las mismas en las llamadas Ciencias de la Naturaleza o ciencias «duras» y Ciencias Sociales o cien-

cias «blandas», las Ciencias de la Salud se caracterizarían por su carácter híbrido, a caballo entre uno y otro tipo de ciencias, como un conjunto de saberes y disciplinas fronterizas entre lo natural y lo social, como ciencias que no son ni estrictamente naturales ni estrictamente sociales, sino que participan de ambas dimensiones. Estatuto muy *sui generis* de las ciencias médicas que podríamos llamar *paradójico*¹⁰ en el sentido de que las constituyen unas disciplinas que deben sostenerse simultáneamente sobre estos dos campos, «naturaleza» y «sociedad», tradicionalmente enfrentados en nuestra cultura.

Esta característica fronteriza de las Ciencias de la Salud se puede ilustrar por tres momentos claves de la historia de la medicina en particular y del pensamiento occidental en general:

- En la Grecia clásica, en el momento de la creación del propio mito fundador de la medicina se configura ya esta ambivalencia. Así, Esculapio, el padre de la medicina, tenía dos hijas, Panacea e Hygeia, que personalizaban respectivamente esta ambivalencia, esta perspectiva simultáneamente dura y blanda de las Ciencias de la Salud.
- En un segundo momento crucial de nuestra historia, durante la creación de las primeras universidades, de nuevo vuelve a ponerse de manifiesto la ambivalencia de la medicina al resultar inclasificable en la ordenación de los saberes y de las enseñanzas de la época. Las enseñanzas escolásticas organizaban los estudios en dos grandes ramas: el *trivium* y el *cuadrivium*, escapando a dicha división lo que hoy podemos entender como «Medicina».
- Más adelante, en el nacimiento de la Edad Moderna, de nuevo la Medicina queda en una posición inclasificable en la gran reflexión fundadora del pensamiento moderno. La medicina queda en una posición de «tercero excluido» en la gran división que Descartes organiza entre la llamada *red cogitans* y la denominada *red extensa*¹¹. Esta indefinición se

ha expresado a lo largo de la historia de la medicina en la duda sobre la propia denominación de la misma, entre el dilema de llamarla *Ars Médica* o *Ciencia Médica*, como nos recordaba Gadamer¹².

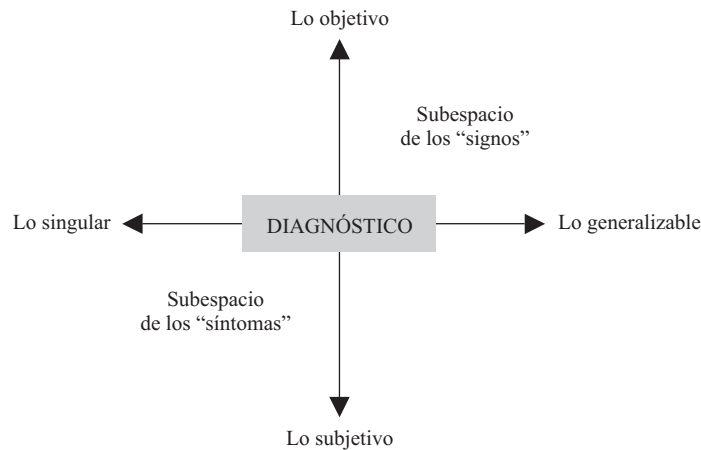
En este contexto, este trabajo quiere centrar su argumentación en poner de manifiesto cómo a lo largo de la historia de la medicina la ambivalencia entre la perspectiva que se acerca a los problemas de la salud y de la enfermedad a partir de la observación de los «signos» y/o de la interpretación de los «síntomas» no sólo ejemplifica muy bien la citada ambivalencia estructural de la práctica médica, sino que también pone de manifiesto la necesidad del *pluralismo metodológico*¹³ como algo intrínseco a dicha práctica.

LA AMBIVALENCIA DEL SÍNTOMA Y DEL SIGNO

Cualquier estudiante de medicina, de enfermería, o de cualquier disciplina que tenga relación con lo que hoy se entiende y se practica en el ámbito de las ciencias de la salud, sabe que la aproximación a la enfermedad, la caracterización de la misma, cualquier diagnóstico, se fundamentan en la articulación singular en cada sujeto de todo un conjunto de «síntomas» y de «signos» producidos en el estudio del caso. De hecho, podríamos apuntar una definición del «buen médico» como aquel profesional que sabe ajustar en cada caso concreto, en cada sujeto, el análisis de los «signos» observados y la interpretación de los «síntomas» que relata. O dicho de otra forma, una buena práctica médica se basa en la adecuada articulación de las informaciones procedentes de ambos ámbitos, tal como tratamos de esquematizar en la figura 1.

En este marco cabe señalar que la perspectiva configurada a partir de la observación y del análisis de los «signos» podría entenderse como una perspectiva «cuantitativa», mientras que la configurada a partir de la escucha, análisis e interpretación de los «síntomas»

Figura 1
Planos de la ambivalencia y de la articulación entre los síntomas y los signos



podría muy bien conceptualizarse como una perspectiva «cualitativa». No sólo eso sino que la polémica, la ambivalencia entre la perspectiva asociada a la lectura de los signos y a la interpretación de los síntomas puede considerarse como isomorfa a la existente en el ámbito de las Ciencias Sociales entre las denominadas perspectivas cualitativas y cuantitativas. En la 21.ª edición de 1980 de un texto de amplia difusión entre los médicos¹⁴, podemos observar cómo mientras los «síntomas» son definidos como los *datos subjetivos, es decir, las sensaciones que el enfermo experimenta y nos manifiesta, y que el médico completa por la anamnesis*, los «signos», por su parte, son caracterizados como *los hallazgos objetivos anormales, somáticos (orgánicos o funcionales) del enfermo, que se obtienen en la exploración física, los cuales se pueden apreciar con el auxilio de nuestros sentidos, fundamentalmente mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación*. En este sentido, la propia definición citada subraya cómo la «palabra» del paciente se asocia a lo «subjetivo», mientras la exploración por parte del médico se asocia con lo «objetivo». División que más tarde recuperaremos en el apartado del nacimiento

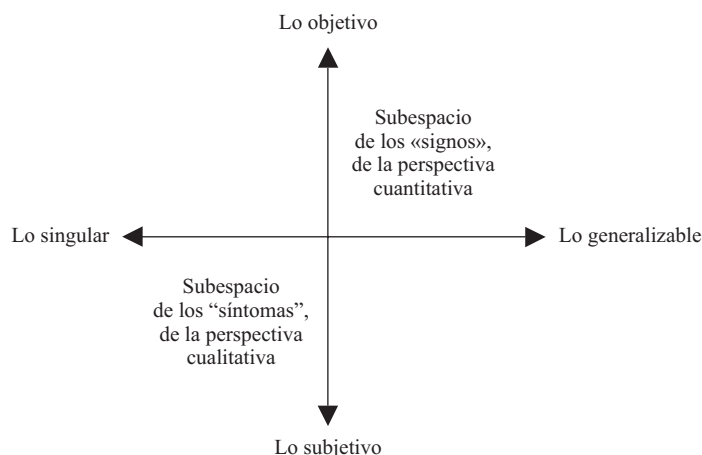
de la anatomía. Caracterizaciones que hablan por sí mismas sobre la citada orientación paradigmática cualitativa y cuantitativa de la aproximación a través de los «síntomas» y a través de los «signos» respectivamente.

A su vez, en cualquier manual de ciencias sociales dónde se aborden ambas perspectivas podemos encontrar textos muy similares a los anteriores referidos, en este caso, sobre la caracterización de ambas perspectivas¹⁵. Así, por ejemplo, en Cook y Reichardt¹⁶ podemos leer cómo la perspectiva cuantitativa se asocia con el *positivismo lógico*, con la *medición penetrante y controlada*, con lo *objetivo*, con lo *fiable*, con los *datos sólidos y repetibles*, con lo *generalizable*, etcétera, mientras que la perspectiva cualitativa se asocia con la *fenomenología*, con la *observación naturalista y sin control*, con lo *subjetivo*, con los *datos reales, ricos y profundos pero no generalizables*,... Atributos estructuralmente equivalentes con los utilizados por Noguera Molins y Bacells Gorina para definir los «signos» y los «síntomas»¹⁴.

De esta forma, tal como tratamos de representar en la figura 2, la caracterización de la

Figura 2

Polémica entre las perspectivas cualitativas y cuantitativas



polémica entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en las ciencias sociales presenta los mismos rasgos estructurales, se inserta en los mismos espacios semánticos de debate que la existente en la práctica médica cotidiana entre la lectura basada en los signos y la basada en los síntomas. Polémica entre los citados espacios semánticos íntimamente asociada a la existente entre la singularidad y la posible generalización de una observación, es decir, sobre la posible representatividad de la misma. La ambivalencia entre el síntoma y el signo en la práctica médica es estructuralmente equivalente a la tensión existente entre la perspectiva cualitativa y la perspectiva cuantitativa en el ámbito de las Ciencias Sociales. La diferencia radica en que mientras los profesionales sanitarios han desarrollado su profesión sobre la combinación más o menos lograda de ambas perspectivas, han trabajado con las informaciones procedentes del ámbito de los signos y la procedente de los síntomas, han desarrollado toda una serie de reflexiones, procedimientos y rutinas que han «naturalizado» dicha ambivalencia en el seno de su práctica profesional hasta el punto de olvidarla, en el ámbito de las ciencias sociales las citadas perspectivas han estado enfrentadas tradicionalmente, a veces de forma algo maniquea.

ALGUNOS ELEMENTOS DE LA HISTORIA

Una vez señalada esta equivalencia, esta homología entre «síntoma» y «signo» y las perspectivas cualitativa y cuantitativa, vamos a recorrer brevemente algunos de los hitos de la historia de la medicina para observar cómo a lo largo de la misma dichos rasgos se entremezclan, cómo en unos períodos ha dominado la perspectiva centrada en los síntomas, es decir, la perspectiva cualitativa, y en otros la centrada en los signos, es decir, la perspectiva cuantitativa pero cómo, en todo caso, ambas perspectivas forman parte intrínseca de las tradiciones, de los saberes y de las prácticas que configuran las actualmente denominadas Ciencias de la Salud y cómo ambas perspectivas han estado, de una u otra forma, presentes en la aproximación del diagnóstico clínico.

La aproximación a la definición de la enfermedad en la Grecia clásica. La medicina hipocrática

En el marco inestable de las distintas corrientes que componían las prácticas médicas en la Grecia Clásica, la aproximación a la en-

fermedad y a su definición que realizaban las personas más cercanas a lo que hoy denominamos «médicos», como pueda ser el propio Hipócrates, se fundamenta en una doble aproximación. Por un lado, en la propia declaración del sujeto y en *la finura en la observación y en la descripción del cuadro sintomático*, como subraya Lain Entralgo¹⁷. En palabras de Sournia¹⁸, *la identificación de la enfermedad por los médicos hipocráticos reposa sobre las quejas de los enfermos y sobre lo que constatan por sí mismos*. Por otro lado, al estar prohibido intervenir en el interior del cuerpo humano, los médicos hipocráticos tenían que acudir a los llamados métodos analógicos para poder diagnosticar la enfermedad. Aproximación analógica de características esencialmente cualitativas subrayada por autores como Guillaume¹⁹, que señalan cómo la medicina en Grecia estaba inscrita en el reino de la cualidad sin contemplar en ningún momento lo que podríamos llamar una aproximación cuantitativa.

Métodos analógicos, cualitativos, que permitían, en cualquier caso, reflexionar sobre lo invisible, esto es, lo que ocurría en el interior del cuerpo humano, a partir de lo visible, o sea, los «signos» que se observaban en la naturaleza que rodeaba al ser humano. En este sentido, en la medicina hipocrática se consideraban que eran representativos, es decir, generalizables al ser humano, la interpretación de los «signos» procedentes de dos fuentes principales de analogías, de la naturaleza y, más en concreto, de los animales y de las actividades artesanales de la época^{20,21}. Por ejemplo, para demostrar que la epilepsia humana procede de la humedad del cerebro, Hipócrates disecaba el de una cabra enferma de vértigos^{22,23}.

Junto con esta aproximación más experimental realizada por lo que García Ballester denomina *los sanadores* en la Edad Media²⁴, la otra tradición dominante en Grecia es la de los filósofos. Como es sabido, éstos dominaban la reflexión teórica en Grecia y se oponían a estas experimentaciones analógicas realizadas por personas de poca conside-

ración social en aquella época. Así, Platón y Aristóteles se oponían a la citada investigación empírico-analógica de carácter «cualitativo» por pensar que la misma *desnaturaliza*²⁴ los fenómenos sobre los que se realiza la experimentación, considerada *artificial* en la citada concepción aristotélica. Frente a dicha experimentación, ambos filósofos defienden la potencia de sus sistemas lógicos y la observación de los «signos» de los pacientes. Observación directa que va acompañada del diálogo con el supuesto enfermo, al que *no se toca*. La principal aportación de Aristóteles, siempre según Grmek, habría sido la de comenzar a tener en cuenta los signos (*semeia*) a partir de la pura observación exterior por más que, luego, la escuela aristotélica no extraiga consecuencias generales de los mismos, es decir, no los considere representativos de algún fenómeno más general y, por tanto, no los considere como «signos» significativos de «algo» digno de generalizarse.

La Edad Media

La perspectiva abierta en Grecia persiste durante muchos años al punto que en la Edad Media continúa la división entre reflexión filosófica, muy bien valorada, y el conjunto de saberes práctico-quirúrgicos relegados a un lugar de segunda importancia. La creación de las Universidades (el título de doctor fue creado por Roger II de Sicilia en 1240), no cambia inicialmente este panorama ya que, en un principio, lo que en ellas se hace es analizar los tratados antiguos con un espíritu puramente dogmático-escolástico, y de fidelidad extrema a las tradiciones de las grandes autoridades clásicas, principalmente Galeno. Uno de los mayores inconvenientes que tuvo que vencer el nacimiento de lo que podríamos llamar la medicina «moderna» fue lo que algunos autores caracterizan como *el inmenso respeto por el saber clásico*²⁵. De esta forma, a lo largo de la Edad Media se mantiene, cuando no se incrementa, la división entre un pretendido saber «teórico», basado en las discusiones de los

citados textos, y un saber práctico relegado a la práctica profesional de los barberos y cirujanos y de otras figuras profesionales (las comadronas, por ejemplo) de estatus social claramente inferior a los «universitarios» y desconocedores de la lengua sabia de aquél tiempo, el latín. Dicho de otra forma, a lo largo de la Edad Media, las tradiciones asociadas al estudio de los «síntomas» y de los «signos» se mantienen disociadas. Los «síntomas» constituyen un punto de partida central en los quehaceres prácticos, los «signos» en los quehaceres teóricos.

El nacimiento de la anatomía

El desarrollo de la anatomía va a imprimir un giro fundamental a la medicina y al lugar respectivo que, hasta ese momento, habían ocupado «síntomas» y «signos» en sí mismos y en su compleja relación con la palabra del enfermo y con la experimentación directa sobre el mismo y, en particular, sobre su cuerpo. Como subraya Risse²⁶, la Anatomía al focalizar la atención del médico sobre el cuerpo del paciente y sobre las lesiones localizadas contribuía a la despersonalización del enfermo. Esta manera de actuar limitaba la atención del médico a los signos considerados útiles para establecer las correlaciones clínicas y patológicas. Las otras informaciones, notablemente el testimonio del paciente sobre su vivencia de la enfermedad se volvían secundarias. En consecuencia, la «anamnesis» perdió el estatuto privilegiado del que había gozado en el pasado y los factores psicológicos, sociales y geográficos perdieron su importancia. Las descripciones nuevas de los casos clínicos reflejan un cambio trascendente en sus consecuencias: la palabra del paciente se pierde para dejar su lugar a un discurso médico abstracto y técnico, más basado en la lectura de los signos que en la interpretación de los síntomas. Este cambio de orientación (fundamental en la historia de la medicina) va a significar una inversión de las polaridades existentes en la caracterización paradójica de la medicina, como no ha deja-

do de subrayar el historiador español López Piñero²⁷. Si hasta ese momento la palabra y la interpretación de los «síntomas» del paciente van asociadas a la exploración del mismo, mientras que los «signos» se inscribían en una perspectiva teórico-escolástica desprovista de contacto con la realidad de los pacientes, si quienes practicaban la aproximación a la enfermedad a través de las palabras y síntomas ocupaban una posición socialmente subordinada frente a los teóricos escolásticos de los «signos», a partir del nacimiento de la anatomía se produce una doble inversión, como subraya Risse, y se recoge en las citadas definiciones de «síntoma» y «signo»,

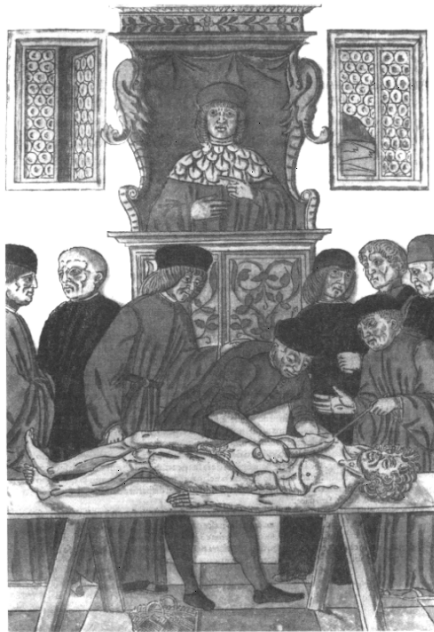
En primer lugar, la palabra y los síntomas pierden fuerza teórica y predictiva de la enfermedad frente a la inspección directa de los «signos» en el marco de un discurso teórico en el que cada vez tiene menos lugar la palabra del paciente. En segundo lugar, se produce una no menos importante transformación en el estatuto social de las «prácticas» que hoy podríamos calificar como médicas. Es decir, los filósofos dejan de dedicarse a la medicina y los hasta ese momento denostados cirujanos y barberos pasan a convertirse en el centro de las enseñanzas médicas que van a desarrollarse en paralelo al nacimiento de la clínica.

Hasta entonces los cirujanos miraban y tocaban, sabían explorar las conexiones y las masas anormales dentro del cuerpo. Lo médicos, sin embargo, procedían de una tradición más escolástica apoyada en una observación distante del enfermo. En este contexto, la fusión de ambas figuras y tradiciones y la preeminencia concedida a los saberes y quehaceres prácticos van a conllevar una importante transformación de las mismas, en especial de la propia práctica médica de modo que, poco a poco, la medicina clínica va a sustituir a la tradicional medicina de la observación que hasta ese momento se había practicado. Dos imágenes procedentes de grabados de la época pueden visualizar dicho cambio²⁸. En la primera, de 1494, puede ob-

servarse al médico impartiendo su teoría, distante del cuerpo del cadáver, mientras un reducido número de estudiantes observa la disección realizada por un ayudante (figura 3). En la segunda, de 1555, unos 60 años des-

pués, podemos observar ya cómo el médico, el propio Vesalio, rodeado de una multitud de estudiantes, diseccionaba el cadáver, es decir, lo tocaba y no sólo lo teorizaba (figura 4).

Figura 3



Une leçon d'anatomie à la fin du XV^e siècle.
Le professeur, probablement le Bolonais Mondino de Leuzzi, fait son cours du haut d'une chaire pendant qu'un homme dissèque un cadavre. Il fait froid, mais une fenêtre est ouverte qui laisse échapper les mauvaises odeurs. G. et G. Gregori, Fasciculo de medicina, 1494.

Figura 4



La dissection.
André Vesalio a délaissé la chaire du professeur pour effectuer lui-même la dissection d'un cadavre. Le singe, en bas à gauche, est une allusion à l'œuvre de Galien. Frontispice du *De humani corporis fabrica* de Vesalio, édition de 1555.

En este marco del cambio de la medicina de la observación a la medicina clínica, se produce un importante desarrollo de todo un conjunto de instrumentos y tecnologías médicas que van a posibilitar ir adentrándose en el interior del cuerpo humano, haciéndolo más accesible al médico que observa y toca, que escucha los ruidos del interior, etc., es decir, al médico que utiliza más sentidos que la vista en su relación con el cuerpo del paciente, que utiliza las manos, la palpación, el oído, la escucha, no tanto para la palabra del paciente sino para sentir los «signos» que expresa el cuerpo enfermo. Signos que el médico sabe leer, interpretar,

descifrar, como subrayaban Noguera Molins y Balcells Gorina al definir los signos¹⁴.

LA MEDICINA MODERNA. EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA

La Revolución Francesa

El proceso de cambios y de progresiva afirmación de la revolución anatómica va a encontrar en la incorporación de la clínica a las enseñanzas médicas, durante la Revolución francesa, el momento cumbre de su proceso de institucionalización. Así, el de-

creto de 4 de diciembre de 1794 obligó la enseñanza de la medicina no en las Universidades al uso, sino en los hospitales. De esta forma, en la nueva Universidad el profesor no sólo desnudaba el paciente, lo que no se podía ni haber imaginado algunos años antes, sino que enseñaba a *palpar el cuerpo, lo que durante siglos sólo habían hecho los cirujanos* ²⁹.

A partir de este momento y en el contexto más general de los cambios socio-culturales y políticos de esta época, la experiencia positiva y la cuantificación van a dominar sobre los otros aspectos de la relación con el paciente y con la enfermedad. Cambio trascendental que está en el origen de las ciencias médicas actuales y de su vinculación dominante con las denominadas Ciencias de la Naturaleza como sugiere el historiador Lopez Piñero³¹, quien al referirse a la medicina del siglo XIX, heredera de esta revolución anatómica, subraya cómo *la aportación esencial de la patología del siglo XIX fue la construcción de una explicación de las enfermedades como trastornos y dinámicas del cuerpo humano mediante los recursos de las ciencias modernas de la naturaleza*. En esta misma línea de análisis, López Piñero continúa destacando cómo el citado triunfo de las nuevas ciencias médicas, decantadas del lado de las ciencias de la naturaleza, se produjo en dos etapas muy significativas en relación a la argumentación desarrollada en este texto.

De los síntomas a los signos

La primera, vinculada al método anatomoclínico, se desarrolló a partir del conocimiento producido por las autopsias, que facilitó que los diagnósticos médicos ya no estuviesen, en palabras de Lopez Piñero, *únicamente fundamentados en los síntomas expuestos por el enfermo, sino en los signos anatomopatológicos como fenómenos objetivos recogidos al explorar a los pacientes*.

De lo singular a lo poblacional

En la segunda etapa, siguiendo siempre el análisis de Lopez Piñero, *el objetivo central de la patología fue conseguir, además, una explicación científica de las enfermedades y sus causas sólidamente cimentada en los saberes biológicos, químicos y físicos*. Por ello, la investigación experimental de laboratorio (conviene recordar cómo las modernas corrientes de sociología, el denominado «programa fuerte de sociología de las ciencias, hace del laboratorio la matriz de todo el más moderno desarrollo científico), pasó a ser una fuente primordial de la ciencia médica. De hecho, algunos autores han llamado a esta segunda etapa «medicina de laboratorio», en contraposición a la «medicina hospitalaria» propia del período anatomoclínico anterior. Otro célebre teórico de la medicina, el francés Claude Bernard³², definió de modo terminante la nueva situación al declarar: *yo considero el hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio*.

Ahora bien, las tecnologías de laboratorio aplicadas sistemáticamente a la medicina conllevan varias repercusiones importantes en relación a los temas cardinales de la reflexión de este artículo:

- La propia relación médico-paciente se aleja cada vez más de la palabra y de la entrevista clínica, se distancia cada vez más del tacto y de la relación directa y física del médico con el paciente, para situarse en una relación crecientemente mediada por la tecnología, por un análisis exterior a la propia relación que no requiere la palabra del paciente. Tendencia llevada, hasta ahora, a su máxima expresión con la telemedicina. Como subraya F.Dagonet³³, *el gran aporte de las tecnologías médicas es permitir exteriorizar el cuerpo y analizarlo sin necesidad de abrirlo ni matarlo*. Ni siquiera de hacerlo hablar, apuntaríamos por nuestra parte. Con las nuevas tecnologías de laborato-

rio, la aproximación a la definición de la enfermedad se decanta por la aproximación a partir de la lectura de los signos, relegando a un segundo plano más secundario la aproximación a partir de los síntomas, o dicho de otro modo, el paciente es cada vez más un «objeto» y menos un «sujeto».

- Por otro lado, la introducción masiva de las pruebas de laboratorio también conlleva una no menos importante modificación de las características del «sujeto» que, tradicionalmente, ha constituido el «objeto» del saber médico. Con la medicina de laboratorio el propio sujeto/objeto de las disciplinas médicas es, cada vez menos, un «sujeto» individual constituyéndose, de modo creciente, como un «objeto» colectivo, como una «población de individuos». Hasta la medicina de laboratorio, durante la misma revolución anatomoclínica, la persona singular, individual, era el sujeto de la relación médico-paciente. Ya fuese mediante su palabra y la interpretación de los síntomas, ya fuese mediante el análisis de los signos, el paciente era el centro de la relación y de la observación. La medicina de laboratorio, sin embargo, va a construir/desplazar este sujeto hacia un nuevo centro: la población de individuos. Población que se configura como la referencia o «patrón de medida» indirecta de los resultados individuales. Desplazamiento de la «persona» a la «población de individuos» que conduce a autores como Fleck³⁴, a sugerir que la «estadística» debería ser una conceptualización casi obligatoria en las ciencias médicas, dadas las características tan específicas de las mismas. Reconociendo el protagonismo de la Estadística en las propias Ciencias de la Salud, el propio Fleck destaca el estatuto singular de las citadas Ciencias al señalar cómo, a diferencia de las Ciencias Naturales que tienen en el estudio de las regularidades su criterio de investigación, en el caso de las citadas Ciencias de la Salud el uso de la Estadística es muy particular en la medida en que su estudio no está dirigido a la regularidad, al

análisis de las manifestaciones normales, sino que va dirigido precisamente hacia lo que se aparta de la norma, es decir, a los estados de enfermedad del organismo. Planteamiento de Fleck que cuestiona, de nuevo, la clasificación de las ciencias médicas como ciencias naturales dirigidas al estudio de las regularidades para ubicarlo en una cierta ciencia de lo incierto³⁴, de lo no regular, que tendría en la estadística un útil imprescindible (la reciente «moda» del «diagnóstico basado en la evidencia» parecería inscribirse en una lógica de hacer «norma» de la no regularidad dando un paso atrás en la reflexión de Fleck de primeros de siglo). Útil estadístico que en el caso de la medicina clínica exige, en todo caso, su interpretación en función del análisis de cada persona, de cada paciente en singular. Interpretación que debe realizar el «clínico» en su relación concreta con cada uno de ellos. De esta forma, la generalización de los análisis clínicos, de la medicina de laboratorio, en su dimensión poblacional, requiere en su aplicación singular en cada sujeto de la perspectiva cualitativa, de la perspectiva que recupera la historia singular de cada uno de ellos.

LA EPIDEMIOLOGÍA Y LA HIGIENE PÚBLICA

En todo caso, donde la estadística va a encontrar su aplicación más importante y directa va a ser, sin embargo, en el marco de la intervención creciente del Estado en la regulación social relativa a la Salud. La Revolución Francesa y, en general, todos los Estados europeos desde finales del siglo XVIII, van a institucionalizar no sólo la enseñanza universitaria de la medicina sino las medidas de higiene y salubridad pública necesarias para atajar las enfermedades infecto-contagiosas de aquellos años y mejorar los niveles de salud de la población³⁵. De este modo, a lo largo del siglo XIX se van a desarrollar paralelamente dos perspectivas dominantes en el ámbito de la salud: la ya en aquel entonces más clásica vinculada a la enfermedad y a las for-

mas de curarla; y la más novedosa de la higiene y de la prevención, por más que tuvieran muchos antecedentes a lo largo de los siglos anteriores. Última perspectiva que va a encontrar en la estadística y en los estudios epidemiológicos uno de sus útiles más imprescindibles en el necesario abordaje colectivo y poblacional de la salud.

LA SITUACIÓN ACTUAL

En este marco socio-institucional, fomentado por la tecnología y por la mejora general de las condiciones de vida de la población, se ha producido a lo largo del siglo XX un salto cualitativo en la esperanza de vida de la población, que algunos autores como Abdel Omran denominan transición epidemiológica (a modo de la «transición demográfica» de los demógrafos)³⁶, el cual ha conllevado un cambio en el perfil de las enfermedades que causan una mayor mortalidad en Occidente, desde las enfermedades infectocontagiosas y las epidemias de los siglos anteriores y de este mismo primer tercio de siglo, a las enfermedades degenerativas, crónicas y a otro nuevo tipo de enfermedades y de problemas de salud asociados, en gran parte, al progresivo envejecimiento de la población en el Occidente. Este patrón se ha visto acompañado de la generación de brotes epidémicos en los que convergen nuevas enfermedades asociadas, en gran parte debidos a la creciente intervención humana en la naturaleza (la enfermedad de las vacas locas, por ejemplo), viejas epidemias olvidadas y hoy en pleno auge (el cólera, el paludismo), junto con otras enfermedades como pueda ser la propia enfermedad del VIH-sida, de tanta importancia en las dos últimas décadas del siglo XX y en estos años de inicios del siglo XXI.

Los enfermos como nuevos actores sociales

Si la medicina de laboratorio y las innovaciones tecnológicas, junto con el desarrollo

del estudio de las epidemias (y de la propia salud pública), generan un desplazamiento hacia el terreno del ámbito «cuantitativo» de las ciencias médicas, desde el estudio del caso personal al estudio de poblaciones, con la estadística como herramienta de trabajo a añadir a las ya existentes, cabe pensar que, en la actualidad, los nuevos fenómenos y desarrollos de la medicina anteriormente señalados estarían haciendo necesaria la reincorporación *al instrumental* de las ciencias médicas de la metodología cualitativa, algo olvidada en estos últimos años. Mejor aún, la reincorporación de la palabra a las ciencias de la salud, cuya función se habría ido perdiendo en la más reciente historia de las mismas.

Por un lado, en el terreno más social e institucional, la Salud se ha convertido en un tema de conflicto y demanda social en nuestras sociedades occidentales democráticas. Conflicto político, económico, social, etc., que tiene en la lucha discursiva, en las palabras, en la elaboración de discursos sociales, un ámbito clave de desarrollo. Un ejemplo claro de esta importancia lo pueden suministrar las políticas de salud orientadas a limitar los problemas derivados del consumo del alcohol y tabaco. Por ejemplo, más allá de la demostrada asociación del tabaco con el cáncer de pulmón, en la implementación de dichas políticas se entremezclan los intereses y discursos de los profesionales sanitarios con los de las administraciones públicas, los de las empresas fabricantes, de los sindicatos, de los productores, con los discursos de los publicitarios, con los de las empresas de medios de comunicación reticentes a perder las inversiones de los anunciantes, etcétera. Algo similar cabe señalar de la puesta en marcha de la política de medicamentos genéricos o de cualquier otra medida política en el ámbito de la salud. Es decir, de una forma u otra, las decisiones en políticas de salud en un sistema democrático cada vez pasan más por debates previos en la opinión pública y, por tanto, requieren de forma creciente de la aproximación cualitativa.

tiva a la investigación y del análisis de los discursos sociales.

Por otro lado, en el mismo terreno de la patología, el crecimiento de las enfermedades crónicas y de las nuevas enfermedades infecciosas, como el vih-sida, parecen inducir un nuevo cambio en los paradigmas médicos y sociales -cambio del que todavía pareciera que no fuéramos del todo conscientes- en el sentido de que los enfermos lejos de ser «objetos», de ser «pacientes», se están convirtiendo en los nuevos «actores» de la Salud, tanto desde el punto de vista del conocimiento científico de las enfermedades y su participación activa en los tratamientos, como desde la génesis de discursos sociales sobre la salud y sobre ámbitos colaterales que obligan a modificar determinadas pautas de conducta «científico-médicas». La historia del vih-sida suministra importantes y clarificadores ejemplos, desde la polémica sobre el propio nombre de la enfermedad al cuestionamiento de la noción de grupos de riesgo de raíz epidemiológica, y al de los protocolos de realización de los ensayos clínicos con los diferentes fármacos y antiretrovirales. Cambio inducido por las nuevas enfermedades contemporáneas que implícitamente conllevan la transformación de los «sujetos/objetos» configurados previamente por la revolución anatómico-clínica y por la medicina de laboratorio. Doble cambio de enfermos «paciente/objeto» a «actores sociales» y «sujetos» y de «población de individuos» a «actores sociales» en conflicto. Este cambio parecería ir asociado: a) a un cierto declive-desplazamiento del hospital al domicilio como centro prioritario para el desarrollo de los cuidados médicos³⁷ y b) a una cierta necesidad de complementar los estudios epidemiológicos y estadísticos con estudios cualitativos que permitan investigar los nuevos actores sociales, sus comportamientos, demandas, discursos, etc. Es decir, que permitan estudiar el conjunto de prácticas sociales de los citados «actores» como sujetos activos en el ámbito de la Salud y no sólo como objetos/pa-

cientes del hospital. Actores sociales que producen discursos sociales y comportamientos colectivos que pueden ser investigados cualitativamente.

Hasta cierto punto, pues, de modo similar a como la estadística es utilizada como instrumento necesario en el contexto del desplazamiento persona-población de individuos, la investigación cualitativa y, más en concreto, el análisis de los discursos sociales, sería también un útil de investigación imprescindible en el marco de algunos de los desplazamientos señalados anteriormente, es decir, en el cambio de los sujetos desde el rol de *pacientes* al de *actores sociales*, en el contexto más amplio de la transformación de la Salud de ser un tema de *especialistas y profesionales* a ser un tema central y clave, a ser una cuestión cardinal de la política democrática, en el mejor y más amplio sentido de la expresión.

No se trata, sin embargo, desde mi punto de vista, de producir otro salto pendular en las ciencias médicas para aproximarlas de nuevo y desde una perspectiva distinta a la del pasado, a las ramas de las ciencias «blandas», a las «ciencias sociales» que priorizan la aproximación cualitativa sobre la experimentación «cuantitativa». Por el contrario, se trata de reconocer la complejidad de los fenómenos de la Salud, de aprender de la Historia y de considerar que el estudio de las Salud/es y de las enfermedades demandan, por sus singulares y complejas características, de metodologías plurales en las que tienen su lugar tanto las cuantitativas como las cualitativas. Pluralismo metodológico que, sin duda, puede enriquecer las ciencias médicas y mejorar los niveles de salud de la población que, a fin de cuentas, es de lo que se trata.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hudelson P. Qualitative Research for Health Programmes. Geneva: World Health Organization; 1994.

2. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *J Fam Pract* 1995;12:
3. March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. 1999. Técnicas Cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999.
4. Fernández de Sanmamed MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria en *Aten Primaria* 1999; 23:
5. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
6. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. En: *Revisión Salud Pública*. Barcelona: Masson; 1997.
7. Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño de las tres perspectivas. En: García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F editores. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
8. Alberich T. Perspectivas de la investigación social en Villasant. TR, Montañés M y Martí J. *La investigación social participativa El Viejo Topo* 2000.
9. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales en *Aten Primaria* 1999; 23:
10. Winnicott DW. *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1971.
11. Holman HR. Qualitative inquiry in medical research. *Clin Epidemiol* 1993; 46:26-36.
12. Gadamer HG. *El Estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 1996.
13. Beltrán M. Cinco vías de acceso a la realidad social. En García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F editores. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
14. Noguera Molins L y Balcells Gorina A. *Exploración Clínica Práctica*. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1980.
15. Taylor SJ y Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1986.
16. Cook TD, Reichardt CS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata; 1986.
17. Lain Entralgo P. *La Historia Clínica*. Madrid: Triacastela; 1998.
18. Sournia JC. *Histoire du diagnostic en Medicine*. París: Edit de Santé; 1995.
19. Guillerme J. *La détermination numérique des actions medicameunteuses en Canguilhem G. La Mathématisation des Doctrines Informes*. Paris: Hermann; 1972.
20. Farrington B. *Ciencia Griega*. Barcelona: Icaria Edit; 1979
22. Grmek MD. (dir). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Paris: Seuil; 1997.
23. Grmek MD. *Le chaudron de Medée. L' experimentation sur le vivant dans l'Antiquité*. Paris: Institut Synthélabo; 1997.
24. García Ballester L. *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*. Barcelona: Península; 2001.
25. Grmek GD y Bernabeo R. 1997. *La machine du corps en Grmek MD. (dir). Histoire de la pensée médicale en Occident. 4 volúmenes*. Paris: Seuil; 1997.
26. Risse. G.B. 1997. *La synthèse entre l'anatomie et la clinique en Grmek MD. (dir). Histoire de la pensée médicale en Occident. 4 volúmenes*. Paris: Seuil; 1997.
27. López Piñero, JM. (ed.) *Las ciencias médicas en la España del siglo XIX*. En: *Las Ciencias en la España del siglo XIX*. Madrid: Marcial Pons; 1992.
28. Duris P y Gohan G. *Histoire des Sciences de la vie*. Paris: Edit. Nathan; 1997.
29. Sournia JC. *Histoire du diagnostic en Medicine*. París: Edit. de Santé; 1995.
30. López Piñero, JM. (ed.) *Las ciencias médicas en la España del siglo XIX*. En: *Las Ciencias en la España del siglo XIX*. Madrid: Marcial Pons; 1992.

31. Meyer P y Triadou P. Lecons d'histoire de la pensée medicale. Paris; Odile Jacob; 1996.
32. Dagonet F. Pour une philosophie de la malaide. Paris: Edit. Textuel; 1996.
33. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un lecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
34. Moles AA. Les Sciences de l'imprécis. Paris: Seuil; 1990.
35. Murard L y Zylberman. P. L'hygiène dans la République. La Santé Publique en France ou l'utopie contrariée. 1870-1918. Paris: Fayard; 1996.
36. Drulhe. M. Santé et Société. Le faconnement societale de la santé. Paris: PUF; 1996.
37. Conde F. Las Mujeres y el movimiento de ayuda mutua. En: Boletín de Ayuda Mutua y Salud. N.º 3. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1996.

COLABORACIÓN ESPECIAL**OBSERVACIÓN, ENTREVISTA Y GRUPO DE DISCUSIÓN: EL SILENCIO DE TRES PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN****Javier Callejo Gallego**

Departamento de Sociología I: Teoría, Metodología y Cambio Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia

RESUMEN

Antes de entrar en la oposición entre perspectiva cuantitativa y perspectiva cualitativa de la investigación social, se argumenta la necesidad de considerar el proceso de investigación social como un proceso social y las propias situaciones de observación empírica como situaciones sociales. Por lo tanto, en la investigación social el objeto de observación y las vías de observación son de la misma materia. Como en toda situación social, en la de observación se ponen en juego normas sociales. Pues bien, el artículo desarrolla la presentación de tres prácticas de investigación social cualitativa desde su concepción como producción de situaciones sociales distintas que, a su vez, se establecen como contextos inmediatos que favorecen respectivas articulaciones entre las normas prácticas y de grupos sociales específicos y las normas sociales dominantes en el conjunto de la sociedad. Las prácticas presentadas son: observación participante, entrevista en profundidad y grupo de discusión. Una articulación distinta entre normas sociales que tiene en el silencio una vía privilegiada de observación. Así, se concluye que la gestión y análisis del silencio es fundamental, tanto para diferenciar la perspectiva cualitativa de la cuantitativa, con una mayor apertura de la primera hacia el silencio, como para diferenciar una práctica de otra; pero, sobre todo, para observar los propios efectos de la observación durante los procesos de observación.

Palabras clave: Sociología. Etnografía. Observación participante. Entrevista, grupo de discusión. Análisis cualitativo. Técnicas de investigación. Investigación cualitativa.

ABSTRACT**Observation, Interview and Discussion group: the Silence of Three Research Practices**

Before entering into the opposition between quantitative perspective and qualitative perspective of social research, the need is discussed of considering the social research process as a social process and the empirical observation situations per se as social situations. Therefore, in social research, the object of observation and the ways of observation are made in the same stuff. As in any social situation, social norms come into play in the observation situation. Thus, the article develops the presentation of three qualitative social research practices from their design as producing different social situations which, in turn, take on the nature of immediate contexts which favor respective articulations between the practical norms of specific social groups and the dominant social norms in society at large.

The practices presented are: participant observation, in-depth interview and discussion group. A different articulation among social norms which finds silence to be privileged way of observation. Hence, the conclusion is reached that the management and analysis of silence is fundamental both for distinguishing the qualitative from the quantitative perspective, the former opening up more to silence than the latter, and to distinguish one practice from another, especially for observing the effects proper of the observation during the observation processes.

Keywords: Sociology. Ethnography. Participant observation. Interview. Discussion group. Qualitative analysis. Qualitative Research.

Correspondencia:
Javier Callejo
Calle Obispo Trejo s/n
28040 Madrid
913987065
Correo electrónico: mcallego@poli.uned.es

UN TRIÁNGULO CUALITATIVO

Observación participante, entrevista en profundidad y grupo de discusión se establecen como prácticas representativas de la perspectiva metodológica cualitativa de investigación social. Perspectiva que carece de una indiscutida definición propia. Es más, lo cualitativo en investigación social ha venido a configurarse principalmente como una especie de cajón de sastre de todas aquellas formas y procedimientos de investigación que no entran en la perspectiva cuantitativa, en la posibilidad de contar y, con ello, medir los fenómenos sociales. Ha de resaltarse que las propias prácticas, observación o entrevista, anteceden a la categoría de cualitativo y la desbordan. Lo cualitativo tiende a aparecer así como un espacio en negativo, al que, según las respectivas escuelas, se le otorga una función principal: la búsqueda del significado de los fenómenos, la obtención de la palabra de los sujetos de la acción social, el lugar primordial del lenguaje, la apertura, etc.. Claro que hay una especie de aire común, formado por cuestiones como el interés por la comprensión de los fenómenos¹ o la centralidad de las prácticas discursivas y el análisis del discurso²; pero bastaría un mínimo análisis de las tres prácticas que aquí se toman como referencia para ver la distinta concreción de tales atributos en cada una de ellas. Son razones de grado lo que las diferencia. Ahora bien, desde tal asunción también podría incluirse una técnica de investigación como la encuesta estandarizada como la concreción de otro grado más en el continuo, con lo que nos saldríamos de lo que convencionalmente se admite como lo cualitativo. Es seguramente desde esta visión global, incluyendo a las consideradas dos perspectivas opuestas, como conviene, en principio, abordar el lugar de las prácticas cualitativas: tanto para un intento de fijación, siempre inestable, de su ámbito común, como de las fuentes de sus principales diferencias internas. Labor que se realizará aquí de manera sumamente sintética, pues su objetivo central es distin-

to, correspondiendo a otras partes de esta publicación su realización.

El principio básico del que se parte, para el conjunto de la investigación social empírica, es que toda situación de observación es una situación social. Si tal principio se encuentra en fase de amplia generalización para el conjunto de la actividad empírica, como se muestra en la evidencia aportada por los estudios de sociología de la ciencia^{3,4}, tiene una relativamente antigua y amplia raíz en el caso de la investigación social, tomando un matiz relevante: objeto e instrumento de observación son del mismo material, son sociales.

La observación sociológica requiere la construcción de una situación social para, paradójicamente, observar el fenómeno en su funcionamiento *normal*; es decir, cuando no es observado. El trabajador de campo, para situarnos en el punto material más próximo a los sujetos observados, necesita definir previamente la situación social ante el observado. Se manifiesta así la constitución de una comunidad, una unidad de procesos comunicativos. En este caso, la comunidad de la observación que reúne a observadores y observados, frecuentemente de manera poco explícita en las prácticas de investigación más reconocidas por la población, como las entrevistas por cuestionario. Una comunidad con sus *normas*. Lo normativo es lo que obliga, lo que condiciona. Se parte del principio de que la acción social ha de explicarse por las normas, valores o ideologías que son vinculantes para los miembros de un grupo. Así, uno de los puntos estratégicos en el diseño metodológico de la investigación consiste en fundamentar la articulación del ámbito o nivel normativo que se ha de observar, elemento central en la definición del objeto de investigación, y las normas producidas por la puesta en marcha de las situaciones sociales derivadas de las distintas prácticas de investigación social. Como señalan, entre otros muchos, Strauss y Corbin⁵, cada método de colección de datos viene ligado a un tipo de información.

Toda práctica de investigación, sea cuantitativa o cualitativa, es una situación social que puede ser tipificada⁶, parecida en algún grado a otras situaciones reconocibles por los observados. A partir de tal reconocimiento, se genera un particular proceso comunicativo. De aquí que quepa tomar precauciones con respecto a la identificación de las prácticas de investigación social con procesos comunicativos especiales, en sí mismos. Tales procesos son producto de (y reproducen) una definida situación social, configurada por un conjunto de normas que incluyen las relativas a los procesos comunicativos. Precisamente la paradoja de la investigación social empírica reside en que lo que genera la posibilidad de comunicar, la situación social producida por la observación, imposibilita el ideal de comunicación transparente, de comunicar *como si no hubiese observación*. Paradoja resoluble, como todas, por la propia necesidad práctica de su resolución. En definitiva, por la necesidad social de investigación.

Lo común entre las prácticas de investigación es que todas son situaciones sociales. Lo que las distingue son las respectivas situaciones sociales. Principio que, hoy en día, parece el eco de algo obvio; pero que genera un rentable marco para desarrollar cada una de las prácticas y la comprensión de algunos de sus procedimientos, más acá de ubicar la unidad de algunas prácticas, como las cualitativas, en aspectos susceptibles de discusión. Por ejemplo, el cierre de lo cualitativo bajo el paraguas de lo discursivo, podría objetarse desde la consideración de la observación participante como práctica en la que se recoge algo más que discursos, por mucho que todos los datos recogidos acaban configurados como parte de un discurso.

Como tales situaciones sociales, establecen normas y se configuran con respecto a las normas del entorno social. Se da cierta vuelta de tuerca a un argumento anterior. No es sólo que las normas de la situación de observación refracten la relación con respecto

a las normas que se quieren observar, sino que toda relación social, como la que se produce en la situación de observación, es una relación con las normas generales. En la medida que cada situación social, producida por las prácticas de observación, establece una particular relación con las normas dominantes, cada práctica tendrá un relativo grado de pertinencia en función de cuál es la relación con las normas dominantes que se quiera observar. La asunción de tal principio es la base para aproximarse tanto a un diseño adecuado de investigación, como una de las llaves que permitirá la valoración de la generalización de los resultados y, en definitiva, de la validez externa de la investigación.

Las situaciones sociales que se ponen en marcha vienen especialmente establecidas, dado su inefable carácter de experiencias fuera del flujo cotidiano de la vida de los observados, como demandas de actuación. Es decir, de escenificación de algo (prácticas, discursos) por parte de sus actores en un escenario: de las prácticas cotidianas (de un grupo, una comunidad o una organización) en el escenario propio, «natural», en la observación participante; de una confesión en un escenario que forma parte de la negociación en el contrato de observación, en la entrevista; de una comunión en un escenario extraño, «artificial», en el grupo de discusión. Como tal reproducción tiene límites, pues no todo es mecánicamente reproducible en la sociedad, y comporta un modelo de actor. De aquí que, a la hora de desarrollar cada una de las tres prácticas, se haga hincapié en el modelo de actor y observador que demanda la situación social. La demanda de actuación y de modelo de actor y observador también se encuentran en el contrato de observación: por ejemplo, limitación del actor a contestar, no cabiendo las preguntas.

Habitualmente, se identifica a las prácticas cualitativas como las técnicas de la palabra. Como si en las técnicas cuantitativas no hubiese esa fuente de imprecisión que son las palabras, como si un cuestionario o una

ficha de observación cuantitativa pudiera realizarse sin palabras. Es más, si hay algo que une a lo cuantitativo y lo cualitativo es el uso, aun cuando sea distinto, de la palabra. Desde el uso de la palabra, ambas perspectivas metodológicas conforman un continuo, como denuncian los diseños de investigación destinados a recoger significantes mediante prácticas cualitativas, para, posteriormente conocer su distribución cuantitativa⁷. Sin embargo, es el lugar del silencio de los observados lo que diferencia con mayor rotundidad las dos perspectivas. En los estudios cuantitativos se excluye el silencio, como pone de manifiesto la investigación mediante cuestionarios estandarizados. Es más, las comunes categorías de respuesta como «no sabe» o «no contesta», lejos de recoger el silencio, lo excluyen. A lo sumo, pueden tomarse como periféricas vías de los encuestados para escapar a las palabras, las categorías propuestas, impuestas por la investigación. Son respuestas, negación del silencio, pues no se permite que permanezca en silencio quien ha aceptado la entrevista con cuestionario. De prolongar en exceso el comportamiento silencioso, se dará por terminada la entrevista. Quedará anulada. Cuando el silencio surge ante algunas preguntas, quedará oculto en la categoría por la que finalmente se opta, pues el silencio no es una opción.

En las situaciones sociales de las prácticas cualitativas hay lugar para un elemento comunicativo como el silencio. Un lugar tal vez escasamente analizado, tanto desde la reflexión metodológica como desde la propia práctica empírica. Pero al que se abren de manera conjunta y, a la vez, de manera diferencial las prácticas cualitativas de investigación social. Incluso desde la centralidad que tiene lo dicho, lo discursivo, en estas prácticas, algunos debates que las atraviesan, como el papel del trabajador de campo en los ejes de la participación y la directividad en la situación de observación, están estrechamente relacionados con las formas de gestionar el silencio y con las distintas formas de silencio (las distintas etapas

o escuelas del cualitativo pueden registrarse a partir de la valoración de tal silencio de las prácticas: desde un inicio en que se asumía como signo de neutralidad y objetividad, hasta una fase en que sólo parece caber la palabra del observador entre las silenciadas prácticas de observación). Toda observación es el encuentro entre dos mundos, el de la vida cotidiana de los sujetos observados y el del observador, donde los silencios son los principales signos en la transición entre uno y otro. El silencio del que calla ante la percepción de alguien ajeno (observación participante); el silencio del que observa para pasar desapercibido en el escenario de observación (observación participante); el silencio del entrevistador para provocar la continuación del flujo discursivo del observado (entrevista en profundidad); el silencio del entrevistado como señal de incremento de la tensión entre la norma general y la particular (entrevista en profundidad); o el silencio del grupo como muestra de las dificultades para la circulación del discurso sobre un tema en ese sector social (grupo de discusión): algunas muestras de la ubicuidad del silencio en las prácticas cualitativas. Las tres prácticas aquí referidas son fundamentalmente orales y, por lo tanto, donde fundamentalmente se da la gestión del silencio⁸.

Así, el triángulo cualitativo de las tres prácticas de investigación aquí referidas, observación participante, entrevista en profundidad y grupo de discusión, puede quedar momentáneamente conformado, pues: a) en cuanto situaciones sociales, las prácticas de investigación social cualitativa configuran una relación entre normas (las de observación, las de referencia y las practicadas), un modelo de actor y un lugar para el silencio; b) en la relación entre normas, los actores toman distintos modelos, pudiendo aparecer el silencio como la frontera en el paso entre normas y modelos; c) el silencio es un elemento constituyente tanto de las normas de la relación de observación derivada de cada práctica de investigación, diferenciándolas entre sí y, por lo tanto, un ele-

mento de su gestión, como un elemento estratégico para el análisis, en cuanto pone en relación los tres tipos de normas coincidentes: las de observación, las dominantes o de referencia más general y las practicadas por el grupo particular de referencia.

LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

La denominada observación participante puede considerarse el ejemplo por excelencia del carácter de prácticas, en lugar de técnicas, de los métodos de la investigación cualitativa. Es más, para Atkinson y Hammersley⁹, la observación participante es algo más amplio, es un modo de estar en el mundo característico de los investigadores. En cuanto tal modo de estar en el mundo, asume: la preocupación por aquellas formas de vida social u organización que pueden considerarse relativamente *anormales*, fuera de la norma dominante en la sociedad asimismo dominante, y cierta ambición de totalidad dirigida en sus distintos niveles, ya sea desde la total integración del observador en lo observado¹⁰, ya sea la de dar cuenta de *todo el mundo social* observado.

El principal uso de la observación participante se encuentra en el estudio de lo que relativamente se sale de la norma: lo que todavía no se entiende, lo incipiente, las otras culturas, los grupos semiocultos o clandestinos y lo que tiende a encerrarse entre los muros de las instituciones (instituciones totales, centros laborales, laboratorios, etc.). Es decir, en aquellos espacios sociales donde lo normal es puesto entre paréntesis, denegado, donde se asume que las cosas funcionan socialmente de otra manera distinta a la que se tiene por normal o la que aparece en los discursos formales de las instituciones. Por lo tanto, su uso es especialmente interesante para el estudio profundo de la vida cotidiana de las organizaciones, instituciones y grupos sociales que ocupan un lugar periférico en la sociedad, lo que, en el ámbito de la salud se traduce en su utilización en el estudio de la vida cotidiana y organizativa

de centros sanitarios, de asociaciones profesionales específicas, salas de hospital, psiquiátricos, etc.^{11,12}. Su objetivo es que lo normal en tales espacios sociales fluya, aunque esté lejos de la norma central de la sociedad dominante, de lo que se considera como normal fuera de tales espacios sociales particulares.

Para conseguir la representación de tal normalidad particular, ante la observación de un sujeto externo, se establece el principio, más o menos asequible según las circunstancias, de máxima disminución del grado de externalidad de este sujeto observador. Así, la comunidad que se forma entre observador y observados pasa en esta práctica de investigación por el requerimiento de integración del observador en los espacios y prácticas de los observados. En definitiva, de su integración en la vida cotidiana del grupo observado. Su relativamente contradictoria denominación (observar y participar a la vez) muestra también el amplio margen de su actuación: desde lo que podría considerarse una observación que participa en la vida cotidiana de los observados, hasta una participación de la que derivan observaciones, acercándonos a prácticas como la denominada IAP (investigación acción participación). Un margen que, más allá de la exposición divulgativa de una tipología^{13,14} algo extraña a la escasamente formal concreción de esta práctica, que, eso sí, tiende a articular distintos grados de participación con la observación en distintos momentos de la investigación.

Fundamentalmente, la observación participante es la integración del observador en el espacio de la comunidad observada. Es más, esta práctica puede considerarse un espacio sin tiempo. La observación participante está definida por la interacción entre observador y observado en el espacio de los últimos¹. El primer elemento de participación es espacial, el espacio de la comunidad observada. De aquí que la selección del espacio adquiera un lugar estratégico primordial en las investigaciones con esta

práctica. Como tal espacio, no todos los espacios son susceptibles de ser observados, ni de permitir la presencia de un observador. Así, Taylor y Bogdan hablan de un espacio de fácil acceso, donde se puede establecer una relación inmediata con los informantes y recoger datos directamente relacionados con los intereses de la investigación. Al respecto, hay que señalar que es la investigación la que constituye el espacio y su selección y no al revés, como indican algunos aprendices de investigador que presentan como objetivo: «ver lo que pasa en un centro de salud», «ver lo que ocurre en la sala de espera de un centro de salud», etc. Bien es cierto que, una vez seleccionado el escenario para la observación, pueden indicarse algunos procedimientos para entrar en él y registrar lo que ocurra de significativo; pero pocos para la propia situación de *estar allí*, dada la apertura a las distintas circunstancias prácticas. Ha de subrayarse que la lógica de la práctica de la observación participante se encuentra en su integración en las prácticas observadas.

Se entra en un espacio, pero no se sabe cuándo acabará, tendiendo la observación participante a rechazar los presupuestos temporales en la investigación. De alguna manera, también el observador deja en suspenso *su* tiempo como sujeto que trasciende su identidad con un estudio específico. Pero también la relativa ausencia del tiempo forma parte del producto sustancial de la observación: apenas se cuestionará el origen y trayectoria de la comunidad, como tampoco su futuro. El tiempo sólo cabe como un elemento más que se gestiona en las prácticas que se dan en el espacio observado. Es el tiempo en la comunidad; pero no el tiempo de la comunidad, ni, por supuesto, del observador. En la observación participante apenas cuenta el tiempo, tal vez todavía atravesada de la tradición que estudiaba comunidades a las que se creía sin tiempo. Es más, el propio término de comunidad, tan querido a la observación participante, refleja esa atemporalidad.

El tipo de *dato* que configura la observación participante viene dado por el que puede considerarse su instrumento básico: las notas del trabajo de campo. El dato es lo ocurrido en el campo y registrado por las notas. Éstas tienen la función de registrar lo significativo entre lo observado, pero fuera de la mirada de los observados, poniendo de relieve la antinomia entre los momentos de observación y los de participación. Por lo tanto, las notas de campo se alimentan de los aspectos significativos que pueden observarse y recordarse. El objetivo de las notas manifiesta también la ambición de totalidad de esta práctica de investigación, pues se propone que han de recogerlo todo con el máximo detalle. Un todo que incluye los sentimientos, afectos u otras percepciones del observador. Es como si las notas de campo tuviesen la misión de subrayar el grado de integración de quien las escribe integrándolo en lo escrito. El observador se proyecta en las notas y, a su vez, las notas proyectan al observador.

La prescripción de sumo detalle en la redacción de las notas de campo aparece avalada por el objetivo de la observación participante como reveladora de lo oculto, de lo que no tiende a verse por la mirada normal, ya sea desde la normalidad central, ajena (de los observadores no participantes); ya sea desde la normalidad particular de la comunidad observada (de los participantes no observadores). La acumulación de detalles de las notas, las palabras del observador que se refieren a lo visto y escuchado, será el material que permita que, desde la normalidad central, se vea la *realidad práctica* y su *lógica* de la normalidad relativamente periférica, asumiendo en algunas ocasiones el papel de la denuncia. También que, desde la normalidad observada, se tenga un material para la reflexión cuando se le devuelve.

Como ha podido derivarse de lo expuesto, el discurso de los participantes en la comunidad observada es un elemento más de sus prácticas cotidianas; pero no el único que entra en el detalle de las notas. En algunos

estudios, pocos y situados en el origen etno-gráfico-colonial de la práctica de observación, tampoco es el más importante. En cualquier caso, el discurso recogido es el discurso inserto en las prácticas cotidianas dentro del espacio observado, posibilitándose así la distancia del discurso que *se da* al observador externo. Por ejemplo, *se dice que* se hace un experimento médico siguiendo unos procedimientos, mientras que el observador participante recoge en sus notas el carácter cotidiano de tales procedimientos, con las posibles transgresiones normativas de los mismos¹⁵; *se dice que* se cuida a los enfermos en un lugar y se observa, desde dentro, que simplemente se les tiene aparca-dos; un especial grupo de enfermos *dice que* sigue las prescripciones de un tratamiento, mientras que se observa su frecuente abandono.

Ha de resaltarse la adecuación de la observación participante cuando se busca el conocimiento de las normas prácticas de una comunidad, grupo, organización o institución. De lo que se hace, incluyendo en tal hacer los discursos utilizados. Se trata de obtener, en cierta forma, lo que Bourdieu¹⁶ denomina la *lógica práctica* del sector o institución social observados. Es decir, de poco valdría la denuncia de las diferencias entre la norma general (lo que tiende a *decirse*) y las normas particulares (lo que tiende a *hacerse*), si no se encuentra el sentido práctico que explica tal hacer.

En cuanto realizada sobre un espacio particular en el que se desarrollan unas normas prácticas, apenas cabe hablar de representatividad en la observación participante. Carece de sentido cuando lo que se pretende no es tanto la generalización de lo mostrado, sino la constatación de esto como *una realidad normativa* que se desconocía. Su función es transmitir lo que, en principio, es intransmisible; pero, a su vez, asumiendo su carácter de conocimiento local¹⁷.

Durante el trabajo de campo, el observador queda integrado en la comunidad obser-

vada, en mayor o menor grado, pero siempre parcialmente. Ahora bien, la investigación con observación participante termina con un observador que integra la comunidad. En la redacción de su informe, ha de mostrar que ha comprendido la comunidad observada. Para ello, no cabe duda, se realizan algunos ajustes analíticos. Todas sus prácticas, las del observador y las de la comunidad observada cobran sentido, adquieren la imagen de un circuito cerrado. Un circuito donde circulan fluidamente las prácticas observadas.

Más que en las otras prácticas de investigación que se van a abordar, el silencio en la observación participante queda del lado del observador y se configura de una manera distinta a callar. Es el silencio de un observador que ha de evitar generar cualquier ruido en el escenario observado. El principio fundamental de no intervencionismo en la observación participante¹⁸, hace del silencio del observador su espacio en el espacio de los otros. Pero, a su vez, tal objetivo se consigue ocasionalmente hablando, *diciendo lo que hay que decir* en la situación práctica. Es el silencio de un observador destinado a pasar desapercibido. Es el silencio (y el habla) de la transparencia. Una gestión del silencio que implica, por sí mismo, un profundo conocimiento de los estilos de silencio y palabra dentro del grupo observado.

Destacar, por último, el carácter sintomático del proceso de integración del observador en el escenario que tiene comportamientos como la ruptura del habla en silencio por parte del grupo ante la percepción de un extraño, la propia negación de la palabra del grupo al observador, etc. Asimismo, el silencio se convierte en síntoma del grado de incorporación normativa de las prácticas, pues tienden a ser las que alcanzan mayor grado de incorporación aquellas que apenas necesitan *ser habladas*, por no hablar, como elemento sustancial fundamental, de las normas de silencio que rigen en el propio grupo: lo que se calla al exterior, lo que se callan entre unos subgrupos y otros, es de-

cir, lo que ya configura al silencio como un objetivo de observación, además de un instrumento para la misma, subrayando nuevamente la identidad de material entre ambos aspectos de toda observación sociológica.

LA ENTREVISTA

Tiende a definirse la entrevista cualitativa, también denominada en profundidad, como una conversación ordinaria, con algunas características particulares. Como una situación, normalmente entre dos personas, en la que se van turnando en la toma de la palabra, de manera que el entrevistador propone temas y el entrevistado trata de producir respuestas localmente aceptables². Pero son precisamente tales características particulares de la situación las que alejan a la entrevista de una conversación ordinaria. Incluso, siguiendo el apunte de Dingwall, hay que señalar cómo el entrevistado buscará signos en el entrevistador de lo que es localmente aceptable. Aun cuando la mayor parte de los manuales insisten en el ideal de conseguir el carácter de conversación ordinaria para la entrevista, se genera una situación social distinta, más allá de lo que pueda considerarse como ordinario, tanto por el entrevistador como por el entrevistado.

La distancia de la entrevista con respecto a una conversación ordinaria se encuentra ya en el nivel pragmático. Una conversación ordinaria puede tener múltiples sentidos pragmáticos; pero el principal sentido pragmático de la entrevista se encuentra en la investigación. Es un habla para ser observada. Como tal habla, la mayor pertinencia metodológica de la entrevista se encuentra en investigaciones que buscan aproximarse a las experiencias de los sujetos. En especial, sobre todo para el ámbito de la salud, cuando se tiene por hipótesis un conflicto entre normas. Por un lado, normas dominantes, referenciales, reproducidas habitualmente en los discursos porque conforman lo legitimado, *lo que hay que decir*. Por otro lado, normas en la práctica, reproducidas en la práctica.

Por lo tanto, se cuestiona el lugar de las normas dominantes, de manera que la entrevista puede definirse como la técnica de cuestionamiento sistemático y empírico de la sociedad por antonomasia¹⁹. Así, por ejemplo, el discurso legitimado señala que prácticas saludables como el deporte o no fumar son importantes, pero se realizan prácticas que se alejan de la salud; el discurso legítimo dice que, en principio, todos los pacientes son iguales, pero se realizan prácticas que diferencian a los pacientes desde ese mismo principio; el discurso legitimado señala la ausencia de procesos discriminatorios, según el género, en la carrera de los profesionales de la salud, pero pueden realizarse prácticas de selección que señalen una distancia de tal norma. Desde tal perspectiva, la entrevista en profundidad es una aceptable sustitución de la observación participante cuando: a) no es fácil el acceso a los espacios en los que se concretan tales normas divergentes, como puede ocurrir en los espacios privados (domicilios particulares en los que se deben hacer las prácticas terapéuticas, ciertos consumos de alimentos o de medicamentos, relaciones sexuales, etc.) o los espacios semiprivados (de ejercicio profesional, expertos, etc.); b) existe una previa limitación de tiempo, un presupuesto temporal, pues las entrevistas, a diferencia de la observación participante, pueden considerarse como prácticas en que tiene menor peso el espacio; pero en las que cuenta especialmente la gestión del tiempo, lo que va desde la duración de cada entrevista, hasta los días transcurridos entre una entrevista y otra, cuando se requieren varios encuentros con la misma persona.

Demasiados condicionantes como para aceptar el ideal de la entrevista como conversación ordinaria. Más acertada parece la definición de la situación social de la entrevista en profundidad como una confesión desde la desigualdad. La confesión atraviesa la entrevista^{12,20}. La demanda de observación requiere una confesión del entrevistado de su experiencia práctica, aun cuando tal experiencia se establezca como norma dis-

tinta a la que se encuentra macrosocialmente más legitimada. Si en la entrevista estandarizada la relación con lo legitimado macrosocialmente (la norma) es por adscripción, en la entrevista abierta es por interiorización discursiva. Incluso en aquellas investigaciones que parecen utilizar la entrevista para «conocer la opinión» de las personas, lo que se pone en funcionamiento es una situación social que demanda la confesión de una opinión, lo que es cualitativamente distinto, pues ésta parte del posible enfrentamiento entre la norma discursivamente dominante y la norma particular. Es tal la implicación entre entrevistador y entrevistado que la entrevista está demasiado cargada emocionalmente, como para dar sólo opiniones. Ahora bien, es una confesión desde la desigualdad, pues la demanda de confesión parte del entrevistador al entrevistado, lo que sitúa una parte de los límites, pues el entrevistado confesará lo que socialmente crea conveniente, situándose aquí el principal juego analítico de la entrevista. En todo momento, el entrevistado puede negarse a contestar, incluso puede negarse a aceptar o seguir la entrevista. La entrevista es un contrato de confesión limitada y no todos están dispuestos a la confesión, especialmente los *más culpables*. Entonces, la cuestión a preguntarse es el porqué de la confesión. Algo que aquí quedará falsamente resumido en la tensión existente entre normas en conflicto, de manera que la confesión podría admitirse como la demanda del reconocimiento de una norma frente a otras, que son socialmente dominantes.

Definida como confesión, la entrevista en profundidad alumbró la amplia tipología en que se concreta. En las entrevistas de carácter biográfico, concebidas como historias de vida, el propio sujeto es el objeto de la confesión. La norma de su trayectoria se concibe enfrentada a la trayectoria normal (de aquí que las historias de vida se hayan utilizado para aquellos sectores sociales que han tenido especiales trayectorias vitales, ya sea concebidas como voz de los que no han tenido voz: inmigrantes, derrotados en las gue-

rras, clases populares, grupos sociales o culturales marginados; ya sea en su aplicación a los que han tenido éxito social: elites políticas, empresariales, etc.). Se trata de la confesión de lo que quisieran hacer. En medio, donde se encuentra la mayor parte de los estudios aplicados, las entrevistas como confesión de lo que *realmente* se hace, sobre todo, o de lo que realmente se opina, como concreción de seguimiento de normas que se apartan de la norma general.

En la entrevista, cuando se realiza una confesión es porque es la reivindicación de una norma que se cree aceptable o el reconocimiento de una norma que se acepta en la práctica. Es decir, es una confesión aceptable, que se considera que va a ser aceptada por el observador. De aquí que se aconseje al entrevistador una actitud abierta, dispuesta a aceptar toda manifestación de la persona entrevistada. La apertura²¹, hasta tal punto destacada en esta práctica de investigación a la que también se denomina entrevista abierta, no viene dada por las características de las preguntas como no precodificadas, sino por una situación social abierta a la confesión de los entrevistados. La práctica o el arte de la entrevista^{22,23} es el arte de conseguir y estimular la satisfacción del actor en la confesión, pues ha de reconocerse cierto placer en la confesión.

Como confesión de una norma, tal vez generalmente no aceptada, la entrevista en profundidad es la práctica de investigación que en mayor medida ha convocado reflexión sobre aspectos éticos. Hay una norma socialmente no dominante cuya declaración puede ser atribuida a un individuo, lo que podría tener consecuencias directas para éste. De aquí que se hayan de extremar los cuidados de preservación de identidades, aun en el caso de aquellos temas de estudio en que parezca que la revelación de la norma puede ser beneficiosa para el sujeto que ha hecho la confesión. La voluntad del entrevistado de hacer pública su confesión es un dato más del estudio; pero no el papel del observador.

En el diseño de la investigación mediante entrevistas en profundidad, el papel estratégico principal corresponde a la selección de los informantes. Desde tal perspectiva, no importa tanto el número de los mismos sino las diferentes posiciones sociales ocupadas, con relación al fenómeno observado. Se trata de obtener el suficiente material para la comparación y la mutua corroboración de lo confesado, que tenderá a ser fragmentaria, sobre algunos aspectos. Se consigue así lo que desde distintas escuelas se ha denominado saturación²⁴.

En un principio, la palabra —lo hablado— aparece como el dato preferente, casi exclusivo, que produce la entrevista^{24,29}. Sin embargo, es en la gestión de los silencios por parte del entrevistador como principalmente la entrevista en profundidad se constituye en puerta abierta a la confesión. El entrevistador ha de esperar constantemente que el entrevistado vaya más allá de lo dicho, tal vez adscrito a la norma legitimada. Es una espera que invita a romper con ese tipo de discurso o, en su caso, seguir la confesión, considerándola aceptable. Desde el análisis, los silencios del entrevistado marcan momentos de reflexión sobre lo que éste considera que hay que decir, reconocimiento de la norma dominante o de la norma particular, y de lo que hay que callar, pues el silencio es siempre un callar activo: no es algo que se calla porque se ignora sino, al contrario, es algo que se calla porque se conoce.

EL GRUPO DE DISCUSIÓN

En una apreciación inicial, la práctica de investigación conocida en España como grupo de discusión aparece como una reunión. De hecho, a pesar de su denominación habitual, la explicación de su funcionamiento debe más a tal carácter situacional de reunión, que de grupo. Es una práctica de investigación en la que se recoge el camino de vuelta hacia la unión, de lo que aparece separado, la reintegración al grupo tras la individualización. Al poner cara a cara a los par-

ticipantes en la reunión, entre seis y ocho, éstos reconstruyen discursivamente el grupo social al que pertenecen. Es decir, los nexos de su unión, aquél material que les une y, a la vez, les separa de otros grupos sociales. Es tal proceso de reconstrucción discursiva del grupo social, ante un fenómeno determinado que es básicamente el objetivo de la investigación, lo que constituye el principal material para el análisis. Por lo tanto, el grupo de discusión no es inicialmente lo que cabe considerar un grupo³⁰. A lo sumo, es un grupo que se rehace y, al hacerlo, reconstruye discursivamente sus particulares normas de referencia. Su adecuación a los estudios en el ámbito de la salud es elevada cuando se busca observar las normas de referencia particulares de grupos sociales existentes: grupos sociales amplios (jóvenes, mujeres, tercera edad, etc.) con respecto a la salud, el sistema sanitario, una medida en particular o una línea de comunicación institucional; grupos de profesionales con respecto a algunas medidas institucionales, la situación actual del conjunto del sistema de salud o, por ejemplo, algún tipo de medicamento; o los denominados grupos de riesgo con respecto a ciertos comportamientos propios o su protección institucional. En cada uno de ellos, se obtendrá la norma, lo que el grupo considera que *debe ser*, en relación con el fenómeno social estudiado. Se apoya, así, en cierta sensación gratificante que experimentan los individuos cuando se reconoce la norma del grupo, algo que hace continuar al grupo en *su* discurso, cada vez más *su* discurso, y que algunos han explicado en clave psicoanalítica^{20, 28}.

Es sintomático el dominio de quejas y demandas, en el discurso resultante de las reuniones, que aporta la experiencia de investigación con grupos de discusión. Algo que hay que poner en relación con las normas sociales. En cuanto expresión de una posición social con respecto a un fenómeno, el discurso del grupo es también el de la norma de este sector de la sociedad frente a las normas de otros sectores sociales. De hecho, en tales quejas y demandas cabe inscribir el

diálogo principal con las otras normas y la reclamación de reconocimiento de la propia norma social. El grupo de discusión es una expresión de las diferencias colectivas con respecto a la norma de referencia, ya sea en su cumplimiento concreto (quejas), ya sea en su propia extensión normativa (demandas). Los participantes a la reunión no hablan de cualquier cosa, ni de cualquier manera. Hablan del objeto social de la investigación, reconstruyéndolo simbólicamente al mismo tiempo que reconstruyen su grupo, en discusión explícita o implícita con otros grupos sociales. De hecho, una estrategia de notables rendimientos analíticos es tener en cuenta que la discusión en el grupo es, sobre todo, frente a otros grupos sociales, lo que invita a: a) tener en cuenta que toda discusión en el grupo es discusión entre grupos sociales; b) incluso cuando no hay discusión en el grupo de participantes cabe observar una discusión con otros grupos sociales, no representados en tal parte de la muestra; c) poner en relación, como si de un diálogo común se tratase, el conjunto de unidades muestrales (grupos) que componen el diseño de la investigación con grupos de discusión. Por lo tanto, siguiendo esta línea, no es que el contexto sea importante para analizar e interpretar el texto de cada grupo de discusión. El contexto es el grupo de discusión. De aquí su carácter dialógico^{28, 29}.

Para acentuar la diferencia del grupo de discusión con las otras dos prácticas de investigación presentadas, ha de destacarse que lo importante en ésta es la circulación de discursos. Discursos que adquieren su máximo valor como representación simbólica del grupo frente al fenómeno social estudiado y, por lo tanto, expresan la norma del grupo (el ideal del grupo) ante tal fenómeno. El discurso no es percibido tanto como un instrumento en la situación social inmediata, como ocurre en la observación participante, ni como la confesión de una norma que trata de salir a la luz, como en la entrevista.

Considerado el grupo de discusión como el ámbito experimental óptimo para tal cir-

culación de discursos, el moderador de la reunión, además de ser el representante del poder y la instancia investigadora, se convierte prácticamente en un conmutador de la circulación. Es el que da paso a las intervenciones de unos y otros participantes. Pero, sobre todo, es el que da paso a unos temas y cierra el paso a otros, poco o nada relacionados con los objetivos de la investigación.

En cuanto circulación de discursos que expresan la norma particular y específica de un grupo, los procedimientos experimentales tienen por función facilitar tal circulación. De aquí, la exigencia de relativa homogeneidad social entre los participantes en la reunión, pues se consigue el contexto para que los discursos circulen y la base para generalizar los resultados discursivos de la reunión, pudiendo ser atribuidos al grupo social de referencia representado en el diseño de la reunión.

Al ser la discusión entre normas, ubicadas en distintas posiciones de la estructura social, el centro de la observación mediante grupos de discusión, los niveles de consenso que, con respecto a tales normas, se muestran en el discurso que resulta de la reunión es un instrumento analítico primordial. Es más, los grados de consenso llegan a convertirse en la principal guía de interpretación, hasta conseguir una especie de mapa general de los consensos con respecto al objetivo de la investigación, teniendo en cuenta el total de reuniones de grupo realizadas. Tal mapa llega a adquirir la característica de escenario discursivo sobre el que las instituciones, públicas o privadas que encargan la investigación, toman sus decisiones operativas.

Desde el punto de vista del contrato de observación, la práctica del grupo de discusión es un contrato de reflexión. El grupo se refleja, como grupo social, en el conjunto de la sociedad, representado por el moderador, el único *que no es como ellos*. A su vez, el moderador se compromete a actuar como un espejo, a devolver al grupo el discurso pro-

ducido por el grupo. Por lo tanto, a facilitar el reconocimiento del grupo y de los participantes en el grupo.

En cuanto contrato de reflexión grupal, la gestión del silencio en el grupo de discusión ocupa un lugar destacado. Hay silencios en el inicio de su dinámica, propios del reconocimiento de la situación por parte de los participantes. Pueden considerarse silencios de los primeros escauceos, que señalan la mayor o menor dificultad para hablar sobre el tema propuesto y, por lo tanto, hasta qué punto es un tema que inicialmente circula con facilidad en el grupo.

Los silencios en el medio de las reuniones pueden tener otros significados. Pueden ser cortes en la circulación discursiva, al enfrentarse el grupo a un tema que muestra claramente la oposición de la norma del grupo frente a la norma dominante: nadie toma la opción de singularizar tal enfrentamiento, de dar el paso al frente. Nadie toma la posición del *héroe*. Pueden ser, también, cortes al entrar el discurso por asuntos en los que el grupo ve peligrar su unidad, pudiendo estallar en un fuerte conflicto interno. Se trata de un silencio elusivo. Durante la dinámica, los silencios pueden sucederse y ofrecen un amplio margen para la interpretación. Es la práctica del moderador y el analista la que empujará, en cada momento de la investigación, a tomar unas decisiones u otras sobre su gestión. Es más, en la discusión sobre tal gestión del silencio, puede ubicarse la oposición metodológica existente entre quienes abogan por distintos grados de directividad en la moderación de las reuniones.

Al final de las reuniones, el silencio del grupo tiende a configurarse como signo de complicidades. Ya ha sido dicho todo lo que había que decir para conseguir la reconstrucción del grupo. El silencio como muestra de que el grupo se considera ya suficientemente reflejado. Sólo queda entonces, si interesa a los objetivos de la investigación, provocar al grupo, hacerle salir de sí mismo, o cambiar radicalmente de tema. En defini-

tiva, dar por acabado el grupo de discusión, con la posibilidad de relanzar otra dinámica.

HACIA CONCLUSIONES GENERALES

Al subordinarse este trabajo a una intención expositiva, apenas se ha entrado en discusiones de carácter metodológico que, sin duda, se encuentran en las opciones tomadas en lo expuesto. Se ha eludido la muestra de diferencias que, en cada práctica, existen según las escuelas cualitativas. Sin embargo, el lugar dado a las normas o las condiciones de tiempo y espacio en las que se realiza la observación, son opciones que cabe entroncar en escuelas determinadas. Por lo tanto, la discusión ha sido limitada, asumiéndose así la mínima referencia a categorías metodológicas, como la de contexto, que, hoy por hoy, constituyen aspectos controvertidos. No obstante, pueden derivarse de lo expuesto algunas conclusiones de carácter general.

En cuanto situaciones sociales, pueden reconocerse en las prácticas de investigación cualitativa aspectos comunes, con sus problemas y ventajas, que las diferencian profundamente de las técnicas cuantitativas. Entre los problemas, no hay que dejar de lado los relativos a la validación de los resultados³⁰. Entre las ventajas, hay que destacar la propia apertura reflexiva, en cuanto situaciones sociales en las que es posible observar los propios efectos de la observación, llegando a permitir la comprensión de los investigadores como tales. Es decir, del lugar de los investigadores, en su relación con los observados, en el proceso de investigación. No es sólo que las prácticas cualitativas generan menor reactividad sino que se encuentran abiertas a la observación de la propia reactividad que producen.

Dentro de tal apertura reflexiva, el silencio se ha mostrado como el espejo de los observadores. Como una superficie plana del discurso de los observados en los que el observador puede verse a sí mismo en la obser-

vación. Un reflejo que principalmente ha de interpretarse como conflicto entre normas sociales; aunque su concreción varía según la situación social producida por la observación.

Junto a la relación entre normas, el silencio pone en evidencia la imbricación de contextos. Se constituye en un dispositivo esencial para la interpretación sociológica de todo material empírico: desde el contexto de observación más inmediato (situación de observación) a los contextos históricos (sobre todo) y de referencia (normativa). La interpretación es, así, una reconstrucción contextual²⁸.

A partir de tales consideraciones generales que caracterizan a las prácticas de investigación cualitativa, no hay más recetas para su proceder concreto que la inmersión en los objetivos e intereses estratégicos de la investigación. Carencia de recetas que deriva de su asunción como situaciones sociales tipificadas y, por lo tanto, abiertas. Puede decirse que hay límites sistémicos para ser sistemáticamente prácticos. Hay límites para la asunción sistemática de los procedimientos técnicos, si lo que se desea es una aproximación al sistema social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986.
2. Dingwall R. Accounts, Interviews and Observations. En: Miller G, Dingwall R, editores. *Context & Method in Qualitative Research*. Londres: Sage; 1997. p. 51-65.
3. Barnes B, Bloor D, Henry J. *Scientific knowledge: a sociological analysis*. Londres: Athlone Press; 1996.
4. Woolgar S. *Ciencia: abriendo la caja negra*. Barcelona: Anthropos; 1991.
5. Strauss A, Corbin J. *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks (Cal.): Sage; 1997.
6. Cicourel A. *El método y la medida*. Madrid: Editora Nacional; 1984.
7. Callejo J. Sobre el uso conjunto de técnicas cuantitativas y cualitativas. *Rev Internacional Sociol* 1998;21 (tercera época): 66-87.
8. Ferraroti F. *La historia y lo cotidiano*. Barcelona: Península; 1991.
9. Atkinson P, Hammersley M. *Ethnography and Participant Observation*. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks (Cal.): Sage; 1994. p. 248-61.
10. Clifford J. De l'autorité en ethnographie. *Rev L'Ethnografie* 1983; 2: 87-118.
11. Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu-Murguía; 1987.
12. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
13. Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1997.
14. Ruiz Olabuénaga JI, Izpirúa MA. *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.
15. Knorr-Cetina K. *The Manufacture of Knowledge*. Oxford: Pergamon; 1981.
16. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus; 1991.
17. Geertz C. *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós; 1994.
18. Adler PA, Adeler P. *Observational Techniques*. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks (Cal.): Sage; 1994. p. 377-92.
19. Holstein JA, Gubrium JF. *The active interview*. London: Sage; 1995.
20. Ibáñez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI; 1979.
21. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, compiladores. *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza; 1990. p. 171-203.

22. Payne SL. The art of asking questions. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1951.
23. Fontana A, Frey JH. Interviewing: The Art of Science. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks (Cal.): Sage; 1994. p. 361-76.
24. Callejo J. Los límites de la formalización de la investigación social cualitativa. Rev. Sociológica 1998; 3: 55-75.
25. Silverman D. Interpreting Qualitative Data: Methods of Analyzing Talk, Text and Interaction. Londres: Sage; 1993.
26. Baker C. Membership Categorization and Interviews. En: Silverman D, editor. Qualitative Research Theory, Method and Practice. Londres: Sage; 1997. p. 127-46.
27. Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel; 2001.
28. Alonso LE. La mirada cualitativa. Madrid: Fundamentos; 1998.
29. Callejo J. Articulación de perspectivas metodológicas: capacidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. Rev Papers 1998; 56: 31-55.
30. Bloor M. Techniques of Validation in Qualitative Research. En: Miller G, Dingwall, R, editores. Context & Method in Qualitative Research. Londres: Sage; 1997. p. 37-50.

COLABORACIÓN ESPECIAL**LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD:
PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA****Manuel Amezcua (1,2) y Alberto Gálvez Toro (3)**

- (1) Hospital Universitario San Cecilio, Granada.
(2) Laboratorio de Antropología Cultural, Universidad de Granada.
(3) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén.

RESUMEN

Existe un considerable bagaje teórico y metodológico para desarrollar investigación cualitativa en salud siguiendo la diversidad de tradiciones analíticas que aportan principalmente las ciencias sociales. Sin embargo este maridaje que se produce en torno a lo socio-sanitario abre un espacio multidisciplinar no suficientemente explorado aún que suscita numerosos interrogantes. En este artículo se realiza una visión panorámica de los principales paradigmas, metodologías y orientaciones teóricas que han inspirado los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud. Partiendo de una clasificación primaria, se proponen los dos polos que delimitan el *continuum* del análisis cualitativo: desde los diseños que ponen énfasis en la descripción de los datos, con un carácter puramente exploratorio, hasta aquéllos que se adentran en las formas de teorización para establecer interpretaciones e inferencias.

La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido o el análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje. La tradición sociológica y antropológica aportan de esta manera metodologías singulares que permiten conocer el contexto donde surgen los fenómenos y elaborar propuestas teóricas para explicarlos, como es el caso de la etnometodología, la inducción analítica o la teoría fundamentada. Por último se proponen algunas claves para construir un espacio común desde el que construir nuevas perspectivas epistemológicas a partir de la confluencia multidisciplinar.

Palabras clave: Investigación cualitativa. Ciencias de la Salud. Ciencias Sociales. Análisis cualitativo.

ABSTRACT**Different Approaches to Qualitative Health Research Analysis: A Critical and Reflective View**

There is a consistent theoretical and methodological foundations on qualitative health research provided mainly by social sciences. However, this existent overlap between social and health aspects is a wide multidisciplinary field still underexplored. This article offers an overview of the main paradigms, methodologies and theoretical tendencies of qualitative research analyses within the health sciences context. Based on an initial classification, two opposite extremes for setting the bounds of the qualitative analysis *continuum* - from designs focusing on data description, which are purely exploratory, to those which go into theorizing processes so as to draw out interpretations and inferences - are discussed.

Qualitative research is an important tool in the analysis of health problems from a social and cultural point of view. Adopting different procedures such as content and speech analysis, qualitative research approaches communication patterns and examines the diverse language ideologies. Sociological and anthropological traditions provide unique methodologies which allow to know the context where the phenomena appear and set out theoretical proposals in order to explain them, for example ethnomethodology or analytical induction. Lastly, some keys are suggested for developing a common area, out of which new epistemological perspectives may be set out based on different disciplines coming together.

Key words: Qualitative Research, Health Sciences. Social Sciences. Qualitative analysis.

Correspondencia:
Manuel Amezcua
Apartado de correos n.º 734
18080 Granada
Correo electrónico: mamezcua@hsc.sas.junta-andalucia.es

INTRODUCCIÓN

La fase de análisis de los datos representa probablemente el lado oscuro de la investigación cualitativa. Tanto los defensores teóricos del método como los productores de investigaciones cualitativas adolecen de proporcionar escasa información sobre los modos en que transforman los datos en interpretaciones que puedan sustentarse científicamente. Tal vez sea por ello que aún existan investigadores (especialmente en ciencias de la salud) que miran con una reticencia insalvable la incorporación de esta metodología para el abordaje de los problemas de salud. Un texto de Mercado y colaboradores, aparecido hace dos años, vino en cierta forma a romper esta tendencia, aportando algunas ideas utilísimas sobre este asunto tan espinoso¹. En fechas recientes uno de los autores de este trabajo tuvo la oportunidad de realizar una estancia académica en la Universidad donde Mercado dirige un Programa de Investigación Cualitativa en Salud, lo que le permitió compartir algunas de las reflexiones epistemológicas que aparecerán en este artículo. Quiere eso decir que al día de hoy nos resulta imposible asumir la paternidad de todo lo que aquí se diga, debiendo compartirla con el propio Mercado y no pocos investigadores que en los últimos meses aceptaron un ejercicio reflexivo sobre la utilidad del análisis cualitativo a partir de su experiencia.

Una primera cuestión, bastante aceptada por otra parte, es que el interés por los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud se ha producido a partir del interés mostrado por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias, lo cual ha motivado que la investigación cualitativa en salud se esté definiendo a partir de referentes teóricos y metodológicos tomados principalmente de las ciencias sociales y las humanidades. Estudios como los de Goffman sobre los hospitales psiquiátricos y su concepto de institución total² alertaron, aunque algo tardíamente, sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud

desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad (tanto de los sujetos investigados como del investigador) como objeto de análisis, algo que podía sonar a herejía a principios de los sesenta, y que aún hoy sigue siendo objeto de controversia fuera del reducido grupo de iniciados en los modos de análisis cualitativos.

En el contexto de la salud, la metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.), lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción. Sin embargo también provoca una serie de efectos perversos, como por ejemplo la gran variabilidad existente en la manera de afrontar el análisis: imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción que interpretación, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, ateorización, etc., hasta tal punto que hoy día no podríamos hablar del análisis cualitativo, sino más bien de los análisis cualitativos. En esta confluencia disciplinar, es tan importante que los investigadores desvelen los secretos de su cocina (la «alquimia dubitativa» de Minayo), como el llegar a consensos sobre los aspectos más elementales del análisis: terminologías, métodos y técnicas, criterios de validez y fiabilidad, perspectivas teóricas, etc.

LA BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO

Parece una constante que los investigadores en salud llegaron a los análisis cualitativos buscando conocer dimensiones complejas de las que aportan poca o nula información los registros clínicos habituales. Después de una década centrada en el estudio de las enfermedades crónicas y a pesar de haber adoptado desde su comienzo una perspectiva crítica, Mercado decide incorporar el análisis cualitativo para poder com-

prender la experiencia del padecimiento, para lo cual buscó a través de entrevistas recuperar «la voz de quienes padecen» (los propios pacientes, sus familiares, sus amigos, sus compañeros de trabajo y demás integrantes de su red social más cercana)³. A la vista de los estudios publicados en las últimas décadas, no se entenderían los abordajes cualitativos sin la idea la complementariedad metodológica, en tanto una buena parte de las investigaciones que buscan comprender la subjetividad y la significación, se interrogaron previamente sobre relaciones entre variables y su medición⁴.

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas de salud en su dimensión social o cultural (concepciones y representaciones, política, administración, instituciones, etc.), los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles. El resultado es la afluencia de datos muy descriptivos, las propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las acciones observables⁵. Al analizarlos llega el momento quizá más angustioso para el investigador poco acostumbrado a confrontar las dos materias primas sobre las que hay que trabajar: el lenguaje, que representa la subjetividad y el mundo de los significados y los símbolos, y la práctica, que representa lo concreto, lo morfológico. Es el estado nebuloso o el limbo, a los que se refiere Minayo, que a menudo ocultan los investigadores en sus informes, que puede al mismo tiempo esconder una creatividad desbordante y procedimientos analíticos poco confiables técnica y científicamente⁶.

¿Cuál es la materia oculta que tanto cuesta encontrar entre los datos cualitativos? Tres son las principales finalidades del análisis cualitativo según expresan algunos autores: la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad⁷. Para alcanzar el estado de claridaden-

cia necesario en el trabajo interpretativo el investigador tiene que vencer varias dificultades. Una, la seducción de los métodos y las técnicas, que a menudo le hace olvidarse de su verdadera búsqueda: el significado. Otra, la dificultad para realizar abstracciones teóricas a partir de los datos concretos, que se da especialmente en investigadores con una formación y trayectoria positivistas cuando les faltan datos numéricos. Pero especialmente hay que aprender a controlar lo que Bourdieu (cit. por Minayo) llama «ilusión de transparencia», que se da sobre todo cuando el investigador está muy familiarizado con los datos y los escenarios que estudia, entablando una comprensión de la realidad apresurada y condicionada por su propia proyección subjetiva.

DESCRIBIR O INTERPRETAR

Verdaderamente no existe una taxonomía universalmente aceptada sobre los tipos de análisis en investigación cualitativa, o al menos nosotros no la conocemos. Por supuesto que ha habido algunos intentos clasificatorios, casi todos ellos en el campo de la sociología, pero respondiendo a criterios parciales que no han logrado atravesar la barrera disciplinar en la que fueron pensados. Fruto de esta carencia es la gran confusión terminológica que persiste en torno a los procedimientos para el análisis cualitativo (métodos, estrategias, técnicas, orientaciones epistemológicas, etc.). Aunque tampoco nosotros seamos capaces de aclararlo, intentaremos presentar algunas clasificaciones y mostrar críticamente algunas de las orientaciones metodológicas a las que se refieren con mayor frecuencia los todavía escasos investigadores del campo de la salud que muestran su interés por diseños cualitativos, aunque no lo haremos siguiendo la lógica cronológica en la que fueron surgiendo.

Una de las primeras aportaciones clasificatorias se debe a Barton y Lazarsfeld, al proponer identificar cinco niveles en los procedimientos de análisis del material cua-

litativo en función de su complejidad: las simples observaciones, la construcción o aplicación de sistemas descriptivos (listas y tipologías), las relaciones entre variables, las formulaciones matriciales, y el análisis cualitativo en apoyo de la teoría⁸. Esta clasificación tiene notables ausencias, como la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss, que fue descrita con posterioridad, pero sus autores introducen la idea de un *continuum* dentro del cual tendría cabida cualquier procedimiento analítico que surgiese en el futuro. En torno al criterio de complejidad emergen dos polos, no opuestos, sino como un largo camino con numerosas estaciones, al decir de Hammersley y Atkinson⁹, un itinerario que iría desde los estudios que pretenden describir los datos, hasta los que buscan su interpretación a partir de proposiciones teóricas:

a) Los estudios *descriptivos*, también llamados por Taylor-Bogdan *etnografías* para diferenciarlos de los estudios teóricos o conceptuales, tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen «fiel a la vida» de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa⁵. Aquí se da una mínima interpretación y conceptualización, permitiendo que sean los propios lectores los que extraigan sus propias conclusiones y generalizaciones. Se basan en la narración de una historia como vehículo para la descripción de las personas, escenarios o acontecimientos. Como referente de esta corriente se toman los estudios de la Escuela de Chicago, especialmente los basados en historias de vida que se registraban en primera persona, que fueron muy criticados por su débil componente analítico. Aquí hay que aclarar que la pretendida escasa intervención del investigador en los datos es sólo aparente, pues de él depende la selección de los mismos y su ordenamiento, que está en función de lo que para él es importante. La mayoría de los estudios que se están publicando en ciencias de la salud, al menos en estos momentos en España, podrían encuadrarse dentro de este nivel de análisis, con una intención

claramente exploratoria, pero que en están facilitando el surgimiento de líneas de investigación hasta ahora inexploradas, como puede ser el estudio de los cuidadores familiares, la satisfacción de los ciudadanos sobre la atención recibida, el afrontamiento de la enfermedad, etc.⁴.

b) Los estudios *interpretativos* utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio. Glaser y Strauss hablan de teorías sustanciales, relacionadas con un área concreta de indagación como puede ser el cuidado del paciente, a diferencia de las teorías formales, que se refieren a áreas conceptuales, como por ejemplo el estigma¹⁰. Uno de los objetivos posibles del *Análisis de Contenido*, que es una de las metodologías más utilizadas en investigación cualitativa, es la formulación de inferencias y la prueba de hipótesis, para su verificación o rechazo¹². No siempre ha habido acuerdo entre los investigadores sociales sobre si el propósito de los estudios teóricos ha de ser desarrollar o verificar teorías, pero entre los procedimientos más conocidos para el análisis cualitativo están la *teoría fundamentada*, para generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de los datos, y la *inducción analítica*, para verificarlos.

Existen otras posibilidades de mostrar la doble dirección del análisis. Los estudios del discurso diferencian dos tipos en función de su grado de concreción, distinguiendo los enfoques teóricos y descriptivos por un lado y los aplicados y críticos por el otro, o bien, haciendo un corte transversal, identifica dos estilos de investigaciones, las empíricas y las filosóficas¹². Ibáñez, dentro de la modalidad estructural del análisis sociológico, contempla dos líneas de análisis cualitativo: el sincrónico (de la estructura superficial a la profunda) y el diacrónico (desde el plano fenomenal al generativo)¹³. Quizá una de las clasificaciones más completas es la propuesta por Tesch, que identifica dos grandes familias en el análisis cualitativo: la

estructural, que presupone la existencia de estructuras o reglas que se trata de descubrir (como en el análisis del discurso), y la *interpretacional*, que pretende la identificación y categorización de elementos y la exploración de sus conexiones, de su regularidad o rareza y de su génesis. En esta segunda familia todavía identifica dos tipos: los análisis *descriptivos/interpretativos*, representados sobre todo por la etnografía clásica, y el análisis *constructor de teoría*, asociado especialmente a la teoría fundamentada.

ESTRUCTURA DEL LENGUAJE E IDEOLOGÍA DEL DISCURSO

Hemos de reconocer que desde que se generalizó el uso de los programas de cómputo para el análisis de datos cualitativos, cada vez afrontamos con mayor dificultad las diferencias teóricas entre los métodos que se proponen como clásicos del análisis cualitativo. Como miembros de la redacción de una revista con secciones especializadas en investigación cualitativa nos vemos en la obligación cotidiana de coordinar la revisión de artículos en los que hay una tendencia creciente a suplantar la identificación del método utilizado (análisis de contenido, de discurso, etnometodología, etc.) por la denominación del software que se utilizó para el análisis asistido por ordenador, esto en el mejor de los casos, pues como ya se ha apuntado todavía persiste la vaguedad e imprecisión a la hora de explicar esta fase de la investigación. En otros casos una multiplicidad de métodos identificados terminan siendo operativizados con el mismo programa de cómputo, lo que en la práctica reduce las diferencias epistemológicas a consideraciones teóricas tan sutiles que en parte explican la torpeza con la que algunos metodólogos dicen que manejan estas cuestiones los investigadores empíricos.

Lo cierto es que, sea por el trasvase disciplinar al que hacíamos referencia al principio, sea por la variabilidad semántica, o por el estado embrionario en que se encuentra el

proceso de discusión sobre este asunto, la primera impresión que uno recibe es que cada cual resuelve el dilema metodológico lo mejor que puede¹⁵, desarrollando sus propios modos de analizar los datos, seleccionando o combinando métodos en función del problema de estudio o del marco teórico de partida, lo que a su vez aumenta el número y el tipo de métodos propuestos. A continuación vamos a referirnos de manera breve a los dos referentes metodológicos que más aparecen en los estudios empíricos en salud: el análisis de contenido y el análisis del discurso. Ambos aparecieron en el contexto de las ciencias sociales como estrategias para interpretar datos de la comunicación y aunque al principio se pensaron como técnicas de análisis, sus seguidores los enriquecieron con componentes teóricos y filosóficos hasta situarlos hoy como verdaderas corrientes de pensamiento.

a) *Análisis de contenido*. Aunque en su origen designaba una técnica para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación (según definición de Berelson)¹¹, hoy se refiere a un conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. Establece dos grados de complejidad, descriptivo e inferencial, y recurre a técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Distingue tres tipos de análisis: sintáctico (se interesa por la morfología del texto, permitiendo la búsqueda y recuento de palabras y caracteres), semántico (busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas), y pragmático (pretende descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar).

«Análisis de contenido» es un término que a menudo se usa genéricamente para designar el tratamiento con los datos. Su principal inconveniente es que cubre demasiados métodos y técnicas diferentes¹⁶, lo que unido a la gran influencia que en su origen y desarrollo ha tenido la sociología positivista, le hace difícilmente encuadrable como

un tipo de análisis selectivo para la investigación cualitativa, podrá o no serlo en función de la estrategia y técnicas que se adopten. En cambio ofrece una gran ventaja para investigaciones que pretendan complementar abordajes cuantitativos y cualitativos, de paso que ofrece una relativa compatibilidad con los programas de cómputo (cuantitativos y cualitativos).

b) *Análisis del Discurso*. Aunque en su origen se planteó como un campo de conocimiento con teoría y método capaz de sustituir el análisis de contenido, hoy alude a una gran diversidad de enfoques y métodos de la que participan hasta media docena de disciplinas diferentes con vocación de construir un dominio autónomo de estudio, que se caracteriza por un enfoque crítico de los problemas sociales, el poder y la desigualdad¹². El estudio del discurso pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones de índole social.

En tal sentido el análisis del discurso no puede considerarse como un simple método que uno puede utilizar mientras realiza una investigación de índole socio-sanitaria, pues su enfoque tan amplio obligaría a precisar todavía más tanto en la perspectiva adoptada (lingüística, antropológica, socio-crítica, etc.), como en las técnicas concretas utilizadas. En cambio, considerado como área de estudio y referente teórico aplicable a los enfoques sociales de la salud, el análisis del discurso se muestra como el referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, las organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos, rutinas y muchos otros fenómenos en sus manifestaciones más concretas¹².

Los defensores de una y otra corriente insisten en marcar una línea divisoria entre el análisis de contenido y el análisis del discurso que a algunos puede resultar demasiado sutil. En el primero, el texto es tomado

como documento a ser comprendido y como ilustración de una situación, mientras que los teóricos del segundo mantienen que su pretensión es hacer el movimiento contrario, o sea, consideran que la situación está testificada en el texto, al que consideran y tratan como un *monumento*⁶. La crítica más común que se le hace a ambos es el énfasis que ponen en el texto como fuente casi exclusiva de significación, lo cual reduce sus posibilidades para el abordaje de problemas complejos de salud, para cuya comprensión es necesario considerar dimensiones socio-culturales que estando donde el discurso circula, quedan fuera del mismo.

Aunque ya hemos dicho que ambas corrientes son las más utilizadas en investigación cualitativa, no son las únicas. Algunos autores toman como referencia directa sus propios sustratos teóricos, como el materialismo histórico o la lingüística. Minayo, siguiendo a Habermas y Gadamer, propone el análisis hermenéutico-dialéctico por indicar un camino de pensamiento que supera el formalismo de los análisis de contenido y del discurso. La hermenéutica-dialéctica no determina técnicas de tratamiento de datos, sino su autocomprensión. Para esta autora se trata de la mejor opción para investigaciones que toman como objeto la salud en cuanto a representaciones sociales y análisis de relaciones⁶.

DESCUBRIR O VERIFICAR TEORÍAS

Si ya se había superado la polémica suscitada entre los científicos sociales sobre el nivel de abstracción teórica que debían de alcanzar los análisis cualitativos, hoy la mirada crítica se fija en los estudios de corte cualitativo que publican los profesionales de la salud. En su propuesta clasificatoria sobre la literatura producida en torno al problema de la determinación social de la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción, Castro cuestiona la aportación de algunos estudios, entre ellos el de Mercado sobre el padecimiento en las enfermeda-

des crónicas, debido a su carácter eminentemente descriptivo, sin que según este autor alcancen el nivel de teorización que hubiera sido deseable para permitir la comprensión de la experiencia de la enfermedad en general¹⁷. En nuestro estudio sobre la producción cualitativa en salud en España, la ausencia de teorización aparece como una de las constantes de los estudios empíricos, a lo que se suma una cierta repugnancia mostrada por los investigadores sanitarios a abordar problemas que se sitúan en las perspectivas de los pacientes, prefiriendo el estudio de las relaciones profesionales, los procesos de cambio, las reformas sanitarias, algunos procesos asistenciales, etc.⁴.

Ante esta situación, algunos defensores de la metodología cualitativa están poniendo énfasis en la necesidad de utilizar procedimientos de análisis que sean capaces al menos de generar teoría y casi todos ellos proponen como estrategia selectiva la *Teoría Fundamentada* de Glaser y Strauss. Pero no es la única, otro procedimiento mucho menos utilizado en salud, pero con grandes posibilidades es la *Inducción Analítica*, en tanto permite poner a prueba o verificar proposiciones teóricas sobre la naturaleza de la vida social. Descubrir o verificar teorías, análisis inductivo o deductivo, son las dos posibilidades que nos ofrecen estos dos procedimientos en el complejo itinerario de la interpretación, si bien hay que aclarar que la mayoría de los investigadores toman elementos de uno y otro, en tanto aquellos temas, conceptos o proposiciones que se identificaron inductivamente son sometidos a verificación para confirmarlos o verificarlos, lo cual abre un nuevo ciclo inductivo¹⁸.

a) La *Teoría Fundamentada*. En 1963 Mead sienta las bases del *interaccionismo simbólico*, término acuñado varias décadas antes por Blumer que, como contrapunto a la concepción durkehimiana del actor, viene a poner énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social, que se producen gracias a su interacción con los otros¹⁹. Esta

concesión de la sociología hacia el sujeto como intérprete del mundo que le rodea va a permitir la utilización de metodologías de investigación que priorizan los puntos de vista de los actores. Este es el caso de la *Teoría Fundamentada o Teoría Anclada* (Grounded Theory) descrita por Glaser y Strauss¹⁰, que utiliza el método inductivo para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos *a priori*, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Este método no persigue producir teorías formales, sino más bien teorizar sobre problemas muy concretos que podrán adquirir categoría superior en la medida en que se le agreguen nuevos estudios de otras áreas sustanciales o, dicho de otro modo, el investigador no pretenderá probar sus ideas al generar teoría fundamentada, sino sólo demostrar que son plausibles⁵.

El proceso de análisis en la teoría fundamentada es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el *método comparativo constante* (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el *muestreo teórico* (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados). El investigador está más interesado en generar teoría que en describir los datos, y de esta forma se logra construir el conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos²⁰. Un método parecido es el *Análisis Cualitativo de Teorización*, que pone énfasis en las operaciones sucesivas de construcción teorizante, más que en las codificaciones múltiples²¹.

Tras el intento frustrado de Riehl de aplicar al campo de los cuidados los postulados del interaccionismo simbólico de Mead y Blumer (en 1980 propone su introducción en los planes de estudios de enfermería a partir de su tesis doctoral sobre la capacidad de asunción de rol en niños autistas)²², la mayoría de las sugerencias metodológicas realizadas en el contexto de la salud, apun-

tan a la teoría fundamentada como el método selectivo para generar teoría en estudios que se encuadran dentro de la perspectiva fenomenológica. A la indudable influencia de sus propios creadores, que ilustraron su propuesta con un estudio sobre la pérdida social de pacientes moribundos²³, y de textos como los de Taylor-Bogdan⁵ o Denzin-Lincoln²⁴, hay que considerar la insistencia de algunos autores como Chenitz-Swanson en el contexto anglosón²⁵ o Cuesta en el iberoamericano²⁶ en mostrar las potencialidades de la teoría fundamentada para explicar las relaciones de la conducta humana con los problemas de salud. En este ámbito hemos visto aparecer en los últimos años algunos trabajos que utilizan este procedimiento de análisis para explicar el proceso de ajuste de identidad que se produce en los adolescentes que tienen que enfrentar un embarazo^{27,28}, o para comprender cómo percibe la mujer el fenómeno de la violencia doméstica y explora las condiciones que la llevan a permanecer o dejar la situación de maltrato²⁹, o para conocer los mecanismos de enfrentamiento y los recursos de apoyo social de las familias mexicanas ante el consumo de alcohol y drogas²⁰, o para entender las vivencias de las personas que conviven con una enfermedad crónica supeditadas a la técnica de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y conocer su satisfacción respecto al apoyo familiar y profesional³⁰, por citar sólo algunos.

b) La *Inducción Analítica* es la mejor estrategia para combatir la «ilusión de transparencia» del analista, esa opción de facilidad que hacíamos referencia al principio que a veces hace avanzar explicaciones que si no encuentran resistencia son tomadas por su autor como válidas y definitivas. Este método, que fue formulado por Znaniecki en 1934 y refinado posteriormente por otros autores, nos propone un ejercicio dialéctico para probar teorías mediante análisis cualitativo. La prueba a la que se van a someter la hipótesis o las proposiciones teóricas se basa en una sistemática en la que tiene especial importancia la búsqueda activa de casos

negativos: se define el fenómeno a explicar, se formula una hipótesis, se estudian tantos casos como sean necesarios para redefinir el fenómeno, se buscan casos negativos que refuten la hipótesis y se reformula una y otra vez hasta que se establece una relación universal consistente⁵. A diferencia de la teoría fundamentada, la inducción analítica «busca» datos para probar una teoría ya existente y los utiliza para generalizar sus resultados.

Aunque al principio fue utilizada para estudiar un problema de salud como el de las adicciones, lo cierto es que los investigadores sanitarios se han mostrado resistentes a incorporar este tipo de análisis, por lo que aún no ha salido del campo de las ciencias sociales. La razón puede estar en el escepticismo con el que aún se mira a la investigación cualitativa y en el hecho de que la verificación de relaciones causales tradicionalmente se ha considerado patrimonio exclusivo de la investigación de tipo experimental, que hoy por hoy continúa ocupando un lugar hegemónico en la investigación médica.

LOS LUGARES COMUNES DEL ANÁLISIS

Cualquiera que sea el estilo analítico adoptado, hay un momento en el que el investigador se encierra a solas con los datos y es entonces cuando comienzan verdaderamente las dificultades: ¿cómo realizar técnicamente las seductoras propuestas de la teoría?, ¿qué hacer con una información tan heterogénea?, ¿cómo se maneja para hacer emerger ese torrente de conceptos y proposiciones que sugiere el análisis cualitativo? Algunos investigadores reconocen que cada uno hace lo que puede, y otros que lo que se dice haber hecho responde a una «lógica reconstruida» que poco tiene que ver con la «lógica en uso» al tratar los datos³¹. La asepsia de los resultados del análisis queda en entredicho mientras el investigador no sea honesto a la hora de describir minuciosamente los secretos de sus procedimientos.

En todo caso, en la cocina del investigador los recetarios se quedan pequeños ante la alquimia de los numerosos ingredientes que se acumulan en la alacena. No se trata de un simple escarceo lingüístico, en el análisis cualitativo el trabajo con los datos constituye una verdadera culinaria que obliga al investigador a seleccionar los mejores ingredientes, a mezclarlos y a transformarlos en el fogón en nuevos sabores, a probar una y otra vez los cocimientos para añadir tanto cuanto necesite hasta llegar al plato que hará las delicias de los comensales. En la metódica del análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, como ocurre en el esquema secuencial de los análisis convencionales, sino que se produce lo que algunos han llamado una aproximación sucesiva o análisis en progreso, o más bien sigue un esquema en espiral que obliga a retroceder una y otra vez a los datos para incorporar los necesarios hasta dar consistencia a la teoría concluyente. Como en la culinaria.

El análisis cualitativo es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados, por lo que esta etapa no se puede delegar. Los datos son a menudo muy heterogéneos y provienen tanto de entrevistas (individuales y en grupo), como de observaciones directas, de documentos públicos o privados, de notas metodológicas, etc., cuya coherencia en la integración es indispensable para recomponer una visión de conjunto. Aunque todos los datos son importantes, se precisa de una cierta mirada crítica para distinguir los que van a constituir la fuente principal de la teorización (ej. un relato biográfico) de los que sólo aportan información complementaria o ilustran los primeros (ej. cartas, fotografías, etc.).

Algunos autores unen a la crítica teórica una propuesta práctica de análisis del material cualitativo, que al final es casi la única que se tiene en cuenta, entre otras cosas por ser compatible con los programas de

cómputo, cuyo uso se hace cada vez más indispensable. Tampoco aquí hay demasiado acuerdo entre los metodólogos, por lo que la diversidad de esquemas propuestos obliga también a buscar consensos. Huberman y Miles proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis¹⁸:

a) La *reducción de datos*, orientada a su selección y condensación y se realiza bien anticipadamente (al elaborar el marco conceptual, definir las preguntas, seleccionar los participantes y los instrumentos de recogida de datos), o una vez recolectados mediante la elaboración de resúmenes, codificaciones, relación de temas, clasificaciones, etc.

b) La *presentación de datos*, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, etc.

c) La *elaboración y verificación de conclusiones*, en la que se utilizan una serie de tácticas para extraer significados de los datos, como pueden ser la comparación/contraste, el señalamiento de patrones y temas, la triangulación, la búsqueda de casos negativos, etc.

Por su parte, Taylor-Bogdan proponen un enfoque basado en tres momentos (descubrimiento, codificación y relativización) que contienen hasta cerca de una veintena de acciones que buscan «el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian»⁵ (tabla 1). Su claridad en la exposición y pormenorizada descripción de cada operación resulta especialmente útil para iniciarse en los modos de análisis cualitativo, si bien su aparente secuencialidad no ha de hacer perder la perspectiva del movimiento circular que caracteriza a este tipo de análisis.

Sobre estos procesos de tratamiento pormenorizado de los datos hay que considerar la doble perspectiva intracasos/intercasos. El análisis interno del caso va a proporcio-

Tabla 1
Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación Cualitativa (Taylor-Bogdan)

<i>Fase</i>	<i>Acción</i>
Descubrimiento (Buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lea repetidamente los datos 2. Siga la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas 3. Busque los temas emergentes 4. Elabore tipologías 5. Desarrolle conceptos y proposiciones teóricas 6. Lea el material bibliográfico 7. Desarrolle una guía de la historia
Codificación (Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle categorías de codificación 2. Codifique todos los datos 3. Separe los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación 4. Vea qué datos han sobrado 5. Refine su análisis
Relativización de los datos (Interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos solicitados o no solicitados 2. Influencia del observador sobre el escenario 3. ¿Quién estaba allí? (diferencias entre lo que la gente dice y hace cuando está sola y cuando hay otros en el lugar) 4. Datos directos e indirectos 5. Fuentes (distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio) 6. Nuestros propios supuestos (autorreflexión crítica)

nar una comprensión interna del fenómeno estudiado, como hacen las investigaciones etnográficas en las que predomina el estudio de un solo caso, mientras que el análisis entre casos, realizado con métodos múltiples para el estudio de grupos de individuos dentro de varios escenarios, va a permitir extender la validez interna, así como refinar y asentar conceptos y proposiciones de naturaleza teórica.

DE MÁQUINAS, HONESTIDAD Y FORMAS DE MIRAR

Un interrogante muy de nuestros días es sobre el verdadero papel que juega el ordenador en el análisis cualitativo. Como todas las innovaciones, la máquina de la era de la información genera posiciones encontradas entre quienes la han incorporado y pretenden ver un mundo inacabable de posibilidades y los partidarios de continuar haciendo las cosas a mano. Los primeros llegan a plantear esta actividad como un área principal de especialización dentro del análisis, como lo es

la estadística en los análisis cuantitativos. Al menos en teoría, cualquier forma de análisis cualitativo podría ser asistida por ordenador a través de programas informáticos creados a tal efecto, que facilitan el manejo mecánico de los datos: la búsqueda, selección y organización. Programas como Ethnograph, Aquad, Nudist o Atlas-Ti, resultan sumamente útiles en las fases instrumentales del análisis para realizar operaciones como el marcado y codificación del texto, la relación de categorías y sujetos, la elaboración de tipologías o perfiles, o el recuento, búsqueda y recuperación de unidades codificadas, siendo especialmente útiles cuando se trabaja simultáneamente con grandes cantidades de información³². Sin embargo, algunos autores han alertado sobre las grandes limitaciones que entraña el análisis asistido por ordenador, como por ejemplo el fraccionamiento de la información, la pérdida de la visión de conjunto y la descontextualización¹⁵. También existe el riesgo de quedarse atrapado por la seducción de la herramienta, reduciendo el análisis a simples operaciones mecánicas y perdiendo de vista el verdadero objeto del

análisis, que es la interpretación de los datos, una operación que difícilmente puede hacer un programa informático por sí solo. El ordenador constituye una ayuda importante como *servidor* con un gran potencial para la realización de las tareas de rutina y como apoyo a la elaboración conceptual y teórica¹³, pero no puede reemplazar la capacidad deductiva del investigador. Tesch ha advertido sobre los riesgos del mal uso del ordenador, como que el investigador piense que le va a conducir por el proceso de análisis, o que organice éste en función de las rutinas del programa, o que se aferre a un solo programa ignorando el resto³³. Por otra parte el análisis asistido por ordenador comparte las propias limitaciones de la informática, estando supeditado a sus cambios vertiginosos.

Otra cosa que no puede hacer el ordenador es asegurar la validez de la investigación, de hecho ningún procedimiento mecánico es capaz de distinguir si una investigación es mejor que otra. González Martínez afirma que una investigación cualitativa podría considerarse válida sólo en función del grado de exactitud en la descripción de la perspectiva de los sujetos estudiados, la honestidad en el logro de la finalidad para la que se llevó a cabo, la adecuación de las herramientas y procedimientos utilizados durante todas las fases del estudio, y la capacidad de corroborar con evidencias las conclusiones, que deben ser creíbles para los beneficiarios de la investigación³⁴. Se han planteado diversas estrategias para verificar la validez de los resultados del análisis, como buscar explicaciones en rivalidad para ver si pueden ser avaladas por los datos recabados, o analizar casos negativos para ver si son más relevantes que los positivos. Pero sobre todo se alude a la *triangulación* como el mejor procedimiento para fortalecer el análisis. Triangular supone utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis, o diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno. El problema de la triangula-

ción es que se plantea más como un procedimiento teórico que práctico, ya que supone un esfuerzo suplementario que no siempre está dispuesto a asumir el investigador. Una investigación tiene necesariamente unos recursos limitados y a los investigadores les cuesta mucho incluir procedimientos costosos cuya capacidad para generar nuevos datos o fortalecer la teoría es cuestionable, aunque sea en aras de garantizar la bondad de su estudio.

Por último decir, como Denzin, que cada investigador interpreta sus datos de acuerdo con el paradigma del que proviene³⁵. Aquí volvemos a los comienzos de la investigación. La adscripción teórica del autor actúa como una máscara que aflora cuando cuenta su versión de los hechos³⁶ (Ball y Smith, citados por Valles, afirman que el «caballo teórico» tiene que ir siempre delante del «carro analítico»). En ciencias sociales se han usado tradicionalmente cuatro paradigmas para estructurar los hallazgos de la investigación, de los cuales colgarían diferentes perspectivas teóricas: *positivista*, *pospositivista*, *constructivista* y el derivado de la *teoría crítica*³⁵. Por su parte Castro propone tres grupos de enfoques para conocer cómo se construye socialmente la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad: los *normativos* enfatizan el papel de los factores sociales, los *interpretativos* destacan la capacidad de dar significado de los actores, mientras que los *hermenéuticos* proponen una acción combinatoria entre ambos¹⁷. Desde el campo de las ciencias de la salud destaca el interés creciente que los análisis cualitativos están despertando en la adopción de la *fenomenología* como perspectiva teórico-metodológica para describir y comprender el significado que los fenómenos tienen para las personas³⁷. En el caso de la enfermería, la fenomenología se encuentra en un proceso de fundamentación teórica y metodológica, a la vez que se están realizando investigaciones empíricas que muestran su utilidad práctica en algunas áreas de los cuidados: materno-infantil, pedagogía familiar, patología, prácticas clínicas y pedagogía³⁸.

REFLEXIONES FINALES

Como se ha podido ver, existe un considerable bagaje teórico y metodológico para desarrollar investigación cualitativa en salud siguiendo la diversidad de tradiciones analíticas que aportan principalmente las ciencias sociales. Sin embargo este maridaje que se produce en torno a lo socio-sanitario abre un espacio multidisciplinar no suficientemente explorado aún que suscita numerosos interrogantes. ¿Cuál es la capacidad de transformación que tienen los análisis cualitativos frente a los problemas de salud, para que merezcan ser adoptados desde este ámbito?, ¿qué interés tiene el que sean los profesionales de la salud quienes afronten estos tipos de análisis, frente a la tradición de la sociología o la antropología médicas?, ¿qué pueden aportar las ciencias de la salud a los abordajes cualitativos en términos epistemológicos? La búsqueda de respuesta a éstas y otras preguntas hace adivinar excitantes discusiones en el futuro que necesariamente van a procurar un desarrollo importante de la investigación cualitativa en el campo de la salud.

Aunque ya existe un acervo creciente, sin duda la cuestión de generar teoría es una de las asignaturas pendientes en el análisis cualitativo en salud, o al menos en las investigaciones realizadas en el seno de las ciencias de la salud, a diferencia de las ciencias sociales, que vienen tomando la salud como materia reservada. El por qué de esta resistencia de los profesionales de la salud a interpretar hechos sociales o culturales que le son afines dará lugar a sustanciosos trabajos en el futuro y obliga a desviar la mirada hacia el compromiso que el investigador clínico (que necesariamente practica una investigación aplicada) adquiere respecto al paciente que cuida. Evidentemente no es lo mismo que un antropólogo interprete la experiencia subjetiva de las mujeres a las que se induce el parto en un contexto hospitalario, a que lo haga el obstetra (médico o matrona) responsable del proceso asistencial, lo que tal vez le situaría en una posición incómoda tanto ante la estructura jerárquica

del hospital, como ante sus propios compañeros, pero sobre todo obligaría a modificar sustancialmente su relación con la parturienta (posición de poder, participación en la toma de decisiones, administración de procedimientos clínicos, e incluso la escenografía).

Algunos investigadores sanitarios, cuando están entre colegas, rompen el silencio de sus informes de investigación para advertir sobre algunos efectos no descritos de los abordajes cualitativos: la trascendencia social de los hallazgos, que a menudo llegan a los medios de comunicación como «mensajes negativos» que comprometen su estabilidad institucional; la posición comprometida con los «pacientes participantes» cuando se vence la distancia cultural que produce la tradicional relación profesional-paciente, el efecto terapéutico que provocan determinadas técnicas cualitativas que va más allá de su función en la investigación, etc.

La mirada cualitativa provee al investigador de un espíritu crítico que rompe con la tradición continuísta que caracteriza a una institución cuasi-total como es la sanitaria. Este nuevo posicionamiento es absolutamente necesario para afrontar cambios «desde dentro» y combatir en parte la posición hegemónica de la medicina como pensadora única del sistema de salud. Otra cuestión es si el bagaje intelectual disponible es suficiente para encarar estos y otros problemas, y la respuesta obligada parece ser que no, que todavía se necesita más información, más evidencia práctica. El reto que los investigadores sanitarios tenemos respecto al análisis cualitativo está en probar, innovar y generar tradición, y para ello es absolutamente necesario que los investigadores empíricos rompan su silencio y transmitan lo que Mills llamó la «artesanía intelectual», haciendo más visibles y explícitos los modos de análisis, las artes de su cocina.

Algo está cambiando en este sentido en los últimos años. No es extraño que se pro-

duzcan hermanamientos entre grupos que desde puntos tan distantes como la Universidad de Alberta en Canadá (*International Institute for Qualitative Methodology*), la Universidad de Guadalajara en México (*Programa de investigación Cualitativa en Salud*) o la Fundación Index en España (*Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud*), por citar sólo tres, y a partir de reflexiones epistemológicas sobre abordajes cualitativos están promoviendo líneas de investigación desde posiciones claramente socio-críticas. A ellos se suman otros muchos que interesándose por la cultura de la salud (*Transcultural Nursing Society*, EEUU; *Asociación de Historia u Antropología de los Cuidados*, Alicante) están realizando propuestas de análisis tan creativas como esclarecedoras del futuro de las investigaciones en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

- Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. México: Universidad de Guadalajara; 2000.
- Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
- Mercado Martínez FJ. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara; 1996.
- Amezcuza M, Carricondo Guirao A. Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm* 2000; 28-9: 26-34.
- Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990.
- Minayo C. *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
- Bardin L. *Análisis de Contenido*. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Barton AH, Lazarsfeld PF. Some functions of Qualitative Analysis in Social Research. En Lipset SM y Smelser NJ (eds). *Sociology: The Progress of a Decade*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall, 1961: 95-122.
- Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós; 1994.
- Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine; 1967.
- López-Aranguren E. El análisis de contenido tradicional. En García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (3.ª ed). Madrid: Alianza; 2001.
- Van Dijk TA. El estudio del discurso. En Van Dijk TA (comp.). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa; 2001. p. 21-65.
- Valles MS. *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1997.
- Tesch R. *Qualitative research: análisis types and software tools*. New York: The Falmer Press; 1990.
- Mercado Martínez FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. México: Universidad de Guadalajara; 2000: 47-72.
- Mucchielli A. *Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales*. Madrid: Síntesis; 2001.
- Castro R. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000.
- Huberman AM, Miles MB. Métodos para el manejo y el análisis de datos. En Denman CA, Haro JA (comp.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2000: 253-300.
- Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall; 1969.
- Natera G, Mora J. La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (México); 2000: 73-95.

21. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 1994; 23: 147-181.
22. Gochnauer AJH, Miller KM. Interaccionismo simbólico. En Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: ROL, 1989: 216-224.
23. Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory Methodology. An Overview*. En Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994: 273-85.
24. Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
25. Chenkitz WC, Swanson JM. *Qualitative research using grounded theory*. En Chenkitz WC, Swanson JM. *From Practice to Grounded Theory*. Addison-Wesley, Menlo Park; 1986: 3-15.
26. Cuesta Benjumea C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Invest Educ Enferm* 1997; XV(2): 13-24.
27. Kano Florián ME. El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. *Invest Educ Enferm* 1999; XVII(1): 35-47.
28. Cuesta Benjumea C. Contexto del embarazo en la adolescencia. *Rev ROL Enferm*. 2001; 24(9): 24-30.
29. Tulia Uribe J, Jaramillo Vélez DE. Del laberinto a la luz: el proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index Enferm* 2000; Año IX(30): 12-16.
30. Luque Vadillo E, Barroso Ortín R, López Viñals M, Alapont M, Alconchel S, Torres Jansa M, Díaz Cocera M. Diálisis peritoneal, la realidad subjetiva de convivir con una enfermedad crónica. *Enferm Nefrológica*. 2001; 13: 12-17.
31. Lazarsfeld P. *Qualitative Analysis*. Boston: Allyn And Bacon, 1972 (cit. por Minayo).
32. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por Ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index Enferm* 2002; 36-37: 24-28.
33. Tesch R. Software for qualitative researchers: análisis needs and program capabilities. En Fielding NG, Lee RM (eds). *Using computers in qualitative search*. London: Sage; 1991: 16-37.
34. González Martínez L. La sistematización y el análisis de los datos cualitativos. En: Mejía R, Sandoval SA (coords). *Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica*. Tlaquepaque: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; 2002. p. 155-173.
35. Denzin NK. The art and politics of interpretation. En Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994: 500-14.
36. Lara Flores N, Taméz González S, Eibenschutz Hartman C, Morales Estrella SL. Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara; 2000. p. 97-122.
37. Castillo Espitia E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería* 2000; XVIII(1): 27-35.
38. Siles González J, García Hernández E, Cinabal de Juan L, Galao Malo R. Fenomenología y enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica. *Enfermería Clínica*, 1999; 9(1): 13-20.

COLABORACIÓN ESPECIAL**EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL SISTEMA DE RECOGIDA DE SANGRE EN CATALUÑA (*)****Ana Garay Uriarte, Lupicinio Íñiguez Rueda, Maite Martínez González, Juan Muñoz Justicia, Susana Pallarès Parejo y Félix Vázquez Sixto**

Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona

(*) Este trabajo fue realizado en el marco de un convenio entre el Servei Català de la Salut (Generalitat de Catalunya) y el Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social (UAB).

RESUMEN

La donación de sangre es indispensable para el mantenimiento de una prestación sanitaria de calidad. El estancamiento del número de donaciones en Cataluña hizo pertinente poner en marcha una evaluación externa del sistema de recogida de sangre que pudiera orientar las políticas futuras.

Se diseñó una evaluación del sistema de hemocaptación en Cataluña adoptando una metodología cualitativa, que incluyó el uso de una variedad de técnicas como la observación participante, las entrevistas individuales, las entrevistas grupales y las técnicas documentales. El trabajo de campo se llevó a cabo en la totalidad de los sectores hemopáticos de Cataluña del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1998. El análisis de la información siguió parcialmente las prescripciones de la *Grounded Theory* y de algunas modalidades de análisis de contenido temático usando la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos textuales Atlas/ti.

Los resultados muestran las características básicas y las carencias del proceso de hemocaptación, describen los puntos fuertes y débiles del proceso de hemocaptación y de su organización, detallan los argumentos sobre la donación de sangre que utilizan los agentes implicados en el proceso, y dan cuenta de las características atribuidas a los donantes.

Palabras clave: Donación de sangre. Investigación evaluativa. Investigación cualitativa.

ABSTRACT**A Qualitative Evaluation of Blood-Donor Services in Catalonia**

Blood donation is indispensable for quality health service provision. The stagnation of the number of donations in Catalonia prompted up an external evaluation of the system of blood collection that could orient the future policies. An evaluation of blood-donor services in Catalonia was designed adopting a qualitative methodology.

The evaluation design included the use of a variety of techniques namely participant observation, individual interviews, group interviews and documentary techniques. The field work was carried out in all blood-donation sectors of Catalonia from the 23th November to the 4th December, 1998. Using Atlas/ti, a computer science tool for the qualitative analysis of textual data, the information analysis partially followed the prescriptions of «grounded theory» and of some modalities of thematic content analysis.

The results show the basic characteristics and deficiencies of the process and its organization, describing their strong and weak points. The findings also detail arguments on blood donation that the agents implied in the process, donors and professionals, use. We also report what reasons the blood-donor service managers/providers gave for donating blood, and what perceptions they had of blood donors.

Keywords: Blood Donation. Evaluative Research. Qualitative Research.

Correspondencia:
Lupicinio Íñiguez Rueda
Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social
Universitat Autònoma de Barcelona
Edifici B
08193 Bellaterra (Barcelona)
Correo electrónico: lupicinio.igniguez@uab.es

INTRODUCCIÓN

La donación de sangre es un acto indispensable para el mantenimiento y la optimización de una adecuada prestación sanitaria. Las instituciones y los servicios sanitarios se esfuerzan día a día por mantener y aumentar los índices de donación como garantía imprescindible de esos procesos. Los organismos e instituciones catalanas no han sido una excepción. Así, los esfuerzos realizados por los servicios competentes del *Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya* para promover la donación de sangre se han caracterizado, entre otros, por los siguientes aspectos: (a) la facilitación física del proceso de donación de sangre, acercando los Bancos de Sangre a la población de Cataluña, mediante una mayor y mejor penetración territorial de las unidades móviles de hemocaptación; (b) la racionalización de la estructura profesionalizada de hemocaptación; articulando diferentes medidas (en-

tre otras, el Registro único de donantes); (c) el incremento del conocimiento de la situación en que se encuentra la donación de sangre en Cataluña, mediante la realización de estudios periódicos; y (d) la sensibilización de la opinión pública mediante campañas de promoción.

Estas operaciones consiguieron incrementar el índice de donación de sangre en Cataluña durante algunos años, desde 1989 hasta 1995. Este incremento aún siendo insuficiente, era claramente esperanzador debido a su crecimiento sostenido a lo largo de esos años. Sin embargo, este índice disminuyó en el año 1996 situándose en 35,67 donaciones por cada mil habitantes, lo que además de insatisfactorio era claramente preocupante. Además, los datos de los últimos años mostraban un estancamiento desde el año 1996, lo que se podía interpretar como una confirmación de la *disminución del índice de donación de sangre en Catalunya* (tabla 1).

Tabla 1
Índice de donación

Indicadores	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Índice de donación	28,02	28,89	30,94	33,26	33,99	34,58	36,20	35,67	35,84	36,04
Índice de sesión	0,58	0,61	0,61	0,65	0,63	0,65	0,67	0,67	0,67	0,70
Donaciones por sesión	27,92	28,98	31,30	32,00	34,02	34,80	36,03	36,03	36,02	34,72

Fuente: Unitat de Gestió de Recursos d'Informació. Àrea Sanitària. *Registre de donacions de sang. Informe 1998*. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

Dadas estas circunstancias parecía necesario disponer de información más adecuada para determinar cuáles serían las medidas para volver a la evolución positiva del índice de donación tal y como venía sucediendo desde 1989 a 1995.

En este contexto pareció pertinente, como se verá, poner en marcha una evaluación externa del sistema de recogida de sangre. En el presente artículo, no obstante, enfatizaremos no tanto los resultados de la evaluación como los principios metodológicos sobre

los que se sustentó la misma y el diseño y el procedimiento de su ejecución.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE HEMOCAPTACIÓN EN CATALUÑA

Son muchos los factores que inciden a la hora de facilitar o inhibir la donación de sangre. El estudio encargado por el *Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya* a este mismo equipo en el año 1990, puso de manifiesto cuáles eran algunos de

los más importantes¹. Entre otros hay que señalar la constatación de que la figura del/a donante habitual no constituye un modelo referencial adecuado para incitar a hacer donaciones, el hecho de que la donación como acto habitual constituye necesariamente una conducta minoritaria, que hay múltiples fuerzas que sitúan la no-donación como principal punto de atención y, finalmente, que el conjunto de inhibidores de la donación es enorme (entre otros inhibidores están los efectos perversos del discurso culpabilizante hacia el no-donante, el carácter «desfasado» del discurso moralizador, el temor a quedar «atrapado/a» en una red de obligaciones, el carácter abstracto y lejano de la necesidad de sangre, el miedo a lo desconocido o la carencia de información precisa sobre los usos y utilidades de la sangre).

Conocidos algunos de los factores que inciden en este proceso desde la perspectiva de la población general, quedaba analizar y evaluar el proceso de recogida de sangre desde una perspectiva institucional y de las organizaciones, sin olvidar el punto de vista de las personas que hacen, en la práctica, donaciones de sangre.

Planteamos pues una evaluación global del sistema de hemocaptación en Cataluña con el objetivo específico de evaluar el sistema de recogida de sangre en los sectores hemopáticos de Cataluña que incluye bancos de sangre hospitalarios, Unidades móviles, promotores/as, asociaciones, donantes y voluntarios/as, mediante al análisis de los procedimientos con los cuales se quieren asegurar las metas y los objetivos establecidos, los valores vinculados a políticas, las estructuras organizacionales y los sistemas operativos.

MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Abordamos una evaluación total del sistema de hemocaptación desde una perspectiva global y constructora, que no ignora que toda evaluación se inserta en un contexto

sociopolítico específico ni que ha de hacerse en estrecha colaboración con la totalidad de los agentes implicados; que es consciente de que va a comportar consecuencias tanto previstas como no previstas y que, con seguridad, va a contribuir a la construcción de nuevos marcos, escenarios y prácticas. Seguimos así las directrices y asunciones de la investigación evaluativa llamada de «cuarta generación»².

Aunque mediante el uso de los métodos cuantitativos es posible obtener una «fotografía» razonablemente precisa del fenómeno que se pretende estudiar, no creímos aconsejable su uso en esta investigación. En efecto, a pesar que esos métodos permiten la realización de un análisis extensivo y obtener una descripción bien delimitada, tienen el inconveniente de su exceso de concisión, la limitación por lo que respecta a la profundización en los procesos y la visión estática que proporcionan de los mismos.

Uno de los propósitos del estudio realizado era trascender las respuestas estereotipadas que son las que comúnmente se pueden obtener mediante la utilización de encuestas debido a que, con frecuencia, la cuantificación acostumbra a simplificar y ocultar los aspectos más sustantivos que se pretenden analizar.

El objetivo de la investigación, su objeto y las dimensiones que se querían analizar han determinado la adopción de una metodología cualitativa^{3,4}. Además, los fundamentos teóricos, epistemológicos y las características técnicas de esta metodología, la hacen no únicamente pertinente para desarrollar esta investigación, sino que la convierten en una herramienta privilegiada para acceder a los procesos, acciones, procedimientos y prácticas que se han analizado.

La posibilidad de una profundización comprensiva e interpretativa mayor de los procesos estudiados, así como su análisis específico y pormenorizado, han aconsejado la articulación de un enfoque esencialmente

cualitativo. Aunque exigen la concentración en ámbitos delimitados contextualmente y que no permiten una universalización y/o extensión generalizada, hacen posible un estudio intensivo más detallado y explicativo. Eso es posible, fundamentalmente, gracias a dos razones: (a) la utilización de métodos cualitativos tiene como característica principal el análisis y la interpretación del significado que las personas dan a sus acciones y a las acciones de los demás, y (b) la utilización de métodos cualitativos requiere del trato directo, en los contextos particulares de relación y de diálogo, con las personas que interactúan en los entornos concretos y que participan en y de los procesos que se pretenden analizar.

En situaciones como las planteadas en este estudio, en el que los contextos a investigar están claramente definidos (sistema y organización de la recogida de sangre), no son muchos (reducido número de bancos de sangre y unidades móviles) y la población implicada es limitada (profesionales del sistema y participantes en el proceso de donación), un planteamiento meramente extensivo no permitiría la realización de un análisis minucioso como el que propicia un enfoque intensivo. Por consiguiente, han sido estas razones, tanto teórico-metodológicas como pragmáticas, las que han hecho particularmente conveniente la utilización de métodos cualitativos en la evaluación de la recogida de sangre en Cataluña. La adopción de esta perspectiva supone la asunción de ciertos principios básicos que orientan y sostienen el diseño y la ejecución de la investigación evaluativa. Estos principios se pueden sintetizar de la siguiente manera⁵: (a) el ámbito de la evaluación son todas las personas implicadas en el proceso; (b) la principal finalidad es conseguir la optimización de las prácticas; (c) la evaluación se ha realizado por un agente externo a la organización; (d) la ejecución de la evaluación se ha realizado respetando escrupulosamente a las personas que trabajan en la organización; (e) la recogida y el análisis de la información se ha diseñado y ejecutado aplicando criterios de

máximo rigor; (f) la evaluación se ha realizado en un contexto de diálogo y relación; (g) la evaluación se ha realizado con el propósito de cambiar y mejorar; y (h) las mejoras se producirán no sólo mediante un diagnóstico adecuado sino por la ayuda que la información generada representará para los diferentes agentes implicados.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

A partir del objetivo de investigación definido y siguiendo los criterios y principios especificados en el apartado precedente, es posible establecer los ejes que articulan la investigación y que señalan las directrices por las que se conduce el estudio: (a) el foco de atención son los significados y las percepciones de las personas; (b) las tareas para realizarlo son de tipo organizacional, descriptivo e interpretativo; y (c) su carácter es inductivo.

Las técnicas utilizadas han sido: (a) la observación directa participante, no sistemática, y de tipo tanto encubierto como no encubierto; (b) la entrevista individual y grupal, abierta, semiestructurada y registrada mediante grabación; y (c) el análisis de textos y documentos.

Las características y la aplicación de estas técnicas se pueden caracterizar sucintamente de la siguiente manera:

— **Observación participante**⁶⁻⁸: consiste esencialmente en la participación no encubierta (inmersión), y en ocasiones encubierta, del investigador o la investigadora en el contexto que se pretende analizar. La realización de esta observación implica el registro minucioso de todos los sucesos y acontecimientos que se producen durante la observación, sin establecer a priori ninguna primacía, predominio o excepcionalidad de aquello que se observa. El registro queda materializado en el cuaderno o diario de campo. Esta técnica permite ob-

tener descripciones de las personas y de sus interacciones, de los acontecimientos, pero también de las vivencias, de las experiencias y las sensaciones del propio investigador o investigadora.

- **Entrevistas individuales**⁹⁻¹¹: se trata de una conversación entre un/a analista y un/a informador/a para obtener las opiniones, conocimientos, juicios y experiencias mediante la interacción en un contexto de relativa formalidad, aunque incentivando el diálogo fluido y espontáneo. La modalidad de entrevista utilizada en la investigación ha sido la semiestructurada, que consiste en el planteamiento sucesivo, no de preguntas, sino de direcciones temáticas derivadas tanto de los objetivos de la investigación como de la evolución propia de la entrevista.
- **Entrevistas grupales**¹²⁻¹⁵: el concepto es parecido al de las entrevistas individuales, con la diferencia de que en las grupales se trata de aprovechar la dinámica grupal que se genera en la relación para hacer emerger los procesos de construcción conjunta mediante estrategias de confrontación, oposición y divergencia. Existe una notable confusión originada por el uso de tres denominaciones diferentes: entrevista grupal, grupo focal y grupo de discusión. «Grupo focal» sería una denominación adecuada cuando se quiere enfatizar el carácter focalizado en un tópico específico de una entrevista en un contexto grupal. «Grupo de discusión», un término más usado en la tradición española en métodos cualitativos, sería adecuado cuando la dinámica grupal pretende reproducir un contexto social específico. Nosotros preferimos mantener la denominación «entrevista grupal» para denominar una situación de interrogación desarrollada en un contexto de dinámica grupal que pretende emular una conversación cotidiana.
- **Técnicas documentales**¹⁶⁻¹⁸: consiste en la recogida y análisis de documentos de cualquier índole (libros, revistas, infor-

mes, fotografías, octavillas, comunicaciones, circulares, trípticos, carteles, etc.) que sean productos habituales en los contextos sociales estudiados. Mediante procedimientos de codificación, clasificación y categorización se convierten en un material susceptible de ser analizado mediante diferentes procedimientos.

La realización efectiva del diseño y, por consiguiente, el acceso a los bancos de sangre y unidades móviles ha sido posible gracias a la colaboración y soporte de los/as diferentes profesionales responsables, así como también gracias a los/as profesionales que desarrollan su trabajo en los dos contextos. Así mismo, estas personas han contribuido a la toma de contacto y al acceso a los/as diferentes profesionales y donantes que han participado en la investigación, tanto en las entrevistas individuales como grupales. Se ha obtenido el consentimiento informado previo tanto del conjunto de la institución como de las personas observadas y entrevistadas. Ha habido únicamente una parte, que se indicará más adelante, en la que sólo se ha trabajado *a priori* con el consentimiento institucional.

El trabajo de campo se concentró en dos semanas: del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1998.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE DE LAS ACCIONES Y PRÁCTICAS QUE SE REALIZAN DURANTE LA DONACIÓN

Se han efectuado un total de 13 observaciones no encubiertas, contando unidades móviles y bancos de sangre. En cada observación se han registrado 2 diarios de campo, correspondientes a cada uno/a de los/as dos observadores/as presentes en cada contexto seleccionado. Así, el total de diarios de campo ha sido 26. La tabla 2 muestra los bancos de sangre y los días en los que se realizó la observación:

Tabla 2
Lugares y fechas de la observación en los bancos de sangre

<i>Bancos de sangre</i>	<i>Observación</i>
1. Vall d'Hebron	Lunes, 23-11-98
2. Hospital de Girona Dr. Josep Trueta	Martes, 24-11-98
3. Hospital de Sant Pau	Miércoles, 26-11-98
4. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Viernes, 27-11-98
5. Hospital Arnau de Vilanova	Sábado, 28-11-98
6. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	Domingo, 29-11-98

Las personas encargadas de las observaciones se presentaban en el banco de sangre al inicio del horario de atención a los/as donantes, concluyendo las observaciones cuando finalizaba este servicio.

A partir de los bancos de sangre, mediante un muestreo aleatorio, se realizó la selección de las unidades móviles. La tabla 3 muestra las unidades móviles y el día en que se realizó la observación:

Tabla 3
Lugares y fechas de observación en las unidades móviles

<i>Unidad móvil</i>	<i>Observación</i>
1. Vall d'Hebron (UM: Esparreguera)	Martes, 24-11-98 (Desplazamiento con UM)
2. Hospital de Girona Dr. Josep Trueta (UM: Escola de Turisme de Girona)	Miércoles, 25-11-98 (Desplazamiento directo)
3. Hospital de Sant Pau/ Creu Roja (UM: Mataró, Barri Cirera)	Sábado, 28-11-98 (Desplazamiento directo)
4. Hospital de Sant Pau/ Creu Roja (UM: Berga, Hospital Sant Bernabé)	Viernes, 27-11-98 (Desplazamiento directo)
5. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (UM: CDS Abat Oliva)	Viernes, 23-11-98 (Desplazamiento directo)
6. Hospital Arnau de Vilanova (UM: Facultat d'Agrònoms de Lleida)	Jueves, 26-11-98 (Desplazamiento directo)
7. Hospital De Tortosa Verge de la Cinta (UM de Gandesa)	Domingo, 29-11-98 (Desplazamiento directo)

ENTREVISTAS INDIVIDUALES CON PARTICIPANTES EN EL PROCESO

Se realizaron entrevistas individuales a personas participantes en todos los niveles implicados en el proceso de donación. Así, participaron: (a) 2 personas miembros del perso-

nal sanitario de un banco de sangre; (b) 2 personas miembros del personal sanitario de una unidad móvil; (c) 2 promotores; (d) 2 personas voluntarias en la organización y promoción de la donación de sangre; y (e) 2 personas donantes de sangre que habían hecho una donación durante el transcurso de la investigación.

Las primeras 5 entrevistas individuales se realizaron con personas del entorno del banco de sangre del Hospital de la Vall d'Hebron. Para el resto de entrevistas se seleccionó el Hospital de Girona Dr. Josep Trueta.

Entrevistas grupales con participantes en el proceso

Se homogeneizó la composición de los grupos controlando las siguientes características: (a) personal profesional sanitario de banco de sangre y de unidad móvil; (b) pro-

motores/as (2 modalidades: asociaciones y promotores/as); y (c) donantes (2 modalidades: habituales y circunstanciales)

Los grupos fueron constituidos con 6 participantes. Se realizó una entrevista grupal por cada banco de sangre. El total de entrevistas grupales fue 7 (dos del banco de sangre del Hospital St. Pau/Creu Roja). Estas entrevistas se realizaron en las dependencias de diferentes hoteles. Cada una de las entrevistas fue conducida por dos investigadores/as (tabla 4).

Tabla 4
Lugares y fechas de realización de las entrevistas grupales

<i>Banco de sangre</i>	<i>Asistentes</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hotel</i>
H. Tortosa Verge de la Cinta	6	26-11-98	Corona Plaza (Tortosa)
H. de Girona Dr Josep Trueta	6	30-11-98	Melià Confort (Girona)
H. Vall d'Hebron	6	30-11-98	Cataluña Plaza (Barcelona)
H. St. Pau/Creu Roja	6	01-12-98	Cataluña Plaza (Barcelona)
Hospital St. Pau/Creu Roja	6	02-12-98	Cataluña Plaza (Barcelona)
H. Clínic i Provincial de Barcelona	5	03-12-98	Cataluña Plaza (Barcelona)
H. Arnau de Vilanova	6	03-12-98	Sol de Condes d'Urgell

Todas las entrevistas, tanto individuales como grupales, fueron registradas y transcritas textualmente para su posterior análisis.

REGISTRO DE DONACIONES

En esta situación de observación, los observadores y observadoras representaban el «rol de donante» con el objetivo de recoger datos sobre las prácticas en el proceso de donación de sangre, desde la recepción del/a donante hasta la despedida del/a mismo/a. Se trató pues de una modalidad de observación participante encubierta. Ha sido aquí donde inicialmente hemos trabajado sólo con el consentimiento institucional. Por la

naturaleza de la investigación, las personas presentes en los contextos observados no podían estar al corriente de la presencia de donantes-observadores. Con posterioridad se les informó de esta circunstancia.

Se realizaron 13 registros de donaciones, 7 en las unidades móviles y 6 en bancos de sangre, con un total de 13 diarios de campo. Los observadores/as en el «rol de donante» se presentaban en el lugar en cualquier momento durante el horario habitual de extracciones, bien en los bancos de sangre hospitalarios, bien en las unidades móviles. Ningún profesional conocía la llegada del/a donante. La tabla 5 recoge las unidades móviles y los bancos de sangre donde se realizaron las observaciones:

Tabla 5
Unidades móviles, bancos de sangre y lugares donde se realizaron las observaciones

<i>Registro de donaciones</i>	
1.	Hospital de la Vall d'Hebron
2.	Hospital de Sant Pau
3.	Hospital de Girona Dr. Josep Trueta
4.	Hospital De Tortosa Verge de la Cinta
5.	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
6.	Hospital Arnau de Vilanova
7.	UM Premià de Dalt (H. Sant Pau/Creu Roja)
8.	UM Terrassa a Universitat D'Òptica (H. Sant Pau/Creu Roja)
9.	UM Barcelona Universitat Politècnica (H. Clínic)
10.	UM Tarragona a Escola Superior d'Enginyeria (H. Vall d'Hebron)
11.	UM Vic a Universitat de Vic (H. Vall d'Hebron)
12.	UM Lleida a Facultat d'Agrònoms (H. Arnau de Vilanova)

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Toda la información generada fue puesta en formato digitalizado y manejable, es decir, los registros de las observaciones (diarios o cuadernos de campo), las transcripciones de las entrevistas individuales y grupales, y los materiales documentales han sido reunidos en un *corpus* único. Por *corpus* se entiende cualquier conjunto de textos o imágenes en un soporte material. Se puede tratar de transcripciones de enunciados orales, anotaciones y registros, reproducciones de elementos gráficos, y textos previamente escritos o documentos ya existentes.

Para su análisis se ha utilizado la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos textuales Atlas/Ti¹⁹. Esta herramienta es uno de los cada vez más numerosos programas informáticos diseñados para facilitar el trabajo de los analistas cualitativos, principalmente cuando se enfrentan a una gran cantidad de datos. Atlas/Ti está ba-

sada en los principios de la *Grounded Theory*^{20,21}, aunque permite al analista realizar el análisis prácticamente desde cualquier perspectiva teórica.

En nuestro caso, no podemos afirmar que el método utilizado haya consistido en un análisis tipo *Grounded Theory*, puesto que no se cumplen algunos de los principios de dicha teoría, como podría ser el muestreo teórico, es decir, la recogida y análisis de nuevos datos a medida que avanza el proceso de análisis y el analista considera necesario incidir en aspectos concretos no abordables con los datos disponibles. Por otra parte, nuestro análisis sí que asume otro de los principios fundamentales de la *Grounded Theory*, puesto que no partimos de hipótesis preconcebidas que quisiéramos poner a prueba, sino que nuestro objetivo era el «descubrimiento y desarrollo de teoría»

Como afirma Patton, en la investigación cualitativa *El reto es dar sentido a una cantidad masiva de datos, reducir el volumen de información, identificar pautas significativas, y construir un marco para comunicar la esencia de lo que revelan los datos*²². Esta idea de reducción de datos es uno de los principios fundamentales de cualquier investigación cualitativa. En efecto, sea cual sea el marco teórico o metodológico asumido por el/a investigador, la clasificación, categorización o codificación de los datos será una de las primeras actividades que llevará a cabo²³.

Murphy y otros²⁴ recogen diferentes interpretaciones de lo que significa codificar, entre la que incluyen la diferenciación de Lonkila²⁵ entre el significado atribuido a la codificación en métodos como la *Grounded Theory* (y asumimos que otros) y el uso que suele dársele desde el análisis basado en herramientas informáticas (*CAQDAS: Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*), puesto que en este último, según el autor, codificar significa, simplemente, el proceso mecánico de relacionar palabras clave con fragmentos de texto.

Aunque nuestro análisis se haya realizado utilizando Atlas/ti, nuestro concepto de codificación es más cercano al utilizado habitualmente en la investigación cualitativa: *La codificación se desarrolla mediante el desarrollo tentativo y el etiquetado de conceptos en el texto que el investigador considera de relevancia potencial para el problema que está siendo estudiado*²⁶.

En el caso de la *Grounded Theory* se diferencian diferentes formas de codificación²⁷.

- **Codificación abierta** (open coding): *El proceso analítico mediante el que son identificados los procesos y son descubiertos en los datos sus propiedades y dimensiones*²⁷.
- **Codificación axial** (axial coding): *El proceso de relacionar categorías con sus subcategorías, llamado «axial» porque la codificación ocurre alrededor de los ejes de una categoría, uniendo categorías al nivel de propiedades y dimensiones*²⁷.
- **Codificación selectiva** (*selective coding*): *El proceso de integrar y refinar la teoría*²⁷.

Teniendo en cuenta esta clasificación, podemos nuevamente considerar que nuestro análisis ha seguido de una forma muy cercana a las propuestas de la *Grounded Theory*, puesto que en un primer momento hemos procedido a la codificación abierta, identificando las temáticas principales que aparecen en el corpus y asignándoles etiquetas o códigos que agrupan temáticas (en este caso fragmentos de texto) que desde el punto de vista del analista presentan características comunes, hacen referencia a un mismo fenómeno o comparten algunas propiedades. Igualmente, dentro de esta fase de codificación abierta hemos procedido, en algunos casos, a la agrupación de conceptos en categorías más generales, siguiendo el mismo principio utilizado anteriormente para la identificación de los conceptos más genéricos.

La utilización de un programa informático como Atlas/ti facilita enormemente este trabajo, puesto que ofrece diferentes utilidades para la segmentación del texto y la creación de códigos por un lado y para la agrupación de los conceptos en categorías. Para la agrupación, en concreto, ofrece la posibilidad de crear «familias de códigos» o bien de crear «códigos genéricos» relacionados con códigos de carácter más específico.

La codificación axial, ha sido el siguiente paso en el análisis, puesto que, una vez creados códigos tanto específicos como genéricos, hemos procedido a la identificación de relaciones entre los mismos (por ejemplo, el código A causa el código B; el código A contradice el código B, etc.). El programa informático ofrece de nuevo la posibilidad de relacionar códigos entre sí de una forma sencilla, permitiendo al analista escoger de entre los tipos de relaciones previamente definidos en el programa o creando las suyas propias.

Por último, aunque la codificación selectiva implica, según Strauss y Corbin²⁸, la identificación de una «categoría central», algo que no hemos hecho en nuestro análisis, sí que hemos utilizado las técnicas que según esos autores deben realizarse para identificarla, básicamente la escritura de *memos* (anotaciones) y, principalmente, la elaboración de diagramas. Éstos (en terminología Atlas/ti *networks*) representan gráficamente los códigos y sus relaciones, y permiten obtener una imagen rápida de la idea que están representando. Pero una de las principales ventajas que presenta su utilización en Atlas/Ti consiste, desde nuestro punto de vista, no sólo en la facilidad para transmitir una idea, sino sobre todo en la ayuda que representa para el trabajo conceptual del analista, puesto que la representación gráfica de los códigos y sus relaciones ayuda a elaborar nuevas hipótesis sobre relaciones entre códigos, a plantear nuevas posibilidades de división-agrupación de los mismos y, en definitiva, al trabajo de análisis y explicación de resultados.

RESULTADOS

La intención fundamental de este artículo es poner en evidencia la utilidad de los métodos cualitativos en la investigación y evaluación en salud, al tiempo que resaltar el amplio abanico de métodos y técnicas aplicables ilustrándolo con el caso de un estudio específico. Por ello, no nos detendremos en una explicación detallada de los resultados sino que únicamente ofreceremos una sinopsis de algunos de los resultados obtenidos para que el/a lector/a pueda hacerse una idea aproximada del alcance de la investigación. Para conocer la totalidad de los mismos puede consultarse el informe completo de la investigación²⁹. Específicamente, presentaremos una síntesis de los resultados relativos al proceso de hemocaptación, a la organización de la hemocaptación, a los argumentos sobre la donación de sangre y a las características y selección de los/as donantes.

El proceso de hemocaptación

Los escenarios donde se realizan las donaciones de sangre son muy variados. En el caso de los bancos de sangre hospitalarios puede afirmarse que, con alguna excepción, son lugares apropiados por lo que respecta a la distribución, limpieza y circuitos. No obstante, en las unidades móviles han aparecido gran cantidad de problemas, abundando instalaciones espontáneas en lugares que se podrían definir como «imposibles» (fríos, impersonales, frecuentemente sucios).

El problema común a ambos es, sin embargo, de carácter simbólico. En efecto, la mimesis sanitaria y hospitalaria de bancos y unidades los convierte en lugares directamente asociados a contextos poco o nada agradables para los/as donantes por sus resonancias con experiencias que, por definición, no acostumbran a ser agradables.

Otro problema añadido a estos contextos es la casi total ausencia de privacidad y su

escasa o nula visibilidad pues, con frecuencia, se hallan en lugares estrambóticos de difícil reconocimiento, complicado acceso y ausencia de señalización. No son tampoco lugares «amables» para el/a donante. Con demasiada frecuencia no cuentan con las condiciones mínimas que permitan distraerse durante el tiempo de espera (lectura, distracción, información, etc.) así como tampoco existen elementos que contribuyan al confort (guardarropa, armarios o consigna para guardar pertenencias, cuidado de los niños, etc.).

La organización de la hemocaptación

Tres aspectos específicos de la organización han sido considerados: los equipos de trabajo, la organización misma del proceso de hemocaptación y las políticas organizativas.

En primer lugar, en relación a los equipos, el estudio apunta a que las competencias de los/as profesionales sanitarios está fuera de dudas. A pesar de ello, se perciben rasgos de rutinización del proceso y de la aplicación de procedimientos. Su eficiencia contrasta con los indicadores de las relaciones personales con los/as donantes. Este aspecto es especialmente sintomático en el acompañamiento y cuidado de los donantes y en la información que se les proporciona.

En segundo lugar, sobre la organización misma, el estudio detecta una larga lista de problemas. Por un lado existe una percepción muy negativa del exceso de rotación de los profesionales integrantes de los equipos, así como una preocupante falta de coordinación intraequipo profesional y entre profesionales y voluntarios/as. Por otro lado, se ha identificado un problema proveniente del depósito excesivo de confianza en las características personales de los/as promotores/as y delegados/as. Finalmente, se ha podido identificar un conjunto de problemas específicos relacionados con la información. Este es el caso por ejemplo de la penuria infor-

mativa entre los diferentes estamentos implicados en la hemodonación, el talante pasivo del sistema en referencia a la provisión informativa, la homogeneización y estancamiento de las modalidades de información y comunicación de la organización hacia los/as donantes, y la uniformización informativa de la población de donantes.

En último lugar, en relación a las políticas organizativas, los resultados muestran una cierta inercia en el desarrollo de las políticas de hemocaptación que prescinde de las circunstancias cambiantes, los entornos novedosos y los perfiles emergentes de donantes. Se detecta también la escasez de personal y de recursos y, finalmente, una ausencia de reconocimiento político y organizativo del voluntariado y especialmente de la figura del delegado como un rol distintivo y decisivo en la promoción de la hemocaptación. Un problema específico relacionado con la información aparece también aquí. En efecto, hay una escasa adecuación de la definición de las campañas de información y promoción, suscitada en gran medida por la no especialización profesional.

Los argumentos sobre la donación de sangre

Lo que la gente piensa en relación a la sangre y a su donación es un asunto central. Cualquier política, cualquier infraestructura de hemocaptación, en definitiva, la obtención de un índice de donaciones suficientes para satisfacer las necesidades de un sistema sanitario de calidad reposa, en última instancia, en la voluntad de las personas para dar o no dar su sangre. El estudio ha enfatizado específicamente el estudio de los argumentos que las personas usan relacionados con la sangre y el acto de donar.

Puesto que la información es un factor de inhibición o de facilitación de la donación propia y ajena, el conocimiento sobre sus características es de vital importancia. Así, puede afirmarse con rotundidad que los co-

nocimientos de la población sobre los usos de la sangre son imprecisos o inadecuados y se relacionan básicamente con transfusiones y situaciones de excepcionalidad (accidentes y catástrofes). Ello denota una falta de información, no mitigada por los/as profesionales, que repercute sobre las fantasías y significados que asocian los/as donantes a la donación. Asimismo, este efecto se ve reforzado por la percepción del lugar donde se realizan las donaciones como entorno medicalizado.

Además, la información no sólo está relacionada con el conocimiento sobre el circuito y la utilización de la sangre, sino que tiene que ver con la tranquilidad y la seguridad que el/a donante tiene durante y después del proceso de hemocaptación. En este sentido, puede afirmarse que la hemodonación aparece siempre asociada al miedo (inconcreto o físico) y a la anticipación de experiencias negativas durante la extracción. Una consecuencia explícita de ello es que la primera donación es considerada como un determinante en la continuidad como donante (fidelización).

Una constante en los argumentos de los/as donantes es la polaridad que se establece entre egoísmo y solidaridad como elementos que permiten explicar el acto de donación. El discurso de la solidaridad es omnipresente tanto en donantes como en profesionales. Pero este eje queda marcado por el acentuado favoritismo endogrupal que muestran los/as donantes, lo que implica, por un lado una identificación muy fuerte pero, por otro, un riesgo de discriminación hacia otros grupos.

Se tiende a ver el acto de donar como fundamentalmente individual. No obstante nuestro estudio ha puesto en evidencia una diferenciación referente a las concepciones de la donación. En efecto, la donación no es solo conceptualizada como un acto particular o individual, sino que puede serlo también como un acto colectivo. En este sentido, las relaciones sociales, la cotidianidad y

la accesibilidad podrían ser vistos como favorecedores de la donación desde el punto de vista de los/as donantes.

Las características y la selección de los/as donantes

Cómo se construye el/a donante desde el sistema de hemocaptación, cómo es el prototipo ideal de donante y cómo es el/a donante, realmente muestra un gran desajuste que no está favoreciendo el crecimiento de las donaciones. En efecto, entre los/as profesionales impera la idea de un donante fiel, constante y habitual. Pero la contingencia y la facilidad de acceso a la donación define un perfil de donante al margen de esos rasgos habitualmente considerados como caracterizadores. En el proceso de captación de donantes y en el acto mismo de la donación, un instrumento definitivo y estandarizado ha sido adoptado como norma. Se trata del cuestionario previo a la donación. Por bien que el filtro que ello supone ha sido defendido como algo esencial para garantizar la seguridad en los usos de la sangre, el estudio ha mostrado que el cuestionario constituye un instrumento disuasorio de la donación debido a las dificultades de comprensión que comporta, la falta de confianza e impugnación de la sinceridad del/a donante que implica y la ineficacia ignorada del procedimiento.

CONCLUSIONES

Una evaluación orientada teóricamente del mismo modo en que nosotros hemos hecho en este trabajo, debe involucrar no sólo al equipo evaluador externo sino, sobre todo, a los grupos implicados (donantes, profesionales, institución, administración pública y comunidad) y ello porque la información necesaria para la evaluación tiene que ver con sus intereses, sus exigencias, sus preocupaciones y sus puntos de vista. Creemos haber satisfecho esta exigencia con suficiencia. La dinámica generada por la metodología cualitativa

adoptada ha permitido un intercambio fluido y constante de información tanto de manera formalizada como de modo completamente informal y una participación activa de buena parte de ellos. En efecto, las personas involucradas en el sistema de recogida de sangre a las que hemos tenido acceso, no han sido meros objetos pasivos de observación ni interlocutores neutrales reactivos a nuestras preguntas. Quizás por el objetivo implícito y explícitamente buscado, el aumento de las donaciones altruistas de sangre, y la importancia social y profesional que le es conferida, hemos tenido la oportunidad de enrolar de manera entusiasta a un amplio número de personas participantes en el proceso. Nuestro compromiso, además, no finalizó con la entrega del diagnóstico que sigue a la evaluación ni con el ofrecimiento de recomendaciones y sugerencias sobre las políticas a seguir en el futuro. Por el contrario, aunque sería deshonesto decir que hemos retornado la información a la totalidad de personas involucradas en el proceso de evaluación, hay que decir que sí lo hemos hecho con un gran número de ellas tanto en contextos formalizados como no formalizados y, sobre todo, con aquellos agentes del proceso, tanto institucionales como no institucionales, más activamente implicados. Tenemos el sentimiento, pues, de haber contribuido al conjunto de procesos que abren posibilidades de cambio tanto profesional como organizacional y social.

Respecto de los resultados concretos del estudio realizado, las principales conclusiones pueden sintetizarse en tres puntos. En primer lugar, al día de hoy la donación de sangre es una actividad con muchos frenos materiales, personales y competenciales. En segundo lugar, es posible afirmar que la donación es una actividad demasiado dependiente del voluntarismo y con ello nos referimos no sólo al voluntarismo de los/as donantes, sino a buena parte de los agentes involucrados en el proceso. En tercer y último lugar, tanto por lo que respecta a las políticas como a la inversión que se realiza, se puede afirmar que la donación de sangre es la

«hermana pobre» del sistema sanitario. Basta, a título de ejemplo, comparar los recursos puestos al servicio de la donación de órganos con los dispuestos para la donación de sangre para comprender esta afirmación, siendo, sin embargo, que tanto uno como otro son esenciales para una prestación sanitaria de calidad.

Cabe, en fin, una reflexión sobre el método. Con demasiada frecuencia, y al tiempo que la metodología cualitativa cobra visibilidad y reconocimiento en el ámbito de la investigación y evaluación, tanto en las ciencias humanas y sociales como en las ciencias de la salud, los métodos cualitativos son operacionalizados simplemente en términos de técnicas, olvidando las implicaciones epistemológicas y teóricas que conlleva su adopción. La mera realización de entrevistas y grupos focales, por citar los casos más habituales, como técnicas de recogida de información no implica la adscripción a una metodología de tipo cualitativo. Una técnica «cualitativa», como la entrevista o el grupo focal, no es cualitativa sólo porque genere una información verbal difícil de analizar, del mismo modo que no lo es porque para su análisis haya que realizar alguna aproximación de tipo «interpretativo», dado que la interpretación es una propiedad inherente al ser humano en tanto que tal, así como a las actividades que realiza. Lo que convierte en «cualitativo» un diseño es la adopción de un método cualitativo, lo que equivale a decir que adopta una serie de postulados entre los que, como mínimo, ha de hallarse la asunción de la importancia de analizar e interpretar el significado que las personas dan a sus acciones y a las acciones de los demás, la primacía de la comprensión sobre la explicación y el énfasis en la importancia de la participación de todos/as los/as actores involucrados. Quisiéramos haber podido ejemplificar todo ello en este artículo al mostrar en un caso específico, la evaluación del proceso de recogida de sangre, cómo estos principios pueden traducirse en un diseño netamente cualitativo que recurre y asume los principios metodológicos de la in-

vestigación cualitativa, pone en juego un amplio inventario de técnicas de generación de información que no se agotan en las entrevistas, sean individuales o grupales, y describe un proceso de análisis interpretativo pautado, sistemático, comunicable y riguroso.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado en el estudio, tanto a los/as trabajadores/as y responsables del sistema como a los/as donantes de sangre durante el período de nuestra investigación; ellos y ellas son los verdaderos artífices de este trabajo. Nuestra gratitud especial para M.^a Luz Amado, Genoveva Barba y Joan Profitós, los mejores interlocutores en la institución sanitaria que jamás habríamos soñado tener, por su entusiasmo, el compromiso con su trabajo, su continua ayuda, y su permanente disposición a la escucha y a la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez T, Iñiguez L, Martínez M. La donació de sang a Catalunya: anàlisi psicosocial de la situació actual. Barcelona: Departament de Psicologia de la Salut. UAB; 1990.
2. Guba EG, Lincoln I. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage; 1989.
3. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Second edition. London: Sage; 2000.
4. Iñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria 1999; 23: 496-502.
5. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. Aten. Primaria 1999; 24: 487-491.
6. Guasch O. Observación participante. Madrid: CIS; 1997.
7. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.

8. Velasco H, Díaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta; 1997.
9. Briggs CL Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
10. Holstein JA, Gubrium JF. The active interview. London: Sage; 1995.
11. Kvale S. InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. London: Sage; 1996.
12. Fern EF. Advanced Focus Group research. London: Sage; 2001.
13. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1979.
14. Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide; 1991.
15. Mucchielli R. La entrevista en grupo. Bilbao: Mensajero; 1978.
16. Hill MR. Archival strategies and techniques. London: Sage; 1993.
17. Hodder I. The interpretation of documents and material culture, En N K Denzin y YS Lincoln (Eds) Handbook of qualitative research London: Sage; 1994. p. 393-402.
18. Prior L. Using documents in social research. London: Sage; 2002.
19. Mühr T. Atlas/ti user's manual. Berlín; 1997.
20. Muñoz J. Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti; 2001.
21. Glaser B, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine; 1967.
22. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. London: Sage; 1998.
23. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990. p. 371-2.
24. Vázquez F. Objetivos y medios en la investigación psicosocial (documento de trabajo). Unitat de Psicologia Social. UAB; 1996.
25. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology: A review of the literature. Health Technology Assessment. 1998; 2: 16.
26. Lonkila M. Grounded theory as an emerging paradigm for computer-assisted qualitative data analysis. In U. Kelle (Ed.), Computer-aided qualitative data analysis: Theory, methods, and practice London: Sage Publications; 1995. p. 41-51.
27. Pidgeon N, Henwood K. Grounded Theory: practical implementation. In J. T. Richardson (Ed.), Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences Leicester: The British Psychological Society; 1996.
28. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. London: Sage; 1998.
29. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. London: Sage; 1998.
30. Íñiguez L, Martínez M, Muñoz J, Pallarès S, Vázquez F. La donació de sang a Catalunya. Evaluació del procés de recaptació de sang. Unitat de Psicologia Social. Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona; 1999.
31. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. Aten Primaria 1999; 24(8): 487-491.
32. Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria 1999; 23(8): 496-502.

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

M.ª Ángeles Gil Nebot (1), Carmen Estrada Ballesteros, (2) M.ª Luisa Pires Alcalde (3) y Ramón Aguirre Martín-Gil (3).

(1) Servicio de Programas de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

(2) Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

(3) Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

RESUMEN

En este artículo se relata la experiencia de investigación cualitativa desarrollada por la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, desde el año 1991 hasta la actualidad.

La práctica de la investigación se estructura en dos áreas de trabajo: el «Sistema de Información Sociocultural de Salud» y el «Plan de investigación». El primero analiza lo que para la población madrileña significa la salud, los factores que en ella intervienen, el valor que le asignan y la importancia relativa en el conjunto de sus intereses. El segundo investiga aspectos concretos de los procesos de salud/enfermedad, identificados por los técnicos en el desarrollo de los programas de Salud Pública.

Las poblaciones tienen sus propias representaciones mentales y modelos culturales sobre la salud, no siempre coincidentes con el discurso sanitario, que guían sus acciones de modo determinante. La mera constatación empírica de los hechos sociales se ha mostrado insuficiente para entender y ayudar a transformar los comportamientos humanos siendo, en este sentido, las cuestiones ideológicas y afectivas las que cobran una importancia relevante. La investigación estructural, mediante el uso de técnicas cualitativas, nos permite acercarnos al conocimiento de estas cuestiones, orientando las actuaciones de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud.

La información generada tiene como finalidad ser devuelta a los diversos sectores de población implicados, instituciones y profesionales del campo sanitario, social y educativo, así como a organizaciones vinculadas a la Promoción de la Salud, con la intención de generar cambios en las instituciones y desarrollos en los discursos sociales.

Palabras clave: Educación para la salud. Investigación cualitativa. Promoción de la salud. Planes de salud. Salud Pública.

Correspondencia:

M.ª Ángeles Gil Nebot
Servicio de Programas de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
C/ Aduana, 29 28071 Madrid
Correo electrónico: mariangeles.gil@madrid.org

ABSTRACT**Qualitative Research and Health Promotion in the Community of Madrid, Spain**

This article provides an account of the qualitative research experiment conducted by the Public Health Administration of the Autonomous Community of Madrid from 1991 to date. This research was divided into two working areas, that is, the «Sociocultural Health Information System» and the «Research Program». The former analyses what health means for the inhabitants of the Autonomous Community of Madrid, the factors involved therein, the value they place thereon and its relative importance among all of their interests as a whole. The latter researches specific aspects of the health/illness processes identified by the experts in the development of Public Health programs.

People envisage health in their own way and have their own health-related cultural models, not always the same as those put forward by the health care system, which have a determining bearing on their actions. The mere verification of social facts has revealed itself to be insufficient as regards understanding and helping to transform human behavior, questions of ideology and emotion take on major importance in this regard. Structural research, through the use of qualitative methods, affords us the possibility of gaining knowledge of these matters, setting the course of Health Education and Health Promotion measures.

The aim is to feed back the information generated to the different sectors of the population involved, to institutions and professionals in the health care, social and educational fields, as well as to organizations related to Health Promotion, with the aim of generating changes in the institutions and developments in thinking of society at large.

Keywords: Health education. Health promotion. Qualitative research. Public Health.

INTRODUCCIÓN

La génesis de las acciones de investigación social, con una perspectiva estructural y aplicada a la Promoción y Educación para la Salud en la Comunidad de Madrid, se sitúa alrededor de 1989. En abril de ese año, el Departamento de Salud Pública del Servicio Regional de Salud, precursor de las actuales estructuras de Salud Pública, publicó un Plan de Acciones de Salud Pública¹, en el que en el capítulo de Promoción y Educación para la Salud se podía leer: *el estudio integral de las situaciones sanitarias requiere de un sistema permanente de vigilancia especializada de carácter no solo epidemiológico sino también sociocultural*, formulándose como primer objetivo estratégico: *conocer y actualizar los discursos sociales, actitudes y hábitos de los madrileños en torno a los temas de salud de mayor relevancia*. Fueron tiempos no tanto de llevar a cabo investigaciones sino de hacer ver a la institución la necesidad de tomar en consideración las aportaciones de la investigación cualitativa a la tarea transformadora de los programas de salud pública.

Posteriormente, en el año 1991, la recién creada Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud (hoy Dirección General de Salud Pública) de la Consejería de Sanidad, reiteraba en el documento de Estrategia de Salud Pública 1991-1995: *la necesidad de consolidar sistemas de información epidemiológica, ambiental y social que permitieran identificar y evaluar de manera ágil, rápida y eficaz los problemas de salud de la Comunidad de Madrid*².

En este marco, aparece por primera vez una dotación económica adecuada y concreta para la realización del «Programa de Evaluación de factores socioculturales asociados a la Educación para la Salud», cuyo objetivo era identificar y analizar los factores socioculturales asociados a los procesos de salud/enfermedad, con el interés de dar servicio a los diferentes programas de Salud Pública e instancias sociosanitarias de la Comunidad de Madrid que lo requirieran

para el desempeño de sus tareas vinculadas a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud.

El contexto de la investigación

Se sabía que las concepciones sobre Promoción de la Salud y Educación Sanitaria son productos históricos que vienen evolucionando y desarrollándose paralelamente a como lo hacen las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud. De forma simple, podríamos decir que las orientaciones metodológicas y los contenidos de los programas de salud están en consonancia con las concepciones que socialmente se han adoptado sobre Salud y sobre Educación.

El desarrollo y las grandes transformaciones sociales que se habían operado en las últimas décadas en el conjunto del Estado, habían afectado de forma inequívoca el modo de «entender» y «hacer» en lo sanitario y en lo educativo. La idea que identificaba educación con nivel de conocimientos individuales, partiendo siempre de un emisor que sabe y un receptor que no sabe, evolucionó y dio paso a la idea de que la educación es un proceso complejo de comunicación, en el que intervienen múltiples factores, siendo el emisor a la vez receptor y viceversa.

En relación a la salud cobró relevancia la idea de que la esfera biológica está en equilibrio dinámico con factores de orden psicológico y sociocultural. De tal manera que, para la interpretación de las necesidades de salud pública, y también de asistencia sanitaria, se fue haciendo cada vez más necesario el recurrir a otras fuentes del conocimiento, como son las Ciencias Sociales, que complementan y desarrollan la perspectiva del análisis más tradicional.

Podemos observar cómo en ambos procesos adquieren protagonismo las actitudes y creencias de los grupos sociales, siendo la idea de participación social el punto clave sobre el que se fundamentan.

El proceso de planificación y programación en Salud Pública requiere el análisis previo de la situación sanitaria de partida. Hasta hacía poco tiempo este análisis se había centrado principalmente en el propio Sistema Sanitario y en la información que el mismo genera. Así, la epidemiología, aún cuando incluye en su análisis variables socioculturales, lo hace de forma subsidiaria, constatando hechos que se asocian a determinadas enfermedades, pero no dando cuenta de las estructuras profundas que los sostienen.

Por otro lado, la incorporación del uso de los llamados «indicadores blandos», aunque permite estudiar aspectos centrales del comportamiento y de las creencias y actitudes de los actores sociales, tampoco puede dar cuenta de esas estructuras ya que, como en el caso anterior, son las propias técnicas de investigación empleadas las que no lo permiten.

La salud de las colectividades está mediatizada por la interrelación de las conductas individuales, la estructura social y el ámbito cultural. Las conductas individuales están orientadas por los otros dos ámbitos y por la simbolización que de ello hacen los sujetos. Una Promoción de la Salud y una Educación Sanitaria que no tenga en cuenta estos diversos aspectos está abocada al fracaso. De aquí, la necesidad de que la investigación vinculada a la Promoción de la Salud, cuando se ocupa de las actitudes, creencias y hábitos de salud de la población, tenga en cuenta estos diferentes ámbitos y complementamente los hallazgos de la epidemiología.

Los métodos de la investigación

En el análisis de la realidad social, tal como dice Alfonso Ortí³, no sólo nos encontramos con hechos (*acciones humanas y acontecimientos*), sino también con discursos de individuos y grupos. Para ser explicados los hechos se registran, cuantifican y correlacionan; para ser comprendidos los

discursos se interpretan y analizan. Tanto los hechos sociales como los discursos integran y configuran la realidad social y, aunque ambos se necesitan para explicarse, corresponden a dimensiones diferentes en el estudio de esa realidad.

Los hechos configuran el campo de los hechos externos (*actos humanos y acontecimientos físicos*) considerados independientemente de la conciencia interna de los actores que los producen o sufren. En cambio, en los discursos nos encontramos con *significaciones culturales de la comunicación simbólica, estructurada por el lenguaje (sistema de signos intersubjetivo) y mediatizado por el sentido subjetivo del hablante*.

Ante esta pluralidad de la realidad social se hace necesaria una metodología de investigación también plural, ya que tanto la constatación empírica de los hechos, como la interpretación y análisis de los discursos, constituyen enfoques parciales para el estudio de una misma realidad.

La producción y análisis de discursos contribuye a la contextualización significativa de los hechos observados, mientras que la constatación empírica de esos mismos hechos condiciona y sitúa la representatividad real de los discursos en el campo de las fuerzas sociales.

Esta pluralidad metodológica se articula y formaliza mediante la división entre técnicas cuantitativas o distributivas (técnica paradigmática la encuesta) y técnicas cualitativas o estructurales (técnica paradigmática el grupo de discusión).

Aunque el conocimiento de la distribución de los hechos sociales es necesario en el campo de la Promoción de la Salud y la Educación Sanitaria, su simple constatación empírica es insuficiente. Son las cuestiones ideológicas y afectivas (*que entrañan una posición o proyección valorativa —consciente o preconsciente— por parte del sujeto*) las que cobran una importancia relevante, sin olvidar, claro está, las condiciones

materiales de vida, para la investigación de las actitudes y hábitos de salud. Por otro lado, la influencia de determinados hechos sociales sobre la salud de las colectividades es suficientemente conocida, no siéndolo las motivaciones profundas que los producen ni las razones por las que las personas son incapaces de modificar sus conductas.

Si se quiere que las intervenciones derivadas del conocimiento generado por la investigación se enraicen en los intereses y preocupaciones de la población y a partir de ahí propiciar cambios, cualquier sistema de investigación que se adopte, tendría que tener en cuenta una doble perspectiva para mirar e interpretar los hechos sociales y los factores que caracterizan los estados de salud. Esta doble perspectiva se refiere a:

- Una perspectiva técnica acerca de aquellos datos o indicios que evidencian situaciones de los estados de salud. Criterios, podríamos decir técnico-sanitarios, que legitiman las intervenciones sanitarias (sobre accidentes, consumo de tabaco, enfermedades cardiovasculares,...), desde la perspectiva que Marvin Harris (1982) denomina *étic*⁴.
- Otra perspectiva que surge desde los grupos sociales: la percepción acerca de sus estados de salud; las representaciones y patrones culturales que de ellos se tienen; las expectativas, vivencias sobre su salud y las necesidades, demandas y prioridades. Todo ello contemplado desde una perspectiva *emic*⁴. Para este autor, *los pensamientos y las conductas de los participantes pueden enfocarse desde perspectivas diferentes: desde los propios participantes y desde los observadores... Cualquiera de las dos perspectivas podrá conducir a un conocimiento real y no imaginario de acontecimientos mentales y conductuales aún cuando difieran las descripciones resultantes... Al realizar una investigación desde la perspectiva emic, lo que el observador trata de esclarecer son las categorías y reglas cuyo conocimiento es necesario para pensar y*

actuar como un nativo... Desde la perspectiva étic, el observador puede recurrir a categorías y reglas ajenas a la situación, procedentes del lenguaje científico.

Adquiere así protagonismo, si es de Promoción de la Salud de lo que nos estamos ocupando, el empleo de técnicas cualitativas que nos ayuden a interpretar la perspectiva de los grupos sociales y orienten los programas y actividades de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, porque el reto fundamental no es sólo cómo se genera información sino cómo se hace el pasaje al discurso social y cómo se transforma ese discurso.

La práctica de la investigación

En el período de tiempo transcurrido desde el año 1991 hasta el momento actual (año 2002) el «Programa de Evaluación de factores socioculturales» ha pretendido crear una línea propia de investigación cualitativa vinculada a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud. Para desarrollar de forma ordenada este trabajo se articularon dos áreas sobre las cuales sustentar el programa: el Sistema de Información de Indicadores de Salud de Carácter Sociocultural y el Plan de Investigación. Estas dos áreas de trabajo pretenden profundizar de forma diferente pero complementaria en los factores socioculturales que intervienen en los procesos de salud.

El Sistema de Información estudia las concepciones de salud de diferentes grupos sociales de forma periódica. Analiza lo que para la población madrileña significa la salud, los factores que en ella intervienen y la importancia relativa en el conjunto de sus intereses. Esta información proporciona claves para comprender su propia subcultura sanitaria, aportando reflexiones y explicaciones que permiten reorientar las estrategias de intervención de forma genérica.

Los objetivos del Sistema de Información son los siguientes:

- Permitir un acercamiento y seguimiento temporal a las posibles culturas de salud existentes en la sociedad, más allá de su posible expresión en la cultura sanitaria dominante.
- Posibilitar la prevención inespecífica, la promoción de la salud y la educación para la salud de los diferentes biosocioestratos. Entendemos por biosocioestrato al conjunto poblacional diferenciado por la articulación de las determinaciones bio-constitucionales naturales básicas individuales (sexo/edad) con las condiciones constituyentes de una clase social relativamente homogénea, en cuanto estatus personal específico de sus miembros componentes, que configura el marco existencial básico de su actividad cotidiana y de su identidad y conciencia personal (definición elaborada por A. Ortí para el «Marco Conceptual del Sistema de Información»).
- Facilitar el desarrollo de una comunicación para la salud lo más adecuada posible para cada biosocioestrato.
- Identificar áreas de investigación.

Para la puesta en marcha del Sistema de Información se realizó, en un primer momento, una búsqueda amplia de indicadores a través de la bibliografía, experiencias y proyectos de investigación. Esta información se presentó a un grupo de expertos, constituido para este fin, cuyo trabajo dio como fruto la conceptualización del Sistema de Información, es decir el establecimiento de las directrices de orden conceptual y metodológico que debían ser incluidas en el sistema. Una vez establecido el marco conceptual se procedió a su validación. Para ello, se realizó una primera investigación centrada en el biosocioestrato «mujeres», por entender que este conjunto de población ofrecía una riqueza explicativa de la interrelación y la interacción entre los diferentes factores que determinan la salud de los suje-

tos, además de dar cuenta de la salud de los diferentes grupos tradicionalmente vinculados a las mujeres a través del rol del cuidado.

La metodología utilizada para la validación del Sistema se desarrolló en tres fases. En una primera fase se utilizaron los grupos de discusión con una dinámica abierta y comprensiva, y en la segunda fase, semidirectiva, con la información obtenida en la fase anterior, se orientó a la formalización de los indicadores. Por último, con el fin de validar la significación y expresividad de los indicadores obtenidos en las fases anteriores se realizó una última fase distributiva con el producto de lo cualitativo. Para ello se elaboró un cuestionario que, una vez validado mediante un pretest a 200 mujeres, se aplicó a una muestra representativa de 1.299 mujeres de más de 18 años, residentes en la Comunidad de Madrid. Los resultados de esta última fase confirmaron la validez de la propuesta metodológica incluida en el Marco Conceptual del Sistema de Información.

Los problemas de financiación, unidos a la consideración de que la metodología de investigación cualitativa cumplía de forma suficiente con los objetivos propuestos, indicaron la conveniencia de continuar con el estudio del resto de los *biosocioestratos* sólo desde la perspectiva cualitativa de un modo continuo y secuenciado.

Desde el año 1993 hasta el momento actual se han llevado a cabo estudios de los biosocioestratos mujeres, jóvenes, mayores, niños y hombres, y se ha actualizado el estudio de las concepciones de salud de las mujeres, en el año 2000.

La otra línea de trabajo del programa ha sido el Plan de Investigación, que aborda el estudio de aspectos concretos de los procesos de salud/enfermedad, identificados por los técnicos y demandados por ellos para una mejor implementación de los programas de salud pública. Su interés es el de profundizar en la génesis y desarrollo de dichos

procesos, buscando explicaciones que nos permitan, a diferencia del Sistema de Información y como complemento de éste, reorientar los programas específicos de salud pública.

El Plan de Investigación estudia cuestiones tan diversas como las creencias, actitudes y comportamientos de la población ante diferentes hábitos de salud (actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol,...), enfermedades transmisibles (sida, tuberculosis, hidatidosis,...) y no transmisibles (cáncer, asma, diabetes, accidentes, anorexia nerviosa,...), así como aspectos de organización y dinámica interna de las instituciones y de la red de profesionales sanitarios (Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Higiene de los Alimentos,...) con el fin de mejorar los programas de salud pública.

La puesta en marcha del Plan comenzó en enero de 1992. Previamente se había diseñado un instrumento de recogida de datos (cuestionario abierto) que, aplicado mediante una entrevista normalizada a los responsables de los diferentes Programas de Salud Pública, nos ha permitido identificar las principales necesidades de investigación a lo largo del tiempo transcurrido. Se diseñó, a su vez, un procedimiento de análisis para la selección y priorización de las distintas propuestas de investigación. Este procedimiento incluye la aplicación y categorización de dos indicadores, pertinencia y factibilidad, a cada una de las propuestas de investigación. Posteriormente se realiza una valoración conjunta de los resultados de ambos indicadores con el fin de recomendar o desaconsejar, desde un punto de vista técnico, la realización de un estudio determinado. Por último, las propuestas recomendadas se someten a una determinación de prioridades por parte de la Dirección General.

Desde 1992 hasta el momento actual, el Plan de Investigación ha continuado su desarrollo con el mismo planteamiento: ejecución de los proyectos aprobados por la Dirección y elaboración de los correspondien-

tes informes, así como detección y valoración técnica de nuevas necesidades de investigación y definición de prioridades para la planificación del siguiente ejercicio anual.

De este modo, la implantación del Plan de Investigación ha permitido canalizar las demandas de investigación vinculadas a Educación para la Salud que han ido surgiendo durante los diez últimos años. En este período se han realizado 28 proyectos de investigación relativos a las diferentes áreas de estudio antes definidas. Los resultados obtenidos nos permiten contar en la actualidad con una información obtenida con metodología cualitativa que posibilita el acercamiento, siempre desde una vertiente sociocultural, a algunos de los problemas de salud de la comunidad y nos ayuda, por tanto, a una mayor comprensión de éstos.

Dados los escasos recursos con los que ha contado el «Programa de Evaluación de factores socioculturales asociados a la Educación para la salud», su desarrollo ha requerido que, una vez realizado un primer diseño técnico de los proyectos aprobados, se llevara a cabo una contratación externa del trabajo de campo y del análisis, responsabilizándose el Servicio de Educación Sanitaria del seguimiento y de la supervisión de todos los proyectos, así como de la discusión del informe final y de su publicación.

Los usos de la investigación

Decía y dice en sus escritos el sociólogo Jesús Ibáñez, que *los dispositivos de investigación son dispositivos de acción; dicen algo sobre la sociedad, pero también hacen algo en la sociedad*⁵. Señala el mismo autor, que *la palabra Información articula dos significados: informarse de (extraer información, mediante la observación —semántica—) y dar forma a (inyectar neguentropía, mediante la acción —pragmática—)*⁶. En este sentido, los procesos de investigación cualitativa a los que estamos haciendo

referencia, tienen como fin ser devueltos, de uno u otro modo, a los diversos sectores de población implicados, instituciones y profesionales del campo sanitario, social y educativo, así como a las organizaciones vinculadas a la promoción de la salud, siempre con la intención de generar cambios en las instituciones y desarrollos en los discursos sociales de los que procede.

De forma genérica, el uso de los estudios ha estado vinculado a la demanda de los programas de salud pública, siendo los equipos técnicos de los programas y los niveles institucionales de los que dependen quienes han determinado un uso u otro de la información.

Hay una evolución temporal en el uso de la investigación, con una tendencia que va de lo general a lo más particular: desde el inicio de la investigación, cuando los temas estudiados eran más generales y menos vinculados a la intervención, hasta los últimos tiempos en que la investigación se ha ido haciendo cada vez más aplicada. Con el paso del tiempo se ha ido desarrollando una cultura de investigación cualitativa dentro de la propia institución que ha aportado una mayor madurez a las demandas, interiorizándose como un instrumento imprescindible para la reorientación de la intervención en Promoción y Educación para la Salud, y generando un nuevo discurso de acercamiento a la realidad sociosanitaria.

En la actualidad, la investigación está girando hacia estrategias de investigación-acción, posibilitando que el propio proceso de la investigación se constituya en instrumento de transformación.

Hay un muy importante uso de la información por parte de los profesionales, pero también intangible, y es el que se refiere a algo que no tiene que ver con un uso concreto, sino con la transformación del modo en que se sitúan para mirar, ver y evaluar a los otros, a la población con la que tienen que trabajar y relacionarse. En este sentido, la

investigación contribuye al desarrollo de la capacidad para entender las diferentes formas en que las personas se sitúan frente a distintos problemas, previniendo así proyecciones de sus propios prejuicios y actitudes y aprendiendo a situarse en la lógica del otro.

La información de los estudios ha servido en ocasiones para reafirmar y validar conocimientos de la realidad social que ya se intuían; de este modo, la investigación, desde una mirada externa y organizada, ha permitido confirmar la mera presunción y observación no sistemática de la realidad.

También se ha utilizado para reorientar los objetivos de la propia investigación, en la medida en que los resultados de algunos estudios han permitido identificar nuevas necesidades de investigación. El paradigma de este tipo de aplicación ha sido el «Sistema de Información de Indicadores de Salud de carácter Sociocultural».

Igualmente ha servido para identificar necesidades y reorientar la formación, tanto de los profesionales implicados como de la propia población. La devolución de esta información ha permitido a los técnicos contrastar sus prejuicios y transformar su actitud ante el problema de salud estudiado, acercándose a la realidad de la población afectada, lo cual también les ha permitido tomar decisiones informadas para la reorientación de los servicios sanitarios. Algunos ejemplos que pueden ilustrar este tipo de uso son: «El discurso del personal sanitario de la Comunidad de Madrid en torno a la infección por VIH/Sida⁷», y «La percepción de los profesionales de la Salud frente al cáncer de mama».

Otros estudios han unido a este tipo de utilidad la de trabajar también con la propia población afectada por el problema: «Autocuidados en asma: los profesionales y los asmáticos opinan⁸», «La Diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid: percepción de los enfermos y del personal sanitario de la

Atención Primaria de salud ante el manejo de la enfermedad⁹) y «Líneas de intervención y comunicación sobre la anorexia y bulimia nerviosas».

Los resultados de los estudios también nos han permitido conocer cómo entiende la población nuestras palabras, cómo reciben la información, mejorando así los procesos de comunicación social de los programas. Algunos ejemplos representativos de este uso de la investigación son: «El discurso de las personas exfumadoras en torno al consumo de tabaco¹⁰», «La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid¹¹», «El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo¹²», «Actitudes de los profesionales de Atención Primaria ante los materiales didácticos de educación para la salud» y, en general, todos los estudios del Sistema de Información como el «Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid¹³».

Otro bloque de estudios realizados ha contribuido a la mejora de la coordinación interinstitucional y a la organización de la propia institución. Aquí se sitúan, fundamentalmente, las investigaciones sobre aspectos de organización y dinámica interna de las instituciones y de los profesionales de la red de salud pública. Como ejemplos más representativos de esta aplicación podemos citar: «Actitud de los profesionales médicos de Atención Primaria y Hospitales frente a los sistemas de vigilancia epidemiológica» y «Actitudes de los profesionales frente a la higiene de los alimentos y expectativas y necesidades de los técnicos de salud pública que trabajan en este sector, desarrollando tareas de inspección».

Siempre se ha devuelto el informe de la investigación a los responsables de los programas demandantes, aportando claves para detectar y resolver las dificultades de implantación o desarrollo de los programas y la identificación de necesidades para la toma de decisiones informadas. También se ha hecho llegar la información a profesionales vincula-

dos al tema objeto de la investigación, mediante distribución del documento publicado y organizando presentaciones públicas con el equipo investigador.

En ocasiones se han realizado reseñas bibliográficas en revistas de interés salubrista, o se han redactado y difundido notas de prensa para los medios de comunicación y, en este sentido, es preciso señalar el gran desconocimiento que tienen los medios en general acerca de esta perspectiva de la investigación social. En la práctica hemos comprobado que para ellos sólo existen las encuestas como única metodología y los datos estadísticos como la única forma de dar resultados.

La información contenida en los estudios, también ha sido empleada para la elaboración de materiales de apoyo a la educación para la salud, mediante la incorporación de recomendaciones derivadas del estudio y síntesis de los discursos encontrados en el proceso de investigación.

Es preciso reiterar en estos últimos párrafos el gran poder movilizador y transformador de la investigación cualitativa, posibilitando el enfoque de la realidad y haciendo que ciertas imágenes borrosas pasen a verse mucho más nítidas y delimitadas. Otra cuestión diferente es la mayor o menor capacidad que tienen las instituciones para asumir el cambio que esta perspectiva de trabajo propone. En este particular, los propios técnicos promotores de las investigaciones somos «buenos intermediarios», generando a veces, de una forma no consciente, ciertos procesos de autocensura de algunas de las propuestas que sacan a la luz estos estudios, en un afán de proteger el status quo de la institución de la que formamos parte. Es, sin duda, una falsa protección, porque una institución que no arriesga y no se mueve al compás de la sociedad acaba siendo estéril y obsoleta. La metodología abierta de la que hablamos aporta un cierto aire de frescura. El mercado así lo ha entendido hace tiempo y la utiliza profusamente en sus estrategias

de diseño y colocación de sus productos. Las instituciones públicas deben entrar definitivamente en una dinámica integral e integrada de perspectivas de análisis social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Acciones en Salud Pública. Madrid: Consejería de Salud; 1989.
2. Estrategia de Salud Pública 1991-1995. Madrid: Consejería de Salud; 1992.
3. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En García Ferrando, Ibáñez y Alvira: El análisis de la realidad social. 2.^a ed. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1990. p. 189-221.
4. Harris M. Materialismo cultural. Madrid: Alianza Editorial; 1982.
5. García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira. El análisis de la realidad social. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1990. p. 59.
6. Ibáñez J. El regreso del sujeto. Santiago de Chile: Ed. Amerinda; 1991. p. 16.
7. Consejería de Salud. El discurso del personal sanitario de la Comunidad de Madrid en torno a la infección por VIH/Sida. Madrid: Consejería de Salud; 1995. Documentos técnicos de salud pública, núm. 11.
8. Consejería de Salud. Actitudes ante el asma. Los asmáticos y los profesionales opinan. Madrid: Consejería de Salud; 1994. Documentos técnicos de salud pública, núm. 17.
9. Consejería de Salud. La Diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid: percepción de los enfermos y del personal sanitario de la Atención Primaria de salud ante el manejo de la enfermedad. Madrid: Consejería de Salud; 1996. Documentos técnicos de salud pública, núm. 37.
10. Consejería de Salud. El discurso de las personas exfumadoras en torno al consumo de tabaco. Madrid: Consejería de Salud; 1993. Documentos técnicos de salud pública, núm. 4.
11. Consejería de Salud. La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1994. Documentos técnicos de salud pública, núm. 9.
12. Consejería de Salud. El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo. Madrid: Consejería de Salud; 1996. Documentos técnicos de salud pública, núm. 33.
13. Consejería de Salud. Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1996. Documentos técnicos de salud pública, núm. 32.

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA ATENCIÓN MÉDICA A LA ENFERMEDAD CRÓNICA: REFLEXIONES
SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS DE UN ESTUDIO
CUALITATIVO (*)**

Francisco J Mercado (1), Elizabeth Alcántara Hernández (2), Norma Lara Flores (3), Adelita Sánchez (4) y Luz María Tejada Tayabas (5).

(1) Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud

(2) Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud

(3) Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco

(4) Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco

(5) Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería

(*) Este trabajo contó con el apoyo financiero del SIMMORELOS (clave 20000302031) y de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. En México.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas han pasado a ser objeto de creciente atención por parte de investigadores con una orientación cualitativa. Pocos trabajos, sin embargo, han profundizado en las decisiones metodológicas empleadas en los estudios. El objetivo de este artículo es presentar algunas reflexiones sobre la metodología empleada en un estudio cualitativo multicéntrico centrado en las perspectivas sobre las enfermedades crónicas y su atención. Los temas objeto de reflexión son la orientación del estudio, la selección del área y la muestra, el empleo de los grupos focales y las relaciones entre los participantes.

Concluimos sustentando que las opciones y estrategias metodológicas empleadas, más que ser un asunto de índole técnico, están íntimamente vinculadas al objeto de estudio, a las relaciones sociales establecidas entre los participantes y al contexto del estudio.

Palabras clave: Enfermedades crónicas. Atención médica. Investigación Cualitativa. Metodología.

ABSTRACT**Chronic illness health care. Reflections on the methodological procedures of a qualitative study**

Chronic diseases have been the focus of qualitative researchers. However, few studies have explained in depth the methodological options chosen in the studies and their reasons. This paper presents some reflections on the methodological strategies and procedures used in a multisite, qualitative study whose focus are the individual's perspectives on chronic conditions and medical care. Such reflections are on the study's orientation, the selection of the area, the focus groups and the social relations among participants.

We conclude stating that the methodological options and the strategies used, rather than being solely a technical issue, are deeply linked to the study's object, the social relations among participants and the context of research.

Keywords: Chronic diseases. health care. Qualitative research. Methodology.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son objeto de creciente atención por parte de investigadores con orientación cualitativa, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Hace más de una dé-

Correspondencia:
Francisco J Mercado
Apartado Postal 1-2044, Guadalajara, México
Correo electrónico: fmercado@cucs.udg.mx

cada Strauss señalaba que los investigadores, el personal de enfermería y de trabajo social y, en menor medida, de medicina, habían contribuido a entender los problemas que enfrentan los enfermos crónicos¹. A lo largo de estos años se han estudiado, entre otros temas, las experiencias, las representaciones, las concepciones y las prácticas de atención de sujetos o grupos de enfermos crónicos y de los profesionales de la salud. Múltiples perspectivas teóricas, a su vez, se han empleado para explorar tales condiciones. Destacan el interaccionismo simbólico, la teoría fundamentada, la fenomenología, el construccionismo social y la etnometodología². En forma paralela han aparecido incontables trabajos prescriptivos sobre la forma de hacer estudios cualitativos en el campo de la salud³, particularmente sobre ciertas enfermedades crónicas⁴.

A pesar de los avances logrados en la investigación cualitativa de tales condiciones, pocos investigadores se han preocupado por exponer con detalle las razones por las cuales han seleccionado las estrategias metodológicas, así como su experiencia al emplearlas y los resultados obtenidos. La explicitación de tales asuntos merece atención por varias razones: los procedimientos usados con frecuencia han sido considerados como la caja negra de los estudios, razón por la cual se critican éstos al no explicitar su metodología, por dar la impresión de falta de rigor o mostrar una disociación entre la teoría y los datos obtenidos. Pero el asunto también tiene importancia pedagógica, no sólo por la escasez de trabajos sobre el tema, sino también por la falta de explicitación de los procesos seguidos, asunto de vital importancia, no sólo para quienes se acercan al campo sino para quienes evalúan la calidad de la investigación.

El objetivo de este trabajo es presentar un conjunto de reflexiones sobre ciertos procedimientos metodológicos empleados en un estudio cualitativo multicéntrico, que compara la perspectiva de sujetos con enfermedades crónicas con la de profesionales de la

salud sobre la atención a los padecimientos. En este trabajo reflexionamos sobre las decisiones y los procedimientos implementados en torno a cuatro asuntos: la orientación del estudio, la selección del área y la muestra, la utilización de los grupos focales y las relaciones establecidas entre los participantes.

EL ESTUDIO Y SU CONTEXTO

Nuestro interés durante varios años había sido explorar la perspectiva de los actores sociales sobre los padecimientos crónicos y sus prácticas de atención. Siguiendo esa línea nos centramos en las imágenes que trasmite la prensa sobre las enfermedades crónicas⁵, la perspectiva de los sujetos enfermos sobre las causas⁶ y las trayectorias de su padecimiento⁷, la atención médica en diversos servicios médicos⁸ y la utilización de los servicios de salud⁹. A lo largo del tiempo reconocíamos la necesidad de explorar otras miradas sobre el tema, principalmente las de los profesionales de la salud y los directivos del sector.

Dados nuestros intereses previos y la literatura publicada sobre el tema, nuestro grupo de investigación decidió comparar la perspectiva de los sujetos con enfermedad crónica con la de los profesionales sanitarios sobre tales padecimientos y su atención. Nuestro interés en ese momento era indagar las prácticas de atención médica. Mas como la perspectiva de tales profesionales no es idéntica, decidimos incorporar personal de medicina y enfermería siguiendo algunos resultados publicados en esa dirección¹⁰.

El estudio también exploró las perspectivas de los sujetos enfermos y de los profesionales sanitarios en función de la ciudad donde viven. Ello implicaba llevar a cabo el estudio en distintas ciudades de México. Un objetivo adicional fue indagar tales perspectivas en base a los niveles de la atención médica. Teniendo tal asunto presente, se optó por centrarlo en el primero y segundo nivel

de atención médica; o sea, en los centros de salud comunitarios y en los hospitales generales de la Secretaría de Salud, institución que atiende a los sectores de población con menos recursos en México.

LA ORIENTACIÓN DEL ESTUDIO

Existen al menos tres posiciones respecto a la vinculación existente entre lo cuantitativo y lo cualitativo: la de compatibilidad total, la de compatibilidad ante ciertos problemas y enfoques y la de incompatibilidad total. Tal como lo señaló uno de nosotros¹¹, coincidimos con aquella posición que destaca la combinatoria de ambos ante determinados objetos y posiciones. No obstante tal reconocimiento, optamos por realizar un estudio cualitativo en tanto nos parece la estrategia más idónea para entender la perspectiva de los sujetos enfermos y de los profesionales de la salud, o sea, nuestro objeto de estudio. Un estudio epidemiológico cuantitativo por ejemplo, nos permitiría describir o analizar opiniones, creencias o representaciones en función de una o varias variables demográficas y/o sociales. Sin embargo, el producto final poco nos serviría para entender el punto de vista de estos actores sociales¹².

El interés por la perspectiva de los actores sociales nos llevó a adoptar otras decisiones. Por una parte, a reconocer que la óptica de los profesionales remite a la enfermedad, mientras que la de los sujetos enfermos al padecimiento. Ambos términos, entendidos como construcciones sociales, dan cuenta de fenómenos distintos¹³. En función de ello, en el estudio nos propusimos centrarnos en el padecimiento y/o en la enfermedad. Por otra parte, desde la óptica de los profesionales se suele hacer referencia a los pacientes, los enfermos, los diabéticos, los hipertensos, entre otros términos empleados. La preocupación por entender la mirada de quienes viven con un padecimiento remite al tema del otro, a la otredad y al reconocimiento del propio sujeto que investiga en

el otro¹⁴. De esta forma, pasamos a entender a los enfermos como actores sociales, sujetos, individuos o personas que, entre otras cosas, viven con una entidad incurable.

EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS INFORMANTES

Según Rodríguez, Gil y García¹⁵, el acceso al campo, más que un mero problema físico, es un proceso por el que el investigador va accediendo a la información fundamental para su estudio y supone, en un primer momento, un permiso para entrar a una institución o comunidad. En el caso de nuestro estudio, la selección del área de trabajo y el acceso al campo estuvieron determinados por los objetivos e interrogantes de la investigación, aunque hubo otros elementos que influyeron en tal decisión. Se trató de un proceso multi-etápico en el cual una decisión llevó a otras, aunque hubo decisiones paralelas. Una decisión tuvo que ver con la inclusión de ciertos actores y la exclusión de otros. Antes habíamos indagado la perspectiva de los sujetos enfermos, ahora nos interesaba compararla con la de los profesionales, razón por la cual incluimos ambos personajes. Sin embargo, la perspectiva sobre la enfermedad crónica y su atención no es semejante en todos los profesionales, sino que se encuentran diferencias internas. Los médicos no identifican los mismos problemas que los profesionales de enfermería, trabajo social o psicología. Por ello, se optó por incluir a los dos grupos de profesionales más numerosos. El interés por conocer la perspectiva de las personas enfermas y los profesionales de la salud en diversas ciudades llevó a la realización de un estudio multicéntrico. Pero la selección de las ciudades específicas obedeció a la ubicación de los investigadores participantes. De allí la selección de ciudades de diverso tamaño: una macrociudad (ciudad de México, 15 millones de habitantes), una ciudad grande (Guadalajara, 3 millones) y una ciudad mediana (San Luis Potosí, 800.000 habitantes). Otra ciudad pequeña más está en proceso de in-

corporación (El Salto, 50.000 habitantes). En cada una de ellas se procedió a seleccionar un barrio del sector popular donde hubiera un centro de salud a la vez que se seleccionaba un hospital al que suelen ser referidos los individuos enfermos. Ambos debían pertenecer a la Secretaría de Salud, instancia que atiende a la población sin seguridad social, ni recursos económicos para acudir a la medicina privada.

La selección de los profesionales del centro de salud se hizo para tener representantes del primer nivel de atención y la de un hospital para incorporar profesionales del segundo nivel. Los sujetos enfermos, en cambio, se seleccionaron en el barrio, dado que el trabajo no pretendía estudiar la perspectiva de los usuarios.

LA APUESTA POR LOS GRUPOS FOCALES

Dado que el propósito de nuestro estudio era examinar diferentes puntos de vista sobre los padecimientos crónicos y su atención, en particular los de enfermos crónicos y personal sanitario, se buscó un método que permitiera explorar tales enfoques, a la vez que se obtenían datos válidos y creíbles. Se consideró que los grupos focales representaban una opción adecuada para obtener tales datos, en tanto que su centro de interés lo constituye la visión colectiva sobre el problema en estudio, aunado a que posibilitaban recuperar el contexto social y cultural de los fenómenos estudiados. Estos señalamientos coinciden con los de Tuong Thi Pang y Fitzgerald, quienes sostienen que los grupos focales permiten adentrarse en la forma cómo los procesos de la enfermedad y su atención son vividos e interpretados por los individuos en su contexto social e institucional, a la vez que proporcionan información idónea para mejorar los servicios¹⁶. Aunado a los argumentos teóricos, la decisión de trabajar con grupos focales obedeció también a elementos de otra índole. Durante años, los integrantes del equipo habíamos

basado nuestros estudios en las entrevistas a profundidad con relativamente buenos resultados¹⁷. No obstante sus ventajas, decidimos no utilizarlas en este estudio porque se corría el riesgo de obtener información completamente distinta en las diferentes ciudades participantes, dado que el grado de involucramiento, formación y experiencia en el trabajo de campo eran distintos entre los integrantes del equipo. Otro motivo fue el tiempo disponible, en tanto que las entrevistas a los grupos focales suelen requerir menos respecto de las entrevistas individuales. Este asunto fue decisivo debido a que los integrantes no disponíamos del mismo tiempo para participar en la investigación dados los compromisos en las diversas instituciones educativas o asistenciales donde laboramos.

El término grupos focales ha servido para englobar distintas posiciones. Morgan señala que se trata de un método de investigación cualitativa que emplea discusiones grupales dirigidas para generar información sobre experiencias y creencias¹⁸. Madriz, en cambio, desde una orientación feminista/posmodernista, sostiene que los grupos focales pueden ser un elemento importante para el avance de una agenda de justicia social para las mujeres, porque pueden servir para exponer y validar sus experiencias cotidianas de subyugación, su sobrevivencia individual y colectiva así como sus estrategias de resistencia¹⁹. En nuestro caso, si bien utilizamos ciertas propuestas técnicas del primer autor, nos identificamos más con la perspectiva teórica e ideológica de la segunda autora.

La selección del tipo de muestreo y el número de grupos a entrevistar fueron asuntos de indudable importancia, tanto en términos teóricos como prácticos. De las opciones de muestreo existentes en la investigación cualitativa, optamos por aquel denominado muestreo teórico, cuya finalidad es encontrar ejemplos a partir de los constructos teóricos del estudio de donde se elaboran y ejemplifican²⁰. En este caso particular, nues-

tros constructos teóricos centrales fueron los de tipo de ciudad (Guadalajara, San Luis Potosí y ciudad de México), tipo de actor social (sujetos enfermos, médicos y enfermeras) y nivel de atención médica (primero y segundo).

El tamaño de la muestra lo decidimos tomando en cuenta dichos constructos teóricos, aunados a otros elementos. Aquí nos enfrentamos a una discusión que se ha polarizado entre los académicos; mientras que algunos proponen entrevistar varias veces al mismo grupo, otros sostienen la necesidad de entrevistar diferentes grupos²¹. Ante nuestra falta de experiencia en este terreno optamos por la segunda postura, aunque con el paso del tiempo nos convencimos de que la mezcla de ambas hubiera sido la más idónea porque nos hubiera generado información de mayor pertinencia. Así, se formaron los siguientes grupos en cada ciudad: tres grupos de personas con algún padecimiento crónico y que hubieran empleado los servicios públicos de salud; dos grupos de médicos de los centros de salud comunitarios y otros dos del hospital general; así como dos grupos de enfermeras de los centros de salud comunitarios y otros dos del hospital general. Ello dio un total de once grupos por ciudad, y 33 grupos en el estudio. Este número contrasta con la propuesta de diversos autores que sostienen que los proyectos que emplean grupos focales deben considerar un máximo de 6 grupos homogéneos con un número de participantes que oscile entre 6 y 8²². En nuestro estudio incluimos un número mayor de grupos ya que se trataba de un proyecto multicéntrico, que exploraba la perspectiva de tres actores en torno a la enfermedad/padecimiento y su manejo en dos niveles de atención.

En respuesta a nuestra convocatoria, el número de participantes que asistió a los grupos focales osciló entre 3 y 12. Tal situación tuvo sus efectos en el tipo y calidad de los datos obtenidos. En términos generales, los grupos menos y más numerosos presentaron el mayor número de dificultades u

obstáculos, tanto en la dinámica como en la información generada. En los primeros difícilmente se establecía una dinámica que favoreciera la exposición e intercambio de ideas; en los segundos nos enfrentamos a que varias personas no tenían la posibilidad de expresar sus opiniones, sobre todo porque otras acaparaban la conversación. Por este motivo, todos coincidimos en que el número ideal de participantes en los grupos debería ser de 6 a 7, tanto en los de sujetos enfermos como en los de profesionales. Sin embargo, este fue el caso que menos se dio.

De acuerdo a varios autores, los participantes de los grupos focales deben tener características homogéneas y no conocerse previamente entre sí²³. Este asunto reviste importancia, desde nuestra perspectiva, en la medida en que tiene implicaciones en los datos a obtener, y ante las dificultades para conformarse en ciertos medios. En los grupos que formamos de forma artificial asumimos que se trataba de grupos homogéneos de personas. Por un lado, porque todas ellas eran adultas y con algún padecimiento crónico. Más que tratar de mostrar sus diferencias según la enfermedad, lo que intentamos fue explorar su perspectiva sobre la cronicidad, que es una característica común entre los sujetos enfermos. Por otro, todos los participantes también habían acudido a los servicios públicos de salud, lo que implicaba que no tenían suficientes recursos para acudir a la medicina privada.

Asumir que los participantes deben ser extraños entre sí, implica dejar de reconocer que estos estudios se llevan a cabo en contextos sociales y culturales muy específicos, como son los barrios de las ciudades mexicanas en el presente estudio, a diferencia de las sociedades anglosajonas. En un trabajo como el aquí planteado sería difícil incorporar sujetos enfermos que fueran extraños entre sí, en tanto muchos son usuarios del único centro de salud existente y/o coinciden en numerosas actividades colectivas del barrio, como en eventos religiosos, culturales o sociales. En el caso de los médicos y el

personal de enfermería tal situación hubiera estado fuera de contexto, ya que se incluyó a los médicos del único centro de salud del barrio o del hospital general al que acuden los enfermos.

También se contempló llevar a cabo las entrevistas a los grupos fuera de los espacios clínicos, a fin de controlar el sesgo que representaría para ellos encontrarse en un ambiente donde favoreciera a los médicos o a los investigadores²⁴. En este sentido se intentó llevar a cabo las sesiones en lugares confortables y que propiciaran un clima de confianza entre los investigadores y los participantes²⁵. Sin embargo, ocurrió que al buscar espacios con estas características en los barrios, cada equipo encontró ubicaciones distintas que no necesariamente representaban los espacios identificados como propios por la población. Por ejemplo, los espacios de reunión identificados en el barrio de la Ciudad de México eran totalmente inadecuados para favorecer el intercambio de ideas y lograr una grabación aceptable, motivos por los cuales se eligió una sala de la Universidad. En el caso de San Luis Potosí, las sesiones con el grupo de enfermos tuvieron que usar espacios cercanos al centro de salud. En Guadalajara, en cambio, se ubicaron casas de los miembros de la comunidad que también participaban en las sesiones. Ello nos hizo volver a preguntarnos sobre cuáles son los lugares más idóneos para llevar a cabo entrevistas a grupos focales. En general estamos de acuerdo con aquel señalamiento donde se sostiene que esta técnica requiere de lugares adecuados según las necesidades y posibilidades del grupo de investigación, siempre y cuando se garantice el confort y la confidencialidad para favorecer la participación²⁶. Para el caso de un estudio realizado con los sectores populares, como es el presente, no es posible encontrar el lugar «idóneo» según la población, porque no existe, por lo cual se requiere buscar una alternativa teniendo en cuenta la influencia que esta situación pudiera tener en su participación y en los datos a obtener. En este sentido, nuestra experiencia con estos

grupos fue la de que los espacios pueden convertirse en ambientes propicios para la comunicación, siempre y cuando los investigadores expliquen de manera abierta los objetivos que persiguen y muestren un interés genuino por los sujetos participantes.

La participación en los grupos focales tuvo significados distintos para los actores que participaron. En el caso de los sujetos enfermos, todo parece indicar que tuvieron la posibilidad de expresar en forma abierta y espontánea sus experiencias, sentimientos y opiniones acerca de su padecimiento y la atención médica recibida. Su relación con los investigadores fue relativamente aceptable ya que, al ser éstos ajenos a los servicios médicos, asumían que sus comentarios no repercutirían en la atención médica futura. En cambio, el personal médico y de enfermería, por lo común, manifestaron cierta reticencia a exteriorizar opiniones que pudiesen interpretarse como crítica a los servicios o a su propia actuación profesional. Incluso al inicio de las sesiones solían expresar inquietudes sobre el hecho de que se estuviera realizando una evaluación de sus conocimientos o de sus acciones, temor que solía desaparecer al conocer el propósito de la investigación y la dinámica de la sesión. Nada raro era, por ejemplo, que hicieran referencia a su trabajo y lo evaluaran en términos positivos o negativos; mas ello sucedía con mayores dificultades cuando evaluaban al centro de salud o al hospital. Por estos motivos, al final terminamos considerando que este tipo de entrevista grupal presenta más inconvenientes y reticencias para evaluar los servicios médicos que la entrevista individual.

Durante varios meses también discutimos la pertinencia de realizar entrevistas estructuradas o abiertas pensando en el tipo de información que se obtendría con cada una. Decidimos empezar con las segundas a partir de un guión muy general. Sin embargo, al revisar los primeros datos nos percatamos de sus inconvenientes, sobre todo por el hecho de que los tópicos tratados y la conduc-

ción de los grupos seguía una dinámica distinta en cada ciudad, dando como resultado datos poco comparables entre sí. Por este motivo optamos por una guía con la cual pasamos a trabajar con entrevistas semi estructuradas. Al final constatamos la pertinencia de las preguntas introductorias al tema y las preguntas detonantes. Las primeras brindan pocos datos, pero centran la atención de los participantes; las segundas suscitan gran interés y por lo común aportan datos de gran pertinencia. Un ejemplo de las segundas sería: Si estuviera en sus manos cambiar los servicios de salud ¿qué haría?

LAS RELACIONES ENTRE LOS PARTICIPANTES

La realización de un estudio multicéntrico, centrado en la perspectiva de los otros, como el aquí propuesto, fue posible dada la colaboración de sujetos enfermos, sujetos profesionales de la salud e integrantes del equipo de investigación, todos ellos provenientes de ciudades y disciplinas distintas. Las relaciones que se establecieron entre todos habrán de tener efectos en las estrategias empleadas y en los datos encontrados.

La idea prevaleciente sobre el papel del investigador es que debe utilizar un lenguaje claro, tener una actitud receptiva y mostrar interés hacia lo dicho por el informante²⁷. Al respecto adoptamos una posición distinta. La intención de explorar el punto de vista de los sujetos enfermos y de los profesionales de la salud nos obligaba a obtener los datos en los espacios de los participantes más que en los de los investigadores. También asumimos que el consentimiento verbal e informado sería fundamental para favorecer una relación de confianza e igualdad. Sin embargo, la dinámica y los resultados obtenidos en el trabajo de campo nos mostraron que el involucramiento de los participantes distó de ser homogéneo, por lo menos en lo que se refiere al tiempo y al espacio.

Los lugares donde se llevaron a cabo las entrevistas no fueron considerados por los sujetos enfermos como parte de su terreno propio, a pesar de los esfuerzos realizados en ese sentido. Las instalaciones universitarias, el centro de salud, y la sede de reunión de un grupo de alcohólicos anónimos, lugares donde se realizaron las entrevistas, no resultaron ser espacios considerados como propios por los participantes. Incluso las casas de algunas mujeres donde se realizaron entrevistas constituyen un terreno en el cual la mayoría se sintió extraña, a pesar de vivir en el mismo barrio. Los profesionales de la salud, en cambio, suelen considerar el lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas como su espacio, porque son las instalaciones sanitarias donde se reúnen habitualmente, sea por motivos académicos, administrativos o de alguna otra índole y ubicarse en su lugar de trabajo.

También se encontraron diferencias en cuanto al momento de definir la realización de dichas entrevistas. Las entrevistas a los sujetos enfermos por lo común se llevaron a cabo en una fecha definida entre ellos y el equipo de investigación, aunque la opinión de los segundos tuvo un peso importante. En cambio, las entrevistas grupales en los centros de salud y al personal de enfermería del hospital dependieron casi siempre de la decisión tomada entre los directivos y el equipo de investigación, teniendo más peso la de los primeros. Las entrevistas a los médicos especialistas en el hospital, además de haber tenido el proceso de negociación más largo, fueron el producto de los acuerdos entre algún directivo y los propios médicos, pasando a un segundo término la opinión de la(o)s investigadora(e)s.

Las relaciones entre los integrantes del equipo de investigación tuvieron una dinámica *sui generis* en tanto la colaboración se dio desde ciudades, antecedentes disciplinares, experiencias e, incluso, pertenencia a géneros diferentes. Carolina Martínez ha reportado una situación relativamente semejante, pero con implicaciones distintas, en

un estudio llevado a cabo por un grupo de mujeres académicas de distintas profesiones²⁸.

Los integrantes del equipo de investigación laboramos en universidades públicas de México, en Guadalajara, San Luis Potosí y la ciudad de México. Nos habíamos conocido e iniciado una relación en los cursos de metodología cualitativa en salud. Tal contacto nos permitió compartir intereses por el estudio de las enfermedades crónicas, razón por la cual decidimos participar en el estudio. Durante el mismo fuimos incorporando estrategias a fin de lograr una retroalimentación permanente y una comunicación ágil. Entre otras, se utilizó el correo electrónico, las reuniones de trabajo *on line*, las reuniones de capacitación en una ciudad específica, el correo postal, etcétera. A pesar de tal diversidad de opciones, la retroalimentación de ideas y experiencias por lo común fue lenta y a destiempo, lo cual dificultó enriquecer las propuestas específicas que fueron surgiendo durante el trabajo de campo. Por ejemplo, las estrategias que funcionaban o que no tenían posibilidades de ser implementadas durante las entrevistas, fueron socializadas semanas o meses después cuando se tuvieron las reuniones de trabajo o se enviaron las notas de campo. No tenemos claridad sobre el factor que mayor influencia tuvo en tal situación, pero nos parece que se debió a una combinatoria de razones de índole diversa. Sólo un caso al respecto, la imposibilidad de tener sesiones de trabajo *on line* no sólo se debió a un problema tecnológico, ante la incompatibilidad inicial de los programas, también parece estar presente la falta de costumbre en su uso, aunado a las múltiples actividades que los integrantes del grupo llevan a cabo en la academia o en la administración, así como por la incompatibilidad en sus horarios de trabajo.

La investigación cualitativa suele asumir una perspectiva interdisciplinaria²⁹. Bajo tal premisa, veíamos con satisfacción los diversos antecedentes disciplinarios del equipo: una médica con maestría en tecnología edu-

cativa, una médica con estudios de maestría en salud pública, una odontóloga con maestría en salud pública, una enfermera con estudios de maestría en educación, una enfermera general y un médico con doctorado en ciencias sociales. La conformación multiprofesional del equipo, suponíamos, contribuiría a la incorporación de distintas perspectivas. No obstante nuestra coincidencia en tales supuestos, en la práctica nos enfrentamos a una serie de situaciones que cuestionaban tal riqueza. Algunos de nosotros nos preguntamos durante varios meses cuál sería el aporte específico de las disciplinas involucradas. Pero empezamos a constatar, que nuestra mirada como profesionales de la salud reproducía los fundamentos del modelo biomédico. En particular todos fuimos orados en una concepción poco preocupada por entender el punto de vista de los otros; esto es, de los enfermos, de los médicos. Por este motivo, con frecuencia, seguíamos haciendo eco de la mirada biomédica, más que escuchar, entender o escribir sobre el punto de vista de los otros. Pero no sólo se trataba de la reproducción de cierto tipo de concepciones, también reproducíamos actitudes y prácticas ancestrales de la medicina, tal como es la relación que se establecen entre médicos, enfermeras y otro personal de la salud. Sin tener respuestas sobre el asunto, alguna vez nos preguntamos si la falta de cuestionamiento al proyecto en términos teóricos o metodológicos fue producto de su calidad, de cierto pragmatismo, o del hecho de haber sido formulado por un médico.

Otro dato que cuestiona el supuesto de las ventajas de un equipo con integrantes de distintas disciplinas tuvo que ver con la obtención de los datos. Mientras que los integrantes del equipo de Guadalajara, un médico y una médica, llevaron a cabo los trámites y las mismas entrevistas en el hospital en relativamente poco tiempo, dichas entrevistas no se habían podido llevar a cabo en San Luis Potosí después de varios meses. Las participantes del equipo en esta ciudad son mujeres, enfermeras y las más jóvenes. Dadas las dificultades reiteradas e incompre-

sibles para llevar a cabo dichas entrevistas, también nos hemos preguntado si el resultado hubiera sido semejante en el caso hipotético de si quien hubiera estado a cargo del estudio en esa ciudad hubiera sido un médico.

Dos consideraciones acerca de las relaciones de género que también pudieron haber influido en el estudio. Una situación es la de que el coordinador fue un varón, en un grupo eminentemente femenino. Esta circunstancia, ha sido asimilada y manejada de manera positiva por las mujeres del equipo e incluso se han destacado sus ventajas. Mas esto no significa que la mirada femenina haya prevalecido en la formulación del estudio, en las estrategias seleccionadas ó en las técnicas de análisis. Ello se puede constatar, solo por poner un ejemplo, en el estilo de redacción de este trabajo.

CONSIDERACIONES FINALES

El propósito de este trabajo ha sido presentar un conjunto de reflexiones sobre las decisiones metodológicas tomadas en un estudio cualitativo; tal estudio se centra en la perspectiva de sujetos enfermos y profesionales de la salud sobre las enfermedades y padecimientos crónicos y su atención. Varias consideraciones finales derivan de los puntos expuesto en los párrafos previos.

Tanto las decisiones como las estrategias metodológicas empleadas en el estudio van más allá de las soluciones técnicas y neutras que parecen derivar de las prescripciones formuladas en textos de metodología cualitativa. Tales decisiones también rebasan la descripción densa, puntual y aséptica que caracteriza a ciertos estudios «cualitativos» de corte etnográfico, fenomenológico o naturalista en el campo de la salud. El asunto es fundamental porque la metodología cualitativa en salud hoy en día requiere de un mayor rigor y credibilidad.

El asunto metodológico toral de éste fue entender la perspectiva de los otros, tal

como lo han planteado otros autores³⁰. El método o la técnica a emplear deriva en primera instancia del objeto de estudio. La técnica aquí empleada, es decir, el grupo focal, fue la idónea en varios sentidos, pero con algunas limitaciones. Entre otras porque difícilmente permite expresar en forma abierta opiniones críticas sobre ciertos temas, como serían los servicios de salud o la referencia a temas íntimos del padecimiento, por ejemplo la sexualidad en las personas enfermas, los conflictos en las relaciones con sus familiares, amigos, conocidos o vecinos. Ante tales limitaciones, una opción a considerar en estudios como el aquí presentado sería la triangulación de métodos. La entrevista individual, la observación participante ó la revisión de fuentes secundarias, en ciertos contextos podrían brindar información que difícilmente se obtendrá mediante los grupos focales.

El trabajo de campo constituye un espacio de relaciones sociales. Este señalamiento de Robles³¹ sintetiza varios pronunciamientos formulados a lo largo de nuestra exposición. Entre otras cosas se ha destacado que las decisiones, estrategias y procedimientos metodológicos empleados en el estudio derivan de las relaciones establecidas entre los participantes, en este caso los sujetos enfermos o los profesionales con los investigadores. Este asunto no sólo trata de una cuestión de «*rapport*». Las relaciones establecidas a lo largo del estudio remiten a relaciones atravesadas por cuestiones de género, clase social, antecedentes disciplinarios e, incluso, generacional. Tales relaciones ni son igualitarias ni se viven en los mismos términos. Esto tendrá, en consecuencia, efectos sobre el tipo y la calidad de los datos obtenidos.

Las decisiones metodológicas siempre deben ser entendidas en el contexto de las circunstancias en que se realiza el estudio. Según se ha reiterado a lo largo del trabajo, múltiples circunstancias influyeron en las estrategias y los procedimientos empleados. Entre otras, cabe destacar lo difícil de encontrar un lugar idóneo para realizar una en-

entrevista grupal en un barrio popular urbano o la imposibilidad de conformar grupos de personas extrañas entre sí, como señalan los textos, entre los habitantes del barrio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de las personas, médicos y enfermos, que participaron en el estudio en forma desinteresada. También a las autoridades de los servicios que nos apoyaron en forma decidida. Yesica Rangel colaboró en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strauss A. Preface. *Soc Sci Med* 1990; 30(11): V-VI.
2. Mercado FJ, Lizardi A, Villaseñor M. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. coordinadores. *Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.
3. Yach D. The use and value of qualitative of quantitative methods in health research in developing countries. *Soc Sci Med* 1992; 35: 603-12.
4. Anderson LA, Zimmerman MA. Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Educ Couns* 1993; 20: 27-36.
5. Mercado FJ, Robles L, Moreno N, Franco C. Inconsistent Journalism: The coverage of chronic diseases in the mexican press. *J Health Commun* 2001; 6: 235-47.
6. Mercado FJ, Ramos I. Diabetes: the layperson's theories of causality. *Qual Health Res* 2002; 12(6): 793-807.
7. Mercado FJ, Robles L, Ramos I, Torres T, Alcántara E, Moreno N. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado FJ, Robles L. *Compiladores. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998. p. 223-46.
8. Mercado FJ, Ramos I, Valdéz E. La perspectiva de enfermos crónicos del sector popular sobre la atención médica. *Cad Saude Publica* 2000; 16: 109-18.
9. Mercado FJ, Alcántara E, Lizardi A, Benitez R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes (en prensa).
10. Lipton RF, Losey LM, Giachello A, Méndez J, Girotti MH. Attitudes and issues in treating Latinopatient with type 2 diabetes: view of health care providers. *Diabetes Educ* 1998; 24: 67-71.
11. Mercado FJ, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. *compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría método y práctica*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdéz; 2000. p. 47-72.
12. Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones* 1997; 69: 237-70.
13. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Ann Rev Anthropol* 1982; 11: 257-85.
14. Todorov T. *La conquista de América. El problema del otro*. México: Siglo Veintiuno; 1987.
15. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ed. Aljibe; 1996.
16. Thi pan, Fitzgerald MH. *Guide for the use of focus groups in health research*. North Parramatta Transcultural Mental Centre Monograph; 1996.
17. Mercado FJ, *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996.
18. Morgan DL. *The focus groups guidebook. Focus group kit 1*. Thousand Oaks: Sage; 1998. p. 11.
19. Madriz C. Focus groups in feminist research. En: Denzin NK, Lincoln YS. *editores. The handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE. p. 835-50.
20. Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree BE, Miller WL. *editores. Doing qualitative research*. Newbury Park: SAGE; 1992. p. 31-44.
21. Krueger RA. *Focus groups A practical guide for applied research*. 2.ª ed. Thousand Oaks: ed. SAGE; 1994.
22. Morgan DL. *The focus groups guidebook*. Thousand Oaks: SAGE; 1998. Vol 4. p. 1-103.

23. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica quialitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substancias. *Saude Publica* 1996; 30: 283-93.
24. Quandt SA, Arcury TA. Qualitative methods in arthritis research. Overview and data collection. *J Care Research*. 1997; 10: 273-81.
25. Clarke A. Focus group interviews in health-care research. *Prof Nurse* 1999; 14: 395-7.
26. Morgan DL. Focus groups and qualitative research. Thousand Oaks: SAGE; 1997.
27. Goetz JP, Le Compte MD. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata; 1984.
28. Martínez C. Unexpected findings a female team in Xochimilco. México. *Qual Health Res* 1999; 9: 11-25.
29. Pope C, Mays N. Qualitative methods in health and health services research. En: Mays N, Pope C. editores. *Qualitative Research inn Health Care*. London: BMJ; 1996. p. 1-09.
30. Luft HS. The role of perspective. *HSR: Health Services Research* 2002; 37: 245-250.
31. Robles L. *Del amor al trabajo. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. [Tesis doctoral]. Guadalajara: CIESAS/Universidad de Guadalajara; 2002.

COLABORACIÓN ESPECIAL**CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD (ICS): APUNTES PARA UN DEBATE NECESARIO****Carlos Calderón**

Centro de Salud de Alza. San Sebastián

RESUMEN

La importancia de avanzar en el conocimiento de las necesidades y expectativas en salud de los individuos, así como de los factores que intervienen en la efectividad de las actividades sanitarias, y en particular de los propios profesionales, hace posible prever un auge de la Investigación Cualitativa en campos como la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud. Tal incremento debería acompañarse de una progresiva mejora en la calidad de la producción investigadora, para lo cual son necesarios instrumentos de evaluación de dicha calidad. Sin embargo, las implicaciones epistemológicas del enfoque cualitativo contribuyen a que la delimitación de dichos instrumentos haya sido objeto de controversia tanto a nivel conceptual como en el de sus métodos y técnicas, aunque sin apenas participación desde las ciencias de la salud en nuestro país.

En el presente artículo se lleva cabo una breve revisión de los referentes principales de dicho debate y, tras subrayar la importancia del desarrollo teórico y del rigor de la práctica, así como la función de las guías al respecto, se proponen la adecuación epistemológica, la relevancia, la validez y la reflexividad como posibles criterios básicos en la evaluación de la calidad de la Investigación Cualitativa.

Palabras clave: Investigación cualitativa. Metodología. Evaluación de la calidad. Epistemología.

ABSTRACT

Quality Criteria in Qualitative Health Research (QHR): Notes for a Necessary Debate

The importance of gaining further knowledge as to the health-related needs and expectations of individuals, as well as of the factors involved in the effectiveness of health care activities, particularly of the professionals proper, make it possible to anticipate a boom in Qualitative Research in fields such as Public Health and Health Service Research. Such an increase should go hand in hand with a progressive improvement in the quality of the outcomes of research, to which end tools for assessing said quality are required. However, the epistemological implications of the qualitative focus contribute to the setting of the bounds of these tools having been a source of controversy at both the conceptual level as well as with regard to the methods and techniques to be employed, although without hardly any involvement on the part of the health sciences in our country.

This article provides a brief review of the main points of reference of said debate and, after stressing the importance of the theoretical development and of precision in practice, as well as the function of the guides with regard thereto, the epistemological adaptation, relevance, validity and reflexivity as possible basic criteria for the assessment of the quality of Qualitative Research are proposed.

Keywords: Qualitative research. Methodology. Quality assessment. Epistemology.

INTRODUCCIÓN

Cantidad y calidad en la Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa (IC) ha dejado de ser desde hace ya tiempo una metodología casi exclusiva de disciplinas como la sociología, la psicología o la antropología,

Correspondencia:
Carlos Calderón
Centro de Salud de Alza
Paseo de Larratxo, s/n
20017 San Sebastián
Correo electrónico: ccalderon@apge.osakidetza.net

constatándose cada vez más su presencia en estudios relacionados con la salud, lo que se refleja en publicaciones, seminarios y congresos, considerados como exponentes típicos de la difusión científica en medicina y enfermería. En el ámbito concreto de la Salud Pública las razones a favor de la incorporación de la metodología cualitativa como complemento necesario de los métodos estadístico-epidemiológicos tradicionales, han sido argumentadas por diferentes autores durante la pasada década, tanto fuera como dentro de nuestro país¹⁻³ aún persistiendo, comparativamente, una menor tradición en nuestro caso respecto de otras áreas, como la anglosajona o la latinoamericana. De cara al futuro, y de forma resumida, cabría apuntar al menos tres factores que justificarían una esperable tendencia al crecimiento de la Investigación Cualitativa en Salud (ICS) en terrenos como la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud.

Por un lado, la importancia de evaluar las necesidades de salud de los individuos desde una perspectiva más integral y dinámica requiere profundizar en el conocimiento del sustrato socio-cultural y de los valores como condicionantes esenciales, tanto de su presente como de sus expectativas respecto de lo que debería ser una «vida sana» y «bien atendida» en los diferentes momentos de su existencia. No es casual, en este sentido, que en su día fuera la problemática del Sida la que generara los primeros trabajos cualitativos en salud entre nosotros⁴, y que en la actualidad sean las enfermedades crónicas, el cáncer, la calidad de vida relacionada con la salud o la atención al anciano, algunos de los principales temas cuyo estudio y evaluación reclaman el concurso de la ICS⁵⁻⁷.

En segundo lugar, la «descontextualización controlada» en que tiene lugar la gran mayoría de los estudios experimentales, relativiza forzosamente el conocimiento de la efectividad de las acciones en salud, siendo preciso prolongar su seguimiento evaluativo hasta que éstas tienen lugar con personas «recontextualizadas» en su medio habitual.

Es decir, en realidades concretas donde variables como la edad y el género recobran su verdadero significado, donde las pluripatologías son la norma, y donde el transcurso de la enfermedad tiene lugar en el entramado de las interrelaciones humanas, tanto sanitarias como no sanitarias. De ahí los cada vez más frecuentes llamamientos a investigar la «evidencia» que representa la complejidad de lo real como complemento imprescindible de los resultados del ensayo clínico o el meta-análisis⁸⁻¹⁰.

Y por último, resulta obvio que las repercusiones del contexto social y cultural afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tiñen el quehacer de los profesionales sanitarios, condicionando su visión de la asistencia, de su profesión, de sus vínculos con otros profesionales y otros estamentos, de su papel en el sistema sanitario y, por supuesto, de la justificación y el sentido que para ellos tienen tanto la investigación como la propia ciencia. Si la variabilidad en la práctica profesional ha sido y es uno de los elementos que con más fuerza ha contribuido a impulsar el diseño de estándares y criterios de calidad basados en el referente de una deseada «evidencia científica», no es menos cierto que cualquier intento por mejorar dicha práctica conlleva la necesidad de investigar e interpretar los comportamientos y los discursos que la sustentan¹¹⁻¹⁴.

Ante dichas perspectivas de auge de la ICS resulta inevitable preguntarse no sólo por la cantidad sino también por la calidad de la producción investigadora. De modo similar a lo que ocurre con las investigaciones de carácter cuantitativo, el rigor y la calidad en general de los estudios cualitativos en salud presenta una gran variabilidad, coexistiendo importantes aportaciones junto a otras notablemente deficientes. Sin embargo en este caso la utilización de unos determinados estándares de referencia, lejos de ser algo establecido, constituye un tema abierto, objeto de constantes y pluridisciplinarias discusiones a lo largo de la pasada década,

especialmente en el medio anglosajón, y que afecta, como se verá a continuación, tanto a los niveles más técnicos o procedimentales como sobre todo a los aspectos teórico-metodológicos específicos de la ICS.

¿Es posible la definición de criterios de calidad en la ICS?

Como es sabido, la IC en su conjunto representa no solo la utilización de una serie de procedimientos propios en las diferentes fases del proceso de investigación, sino sobre todo un enfoque epistemológico diferente del que tradicionalmente ha caracterizado al conocimiento basado en la cuantificación y en la desagregación analítica del objeto de estudio. Desde la perspectiva cualitativa los fenómenos son estudiados en su contexto, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. El foco de atención se dirige por tanto a la multidimensionalidad propia de la realidad social, asumiendo el carácter dinámico e histórico de dicha realidad, así como a la intervención no-neutra de los valores y las motivaciones, tanto en los individuos y fenómenos objeto de estudio como en el propio investigador¹⁵⁻¹⁷.

El profesional de la salud encuentra una serie de trabas en su acercamiento a la ICS sobre todo como consecuencia de tratarse de una metodología en general desconocida y cuyo desarrollo ha tenido lugar principalmente en el ámbito de las ciencias sociales¹⁸. Pero además, en el caso del investigador sanitario, habituado a desenvolverse en la perspectiva biopositivista del conocimiento, la consideración de la ICS como un enfoque epistemológico diferenciado supone al menos un doble reto. Por un lado le obliga a relativizar el carácter «único» y «objetivo» de la versión del conocimiento científico importado de las ciencias naturales y a valorar el enriquecimiento que supone para la labor investigadora la opción por

el pluralismo cognitivo y metodológico^{19;20}. Y por otro, le lleva a plantearse la evaluación de dicha labor de forma más integradora, es decir, examinando tanto el rigor de lo procedimental, como el grado de adecuación del enfoque teórico, la pertinencia y justificación del tipo de pregunta de investigación a la que responder y la aplicabilidad de sus resultados²¹.

Las dificultades, sin embargo, no provienen ni se agotan únicamente en las peculiaridades epistemológicas y metodológicas que han caracterizado tradicionalmente a los saberes biomédicos. En la vertiente de las ciencias sociales, la IC configura un terreno de llamativa heterogeneidad, tanto en función de las diferentes corrientes académicas y disciplinarias de referencia (principalmente filosóficas, sociológicas y antropológicas), como del abanico de posturas existente respecto del modo de acceder al conocimiento de la realidad social, de su carácter más o menos objetivable y, en consecuencia, de la posibilidad/imposibilidad de ser conocida.

Dicha heterogeneidad viene en gran medida confirmada por la disparidad resultante en los numerosos intentos de ordenarla^{15;22-25}, lo cual indudablemente condiciona el establecimiento de criterios de evaluación sobre la calidad de la propia IC. De hecho, la bibliografía sanitaria se ha hecho eco en repetidas ocasiones del debate entre los diferentes planteamientos teóricos existentes incluso respecto de la posibilidad de avanzar por dicho camino²⁶⁻³¹, siendo Murphy y cols.³² y Ryan y cols.³³, en ambos casos desde el Programa de Evaluación de Tecnologías Sanitarias británico, quienes, de forma más sintética, han resumido las principales posturas acerca del tema. A partir de dichos resúmenes se distinguirían cuatro posibles propuestas:

a) *Cada proyecto de investigación obedece a una perspectiva teórico-metodológica única y por lo tanto no es posible establecer ningún criterio de evaluación.* Dicho

planteamiento, radical en su anti-realismo y próximo por tanto a las corrientes filosóficas social-constructivistas y postmodernistas difícilmente encajaría con el innegable acervo científico acumulado en el campo de la salud, ni con la correspondencia existente en la práctica entre la calidad de los conocimientos sanitarios y su mejor o peor aplicación, y los mejores o peores resultados en salud.

b) *La labor de investigación puede y debe ser evaluada, pero conforme a criterios diferenciados en función del tipo de enfoque o paradigma (cuantitativo o cualitativo) utilizado.* En torno a esta postura se han situado gran parte de los investigadores cualitativos aunque con marcadas diferencias entre unos y otros. La propuesta de Lincoln y Guba³⁴ en base a los criterios de **credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y confirmabilidad**, es la más conocida en nuestro medio, y como tal ha sido previamente expuesta en el ámbito de la Atención Primaria¹⁸. Tanto en este caso como en el de su posterior propuesta acerca de las diferentes facetas del criterio de **autenticidad**³⁵, se partiría de un alejamiento paradigmático respecto de las investigaciones cuantitativas que impediría la discusión en común sobre posibles criterios evaluativos.

c) *En todos los casos es posible evaluar la labor de investigación conforme a los mismos o muy similares criterios (principalmente fiabilidad y validez interna y externa) aunque adaptados a las peculiaridades de cada enfoque.* También en este caso se advierte la variabilidad entre los distintos autores, si bien el énfasis en la posible coincidencia de inquietudes forzaría a un desarrollo también compartido de los criterios de evaluación que no se corresponde de hecho con las marcadas diferencias que tienen lugar tanto en el diseño como en el propio proceso de investigación entre los estudios cuantitativos y cualitativos, como consecuencia de sus diferencias tanto metodológicas como epistemológicas.

d) Y en cuarto lugar, Ryan y cols sitúan la alternativa de optar por «**guías**» o «**checklists**» orientadas a evaluar el proceso de investigación, mientras que Murphy y cols. recogen las propuestas de autores como Hammersley³⁶ que *aceptando la importancia de contar con criterios de evaluación, critican la utilización de los criterios convencionales en cuanto a su traslado mimético al ámbito de lo cualitativo*, considerando prioritario definir la finalidad de la investigación para poder así valorar su **relevancia**, la cual junto con la **validez** —entendida como el grado de fidelidad respecto del fenómeno investigado— constituirían los dos criterios fundamentales a ser tenidos en cuenta en la necesaria evaluación de la ICS.

Como se puede deducir de este intento de aproximación parcial al debate sobre la evaluación de la ICS, el panorama que se dibuja es sin duda complejo, ya que tal y como se avanzaba al comienzo, en él intervienen elementos de debate que tienen que ver no sólo con la metodología de la investigación, sino también con los niveles epistemológicos e incluso ontológicos^{37,38}. Dicha complejidad, que sin duda puede revertir en un enriquecimiento de la labor investigadora, conlleva sin embargo el riesgo de paralizar el avance hacia una concreción de referentes de evaluación que consideramos imprescindible para la mejora de la producción en ICS en general y para su desarrollo futuro en campos como la Salud Pública o la Investigación de Servicios de Salud.

Teoría, guías y criterios de mejora de la calidad en la ICS

La importancia de la teoría

La primera consideración en la línea de favorecer dicho avance tiene que ver precisamente con las posibilidades de crecimiento simbiótico que, para la investigación en general y para la ICS en particular, supone la oportunidad de interacción entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud. En

general, —y lo tratado previamente puede servir de ejemplo— podría afirmarse que así como las primeras cuentan con una mayor tradición de debate teórico, las segundas se sitúan más próximas a los constantes requerimientos de carácter práctico que tienen lugar en el campo de la salud y la enfermedad. Dichos requerimientos han provocado y provocan con gran frecuencia un excesivo practicismo en el quehacer sanitario que favorece la tendencia a adherirse a lo protocolizado sin cuestionarse el por qué o el para qué de las actividades que se llevan a cabo, sean éstas asistenciales, de gestión o investigadoras. En este sentido, la comunicación con perspectivas diferentes del conocimiento debería favorecer el desarrollo de iniciativas orientadas no sólo a aplicar sino también a crear y elaborar teoría, así como a incorporar el «hábito deliberativo»³⁹ como componente necesario de la discusión científica.

Pero a su vez, esa llamada permanente a actuar que los múltiples y complejos problemas de salud reclaman, puede constituir una eficaz ayuda para corregir los excesos especulativos, los lenguajes inaccesibles y el alejamiento de la realidad, que también con frecuencia se perciben en la producción investigadora procedente de las denominadas humanidades. Desde este punto de vista habría que favorecer los puntos de encuentro, reconociendo desde las diferentes disciplinas la posibilidad y necesidad de compartir inquietudes en lo que Minayo denomina como «desafío del conocimiento»⁴⁰ y de complementar enfoques en la práctica de la investigación. A pesar de que en la realidad las relaciones de interdependencia entre los niveles de lo ontológico, lo epistemológico y lo metodológico distan mucho de ser lineales, y de rehuir en este caso la fácil tendencia al encasillamiento, la explicitación y discusión acerca del marco teórico del que se parte en cada circunstancia constituyen requisitos fundamentales de cara a la mejor comprensión y al ordenamiento del debate. En ese sentido, la perspectiva integradora y abierta que representa el «sutil realismo»

(*subtle realism*) propuesto por Hammersley³⁶ y referido, entre otros, por Murphy y cols.³², y Altheide y Johnson⁴¹, así como los enfoques definidos en nuestro país como crítico-estructurales por Ibáñez⁴² y desarrollados por autores como Ortí⁴³ y Conde⁴⁴, constituyen sugerentes opciones de partida.

La función de las «guías»

Si la necesidad de ir desarrollando en el contexto de la salud un acervo teórico metodológico que enriquezca el trabajo de investigación y la llamada a reivindicar el papel de la teoría en general era el motivo de la primera reflexión, la segunda pretende hacer hincapié precisamente en la importancia del componente más práctico de la labor investigadora.

La coherencia epistemológica, a la que más adelante consideraremos como el primer requisito de calidad de la ICS, no puede ni debe ir reñida con el rigor en el desarrollo práctico del trabajo de investigación. Algunas de las revisiones llevadas a cabo sobre la producción cualitativa en salud desde la perspectiva de lo procedimental han dejado constancia de importantes carencias de consistencia y de rigor⁴⁵⁻⁴⁷. De ahí que no resulte extraño el que la elaboración de «guías» o listados de requisitos de calidad haya respondido en ocasiones a la demanda por parte de los comités editoriales para contar con «filtros» eficaces ante la oferta de trabajos de factura muy desigual para su publicación⁴⁸⁻⁵⁰. Las aportaciones en este sentido han sido múltiples y la tendencia a la mayor sistematización en su elaboración se ha visto reforzada por la influencia de la Medicina basada en la evidencia (MBE) y en las propuestas de lectura crítica de la literatura biomédica⁵¹⁻⁵³.

Por su propia razón de ser, las «guías» o listados siguen un ordenamiento del proceso que, en general, incluyen con mayor o menor detalle aspectos de importancia a no olvidar en cada una de las fases de la investi-

gación (justificación, recogida de la información, presentación y análisis de los resultados, discusión y elaboración y difusión del informe final). Dichas cuestiones, que sin duda resultan de gran utilidad en la medida en que se consideren integradas en el enfoque y en los criterios globales de la evaluación, pueden a su vez convertirse en un sucedáneo del rigor si se reducen a una mera enumeración de técnicas⁵⁴. Así por ejemplo, si bien es cierto que en la gran mayoría de las guías, desde las más sencillas a las más detalladas, es posible advertir una llamada a no perder de vista la necesidad de justificar el por qué del enfoque cualitativo en el caso concreto que se investiga, no lo es menos que con frecuencia dicha necesidad se interpreta en la práctica como un requisito más, comparable por ejemplo a las recomendaciones relativas al muestreo o a la presentación de los datos, sin el suficiente énfasis en los requisitos epistemológicos de la investigación⁵⁵⁻⁵⁷. En este sentido cabría asimismo señalar al menos dos aspectos a tener en cuenta. En primer lugar no se debería olvidar que además de la coherencia que ha de observarse respecto de la naturaleza y el enfoque de la pregunta de investigación, el proceso de la IC se caracteriza por la interacción que tiene lugar entre sus diferentes momentos o fases, siendo precisamente dicha interacción o circularidad¹⁸ una de las señas de identidad a explorar en la labor evaluadora. Y en segundo lugar, resulta imprescindible diferenciar entre lo que son las técnicas, procedimientos, e incluso conceptos, que pueden ayudarnos al mejor desarrollo de la investigación en cada una de sus fases (muestreo intencional, «saturación», revisión por los participantes o «member checking», triangulación, etc.), y lo que serían los criterios globales de evaluación a los cuales en última instancia se deben y ante los que ha de justificarse su aplicación.

Propuesta de criterios de evaluación

A partir de los planteamientos previamente expuestos y a modo de aportación al de-

bate, se expone a continuación una propuesta de selección de cuatro posibles criterios básicos de referencia en la evaluación de la calidad de la ICS. Muy probablemente su explicación se ha de ver afectada en este caso, entre otras limitaciones, por la necesaria brevedad del texto, pero además, y de cara a su aplicación en la práctica, deben tenerse en cuenta tanto su comportamiento dinámico, en el sentido de que han de ser explorados en todas y cada una de las fases del trabajo de investigación, como la interrelación que, como se verá a continuación, tiene lugar entre los propios criterios, sustentándose entre sí en su función de aportar calidad y rigor a la ICS.

El primero, y sobre el que quizás no sea necesario insistir, ya que ha sido comentado repetidamente a lo largo del texto, es la **adecuación epistemológica**. Dicha adecuación del trabajo de investigación respecto del enfoque cualitativo por el que se opta ha de quedar reflejada a distintos niveles: en la definición de la pregunta y en la exposición de las facetas del fenómeno en cuestión que se pretenden investigar; en la coherencia y el modo de desarrollo general de la investigación; y, por supuesto, en su correspondencia con los presupuestos teóricos manifestados por el investigador, tanto en general como respecto del encuadramiento previo del objeto de estudio. ¿El tipo de investigación se adecua a la pregunta objeto de estudio?, ¿contribuye la investigación a un mejor conocimiento de los significados subjetivos, de las actuaciones y del contexto en que se desenvuelven los individuos estudiados?, son algunas de las posibles preguntas que habrían de ser formuladas por tanto desde esta perspectiva.

También se ha hecho referencia previamente al que se propone como segundo criterio: la **relevancia**. Su justificación es posiblemente más conocida por su mayor difusión en el ámbito de lo sanitario^{32,58}. La valoración de la relevancia se plantea principalmente en relación a la justificación y repercusiones que el trabajo de investiga-

ción conlleva de cara a un mejor conocimiento del fenómeno en cuestión, como sobre todo respecto de la práctica de los sujetos a quienes la investigación va dirigida. Para ello han de quedar explícitas la finalidad de la investigación y la descripción de la situación de partida, así como las nuevas vías de estudio que surgen como consecuencia de la misma. Pero además, la relevancia representa la importancia de los componentes de «descubrimiento» y de «creación» teórica como justificadores en última instancia de la investigación en general y de la ICS en particular. También en el campo de la relevancia habrían de tenerse en cuenta los efectos que la investigación genera en los propios participantes —especialmente valorados desde las corrientes de investigación-acción—, el conocimiento de las peculiaridades y expectativas de las audiencias a quienes se quiere llegar, y la no-neutralidad por parte del investigador en la priorización y selección de los objetivos y en la finalidad real de la labor investigadora.

La **validez** representa el tercero de los criterios de la presente propuesta. A propósito de su justificación resulta especialmente oportuno el señalamiento de Hammersley en el sentido de distinguir entre la denominación de un determinado criterio y sus posibles diferentes significados³⁶. De ahí que coincidamos en la no necesidad de modificar dicho término por el hecho de que sea utilizado tradicionalmente en las investigaciones cuantitativas, sino que, en todo caso, de lo que se trataría es de hacer corresponder su contenido con las características del enfoque cualitativo sin temor a compartir la legítima preocupación del quehacer científico en cuanto a preservar la mayor fidelidad posible respecto del comportamiento del fenómeno en la realidad. En este sentido la respuesta al reto de la representatividad, validez externa o generalización de los resultados no va a tener lugar en claves de probabilidad estadística, sino de pertinencia e interpretatividad. Así, el inevitable proceso de selección que tiene lugar tanto en la recogida de información como en el análisis, va a

estar dirigido por la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables desde el punto de vista lógico y transferibles en función de las circunstancias contextuales en que la investigación se lleva a cabo. En consecuencia, la búsqueda de la explicación pertinente habitualmente no es aleatoria, sino que de modo análogo a lo que ocurre con la buena biopsia, ésta será el resultado de una estrategia de localización previa cuya validez habrá de ser evaluada en función tanto del diseño de la estrategia como de la naturaleza de los resultados.

También en este caso la preocupación por la validez se refleja en preguntas y recomendaciones relativas tanto al muestreo como al análisis en la práctica totalidad de las guías referidas anteriormente, y de nuevo insistimos en la importancia de su utilización razonada, sin olvidar además que a diferencia de lo que ocurre en el caso de la biopsia, la intervención por parte del investigador no se limita en este caso al seguimiento rígido de determinadas pautas protocolizadas de antemano, ni el resultado de la selección es un objeto inerte, por lo que la relación resultante entre ambos será necesariamente flexible, abierta y de sentido bidireccional.

Finalmente, y en gran medida por la significación que comporta para la ICS la interacción constante entre investigador y fenómeno investigado, coincidimos con autores como Malterud⁵⁹ en la conveniencia de incluir la **reflexividad** en la categoría de criterio en la evaluación de la calidad de la investigación cualitativa. Aún reconociendo la presencia del componente de interpretación en todo tipo de conocimiento e investigación humanos, las características de la ICS requieren que el investigador sea particularmente consciente de la influencia que su formación de origen, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio, ejercen sobre el proceso y el resultado de la investigación. En este sentido, el criterio de reflexividad representa el esfuerzo no ya por evitar el efecto del investigador sobre el objeto de estu-

dio, sino por reconocerlo y así posibilitar que sea tenido en cuenta tanto por él como por los destinatarios del trabajo de investigación. Los sesgos a prevenir desde esta perspectiva procederían por tanto, más de la no explicitación de las preconcepciones del investigador que de la inevitable presencia de las mismas.

Tal y como ocurría con el resto de los criterios, en este caso el ejercicio —y por lo tanto la evaluación— de la reflexividad en cuanto conciencia autocrítica por parte del investigador, tiene lugar de modo continuado a lo largo de las diferentes fases de la investigación, desde la misma selección de la pregunta hasta el cómo y dónde difundir los resultados del estudio. De hecho, procedimientos de mejora de la validez, como la búsqueda de casos negativos, o el intercambio de aproximaciones al objeto de estudio entre diferentes investigadores («triangulación de investigadores»), precisarán de la práctica de la reflexividad para que su aplicación resulte efectiva de cara a obtener una mejor comprensión del fenómeno en estudio.

Por último, en la medida en que al investigador no se le oculta, sino que se le muestra, resulta más factible el reconocimiento y la evaluación de la impronta de su sensibilidad, creatividad y capacitación (*investigator responsiveness*)⁶⁰ en la calidad final de la investigación, favoreciéndose asimismo la sustitución de la pretendida neutralidad de la actividad investigadora por el conocimiento y la discusión de sus aspectos éticos por parte de los lectores y las audiencias⁴¹ como componente cada vez más necesario en la evaluación de su calidad.

AGRADECIMIENTOS

El autor desea mostrar su agradecimiento a los Dres. María José Fernández de Sanmamed y Rafael Rotaache del Campo, médicos de familia de los Centros de Salud de Horta (Barcelona) y Alza (Donostia) respectiva-

mente, por sus comentarios y aportaciones al presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 145-9.
2. Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approaches: subjects and method in change. *Eur J Public Health* 1997; 7: 357-63.
3. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. *Revisión en Salud Pública* 1997; 5: 175-93.
4. Conde F. Investigación sobre la campaña de publicidad «No piques». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el Sida; 1989.
5. Wensing M, Grol R, Van Montfort P, Smits A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Quality in Health Care* 1996; 5: 73-80.
6. Calderón C, Sanz Jaca JP, Garmendia G, Cátedra A. Calidad percibida en el proceso asistencial por parte de pacientes prostatectomizados por cáncer. Resultados de una investigación cualitativa. *Arch Esp Urol* 2001; 54: 109-21.
7. Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 323: 708.
8. Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ. *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage, 2000.
9. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 1998; 316: 1230-2.
10. Calderón C. Investigar en atención primaria en tiempos de «evidencias»: ¿para qué la investigación cualitativa? *Aten Primaria* 2001; 28. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria.: 195-6.
11. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001; 323.
12. Gray RW, Woodward NJ, Carter YH. Barriers to the development of collaborative research in ge-

- neral practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 221-2.
13. Marshall MN. Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities. *BMJ* 1999; 319: 164-7.
 14. Prieto MA, March JC, Gutiérrez G, Carmona G, Equipo de Evaluación del PSMI. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Aten Primaria* 1998; 22: 220-6.
 15. Denzin NK, Lincoln YS. Entering the Field of Qualitative Research. En Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 1-17.
 16. Ortí A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1999. p. 87-95.
 17. Conde F. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: Procesos de insitucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. En Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Método y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* Madrid: Síntesis; 1999. p. 97-119.
 18. Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación Cualitativa en Atención Primaria. En Zurro AM, Cano JF. *Atención Primaria*. Harcourt International, 2002 (Pendiente de publicación).
 19. Beltrán M. Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social. En García F, Ibáñez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial SA; 1986. p. 17-29.
 20. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397-400.
 21. Ratcliffe JW, González del Valle A. El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual. In Denman CA, Haro JA, eds. *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo. Sonora: El Colegio de Sonora; 2000. p. 57-111.
 22. Mercado FJ, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. *Rev Universidad de Guadalajara* 2000; 17: 19-30.
 23. Morse JM. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
 24. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe; 1996.
 25. Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 496-502.
 26. Chapple A, Rogers A. Explicit guidelines for qualitative research: a step in the right direction, a defence of the 'soft' option, or a form of sociological imperialism? *Fam Pract* 1998; 15: 556-61.
 27. Poses RM, Levitt NJ. Qualitative research in health care: Antirealism is an excuse for sloppy work. *BMJ* 2002; 320: 1729.
 28. Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001; 322: 1115-7.
 29. Williams B. Longer Checklists or Reflexivity? *BMJ* 2001; Rapid Responses for Barbour., <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1115#responses>
 30. Power R. Never mind the tail, check out the dog. *BMJ* 2001; Rapid Responses for Barbour., <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1115#responses>
 31. Van Teijlingen E. The need for checklists. *BMJ* 2001; Rapid Responses for Barbour., <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1115#responses>.
 32. Murphy, E., Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, and Watson, P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assessment* 1998; 2(16).
 33. Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, Van Teijlingen E, Russell, EM, Napper M and Robb CM. Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technol Assessment* 2001; 5(5).
 34. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage; 1985.
 35. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage; 1989.
 36. Hammersley M. *What's Wrong with Ethnography?* London and New York: Routledge; 1992.
 37. Devers KJ. How Will We Know «Good» Qualitative Research When We See It? Beginning the Dialogue in Health Services Research. *Health Services Research* 1999; 34: 1153-88.

38. Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and Standards for the Sistematic Review of Qualitative Literature in Health Services Research. *QHR* 1998; 8: 341-51.
39. Calderón C. Números y narraciones en investigaciones de salud. *Bitarte. Revista cuatrimestral de humanidades* 2001; 24: 61-9.
40. de Souza Minayo MC. *El Desafío del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
41. Altheide DL, Johnson JM. Criteria for Assessing Interpretative Validity in Qualitative Research. In Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 485-99.
42. Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en la perspectiva estructural. In García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 31-65.
43. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo. In García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 153-85.
44. Conde F. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis SA; 1995. p. 53-68.
45. Hoddinott P, Pill R. Qualitative research interviewing by general practitioners. A personal view of the opportunities and pitfalls. *Fam Pract* 1997; 14: 307-12.
46. Fernández de Sanmamed MJ. ¿Dónde está el problema, en la realidad o en el método con que nos acercamos a su comprensión? La investigación cualitativa en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria: 196-7.
47. Calderón C, Berrade E, Etxeberria X, Rotaache R. Investigación Cualitativa en Atención Primaria (1991-1998): Métodos y ámbitos de aplicación. *Aten Primaria* 1998; 22 Supl 1 XVIII Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria: 394.
48. Blaxter M. Criteria for Qualitative Research. *Med Sociol News* 2000; 26: 34-7.
49. Rowan M, Huston P. Qualitative research articles: information for authors and peer reviewers. *CMAJ* 1997; 157: 1442-6.
50. Miller W, Crabtree B. «A Worksheet for Assessing Qualitative Articles» desarrollado para The Journal of Family Practice y citado por Frankel RM. *Standards of Qualitative Research*. In Crabtree BF, Miller WL, eds. *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1999. p. 333-46.
51. Critical Skills Appraisal Programme (CASP) and Health Care Libraries Unit (HCLU). Unit 3: Appraising and interpreting evidence. *Evidence-based Health Care: An open learning resource for health care practitioners*. Oxford: CASP and HCLU; 1999.
52. Giacomini MK, Cook DJ, for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature. XXIII. Qualitative Research in Health Care. A. Are the Results of the Study Valid? *JAMA* 2000; 284: 357-62.
53. Giacomini MK, Cook DJ, Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature: XXIII. Qualitative Research in Health Care B. What Are the Results and How Do They Help Me Care for My Patients? *JAMA* 2000; 284: 478-82.
54. Sandelowski M. Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Adv Nurs Sci* 1993; 16: 1-8.
55. Elder NC, Miller WL. Reading and Evaluating Qualitative Research Studies. *J Fam Pract* 1995; 41: 279-85.
56. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-12.
57. Kuzel AJ, Like RC. Standards of Trustworthiness for Qualitative Studies in Primary Care. In: Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, eds. *Primary care research: traditional and innovative approaches*, pp 138-58. Newbury Park CA: Sage, 1991.
58. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320: 50-2.
59. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483-8.
60. Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM* 2002; 1: Article 2-Retrieved from <http://www.ualberta.ca/ijqm>.

COLABORACIÓN ESPECIAL**DIEZ APORTACIONES DEL EMPLEO DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA EN UNA AUDITORÍA DE COMUNICACIÓN INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA****Izaskun Bilbao Acedos, Joan Carles March Cerdá, María Ángeles Prieto Rodríguez.**

Escuela Andaluza de Salud Pública

RESUMEN

La metodología cualitativa, propia en su origen de las ciencias sociales, se ha ido incorporando progresivamente a la investigación en salud, ante el escepticismo de muchos y la admiración de otros. Todavía hoy en día la validez y fiabilidad de las técnicas cualitativas de recogida y análisis de datos es cuestionada por una parte importante de los investigadores de ciencias de la salud y su utilización provoca la duda entre revisores y otros miembros de la comunidad científica. Este artículo presenta como medida fundamental de validez de la metodología cualitativa su utilización específica para el abordaje de determinados objetivos de investigación que le son propios y, haciéndose eco del número especial dedicado a esta metodología del número de *Health Services Research* de diciembre de 1999, recoge la aportación del uso de estas técnicas, desde un punto de vista de la complementariedad, en una Auditoría de Comunicación Interna realizada en los servicios de atención primaria de cuatro sistemas regionales de salud: Área II del Insalud, Servicio Vasco, Servicio Canario y Servicio Andaluz de Salud.

Palabras clave: Investigación cualitativa. Atención primaria de salud.

ABSTRACT**Ten Contributions of the Use of Qualitative Methodology in a Primary Care In-House Audit**

Qualitative methodology, originally belonging to the Social Sciences domain, has progressively incorporated to Health Research to the scepticism of many and the admiration of others. Nowadays, validity and fiability of these qualitative techniques is still questioned by a great amount of health researchers and their use provokes doubt among reviewers and other members of the scientific community. This article presents as a fundamental measure for the validity of the qualitative methodology its precise use to approach determinate research objectives specific to them and, echoing the extra issue of the *Health Services Research* on December 1999 on this methodology, gathers the contribution of the use of these techniques from a complementary point of view, in a Internal Communication Audit conducted in the Primary Care Services of four Regional Health Systems: Area II of the INSALUD (National Health Institute), Basque Health System, Canary Health System and Andalusian Health System.

Keywords: Qualitative Research. Primay health Care.

INTRODUCCIÓN

Desde hace ya años se desarrolla un fuerte debate en torno a la incorporación de la

metodología cualitativa al ámbito de la investigación en salud. Enfoques como el de la investigación cualitativa o técnicas de recogida de información como la entrevista abierta o en profundidad, el grupo focal o el de discusión o la técnica de grupo nominal, son empleadas cada vez más en el análisis y evaluación de servicios de salud, provocando a menudo reacciones que van desde el escepticismo al más duro ataque, de pronunciamientos a favor de una progresiva

Correspondencia:

Joan Carles March Cerdá
Escuela Andaluza de Salud Pública (ww.easp.es)
Campus Universitario de Cartuja
Apdo de correos 2.070
18080 Granada
Correo electrónico: jcmarch@easp.es.

utilización de los métodos cualitativos, afirmando su validez, enfatizando la validez interna de los resultados obtenidos frente a las acusaciones desde sectores ligados a la investigación biomédica de no ser más que un conjunto de anécdotas y opiniones personales, de escasa fiabilidad de sus resultados, de estar fuertemente contaminada de la subjetividad del investigador, de dificultad en ser reproducida por otros investigadores y de generalizar los resultados obtenidos de la defensa a ultranza a la devaluación y crítica por falta de legitimación científica^{1,2,3,4}.

La metodología cualitativa encuentra también detractores entre los evaluadores de las entidades financiadoras y entre los revisores de las revistas científicas⁵, que en ocasiones pueden llegar a frenar definitivamente la aplicación de técnicas cualitativas en los diseños de investigación; a todo ello se une la ausencia de un programa de formación en el enfoque cualitativo de la investigación o en técnicas cualitativas tanto en las facultades de medicina como en las escuelas de enfermería, que dificulta el acercamiento del personal sanitario a estos métodos de investigación. Sin embargo, al mismo tiempo, la metodología cualitativa logra atraer a un creciente número de adeptos, que promueve su utilización y defiende su validez⁶.

La cuestión es pues, ¿tiene cabida el empleo de la metodología cualitativa en el estudio de la salud?, ¿qué puede aportar? y ¿cuáles son los criterios que indican la oportunidad de su empleo?

Tal y como señala Ragin (1999)⁷, la distinción entre la metodología cualitativa y cuantitativa va mucho más allá de las diferentes técnicas de recogida de los datos que ambos enfoques metodológicos emplean. Mientras la metodología cuantitativa se enmarca dentro del paradigma positivista del conocimiento y plantea una concepción más estática de la investigación, con el investigador más alejado del objeto, basando el

proceso en mediciones, datos numéricos, con énfasis en resultados y con el objetivo último de descubrir relaciones causales entre los fenómenos de estudio, la *metodología cualitativa* se orienta al análisis de la construcción de significados desarrollados por los propios actores sociales, con una concepción más dinámica, en la que el investigador está inmerso en el contexto, y donde se recogen y analizan las opiniones, discursos, acciones y significados personales para comprenderlos en profundidad, con énfasis en el proceso⁸⁻¹⁴.

Esta diversidad de enfoques entre ambas metodologías determina la que será su distinción fundamental: el objeto de estudio y los objetivos de investigación a los que cada una de ellas se dirige. Este planteamiento supone aceptar que hay determinados objetos de investigación que requieren ser abordados por medio de una metodología cualitativa¹²⁻¹⁹ para lograr su más eficaz y válida cumplimentación, así como otros objetivos precisan un tratamiento cuantitativo.

La opción de combinar ambas metodologías puede producir sinergias de gran relevancia, que sugieren la contemplación de la metodología cuantitativa y cualitativa desde una perspectiva holística y de complementariedad y que permite desarrollar un nuevo paradigma, siempre que no se plantee desde un punto de vista de subsidiariedad o de métodos alternativos aplicables en determinadas circunstancias y en momentos particulares. Es evidente que la ciencia no es un conjunto de técnicas concretas^{20,21}, sino más bien una actitud o filosofía, una perspectiva o enfoque general, un modo de acercarse a la realidad, una cuestión dinámica en la que lo importante no es discutir sobre el método, sino seguir el desarrollo de la ciencia en su tarea de ir elaborando su objeto de estudio, mediante el análisis de las necesidades de personas y grupos desde perspectivas, enfoques y metodologías diversas. Cada realidad, por simple que parezca, siempre presenta múltiples facetas y es susceptible de

diversas interpretaciones. Está claro que las aproximaciones cualitativas y cuantitativas difieren en distintos aspectos, pero la realidad necesita un pluralismo metodológico, una relación cualitativo-cuantitativo, un principio de complementariedad, una revisión y transformación de los viejos paradigmas para buscar, como algunos comentan, una complementariedad por deficiencia¹⁵.

Este artículo explora las principales aportaciones que el uso de la metodología cualitativa en combinación con la cuantitativa consigue en la consecución de objetivos de una investigación sobre servicios de salud. La argumentación se ilustra con un ejemplo de aplicación de técnicas cualitativas en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria en cuatro servicios regionales de salud, recogiendo la contribución específica de dichas técnicas a los resultados de la investigación. La auditoría de comunicación interna es un estudio del clima comunicacional existente en la organización estudiada, con el objetivo de determinar cuáles son las deficiencias de la institución en esta materia y decidir, en consecuencia, qué tipo de mensajes hemos de transmitir y cuáles son los soportes más idóneos. Es una fase de un Plan de Comunicación, ya que éste debe partir siempre del conocimiento de la situación de partida concreta en cada institución, es decir, del estudio particular de la organización, determinando cuáles son las fortalezas y debilidades de la misma en comunicación, qué tipo de información le interesa al trabajador y qué sistemas o canales de comunicación utiliza o prefiere^{22,23}. La comunicación interna trata de «contar a la organización lo que la propia organización está haciendo, es decir, transmite la cultura de la empresa, su misión, su visión, sus valores, sus mensajes, sus objetivos generales, sus principales noticias»²², creando un clima de implicación e integración entre las personas que forman parte de la empresa al mejorar la cohesión entre la plantilla y, por consiguiente, su eficacia, junto a suscitar sentimientos de pertenencia y solidaridad frente

al exterior e incidir en la propia competitividad de las empresas modernas.

La contribución de la metodología cualitativa a la investigación en salud

En diciembre de 1999, en su número 34, la revista británica *Health Services Research* dedicó un suplemento especial a la utilización de la metodología cualitativa en la investigación de los servicios de salud, que bajo un editorial titulado «La necesidad urgente de métodos cualitativos en investigación de los servicios de salud»⁵, recogía las experiencias y conclusiones de prestigiosos investigadores en este ámbito que han apostado por la incorporación de las técnicas cualitativas en sus diseños de investigación.

El objeto de este volumen especial era, según se indica en el mismo²⁴, «hacer una contribución importante al desarrollo del conocimiento de la investigación cualitativa y a la habilidad de los investigadores», sensibilizando además sobre la necesidad de investigación cualitativa para la salud.

Atendiendo a una de las principales barreras que todavía subsisten para el pleno desarrollo de la metodología cualitativa en el campo de la salud (la duda que todavía muchos profesionales de la salud plantean hacia su validez, fiabilidad y objetividad), MQ Patton²⁵ presenta una guía práctica sobre cómo mejorar la calidad y credibilidad de la investigación cualitativa, en la que plantea como estrategia fundamental, junto a una formación disciplinada y preparación rigurosa de los investigadores que la apliquen, la comprensión de los puntos fuertes de los métodos cualitativos y de los tipos de preguntas empíricas para las que dichos métodos son apropiados, aspecto tratado igualmente por otros autores^{26,27}.

Diversos autores señalan que los métodos cualitativos son especialmente útiles en la construcción de marcos teóricos, o como plantea Hurley, en «La investigación cuali-

tativa y el profundo entendimiento de lo obvio»²⁷, abordan la importancia de la mejora del modelo conceptual. Ayudan a estudiar y explicar los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y en la enfermedad; a conocer cómo la población y los individuos interpretan la salud y la enfermedad y, por tanto, a poder explicar determinados comportamientos, miedos y rechazos, adhesión a personas o tratamientos, dudas y temores, satisfacción o insatisfacción...; o a estudiar las interacciones entre varias personas que tienen un papel relevante ante alguna necesidad de salud pública^{1,4,15,26,28,29}. Las técnicas cualitativas son un elemento esencial del proceso de dar sentido a cuestiones de estudio emergentes o altamente complejas; permiten por tanto tener un profundo y rico entendimiento del fenómeno en estudio, que puede contribuir al desarrollo de hipótesis. La utilización de técnicas cualitativas suele ser muy útil cuando existe una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto temático de estudio¹⁵.

Sofaer reseña la capacidad extraordinaria de estas técnicas para capturar la relatividad frente a la «absoluta naturaleza de la verdad», siendo esenciales en la comprensión de la complejidad, el dinamismo y el «todo multi-dimensional»²⁶. Asimismo, las técnicas cualitativas pueden ser utilizadas en la etapa inicial de un proyecto, para valorar las necesidades, evaluar la viabilidad de nuevos programas o descubrir lo que los clientes tienen en cuenta al tomar decisiones, junto a, durante el desarrollo del proyecto o tras la puesta en marcha del mismo, evaluar la marcha del programa, el producto o el servicio. Además, las técnicas cualitativas aportan lo que Hurley llama «traducción y vivificación» de los resultados, es decir, intensifican la comprensión del fenómeno, dando vida a los resultados. El trabajo cualitativo puede, en definitiva, ser particularmente valioso en la creación de un cuadro detallado y comprensivo de la realidad estudiada.

Todo ello permite a las personas hablar con su propia voz, (las técnicas cualitativas permiten a los sujetos del estudio, hablar y expresarse libre y espontáneamente; y esta información proporciona datos que, en muchas ocasiones, son de difícil acceso para el investigador o, incluso, imposible de obtener por otras vías) en vez de conformarse con las categorías y términos impuestos en un cuestionario estructurado, constituyendo además un aporte básico o fuente de información de primera mano para el desarrollo de instrumentos de recogida de información o sirviendo para identificar las dimensiones principales en un fenómeno dado. También, las técnicas cualitativas pueden utilizarse tras la realización de una encuesta, para profundizar en los porqués de algunos de los resultados encontrados¹⁵, el desarrollo del instrumento de recogida de datos cuantitativos y el aporte de una comprensión en profundidad del problema en estudio. Hurley debate en ese sentido sobre el valor de promover relaciones coexistentes y complementarias entre modelos cualitativos y cuantitativos, aunque muchos problemas sólo es conveniente tratarlos con métodos cualitativos debido a su complejidad y naturaleza.

Otra de las características propias de los métodos cualitativos es su flexibilidad; esta característica las convierte en apropiadas para procesos en desarrollo, cambiantes, haciéndolas muy propicias para investigaciones exploratorias así como para tratar eventos imprevistos^{26,27}.

La aplicación de técnicas cualitativas en una auditoría de Comunicación interna en Atención Primaria

En el diseño de esta investigación, desarrollada entre los años 2001 y 2002, se optó por la combinación de la metodología cualitativa y cuantitativa para abordar el diagnóstico de situación de la Comunicación Interna en los servicios de Atención Primaria del Servicio Vasco de Salud, Área II del Insalud y Servicios Andaluz y Canario de Salud, financiado

por el Fondo de Investigación Sanitaria. Se implementó una primera fase de la investigación (enero-junio de 2001) aplicando técnicas cualitativas, concretamente entrevistas semi-estructuradas a profesionales sanitarios y no sanitarios de centros de Atención Primaria de los cuatro Servicios de Salud. Tras el análisis de las transcripciones de las entrevistas por medio del análisis de contenido³⁰, a partir del guión de entrevista realizado, se procedió a la realización de una segunda fase de la investigación, (julio 2001- junio 2002), consistente en la aplicación de una encuesta de Cultura, Clima y Comunicación Interna (CCC) a una muestra representativa de profesionales de atención primaria (médicos y pediatras, personal de enfermería y personal no sanitario) en algunas áreas de cada Servicio Regional de Salud.

El análisis atento de los resultados obtenidos en la fase de investigación cualitativa nos revela cómo sin su inclusión, esta investigación no podría responder a muchas preguntas importantes del fenómeno en estudio.

Recogemos a continuación cuáles fueron las principales aportaciones que la aplicación de la metodología cualitativa hizo a nuestra investigación:

1. En primer lugar, la investigación cualitativa de este estudio nos aportó la función esencial de la metodología cualitativa utilizada con fines exploratorios^{26,27}, esto es, conocer el vocabulario de la población de estudio, indicándonos «cómo llaman a las cosas», «cómo lo dicen ellos». Esto ha sido fundamental para el diseño del cuestionario, ayudándonos a expresar las cuestiones en estudio con su propia terminología.

2. En segundo lugar, nos revela las dimensiones del fenómeno analizado presentes en la percepción del mismo de los sujetos en estudio. Es decir, nos indica en qué piensan los sujetos de estudio, qué es lo importante para ellos, cómo estructuran sus ideas, actitudes y opiniones en torno a la co-

municación interna todo lo cual es esencial para decidir qué dimensiones se incluyen en el cuestionario y cómo incluirlas. En este sentido, nos ha revelado la importancia que los profesionales dan a que todo el mundo se entere de las cosas o *que lleguen a todo el mundo*, es decir de la correcta cobertura de la información, Este tema aparece en el discurso de muchos de los entrevistados y suele aparecer al principio de la entrevista, es decir, ocupa un lugar relevante en su mente cuando piensan en comunicación sin ser necesario prácticamente ningún estímulo para que aflore.

La comunicación en estos momentos creo que es buena por eso, porque nos preocupamos de que todo el mundo esté enterado ¿no?

... dónde y qué y que se entere todo el mundo, porque claro me puedo enterar yo y mis compañeras, pero el resto de la casa o la que está de vacaciones... entonces, no me parece un sistema nada bueno

Hasta ahora nuestro equipo investigador consideraba como medidas de la calidad de la Comunicación Interna, y como tales las incluía en el cuestionario, la cantidad, claridad, formalización, periodicidad, credibilidad y puntualidad de la información. A partir de la investigación cualitativa, incorporamos este nuevo aspecto de la correcta cobertura de la información al cuestionario.

3. Debido a su planificación con fines exploratorios, en esta fase de la investigación se realizaron únicamente 19 entrevistas, de las cuales tan sólo una correspondió a un miembro del personal administrativo de un centro de Atención Primaria. Su percepción de la comunicación en su centro y especialmente con la dirección de su área resultó ser tan destacadamente positiva con respecto a la valoración del resto de los entrevistados, que nos llevó a plantearnos una nueva hipótesis para su posterior comprobación a través de métodos cuantitativos: que el personal administrativo tiene una mejor per-

cepción del funcionamiento de la Comunicación Interna en el sistema sanitario, debido a la mayor formalización de los canales de información con los que cuenta.

Luego la información pues es bastante correcta, quiero decir que nos llega más o menos, hombre, del uno al diez, pues a lo mejor puede ser un nueve, no? Pues que llega.

Es que la información llega, llega y algunas veces llega un poco justa de tiempo, en algunas ocasiones puntuales, pero vamos, yo no veo, yo no detecto ninguna anomalía en cuanto a la llegada de la información, llega muy puntual, (...) llega con bastante tiempo.

La comunicación que yo tengo desde luego con la gerencia, lo que concierne a mi estamento es muy buena, es bastante ágil y rápida...

4. La metodología cualitativa permite sobre todo captar actitudes y sentimientos generados por diversos aspectos que constituyen nuestro tema de estudio, la comunicación interna. Así por ejemplo, el modo en que los profesionales inician las entrevistas hablando de la comunicación como un elemento vital para la resolución de errores y conflictos y para la coordinación de tareas en el interior de las organizaciones, nos indica una actitud positiva de los profesionales hacia la comunicación.

Al ser la comunicación un instrumento de dirección cada vez más valorado en la mejora de la gestión de los recursos humanos de una institución^{31,32,33} y que los profesionales valoran las actuaciones encaminadas a mejorar la comunicación Interna, puesto que para ellos tiene sentido la apertura de vías y canales de comunicación (bien pudieran haber empezado diciendo «eso son estupideces que se inventa la dirección para engatusarnos», por ejemplo) y tienen confianza en la utilidad y eficacia de la comunicación, la implementación de políticas y estrategias de gestión será fácilmente compartida y apoyada por los pro-

fesionales. Esto tiene en nuestra opinión un gran interés porque indica la importancia de las medidas de comunicación interna frente a otras medidas de gestión que se desarrollan desde los equipos directivos, junto a la dirección que deben tener las mismas.

La captación de este tipo de sentimientos resulta prácticamente imposible, por no decir totalmente imposible, con un diseño cuantitativo.

5. Más concretamente, a través de este análisis cualitativo, hemos tenido ocasión de comprobar que el interés por desarrollar vías de comunicación informales, tales como charlas, cafés, convenciones, fiestas..., reside también en los propios profesionales, ya que ellos mismos señalan como carencia la inexistencia de este tipo de eventos e indican la riqueza de la información que se obtiene en un café al que también acuden directivos o mandos intermedios. Este aspecto sobre el cual existen experiencias fuera del ámbito sanitario^{34,35}, tenía pocas referencias en el campo de los servicios de salud.

... evidentemente el café, la hora del café en el Office y tal; yo creo que el hecho de poder tener espacio, relacionarte con los compañeros, por ejemplo, facilita, incluso puede estar el director tomándose el café o la subdirectora, y ahí hay mucha información, ¿no?

también promover las actividades fuera del centro, no?, las lúdicas o las excursiones que antes solíamos hacer mucho y es bueno, buscar alguna oportunidad para hacer una fiesta o algo.

Y es importante sobre todo que esto surja en el discurso espontáneo de los profesionales, no habiéndoseles sugerido por medio de ningún estímulo, como así lo hace la categorización del pensamiento a través de preguntas y de respuestas que implica la técnica de la encuesta.

6. La investigación cualitativa nos da los PORQUÉS de las cosas. Así, veníamos observando que el tablón de anuncios prácticamente nunca era señalado en los cuestionarios sobre comunicación interna como canal preferido para recibir la información^{32,36,37}. Si bien ya teníamos nuestras sospechas de que esto se debía al mal uso y mala gestión que se hace de los mismos, a través del análisis de las entrevistas realizadas hemos podido ver cómo los propios profesionales así lo perciben, hablando además positivamente del tablón como canal de comunicación interna en aquellos centros en los que se cuidan en el tablón, aspectos como ordenar por temas la colocación de la información. Es decir, la metodología cualitativa en este caso nos ha servido para otra de sus funciones claves: dotar de sentido la información que surge del análisis cuantitativo, pero que no puede ser explicada más que cediendo la palabra a los sujetos de estudio. Constituye este un buen ejemplo de los que Hurley denominaba «traducción y vivificación de los resultados»²⁷.

7. En esta misma línea de captar la valoración de los diferentes canales, encontramos la advertencia por parte de los profesionales de la rápida saturación de los canales escritos dirigidos a ellos enviados desde la dirección.

(notas internas, boletines...) hay el riesgo de que muchas caigan entre dos o tres papeles que han llegado, estás con los análisis... y puede que tal circular, vaya no sé dónde la he puesto, no me ha dado tiempo o sea, que cae en saco roto.

Es un tipo de información que muy difícilmente puede recogerse a través de un diseño cuantitativo.

8. Siguiendo con el análisis de los canales de comunicación, incluiríamos también como aportación del trabajo cualitativo la descripción que nos dan los profesionales que hablan del correo electrónico como ca-

nal de comunicación, cómo explican su preferencia por él:

pero el rollo tecnológico ha sido fundamental porque, desde luego, quien abre el correo no puede decir que no se ha enterado

el ordenador y encontrarte con los mensajes del día y puedes estar haciendo asistencia desde que entras hasta que sales

Nos indican por un lado que el correo electrónico, una vez que se familiarizan con él, puede ser un gran aliado del personal sanitario sin tradición de contacto con ordenadores en su trabajo y además nos están dando argumentos que pueden ser utilizados para facilitar la introducción del correo electrónico en lugares donde todavía no se haya hecho y exista rechazo al mismo.

9. Otro de los méritos que debemos atribuir al empleo de la metodología cualitativa en esta auditoría es la puesta de relieve de cómo la imposibilidad de contacto con la gerencia es una fuente de frustración que se traduce en actitudes de enfado e ira hacia la dirección y en una imagen muy negativa de la misma.

Yo opino que es que no saben lo que quieren, ese es el problema. Yo opino que es que no saben ni lo que quieren ni por donde se andan. Y hay muchas veces que quien tenía que sacar las castañas del fuego son la dirección y la estamos sacando los curritos

No ven que esa persona se toma el interés suficiente para solucionar sus problemas (...) lo que hace es llevar a una situación de incomodidad y de insatisfacción.

Estos sentimientos de ira y enfado serían imposibles de captar en un cuestionario, que tampoco permitiría observar la vinculación entre el fracaso de los entrevistados en sus intentos de comunicarse con la dirección y la generación de ideas tales como *yo opino que no saben ni lo que quieren ni por donde se andan y hay veces que quien tiene que sacar las castañas del fuego es la dirección y*

las estamos sacando los curritos o da la impresión de que elaboran unos programas que están pensados en el séptimo cielo. Esta generación de ira es además gratuita, podría intentar solventarse abriendo cauces de comunicación entre la dirección y los empleados, lo que muy posiblemente se traduciría en una imagen más positiva de la dirección y en una mejor aceptación de sus acciones^{32,39,40,41}. Es decir, el conocimiento de este tipo de aspectos de carácter emotivo y vivencial no es baladí, sino que puede permitir orientar acciones y mejoras de gran interés para la organización.

10. Finalmente, nos proporcionó el modo en que los propios profesionales llenan de contenido su solicitud de agilización de canales ascendentes, argumentándola y señalando cómo tienen esa necesidad, pero sobre todo para positivizar la comunicación de abajo a arriba, es decir, para poder contribuir con ideas, sugerencias concretas y específicas para su lugar concreto de trabajo y comentarios, que desean aportar y hacerlas llegar a las instancias decisoras.

Yo creo que los trabajadores tenemos muchas ideas de cómo se deberían de hacer las cosas, pero no se nos pregunta.

el buzón de sugerencias yo creo que es fundamental, o sea que efectivamente los trabajadores no hablen sólo para quejarse, porque es a lo que estamos acostumbrados, pero que después de quejarnos podamos emitir propuestas y que eso efectivamente se lleve a cabo o se intente al menos.

Este anhelo también hubiera sido imposible captarlo con un cuestionario, aunque en algunas empresas se hayan desarrollado experiencias interesantes en este sentido^{31,38}.

CONCLUSIÓN

Como hemos podido comprobar, todo lo que tenga que ver con sensaciones, sentidos, significados, sentimientos y organización del pensamiento, son aportaciones de la me-

todología cualitativa que la cuantitativa no puede sustituir.

Todo lo referente a vivencias internas, actitudes hacia algo, razones para cosas... debe recogerse a través de técnicas cualitativas, ya que no sólo resulta difícil introducir determinadas preguntas en un cuestionario, sino que además nunca podremos estar seguros de que no estamos sesgando las respuestas por el mero hecho de haberlas incluido. En las técnicas cualitativas, el hilo del pensamiento lo conduce el entrevistado, evitando así este tipo de sesgos.

A través de una metodología cuantitativa podemos pedir a los sujetos su opinión en torno a aspectos sobre los que nunca se habían parado a pensar e incluso aspectos que para ellos no tienen ninguna relevancia ni sentido⁴², pero en cualquier caso nos darán su opinión. Sin embargo podemos estar olvidando otros puntos que para los sujetos eran de gran interés vinculados al tema de estudio, pero que como investigadores no los hemos tenido en cuenta en nuestro instrumento de recogida de información, especialmente cuando se trata de cuestiones emergentes vinculadas a nuestra investigación que todavía no han sido detectadas y recogidas por la literatura científica. Esto es lo que se evita con el trabajo cualitativo, al utilizar un instrumento de recogida de información sumamente abierto.

De esta forma, el análisis cualitativo nos ofrece una información rica y en profundidad sobre cómo los actores sociales implicados en el fenómeno de estudio viven, entienden e interpretan tal fenómeno, lo cual nos ayuda a teorizar sobre el tema, a elaborar un buen instrumento de recogida de datos cuantitativos, además de enriquecer el conocimiento de la realidad, analizada por medio de matices y elementos interpretativos aportados por los procesos de interacción discursiva con los sujetos en estudio.

La utilización combinada de las metodologías cualitativas y cuantitativa abre una

vía de enriquecimiento del conocimiento de la realidad que no puede pasarse por alto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baum F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine* 1995; 40: 459-68.
2. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *British Medical Journal* 1995; 311: 109-12.
3. Prieto L. Más allá de los métodos cuantitativos y cualitativos: el método científico. *Revisiones en Salud Pública* 1997; 5: 195-199.
4. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *British Medical Journal* 1995; 311: 251-3.
5. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal* 1995; 311: 42-5.
6. La necesidad urgente de métodos cualitativos en investigación de los servicios de salud. *Health Services Research* 1999; 34; Part II.
7. Iñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 108-22
8. Ragin C. La distinción de la Investigación Cualitativa. *Health Services Research* 1999; 34 part II.
9. Ibáñez J. Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1985.
10. Ruiz J.I. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
11. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.
12. de Andrés J. El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria* 2000; 25: 94-7.
13. Murcia N, Jaramillo LG. La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. *Index de Enfermería* 2001; X.
14. Alonso L.E. La mirada cualitativa en Sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
15. March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13: 312-9.
16. Kahan PJ. Focus Groups as a tool for Policy Analysis. *Analysis of Social Issues and Public Policy* 2001: 129-146.
17. Ribor C, Fernández-Tenllado MA, García de León D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria* 2000; 25: 119-28.
18. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 103-11.
19. Santos MA. La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 103-8.
20. Beltrán M. Cinco vías de acceso a la realidad social. En García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza editorial; 1989.
21. Marshall C, Rossman G. How to conduct the study: designing the research. En *Designing qualitative research*. Maryland: Sage publications; 1989.
22. Westphalen MH, Piñuel JL. *La Dirección de Comunicación*. Madrid: Del Prado; 1993.
23. Pajares D, March JC, Gómez ME. Auditoría de comunicación interna de un hospital. *Gac Sanit* 1998; 12: 231-8.
24. Apreciación global al suplemento especial. Introducción al *Health Services Research* 1999; 34; Part II.
25. Quinn Patton M. Reforzando la calidad y credibilidad de la investigación en Servicios de Salud. *Health Services Research* 1999; 34; Part II.
26. Sofaer S. Métodos cualitativos: ¿qué son y por qué usarlos? *Health Services Research* 1999; 34; Part II.
27. Hurley E. R. La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. *Health Services Research* 1999; 34; Part II.
28. Conde F. La perspectiva metodológica cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En: Delgado JM, Gutiérrez J (Ed) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994.

29. Conde F. Un ensayo de la articulación desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa. REIS 1990; 51: 91-117.
30. Bardin L. Análisis de contenido. Madrid: Akal; 1986.
31. Barranco FJ. Planificación Estratégica de Recursos Humanos del Marketing Interno a la Planificación. Madrid: Pirámide; 1993.
32. Villafañe J. Imagen Positiva. Gestión Estratégica de la Imagen de las Empresas. Madrid: Pirámide; 1993.
33. Ramos E. La estrategia de comunicación en la empresa. Harvard Deusto Business Review 1995; 88-91.
34. Pinillos A. Comunicación interna, un paseo por el tiempo. Harvard Deusto Business Review 1995; 314: 48.
35. Young M.B. Los ocho principios de la comunicación eficaz. Harvard Deusto Business Review. 1995: 94-103.
36. Piñuel JL, Westphalen MH. El juego de la comunicación interna: la técnica. Madrid: Ediciones El Prado; 1993.
37. Castillo-Hermosa J, Bayón-Esteban MM, Arta-Arrue R. La Comunicación Interna. Bilbao: Deusto; 1996.
38. Peters T. Nuevas organizaciones en tiempos de caos. Bilbao: Deusto; 1995.
39. Saló N. Nuevas orientaciones en comunicación en las organizaciones actuales. Capital Humano 1995; 82: 52-62.
40. Amat D. El Marketing dentro del Hospital: su conexión con el Público Interno. Todo Hospital 1988; 47: 37-44.
41. Martí E. El Marketing Hospitalario desde el punto de vista Gerencial. Todo Hospital 1988; 47: 25-28.
42. Rojas A, Fernández JS, Pérez C. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Síntesis; 1998.

ORIGINAL

LA EVOLUCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES MADRILEÑAS, 1993-2000

Fernando Conde y Concha Gabriel

RESUMEN

Fundamentos: En 1993 se realizó una primera investigación entre las mujeres madrileñas. En el año 2000 se llevó a cabo una segunda con el objetivo de analizar la posible evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres y, en consecuencia, reorientar, si fuese necesario, los programas de salud definidos en 1993 en función de los nuevos resultados de la investigación. De esta forma, se pretendía analizar la posible evolución de los discursos, de las representaciones sociales sobre la salud que pudiera expresar entre 1993 y el 2000 cada uno de los cinco tipos encontrados en el 1993.

Métodos: La investigación cualitativa en el 2000 se basó en la realización de 10 grupos de discusión, definidos en función de las «tipologías» de mujeres que se habían construido en la investigación de 1993. La caracterización de los tipos se realizó en función de las distintas variables sociodemográficas y de rol que se habían expresado más importantes en 1993. El análisis de los discursos se tradujo en una forma gráfica, topológica para visualizar la citada evolución de las representaciones sociales.

Resultados: La investigación puso de manifiesto importantes cambios entre 1993 y el 2000. En el 2000 la citada perspectiva discursiva había evolucionado del rol de «ama de casa» al rol de «mujer trabajadora»; en el 2000 las representaciones sociales dominantes hacían hincapié en una dimensión más cercana al equilibrio personal en lo que el papel de la propia mujer, más allá de su familia, tiene mucha importancia; el ámbito de la preocupaciones también evolucionaba, pasando al estrés por la doble jornada laboral.

Conclusiones: El estudio permitió obtener conclusiones de tipo metodológico, vinculadas a la capacidad de la metodología cualitativa para hacer estudios comparativos y temporales, y conclusiones de carácter más pragmático, que permitieron reorientar determinados programas de salud orientados a las mujeres en una línea más cercana a sus preocupaciones.

Palabras clave: Investigación cualitativa. Salud de la mujer. Grupos de discusión.

Correspondencia:
Fernando Conde
Cimop
Sagasta, 28
28004 Madrid
Correo electrónico: fernandoc@retemail.es

ABSTRACT

The Evolution of the Social Representations Regarding Health of Women from Madrid, Spain, 1993-2000

Background: In 1993, initial research was conducted among the women in Madrid. In 2000, a second research was conducted for the purpose of analyzing the possible evolution of the social representations related to health among women and, if necessary, to therefore reorient the health programs set forth in 1993 in terms of the new results of the research. The aim was therefore to analyze the possible advancement of the opinions stated, of the health-related social representations which each one of the five types encountered in 1993 might express throughout the 1993-2000 period.

Methods: The qualitative research conducted in 2000 was based on the holding of 10 discussion groups defined according to the women's «typologies» which had been set out in the 1993 research. The types in question were characterized in terms of different sociodemographic variables and of the role which they had stated as most important in 1993. The analysis of the stated opinions was put into graphic and topological form in order to display the aforementioned trend in the social representations.

Result: This research revealed some major changes having taken place throughout the 1993-2000 period. The predominant stated opinion-related perspective had evolved out of the «housewife» role to the «working woman» role in 2000. The predominant social representations stressed a dimension more nearing a person balance in 2000, in which the role of women themselves, outside the bounds of their families, is of major importance. The scope of their concerns also evolved to a concern related to the stress involved in being a working woman plus a housewife.

Conclusions: This study made it possible to reach conclusions of a methodological type related to the ability of the qualitative methodology to make comparative, time-based studies and to conclusions of a more pragmatic type which afforded the possibility of changing the orientation of certain health programs aimed at women along a line more closely in keeping with their true concerns.

Keywords: Qualitative research. Women's health. Discussion groups.

INTRODUCCIÓN

En el año 1991, la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid inició un programa de investigaciones con el objetivo de construir un «Sistema de Indicadores Socioculturales sobre la Salud», tal como se desarrolla en estas mismas páginas en el artículo de M Gil Nebot¹. La gran mayoría de los indicadores de salud disponibles adoptan, como es sabido, la forma de tasas²⁻⁵ definidas y construidas por los profesionales y/o autoridades sanitarias, sin tener en cuenta las posibles concepciones de la salud que pudieran tener los distintos grupos sociales de una sociedad determinada. En algún caso, se ha tratado de definir algún nuevo tipo de indicadores denominados «blandos», que sofisticando técnicamente su proceso de construcción no modifican, sin embargo, la cuestión de fondo de la definición de los mismos⁶. El programa del «Sistema de Indicadores Socioculturales sobre la Salud» partía, sin embargo, del principio de que dicho sistema debía construirse a partir de lo que los grupos sociales, caracterizados como «biosocioestratos» en las bases teóricas del programa, pueden entender como «salud». Se planteó, por ello, la necesidad y la posibilidad de construir los «indicadores socioculturales» de una forma más abierta que la tradicional, partiendo de una aproximación cualitativa y tratando de complementar dicha aproximación con los resultados procedentes de la metodología cuantitativa.

El objetivo de todo ello era el de disponer de una herramienta «técnica» que facilitara la elaboración de políticas y estrategias de intervención en el ámbito de la salud pública y que, por tanto, posibilitara mejorar el diseño de los distintos programas de promoción de la salud que se venían realizando en la Comunidad de Madrid. Asimismo, se pretendía poder analizar la evolución en el tiempo de las concepciones sobre la salud de la sociedad madrileña, de modo que se pudiera ir renovando y actualizando el citado diseño de los programas de salud, en fun-

ción de la propia evolución de la sociedad a este respecto.

Para responder a esta demanda acudimos a la teoría de las representaciones sociales, como el marco teórico que nos parecía más adecuado para el planteamiento y desarrollo de la investigación propuesta^{7,8}, y a una línea de trabajo metodológica que descansaba en la articulación de las técnicas cualitativas y cuantitativas que habíamos tenido ocasión de proponer y desarrollar en años anteriores^{9,10}. Línea de trabajo que está explicitada en el primer volumen, informe mujer y salud¹¹, del conjunto de monografías que componen el desarrollo de este programa de investigaciones y que están, en su práctica totalidad, publicadas en la colección de Documentos Técnicos de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Madrid en los números 32, informe mujer y salud¹¹ en el 45, los jóvenes y la salud¹²; en el 47, los varones adultos y la salud¹³; en el 48, los niños de 6 a 12 años y la salud¹⁴; y en el número 50, los mayores y la salud^{15,16}.

Posteriormente, en el año 2000, se planteó la necesidad de actualizar el estudio de las mujeres y la salud en relación con la investigación pionera de 1993, de forma que se pudieran deducir las líneas de trabajo que se considerasen más interesantes a implementar como consecuencia de dicha evolución. De forma secundaria, se trataba de evaluar hasta qué punto los discursos de las mujeres producidos en la investigación cualitativa coincidían con el tipo de problemas de salud recogidos en la investigación clínica y en la investigación epidemiológica que, con otros instrumentos de medida, venía estudiando y analizando la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid (de esta segunda cuestión, no hacemos mención en este artículo).

La investigación de 1993 estaba compuesta de una fase cualitativa, centrada en la realización de 7 grupos de discusión, y de una posterior fase cuantitativa, basada en

una encuesta representativa a 1.299 mujeres madrileñas de 18 y más años¹ En el estudio del 2000, por distinto tipo de razones, de acordó realizar sólo la investigación cualitativa. Investigación cuyo planteamiento, desarrollo y resultados constituye la base de este artículo.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño de los grupos. En el año 1993, la realización de la investigación permitió configurar un conjunto de discursos sobre la salud que, posteriormente en el estudio cuantitativo, fueron utilizados como base para construir, mediante la utilización del denominado análisis clusters¹⁶, una tipología de mujeres madrileñas en función de las concepciones sobre la salud que hubieran evidenciado. Dicho análisis configuró cinco «tipos» de mujeres que denominamos como «mujeres con nociones biomédicas» sobre la salud, que agrupaba un 21,5% de la muestra, es decir, de mujeres que conciben la salud de una forma muy similar al discurso dominante en las instituciones sanitarias y que reduce prácticamente la salud a la ausencia de la «enfermedad» orgánica; «mujeres preocupadas por su salud» en el 20% de la muestra, es decir, mujeres que teniendo cierto tipo de problemas de salud, priorizan en sus discursos la preocupación por las enfermedades más allá de cualquier elaboración discursiva más general; «mujeres con nociones holísticas» en un 24,5% de la muestra, es decir, de mujeres que conciben la salud de una forma muy global e integral, casi como una forma de estar y de sentirse bien en la vida; «mujeres con nociones basadas en el equilibrio personal» con una representación del 17%, corresponde a las mujeres que entienden la salud como un proceso dinámico y flexible en el que los autocuidados ocupan un papel muy importante; por último, «mujeres con nociones basadas en el código del aguante» con otro 17% de la muestra, es decir, de mujeres que entienden la salud como posibilidad de hacer las tareas y actividades cotidianas, más allá

de la presencia o no de enfermedades y que, por la presión del entorno, no declaran el sentirse mal, con tal de seguir realizando dichas tareas.

En el año 2000, para poder permitir la comparación con los resultados de 1993, el diseño de los grupos de la investigación cualitativa planteada se fundamentó en la citada tipología de mujeres construida en 1993. El diseño de los grupos de una investigación cualitativa, como es sabido, no pretende reproducir una determinada situación demográfica, sino configurar un conjunto estructural de grupos que produzcan aquellos discursos que se consideren más relevantes con respecto al objeto de la investigación^{17,18}. Por ello tomamos como categorías del diseño de los grupos las variables y las situaciones de rol, de edad, de situación social y de actividad que en 1993 se habían manifestado como más decisivas, desde el punto de vista más estructural, para configurar los citados tipos (en el estudio cuantitativo) y producir sus respectivos discursos (en el estudio cualitativo). Con estas premisas, el diseño concreto de los grupos realizados fue el siguiente:

Reunión de Grupo n.º 1 (RG1). Mujeres de 25 a 32 años. Solteras y sin hijos. Activas en empresas de servicios con contratos temporales. Clase media y media baja. Fuenlabrada. Se realizó el 21 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos cercanos a los denominados «biomédico» y «equilibrio personal».

Reunión de Grupo n.º 2 (RG2). Mujeres de 27 a 35 años. Casadas o con pareja. La mitad con hijos y la otra mitad sin hijos. Activas. Ejecutivas de empresa, profesionales autónomas. Clases medias y medias altas Madrid. Se realizó el 7 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos cercanos a los denominados «biomédico» y «equilibrio personal».

Reunión de Grupo n.º 3 (RG3). Mujeres de 25 a 30 años. Solteras y sin hijos.

Estudiantes o en los primeros empleos. Clases medias altas. Madrid. Se realizó el 22 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos cercanos a los denominados «biomédico» y «equilibrio personal».

Reunión de Grupo n.º 4 (RG4). Mujeres de 30-40 años. Casadas y con hijos (1 ó 2). Ocupadas. Clases medias. Aranjuez. Se realizó el 28 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjera unos discursos próximos al «holístico» y al del «equilibrio personal».

Reunión de Grupo n.º 5 (RG5). Mujeres de 35 a 44 años. Casadas con hijos (1 ó 2). Activas en el sector industrial (textil, química...). Clases medias bajas. Alcalá de Henares. Se realizó el 14 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos próximos al «holístico» y al de «equilibrio personal».

Reunión de Grupo n.º 6 (RG6). Mujeres de 38-48 años. Casadas y con hijos, la mitad 1 ó 2, y la otra mitad 3 ó más. Activas (funcionarias, profesionales liberales...). Clases medias altas. Madrid. Se realizó el 13 de diciembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos próximos al «holístico» y al de «equilibrio personal».

Reunión de Grupo n.º 7 (RG7). Mujeres de 37 a 45 años. Casadas y con hijos, la mitad 1 ó 2, y la otra mitad 3 ó más. Amas de casa. Clases medias. Móstoles. Se realizó el 29 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos próximos al «holístico» y al del «código del aguante».

Reunión de Grupo n.º 8 (RG8). Mujeres de 55 a 65 años. Casadas y con hijos, la mitad 1 ó 2, y la otra mitad 3 ó más. Amas de casa. Clases medias y medias altas. Majadahonda. Se realizó el 8 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se produjeran unos discursos próximos al «holístico» y al de «preocupadas por la salud».

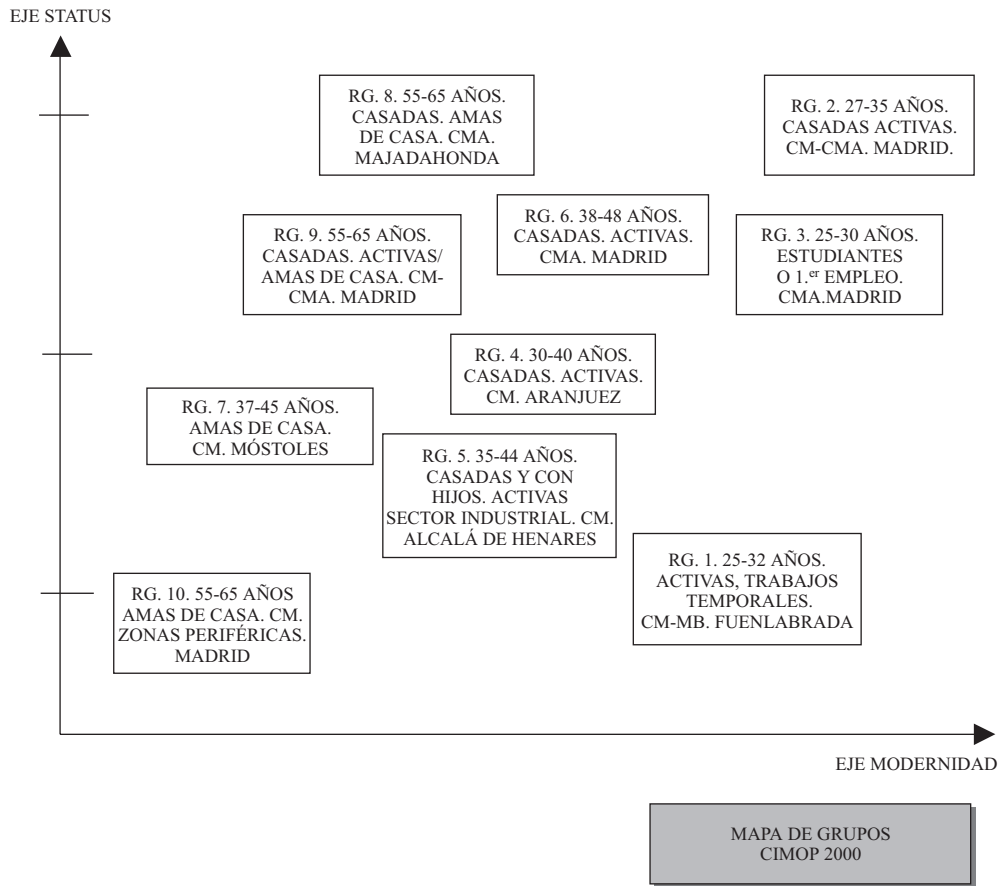
Reunión de Grupo n.º 9 (RG9). Mujeres de 45 a 55 años. Casadas y con hijos, la mitad 1 ó 2, y la otra mitad 3 ó más. Amas de casa y ocupadas. Presencia de alguna enfermedad. Clases medias. Madrid. Se realizó el 30 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se generara un discurso próximo a los discursos «preocupados por la salud».

Reunión de Grupo n.º 10 (RG10). Mujeres de 55 a 65 años. Casadas y con hijos, la mitad 1 ó 2, y la otra mitad 3 ó más. Amas de casa. Clases medias y medias bajas. Barrios periféricos de Madrid. Se realizó el 21 de noviembre de 2000. La expectativa del diseño era que se generaran unos discursos próximos al del «código del aguante» y al de «preocupadas por la salud».

Conjunto de grupos que, en función de su posición en relación con unos ejes de estatus y de «modernización» en lo que a sus estilos de vida se refiere, constituyen el Mapa de Grupos reproducido en la figura 1.

El impulso inicial de los grupos realizados: En la misma línea de garantizar, en la medida de lo posible, unas condiciones de producción de los discursos similares a las de 1993, el impulso que se planteó a los grupos del 2000 fue el mismo que en 1993, esto es, que se estaba realizando una investigación para conocer que es lo que se entiende por *calidad de vida, por bienestar, por sentirse bien, por estar bien*. Es decir, no planteamos ninguna expresión directamente equivalente al término «salud», de forma que pudiéramos observar cómo y de qué forma surgía dicha noción en el devenir espontáneo de la dinámica de los grupos. Para garantizar este objetivo, las dinámicas de grupo se desarrollaron de forma abierta y no directiva. Solamente al final de las mismas, cuando los grupos habían desarrollado sus discursos y sólo en el caso de que no hubieran surgido espontáneamente, el moderador, de forma más directiva y sugerida, planteaba a los grupos que desarrollaran sus opiniones sobre ciertos programas de salud que in-

Figura 1
Mapa de grupos



teresa investigar y sobre algunas de las «enfermedades» que, según las estadísticas sanitarias, más afectan a las mujeres.

La moderación de los grupos fue llevada a cabo por una de las autoras del trabajo, para facilitar la producción de un discurso más libre que el que se hubiera podido producir delante de un hombre. El trabajo de análisis e interpretación fue realizado por los dos autores que firman el artículo.

RESULTADOS

Aunque en la investigación surgieron y se desarrollaron diversos temas, en este artículo sólo vamos a recoger aquellos aspectos de la investigación más directamente relacionadas con los objetivos centrales de la misma y, en especial, los que se refieren a la evolución de los discursos. Desde esta perspectiva, los discursos producidos por las mujeres madrileñas en el 2000 presentan los

siguientes perfiles de evolución temporal en relación a los de 1993.

1. La evolución de los «estilos discursivos» En 1993, los discursos de las mujeres vinculaban expresivamente unas y otras temáticas de la salud en el marco de un desarrollo conversacional, de un «habla», de unos argumentos que iban entretejiendo y entreverando sintagmáticamente unos y otros tópicos en un «estilo discursivo» que algunos autores han denominado como «femenino». Sin embargo, los discursos del 2000 diferenciaban más unos y otros temas, separaban más el abordaje de unas y otras temáticas, generando un discurso estilísticamente más próximo, en algunos casos, al producido por los varones en el estudio llevado a cabo en 1995, que al elaborado por las mujeres en 1993. Mientras en este último año, los distintos temas tratados formaban una especie de *cadena* en la que los diferentes tópicos sobre la salud estaban unidos como *eslabones* de la misma, en expresión de uno de los grupos realizados, en el 2000, la citada cadena se había roto y los eslabones de 1993 se habían convertido en tópicos más aislados, más separados unos de otros.

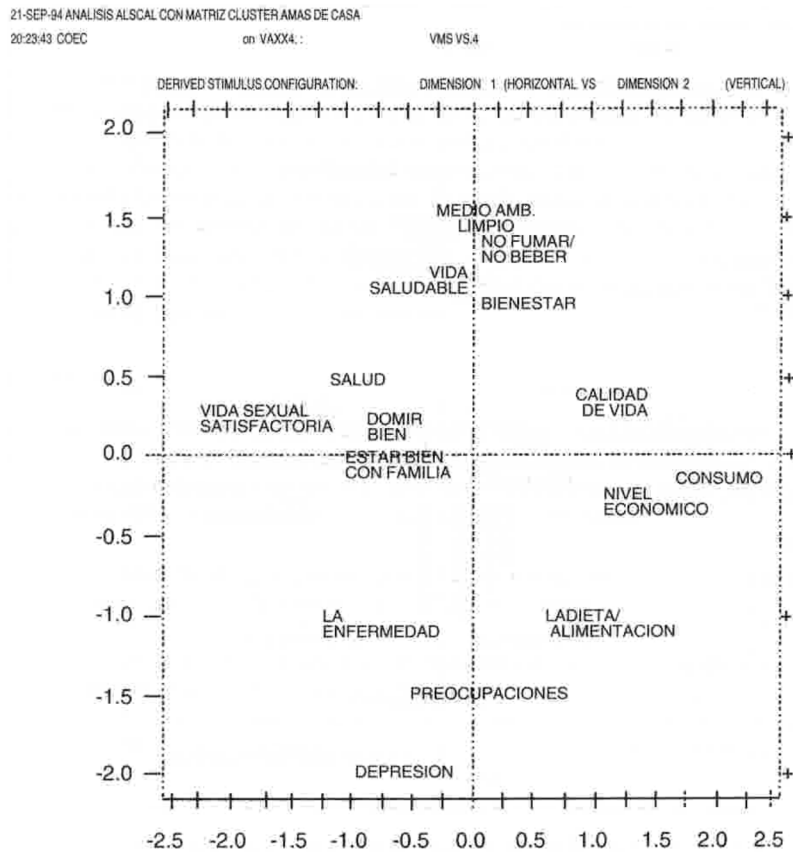
2. La evolución de la «perspectiva discursiva», es decir, de la posición desde la que se elaboran los discursos en los grupos. En 1993, el espacio matriz en el que se tendían a producir los discursos femeninos sobre la salud era el espacio asociado al rol maternal, en el año 2000, sin embargo, dicho espacio matriz se había desplazado a lugares marcados por el desempeño de los roles laborales de las mujeres que trabajan fuera del hogar.

3. La evolución de los «discursos centrales» sobre la salud, es decir, de los discursos dominantes producidos por el conjunto de grupos realizados. En estrecha relación con lo señalado en el punto 2, en 1993 se producían unos discursos que integraban la salud y la enfermedad entendidas en el sentido biomédico más reductor, en una concepción holística más amplia de la que

formaban parte la calidad de vida, las relaciones familiares, unas relaciones sexuales satisfactorias, etc., como puede observarse en la figura 2, resultado de un análisis no métrico realizado en la encuesta de 1993 (en el gráfico citado se entiende que los puntos próximos en el mapa, guardan una estrecha relación entre sí). En el año 2000, sin embargo, se producían unos discursos donde las concepciones sobre la salud se expresaban como nociones más centradas en la búsqueda del «equilibrio personal» muy directamente relacionado, desde nuestro punto de vista, con las teorías del «yo en relación» que han desarrollado ciertas corrientes de pensamiento feminista. Noción del «equilibrio personal» a caballo, si se nos permite esta expresión, entre las concepciones más holísticas y familiaristas de 1993 y las más individualistas y biomédicas más presentes y dominantes en las instituciones sanitarias. Evolución que hemos tratado de representar en la figura 3 y que se traducía en que en el 2000 la preocupación central de las mujeres era la atención por su propia salud y los consiguientes cuidados personales, mientras que en el 1993 la preocupación central era la situación de la salud familiar y, en particular, la de los hijos. Una expresión significativa de esta evolución la podemos observar en las mismas expresiones de los grupos. En 1993, las referencias a la *vida sana*, a la *vida saludable*, a la *familia*, etc., atravesaban los discursos grupales, en el 2000, dichas expresiones más globales tendían a disminuir y a ser sustituidas por otras vinculadas a relatos más personalizados en los que expresiones como *tener energía*, *tener vitalidad* u otras muy próximas, ocupaban un lugar central.

En el seno de esta tendencia que atraviesa todos los grupos, cabía, en todo caso, diferenciar entre dos situaciones generacionales muy distintas. En las mujeres de más de 50 años seguían muy fuertes y presentes las nociones sobre la salud analizadas en 1993. En las mujeres de menor edad se expresaban con mucha fuerza las nociones sobre la sa-

Figura 2
Indicador sociocultural. Mapa de representaciones sociales sobre la salud. Total muestra. Cimop, 1994

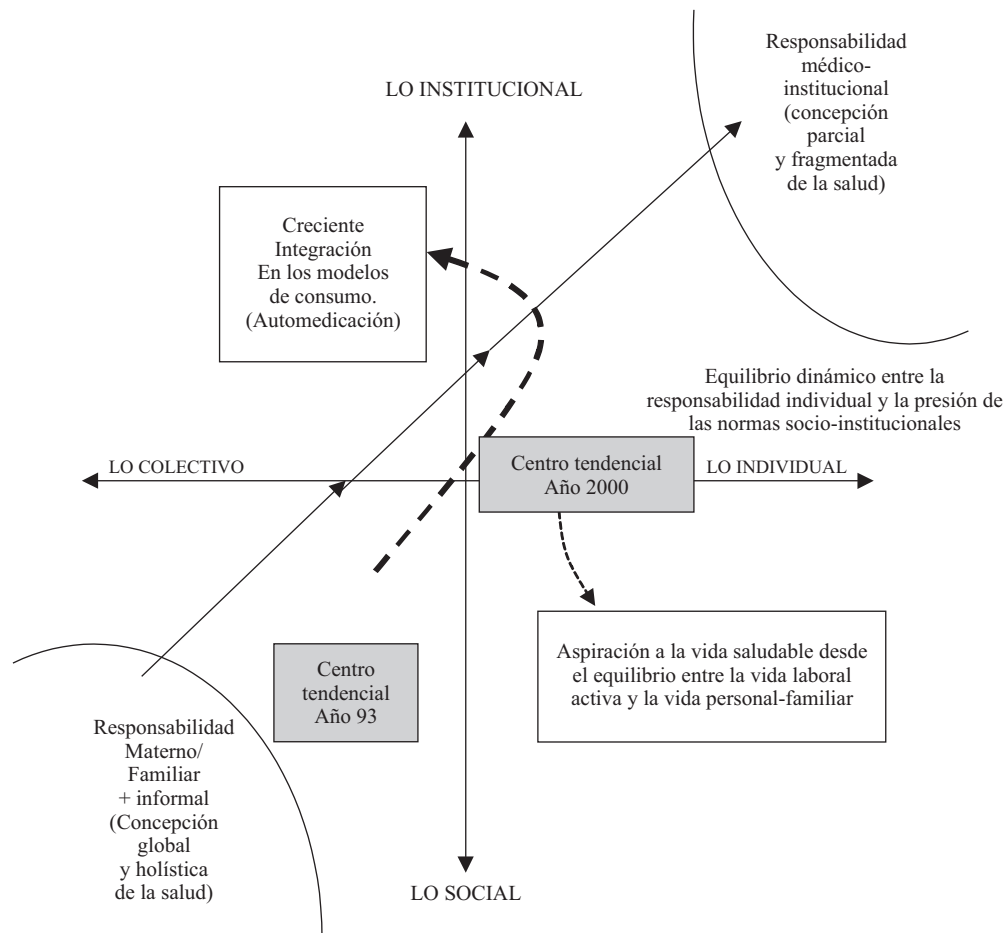


lud más personalizadas y centradas en la búsqueda del «equilibrio personal».

4. La evolución de las «tipologías» de mujeres construidas en función de los discursos elaborados. El estudio de 1993, como habíamos señalado anteriormente, permitió la construcción de cinco tipos básicos de mujeres madrileñas en función de las principales características discursivas que se habían puesto de manifiesto. En el año 2000, la ausencia de un estudio cuantitativo impidió comparar con precisión el peso so-

cial de cada uno de los discursos. Sin embargo, la propia investigación cualitativa permitió construir la hipótesis, a expensas de una posterior contrastación empírica mediante la realización del estudio cuantitativo correspondiente, de que, en el marco de la evolución citada en el punto 3, se han producido las siguientes tendencias de cambio en el peso social de unos y otros discursos: Incremento del peso social del discurso «biomédico», fuerte incremento del discurso del «equilibrio personal», estabilización del discurso «preocupado por la salud» y

Figura 3
Evolución de las tendencias de las nociones sobre la salud de las mujeres madrileñas
1993-2000



perdida de peso de los discursos «holístico» y del «código del aguante».

5. La evolución de las principales «preocupaciones». En paralelo a la modificación de las nociones y representaciones sociales de las mujeres sobre la salud, se produce también una transformación de las situaciones de malestar espontáneamente más señaladas por los grupos de mujeres. En 1993 la situación patológica más señalada era la

depresión y la solución apuntada para salir de la misma era, entre otras cuestiones, salir de la casa, romper con el encierro de las cuatro paredes del hogar familiar. En el año 2000, la situación había cambiado radicalmente. La depresión seguía apareciendo como un horizonte patológico, como un riesgo posible en aquellos grupos (minoritarios) de una cierta edad pero, sin embargo, el emergente que afloraba con fuerza en la mayoría de los grupos era el estrés, como factor de riesgo aso-

Figura 4

Evolución de los roles y de las principales situaciones patológicas en las mujeres madrileñas entre 1993 y 2000

	SITUACIÓN EN 1993	SITUACIÓN EN 2000
ROLES DOMINANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa «evolucionada». Rol parcial que no se confunde con la identidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer activa y trabajando fuera del hogar. • Continuidad de la responsabilidad y el ejercicio de las tareas de la casa. • Doble jornada.
SITUACIONES ASPIRACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Roles y tareas laborales. El «mundo del afuera» como positivo y saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar el equilibrio entre las distintas demandas. • Articular esfera laboral, familiar y personal.
REFERENCIAS CULTURALES DOMINANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo patriarcal que asigna a la mujer al rol de Madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de desarrollo personal más autónomo en el marco del modelo social de consumo.
PRINCIPAL PATOLOGÍA ASOCIADA	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés.
CARACTERIZACIÓN PATOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malestar con riesgo de enfermedad.
TERAPIA SUGERIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Salir de la casa y tener actividades sociales. • Medicación bajo control médica en casos graves, «No hay aspirinas para los dolores del alma». 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrar energía y equilibrio. • Controlar las múltiples presiones. • Automedicación (Complejos Vitamínicos, Ansiolíticos...)

• Importancia de la fuerza de voluntad y de carácter. Prioridad de lo psíquico sobre lo físico.

GRUPOS C. M. BAJA

- Reconponer energía física
- Pausa en la actividad.
- Conseguir ayuda en las tareas domésticas.
- El hogar y la familia como espacio de desarrollo.

↓

- Importancia de la energía física.
- Abrirse a la importancia de lo psíquico («arreglarse»).

GRUPOS C. M/M ALTA

- Mantener y promover la VITALIDAD como energía y fuerza de ánimo.
- El trabajo y las relaciones sociales como espacio de desarrollo.

↓

- Importancia del cuerpo «activo», «vital» en el que se expresa la fuerza del espíritu.

ciado a las nuevas condiciones de vida de las mujeres con doble jornada, evolución que hemos tratado de resumir en la figura 4.

No deja de ser relevante, en relación con esta evolución, que mientras en 1993 el espacio fuera del hogar siempre aparecía connotado por valores positivos, saludables, en

el 2000 aparecía marcado de forma ambivalente en la medida que podía ser saludable, en unos casos, y fuente de malestar, agobio, polución, ruidos y estrés en otros. En la dimensión del tiempo ocurría una evolución similar pero en un sentido contrario. En 1993 el tiempo aparecía en los discursos de forma ambivalente por el miedo a los «tiem-

pos muertos», a la soledad, mientras que en el 2000 aparecía connotado más positivamente por la posibilidad de tener un tiempo propio, un tiempo para sí misma como condición *sine qua non* para lograr un cierto equilibrio personal.

Asimismo, en el 2000 en relación con 1993, había disminuido el temor a las enfermedades infecciosas, como el vih-sida. Por el contrario, apareció con mucha fuerza la preocupación por las enfermedades crónicas y/o invalidantes, a modo de contra-figura, de inversión de las nociones del equilibrio personal que tiene en la autonomía personal uno de sus fundamentos. También observamos la disminución de la tolerancia en los umbrales del dolor y una mayor dependencia de los profesionales sanitarios, una vez que la enfermedad ha hecho su aparición.

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación posibilitan tres líneas de reflexión al respecto. Una más centrada en el propio planteamiento metodológico. Otra centrada en la interpretación de las posibles dimensiones que subyacen en la evolución detectada y, por último, otra más centrada en la utilidad más operativa de los resultados para el diseño de los programas de salud, objetivo último de la investigación realizada.

En relación con la primera cuestión cabe señalar que lo más pertinente en el terreno estrictamente metodológico hubiera sido repetir plenamente la investigación de 1993. Por distintas razones, alguna de ellas señalada por Gil Nebot en estas mismas páginas¹, esto no pudo realizarse. Sin embargo, la formalización de los resultados de 1993 en figuras que reproducían una cierta estructura de orden en las posiciones de los discursos y en las problemáticas abordadas en los mismos, permitió realizar las comparaciones de los resultados obtenidos en 1993 y en el 2000, tal como hemos tratado de evidenciar en este artículo.

En este sentido, creemos que la investigación supone una demostración de lo injustificado de alguna de las críticas más habituales a la metodología cualitativa cuando se señala su escasa, cuando no nula, posibilidad de formalización y su incapacidad para realizar estudios comparativos¹⁹ confundiendo, a nuestro juicio, la implicación del investigador en la investigación, el afán comprensivo y no meramente explicativo²⁰ de la perspectiva cualitativa con una incapacidad de formalización y de contrastación intersubjetiva. La investigación realizada muestra cómo es posible formalizar topológicamente^{9,10} sus principales resultados y con ello permitir una contrastación y una comparación con otras metodologías y otras investigaciones. Es decir, en aquellos casos en los que se produce una cierta cristalización discursiva, esto es, una cierta estabilización en la trama conversacional de los grupos y en las cadenas asociativas que éstos producen, es posible formalizar las dimensiones ordinales implícitas que subyacen en dicha cristalización.

Una de las posibles formas de hacerlo, siguiendo los ejemplos de las figuras 2 y 3, es estructurar un gráfico a partir de unos ciertos ejes, a modo de ejes de coordenadas, que cabe configurar a partir de las dimensiones implícitas en las dinámicas de grupo, y del análisis de los juegos de cadenas asociativas que se producen en las mismas. Por ejemplo, una vez configurados los ejes social-institucional y colectivo individual de la figura 3, de lo que se trata es de representar el conjunto de expresiones que connotan un mismo significado así como el juego de relaciones de orden existentes entre los mismos. Conjunto de expresiones con la misma connotación que podemos denominar campos semánticos. Por ejemplo, en la figura 2, podríamos entender que los términos medio ambiente, vida saludable, bienestar, no fumar y no beber, configuran un cierto campo semántico; que los términos salud, vida sexual satisfactoria, dormir bien y estar bien con la familia constituye otro y así sucesivamente. Y, a la vez, el juego de relaciones de

orden existentes entre los cuatro principales campos semánticos representados nos ayudan a interpretar el espacio socio-simbólico en el que se producen los discursos femeninos sobre la salud en el citado año.

No conviene olvidar que la representación topológica de una cierta estructura de variables o de dimensiones, según el caso del que se trate, tal como hemos podido observar en los citados ejemplos de las figuras 2 y 3, tiene la propiedad de la *estabilidad estructural de la forma*^{21,22}, esto es, tiene la propiedad de ser una representación que produce lo que se denomina una *forma invariante*, que permanece constante siempre que los parámetros que la conforman no modifiquen las relaciones de orden que puedan existir entre ellos. Desde esta perspectiva, mientras un conjunto de discursos mantengan entre sí las mismas relaciones de orden simbólico, su representación formal permanece invariante y, viceversa, una modificación en la citada representación formal sería un claro indicador de que se han modificado las posibles relaciones de orden existentes entre los discursos representados en dicha forma en la figura. De este modo, la representación topológica de las relaciones de orden entre los discursos producidos en una investigación cualitativa, tal como hemos tratado de apuntar muy sintéticamente en este artículo, permite los estudios comparativos, ya sea entre estudios, ya sea a lo largo del tiempo a partir, precisamente, del análisis de la posible evolución de las citadas representaciones formales o topológicas.

En lo que se refiere a la segunda cuestión, cabe pensar que la evolución discursiva señalada se debe en parte al diseño de la propia investigación, con presencia de un mayor número de grupos de mujeres jóvenes que en 1993. Sin embargo, cabe pensar que el factor esencial asociado a este cambio ha sido la amplia incorporación de las mujeres madrileñas a la vida sociolaboral fuera del hogar, la cual introduce nuevas perspectivas vitales en las mujeres y favorece el desarro-

llo de nuevas concepciones y preocupaciones por la salud, distintas a las que se mantienen cuando los roles dominantes son los de «ama de casa».

Por último, en lo que se refiere a la utilidad de la investigación para el diseño de los programas de salud dirigidos a las mujeres cabe señalar las siguientes cuestiones.

En primer lugar, aparece la necesidad de segmentar más claramente los programas de salud en una relación más directa y personalizada con las usuarias potenciales de los mismos. En la práctica, a mediados de los años 90, más allá de los programas de salud reproductiva, una gran parte de los programas de salud existentes en Madrid y, en general, en toda España, implícita o explícitamente parecían destinados a mujeres con una cierta edad y muy cercanas al desempeño de los roles más tradicionales de «ama de casa». Por ejemplo, los programas sobre la menopausia y sobre osteoporosis, muy presentes en las Carteras de Servicios del Sistema Sanitario, estarían muy cerca de esta orientación. Ahora bien, junto con este tipo de programas, ésta investigación demuestra que conviene poner en marcha otras líneas de intervención que se acerquen al resto de las mujeres madrileñas y que lo hagan desde las nuevas perspectivas e inquietudes que las mujeres expresan. No hay que olvidar que un amplio número de mujeres ya no se reconoce en los roles más clásicos de ama de casa, expresando otro tipo de exigencias, más cercanas a la preocupación por su propia situación personal que a la orientación de «cuidadora» más clásica de muchos de los programas de salud destinados a la mujer. En este sentido, cabría señalar la necesidad de cambiar la orientación central de los programas actuales destinados a las mujeres. En lugar del papel de la mujer como «cuidadora» del resto de la familia, se debería hacer más hincapié en su identidad más autónoma, en su rol de sujeto activo y positivo^{23,24}.

En segundo lugar, una gran parte de las actividades propuestas en los programas funda-

mentados en esta orientación más clásica iban destinadas a abrir el mundo de la mujer hacia un espacio «exterior» al hogar, espacio en el que las mujeres podían anudar nuevas relaciones sociales que las sacara de su aislamiento más tradicional. Sin embargo, la investigación del año 2000 pone de manifiesto la necesidad de programas y de actividades que faciliten a las mujeres unas mejores formas de gestión y organización del tiempo y que posibiliten, por otro lado, el desarrollo de la noción y de la práctica de los autocuidados. Un ejemplo cotidiano puede resultar significativo de esta evolución, mientras en 1993 se hablaba con tristeza del momento en el que los hijos dejaban el hogar, en relación con el síndrome del nido vacío²⁵, en el 2000 se señalaba irónicamente la alegría que producía que los hijos se emancipasen y permitieran la liberación de los padres, unas nuevas posibilidades de uso de sus tiempos libres.

Tal como hemos tratado de representar en la figura 5, dicho cambio significa posicionar los programas de salud destinados a las mujeres en una situación más «personalizada», a caballo entre la noción de la «vida saludable», más holística, y la de los «hábitos saludables» más individualizados y normativizados. Posicionamiento más central que permite visualizar cómo estos programas deben fomentar los autocuidados en la doble dimensión de «cuidados físicos y psíquicos», frente a la idea más tradicional del «afuera» como espacio psíquicamente más saludable.

A modo de ejemplo, este nuevo posicionamiento más central de los programas de salud destinados a las mujeres podría traducirse en el desarrollo de los siguientes tipos de programas.

— En el espacio más próximo a una dimensión más física de la salud y desde posi-

ciones próximas a la promoción de una cultura de *hábitos saludables*, parecería posible pensar en el desarrollo de programas específicos que puedan estar dirigidos a la prevención desde la alimentación-nutrición y desde el ejercicio físico/deporte. El desarrollo de posibles programas de salud laboral también podría inscribirse en este espacio más físico, en la medida en que se trataría de prevenir los posibles malestares o enfermedades ocasionados por el desempeño del trabajo, ya sea desde corrección de posiciones frente al ordenador, ya sean relacionadas con las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo o con otras situaciones laborales.

— En un espacio más central, y en este sentido más próximo a la noción de salud que parece expresarse de forma dominante entre las mujeres madrileñas en el año 2000, la salud entendida como equilibrio personal e integral, los programas contra el estrés, como puedan ser las actividades de *yoga* o semejantes, parecen responder a la nueva realidad de la mujer. Programas en los que se combina de forma equilibrada el autocuidado del cuerpo y de la mente.

— Dentro del espacio próximo al cuidado de la dimensión psíquica de la salud, podrían promoverse también, tal vez más dirigidos a amas de casa, programas más relacionales más activos, programas que faciliten las relaciones sociales de las mujeres, como puedan ser circuitos «verdes», circuitos «culturales», junto al mantenimiento de los programas actuales que siguen teniendo sentido.

Conjunto de iniciativas de programas y posibles conjuntos de mujeres como sectores preferentes de los mismos que, por último, hemos tratado de recoger esquemáticamente en la figura 6.

Figura 5

Evolución tendencial del espacio central en el que se inscriben los programas de promoción de la salud Cimop 2001

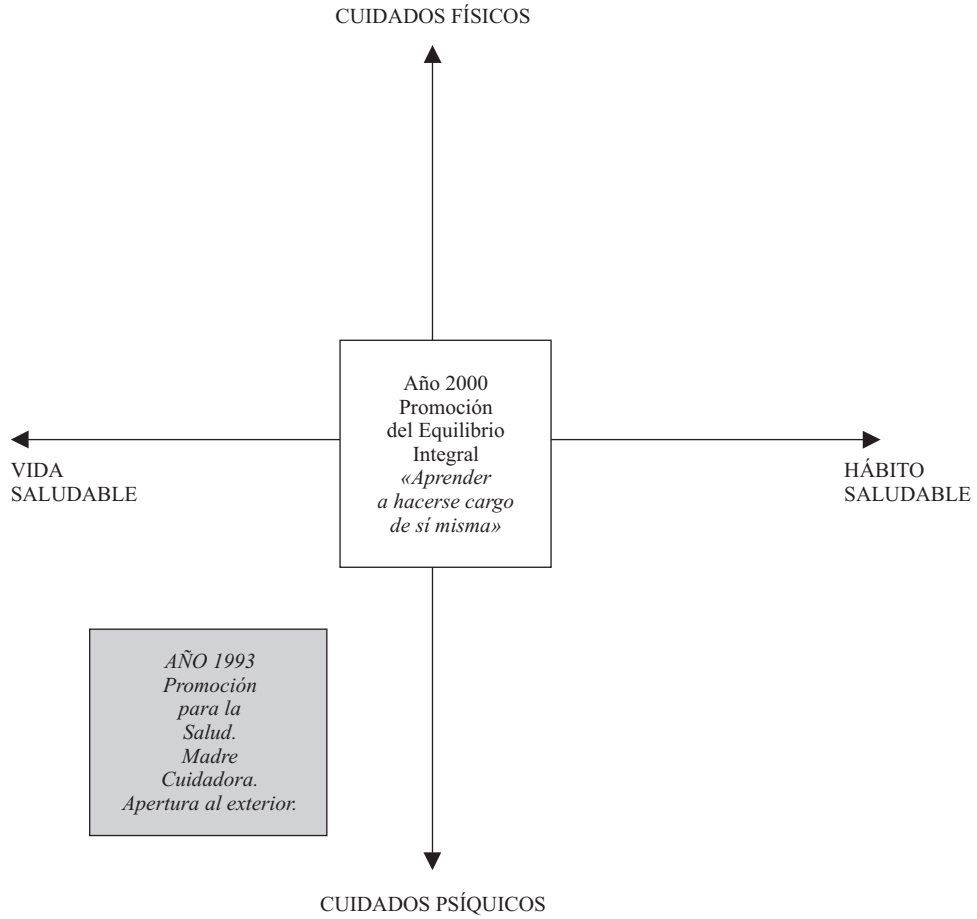
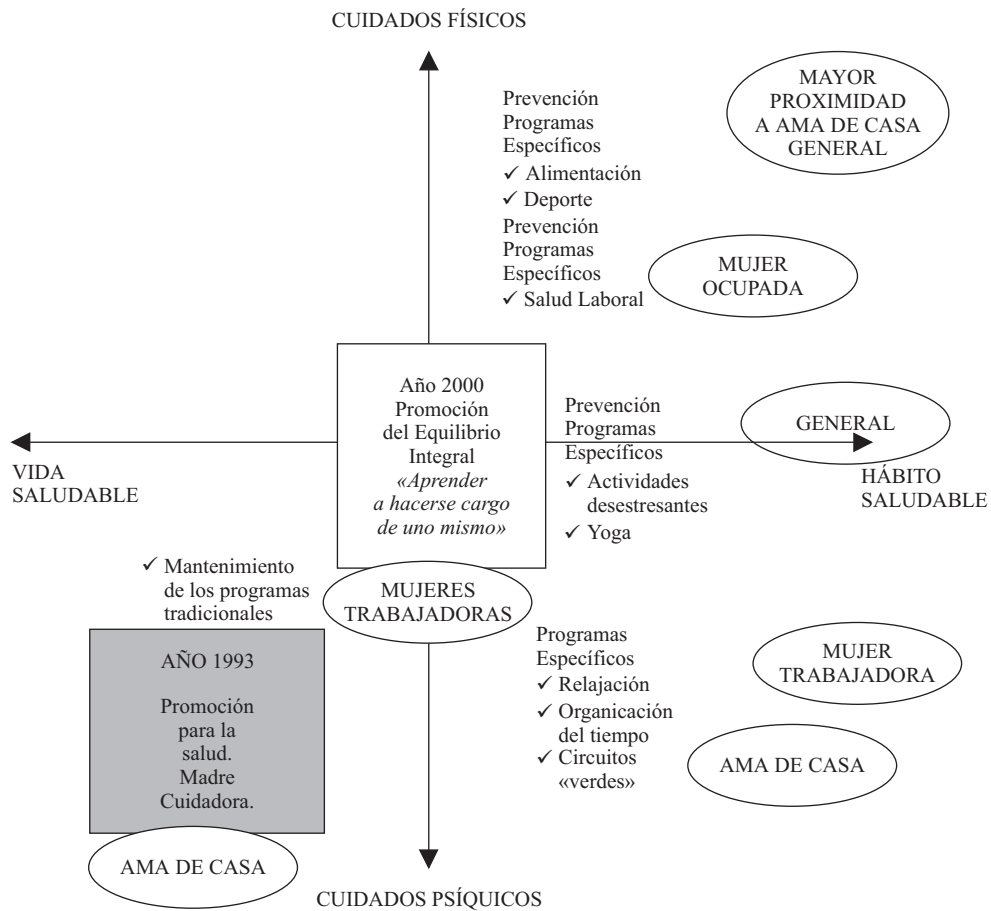


Figura 6
Cercanía de los colectivos de mujeres a los Programas de Promoción de la Salud



BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Nebot M, Estrada Ballesteros C, Pires Alcalde ML y Aguirre Martín-Gil R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Publica 2002; 76: 451-459.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
3. Ander Egg. E. Técnicas de Investigación Social. Mejico: Ateneo; 1990.
4. Aracil Rodríguez E. y otros autores. Sistema Gráfico de Información Sanitaria en España. Barcelona: Grupo MSD; 1996.
5. Setien ML. Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un Sistema de medición aplicado al P Vasco. Madrid: CIS; 1993.
6. Las Ciudades saludables en Euskadi. Documentos Técnicos de Salud Pública. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 1990.
7. Doise W, Clemence A, Lorenzi-Cioldi F. Representations Sociales et Analyse des Données. Grenoble: P. Universitaires de Grenoble; 1992.

8. Flick V. La Perception quotidienne de la santé et de la maladie. Theories Subjectives et Représentations Sociales. Paris: L'Harmattan; 1992.
9. Conde F. Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la investigación social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1987; 39: 213-24.
10. Conde F. Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. Revista Española de Investigaciones Sociológicas; 1991: 91-117.
11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad Autónoma de Madrid. Documentos Técnicos de salud Pública n.º 32. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.
12. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las Representaciones Sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 45. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.
13. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las Representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 47. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.
14. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las Representaciones Sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 48. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.
15. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Mayores Madrileños. 1997. Documentos Técnicos de salud Pública n.º 32. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.
16. Martínez Ramos E. Aspectos Teóricos del Análisis Clusters y aplicación a la caracterización del electorado potencial de un partido. En: Introducción a las técnicas de análisis multivariante aplicadas a las ciencias sociales. Sánchez Carrión JJ editor. Madrid: CIS; 1984.
17. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F editores. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
18. Ibáñez J. Cómo realizar una investigación mediante grupos de discusión. En: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F editores. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
19. Cook T.D. y Reichardt Ch. Métodos Cualitativos y Cuantitativos en Investigación Evaluativa. Madrid: Morata; 1986.
20. Ricoeur P. Teoría de la Interpretación. Discurso y excedente de sentido. Madrid: Siglo XXI; 1995.
21. Thom. R. Parábolas y Catástrofes. Barcelona: Tusquets; 1985.
22. Benzecri JP. L'analyse des données. Paris: Dunod; 1982.
23. Instituto de la Mujer. Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1997.
24. Conde F. El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
25. Dio Bleichmar E. La Depresión en la Mujer. En: Cuerpo y Subjetividad Femenina. Salud y Género. González de Chávez MA editor. Madrid: Siglo XXI; 1993.

ORIGINAL

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DEL USO DEL PRESERVATIVO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Luis Seoane Pascual

Servicio de Educación Sanitaria. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.

RESUMEN

Fundamentos: El Programa de Normalización del Uso del Preservativo, viene desarrollando desde noviembre de 1998 distintas actividades de promoción del uso del preservativo entre la población adolescente y juvenil. Todas ellas pivotaban sobre una acción específica destinada a favorecer el acceso: la venta en establecimientos de farmacia de preservativos a bajo precio destinados a la población adolescente y juvenil. El objetivo de esta investigación fue la evaluación de los resultados desde el punto de vista de su eficacia persuasiva para modificar comportamientos de riesgo.

Métodos: La metodología cualitativa empleada fue la habitual en el contexto de los estudios de mercado y opinión: el post-test cualitativo sobre la base de *entrevistas abiertas* con farmacéuticos y jóvenes. Se efectuaron 7 entrevistas con farmacéuticos y 14 con jóvenes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 17 y 19 años, con un comportamiento sexual activo y residentes en zonas de riesgo desde el punto de vista de la incidencia del sida.

Resultados: Se identificaron dos factores de riesgo fundamentales: a) El desarrollo de estrategias por parte de determinados varones con éxito sexual, siempre en el contexto de relaciones sexuales inestables, de evasión del uso del preservativo con el objeto de obtener un placer más pleno, ante una evaluación previa del grado de riesgo de la relación; la pastilla post-coital, como método anticonceptivo alternativo, aparece implicada en tales estrategias con bastante asiduidad. b) La inhibición de la compra del preservativo en la farmacia, que impide el desarrollo de una conducta previsora y que, por tanto, genera directamente la aparición de situaciones de riesgo.

Conclusiones: La evaluación de la campaña ha sido positiva desde el punto de vista puramente informativo. No se han observado, sin embargo, elementos que permitan actuar eficazmente en contra del principal factor de riesgo detectado, el desarrollo de estrategias de evasión del uso del preservativo con el objeto de obtener un placer más pleno y la sanción por parte del grupo de esos comportamientos. De cara al segundo factor de riesgo, el de la inhibición de compra, no se ha advertido eficacia sensible en la propuesta de venta de preservativos a bajo precio en farmacias.

Palabras clave: Adolescencia. Investigación cualitativa. Enfermedades de transmisión sexual. Evaluación. Programas de salud. Preservativos.

ABSTRACT

Qualitative Assessment of a Campaign Promoting Condom Use among a Teenage and Young Adult Population in the Community of Madrid, Spain

Background: The Program for Standardizing Condom Use has been carrying out different activities to promote condom use among the teenage and young adult population since November 1998. All of these measures have revolved around a specific measure aimed at making condoms more readily available, that is, the sale of condoms to the teenage and young adult population in pharmacies at low prices. The objective of this research was to assess the results from the standpoint of the persuasive effectiveness of these measures as related to modifying unsafe practices.

Methods: The qualitative methodology employed was the customary methodology within the context of market and opinion studies, that is qualitative after-test on the bases of *open interviews* with pharmacists and youths. A total of 7 interviews were held with pharmacists in addition to 14 interviews with sexually active young people of both sexes within the 17-19 age range residing in unsafe areas from the standpoint of AIDS incidence.

Results: Two main risk factors were identified: a) The approaches taken on the part of certain sexually successful males, always within the context of casual sexual relations, of avoiding condom use for the purpose of greater sexual pleasure in view of a prior assessment of the degree of risk involved in the relations in question; the post-coital pill as an alternative means of contraception seems to be involved very often in such approaches. b) The inhibition of purchasing condoms in the pharmacy, which prevents taking due precautions and, therefore, directly gives rise to unsafe situations arising.

Conclusions: The campaign in question has been assessed as being positive from the purely informative standpoint. No aspects have however been encountered which afford the possibility of effectively countering the main risk factor detected, the approaches taken of avoiding the use of a condom for the purpose of achieving greater sexual pleasure and the sanctioning of these practices on the part of the group. As regards this second risk factor, that of inhibition regarding purchase, no appreciable effectiveness has been noted as regards the sale of condoms at a low price in pharmacies.

Keywords: Teenage years. Qualitative research. Sexually-transmitted diseases. Assessment. Health programs. Condoms.

Correspondencia:
Luis Seoane Pascual
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
Aduana 29. 28005 Madrid
Correo electrónico: luis.seoane@madrid.org

INTRODUCCIÓN

El **Programa de Normalización del Uso del Preservativo**¹, en el que colaboran aproximadamente una treintena de instituciones relacionadas con la salud y la educación en la Comunidad de Madrid, viene desarrollando desde noviembre de 1998 distintas acciones de promoción del uso del preservativo entre la población adolescente y juvenil. Teniendo como objetivo fundamental la protección de chicos y chicas de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) y de embarazos no deseados, dicho Programa se centra fundamentalmente en la **prescripción del uso de preservativo** en las relaciones sexuales juveniles como método anticonceptivo **profiláctico** de primera elección. A tal fin se desarrollaron, entre otras, una serie de acciones focalizadas sobre **los establecimientos de farmacia**, en tanto que lugares de venta privilegiados del preservativo. Cabría destacar las siguientes acciones: a) concienciación del farmacéutico y/o del empleado de farmacia en su función de prescriptor del uso del preservativo a la población juvenil y b) demanda de colaboración y de adhesión de esos mismos profesionales a las acciones concretas del Programa de Normalización que les incumben directamente; fundamentalmente: venta alternativa en establecimientos de farmacia de cajas de preservativos de tres unidades a **bajo precio** dirigidas específicamente a la población juvenil, y promoción directa o indirecta de dichos preservativos a los jóvenes desde los establecimientos, cuya marca externa era la del lema general de la campaña *Si te lías... úsalo*.

La demanda de la investigación, cuyos resultados se resumen en este artículo, y que fue encargada a una empresa de investigación de mercados y opinión, se centró fundamentalmente en la evaluación de las acciones de comunicación del Programa de Normalización realizadas específicamente sobre **los establecimientos de farmacia**, considerando las dos partes implicadas en ellas, **los jóvenes**, en tanto que «objetivo»

privilegiado de las acciones comunicativas y como «consumidores» directos de los preservativos propuestos, y **los farmacéuticos y los empleados de farmacia** en tanto que «prescriptores» y en tanto que vendedores directos de un tipo de preservativos. Ello suponía el considerar la relación que se establece entre el joven y el profesional de farmacia en la venta del preservativo, y su evaluación con relación a la **pauta ideal** desde el punto de vista de la consecución de los objetivos de salud pública presentes en el **Programa de Normalización del Uso del Preservativo**¹.

La evaluación de una campaña comunicativa, como la que opera como pretexto del estudio, suele realizarse en el ámbito privado desde dos tipos de investigaciones estandarizadas: el **post-test cuantitativo**, cuyo objeto es obtener una medida del cambio de comportamiento efectivo atribuible a una campaña; y el **post-test cualitativo**, cuyo objeto es determinar el **grado de persuasión** de una campaña de cara a la modificación de los comportamientos que se pretendían corregir.

Un post-test cuantitativo ofrece resultados «objetivos» que pueden ser útiles para evaluar la eficacia real de la campaña. Sin embargo, queda como resto la respuesta a preguntas vitales para orientar la estrategia comunicativa global: ¿Por qué la campaña ha funcionado o no ha funcionado? ¿Qué elementos han sido decisivos en una u otra dirección? La posibilidad de establecer correcciones tácticas o estratégicas en una campaña de comunicación de cara a optimizar sus resultados es lo que justifica prácticamente el recurso a técnicas cualitativas de investigación. Operativamente, un post-test de campaña cualitativo debe seguir los siguientes pasos:

1. Aislar los móviles principales de la conducta que se pretende corregir. En nuestro caso se trataba de identificar las razones justificativas de la conducta de riesgo de efectuar relaciones sexuales sin preservati-

vo. Y no existe otro camino para llegar a esa identificación que preguntar, como se hizo, a los propios adolescentes implicados en esas conductas de riesgo. La recurrencia de móviles similares en distintos sujetos nos da una garantía de que estamos ante una pauta, o pautas motivacionales esenciales asociadas a la conducta de riesgo.

2. El segundo paso lógico consiste en formalizar comprensivamente esa conducta a partir de los móviles mentados. Fundamentalmente se trata de reconstruir la conducta típica desde un esquema finalista, de adecuación racional entre medios y fines². Esta reconstrucción nos permite, por lo menos intuitivamente, identificar los posibles puntos débiles del discurso del sujeto, de la justificación de su conducta, o los puntos débiles de los intentos externos de influir en su conducta.

3. Un tercer paso consiste en enfrentar al sujeto a la discusión de elementos de la campaña en cuestión y de otras campañas similares. Se trata de una reconstrucción **en acto** de la capacidad de persuasión de elementos de comunicación que pretenden influir en la conducta del sujeto. A partir de los pasos anteriores estaríamos en disposición de explicar las reacciones que se dan de hecho ante la intervención comunicativa. Esta capacidad de explicación del método es lo que le faculta para proponer correcciones ulteriores sobre la campaña de comunicación en cuestión.

SUJETOS Y MÉTODO

Se realizó una investigación **cualitativa** de carácter exploratorio y limitada en sus dimensiones. Se efectuaron:

- **7 entrevistas abiertas con profesionales de farmacia**, de ambos sexos, implicados y no implicados, al 50%, en el programa de normalización;
- **14 entrevistas abiertas con jóvenes** de edades comprendidas entre 17 y 19 años, de ambos sexos, de clase social media

baja y baja, que tuvieran relaciones sexuales con relativa asiduidad, residentes en zonas de riesgo desde el punto de vista de la incidencia del sida por transmisión sexual.

La demanda de una investigación de mercados cualitativa se mueve siempre dentro de los parámetros prácticos de una intervención comunicativa sobre sujetos sociales, sobre grupos sociales. La intervención comunicativa en este caso se efectuaba, como se dijo, sobre **los adolescentes y jóvenes de la Comunidad de Madrid** con la intención manifiesta de modificar comportamientos de riesgo, entendiendo por tales el no uso del preservativo en las relaciones sexuales.

RESULTADOS

El estudio se ha focalizado estratégicamente en la exploración de los factores de riesgo en el tipo de sexualidad propio de la adolescencia: una sexualidad de iniciación, estructuralmente promiscua —en la medida en que no suele cursar con relaciones de pareja demasiado estables—, débilmente premeditada, condicionada en muchos casos desde reglas marcadas desde el propio grupo adolescente y bastante poco permeable al control y la supervisión adultas. Se trata evidentemente de una etapa **pasajera**; muchos de las actitudes comportamientos reflejados en el estudio desaparecerán rápidamente conforme el sujeto vaya evolucionando en su proceso de maduración.

Se observan en las entrevistas dos tipologías comportamentales claramente diferenciadas al respecto del uso del preservativo: **los que siempre lo utilizan** y no se plantean, por lo menos a priori, ninguna excepción al respecto, y **los que lo utilizan sólo a veces**, ante la evaluación del grado de riesgo de una determinada relación.

No se pueden ofrecer, como es obvio, datos cuantitativos acerca de la magnitud de ambos colectivos, pero sí que es fácil identi-

ficar una relación clara entre el grado de asunción de la norma del uso del preservativo y el grado de asunción de otras normas adultas. En este sentido, conforme el sujeto se acerque más al tipo extremo de joven sin metas personales definidas, fracasado en sus estudios, con débil control paterno y volcado en el hedonismo de la juerga es más normal que esté en el segundo grupo que en el primero.

El no uso puntual del preservativo, cuando se detecta, está menos relacionado con un problema de **información** que con un problema de **perversión**. El principal enemigo actualmente de la extensión del uso del preservativo es la **expectativa de goce** que se ha instalado tras la ausencia de su utilización. El no uso del preservativo en el adolescente es menos un error, o un desconocimiento de las posibles consecuencias, que un acto **conscientemente orientado** a la búsqueda de un goce en un ámbito de riesgo calculado.

Y en este contexto de acto conscientemente orientado, se observan indicadores claros de que la **pastilla post-coital** (asociada o no a otras prevenciones tradicionales) se está convirtiendo en un recurso anticonceptivo habitual para poder tener relaciones sexuales plenas sin preservativo y, por tanto, para poder acceder con un mínimo riesgo al goce narcisista previsto.

Esta conducta perversa se manifiesta como típicamente masculina. El goce del que se habla es siempre el goce del varón; las chicas en ningún momento plantean objeciones relacionadas con el placer que ellas mismas sienten; si acceden a tener relaciones sin preservativo siempre resulta ser una concesión al goce masculino.

Por el contrario, lo que se advierte con facilidad en este tipo de chico es el desarrollo de estrategias (de seducción) para conseguir que la chica disuelva sus resistencias y acepte tener relaciones sexuales sin preser-

vativo. A la vista de los discursos, parecen ser precisamente los chicos con mayor éxito sexual los que suelen abundar más en este tipo de estrategias o, por lo menos, los que aparentan tener más facilidad para llevarlas a cabo satisfactoriamente.

De lo dicho se deduce que en la lucha contra el comportamiento perverso de no utilizar preservativo es vital contar con la colaboración de las chicas. En la medida en que éstas **se juegan más** (asumen mayor riesgo) en la no utilización del preservativo y en la medida en que tampoco advierten de igual manera que el chico una diferencia placentera en hacerlo o no sin él, es razonable proponerles un **papel más activo**. Es norma en el caso de las chicas considerar que el preservativo es responsabilidad exclusiva del chico y el mostrar un pudor excesivo a la posibilidad de llevarlo ellas mismas en su bolso.

En cierto sentido puede decirse que el grupo adolescente actúa convalidando este tipo de comportamientos perversos. Como sucede con otros comportamientos «arriesgados», quien los efectúa puede incrementar su valor y su protagonismo dentro del grupo.

El acceso del adolescente a la compra del preservativo sigue siendo también un problema. Aunque previsiblemente el mayor problema de fondo esté en el apuntado de la perversión ante su uso, es obvio que la dificultad de acceso puede convertirse en **coartada** para no llevar preservativo y, por tanto, para tener relaciones sin él.

Y es obviamente un problema el que sea la farmacia el único establecimiento donde el adolescente puede acceder a un preservativo **con garantías**. La posibilidad de superar el «corte» de pedir el preservativo al profesional de farmacia es prácticamente imposible a ciertas edades, y es más difícil todavía en el caso de la chica que en el del chico. Con este problema todo queda hipotecado muchas veces a la posibilidad de que

alguien en el grupo lo lleve en el momento oportuno, imposibilitándose la instalación de un comportamiento previsor.

Hay que entender que la superación del corte a ir a la farmacia implica madurez y asunción por parte del joven de su propia sexualidad. El joven que va naturalmente a la farmacia debe tener previamente una **actitud especial** que sólo se evidenció en los casos en que se pudo constatar un proceso formativo previo con la participación de padres y/o educadores, que la mayoría de las veces no se daba. La falta de esa formación necesaria, que excede los esfuerzos simples de información, es con claridad una asignatura pendiente.

Es muy difícil que el chico o la chica accedan a la farmacia e instalen un comportamiento previsor en la compra del preservativo si previamente deben de vivir su sexualidad como algo prohibido y culpable. Y lo normal, a la vista de lo que nos dicen en las entrevistas, es que el adolescente viva su iniciación sexual completamente en secreto, a escondidas de sus padres y sopesando el riesgo de trauma familiar que puede significar su descubrimiento. No debemos creer, en referencia a la sexualidad adolescente, que la situación actual sea de tolerancia. Por lo menos, si consideramos el discurso de los jóvenes acerca de la actitud de los progenitores, la norma por parte de los padres es la de no querer afrontar ni dar credibilidad a la posibilidad de una sexualidad precoz en los propios hijos.

DISCUSIÓN

La visión, necesariamente restringida, de la sexualidad adolescente en la Comunidad de Madrid que nos ofrecía el estudio permitía sacar conclusiones **medianamente positivas** en lo que respecta a la utilización del preservativo, congruentes con las de otros estudios empíricos similares³: **el preservativo está prácticamente siempre medianamente como deber en la sexualidad adoles-**

cente. Sin embargo, en la medida en que la norma es conocida y reconocida como deber, se identifican estrategias típicamente adolescentes de perversión de esa norma, que claramente desembocan en comportamientos de riesgo en lo que respecta a la propagación de enfermedades de transmisión sexual.

Del análisis concreto sobre los elementos del Programa de Normalización del Uso del Preservativo¹ en la Población Joven de la Comunidad de Madrid que han podido ser testados, no se derivan conclusiones demasiado positivas, si la evaluación se realiza desde posibles planteamientos estratégicos más amplios y más avanzados que los de una simple campaña informativa.

Como pura campaña informativa la evaluación es positiva, tanto en la forma como en el fondo. Se dice lo que se tiene que decir, y se dice además de una forma atractiva y atrayente para el joven, incorporándose, además, innovaciones interesantes, como es el teléfono gratuito de información sexual.

El problema detectado, en cualquier caso, no es intrínseco a la campaña, sino extrínseco. Lo que se ha observado es la **indiferencia general** ante los mensajes de estas campañas informativas, sobre todo en aquellos jóvenes que no están previamente convencidos y que, por tanto, corresponden al tipo de los que utilizan el preservativo sólo a veces. La capacidad de esta campaña y de otras semejantes para influir en el comportamiento de los adolescentes en este tema es muy limitada, fundamentalmente porque lo que se dice ya se conoce: se sabe que hay que utilizar preservativo y se sabe por qué.

Si se acepta la hipótesis inicial de que el no uso del preservativo se debe más a una conducta perversa —asimilable, por tanto, a otras conductas perversas típicamente adolescentes, como el consumo de alcohol o de drogas⁴— que al desconocimiento, se puede entender por qué esta campaña resulta parcialmente ineficaz. La *perversión*, a diferen-

cia de la *subversión*, es un comportamiento parcial reactivo que nunca supone el cuestionamiento global de la norma. Se trata de un coqueteo con lo prohibido, en el cual se asume el menor riesgo posible, pero que produce una sensación agradable de omnipotencia y que, en el caso típico del adolescente, supone una vía privilegiada de autoafirmación frente a la dependencia de la sociedad adulta⁵. Lo propio de la conducta perversa es actuar **contra la norma**; y ante esa evidencia, la repetición de la norma lo único que consigue es reforzar el comportamiento desviado. No porque se grite más se consigue que el adolescente haga más caso; es más, previsiblemente hará menos caso conforme reciba más veces el mensaje.

El comportamiento perverso tiene su racionalidad, por lo que una táctica posible consiste en intentar desmontarla. Y hay que aceptar que es racional que el adolescente recurra a la pastilla post-coital: es su forma de hacer lo contrario de lo que le dicen pero sin correr excesivos riesgos³. Si le problematizamos esa salida informándole más de sus riesgos es posible que reconsidere su actitud, simplemente por prevención.

Otra vía posible de desmontar el comportamiento perverso podría ser la de extender la información a todo el ámbito de enfermedades venéreas, comunicando la probabilidad de contraerlas y el riesgo final que se corre. Prácticamente sólo el sida aparece como argumento higiénico para utilizar preservativo, pero el sida es la enfermedad más improbable, y con ello cuenta el joven a la hora de establecer su estrategia subversiva⁶.

Hay que admitir que el sida día a día está perdiendo fuerza para condicionar el comportamiento sexual adolescente. Si ya previamente se observaba en el adolescente una gran dificultad para considerar a los colegas del grupo como potenciales transmisores de la enfermedad⁷, la actual reducción de la visibilidad pública del sida, relacionada en gran medida con los éxitos de la estrategia global de prevención, necesariamente

debe de actuar reduciendo sensiblemente la impresión de riesgo. Quizá se esté en un momento en que para proteger a los adolescentes de esta enfermedad haya que trascender el planteamiento habitual de informarle sin más de sus riesgos.

Todo lo que permita favorecer la interiorización de la norma por parte del joven debe de resultar positivo. Para ello es indispensable que éste **aparezca como el protagonista de la comunicación**, y no como simple destinatario pasivo e ignorante frente a un mensaje que le transmiten instancias adultas. Creemos que pueden ser más eficaces campañas de comunicación con **protagonistas juveniles** y planteadas en **contextos juveniles** que campañas como la que nos ocupa, en las cuales el receptor no tiene capacidad para identificarse ni con personajes ni con situaciones.

El esfuerzo debería de estar concentrado en desautorizar comportamientos frecuentes de riesgo y las actitudes que los provocan, y refrendar las contrarias. Vía identificación con personajes y situaciones concretos, se le deben ofrecer al adolescente **armas** para contrarrestar el comportamiento perverso del grupo y para salir indemne de las situaciones de riesgo. El objetivo principal sería conseguir que el adolescente tome las riendas de su propia sexualidad a pesar de, y en gran medida, en contra de los mensajes de prohibición que recibe del mundo adulto. Sólo en un contexto semejante se puede conseguir una auténtica normalización del uso del preservativo. Sólo se puede normalizar el uso del preservativo si la propia sexualidad adolescente deviene normalizada. A fin de cuentas, una intervención formativa exige dejar de una vez por sentado que el adolescente conoce el riesgo, y empezar a trabajar en el terreno más complicado, el de las dificultades que tiene aquél para asumir el comportamiento racional consecuente.

Considerando particularmente a las chicas, una intervención «feminista» sobre el colectivo de las adolescentes con relación al

hecho de llevar preservativo podría ser una acción eficaz en el contexto de las campañas generales de concienciación e información. A todas luces, considerando el tipo de sexualidad esporádica y furtiva del adolescente, no es suficiente con que ellas digan «no» cuando no hay preservativo. Hay que conseguir que también lo lleven, porque ese «no» puede ser muy fácilmente trocado en «sí» cuando lo que está en juego es la seducción de un chico «tentador».

La evaluación de esa otra parte del Programa que consiste en la promoción para adolescentes de **cajas de preservativos a bajo precio** de venta en farmacias ha sido bastante negativa. En primer lugar porque el precio no es una razón más que **muy secundaria** de inhibición a la compra del preservativo, por lo menos considerando el canal farmacias. Si el joven no acude a la farmacia a comprar preservativos no es porque éstos le resulten demasiado caros, sino porque no puede superar el *corte* que le produce la situación. En el contexto de la farmacia, no es posible generar la demanda de aquellos que no se acercaban a la farmacia simplemente con el gancho de un precio más reducido. Pero una vez que el joven supera su inhibición a la compra en la farmacia, tampoco muestra un interés especial por un preservativo de marca desconocida. Prefiere, aunque pague más, un preservativo de las grandes marcas, que le ofrece las máximas garantías. Ante esta situación poco podía hacer el farmacéutico, por mucha buena voluntad que pusiese.

Por otra parte, hay que ofrecer al adolescente modos de acceso alternativos a la farmacia que le permitan superar su «corte».

La alternativa de las máquinas en discotecas, pubs y gasolineras no permite que se desarrolle un comportamiento previsor, debido al déficit de garantía que cualquier adolescente le asigna. Sirven sólo como solución de urgencia.

Las máquinas de farmacia, sin lugar a dudas, han sido la solución reciente más efi-

caz. Sería positivo que se divulgara esa alternativa y también el proponer otras alternativas de similar o mayor eficacia, como la venta de preservativos en colegios.

Sugerir el posible acceso a otras alternativas como supermercados o perfumerías, y sancionar su garantía, sería también otra medida razonable.

El problema que se pretendía resolver era imposible de abordar desde el canal farmacias. Para hacer más accesible el preservativo al joven hay que proponerle otros lugares de compra. La iniciativa reciente de proponer la venta de estos preservativos en **máquinas expendedoras** en lugares públicos creemos que es más ajustada a la naturaleza del problema.

Queda por señalar que el estudio tenía una finalidad fundamentalmente práctica: evaluar, al modo de una investigación de mercados, una campaña comunicativa destinada a promocionar el uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. En modo alguno, por tanto, se trataba de una investigación global, con pretensiones de representatividad, de la sexualidad de los adolescentes y jóvenes de la Comunidad de Madrid. Cualquier intento de extender los resultados fuera del contexto de su producción supone una operación ilegítima.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programas de Salud Pública. Memoria 1999. Madrid: Consejería de Sanidad; 2000. Documentos técnicos de Salud Pública núm. 63.
Programas de Salud Pública 2000. Madrid, Consejería de Sanidad; 2000. Documentos técnicos de Salud Pública núm. 62.
2. Weber M. Conceptos sociológicos fundamentales. En: Economía y Sociedad. 3.ª ed. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 9-45.
3. Conde F. El mundo de las relaciones personales de los jóvenes madrileños. Investigación cualitativa previa del programa de normalización del pre-

- servativo. (edición mimeografiada). Madrid: Consejería de Salud; 1999. p. 122.
4. Peinado A, Pereña F y Portero P. La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1993. Documentos Técnicos de Salud Pública núm. 9.
 5. Ibáñez J. Más allá de la Sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica. 1.^a ed. Madrid: Siglo XXI; 1979. p.205.
 6. Soto Más F, Lacoste Martín J, Papenfuss L, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud, un enfoque teórico para la prevención del Sida. Rev Esp de Salud Pública 1997; 71: 335-341.
 7. Conde F. Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1997. Documentos Técnicos de Salud Pública núm. 45. p. 67-68.

ORIGINAL

LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN ENFERMERÍA EN LA ESCUELA
UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS Y DE LOS PROFESIONALES ASISTENCIALES.
UN ESTUDIO CUALITATIVO CON GRUPOS DE DISCUSIÓN

Cristina Pérez Andrés (1), Almudena Alameda Cuesta (2) y Carmen Albéniz Lizarraga (3).

(1) Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

(2) Escuela Universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Leganés, Madrid.

(3) Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

RESUMEN

Fundamentos: En las escuelas de enfermería el contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se practica en los centros asistenciales suele provocar en los alumnos una gran confusión. El objetivo de esta investigación es conocer la opinión de los estudiantes y de los profesionales de los centros asistenciales en los que realizan sus prácticas clínicas acerca de las mismas, para detectar sus problemas y ver si existen diferencias entre atención primaria y atención especializada.

Métodos: La investigación se realizó durante el primer semestre del año 2000 con metodología cualitativa, a través de cuatro grupos de discusión, formados por alumnos, exalumnos, tutores de atención primaria y profesionales de enfermería de los hospitales en los que se realizan las prácticas. La intervención inicial utilizada fue indirecta.

Resultados: El discurso de los estudiantes de enfermería y de sus tutores, sobre las prácticas durante la diplomatura muestra la insatisfacción de ambos colectivos. En todos los grupos aparece la angustia como protagonista de sus actividades tanto docentes como discentes y asistenciales. La falta de reconocimiento social condiciona su falta de identificación como colectivo, y ambos que la angustia esté presente. El reconocimiento de la licenciatura para sus estudios universitarios y el desarrollo de las especialidades contribuiría a su reconocimiento social y a su identificación como colectivo profesional.

Conclusiones: Mientras no se resuelva la angustia que los profesionales de enfermería tienen, y que trasladan a los alumnos durante la realización de las prácticas, no se podrá alcanzar mayor nivel de satisfacción con las mismas, ni por parte de los tutores ni por parte de los alumnos.

Palabras clave: Escuelas de enfermería. Estudiantes de enfermería. Práctica del docente de enfermería. Investigación en educación de enfermería. Investigación cualitativa. Personal de enfermería. Salud laboral en enfermería. Satisfacción profesional. Especialidades de enfermería. Ansiedad. Relación médico-enfermeras. Reconocimiento social.

Correspondencia:
Almudena Alameda Cuesta
Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Avda Orellana, s/n. Recinto Hospital Severo Ochoa. Leganés. 28911 Madrid
Correo electrónico: e.u.enfermeria@comadrid.es

ABSTRACT

The Opinion of Nursing Students and
Professionals Concerning Nursing
Training in the Community of Madrid,
Spain: A Discussion Groups Study

Background: In the nursing schools, the contrast between what is taught in the classrooms and what is practiced at the health care centers usually creates a great deal of confusion on the part of the students. The objective of this research is to ascertain the opinion of the students and of the professionals at the health care centers where they are doing their training with regard thereto in order to detect their problems and see what differences exist between primary and specialized care.

Methods: This research was conducted throughout the first half of 2000 employing qualitative methodology, by means of four discussion groups comprised of students, former students, primary care training advisors and nursing professionals at the hospitals where the students of the school in question are doing their nursing training. The initial involvement employed was indirect.

Results: The comments of the nursing students and of their training advisors with regard to the practice nursing during the diploma studies reveal dissatisfaction on the part of both of these groups. In all of the groups point out anxiety as the leading factor involved in their teaching as well as learning activities and during professional training. The lack of identification as a group of professionals seems to be related to the lack of recognition on the part of the others, the demand for a degree being granted for their college studies and for the setting up of specialties would contribute to their social recognition and, as a result thereof, to their identification as a professional group.

Conclusions: Until a solution is provided to the anxiety which the nursing professionals feel with regard to their professional practice, which they pass on to their students during nursing training, it will not be possible to achieve a higher degree of satisfaction with nursing training experiences either on the part of the training advisors or on the part of the students.

Keywords: Job satisfaction. Nurses. Nursing. Practical. Specialties, nursing. Schools, Nursing. Occupational Health nursing. Students, nursing. Qualitative research. Anxiety. Physician-Nurse Relations. Social Identification.

INTRODUCCIÓN

La integración de la teoría y la práctica en la formación académica es una de las mayores preocupaciones de las instituciones docentes. Las escuelas de enfermería no son una excepción y el contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se aprende en los centros asistenciales en los que se realizan las prácticas clínicas, suele sumir a los alumnos en una gran confusión. Sería demasiado pretencioso, incluso utópico, querer llegar a un nivel de concordancia perfecta entre la teoría y la práctica de una materia. Es el sujeto implicado en el proceso de aprendizaje el que utiliza los medios a su alcance para integrar teoría y práctica de una manera dinámica. A pesar de esta realidad, desde el punto de vista docente siempre hay que procurar que exista coherencia entre la formación teórica y la formación práctica, para evitar que aparezca lo que algunos autores han llamado «shock de realidad». Este vendría provocado por la disonancia entre cómo se cree que deberían ser las cosas y cómo son en realidad, y sus consecuencias principales son la intensa desorientación y la angustia del estudiante¹.

Algunos autores han introducido conceptos como praxis o práctica reflexiva en el campo de la docencia en enfermería². Estos términos nos hablan de una filosofía pedagógica y metodológica de la formación; en ella el eje central lo constituye la práctica. Pero ésta es mucho más que una mera aplicación instrumentalizada de lo que el estudiante aprende en el aula o que una repetición de lo observado durante los períodos que pasa en los centros asistenciales. Consiste en una visión mucho más amplia de la labor de enfermería, en la que cada problema es único, inmerso en una realidad determinada, y cuya resolución radica en la acción desde la reflexión. Desde este punto de vista, las prácticas clínicas toman gran relevancia y la necesidad de que el aprendizaje en este ámbito sea riguroso se convierte en algo irrenunciable.

Entre los profesionales de enfermería nos encontramos con tres sectores: el asistencial, el docente y el gestor³. Esta división, en lugar de suponer un enriquecimiento de todo el colectivo de enfermería, provoca más bien un estado de permanente conflicto, ya que cada uno de ellos proyecta una imagen distinta marcada por sus objetivos particulares, los cuales, en lo que se refiere a la formación de estudiantes, parecen ir en direcciones distintas. Los asistenciales piensan que los docentes no preparan a los alumnos para enfrentarse con la realidad; los docentes, a su vez, mantienen que los asistenciales no asumen su compromiso docente y que son reacios a abrirse a las nuevas tendencias que marcan el desempeño profesional de enfermería. Con esta situación es realmente muy difícil transmitir a los alumnos una imagen unificada y complementaria sobre la teoría y la práctica.

De los resultados obtenidos en un estudio realizado en la EUE Príncipes de España de Barcelona⁴, durante los cursos académicos 1988-89 al 1991-92 se pudo deducir que el aumento en la calidad de la comunicación entre docentes y asistenciales había mejorado, a su vez, la percepción de los estudiantes sobre la consecución de sus objetivos en la práctica clínica.

Existen experiencias en varios países europeos, así como en Estados Unidos, sobre la aproximación teoría-práctica durante los estudios de enfermería⁵⁻⁷ y, aunque hay diferencias significativas entre las diversas propuestas, en todas ellas se parte de una unión sólida entre las direcciones de las escuelas y las direcciones de enfermería de los centros asistenciales. Bajo esta única línea directiva, los profesionales de enfermería tendrían una triple responsabilidad: asistencial, docente e investigadora.

La Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid comenzó a funcionar en 1991 dependiendo de la Consejería de Sanidad y de la Universidad Autónoma de Madrid. Su metodología docente se puede resumir en

tres puntos fundamentales: sentido de la realidad, interrelación teoría-práctica y participación activa de los alumnos⁸. En este marco conceptual queda planteada la necesidad de integrar teoría y práctica y, aunque no es más que un comienzo, el hecho de enunciarla permite ver las dificultades de su aplicación y desarrollar estudios para evaluarla. En este ámbito se planteó la realización de esta investigación en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid.

El objetivo de esta investigación es conocer la opinión de los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid y de los profesionales de los centros asistenciales en los que realizan sus prácticas clínicas acerca de las mismas, para detectar sus problemas y ver qué diferencias existen entre atención primaria y atención especializada.

SUJETOS Y MÉTODOS

Las relaciones que se establecen en las actividades docentes de cualquier enseñanza en general y de la enfermería en particular, entre

el profesorado y los estudiantes, conforma, a la hora de su investigación, un objeto complejo que incluye las relaciones personales y la intersubjetividad de las personas implicadas en el proceso docente y discente. La complejidad de la estructura de dicho objeto justifica el empleo de la metodología cualitativa o estructural en el proceso de su investigación. Lo fundamental de ésta es que trabaja con el análisis e interpretación del lenguaje (verbal o no verbal) obtenido en condiciones de investigación, siendo las técnicas más características la observación participante, las historias de vida, la entrevista abierta y el grupo de discusión⁹⁻¹².

La investigación se realizó durante el primer semestre del año 2000 con metodología cualitativa, obteniéndose la información mediante grupos de discusión, por ser esta la técnica más adecuada para nuestro objeto de estudio y la más característica de las que se encuentran entre la metodología cualitativa¹³⁻¹⁶. Con el fin de permitir la expresión del discurso de los diferentes colectivos se diseñaron cuatro grupos para mantener la homogeneidad dentro de cada uno de ellos y la heterogeneidad entre grupos. En la tabla 1

Tabla 1
Características de cada grupo de discusión

Grupo	tipo de participantes	número de personas citadas	edad	sexo	contactador	personas que acudieron	Fecha reunión
GD1	Alumnos de 2.º y 3.º	10	Menores de 25 años	Se citó al menos a dos varones	Un alumno compañero de los participantes	10	17 de enero de 2000 de 17:00 a 18:30
GD2	Exalumnos que hubieran acabado sus estudios en las dos promociones anteriores a la fecha del estudio	10	Menores de 25 años	Se citó al menos a dos varones	Un exalumno de las dos últimas promociones	8	24 de enero de 2000 de 17:00 a 18:30
GD3	Profesionales de enfermería que trabajando en el hospital tengan alumnos asignados	10	Entre 25 y 50 años y con experiencia laboral mínima de dos años	Se citó al menos a dos varones	Un profesional de enfermería trabajador en un hospital y siendo docente	3	14 de marzo de 2000 de 12:00 a 13:30
GD4	Profesionales de enfermería que trabajando en la atención primaria sean tutores de alumnos	10	Entre 25 y 50 años y con experiencia mínima como tutores de un año	Se citó al menos a dos varones	Un tutor de atención primaria	10	31 de enero de 2000 de 17:00 a 18:30

se refieren las características de las personas convocadas a cada grupo. Entre los alumnos no se incluyó a los de primer curso dado que cuando se realizó la investigación no habían comenzado a realizar prácticas clínicas.

A los contactadores se les facilitó una breve información sobre el estudio con el fin de que se la transmitieran a los componentes de los grupos, junto con la fecha, hora y lugar de la reunión. Los contactadores fueron retribuidos económicamente y los participantes en los grupos recibieron un regalo. Los grupos de discusión tuvieron lugar en la sala de reuniones de un Centro Cívico Municipal. La intervención inicial que se utilizó para provocar la producción de la información fue de tipo indirecto, ya que no explicitaba el objetivo de la investigación.

Durante la realización de los grupos una persona del equipo de investigación, ajena al ámbito de la Escuela, actuó como moderadora y otra como observadora. Las conversaciones se grabaron en cinta magnetofónica y posteriormente se transcribieron.

RESULTADOS

En la tabla 1 se puede observar cuántas personas acudieron a cada grupo, la fecha de realización de la reunión y el tiempo que duró cada una de ellas.

En cuanto al discurso de los grupos de discusión, se han encontrado estructuras semánticas comunes en todos ellos, que relacionan la profesión de enfermería y las prácticas clínicas, las cuales citamos a continuación.

1. La angustia, el estrés, la ansiedad

En primer lugar, en todos los grupos, independientemente de que estén compuestos por estudiantes o profesionales, ya sean de atención primaria o atención especializada, se cita el estrés, la angustia, la ansiedad y el

miedo como principales protagonistas de su práctica (tabla 2).

2. El trabajo en el hospital es muy estresante

El discurso de todos los grupos manifiesta que el trabajo del hospital es muy estresante. La generalidad de los conocimientos adquiridos durante la diplomatura y la falta de definición de sus funciones no permiten desarrollar de forma protocolizada las actividades que realizan e impide su independencia de los médicos, así como la delimitación de roles con las auxiliares de enfermería. Se quejan de tener que realizar las funciones que ningún otro personal del hospital tienen señaladas pero que, sin embargo, tampoco son suyas. En los hospitales hay una disponibilidad excesiva para ser cambiados de un servicio a otro. En estos cambios no se tiene en cuenta ni la formación ni la experiencia a la hora de adscribirle a un servicio. También son motivo de estrés la sobrecarga de trabajo, por el número excesivo de enfermos a los que atiende cada profesional; el que las plantillas estén infradotadas, y el tener que doblar turnos. También el que el colectivo médico no tenga confianza en las decisiones tomadas por el personal de enfermería. Todas estas condiciones de trabajo les genera un estrés y un cansancio que puede justificar la falta de interés en objetivos comunes con el resto de sus compañeros (tabla 3).

3. El trabajo en atención primaria es diferente

Las diferencias del modo de trabajar entre atención primaria y atención especializada son tantas que plantean que puedan ser dos planes de estudio distintos o dos especialidades diferentes. Mientras que en el hospital echan de menos el trabajo en equipo, saben que en atención primaria sí lo hay, y también mejores relaciones con los médicos, funciones mejor definidas y menos carga asistencial. Pero en el grupo de

Tabla 2

Verbatim relacionados con la angustia, el estrés, la ansiedad

<i>Realmente depende de ti totalmente su vida, pero su cuidado, su bienestar, te entra mucha más angustia. Por eso a la hora de decir, jope, tengo que aprender a hacer muchas más cosas, porque es que depende de mí algo mucho más importante. (GD1)</i>
<i>Cuando empiezas a aprender, porque antes bueno, si es como estás es un como si estás aprendiendo, aprendiendo, pero es tal información que hay veces que no sabes ni por donde cogerla, se te amontona todo de golpe y dices y me tengo que acordar de todo esto... es una angustia. (GD1)</i>
<i>Es que en general luego la gente, cada uno dentro de la profesión es que hay muchísimas variantes, está el interino de los 10 años que está agobiado porque están saliendo las oposiciones, se tiene que sacar la plaza y además salen los traslados, lleva toda la vida en la pediatría, ahora resulta que le mandan a la medicina interna, que no ha estado con un adulto desde que terminó la carrera y ya no sabe si se va a poder amoldar; está la señora que está en el turno de tarde que quiere pasarse a la mañana que está todo el día luchando y cabreada y trata al paciente de determinada manera porque quiere estar en la mañana y está en la tarde y se lo ha quitado no sé quién, o sea es que es un continuo estrés o sea todo el mundo está, en general, está mal. (GD2)</i>
<i>Cuando llegan los suplentes les decimos no os preocupéis, no te preocupes porque sueñes por las noches y porque te vayas llorando a casa todos los días, que eso es lo habitual aquí. No debería ser así, pero todos los veranos, la gente se va llorando a casa. Es que es fuerte. Y tienes que decir, no te preocupes, no te preocupes que esto es así, le pasa a todo el mundo, no eres el único y es así hasta que te adaptes y cojas mas práctica. Es triste, es que no salen preparados ni para el estrés ni para... (GD3)</i>
<i>Se hacen 4 cursos para quedar bien, para decir que hay una formación continuada, que son siempre los mismos cursos además, que para acceder a un curso a mí no me parece normal, pues yo me he apuntado a un curso, que es un curso para el estrés, que me parece que lo necesito hace tiempo, porque soy una persona muy estresada, pues me habré apuntado como siete veces y todavía no me ha tocado hacerlo, llevo 2 años apuntado en ese curso. (GD3)</i>
<i>— No nos hemos sentado y hemos dicho vamos a hacer una buena planificación, desde nunca y hemos ido cogiendo más y más y claro, llega un momento que tenemos overbooking, esto que dicen en los vuelos, igual, cuando ya tenemos overbooking pues resulta que es que no hacemos nada. Y dices mira, lo hacemos como salga y no nos planteamos si está bien o está mal. — Lo que tenemos es burn out. Estamos quemados, claro. — Estamos churruscados. (GD4)</i>

Tabla 3

El trabajo en el hospital es muy estresante

<i>Pero es que luego se cambia de una planta a otra. Yo estando en la UCI, ha habido gente que ha cambiado de servicio y llevaban 10 años trabajando ya y llegan allí y venía de urgencias a la UCI y era... la medicación se diluía totalmente distinta. Entonces la mujer llegaba los primeros días y estaba como nosotros con su cuadernillo, nada más que apuntando e ibas tú a preguntarle y te decía no, no, si a mí no me preguntes que... (GD1)</i>
<i>Yo tuve la experiencia de con los traslados de ahora, una enfermera que ha estado toda la vida trabajando con adultos, que pasan directamente a urgencias de pediatría, claro decía ¿qué es esto?, no, no tenía manejo, lo pasó fatal, hombre y imagino y lo seguirá pasando. (GD1)</i>
<i>Pues porque las condiciones de trabajo no son las mejores, hay veces que tienes que doblar, hay veces que tienes que triplicar, triplicar no, pero vamos, quedarte sin un fin de semana libre,... (GD2)</i>
<i>Y muchas veces entiendes, ¿no? cuando te decían, cuando estabas tú de prácticas, yo recuerdo estar de prácticas y decir, jo, es que yo he visto a la enfermera Fulanita de no sé qué, que es que va por la habitación y no hace no sé qué y no hace no sé cuantos y yo creo que es que eso hay que hacerlo. Jo, no, es que hay que estar viviendo cada día y la carga de trabajo que tiene cada enfermera ¿eh? (GD2)</i>
<i>Estás tan estresado, está muy bien todo eso, si yo lo sé, ojalá no se me olvide, porque algún día me gustaría practicarlo y hacerlo, pero hoy en día es imposible, es irrealizable que un enfermero tenga 16 enfermos, haga un proceso de atención de enfermería en condiciones, les dé apoyo emocional, esté con ellos, estudie, se reciclé, enseñe al alumno que tiene y haga investigación. (GD3)</i>
<i>Eres la persona que tiene que estar pendiente del trabajo del médico de que esté todo bien pautado, de que no haya ningún problema, vale; tienes que estar pendiente de las pruebas complementarias que se le piden y pegarte con rayos, con cocina, con laboratorio, con no sé qué, pegarte con todos los servicios del hospital. (GD3)</i>
<i>No y que luego cada enfermera, como se trabaja poco con protocolos, en el hospital cada enfermera va a su bola. (GD4)</i>

exalumnos, al referirse a la atención primaria, hablan de ella con diminutivos y expresiones que la catalogan en general como algo pequeño, lo que parece indicar cierto desprestigio de la misma entre ellos y, a pesar de las ventajas que sobre ella destacan, les gusta trabajar más en el hospital. De hecho todos los participantes de este grupo hacen suplencias en el hospital en el momento en el que se realiza esta investigación, ninguno en atención primaria.

Los tutores de atención primaria (GD4) piensan que trabajan de forma diferente al hospital, con más protocolos y, junto con la mayor confianza que tiene el médico en ellos, se sienten más autónomos. De hecho estos profesionales se plantean que la enfermería debería diseñar los planes de cuidados

y dejar que las técnicas las haga otro personal, sugiriendo que ellos podrían tener un papel exclusivamente relacionado con la enfermería comunitaria y que deberían reducir su tiempo de consulta de enfermería. Así, plantean que la enfermería de atención primaria debería ser una especialidad. En la reforma de la atención primaria piensan que son ellos los que han asumido las funciones de la salud comunitaria, aunque todavía se sienten infrutilizados en este trabajo (tabla 4).

4. Sobre la diplomatura, la licenciatura y la escuela

El discurso de todos los grupos manifiesta que durante la diplomatura el estrés y la an-

Tabla 4
El trabajo en atención primaria es diferente

<p>— <i>Y yo voy a trabajar en atención primaria porque me encanta hablar con el paciente, igual se puede hacer en el hospital, me gusta más el contacto que se tiene de tú a tú, que se tiene en un centro de salud.</i></p> <p>— <i>Tienes un mayor seguimiento con la persona.</i></p> <p>— <i>Claro, el tú a tú lo puedes tener la verdad...</i></p> <p>— <i>Pero si tú tienes un cuarto de hora para una consulta de enfermería, pues tienes un cuarto de hora exclusiva tú con esa persona, mientras que de la otra manera tienes 16 enfermos.</i> (GD1)</p>
<p><i>Como profesional, yo misma en mis mismas carnes no he estado nunca, ahora sí que veo que se trabaja mucho más en equipo, la relación con el médico es completamente distinta, con el enfermero de al lado es completamente distinta, no sé, los programas que se llevan a cabo...</i> (GD2)</p>
<p><i>Te pones de acuerdo con tus compañeros de enfermería, con el médico con el que trabajas. Sabes que te llega... a cada hipertenso, le tienes que hacer una serie de cosas todos los meses, o cada dos meses, una serie de pruebas todos los años... es decir, no sé, está todo como mucho más clarito, está todo más delimitado y sí te permite llevar a cabo tu trabajo con una mayor facilidad y con mayor claridad...</i> (GD2)</p>
<p><i>Sin embargo un enfermero de primaria sí que tiene más margen para poder hacer cierta parte de técnicas y poder desarrollar su campo teórico, lo que pasa es que a la hora de la verdad, depende también de la persona que vaya a primaria y de las ganas que tenga, queda mucho a voluntad de cada uno el poder hacer las cosas.</i> (GD3)</p>
<p><i>Yo he trabajado en los dos sitios y en el hospital trabajo en interna y me veo muchas veces muy limitado, sobre todo en la toma de decisiones, yo puedo tomar decisiones, sé que las tengo que tomar, incluso hay veces que le tienes que decir a un residente lo que tiene que hacer porque no lo sabe, y sin embargo, en primaria, se trabaja más en equipo incluso lo de trabajar en equipo se nota sobre todo a la hora de que te pidan cosas. Tu estás en el hospital y un médico te pide una cosa y te la pide, sin embargo, en primaria es diferente, hay una relación más de colegas, mas de equipo.</i> (GD3)</p>
<p>— <i>Oye, pues yo no sé si debería haber planes diferentes de estudios. Se me ocurre, se me ocurre.</i></p> <p>— <i>Pues una especialidad, o algo así.</i></p> <p>— <i>No, pero la licenciatura también sería común, desde mi punto de vista, y después especialidades, especialidades de UVI, especialidad de quirófano, especialidad de atención primaria, yo que sé</i> (GD4)</p>
<p>— <i>Somos diferentes al resto de enfermeros.</i></p> <p>— <i>No hay nada que ver, no tiene nada que ver la enfermería del hospital, que yo he trabajado muchos años, con la enfermería en atención primaria.</i> (GD4)</p>

gustia se deben al excesivo trabajo que les supone la misma. Si hacen muchas prácticas les falta tiempo para las clases teóricas; si aumentan éstas, les falta tiempo para las prácticas, para los trabajos de grupo y para preparar los exámenes. A pesar de todo este trabajo, los estudiantes y los que ya están diplomados piensan que no salen suficientemente formados para trabajar, que sus conocimientos son excesivamente generales, y afirman que ambos problemas los resolverían a través de la licenciatura, que aumentaría la duración de la carrera, y con el desarrollo de las especialidades en enfermería.

Tanto los alumnos (GD1) como los exalumnos (GD2) opinan que la Escuela tiene un planteamiento muy exigente, que induce en ellos un espíritu muy competitivo. También, aunque valoran el trato personal con los profesores, critican la poca relación con la Universidad, de la que se sienten muy alejados, y el paternalismo de la Escuela. Aunque valo-

ran las ventajas de estar en una institución con pocos alumnos, parece que pesan más los inconvenientes. Según ellos, la Escuela tiene un planteamiento demasiado orientado hacia atención primaria y la enfermería comunitaria, descuidando la formación en otras materias básicas, para lo que suelen poner de ejemplo la farmacología. Piensan que hay mucha diferencia entre los tutores de prácticas, tanto si son de atención primaria como especializada, y los profesores que trabajan en la Escuela, ya que éstos últimos sí están formados como docentes (tabla 5).

5. Opinión que tienen de los profesionales de enfermería (Identidad como colectivo)

Llama mucho la atención la mala opinión que los participantes en los grupos tienen sobre los profesionales de enfermería, a los que acusan de tener poco compañerismo, ser

Tabla 5

Sobre la diplomatura, la licenciatura y la escuela

<i>Yo creo que es que realmente no es una carrera de tres años, que se reduce mucho menos por que las prácticas quitan un montón de tiempo que aunque tu puedas aprovecharlo para estudio, pero en lo que otras en lo que otras carreras tienen tres años y otras diplomaturas, ésta no tenemos tres años, te quitan un montón las prácticas y está todo mucho como muy concentrado. Yo creo que es como una licenciatura que la han metido en tres años y que debería ser mucho... yo creo que los mismos tres años alargados en una licenciatura. (GD1)</i>
<i>O también lo que yo pienso que igual que hay especialidades de matronas, especialidad de salud mental, urgencias darían para una especialidad, gerontología daría para enfermería gerontológica, daría para otra. Hacer, si hacer un aparte, tener los tres años de tu carrera y aparte especialidades, que es cuando de verdad vas a empezar a profundizar y a conocer... a bueno estar especializada en un tema que aunque seas una enfermera por así decirlo como de base, de tener unos conocimientos amplios sobre todo, pero especializarte en algo, porque ahora mismo salimos y... como que sabemos muy poco. (GD1)</i>
<i>Creo que ya es entrar en cosas más profundas, creo que el planteamiento de esta carrera es hasta cierto punto bastante equivocado, hacemos una diplomatura y seguramente hacemos más horas que muchas licenciaturas. Nosotros salimos de casa durante los 3 años de carrera a las 7 de la mañana y hay días que se vuelve a las 11 de la noche, estás de prácticas pero estás haciendo una jornada laboral. Trabajas tus 7 horas, eres estudiante, vas a aprender, pero... (GD2)</i>
<i>De todas formas, si fuera más larga, si fuera una licenciatura la carrera, si que habría tiempo para toda la comunitaria y para toda la enfermería médica y para todo. (GD3)</i>
<i>Y posiblemente si se ampliara la licenciatura de enfermería el campo donde más se puede explorar es en ese, supongo. O el tema de las especialidades en enfermería, también es verdad que al final siempre valemos todos para todo. Porque sale una especialidad de matrona o de enfermería psiquiátrica y no sale uno de enfermeros de urgencias o de enfermeros de medicina interna o de... (GD3)</i>
<i>Pues por eso te digo, que tienes que hacer otra licenciatura de lo que sea, para poder impartir las clases de enfermería. A eso vamos, tienes que hacer antropología, psicología, sociología. (GD4)</i>
<i>Un aparejador tiene la misma titulación académica que nosotros y está cobrando medio millón de pesetas limpias al mes y es una carrera técnica exactamente igual que la nuestra y ya no es licenciatura, es un aparejador y como esos hay ejemplos múltiples. Te puedo traer nóminas. (GD4)</i>

pasivos e individualistas, ser poco trabajadores y estar poco interesados en los objetivos que debería tener la profesión. Ello ha originado que sus reivindicaciones se hayan quedado siempre sin realizar, por lo que en la actualidad continúan sin licenciatura, y lo

que es peor, sin tener claro cuales son sus funciones ni, incluso, su profesión. En dos grupos, el de exalumnos y el de tutores de atención primaria, se relaciona la pasividad con el hecho de que el colectivo sea mayoritariamente femenino (tabla 6).

Tabla 6

Opinión que tienen de la profesión (Identidad como colectivo)

<i>Es que sólo te falta trabajar en el campo de la enfermería, ese corporativismo que tienen los médicos en el campo de la enfermería no existe, y yo pienso que eso es en algo en lo que deberíamos trabajar. (GD1)</i>
<i>Hay mucha gente que te ve como futura competencia. Y más cuando... nosotros que estamos acabando hay muchos que te miran como si fueras la competencia de todos los días y más cuando no tienen la plaza fija. Te ven como que éste dentro de dos días me voy a tener que pelear con él para coger el puesto cuanto menos sepa y menos le cuente yo mejor, y te cuentan lo justo. (GD1)</i>
<i>Él lo que quiere es mantener su contrato y punto, y no le pidas que se movilice o que vaya a Dirección a poner una queja a su supervisora, porque vamos, no se le pasa por la cabeza. (GD2)</i>
<i>De todas formas yo creo que eso viene influido por la diferencia de formación que tienen unos enfermeros y otros, en cierta medida es culpa nuestra. Si tienes al lado un enfermero que estudió hace 30 años, y yo entiendo que es difícil reciclarse, pero que no se ha reciclado, pero evidentemente, cuando el médico llega y ve gente así pues es normal que no confie, yo tampoco lo haría. (GD3)</i>
<i>Y alguien que no lo está haciendo nunca, lo sabes y se lo dices y te dice que vale, que no lo va a hacer. Y entonces claro, dices, ¿para qué coño estoy aquí calentándome la cabeza, si además de hacer mi trabajo tengo que hacer lo que se ha dejado pendiente la persona que había antes de mí? (GD3)</i>
<i>Yo digo que estamos muy cómodos y muy inmovilizados, no en el plan que tú has dicho, que sí que yo veo que nos hemos movido mucho, sino que, por ejemplo, a la hora de pedir sueldos nadie se ha movido, a la hora de pedir una licenciatura no nos hemos movido, a la hora de pedir que a los tutores nos reconozcan nuestro trabajo, no nos hemos movido, en este sentido digo cómodos. (GD4)</i>

6. Falta de reconocimiento social hacia su profesión

En todos los grupos se manifiesta que la enfermería es una profesión muy poco valorada y poco reconocida por los pacientes, por sus amigos de otras carreras universitarias, por los médicos, por la sociedad en general y por ellos mismos. También se opina que aunque en la atención primaria existe más reconocimiento por parte de los médicos hacia su labor éste sigue sin darse por parte de la población.

Esta falta de reconocimiento social hacia la profesión parece dar origen al resto de unidades de sentido citadas anteriormente, dado que no permite la identidad del colectivo y genera la angustia que caracteriza su práctica profesional (tabla 7).

7. Las prácticas durante la diplomatura

El discurso tanto de los estudiantes de enfermería como de sus tutores, ya sean de atención primaria o de atención especializada, sobre las prácticas durante la diplomatura se encuentra atravesado por las estructuras semánticas identificadas anteriormente, mostrando la insatisfacción de ambos colectivos, alumnos y profesionales. La insatisfacción se argumenta con distintos factores más o menos objetivables en cada grupo.

En el caso de los estudiantes la relacionan con la falta de interés que perciben por parte de los tutores y la falta de formación de los mismos como docentes. La ansiedad que ello les crea se da tanto en las prácticas que realizan en atención primaria como en el

Tabla 7

Falta de reconocimiento social hacia su profesión

<i>No sólo enfermería, tú vas a un hospital y con eso de que los médicos siempre están por encima, a pesar de que sea un trabajo que deba ser en equipo y que es otro campo distinto, parece que nosotros siempre estamos por debajo y eso se ve todavía. O sea habrá médicos que no, pero la inmensa mayoría desde la universidad pues eso, lo mamen, que son los dioses del mundo por resolver la enfermedad y bueno pues la enfermera siempre aparece por debajo. (GD1)</i>
<i>Pero es que de todas maneras se complica más la cosa, porque no se trata sólo de ganas de cambiar las cosas con respecto a los compañeros y tal, sino con respecto a los pacientes, porque hay muchos pacientes que todavía tienen ese ideal de la enfermera de antes, que era la practicante o la secretaria del médico, entonces el tener que cambiar esa concepción que tiene todavía mucha gente de que ¡ah! ¿pero esto me vas a atender tú? o ¿esto no me lo debía, no se lo deberías de comentar al médico? (GD1)</i>
<i>— Y te preguntan si eso es una carrera universitaria. — Pero lo que es amigos míos, de mi edad, universitarios, que te digan eso pues te quedas... me derrumba, te deprime un poco, pero eso así en general... (GD1)</i>
<i>— Pero, ya sólo por el hecho de que te llamen de usted. A mí me da exactamente igual, yo para todo el mundo soy A... y soy A..., pero el hecho de que en un sitio te hablen de usted, te hablen con respeto, al hecho de que en otro sitio te digan, shss... — Camarero, como me han llamado a mí. — Guapa vente para acá, o camillero. (GD2)</i>
<i>Yo a lo que voy, o a lo que iba, que me parecía muy bien mi trabajo, lo que has dicho tú antes, pero que, en general a la población, pero desde los niños pequeños hasta el mayor más mayor, ¿me entiendes?, darnos a conocer, porque realmente en primaria ¿quién nos conoce? (GD2)</i>
<i>— Porque hay médicos que la primera vez que te ven yo no sé lo que piensan que debe ser un enfermero, lo que ha estudiado y entonces te tratan como si fueras tonto, entonces, claro dices, yo no sé lo que este tío lo que se está pensando que soy yo. — Por eso también será que los médicos no tienen buena confianza en nosotros, porque siempre nos han visto como un cuerpo técnico que iba a hacer lo que ellos querían que hicieras. — Es que como no nos valoran, pues... (GD3)</i>
<i>Nos conocen... en el hospital, saben que existimos, pero no saben lo que hacemos, saben que hay enfermeras, pero no saben exactamente decirte quién es ni qué es lo que hace la enfermera. (GD3)</i>
<i>Nosotros estamos moviéndonos, anónimamente, y nos estamos moviendo mucho, mucho, pero anónimamente, y es lo que contra lo que quizás si que habría que protestar de aquí a poco, de aquí a poco. Porque a poco que hagas un estudio verás que cualquier referencia de los 10 años últimos, por poner una fecha, de los 10 años últimos hacia acá, ningún folleto, ninguna noticia de nuestra propia institución hace referencia a enfermería como actor, agente de salud, ninguna, siempre son de médicos y especializados. (GD4)</i>
<i>Si un paciente necesita de enfermería, primero tiene que tener la conciencia de que necesita ser visto por un enfermero, cosa que no existe actualmente, y cuando eso ocurriera, que ya es mucho ocurrir, tendría que tener la información para citarse conmigo, la información es mi nombre en su tarjeta sanitaria. (GD4)</i>

hospital. Piensan que sus prácticas mejorarían si cuando llegaran a los servicios fueran presentados y se les explicara dónde se encuentra cada cosa, es decir si se les permitiera ser identificados y reconocidos.

En el caso de los tutores de atención especializada la insatisfacción está producida tanto por el desconocimiento de los objetivos docentes, como por la falta de formación que declaran tener para desarrollar esta función (falta de reconocimiento a su labor como docentes). Incluyendo a los participantes en el grupo de exalumnos que ya trabajan en el hospital, viven la docencia

como una imposición, piensan que no están preparados para ser docentes (no está reconocida por parte de las instituciones la necesidad de formarlos para que a su vez ellos puedan formar) y que los alumnos llegan sin que nadie se los presente ni les explique los objetivos. Sobre el nivel de conocimientos de los alumnos, los tutores de especializada, incluyendo a los exalumnos, piensan que los estudiantes llegan mal preparados para el trabajo del hospital y poco motivados para aprender a realizar técnicas, debido a que la Escuela prima el aprendizaje de la enfermería comunitaria. Esto se puede interpretar como la falta de reco-

nocimiento a una de las labores principales de la enfermería. Los tutores de atención primaria señalan que la preparación de sus actividades docentes la hacen a costa de su tiempo libre y que no han recibido formación para dar docencia, salvo la que se proporcionan y financian ellos mismos, a pesar de que debería ser responsabilidad de la Universidad. Su insatisfacción procede también de que la labor como tutor se vive como impuesta, no está remunerada, es decir, no está valorada, ni es reconocida como mérito en sus curriculum. Opinan que no existe una verdadera evaluación de la tutoría (es decir, reconocimiento de la misma). También en este grupo piensan que los alumnos precisan más formación, tanto en enfermería comunitaria como en el resto de las materias básicas.

Los tutores del hospital piensan que los alumnos pasan demasiado tiempo de prácticas en atención primaria y que hacen pocas de hospital. Los tutores de atención primaria opinan que los estudiantes pasan mucho tiempo en el hospital y demasiado poco en atención primaria, lo que en ambos casos puede traducirse como falta de reconocimiento a su profesión por parte de unos y otros (tabla 8).

Lo que más llama la atención del discurso en los grupos es que el conjunto del personal de enfermería, sean alumnos o profesionales, trabajando en la atención primaria o en la especializada, se expresa a través de la queja, que se manifiesta con los significantes angustia, ansiedad y estrés desde que empiezan a estudiar y continúa después de

Tabla 8

Sobre las prácticas durante la diplomatura

<i>No, porque yo por ejemplo considero que en mí el seguimiento que a mí se me hizo en mis prácticas el año pasado [en atención primaria] fue insuficiente. Porque yo con la persona con la que estuve, vale, era tutora voluntaria pero no se ocupaba de tutorizar al alumno, yo no lo vi. (GD1)</i>
<i>No, y en especializada cosas... también es que muchas veces, lo que decimos, que dicen que tú vas a ser el tutor, y a lo mejor esa persona no está preparada o no quiere. Yo me he encontrado de llegar a unas prácticas y decir: ah, es que eres mi alumno, y no me importa que tú vayas detrás de mí mirando lo que estoy haciendo, pero a mí no me gusta enseñar y no es sólo que no me guste es que no sé, entonces como no sé explicar lo que estoy haciendo, pues coge lo que puedas. Entonces eso, en un primer contacto con un hospital, pues eso... (GD1)</i>
<i>A mí tampoco, a mí me han asignado una alumna, pero además como tal, durante todo su rotatorio de prácticas, yo soy su tutora y tengo que hacer su evaluación y demás, y a mí nadie me ha consultado... (GD2)</i>
<i>Es lo que siempre hemos criticado cuando hemos hecho las prácticas, que el tutor o la persona que está contigo no conoce tus objetivos, lo cual hace pie a que no aprendes lo suficiente, no te encamina, toda esa historia que todos conocemos perfectamente. Y ahora nos vemos desde el otro lado y dices es que bueno, en realidad el problema es que de por sí están mal organizadas las prácticas, o sea partiendo de esa base, tanto por un sitio como por otro. (GD2)</i>
<i>— Y encima te está diciendo que un trabajo que tú estás haciendo cada día [refiriéndose a las técnicas] no es importante, también es... y dices bueno, pues nada, no será importante. Y que luego la mayoría [de los estudiantes de enfermería] cuando acaban es que trabajan en hospitales, porque en primaria hay menos... — Pero aparte porque ellos mismos dicen que en la Escuela dicen que eso no es importante, que eso ya se aprenderá. (GD3)</i>
<i>Allí ni objetivos, ni qué tiene que hacer, ni qué tiene que deshacer, allí llegan y [...] dicen que ésta es una alumna que ha venido y se acabó y luego ya te enterarás tú si era de primero, de tercero, de segundo. (GD3)</i>
<i>Pero si resulta que estás dedicando un tiempo que no ves ningún fruto de ningún tipo, ni de mejora económica, ni de mejora a nivel de formación, de currículos, ni de nada, dices pero bueno ¿a qué estamos jugando? No, a mí me parece que ése es un tema desde luego, para los tutores muy importante y en la docencia conforme se está llevando hoy en día. (GD4)</i>
<i>Te acaba desmotivando, porque claro, no nos reconocen las horas que hacemos de prácticas, es decir, las horas que dedicamos a los alumnos, no nos las reconocen de ninguna manera. Preguntas qué se puede hacer con eso, y te dicen, bueno te damos un papel, pero que eso ni vale para oposición, ni vale absolutamente para nada. Si no te pagan, si no te revalorizan tu tiempo que tienes que dedicar a esas cosas, llega un momento que dices, mira... (GD4)</i>

llevar años trabajando. Esa angustia parece estar ocasionada por la falta de reconocimiento social que padecen y que les impide estar dotados de identidad como colectivo. En todos los grupos se critica al personal de enfermería que no son ellos mismos, no hay una defensa de su profesión, ni de los sujetos que la desarrollan. Y aunque los factores que señalan podrían justificar por sí solos la aparición de la queja, que sin embargo no provoca ningún tipo de movilización colectiva para buscar soluciones, lo que aparece por encima de ella es la angustia que les bloquea. Al no identificarse como colectivo carecen de objetivos comunes y de la suficiente cohesión para organizar sus reivindicaciones, lo que les convierte en personas muy pasivas respecto a las mismas. Cuando se quejan de tener que resolver funciones que parecen no ser responsabilidad de nadie en concreto, se están quejando de ser un cajón de sastre donde acaba todo lo que no está identificado. Cuando se quejan de ser trasladados de un servicio a otro, se están quejando de ser utilizados de comodín que para todo vale, de piezas a las que no se le reconoce un valor propio en el servicio en el que estaban ni se les va a reconocer en el servicio al que van. Cuando se quejan de la falta de trabajo en equipo en la asistencia hospitalaria se puede seguir entendiendo la queja en el mismo sentido; donde un conjunto de individuos no se identifica como colectivo no puede haber un equipo de ellos y se vuelven hacia los enfermeros de atención primaria que sí trabajan de esta forma. De hecho estos profesionales de atención primaria, son los más satisfechos (trabajan en equipo, luego existen, tienen las funciones definidas y su labor es reconocida por los médicos), pero también a ellos les sigue faltando el reconocimiento de la población a su labor y por eso se quejan de que la misma no se evalúa, es decir, no se valore, no se reconozca. A pesar de ello, los profesionales de atención primaria son los únicos que se identifican como colectivo a través de la diferencia con el personal de enfermería del hospital y para institucionalizar esta diferencia reclaman que la enfermería de atención primaria

sea una especialidad. Al funcionar como colectivo ya son capaces de plantear reivindicaciones laborales, como la remuneración de las prácticas y que la docencia que imparten se reconozca en sus curriculum. Cuando reclaman la licenciatura hablan además de su contenido, que ha de incluir formación en materias como la investigación, y del aumento de sueldo que debe conllevar.

La falta de identificación de los profesionales de enfermería como colectivo que se detecta en el discurso de todos los grupos, basada en la falta de reconocimiento social, justificaría la insistencia en pedir la licenciatura y las especialidades, lo que contribuirían a su reconocimiento, primero por parte de las instituciones y como consecuencia por parte del resto de la sociedad, lo que podría resolver su angustia. Mientras la angustia no desaparezca en los profesionales de enfermería, estos no dejarán de transmitirla a sus alumnos, lo que explica que la misma esté ya presente desde el comienzo de los estudios. Y si la angustia es el mediador de las relaciones que se dan entre los alumnos que realizan sus prácticas y los profesionales de enfermería que las imparten, difícilmente ninguno de los dos colectivos podrá estar satisfechos con ellas.

DISCUSIÓN

Por los resultados de esta investigación podemos concluir que tanto los alumnos de enfermería como los profesionales se muestran insatisfechos con la realización de las prácticas clínicas durante la diplomatura. Esta insatisfacción, como hemos visto, está relacionada con tres factores: 1) la falta de reconocimiento social hacia su profesión, 2) que les impide identificarse ellos mismos como colectivo y 3) que hace que la angustia, el estrés y la ansiedad sean los principales protagonistas durante su trabajo, que incluye la docencia durante las prácticas. Hay factores que dependen tanto de la Escuela como de las instituciones sanitarias que par-

ticipan en la docencia que, objetivamente, si fueran mejorados podrían aumentar la satisfacción respecto a las prácticas, pero en ellos subyace el malestar de un conjunto de profesionales que no se reconocen entre sí como colectivo porque no se sienten reconocidos por la sociedad.

En atención primaria, tal como han evidenciado otras investigaciones anteriores^{17,18}, el personal de enfermería ha encontrado una oportunidad para su identificación en las diferencias con el personal del hospital. Esto mismo debe conseguirse con los profesionales que prestan sus servicios en el hospital, que es, por otra parte, donde trabajan la mayoría de los profesionales de enfermería, los cuales son los que más angustia declaran en este trabajo, al igual que en otros¹⁹. Es, pues, necesario dotar a este colectivo de una identidad que en la actualidad no tiene y que justifica su pasividad hasta con sus propios intereses. Reflejo de ello puede encontrarse en el hecho de que fue el grupo de tutores de atención especializada (GD3) el único que planteó problemas a la hora de realizar la reunión para esta investigación, lo que puede interpretarse como un ejemplo más de su falta de implicación en actividades relacionadas con su profesión.

Tanto en atención especializada como en atención primaria no existe una estructura sólida sobre la que se apoye la función docente, por lo que el proceso de aprendizaje se vive, tanto por tutores como por alumnos, como una cuestión que no tiene un valor reconocido por parte de las instituciones. La licenciatura, el reconocimiento universitario y el reconocimiento profesional y con él el social, les proporcionaría la posibilidad de una carrera docente de la que hoy carecen, ya que al no ser licenciados no pueden tampoco acceder a un doctorado específico en enfermería. En la actualidad tienen que recurrir a otras licenciaturas para poder conseguir el grado de doctor y con ambos, licenciatura y doctorado, aumentar su acceso a las plazas de profesores en las escuelas de enfermería.

Los resultados de esta investigación coinciden con los de otras anteriores en lo relativo a la angustia y estrés que sufre el personal de enfermería del hospital, así como en lo referente a los factores que los condicionan, como la sobrecarga laboral, la rotación por los servicios, etcétera¹⁹. Sin embargo, en relación a la satisfacción de los alumnos y de los profesionales de enfermería sobre las prácticas que se realizan, los resultados son los contrarios a los de otras investigaciones^{1,20,21}, lo que se puede deber a la metodología utilizada, el grupo de discusión, que ha permitido relacionar la falta de reconocimiento social hacia la profesión de enfermería con su falta de identificación como colectivo y la angustia que ello les provoca con la influencia de estos tres factores durante la realización de las prácticas de los alumnos. En la metodología cualitativa a través de los grupos de discusión, los sujetos del habla son los propios participantes en el grupo, no el investigador. La ausencia de preguntas por parte de éste ofrece a los participantes en los grupos la libertad de interaccionar entre ellos a partir de la intervención inicial, sin estar sujetos a las respuestas cerradas que un cuestionario condiciona, por lo que es una metodología capaz de hallar respuestas nuevas, no recogidas hasta entonces en otras investigaciones^{22,23}.

Una posible limitación de este trabajo es el hecho de que los participantes en los grupos se conocían entre ellos, por pertenecer, los alumnos y los exalumnos a la misma escuela de enfermería, lo que implica una serie de relaciones previas al establecimiento del grupo^{9,13,15,16}. Otra posible limitación se refiere a la constitución del grupo de tutores de atención especializada (GD3), ya que asistieron sólo tres personas de las convocadas, no dándose con ello las condiciones ideales de realización del grupo, ya que debería haber estado formado por más personas^{9,13,15,16}.

Escuchar tanto la opinión de los alumnos, como ya se apunta en otros trabajos, así como de los propios profesionales de enfer-

mería ha señalado problemas que aunque aparentemente no estén relacionados con la docencia influyen en ella⁴.

Como conclusión, sentirse sujetos en la relación con los médicos y menos dependiente de ellos; en la relación con los pacientes y en la que deberían establecer con la escuela para formarse como docentes, para conocer los objetivos con los alumnos y para poder informar de la realidad de la actividad asistencial, son temas pendientes en el desarrollo de la profesión de enfermería. La definición de las funciones, la protocolización de las actividades y la realización de evaluaciones del proceso asistencial de enfermería, como principio de su formación continuada, redundaría en una mejor prestación de servicios y una mejor función docente. La mejora de las condiciones laborales en el hospital, además de disminuir su estrés, facilitará el establecimiento de los vínculos necesarios, tanto entre los profesionales de enfermería como con el trabajo que realizan, motivándoles para su formación continuada y para la realización de trabajos de investigación. La evaluación del trabajo de enfermería, tanto en atención primaria como en especializada, identificándoles como responsables de los resultados obtenidos, el establecimiento de la licenciatura junto con el desarrollo de diferentes especialidades, así como la promoción de la investigación sobre su trabajo y el conocimiento de sus resultados por parte de la sociedad, contribuirán asimismo al reconocimiento social de los profesionales de enfermería y por lo tanto a su identificación subjetiva como colectivo. Con ello se permitirá el desarrollo de una carrera asistencial, docente e investigadora propias, que proporcionará una mayor satisfacción profesional y la mejora de la calidad de los cuidados que prestan.

AGRADECIMIENTOS

A Marián Gil Nebot por su participación en diferentes momentos de la investigación.

A los participantes en los grupos de discusión. A la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. A Noé Cuerva Socuéllamos y Mercedes López Santamaría que hicieron las transcripciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Úbeda I, Pujol G, Olivé C, Álvarez R, Segura MS. Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. *Enferm Clín* 1993; 3 (1): 11-15.
2. Colina J, Medina JL. Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. *Revis ROL Enferm* 1997; (232): 23-30.
3. Mompert MP Educación y Salud: Comunicando. XIV Sesiones de Trabajo de la AEED: Cuidados y comunicación. 145-163. Burgos, dic. 1993.
4. Bernat R, Bordaji T, López J. La comunicación como elemento facilitador del aprendizaje. XIV Sesiones de Trabajo de la AEED: Cuidados y comunicación. 241-250. Burgos, dic. 1993.
5. De León A. Experiencia de integración teoría-práctica en los estudios de enfermería. *Rev ROL Enferm* 1985; (88): 27-29.
6. Karolinska Hospital. Clinical nursing education at the Karolinska Hospital for students from the Red Cross College of Nursing and Health. *Clin Educ KS*. 1996.
7. School of Nursing at the Rigshospital. Plan of the Nursing Education. (Trabajo inédito). Copenhagen, jun. 1993.
8. Albéniz C, Antón MV, Pérez JM, Ramasco M. La escuela Universitaria de la Comunidad de Madrid: un proyecto en marcha. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1995.
9. Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994.
10. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
11. El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad; 1990.
12. Schartz la y Jacobs H. Sociología cualitativa; método para la reconstrucción de la realidad. México: Editorial Trillas.

13. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis psicológica; 1994. p. 287-316.
14. Murillo de la Vega S. Introducción a las técnicas cualitativas en un marco sanitario. En: Enfermería comunitaria 2. Epidemiología y enfermería. Sánchez Moreno ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 137-47.
15. Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 489-501.
16. Alonso LE. Entre el pragmatismo y el pansemiologismo. En: La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998. p. 57.
17. Pérez Andrés c. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. Rev Sanid Hig Pública 1995; 69:79-88.
18. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L y Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria 2000; 25: 214-219.
19. Fornás Vives J. Respuesta emocional al estrés laboral. Rev Enferm 1994; 31-39.
20. Ramasco M. Calidad de la enseñanza en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. (Documento mimeografiado). Madrid; 1995.
21. Zapico Yáñez F, Blanco Sánchez R, Consul Giritbert M y Juanola Pagés M.^a D. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (I). Hospital. Enfermer Clín; 7: 20-28.
22. Alonso LE. El grupo de discusión en su práctica. En: La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998. p. 105.
23. Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? Rev Esp Salud Pública 2000; 319-21.

ORIGINAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA: UN ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES**Salvadora Sancho Viudes (1), Clara Vidal Thomàs (2), Rosa Cañellas Pons (3), María José Caldés Pinilla (4), Josep Corcoll Reixach (5) y María Ramos Montserrat (6).**

- (1) Centro de Salud Son Ferriol. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.
- (2) Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.
- (3) Centro de Salud Torrent de Sant Miquel. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib Salut.
- (4) Azienda Sanitaria Locale. Dipartimento della prevenzione. Pistoia. Italia.
- (5) Centro de Salud Tramuntana. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.
- (6) Responsable de la Unidad de apoyo a la investigación. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.

RESUMEN

Fundamento. La reforma de la atención primaria (RAP) ha dado lugar a mejoras importantes en la profesión enfermera. Objetivos del estudio: analizar los logros obtenidos por las enfermeras, identificar los problemas que tienen actualmente en atención primaria y proponer líneas de trabajo para el futuro.

Método: Investigación cualitativa (técnica del grupo focal). Se realizaron ocho grupos segmentados según la categoría profesional y el puesto desempeñado. Dimensiones de análisis: rol de la enfermera, oferta y organización de servicios, participación y gestión, marketing y formación.

Resultados: Para los entrevistados, la RAP ha supuesto una ampliación de las competencias de las enfermeras, aunque su rol sigue sin estar bien definido. Consideran que no existe una cartera de servicios propia de enfermería, a pesar de su claro protagonismo en atención domiciliaria y educación para la salud. Se ha identificado la necesidad de revisar, en términos de resultados, los programas de salud existentes. Se comentan dificultades relacionadas con la falta de ajuste de las plantillas en relación con el incremento poblacional. Destacan problemas de comunicación interna en los equipos y la escasa difusión de los servicios de enfermería. Se percibe la necesidad de ampliar la formación pregrado en algunos contenidos (educación para la salud) y habilidades (trabajo en equipo).

Conclusiones: Si bien la RAP ha supuesto mejoras para las enfermeras, quedan aspectos por resolver (definición de cartera de servicios, ajuste de plantillas, comunicación interna, marketing, formación, entre otros) y dada la oportunidad que representan las transferencias sanitarias hay que avanzar hacia propuestas innovadoras para mejorar los servicios de salud.

Palabras clave: Enfermería. Atención primaria de salud. Investigación cualitativa. Gestión sanitaria.

ABSTRACT

Current Status Analysis and Suggestions for Improvement in Primary Care Nursing in Mallorca, Spain. A Research with Focal Groups

Background: The primary care reform (PCR) has give rise to some major changes in the nursing profession. The objectives of this study are to analyze the achievements made by the nurses, to identify the problems they currently have in primary care and to suggest some lines along which work can be done for the future.

Method: Qualitative research (focal group method). Eight groups were made segmented by occupational category and the position held. Scope of the analysis: the role of nurses, services supply and organization, participation and management, marketing and training.

Results: In the opinion of those surveyed, the PCR has entailed a broadening of the nurses' skills, although their role is still well-defined. The nurses are of the opinion that there is no listing of services inherent to nursing despite the leading role they obviously play in home care and health education. The need has been identified of assess the existing health programs in terms of results. Concerning to health services organization, main problems were related to the lack of adapting staffing in keeping with the rise in population and difficulties of internal communications within the health professional teams and the very small degree to which nursing services are disseminated. The need is felt of broadening pre-diploma training with regard to some subjects (health education) and skills (teamwork).

Conclusions: Although the PCR has meant improvements for the nurses, solutions have as yet to have been provided to some aspects (including defining a listing of services, adapting staffing, internal communications, marketing, training) and given the opportunity the transferring of authorities over health care entail, further progress must be made toward innovative proposals to improve the health services.

Keywords: Nursing. Primary health care. Qualitative research. Health care management.

Correspondencia:
Clara Vidal Thomàs
Tel. 971 17 58 83/4 Fax. 971 17 58 88.
Correo electrónico: mcvidal@ibsalut.caib.es

INTRODUCCIÓN

La reforma de Atención Primaria (RAP) en el Estado Español, iniciada en el año 86, pretendía ofrecer a los ciudadanos una atención integral, longitudinal y continuada, para conseguir mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios¹⁻⁴. El proceso de RAP en el ámbito del Insalud, se ha caracterizado fundamentalmente por el trabajo en equipo, una mayor dedicación horaria, el uso sistematizado de la historia clínica, la renovación de las infraestructuras, un importante incremento de recursos humanos y un proceso interno de dirección participativa por objetivos, a través de los «contratos programa». Aunque últimamente parece que existe un agotamiento de los ideales que impulsaron la RAP, y ante las expectativas de los procesos transferenciales, se está cuestionando el actual modelo de gestión desarrollado en atención primaria (AP), tanto respecto a la organización como a la evaluación^{5,6}.

En cuanto a la profesión enfermera, se crearon grandes expectativas tanto en el ámbito profesional como económico y laboral. Se esperaba recibir una formación adecuada antes de la incorporación al centro de salud (CS), para lo cual los planes de estudio de enfermería debían incorporar la formación necesaria para asumir los nuevos campos de actuación de la AP⁷⁻⁹.

Es incuestionable que la evolución de la enfermería en los últimos años ha sido muy importante. A partir de la reforma se amplió el campo de competencia de las enfermeras (utilizaremos este término a partir de ahora por denominar tanto a las enfermeras como a los enfermeros), se crearon las consultas de enfermería, no sin alguna oposición, y se entendía el modelo de AP como el ámbito ideal para la aplicación y desarrollo de los contenidos profesionales enfermeros. Poco a poco se fue consolidando la actuación enfermera en actividades técnicas, en atención

a enfermos crónicos y en educación para la salud. Pero también surgieron factores que han tenido un impacto negativo en el desarrollo profesional enfermero, frustrando muchas expectativas y creando sentimientos de insatisfacción y desmotivación. Estos factores podrían dividirse en institucionales y profesionales. Entre los primeros destacan: la puesta en marcha en el año 91 de la Cartera de Servicios de AP del Insalud, que englobaba la oferta de aquellos servicios que se iban a prestar desde los CS. En ella el producto enfermero se entendía como intermedio dentro del proceso asistencial. Los indicadores solicitados institucionalmente para las enfermeras se referían exclusivamente a la presión asistencial tanto en consulta como en domicilios, ignorándose el resto de la actividad enfermera. Esto produjo un efecto indeseado, el que no se reconociera de manera institucional la oferta de servicios enfermeros basados en actividades independientes, a través de la puesta en marcha de método enfermero⁵, lo que a su vez dificultó la evaluación de la calidad de las actividades realizadas.

Por otra parte, el sistema retributivo de las enfermeras, sumatorio de las tarjetas sanitarias individuales (TSI) asignadas a todo el equipo de atención primaria (EAP) dividido por el número total de enfermeras que trabajan en el mismo, ha dado lugar a una retribución uniforme del trabajo sea cual sea la carga laboral. Por último, tampoco se contempla la posibilidad de la libre elección de enfermera por parte del usuario.

Entre los factores profesionales, los más relevantes son la ausencia de un modelo que facilite el enfoque y la orientación de los cuidados, y la diferente orientación de las Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE), que determina en gran medida las futuras actitudes profesionales^{10,11}.

Se percibe un estado de preocupación y reflexión sobre el papel de las enfermeras, a la vez que críticas y alusiones a su eficacia/eficiencia desde los gestores y otros pro-

fesionales de la salud. En este contexto se publican artículos y ponencias, escritos por enfermeras y por otros profesionales, donde se reflexiona, se discute y se cuestiona el modelo de AP y el papel que tiene la enfermera en los EAP¹¹⁻¹³.

Por todos estos motivos, desde la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Mallorca nos planteamos que se debería clarificar el papel de las enfermeras como miembros de un equipo interdisciplinar, para responder con mayor calidad y eficiencia a las necesidades de salud de la población en el presente y en el futuro. Pensamos que para poder abordar estas cuestiones era necesario hacer una reflexión profunda sobre los logros obtenidos y los problemas surgidos desde el comienzo de la RAP.

Los objetivos de este trabajo fueron analizar los logros obtenidos por las enfermeras en la reforma de atención primaria, identificar los problemas y/o déficits que tiene actualmente la enfermería de atención primaria y proponer líneas de trabajo a desarrollar por las enfermeras de atención primaria en el futuro, teniendo presente la dinámica del resto del equipo de atención primaria.

SUJETOS Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas grupales (grupos focales). Para llevar a cabo la investigación se contó con el asesoramiento de una especialista en investigación cualitativa de la Universidad de Perugia (Italia) y con la colaboración de una enfermera de la Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (ABIC), que participó en todo el proceso con el objetivo de garantizar la transparencia del mismo.

Una vez aprobado el proyecto por el equipo directivo de la GAP, se invitó a todos los profesionales de AP a participar en la investigación. Entre las 145 personas que manifestaron su deseo de participar se hizo una selección procurando que en todos los grupos hubiera representantes de las zonas ru-

rales y urbanas, que los profesionales tuvieran un mínimo de 5 años de experiencia en AP y que todos los CS que habían propuesto personas para formar parte de los grupos estuvieran representados.

Se llevaron a cabo 8 grupos focales. La segmentación de los mismos se hizo según la categoría profesional y el puesto desempeñado, como se muestra en la tabla 1. El número de participantes por grupo osciló entre 5 y 10.

Tabla 1
Segmentación de grupos focales

Grupo	N.º asistentes
1 Coordinadores	8
2 Médicos Pediatras	6 3
3 Responsables de enfermería	10
4 Enfermeras de adultos	9
5 Enfermeras de pediatría	9
Matronas	4
6 Enfermeras de las Unidades de Atención a la Mujer	2
Enfermeras de las Unidades de Salud Mental	2
7 Administrativos	5
8 Equipo Directivo	8
Gabinete Técnico	4
TOTAL PARTICIPANTES	70

Cada grupo realizó dos reuniones con una duración media de dos horas y media cada una, la primera para analizar los logros obtenidos por las enfermeras con la RAP e identificar los problemas que existen actualmente (objetivos 1 y 2), y la segunda para proponer líneas de trabajo a desarrollar (objetivo 3).

Para coordinar las reuniones se contó con un conductor y un observador por grupo, en total 7 personas, todas ellas personal exter-

no a la GAP con experiencia en investigación cualitativa. Se les entregó un dossier con documentación relativa a los temas a tratar y se realizaron 2 reuniones previas al

inicio de los grupos focales para explicarles el proyecto, situarles en el contexto de la investigación y consensuar el guión que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2
Guión de las reuniones

<i>PROBLEMAS/LOGROS</i>	<i>PROPUESTAS</i>
A: ¿Cómo ha influido la reforma en el cambio de enfermera «tradicional» a enfermera «comunitaria»?	A: Respondiendo por una parte a las necesidades de la población y por otra a mejorar la satisfacción de los profesionales, ¿tenéis alguna propuesta concreta?
B: ¿Cómo ha influido la reforma de AP en los servicios de enfermería respecto al modelo tradicional?	B: ¿En qué y cómo podrían mejorar los servicios que se dispensan actualmente? ¿Qué otros servicios se podrían ofrecer?
C: ¿Cómo ha influido la reforma de AP en la organización de los nuevos servicios de enfermería respecto al modelo tradicional?	C: ¿Tenéis propuestas concretas de mejora de la organización de los servicios de enfermería?
D: ¿Se ve reflejada la participación de las enfermeras en la gestión de AP?	D: ¿Creéis que es suficiente o sería susceptible de mejora y en qué términos la participación de la enfermería en los diferentes niveles de gestión (INSALUD, GAP, EAP)?
E: ¿Creéis que la enfermería de AP se ha dado a conocer en el nuevo papel al resto de profesionales y a la población?	E: ¿Tenéis propuestas concretas para mejorar el conocimiento por parte de los profesionales y la población sobre los servicios de enfermería?
F: ¿Cómo ha influido la formación de las enfermeras (ATS o DUE) en la reforma de AP? ¿De que manera ha influido la reforma en la formación postgraduada?	F: ¿Tenéis propuestas concretas para mejorar la formación actual de la enfermera (pregrado y postgrado)? ¿Qué aspectos consideráis prioritarios?

Toda la información generada por los grupos se grabó para su posterior transcripción e interpretación de los resultados.

Se triangularon los resultados de tres formas, por una parte el análisis de la información fue realizado independientemente por dos personas mediante un análisis de contenido de acuerdo a las dimensiones definidas: rol de la enfermera, oferta de servicios, organización de los mismos, participación y gestión, marketing y formación, por otra parte, los resultados fueron contrastados tanto con los moderadores, como con los participantes.

RESULTADOS

A continuación se señalan los principales resultados referentes a los logros y los problemas/déficits en relación con la profesión enfermera a lo largo de la reforma de AP. Las citas textuales de los participantes aparecen en cursiva.

Rol de la enfermera

La mayoría de participantes dice que, respecto al modelo tradicional, la RAP ha supuesto ventajas en todos los sentidos, sobre todo en la mejora de la accesibilidad, amplia-

ción de horarios y oferta de servicios. A pesar de ello, en opinión de los entrevistados, *la reforma no está acabada, no se han alcanzado todos los objetivos ni se ha consolidado en la práctica el modelo teórico. Los servicios de atención primaria siguen orientados más a la enfermedad que a la salud.*

En la mayoría de grupos se considera que la RAP ha supuesto una ampliación de las competencias de las enfermeras: de realizar sólo funciones técnicas y burocráticas se ha pasado a trabajar con programas y protocolos, pero *las expectativas que había creado la reforma no se han cumplido*, sobretodo en los aspectos en los que se daba más protagonismo a este colectivo profesional (promoción, educación para la salud, atención domiciliaria). Esto ha causado frustración en algunos profesionales.

Hay participantes, principalmente médicos, que consideran que *la profesión de enfermería es la que tiene menos definido su perfil*, lo que se atribuye a la existencia de un *vacío normativo* en este sentido. Por otra parte, muchos profesionales piensan que se ha ganado autonomía y capacidad de organización. Sin embargo en opinión de los participantes, esta autonomía está limitada por: *la dependencia de las órdenes médicas que se derivan de programas y protocolos, la reticencia de unos a ceder funciones y de los otros a asumirlas.*

En cuanto a la confianza y reconocimiento por parte del EAP, opinan que *la falta de contacto, de trabajo en común, el aislamiento de cada uno en su consulta, provoca desconocimiento del trabajo del otro y falta de confianza.* Algunas enfermeras se sienten infrutilizadas por falta de confianza.

Oferta de servicios

Los profesionales entrevistados perciben que los usuarios confían sobre todo en las enfermeras de perfil más definido (pediatría y matronas), así como en las que visitan periódicamente a los enfermos crónicos, aun-

que a veces no saben como referirse a ellas: *la señorita del azúcar, la que va a las casas, la doctora del pediatra...*

También manifiestan que a pesar de que la oferta de servicios aumentó con la RAP, no existe una oferta propia y global de cuidados de enfermería, *ésta depende de cada profesional y de cada centro.* Los planes de cuidados estandarizados, elaborados en el área, *no son suficientemente conocidos ni puestos en práctica.*

Respecto a los programas y protocolos en general, la mayoría opina que *hay una gran participación de las enfermeras, fundamentalmente en la atención a [enfermos] crónicos, atención domiciliaria, niño sano, atención a la mujer, actividades preventivas y promoción de la salud.*

En todos los grupos hay quejas de que *los programas y protocolos aumentan sin tener en cuenta la dotación de personal, la formación de los profesionales, ni haber hecho estudios de las necesidades de la población.*

En la atención domiciliaria se destacan como aspectos positivos: *Es uno de los grandes campos de desarrollo de la enfermería.* Las enfermeras son bien recibidas por la población, los usuarios y familiares necesitan sus cuidados, estos van muy ligados a conseguir la autonomía del paciente, a realizar educación para la salud. *Está reconocida por la administración que la ha convertido en un programa estrella.* Pero se señalan las siguientes dificultades: *No todos los profesionales la asumen de la misma manera. Hay sensación de soledad porque faltan recursos sociosanitarios, se detectan problemas que no se pueden resolver por falta de medios materiales, falta infraestructura, faltan trabajadoras sociales. Falta formación en intervenciones familiares.* No se reconoce el tiempo que se ha de dedicar para obtener buenos resultados.

En lo que se refiere a las actividades de promoción y educación para la salud hay consenso en que *las enfermeras son y han de*

seguir siendo las protagonistas, aunque se han expresado dudas de sus resultados. Muchos piensan que la educación para la salud a grupos podría ser más efectiva que la individual, es bien recibida por la población, pero se necesita tiempo para llevarla a cabo.

La realización de recetas de tratamientos de larga duración (TLT) por parte de las enfermeras es un tema que ha sido considerado como conflictivo en todos los grupos: *la presión asistencial ha sido un factor distorsionador, la burocracia, sobre todo las TLT, ha causado muchos enfrentamientos.*

Organización de los servicios

Todos los grupos coinciden en que *aumenta la población pero no las plantillas de profesionales. La población no está bien asignada, no se tienen en cuenta [a] los transeúntes, [a] los inmigrantes, las zonas con alto crecimiento demográfico, la atención a los adolescentes y a las familias desestructuradas.*

La angustia ante la presión asistencial se manifiesta de forma diferente según los estamentos. Así, mientras los médicos piden *más apoyo administrativo y auxiliar*, las enfermeras dicen que *con una enfermera cada 2 o 3 médicos es imposible hacer el trabajo bien hecho*, y respecto a los administrativos se manifiesta en todos los grupos que *cada vez asumen más tareas sin aumentar la plantilla.*

Las enfermeras manifiestan *desacuerdo en que sus retribuciones sean en función del reparto del total de la población de la zona básica de salud (ZBS) entre todas las enfermeras del EAP.*

Con respecto a la accesibilidad, para la mayoría de participantes *la diversidad de actividades que realizan las enfermeras en lugares diferentes (sala de curas/urgencias, domicilios, residencias de ancianos, escuelas) dificulta su localización.* Este problema se ve agravado por el *desconocimiento por parte de algunos servicios de admisión del planning de enfermería.*

La mayoría de profesionales considera que *la inexistencia de cita previa centralizada para enfermería representa una disminución de la accesibilidad y una pérdida de tiempo por parte de las enfermeras*; para algunos se percibe como *un lujo y un reparto inequitativo de las cargas de trabajo.*

En relación con el funcionamiento de los EAP, la mayoría de los grupos considera que sigue sin estar resuelto el problema de la comunicación interna. Algunas de las causas que se apuntan son: *falta de tradición y experiencia de trabajo en equipo, falta de coincidencia de horarios para sesiones, falta de espacios físicos y de tiempo. En el modelo tradicional se trabajaba en solitario. Con la reforma se crearon unas expectativas demasiado altas en cuanto a comunicación interdisciplinar.* La mayor parte de los participantes opina que existen *más dificultades en los centros urbanos, porque normalmente están formados por grupos de profesionales más numerosos.*

Predomina la opinión de que *el equipo no existe*, lo que en parte se atribuye a que *el comité de dirección del centro no es suficientemente operativo..., el coordinador pocas veces es un líder..., se hacen pocas reuniones, siempre tratan de los mismos temas, se hacen en situaciones de crisis, son poco resolutivas y hay enfrentamientos entre estamentos. No se trasmite la información de las reuniones de coordinadores a las responsables de enfermería y a la inversa, y las unidades de apoyo tienen dificultades de comunicación con el resto del equipo.*

Con respecto al microequipo (médico y enfermera) en la mayoría de los grupos se apunta a que *su funcionamiento depende de factores personales, se realizan pocas reuniones de microequipo, la comunicación es informal, se hace en el pasillo de una manera rápida.* Entre los factores que dificultan la comunicación se apuntan: *la coexistencia de profesionales integrados y no integrados; la diversidad en el origen y formación de las enfermeras; la falta de interés por*

parte de los médicos de entender el trabajo específico de las enfermeras.

En cuanto a registros e indicadores todos los participantes coinciden en que *son inadecuados, se tiene más en cuenta la cantidad que la calidad, no reflejan la actividad real, se duda de su objetividad y no todos los profesionales registran siguiendo los mismos criterios.* Se señala que *no se pueden comparar los registros de los médicos con los de las enfermeras debido a las diferentes actividades que realizan.*

Participación y gestión

Diversos grupos se quejan de la falta de comunicación entre los centros y la GAP. En general se opina que *las direcciones tienen poca predisposición a ir a visitar los centros personalmente y que los profesionales tienen poca opción a dar su opinión, se sienten poco representados.* La mayoría de los grupos considera que *cada vez hay menos representación de enfermería en el Insalud central y que no están suficientemente definidas por la GAP las funciones de las responsables de enfermería*

La descentralización ha supuesto una serie de avances pero también algunas dificultades. La mayoría de las enfermeras entrevistadas considera que *la descentralización de los centros de salud ha llevado a una menor participación de las enfermeras en la gestión; el coordinador tiene poco en cuenta las opiniones de las enfermeras y de los administrativos.*

Marketing

En referencia al conocimiento que la población tiene de los servicios que ofertan las enfermeras se expresa que *no son suficientemente conocidos por falta de definición del papel de la enfermera entre otras causas.* La mayoría coincide en que ha habido una escasa difusión del trabajo de las enfermeras, *ni la población ni los propios compañeros conocen bien cuál es su función especí-*

fica. Las iniciativas de darse a conocer a la comunidad por parte de las enfermeras *a veces se han visto coartadas por la administración o por los propios compañeros, por miedo a crear más demanda. Si se conoce el trabajo de la enfermera ha sido por esfuerzo individual.* Pero también hay sentimientos de autculpabilización por parte de algunas enfermeras: *no nos hemos sabido dar a conocer, tenemos lo que nos merecemos, ni la Gerencia nos reconoce.* Casi todos los grupos coinciden en que *sólo conoce los servicios de enfermería la población que acude frecuentemente al centro de salud.*

Formación

La mayoría opina que el cambio de la formación de ayudante técnico sanitario (ATS) a diplomado universitario de enfermería (DUE) ha supuesto una mejora: *actualmente está más orientada a la atención primaria pero se considera que se hacen pocas horas de prácticas y se necesitaría más formación en educación para la salud, trabajo en equipo, entrevista clínica...*

En general, se manifiesta que *la formación de las enfermeras de atención primaria es dispar.* Se considera que *no ha habido suficiente apoyo institucional para formar en los nuevos contenidos.* La mayoría piensa que la formación continuada es básica, pero *que depende fundamentalmente de la iniciativa individual.*

La formación que oferta el departamento de docencia de la GAP está bien valorada, pero *los cursos se deben realizar en tiempo libre o reorganizando las agendas y con dificultades para encontrar sustitutos, sobre todo en la zona rural.* Un problema añadido es la insularidad, que hace que *los costes para realizar cursos fuera de la isla se disparen.* Se considera que *los médicos tienen más facilidades para asistir a cursos y congresos porque tienen más financiadores.*

Las principales propuestas realizadas por los participantes se recogen en la tabla 3.

Tabla 3
Propuestas y líneas a desarrollar

<i>PROPUESTAS</i>	<i>CITAS TEXTUALES</i>
A. ROL DE LA ENFERMERA	
Definir las funciones de la enfermera de AP	<i>La gerencia debe dar las directrices a cada estamento</i>
Definir un modelo de enfermería	<i>El modelo debe estar consensuado entre los profesionales y el equipo directivo de la GAP.</i>
Fomentar la corresponsabilidad de profesionales	<i>Se deben compartir las cargas de trabajo, evitar la duplicidad de visitas</i>
B. OFERTA DE SERVICIOS	
Definir la cartera de servicios de enfermería	<i>Definir la cartera de servicios según los problemas más prevalentes y/o relevantes de la ZBS</i>
	<i>Realizar planes de cuidados estandarizados</i>
	<i>Protocolizar las actividades</i>
Evaluar los programas de salud	<i>Revisar los programas vigentes, realizar estudios que demuestren la efectividad en términos de salud de nuestras intervenciones</i>
Potenciar la educación para la salud	<i>Potenciar la educación para la salud a grupos</i>
Fomentar la autonomía del usuario	<i>Evitar las actitudes paternalistas. Corresponsabilizar al usuario...</i>
C. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	
Aumentar las plantillas de profesionales	<i>Deben contemplarse variables como: edad, transeúntes, inmigrantes, zonas con alto crecimiento demográfico, población marginal.</i>
Retribuir según capitación	<i>Retribuciones según población atendida</i>
Mejorar la comunicación interna	<i>Potenciar el funcionamiento del comité de dirección del CS</i>
	<i>Reuniones del EAP de formación y organizativas (con orden del día y acta)</i>
	<i>Reuniones formales y consultas conjuntas de microequipo</i>
Mejorar la accesibilidad de las enfermeras	<i>Cita previa informatizada y centralizada en admisión, los administrativos deben tener el planing de las enfermeras</i>
Revisar y unificar criterios de los registros	<i>Establecer indicadores que midan los resultados en salud y la calidad de los servicios</i>
D. PARTICIPACIÓN/GESTIÓN	
Dirección participativa por objetivos	<i>Definir el perfil y el peso que debe tener cada cargo directivo en el organigrama de la GAP</i>
	<i>Participación del equipo directivo de la GAP en temas conflictivos donde el EAP no llega al consenso</i>
	<i>Reuniones conjuntas coordinadores y responsables de enfermería</i>
	<i>Las responsables de enfermería deben tener participación activa en la toma de decisiones y reconocimiento por parte de la GAP y de los EAP</i>
E. MARKETING	
Difundir la cartera de servicios del CS usando múltiples canales	<i>Catálogo informativo para los usuarios, página web, prensa, radio y tv local. Espacios de comunicación de la comunidad</i>
F. FORMACIÓN	
Potenciar en los estudios pregrado de enfermería la atención primaria	<i>Educación para la salud, entrevista clínica, trabajo en equipo, atención a familias, atención a urgencias</i>
Acreditar los CS y los tutores de la docencia pregrado de enfermería	<i>Reconocimiento y compensación a la labor de tutorización de alumnos</i>
	<i>Formación específica para tutores</i>
Facilitar la formación continuada	<i>Debe realizarse en horario laboral, sustituido y durante 15 a 20 días al año</i>
	<i>Conceder más becas para formación externa y subvencionar los desplazamientos</i>
	<i>Dotación de una enfermera a tiempo completo en la unidad de docencia</i>

DISCUSIÓN

Se optó por una técnica cualitativa pues se consideró útil para la comprensión en profundidad de los fenómenos que se deseaban investigar, ya que dichas técnicas aportan el punto de vista de los propios sujetos implicados¹⁴. Cuando se propuso a los EAP participar en el estudio, hubo opiniones contrapuestas, por una parte algunas enfermeras manifestaron su desacuerdo en que otros profesionales opinaran sobre su trabajo, algunos profesionales expresaron dudas de la utilidad de realizar el estudio y, en cambio, otros la necesidad de llevarlo a cabo. A pesar de todo ello, la GAP consideró adecuado realizarlo dada la utilidad que había mostrado previamente la participación de los profesionales en distintas acciones orientadas a la planificación y organización de los servicios¹⁵⁻¹⁷.

Entre los resultados más relevantes, se señalan avances del nuevo modelo respecto al modelo tradicional, pero las expectativas no se han visto satisfechas^{11,13,18}. Las propuestas que realizan los participantes están en la línea de definir el rol profesional y de fomentar la responsabilidad y competencias de las enfermeras, lo que concuerda con otros estudios realizados sobre el tema^{7,10,11,13,19,20}.

Pensamos que, a pesar de la gran ilusión con la que se inició la RAP, faltaron por una parte directrices claras respecto al trabajo que debían desarrollar las enfermeras y, por otra, la formación necesaria para ello. El proceso de reflexión que suscitó este estudio, junto con las recomendaciones de las líneas de actuación en AP para el año 2001 del Insalud²¹ entre otros, ha propiciado el inicio de un proyecto de gestión de cuidados para la adopción de un modelo enfermero que fomente la responsabilidad en los cuidados y la independencia del usuario con respecto a su salud. Se pretende generalizar la utilización del método científico para planificar acciones, unificar criterios y permitir así evaluar el trabajo de las enfermeras, pro-

moviendo la investigación orientada hacia la mejora de los cuidados^{11,12}. Este proyecto, iniciado durante el año 2000, se realiza conjuntamente con el departamento de enfermería y la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de las Islas Baleares.

Con respecto a la oferta de servicios de enfermería, el problema más relevante es que no existe una oferta propia y global de cuidados de enfermería, aunque consideran que hay un gran protagonismo de las enfermeras en los programas de salud y, en general, en las actividades preventivas y de promoción de la salud. El programa de atención domiciliaria, concretamente, es considerado como una de las estrategias clave de AP donde el papel de las enfermeras es relevante^{5,10,11,13,18,22}. A pesar de ello, los participantes han manifestado dificultades para llevarlo a cabo relacionadas sobre todo con el déficit de servicios sociosanitarios y la coordinación con los mismos, ya evidenciados anteriormente²³⁻²⁶. Algunas de las acciones realizadas en este sentido han sido la creación del equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD) y la implantación del informe de continuidad de cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria. Asimismo, la puesta en marcha del Plan Sociosanitario²⁷, aprobado por el *Consell de Govern de les Illes Balears* en marzo de 2002, que define el modelo de atención sociosanitaria y contempla la creación de una red de servicios, creemos que mejorará la situación presente.

En general, la opinión respecto a los programas de salud vigentes es que deberían revisarse y evaluarse en términos de resultados en salud. De hecho, actualmente la GAP está iniciando una línea de trabajo para la implementación de guías de práctica clínica como instrumento de mejora de la efectividad y de la calidad de la asistencia²⁸.

Con respecto a la organización de los servicios, uno de los principales problemas detectados por los participantes es la infrado-

tación de recursos humanos. Se trata de un problema crónico en Baleares, relacionado con un crecimiento de la población mucho mayor que en el resto del Estado, debido fundamentalmente a la inmigración^{29,30} y al turismo. En estos momentos, recién asumidas las competencias sanitarias por nuestra Comunidad Autónoma, es de esperar que este tema se aborde en profundidad adaptándose las plantillas a las necesidades reales de los servicios de salud.

En relación con la asignación de la población a las enfermeras, mientras que un sector era partidario de mantener la situación actual (enfermera vinculada a cupo médico), otro sector propuso la creación de cupos de enfermería distribuidos en función de zonas geográficas y vinculados a las retribuciones. Bajo nuestro punto de vista lo importante es establecer mecanismos que vinculen a la enfermera con una comunidad concreta (barrio, pueblo...) para potenciar la colaboración con otros agentes de la comunidad y hacer más efectiva la promoción de la salud y el abordaje de los problemas de esa comunidad^{8,31}.

Por otra parte, también se ha evidenciado la aparente falta de accesibilidad de las enfermeras dentro de los CS, lo que estaba relacionado con la autogestión de las agendas por parte de las mismas enfermeras, y ya ha sido abordado por la GAP mediante la instauración de cita previa centralizada para enfermería.

Otro de los principales problemas con respecto a la organización de los servicios es el de la comunicación interna. Tanto en éste como en otros estudios^{13,18}, es uno de los temas más debatidos. Existen dificultades en el trabajo en equipo que se han atribuido principalmente a la falta de liderazgo de algunos coordinadores, a la falta de comunicación entre los miembros del equipo directivo del CS y a la indefinición del papel de las responsables de enfermería. Desde la GAP se han realizado acciones, fundamentalmente formativas, hacia los responsables

de los EAP basadas en los principios de la comunicación interna³³. Asimismo, tal y como proponían los participantes, se han ido realizando algunas reuniones conjuntas de coordinadores y responsables de enfermería con el equipo directivo de la GAP, y a las reuniones de responsables de enfermería ha asistido siempre el gerente y alguna persona de la dirección médica.

En cuanto a los registros e indicadores, los participantes manifiestan que reflejan más la cantidad que la calidad de los servicios. Proponen la revisión de los mismos y la informatización integral de los CS para mejorar, entre otros aspectos, los sistemas de información y disminuir la burocracia. En estos momentos una de las actuales prioridades del *Servei Balear de Salut* es la unificación del programa informático en la red de AP y su conexión con los centros de atención especializada^{4,21}.

Respecto a la difusión de los servicios que ofrecen las enfermeras, los participantes opinan que dicha difusión ha sido escasa y sólo se han realizado actividades aisladas. Nuestra opinión es que deberían utilizarse más los medios de comunicación, ya que como algunos autores sugieren, «lo que no sale en los medios de comunicación es como si no existiera... los medios de comunicación son además de un buen instrumento para la imagen, un recurso preventivo»³³.

Por último, en cuanto a la formación se puede afirmar que la formación de DUE está más orientada hacia la AP que los estudios de ATS^{10,11,18}, aunque existen áreas de conocimiento que se deberían potenciar como la educación para la salud, el trabajo en equipo y la entrevista clínica. La falta de desarrollo de la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria ha contribuido a la indefinición del rol profesional y ha dificultado la oferta de servicios específicos. La OMS en su documento de Salud 21, en el objetivo 15, dice: «en el núcleo del sistema debe estar una enfermera bien formada que proporcione un amplio asesoramiento

en materia de hábitos de vida, asistencia familiar, y servicios de atención domiciliaria a un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios»³⁴.

En cuanto a la formación continuada, los profesionales opinan, como en otros estudios^{11,35}, que es necesaria pero que existen dificultades referentes a la realización de las actividades en horario laboral y la financiación de las mismas. La mayor parte de la formación continuada organizada por la GAP ha sido en función de las necesidades formativas manifestadas por los propios profesionales, siendo la asistencia a cursos generalmente voluntaria, lo que ha supuesto que se formaran las personas con más inquietudes y más disponibilidad. Creemos que, además de esta formación continuada «voluntaria», la GAP debería apostar también por una formación continuada generalizada sobre temas priorizados por la propia GAP como, por ejemplo, la formación en gestión de cuidados.

A modo de conclusión, podemos decir que el estudio ha permitido poner sobre la mesa muchos de los problemas y tensiones que se percibían, pero que sólo se verbalizaban de manera informal, y se han iniciado acciones teniendo en cuenta las propuestas de los participantes. Si bien la RAP ha supuesto mejoras para las enfermeras, quedan aspectos por resolver. Así, el ajuste de las plantillas de profesionales de acuerdo al crecimiento poblacional de Mallorca, la comunicación interna, la definición y difusión de una cartera de servicios de enfermería, la promoción de la investigación orientada hacia la medición de los resultados en salud y por último, la revisión curricular de la formación pre y postgrado, son temas en los que se debería profundizar.

La oportunidad que representa el que en esta Comunidad Autónoma se hayan asumido recientemente las competencias sanitarias, junto al hecho de que la reforma esté

concluida en nuestra área, hace imprescindible que nos planteemos avanzar hacia propuestas innovadoras para un mejor desarrollo de la AP y específicamente de la enfermería comunitaria.

AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes en los grupos focales por sus interesantes aportaciones, que esperamos haber reproducido con fidelidad, y por su participación desinteresada. A los conductores y observadores de los grupos por su excelente labor. A l'Associació Balear d'Infermeria Comunitaria (ABIC) por su apoyo y participación en todo el proceso. A Joan Carles March y a M.^a Angeles Prieto por su asesoría en el informe final. A Elena Pastor por su eficacia en realizar las búsquedas bibliográficas. A Magdalena Esteva por la revisión final del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V. La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. *Jano* 1995; 1148: 1587-1602.
2. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
3. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo «Delphi». *Cuad Gest Prof Aten Primaria* 1999; 5 supl 1.
4. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Mirret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
5. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Los equipos de atención primaria. Propuestas de mejora. Documento de Consenso. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
6. Tamborero Cao G Coord. Bases estratégicas del modelo de autogestión del Centro de Salud de Son Pisà. 1.^a ed. Palma de Mallorca: Insalud, 2000.

7. Alberdi Castell R, Jiménez Otero M. Atención Primaria de Salud: un análisis del trabajo enfermero (I). *Rev Rol Enf* 1991; XIV(152): 19-22.
8. Corrales Nevado D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18(10): 577-80.
9. Custey MA. Expectativas de enfermería en atención primaria. En: *Debate sobre enfermería*. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 1995.
10. Martín Robledo E, García López F, Sánchez de la Calle PP. La profesión enfermera a lo largo de 14 años de modelo de Atención Primaria. *Metas* 1999; (14): 31-5.
11. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño, MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 25: 34-47.
12. Teixidor Freixa M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enf Clíin* 1997; 7(3): 126-36.
13. Casajuana Brunet J. El trabajo médico-enfermera. *Aten Primaria* 1998; 22 supl 1: 49-57.
14. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13(4): 312-9.
15. *Jornades d'atenció primària de Mallorca*. Palma de Mallorca: Gerencia de atención primaria; 1996.
16. *Descentralización de la Gestión en Atención Primaria*. Propuesta de un sistema de monitorización. Palma de Mallorca: Gerencia de atención primaria; 1993.
17. *Diagnóstico situación y propuestas para una nueva etapa*. Barcelona: Consultoria i gestió; 1997.
18. Duarte Clíments G, Izquierdo Mora D. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Tenerife: Dirección General de Programas Asistenciales; 2000.
19. Alberdi Castell R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rev Rol Enf* 1998; (239-240): 27-31.
20. Anglada Mirabent N, Cañadell Ledesma, E. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordà. *Aten Primaria* 2000; 25(5): 90-6.
21. Insalud. Subdirección General de Asistencia Sanitaria. *Líneas de Actuación en Atención Primaria*. Madrid: Insalud; 2000.
22. Gervás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*; 2001; 28: 472-7.
23. Ib-salut. *Propostes estratègiques del servei de salut de les illes Balears. Un model de salut propi per al mil·leni*. Palma: Ib-Salut; 2002.
24. Benito E, Llobrera J, Pons O, Santamaria J. L'atenció al malalt oncològic terminal a les Illes Balears. Elements tècnics per a la elaboració d'un pla d'atenció. Palma: Govern Balear. Conselleria de Sanitat i Consum; 1999.
25. Esteva M, Llobera J, Miralles J, Bauzá ML. Management of terminal cancer patients: attitudes, knowledge and skills of doctors and nurses working in primary health care. *Support Care Cancer* 2000; 8: 464-71.
26. Llobera J. Evolución de los enfermos de cancer terminal: aspectos epidemiológicos, clínicos, de calidad de vida y uso de servicios. [Tesis doctoral]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2001.
27. *Pla Sociosanitari de les Illes Balears (document previ)*. Palma: Conselleria de Sanitat i Consum, Conselleria de Benestar Social; 2001.
28. Marzó M. Guías clínicas de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 supl 3: 30-5.
29. Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura recaptura. *Aten Primaria* 2002; 29: 463-8.
30. Ramos M, Garcia R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001; 15: 320-6.
31. Gené Badía J, Jodar G. Noves perspectives en la enfermería d'atenció primària. *Ann Med (Barc)* 1993; 3: 41-2.
32. Villafañe J. *Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas*. Madrid: Pirámide; 1993.
33. March JC, Martínez Olmos J, Cremades R, Arrozamena J. La salud es transmisible. Los medios de comunicación y la atención primaria de salud.

- FMC. Formación médica continuada en Aten Primaria 1999; 6: 13-21.
34. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Introducción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
35. Martínez Ros MT, Ballesteros Pérez AM, Molina Durán F, Sánchez Sánchez, F, Soto Calpe R. Formación continuada en atención primaria: necesidades sentidas por médicos, pediatras y personal de enfermería. Aten Primaria 1996; 1: 124-6.

ORIGINAL

EL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID SOBRE EL TRABAJO CON GRUPOS: SENTIDO, FINALIDADES Y ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN (*)**Juan Carlos Duro Martínez (1,2)**

(1) Centro Universitario de Salud Pública. Comunidad de Madrid-Universidad Autónoma de Madrid.

(2) Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid.

(*) Este artículo es parte de una investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (Exp. 93/0907) en la que el autor fue el investigador principal y en la que también participó como investigadora la psicóloga Celia Arroyo.

RESUMEN

Fundamento: La Educación para la salud con grupos es una actividad cada vez más importante en atención primaria. Con el objetivo de contribuir a su desarrollo, esta investigación se plantea conocer los discursos de los profesionales sanitarios sobre las prácticas grupales y específicamente sobre su sentido, finalidades y ámbitos de aplicación.

Métodos: Desde una perspectiva cualitativa-estructural se realizaron cuatro grupos de discusión y cuatro entrevistas abiertas con médicos generales, especialistas en Pediatría, en Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Trabajo Social, de las Áreas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Los discursos de los profesionales de atención primaria sobre los grupos se inscriben dentro de las actividades de educación para la salud, siendo ésta una actividad supeditada a la consulta individual. Para hacer grupos los profesionales incluyen argumentos del orden de la jerarquía, eficiencia, eficacia y satisfacción personal. Los principales colectivos objeto del trabajo en grupo son, por este orden, los pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos), mujeres (perimenopáusicas, con malestar general, etc.), escolares y profesores, asociaciones de la comunidad y cuidadores de enfermos crónicos.

Conclusiones: Los profesionales de atención primaria mayoritariamente consideran el trabajo con grupos como algo marginal cuya finalidad principal sería el ahorro y, subsidiariamente, la Educación para la salud. Se realizan básicamente con pacientes crónicos y mujeres, planteándose el trabajo comunitario en un segundo término.

Palabras clave: Educación para la salud. Atención primaria de salud. Investigación cualitativa. Grupo de discusión. Entrevista abierta.

Correspondencia:
Juan Carlos Duro Martínez
Centro Universitario de Salud Pública.
C/ General Oráa, 39
28006 Madrid Tfno: 914117572 Fax: 914116696
Correo electrónico: juancarlos.duro@uam.es

ABSTRACT

The Opinions of the Primary Care Professionals of the Community of Madrid Concerning the Work with Groups: Reason for Being, Purposes and Fields of Intervention

Background: Health Education with groups is an increasingly important activity in primary care. For the purpose of contributing to the furthering thereof, this research is aimed at ascertaining the opinions of the health care professionals with regard to the group practices and particularly with regard to their reason for being, purposes and fields of intervention.

Methods: From a qualitative-structural perspective, four discussion groups and four open interviews were held with general practitioners, specialists in Pediatrics, in Family and Community Medicine, Nursing and Social Work in the Primary Care Areas in the Autonomous Community of Madrid.

Results: The opinions of the primary care professionals regarding the groups are confined to the activities of Health Education, this being an activity subject to individual inquiry. To form groups, the professionals include arguments on the order of hierarchy, efficiency, effectiveness and personal satisfaction. The main groups regarding which the group work was done are chronic patients (hypertension and diabetes), women (pre-menopause, general malaise), school-age children and teachers, community associations and caregivers of the chronically ill.

Conclusions: The majority of the primary care professionals consider the work with groups to be something on the side, the end purpose of which would be savings and, on a secondary scale, Health Education. These groups mainly regard chronic patients and women, community work being approached on a second plane.

Keywords: Health Education. Primary health care. Qualitative research. Discussion group. Open interview.

INTRODUCCIÓN

Los discursos y las prácticas grupales en la atención primaria de salud en nuestro país durante los últimos veinticinco años han ido evolucionando desde las pioneras experiencias comunitarias que contribuyeron a la Reforma sanitaria¹⁻⁴ hasta su implantación a lo largo de los 90, con la indudable influencia de las recomendaciones del Informe Abril⁵ y la puesta en marcha de la Cartera de Servicios⁶. En todo este recorrido el trabajo con grupos ha estado presente, ya sea en sus planteamientos más cercanos a la promoción de la salud y la participación comunitaria^{7,8}, ya en los acercamientos más tecnológicos vinculados a la asistencia y a la Educación para la Salud^{9,10}.

Las resistencias al trabajo en y con grupos atraviesan a las instituciones y a los propios profesionales. Se convierte así en primordial conocer la perspectiva de los profesionales sanitarios sobre el trabajo psicosocial más relevante, los grupos, como una manera de conocer sus actitudes, valores, representaciones, etc., sobre un tipo de prácticas que, con frecuencia, se potencian en lo discursivo pero que escasean en la práctica cotidiana.

Conocer el discurso sobre las prácticas grupales en lo referente a la promoción y educación para la salud en atención primaria cuando menos puede servir para la formación de estos profesionales en orden a potenciar un modelo psicosocial e interdisciplinar de intervención, así como para la adopción de medidas de carácter organizativo y de cambio institucional que posibiliten dichas prácticas.

En el marco de ese metaobjetivo llevamos a cabo esta investigación en la que hemos utilizado, en el nivel tecnológico, como dispositivo fundamental de captura de datos —discursos— el grupo de discusión, a decir de Jesús Ibáñez¹¹⁻¹³, principal instrumento técnico dentro de la perspectiva estructural

para la investigación en ciencias sociales^{11,14}.

El objetivo general de esta investigación es conocer los discursos de los profesionales sanitarios de atención primaria sobre las prácticas grupales en promoción y educación para la salud. Los objetivos específicos, de los que da cuenta este artículo, son: identificar los significados y sentidos que los distintos profesionales dan a dicho trabajo en su cotidianidad y conocer sus motivaciones y los distintos ámbitos de intervención con grupos en atención primaria.

SUJETOS Y MÉTODO

A tenor del carácter y naturaleza de los objetivos de investigación propuestos, que pertenecen al segundo nivel de la realidad social —el orden del discurso—, se eligió el método estructural-cualitativo como el más adecuado para darles respuesta. Este método de investigación toma como centro a los sujetos-actores (en nuestro caso, los profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria del Insalud de la Comunidad de Madrid) para tratar de captar la riqueza de las experiencias de las personas en sus propios términos, palabras y visiones, intentando entender el mundo subjetivo de los participantes del estudio¹⁵. Como técnicas de captura de datos se utilizó el grupo de discusión y como complemento las entrevistas abiertas^{16,17}.

Universo de estudio y clases estructurales

La población objeto de nuestro estudio —universo— está constituida por médicos/as y enfermeros/as, y por los trabajadores/as sociales que se han incluido en los Equipos de Atención Primaria. Excluimos del estudio a otros integrantes de los equipos, bien por no tener funciones y responsabilidades directas de atención a la salud de la población —auxiliares administrativos—

bien por su escasa relevancia cuantitativa o cualitativa en la misma —fisioterapeuta, auxiliares de clínica, etcétera.

Los discursos de los profesionales de atención primaria sobre las prácticas grupales no pueden ser homogéneos dadas las diferentes «clases estructurales» relativas al tema de estudio. Podemos por lo tanto dividir a nuestra población objeto de estudio en función de diferentes variables relevantes para nuestros objetivos de investigación: profesión, área sanitaria y género. El resto de variables hay que tenerlas en cuenta para buscar la mayor heterogeneidad en el discurso de cada clase. Son especialmente relevantes: el tiempo de actividad laboral y, sobre todo, si han tenido formación y/o experiencia de trabajo grupal y/o psicosocial.

Muestra y diseño de los Grupos de Discusión

Dado que en un estudio cualitativo la significación de la muestra viene dada por su representatividad estructural (tablas 1 y 2), y teniendo en cuenta los criterios de homogeneidad para la producción del discurso grupal de manera que no se produzcan blo-

queos en la comunicación y se dificulte la producción grupal, se organizaron los grupos en función de la variable profesión que tomamos como heterogeneidad excluyente y dentro de la profesión de médicos, se discriminó entre médicos generales, sin especialidad, médicos especialistas en pediatría y médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (heterogeneidad incluyente). La variable Área sanitaria se tuvo en cuenta para evitar la excesiva representación de aquellas áreas en las que hubiera un mayor desarrollo de las actividades grupales por diversas razones (mayor formación y experiencias de los profesionales, más potenciación por parte de las gerencias, etc.). La variable experiencia previa con el trabajo con grupos, aunque fue tenida en cuenta a la hora de la composición de los grupos, no ha podido ser identificada cuantitativamente en cada grupo por no haber llevado los investigadores un registro de la misma (es decir que en cada grupo había profesionales con distintos grados de experiencia pero no hemos cuantificado cuántos tenían experiencia y en qué grado) ya que fueron los contactadores los que la tuvieron en cuenta a la hora de seleccionar a los participantes en los grupos de discusión. Esta limitación pensamos que no quita validez a los resultados en tanto

Tabla 1
Diseño de los Grupos de discusión y las entrevistas abiertas

	<i>Profesionales</i>	<i>Área Sanitaria</i>	<i>Titulación</i>	<i>Sexo/Edad</i>
Grupo de Discusión 1	9 profesionales de enfermería	Áreas 1, 2, 5, 9, 10 y 11		8 mujeres y 1 hombre 30-40 años
Grupo de Discusión 2	7 médicos/as	Áreas 1, 3, 6, 8, 10 y 11	Medicina de Familia y Pediatría	4 mujeres y 3 hombres 30-45 años
Grupo de Discusión 3	5 trabajadoras sociales	Áreas 1, 8, 9 y 10		5 mujeres 26-35 años
Grupo de Discusión 4	6 médicos	Áreas 4, 7, 8, 9 y 11	Medicina General y de Familia	5 mujeres y 1 hombre 30-40 años
2 Entrevistas en profundidad	médicos	Áreas 3 y 6	Medicina General	hombres 35-40 años
2 Entrevistas en profundidad	trabajadoras sociales	Áreas 2 y 5		mujeres 30 años

Tabla 2

Variables para la composición de los Grupos de Discusión

- Colectivo profesional de pertenencia: médicos generales y médicos especialistas en pediatría, médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, enfermeros y trabajadores sociales.
- Área Sanitaria en la que se desempeña el trabajo
- Hombres y mujeres
- Un mínimo de dos años de experiencia en Atención Primaria
- Formación/experiencia en trabajo con grupos.

éstos expresan la tendencia del posicionamiento topológico de las opiniones en función de los distintos niveles de experiencia.

El proceso de captación empleado ha sido el método de «bola de nieve» o «red de captación mediante pasos sucesivos», utilizándose en un primer paso captadores que por motivos de amistad, de relación profesional, vínculos a través de la actividad docente o varios de ellos simultáneamente, tuvieran una buena relación con los investigadores.

Realización de los Grupos de Discusión y las Entrevistas Abiertas

Los cuatro grupos de discusión y las cuatro entrevistas abiertas que forman parte de esta investigación se realizaron en el Centro Universitario de Salud Pública. La duración de cada reunión de grupo osciló entre los setenta y cinco y los noventa minutos, dándose por finalizado el grupo cuando, a juicio del preceptor, se había agotado la producción grupal sobre el tema y empezaba a producirse ostensible redundancia sobre el mismo. En todos los grupos y entrevistas se invitó a la discusión mediante la consigna o intervención inicial indirecta, pues no explicitaba el objetivo de la investigación: *vamos a hablar del trabajo cotidiano que se hace fuera de la consulta en los equipos*, para después, según la guía temática (tabla 3), ir centrando el debate en las actividades o trabajos con grupos, una vez que se nombraba de forma espontánea por los hablantes.

Tabla 3

Guía temática para los grupos de discusión y entrevistas referida a los objetivos específicos que se presentan en este artículo

- Actividades no asistenciales que se realizan en Atención Primaria de Salud en Madrid.
- Valoración sobre actividades grupales y con la comunidad hechas por los profesionales de APS.
- Razones por las que se hacen grupos en atención primaria.
- Ventajas e inconvenientes de las actividades grupales con pacientes en el Centro de Salud y con la comunidad.
- Ámbitos de intervención grupal en atención primaria.

Todo lo dicho en los grupos de discusión y entrevistas abiertas fue recogido en cinta magnetofónica y posteriormente transcrito de forma literal. Ello constituye el corpus de datos discursivos de esta investigación, y sobre él se aplicó el análisis e interpretación, que se refleja en los resultados.

El análisis y la interpretación de la información recogida se efectuó, en primera instancia, por el investigador/preceptor que realizó los grupos de discusión y posteriormente fue contrastado y supervisado por el investigador principal del estudio. Ninguno de los dos investigadores conocía ni tuvo contacto previo con los integrantes de los grupos ni con los participantes en las entrevistas abiertas. Acorde con ese planteamiento teórico-metodológico y puesto que no se trataba de una investigación-acción¹⁸ no se «devolvió» el resultado a los informantes directos, si bien como «informe preliminar» se utilizó en actividades formativas con profesionales de atención primaria (Área 2 del Insalud, Diplomado de Sanidad de la Comunidad de Madrid, etc.) contrastando los resultados con la experiencia y opiniones de los profesionales de atención primaria que participaban en estos cursos.

RESULTADOS

El análisis de los resultados se hizo según la guía de los objetivos planteados. Su organización en epígrafes facilita la exposición de los resultados que se acompañan de los dichos (verbatim) más relevantes (tabla 4).

Tabla 4

«Dichos» (verbatim) más relevantes

N.º 1 «Mira, si nos pusiésemos a hacer cálculos de lo que le podríamos ahorrar al Estado haciendo una educación para la salud buena, es decir, por ejemplo el tabaco, yo conozco el tabaco, yo con que dejen 20 personas al año, si eso lo sumamos en los días que supuestamente tenía que estar pues que la gente que fume, que tiene un cáncer y todo eso, lo cuantificas, y son muchos millones de pesetas, yo creo que es superinteresante...» Grupo de Discusión de Enfermería (GDE).
N.º 2 «... Los objetivos que se plantean son esos, primero descargar las consultas, evidentemente no todo el que pasa a la consulta necesita receta, ¿entiendes?» Grupo de Discusión de Trabajadoras Sociales (GDTS)
N.º 3 «Es lo que... o sea partimos de que la educación grupal va luego a revertir en que vamos a tener menos carga... porque va a estar mejor educada la población y entonces no va a demandar tanto, porque vas a educar en vez de a uno a diez a la vez o a doce... y además se lo van a aprender» (GDE).
N.º 4 «Y juntar a un grupo de veinte o quince o treinta padres, o cinco, que te van a llevar quizá el mismo tiempo, veinte minutos, y les expliques lo que a todos igual les explicas... igual hasta salen más reforzados. En ese cuarto de hora que yo tengo de consulta programada, que me voy a llevar a un solo niño, en ese cuarto de hora igual me puedo llevar a diez o doce padres...» Grupo de Discusión de Médicos (GDM).
N.º 5 «Bueno, no sé si exactamente se recibió mal... no sé cómo decirlo... Se vivió como algo que hay que sacar adelante, que no había otra, o te montas en este carro o a ver qué pasa aquí, porque tenemos que rentabilizar, ¿entiendes?, y eso a mí personalmente me encantó porque estaba en mí... pero a lo mejor a otras compañeras...» (GDTS)
N.º 6 «A mí sí me gusta el tema de grupos, me parece necesario... y entonces se ha puesto en marcha... cosa que a mí me tranquilizó, porque dije, bueno, ya no es sólo misión nuestra sino que hay algo que se está poniendo en marcha...» (GDM)
N.º 7 «Eso está clarísimo, que educación para la salud hay que hacerla (...). O sea, que esta educación hay que hacerla, y que tanto grupal como individual» (GDM)
N.º 8 «... por lo menos se intenta el cambiar los hábitos alimentarios de los niños... te estoy hablando de un colegio al lado de nuestro centro de salud con el que estuvimos trabajando tres años... entonces ahí se intentó cambiar estos hábitos... por ejemplo los desayunos...» (GDM).
N.º 9 «El trabajo con el grupo es preventivo, y te da básicamente a conocer la enfermedad o el problema, y ayudar a autocontrolarse, a autocurarse digamos. Ésa es la ventaja del grupo, yo creo que preventivo y educacional... digamos que la prevención y la educación es muy rentable, muy rentable terapéuticamente hablando, ¿entiendes?, a nivel de control de la enfermedad, el autocontrol en esa enfermedad es estupendo, y basta con educarlos» Entrevista con Médico General (EMG).
N.º 10 «Lo que pasa que el objetivo básico tiene que ser siempre el mismo, que la mujer, ¡plás!, dé el salto, promoción, trabajo, o seguir estudiando, me da igual, pero que haya ese salto, ese tiene que ser siempre el objetivo, ¿no?, yo creo» Entrevista con Trabajadora Social (ETS).
N.º 11 «Estamos muy empeñados en primaria, o en lo que yo vivo, en diabetes, hipertensión, colesterol, pues a la gente es que la tengo con la hipertensión, con la diabetes y con la salud escolar.» (GDTS).
N.º 12 «Yo creo que ahí hemos exagerado, nos hemos pasado y luego no nos queda tiempo muchas veces para ver a otros pacientes. Yo... me parece que por ejemplo la enfermería dedica demasiado tiempo a hipertensos, a diabéticos, a toda esta gente, los está viendo en demasía, es que ya es una pérdida de tiempo, yo lo veo como pérdida de tiempo» (GDM).
N.º 13 «Entonces yo ahora digo que puedo llevar un grupo sola pero no lo llevo porque no tengo una suficiente demanda, no planteo ni de diabéticos ni de hipertensos, yo hablo de frecuentadores de consulta, mujeres que se han divorciado, mujeres que su marido es alcohólico, mujeres que su hijo es minusválido, mujer que es viuda; yo no hablo de hipertensos ni de diabéticos. Pero no hay ni demanda» (GDTS)
N.º 14 «Entonces, hay una asociación de mujeres que nos reclama para dar menopausia, pues va un médico y una enfermera, hay una asociación que te reclama, o los colegios te reclaman, queremos charlas de tal y tal y se lo apuntamos dentro de nuestras posibilidades» (GDM)
N.º 15 «...este año hemos presentado los servicios del centro de salud en nuestros nueve colegios de referencia presentando el Programa de Atención al Niño, y de ahí pues ya nos han llovido bastantes peticiones para EPS...» (GDTS).
N.º 16 «... hay algo que se está poniendo en marcha que se llama Plan Comunitario, que lo lleva la asociación de... bueno, es una manera de estructurar todos los servicios que hay en el distrito (...), a mí lo que me gusta de esto es que no es una institución más sino que es la coordinación entre todas...» (GDM)
N.º 17 «Hay una parte que me gustaría comentar, que es la parte comunitaria, que a todo el mundo le resulta más difícil, la educación para la salud, porque normalmente todo eso de participación comunitaria viene a ser educación para la salud, formar grupos o salir fuera del centro para hacer charlas con diferentes colectivos... no es participación comunitaria de, bueno, que los miembros de la comunidad participen en lo que es el desarrollo del centro, sino en esa otra vertiente de participación que es a través de la educación para la salud...» (GDTS).
N.º 18 «Lo que os contaba de los cuidadores de personas incapacitadas... eso si no lo hacemos nosotros no se encarga ninguna institución, y necesitan mucha ayuda, tienen que saber muchas cosas» (GDM).

Los grupos en Atención Primaria: «lo que se hace si queda tiempo»

El trabajo con grupos aparece junto con otras actividades que también se hacen «fuera de la consulta» como investigación, formación, sesiones clínicas, reuniones de equipo, etc. Todos estos temas se ponen en relación metonímica con opiniones sobre la organización interna de los equipos, las relaciones entre los equipos y las Gerencias, la pertinencia de determinados registros (muchos de ellos se perciben como «burocracia sin sentido»), la adecuación de ciertos programas, las relaciones entre colectivos profesionales, etc. En suma, el trabajo con grupos suscita reflexiones en relación con el sentido que el trabajo cotidiano en atención primaria tiene para sus profesionales en distintos ámbitos: en cuanto a la tarea, eficacia, etc.; en cuanto a la identidad profesional, reconocimiento, expectativas, etc.; en cuanto a la esfera afectivo-relacional, en lo que hace al clima de los equipos, etcétera.

En concreto, las referencias más explícitas al trabajo con grupos surgen casi siempre alrededor de la educación para la salud (en sentido amplio y con distintos modelos teóricos en uso) y suele ser un discurso que pone de manifiesto un conflicto dinámico y lejos del consenso. Tanto el conflicto como el diseño aparecen al hablar del propio sentido del trabajo con grupos, su eficacia, los objetivos que persigue, la disponibilidad para realizarlo, las motivaciones y grado de implicación de los distintos profesionales, etc. Además, el polo de comparación del trabajo con grupos es siempre la atención o asistencia individual, constituida en eje central de la cotidianeidad de los equipos. El trabajo con grupos aparece —con distintos grados y según quiénes sean los hablantes— como «lo otro» (dentro del contexto de la educación para la salud *versus* la tarea asistencial-individual), «lo que se hace si queda tiempo», una actividad de segunda, lo deseable, etc.

¿Por qué y para qué se hacen los grupos?

En el discurso de los profesionales sobre las razones explicitadas para justificar la realización de grupos en atención primaria se entremezclan argumentos en relación con el pensamiento/valoración socio-profesional de los grupos; y relacionadas más propiamente con los objetivos o beneficios directos que se pretenden alcanzar con el trabajo con grupos.

Rentabilidad económica: «... los grupos es ahorro y no me digas que no»

El carácter rentable y de ahorro (en tiempo, esfuerzo, dinero y recursos humanos) del trabajo con grupos parece ser una de las teorías aceptadas con más fuerza entre los profesionales sanitarios de atención primaria. Constituye casi un *a priori* para justificar desde fuera la realización de grupos en distintos ámbitos, al margen de consideraciones de otros órdenes. De alguna forma, la necesidad de ahorrar —y la posibilidad de hacerlo, entre otros medios, a través de los grupos— parece haber sido asumida o hecha suya por algunos profesionales como un objetivo «razonable», perteneciente en primera instancia a la Administración. Este «hacer suyo» este argumento pasaría por percibir los beneficios del ahorro en el trabajo cotidiano de cada profesional.

Si los objetivos educativo-terapéuticos del trabajo con grupos (como una forma más de educación sanitaria o para la salud) se cumplen, el beneficio secundario —pero directo— sería la disminución de enfermedades y el ahorro consiguiente en el presupuesto global del sistema sanitario (Verbatim 1).

Descarga de las consultas y ahorro de tiempo

La descarga de las consultas es el efecto más deseable por parte del colectivo médi-

co, apuntado también como positivo por parte de los otros colectivos. La presión asistencial disminuiría porque se tratarían fuera de la consulta problemas que ahora se tratan dentro, porque la población aprendería a no demandar tanto, porque, incluso, se daría respuesta más «adecuada» a demandas ahora no satisfechas: como reflejan las citas siguientes, estas demandas irían en la línea de «*compartir el problema con otra gente*», «*educar a la población*», o «*algo distinto a la receta*», aspectos que se incluyen como esenciales del trabajo con grupos y no de la consulta individual (Verbatim 2 y 3).

El ahorro en tiempo también está relacionado con la descarga de la consulta, ya que atender simultáneamente a un número de personas con demandas parecidas lleva menos tiempo que hacerlo individualmente. El significado implícito en esta definición apunta a una concepción del grupo como un «auditorio» (muchos espectadores que escuchan algo) y del tiempo como el que el profesional tarda en «explicar» algo a dicho auditorio (Verbatim 4).

Es obligatorio: «...ahora hay que hacerlo porque está en Cartera de Servicios»

La inclusión de las actividades de grupos en la Cartera de Servicios se interpreta, entre otras cosas, como una consecuencia de la estrategia de reducción de costes y, menos, como estrategia de mejora de la calidad. Desde el momento en el que constituye una actividad de la que hay que dar cuenta en las memorias anuales, se convierte en algo obligatorio: se quiera o no, es una razón para llevar a cabo trabajo con grupos (Verbatim 5).

Entre los profesionales sanitarios hay, al menos, dos posturas ante la inclusión de los grupos en la Cartera de Servicios. Aquéllos menos convencidos del valor y eficacia del trabajo con grupos lo observan como una imposición, como una actividad más a sumar a las que ya están establecidas. Éstos apuntan a que el trabajo con grupos sigue siendo algo secundario, incluso aunque el

documento lo refleje y obligue a su realización. Sin embargo, los profesionales con una actitud más favorable a la actividad reciben positivamente su inclusión en la Cartera de Servicios a partir de la percepción de un doble beneficio: por un lado, aporta un soporte formal por parte de la Administración en el que enmarcar actividades o tareas que se venían haciendo con carácter voluntario o, incluso, voluntarista; por otro, desde el convencimiento del valor de los grupos en el trabajo cotidiano, observan la «imposición» como un punto de partida, desde el que otros profesionales pueden participar. En otras palabras, estos profesionales se ven apoyados desde lo «instituido», disminuyendo la sensación de ser lo «instituyente» (con la connotación de oposición que siempre tiene esto último) (Verbatim 6). En todo caso, parece haber una postura mayoritaria, más bien pasiva, que tomaría como centro la consideración de la realización de grupos como una actividad «extra», fuera de las obligaciones establecidas y, en general, como algo que se hace siempre en segundo término y de manera voluntarista.

Sirven para prevenir y fomentar los autocuidados

Los profesionales más afines a esta forma de trabajar establecen que los objetivos que se persiguen con el trabajo con grupos son, en su esencia, los de la educación para la salud individual (Verbatim 7). Dichos objetivos están fundamentalmente relacionados con la prevención; así, eliminar hábitos o conductas «insanas», implantar hábitos saludables, provocar una toma de conciencia sobre los estilos de vida inconvenientes o perjudiciales (siempre en el sentido de hábitos o conductas), etc. (Verbatim 8). En el caso de personas con enfermedades crónicas se busca aumentar su información sobre dichas enfermedades. En la misma línea, se persigue promocionar los autocuidados de los pacientes que requieren atención continuada. Con ello se busca una mayor autonomía de la población con respecto al sistema

sanitario que, indirectamente, supondría un ahorro si consiguiera disminuir la demanda asistencial. En este sentido, se está hablando del grupo como un dispositivo «terapéutico», persiguiéndose el autocontrol de la enfermedad y la menor dependencia del médico por parte del enfermo (Verbatim 9).

Además de estos objetivos de orden clínico-terapéutico, los colectivos de enfermería y trabajadores sociales apuntan también otros objetivos deseables de orden psicosocial o, en términos más amplios, de promoción de la salud. Al hablar de estos objetivos, estos colectivos profesionales informan también de los grupos de población a los que se refieren, en general, población «sana» desde el punto de vista clínico, pero quizá «enferma» desde el punto de vista psicosocial (sobre todo, los usuarios de la consulta de trabajo social) (Verbatim 10). El trabajo con grupos favorecería la creación de espacios de escucha de problemas que no tienen cabida en otros lugares del trabajo cotidiano de la atención primaria, supondrían el inicio de grupos de autoayuda de personas con necesidades parecidas y sería un punto de partida para procesos de «maduración personal». Tanto el colectivo de enfermería como el de trabajadores sociales consideran que el tercer colectivo, el médico, no participa, en general, de estos objetivos, por lo que la posibilidad de llevar a la práctica grupos bajo este enfoque no suele contar con su apoyo.

Ámbitos de trabajo con grupos

Los ámbitos de trabajo con grupos en atención primaria, en orden descendente de importancia, son: personas con patologías crónicas, mujeres, salud escolar, participación comunitaria y formación de cuidadores.

Patologías crónicas: «... aquí es un chollo ser hipertenso»

El primer ámbito espontáneo con el que se asocia el trabajo con grupos es el de los

pacientes con patologías crónicas, en especial la hipertensión y la diabetes. Siguiendo el discurso de los profesionales, éste parece ser uno de los ámbitos más estructurados y sistematizados a través de los protocolos, en los que el trabajo con grupos empieza a tener un lugar más o menos establecido y fijo. El interés por este ámbito coincide con el interés más general (materializado en protocolos estructurados) de la atención primaria por las patologías crónicas en la consulta individual y responde a una de las actividades protocolizadas en la Cartera de Servicios (Verbatim 11). Además, la propia Cartera de Servicios refleja esta «sistematización» de las actuaciones a llevar a cabo con los pacientes que sufren este tipo de patologías, fijando, a través de las Normas Técnicas Mínimas, un conjunto de actividades planificadas según un protocolo y realizando evaluaciones pre-test y post-test de conocimientos, habilidades y actitudes de los participantes en los grupos.

En este sentido, se dice que desde que a un usuario se le diagnostica hipertensión o diabetes entra inmediatamente en el círculo de actividades y actuaciones previstas para esta circunstancia, entre las que se incluyen «sesiones de grupo» para familiarizarse y tomar contacto con su enfermedad.

Aún reconociendo que estas patologías son frecuentes y aparecen realmente en las consultas constituyendo una parte importante de la demanda asistencial, entre algunos profesionales surge una crítica de cierta «arbitrariedad» en la selección de estas dos patologías como objeto de interés y atención. La decisión de dedicarles tiempo, recursos humanos y planificación, supone el dejar de lado a otros pacientes con patologías distintas que se verían perjudicados porque no existe protocolo para ellos y que podrían beneficiarse de una mejor atención. Así, la expresión de que «aquí es un chollo ser hipertenso» pone de manifiesto que algunos profesionales más críticos (de los tres colectivos, pero de forma más explícita en trabajo social) perciben una cierta desigual-

dad en el reparto de dicha atención (o ruptura de la equidad) y, complementariamente, que si uno «tiene la suerte» de sufrir hipertensión (u otra patología «protocolizada») se convierte en beneficiario de más servicios por parte del Centro de Salud (controles, seguimientos, grupos, etc.) que otros pacientes (Verbatim 12). La queja desde los trabajadores sociales se enmarca, también, en una demanda doble: de aprovechamiento de su propia formación, no estrictamente sanitaria sino psicosocial o sociosanitaria en sentido amplio, y de un lugar reconocido en el seno de los equipos donde su actuación tenga sentido. Esta posición del colectivo de trabajo social autopercibida como «periférica» (y difusa) explica y anima gran parte de las reflexiones sobre el trabajo con grupos desde su punto de vista (Verbatim 13).

Interpretando las posiciones detectadas en el discurso, vemos que la decisión de dedicar más atención a ciertas patologías (diabetes, hipertensión, etc.) no tiene, en realidad, un carácter arbitrario, sino que responde al Modelo Médico Hegemónico, con sus «intereses» y su saber (centrado en aspectos clínico-curativos e individuales, incluso aunque se trabajen en grupo: como suma de individuos). La postura proveniente de trabajo social (por su formación y su posición dentro de la organización) apunta más a la reivindicación del modelo psicosocial, incorporando, como aspectos a considerar, determinantes de la salud no sólo clínicos sino también sociales, y observando el grupo en su carácter interactivo-relacional y como dispositivo de socialización y aprendizaje. Los discursos de los profesionales de atención primaria respecto a sus actitudes, relaciones entre los profesionales y modalidades y técnicas grupales, son otros objetivos específicos de esta investigación que serán objeto de una posterior publicación.

Grupos con mujeres

El trabajo con grupos de mujeres perimenopáusicas, a las que se define de forma

dominante por una situación vital «medicalizada» (teniendo en cuenta los cambios hormonales y sus consecuencias clínicas en esa época de la vida de la mujer), se hacen tanto a demanda como de manera programada, en el sentido de que la iniciativa surge de algún profesional del equipo (sobre todo, de enfermería y trabajo social). Con la expresión «a demanda» los profesionales se suelen referir a peticiones al Centro de Salud de charlas o colaboración de algunos grupos de mujeres ya establecidos en la comunidad (a través de Asociaciones o similar). En estos casos, se organiza, en función de las posibilidades, un programa que dé respuesta a las peticiones y se reparte la realización entre los profesionales más «motivados». En todos los grupos de discusión se puso de manifiesto que la realización o no de estas actividades depende, en gran medida, de la organización interna del equipo, así como del grado de desarrollo del mismo y la prioridad de líneas de trabajo orientadas desde las Gerencias (Verbatim 14).

Cuando los grupos con mujeres se hacen «desde dentro» (esto es, con mujeres derivadas de las consultas) parecen tener un carácter más terapéutico y formativo y se hacen a iniciativa de personal de enfermería y/o trabajo social.

Salud Escolar: «...también salimos fuera a los colegios»

Otro ámbito de trabajo con grupos en instituciones, diferenciado de los anteriores, es el de la salud escolar. Aquí se incluyen tanto grupos de trabajo con maestros, pertenecientes a claustros de los colegios de la zona, como eventuales charlas a los propios niños de dichos colegios. En los grupos con maestros, normalmente a demanda de estos últimos y fuera del Centro de Salud, se enfatiza el apoyo técnico a las materias transversales (en concreto, la educación para la salud), basado en la transmisión de contenidos a los maestros para que ellos los elaboren

con un carácter didáctico y, después, los trabajen con los niños. Los profesionales sanitarios que han participado en alguna actividad con maestros relatan que las principales dificultades radican alrededor de la falta de motivación de los mismos, así como en obstáculos de orden organizativo (Verbatim 15).

Participación Comunitaria

Bajo este amplio título aparecen en el discurso grupos de otro orden, más bien con el carácter de reuniones de coordinación, planificación, etc., que incluyen desde Consejos de Salud, Mesas de Salud, o trabajo conjunto con organizaciones e instituciones de la comunidad (asociaciones, ayuntamientos, Servicios Sociales, etc.) (Verbatim 16).

Las menciones a este tipo de actividades no son tan frecuentes como las anteriores (patologías crónicas, mujeres, etc.) y el debate sobre ellas pone de manifiesto una gran confusión acerca de qué es la participación comunitaria, llegando a constituir un «cajón de sastre» en el que pueden llegar a incluirse diversas actividades que tienen en común el que se realicen fuera del centro. De parte del colectivo de trabajo social surgen puntualizaciones que afinan la definición de «participación comunitaria», a menudo para resaltar que no es eso lo que se hace habitualmente (Verbatim 17).

Formación de cuidadores

De forma algo más minoritaria, se menciona que en algunos equipos se están llevando a cabo grupos con personas que cuidan o tienen a su cargo en el hogar enfermos graves, ancianos, «enfermos terminales», etc. Según se dice, estos grupos suelen estar compuestos por mujeres (que, en general, se encargan del cuidado de la salud familiar) y, desde un enfoque formativo y de apoyo, se procura asesorar y aconsejar sobre los cuidados específicos necesarios para la correc-

ta atención de determinados enfermos, etc. Además, los profesionales que han tenido experiencia con estos grupos formativos apuntan que constituyen también un espacio de descanso y autoayuda para los cuidadores (Verbatim 18).

DISCUSIÓN

El uso de las técnicas cualitativas en la investigación en salud va siendo progresivamente aceptado en la comunidad científica sanitaria de nuestro país¹⁹⁻²¹ y su uso es creciente, entre otros en la evaluación de programas y actividades de salud²²⁻²⁵. Igualmente el grupo de discusión y las entrevistas abiertas están siendo cada vez más utilizados para conocer las perspectivas de los profesionales respecto a cuestiones organizativas²⁶, para la investigación en atención primaria^{27,28} ó en determinados grupos de población²⁹ (ver además las diferentes investigaciones cualitativas publicadas como Documentos Técnicos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: <http://www.documentacion.eps.comadrid.es>). La complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos se va imponiendo, al menos en los discursos avanzados de la salud, en la perspectiva de obtener un conocimiento más comprehensivo y holístico de la problemática de la salud actual³⁰⁻³².

En el caso del estudio que presentamos la principal limitación que encontramos, como en todos los estudios cualitativos, es la actualidad de sus resultados ya que el trabajo de campo fue realizado entre finales de 1995 y comienzos de 1996, aunque creemos que la opinión de los profesionales ha variado poco al respecto, si acaso se han polarizado todavía más las opiniones de cada colectivo implicado. Tampoco podemos generalizar sus resultados al referirse exclusivamente a los profesionales de la Comunidad de Madrid. El número de grupos y la combinatoria de los participantes satura suficientemente el universo del discurso³³, aunque otras posibles

combinaciones seguramente también hubieran aportado información relevante.

Desde la Administración la perspectiva de los profesionales generalmente ha sido poco tenida en cuenta a la hora de organizar las actividades que ellos mismos van a llevar a cabo, aunque cada vez más algunos de ellos participen en grupos de trabajo como expertos para revisar aspectos de política organizativa³⁴, implementar nuevos programas³⁵ o se hagan grupos focales para tener en cuenta su opinión en diferentes aspectos de la atención primaria³⁶⁻³⁸. Son pocos, pues, los estudios realizados en nuestro contexto para conocer las perspectivas de los profesionales de base, y todavía más escasos, ninguno que nosotros sepamos, sobre su opinión acerca del trabajo con grupos en atención primaria.

La consideración que los profesionales tienen de los grupos como algo marginal al sistema sanitario cobra pleno sentido cuando se analiza el desarrollo que ha tenido la atención primaria desde su puesta en marcha a mediados de los años 80 hasta finales de los noventa. Si bien en los planteamientos iniciales de la Reforma de la Atención Primaria se encontraban elementos (generalmente más en los discursos que en las prácticas) que hacían pensar en un fuerte desarrollo del trabajo preventivo en la comunidad, y por lo tanto de los grupos como dispositivos de intervención a potenciar por parte de equipos interdisciplinarios (los trabajadores sociales fueron la «novedad»), es a partir del Informe Abril⁵, y posteriormente con el desarrollo de la Cartera de Servicios, cuando se impone, a nivel del discurso y de las prácticas, el énfasis en la asistencia clínica individual y la «recuperación» de la hegemonía del «modelo médico» en la atención primaria³⁹. Se opera así el pasaje de un modelo más ideológico y comunitario (de escaso desarrollo en sus aplicaciones prácticas) a un modelo más economicista y tecnocrático⁴⁰. De ahí que en los años inmediatamente posteriores al Informe Abril (1991) los argumentos del ahorro (de dinero, de

tiempo, etc.) sean los dominantes, al tiempo que aumenta la preocupación por la demanda excesiva que «estallará» ya en el nuevo siglo (las sociedades científicas y numerosos profesionales han tomado como eje de sus reivindicaciones «los 10 minutos» por paciente). Los argumentos relacionados con el modelo de salud comunitaria, enarbola- dos principalmente por los profesionales de trabajo social (cuya contratación se estancó y cuya presencia ha ido quedando relegada a la «gestión de casos») y por algunos médicos y personal de enfermería, persisten sólo como «testimonio» de los primeros años de fervor comunitario.

Desde la propia Administración Sanitaria, y evidentemente esto les llega a los profesionales, se fomentan las prácticas asistenciales individuales que son las que mejor se prestan para cumplir las Normas Técnicas Mínimas necesarias para ser incluidas en la Cartera de Servicios, «reduciendo» las prácticas grupales a los Servicios 311 (Educación para la salud a grupos de pacientes crónicos) y 312 (Educación para la salud a otros pacientes). Es más, desde la evaluación de la Atención Primaria en estos diecisiete años⁴¹ no se echa en falta especialmente el trabajo grupal y en sus recomendaciones de líneas de futuro también brilla por su ausencia, aunque su carácter general (por ejemplo «flexibilizar la incorporación de servicios a la oferta», «seguir potenciando la implicación de los profesionales sanitarios», etc.) podría dar cabida a nuevos planteamientos de carácter grupal. Tampoco encontramos un entusiasmo mucho mayor cuando se plantean mejoras en Atención Primaria por parte de profesionales vinculados a Asociaciones Profesionales, Sindicatos, etc., en el marco de consenso con el Insalud³⁴. En este caso se hacen propuestas más explícitas algunas de ellas relacionadas con el trabajo grupal (*Los profesionales de los Equipos de Atención Primaria deben implicarse en las actividades relacionadas con la Educación para la Salud y fomentar el autocuidado y la autonomía de los ciudadanos en el proceso de salud-enfermedad...»).*

Con todo, los profesionales «de base» se ven en el futuro (sin duda como expresión de lo que les gustaría que fuera) aumentando las actividades preventivas y más integrados en la comunidad^{37,42} e incluso algunos autores plantearon las posibilidades de hacer promoción de salud desde la Cartera de Servicios⁴³. En otros estudios^{38,44} también los médicos señalan las dificultades para hacer educación para la salud en la atención primaria y centran sus dificultades en aspectos organizativos, burocráticos y de masificación en la consulta individual.

Respecto a los ámbitos de trabajo donde se hacen algunas actividades grupales coincidimos con diversos autores que señalan los grupos de enfermos crónicos^{9,45}, de mujeres^{46,47}, en parte en calidad de cuidadoras principales⁴⁸, y el ámbito educativo y comunitario como los ámbitos/grupos de población donde más frecuentes son las prácticas grupales en atención primaria.

En suma, la concepción de los grupos como un modo de «ahorro», al entenderlo como agregado de individuos, está más presente en aquellos colectivos que menos formación grupal han tenido durante su socialización universitaria (médicos/as, enfermeras/os y trabajadores sociales por este orden) y es la expresión máxima del enfoque de carácter biológico-individual que todavía domina nuestras instituciones académicas.

Los grupos, entendidos como tecnología de educación para la salud, pueden ser integrados en la práctica de la atención primaria como un recurso más en la atención «médica», pero en los profesionales encuentran mayores resistencias aquellas concepciones que entienden el trabajo con grupos como «otro modelo» de atender (y por lo tanto de atender) los problemas de salud-enfermedad, modelo éste que relativizaría el papel/poder de los profesionales para potenciar las capacidades de los individuos y el control sobre sus determinantes de salud (*empowerment* en terminología de la OMS)

fomentando la participación, la comunicación interpersonal y la solidaridad entre las redes sociales⁴⁹.

El enfoque de promoción de salud (que potenciaría esta segunda perspectiva grupal, incluyendo el trabajo en equipo) está lejos de ser incorporado en nuestro sistema sanitario y especialmente en la atención primaria de salud, ni por parte de la Administración sanitaria ni por los propios profesionales. En tiempos de globalización económica y de fragmentación social se produce un «retorno» del objetivismo médico⁵⁰ y de las consiguientes modalidades asistenciales de carácter individualizante que «recortan» los problemas de salud al ámbito privado y a la relación médico/paciente, reforzando así la ruptura de los lazos sociales y la disminución de la participación social en salud. La representación social de los profesionales de atención primaria respecto a los grupos sería por lo tanto, a nivel microsociedad, la expresión del discurso social dominante en lo referente a las relaciones sociales en general y a las relaciones profesionales/usuarios en particular.

A modo de resumen podemos señalar como conclusiones más relevantes que los discursos de los profesionales de atención primaria sobre los grupos se inscriben en un discurso más amplio sobre la atención primaria en salud en el cual los grupos se incluyen dentro de las actividades de educación para la salud, siendo ésta una actividad supevitada a la consulta individual. En segundo lugar las razones esgrimidas por los profesionales para hacer grupos incluyen argumentos del orden de la jerarquía (porque está en la Cartera de Servicios), de eficiencia (más rentables económicamente que la atención individual, descargan las consultas y ahorran tiempo), de efectividad (sirven para la prevención y los autocuidados) y de satisfacción personal (son gratificantes). Por último, los principales colectivos objeto del trabajo en grupo son, en orden decreciente, los pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos), las mujeres (perimenopáusicas, con

malestar general, dolores, et.), los escolares y profesores, las asociaciones de la comunidad y los cuidadores de enfermos crónicos.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales de Atención Primaria de Madrid que han participado en los grupos de discusión y en las entrevistas sin cuyo discurso no podríamos hablar nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Shanahan JJ. Un Centro de Salud para el desarrollo. Tirajana 1976-1979. Rev Sanid Higiene Pública 1979; 53: 1595-1630.
2. Blanco P, Rodero J, Carro J, Vázquez J, López Alijo T y Fernández C. Experiencia sanitaria de Montánchez. Jano 1980; 389: 33-46.
3. Uriarte A y Ruiz-Giménez JL. Organización de un Centro de Salud a partir de la participación comunitaria. Atención Primaria. 1993; 11: 253-7.
4. Duro JC. Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática. Clínica y Salud 2001; 12: 1-175.
5. Instituto Nacional de la Salud. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.
6. Insalud. Cartera de Servicios en Atención Primaria. Definiciones, Criterios de Acreditación, Indicadores de Cobertura y Normas Técnicas Mínimas. Actualización en 2000, 4.ª edición. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1995.
7. Lucas A y González Tapias JL. Los Centros de Promoción de la Salud: una experiencia positiva en la Atención Primaria de Salud. Revista Internacional de Sociología 1982; 40: 137-152.
8. Ruiz-Giménez JL. Trabajo comunitario y participación en Atención Primaria. Líneas de trabajo en el Área I del Insalud de Madrid. Boletín de Ayuda Mutua y Salud 1995; 1: 81-8.
9. Zamarra MP. Educación para la Salud a grupos en Atención Primaria. Una experiencia satisfactoria sobre autocuidados para el asma en Pediatría. Centro de Salud 1996; 4: 658-63.
10. Carrasco E y Puig de la Bellacasa J. Grupos de Educación para la Salud en un programa de Salud Escolar. En: Modelos grupales en Psicoterapia: aspectos teóricos y técnicos. Madrid: SEGPA; 1990. p. 131-7.
11. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. 2.ª edición corregida Madrid: Siglo XXI; 1986.
12. Ibáñez J. Autopercepción intelectual de un proceso histórico. Autobiografía (Los años de aprendizaje de Jesús Ibáñez). Anthropol 1990; 47: 9-26.
13. Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994.
14. Vallés MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.
15. Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. Aten Primaria. 1995; 2: 23-8.
16. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: Alvira F, García Ferrando M, Ibáñez J, editores. El análisis de la realidad social. Madrid: Alianza Universidad; 1989; p. 153-185.
17. Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis; 1994; p. 225-420.
18. Varios Autores. Investigación-Acción-Participativa. Documentación Social 1993; 92.
19. Fernández de Sanmamed MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria. Aten Primaria 1999; 23: 453-4.
20. Martín Zurro A. Nuevas perspectivas en la evaluación de la atención primaria: las metodologías cualitativas. Aten Primaria. 2000; 25: 605.
21. García Calvente MM y Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria 2000; 25: 181-6.
22. Fernández Sierra J; Santos MA. Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria. Málaga: Aljibe; 1992.
23. Santos MA, Prados JD. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Barcelona: Socie-

- dad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1996.
24. Duro JC y Molina MM. La Consulta Joven en los Centros de Salud de Fuenlabrada (Madrid): una evaluación cualitativa. *Medifam* 1998; 8: 37-49.
 25. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. *Atención Primaria*. 1999; 24: 487-491.
 26. Pérez Andrés C. Aceptación del Contrato Programa por el personal sanitario de la Atención Primaria de Madrid: un estudio cualitativo. *Rev San Hig Pública* 1995; 69: 79-88.
 27. Buzzaqui A, Uris J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 4: 421-33.
 28. Ribot C, Fernández Tenllado MA y García de León D. Investigación cualitativa en Atención Primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria*. 2000; 25: 343-8.
 29. Álvarez MI, Benito R, Cristóbal AM, Duro JC, Germain J y Valgoma A. La salud en la vejez: un discurso optimista. *Revista de Gerontología* 1997; 7: 177-82.
 30. Health Education Quarterly. Integrating quantitative and qualitative methods. *Health Education Quarterly*. John Wiley & Sons, Inc.; 1992; 19 (1).
 31. Consejería de Salud. Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1996. Documentos técnicos de salud pública, núm. 32.
 32. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. *Revisión en Salud Pública*. 1997; 5: 175-193.
 33. Ibáñez J. ¿Cómo se hace una investigación mediante grupos de discusión? En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza Editorial; 1990; p. 489-501.
 34. Subdirección General de Atención Primaria. Insalud. Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
 35. Insalud. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
 36. Agra Y, Arévalo T, Campanero MP, González F y Sánchez A. Estrategias para la mejora de los servicios de admisión de Atención Primaria: utilidad de los grupos de discusión. *Medifam* 1996; 6: 162-7.
 37. Sarmiento Gallego M, Martínez Ros MT, Sánchez Sánchez F, Sánchez Esteban JM, Messeguer Zaragoza A y Jiménez Bello JJ. ¿Cómo vemos los sanitarios el previsible futuro de nuestro trabajo en los centros de salud? *Aten Primaria* 1997; 20: 311-4.
 38. Turabíán JL y Pérez-Franco B. Los problemas y las soluciones de los médicos de familia en su trabajo: un estudio de grupos focales con tutores de Medicina de Familia y Comunitaria. *Medifam* 1998; 8: 369-75.
 39. Menéndez E. Jornadas de Antropología y Salud Pública. 1.ª Jornadas de Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Centro Universitario de Salud Pública; 1993; Atención Primaria: las propuestas y las posibilidades. p. 1-14.
 40. Duro JC. Discursos y prácticas profesionales de psicología social en salud comunitaria (1970-1995) [Tesis doctoral]. Departamento de Sociología y Antropología Social. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1999.
 41. Insalud. Atención Primaria en el Insalud: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2002.
 42. Rodríguez R, Márquez S y López S. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. *Gac Sanit* 1995; 9: 237-43.
 43. Turabíán JL, Pérez-Franco B, Díaz L, Colino R y Menéndez-Cabeza MV. Desde la cartera de servicios a la promoción de la salud. *Centro de Salud* 1994; 2: 535-9.
 44. Díaz Grávalos GJ. Factores relacionados con la práctica de Educación sanitaria por los médicos de atención primaria de Galicia. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 529-40.
 45. Lozano del Hoyo ML y al. Diabetes tipo II no insulino dependientes. Educación grupal. *Revista de Enfermería* 1997; 19: 75-8.
 46. De Argila N, Alba R. Experiencia educativa con mujeres con pluripatología en el Centro de Salud Doctor Cirajas. Barbacana. *Boletín de AP del Área 4. Insalud-Madrid* 1997; 24: 19-21.

47. Conde F. Las mujeres y el movimiento de ayuda mutua. Boletín de Ayuda Mutua y Salud 1997; 3: 34-53.
48. Martín C, Medina M e Irazábal E. ¿Quién cuida al cuidador? Barbacana. Boletín de AP del Area 4.Insalud-Madrid 1996; 19: 94-95.
49. Ministerio de Sanidad y Consumo/OMS. Promoción de la salud. Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/OMS; 1998.
50. Castel R. La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984.

ORIGINAL

CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y RESULTADOS DE LOS ENCUENTROS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ALICANTE: UN ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES**Manuel Girón (1), Begoña Beviá (2), Elisa Medina (3) y Manuel Simón Talero.**

(1) Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández

(2) Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante

(3) Departamento de Cirugía. Universidad Miguel Hernández.

RESUMEN

Fundamento: Se explora la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria.

Método: Grupos focales de médicos y enfermos. Participaron 24 profesionales y 22 enfermos.

Resultados: Los médicos percibieron una relación entre la pobreza de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), el conflicto con pacientes «difíciles» y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico, con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. Esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación/exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos. Los pacientes percibieron una relación entre un funcionamiento caracterizado por consultas masificadas y de breve duración, y dificultades de comunicación en médico y paciente, con el error y el conflicto en el encuentro clínico. También una relación entre la actitud humanista del médico y un mejor desenlace de los problemas de salud. Los objetivos y prioridades del sistema sanitario alejados de las necesidades de la comunidad son percibidos como determinantes clave de las insuficiencias percibidas.

Conclusiones: Los procesos de relación médico-paciente juegan un papel mediador entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos. La mejora de la atención y de la relación médico-paciente en atención primaria requiere una visión y una actuación multidimensional que va más allá de las intervenciones sobre factores individuales del médico y del paciente.

Palabras clave: Relación médico paciente. Atención primaria de salud. Investigación cualitativa. Calidad asistencial.

Correspondencia:

Manuel Girón

Departamento de Medicina Clínica

Universidad Miguel Hernández (Campus de Sant Joan)

Crtra. de Valencia Km 87. 03550 San Juan de Alicante

Correo electrónico: giron@icali.es

ABSTRACT

The Quality of the Physician-Patient Relationship and Results of the Clinical Encounters in Primary Care in Alicante: A Focal Groups Study

Background: The relationship between the quality of the physician-patient relationship and the outcomes of the clinical encounters in primary care are examined.

Method: Focus groups of physicians and patients. A total of 24 professionals and 22 patients took part.

Results: The physicians perceived a relationship to exist between the scarcity of healthcare resources (short length of time with each patient, care-providing overload, lack of specific resources, lack of training), conflicts with «difficult» patients and the influence of the psychosocial factors in the clinical encounter and error, burnout, defensive medicine and the low quality of the services. Communication/examination-related problems during the clinical interview and by negative feelings acted as intermediary factors in this relationship. The patients perceived a relationship to exist between an operating pattern characterized by short office visits scheduled at an overloaded pace and physician, patient communications problems and error and conflict in the clinical encounter. There is also a relationship between the physician's humanist attitude and a better outcome of the health problems. The objectives and priorities of the health care system, out of touch with the needs of the community, are seen as being key determining factors as regards the lacks considered to exist.

Conclusions: The physician-patient relationship processes play a mediating role between the health care resources and the outcomes of the clinical encounters. Improving the care provided and the physician-patient relationship in primary care requires a multi-dimensional approach and view which goes beyond the measures taken regarding individual physician and patient-related factors.

Keywords: Physician-patient relationship. Primary health care. Qualitative research. Care quality.

INTRODUCCION

Con la expresión «relación médico-paciente» (RMP) se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. Es conocida la relación entre estos factores y los desenlaces y consecuencias del encuentro clínico¹⁻³. Planificar estrategias con los objetivos de mejorar los desenlaces del paciente individual y prevenir las consecuencias adversas de los encuentros clínicos requiere identificar, en primer lugar, aquellos factores de la RMP asociados con los mismos, así como los relacionados con el inicio, el mantenimiento y la prevención del deterioro de la RMP, tareas aún escasamente documentada en nuestro medio.

Esta investigación se diseñó en el marco de la elaboración de un curso de adiestramiento en entrevista clínica en atención primaria y su necesidad emergió del desconocimiento de los factores y procesos relacionados con la calidad de la RMP y la de los encuentros clínicos en nuestro medio. Dado que la complejidad de la articulación de estos procesos y factores no puede ser analizada con facilidad utilizando estrategias de tipo reduccionista, el estudio utilizó una perspectiva cualitativa⁴. Esta perspectiva permite explorar de forma abierta cómo médicos y pacientes perciben, interpretan, experimentan y construyen la realidad de la RMP. Aporta una visión independiente y complementaria a la proporcionada por las investigaciones cuantitativas, las cuales tienden a limitar necesariamente las posibilidades de respuesta, y facilita la contextualización de sus resultados. Entender cómo se construye y cómo se deteriora la RMP y cuáles son sus consecuencias a partir de las experiencias de los participantes en el encuentro clínico puede facilitar la toma de decisiones y también, en un segundo paso, el diseño de estudios cuantitativos basados en la comprobación de hipótesis específicas, el diseño de instrumentos para la investigación epidemiológica o la construcción de

marcos teóricos de referencia en los que poder integrar los resultados de la investigación cuantitativa.

El objetivo general de esta investigación es estudiar la relación entre la calidad de la RMP y los resultados de los encuentros clínicos en atención primaria. Para ello, en primer lugar, se identifican los factores explícitos e implícitos relacionados con la calidad percibida de los encuentros clínicos y, en segundo lugar, con el objetivo de generar hipótesis y de describir procesos se construyen modelos de relaciones causales percibidas entre los factores relacionados con la infraestructura, los del proceso asistencial, las consecuencias derivadas del encuentro clínico y los desenlaces de los problemas de salud.

SUJETOS Y MÉTODO

Selección de los participantes: Se seleccionaron dos tipos de participantes: 1) personas con capacidad y experiencia para tratar de forma significativa y producir información sobre el tema en cuestión y 2), personas seleccionadas por tener un nivel específico de sensibilidad, experiencia o disposición, sospechando que podríamos obtener información complementaria de interés en la identificación de factores. En relación con el tipo 1 de participantes, conocíamos relativamente bien el ámbito médico en nuestra zona, y el criterio que se utilizó para maximizar la capacidad de rendimiento de los participantes médicos fue elegir el Centro de Salud con mejor nivel de recursos, calidad en su práctica y funcionamiento asistencial (incluyendo a todos sus médicos). Sin embargo, en el caso de los pacientes carecíamos de un criterio semejante, por lo que se pensó que sin este criterio los pacientes de los consultorios médicos evitarían el sesgo de emplear una muestra demasiado selectiva. Sin otro criterio firme de selección se seleccionó al azar 1 paciente en cada uno de los 16 consultorios de atención primaria del citado centro de Atención Primaria atendidos durante un día,

asumiendo los riesgos que ello podía conllevar en cuanto a su capacidad de participación y colaboración.

En el momento de realizar este estudio la ciudad de Alicante contaba con 4 centros de atención primaria y cinco consultorios de sistema tradicional (anterior a la reforma). Los médicos del centro seleccionado forman el 40% de los que trabajan en centros de salud y la población a la que atienden está dentro del rango medio de riqueza social en la ciudad. Todos los médicos seleccionados forman parte estable del personal del centro. En relación con el segundo tipo de participantes, el conocimiento de la zona nos llevó a seleccionar entre los médicos a los participantes en un curso de formación en entrevista clínica y relación médico paciente, ya que supusimos en ellos una disposición o sensibilidad «especial» a colaborar sobre el tema (llamamos a todos los inscritos y una vez configurado el grupo descubrimos que dos de ellos eran psicólogos trabajando en un centro de salud. Estos dos participantes no fueron excluidos y su participación no introdujo sesgos significativos). En cuanto a pacientes con una especial disposición, nivel de experiencia o sensibilidad en nuestra zona se seleccionaron, por una parte, a aquéllos con una experiencia cualitativamente mejor que la que se recibe habitualmente en los dispositivos de Atención Primaria en relación con aspectos clave de la atención de tipo comunitario, como la continuidad de cuidados, la atención domiciliaria y la atención multidisciplinar. Este criterio sólo se cumplía en el caso de uno de los centros de Salud Mental de la zona, conocido por trabajar en base a criterios comunitarios. Supusimos que los pacientes atendidos en este centro, al tratar el tema de la calidad de los encuentros en atención primaria podían comparar su experiencia en el equipo comunitario de salud mental con la percibida en sus equipos de atención primaria. Se seleccionaron pacientes consecutivos (excluyendo primeras consultas) atendidos durante un día en el centro de salud mental. Otro grupo de pacientes seleccionado por

poseer una posible sensibilidad específica en nuestra zona es el de aquellos pertenecientes a asociaciones de enfermos. Para ello, se solicitó a las 12 asociaciones de enfermos de la ciudad de Alicante que designaran a uno de sus miembros afectados.

Grupos focales: Se utilizaron grupos focales independientes de profesionales y de enfermos. Los grupos focales trataron de proporcionar un contexto que permitiera explorar de forma abierta opiniones y actitudes a partir de la interacción entre sus integrantes^{5,6}. Con el propósito de facilitar la participación en los grupos, estos tuvieron lugar en el centro de salud, en una unidad docente y, en el caso del grupo de miembros de asociaciones, en un centro comunitario. Se tomaron medidas para que no se produjeran interrupciones durante su desarrollo. La moderadora de los grupos fue una enfermera con formación y experiencia en grupos focales.

Para facilitar el rendimiento del trabajo en los grupos, la moderadora aplicó un guión compuesto por los elementos siguientes: solicitar la descripción de experiencias personales positivas y negativas en los encuentros clínicos; facilitar el trabajo de identificación de los factores relacionados con la calidad del encuentro clínico contrastando experiencias positivas y negativas y clarificando los factores que permitían diferenciar unas de otras; explorar la relación entre la calidad de la RMP en los encuentros clínicos y el desenlace de los problemas de salud (se exploraron los aspectos relacionados con la identificación de problemas y con la eficacia terapéutica). Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la RMP en los encuentros clínicos (incluyendo entre los profesionales el tema de su formación). En los grupos de médicos se exploraron sus percepciones sobre las opiniones de los pacientes en relación con la calidad de los encuentros clínicos. El objetivo general del grupo se introduce mediante una explicación breve de carácter general y el grupo se inicia mediante una facilitación verbal o una pregunta abierta. La moderadora espera

que los temas objeto de estudio surjan espontáneamente y, en ese caso, su misión es la de facilitar la discusión sobre los mismos. En el caso de que un objetivo no hubiese surgido espontáneamente se plantea su discusión en el momento adecuado. Al finalizar el grupo, se establece una ronda en donde cada participante resume aquellos aspectos que consideró más valioso.

Análisis: Entre los factores relacionados con la calidad de los procesos asistenciales se exploraron tanto aquellos que son expresados o elaborados conscientemente en la discusión como aquellos otros que sólo surgen en forma de dimensiones implícitas. Los investigadores trabajan en base a dos modelos de referencia en relación con los determinantes de los desenlaces, uno psicodinámico que supone enfatizar la importancia de la relación médico paciente y otro comunitario que enfatiza la importancia de factores como la continuidad de cuidados o el trabajo en equipo. Los grupos fueron grabados en vídeo y transcritos. Las transcripciones fueron examinadas por dos evaluadores independientes con el objeto de identificar factores relacionados con la calidad de la RMP y de los encuentros clínicos y situarlos en tres ámbitos: médico, paciente y contexto. Tras esta exploración inicial del material, tres evaluadores analizaron el material grabado en vídeo con el objeto de identificar procesos y actitudes implícitas en las opiniones de médicos y enfermos. Para establecer las características de las actitudes implícitas, los evaluadores, tras un primer análisis del material, seleccionaron una serie de características clave (en el caso del médico una medicina centrada de forma exclusiva en aspectos somáticos y cuidados puntuales *versus* una medicina integral y con continuidad de cuidados, y en el caso de los pacientes el objetivo de «que me curen» *versus* el de que entiendan el contexto, y en ambos casos las dimensiones de pasividad *versus* actividad). Estos elementos actitudinales clave fueron temas relevantes y explícitos en las interacciones grupales. Los investigadores analizaron los grupos partiendo del conocimiento de los elementos clave de modelos

diversos de RMP y centraron su búsqueda y seleccionaron los elementos clave en base a modelos teóricos de tipo dinámico y de salud comunitaria, sin embargo, no hicieron hipótesis previas sobre el tipo o el número de dimensiones implícitas. La generación de ideas y las interpretaciones basadas en el material grabado y transcrito tiene un papel central en el procedimiento de análisis. A continuación se identificaron los elementos asociados con cada uno de estos elementos clave. Para establecer dicha asociación los evaluadores se guiaron fundamentalmente por las opiniones expresadas por participantes que expresaron de forma típica cada uno de las actitudes clave. Para reconstruir los modelos de relaciones percibidas entre los factores se utilizaron las opiniones y percepciones explícitas de los participantes utilizando el material transcrito y el grabado. Este análisis fue llevado a cabo por un psiquiatra, un médico de familia y una enfermera.

Por su relativa complejidad, el modelo que emerge del análisis de los grupos de médicos nos pareció merecedor de cierta comprobación. Para ello, se llevaron a cabo otros grupos con médicos de otros centros de salud, médicos residentes y médicos en cursos de postgrado en temas de entrevista clínica. No identificamos elementos o procesos significativos nuevos.

Se solicitó el consentimiento de médicos y pacientes tras proporcionarles información sobre los objetivos del estudio.

RESULTADOS

Se trabajó con tres grupos de médicos y cuatro de enfermos, con un total de 46 participantes, el 43% mujeres. De los 16 consultorios del centro de Atención Primaria participaron 12 médicos y 15 pacientes. Participaron todos los profesionales inscritos en el curso de entrevista clínica. Participaron 5 de los 7 pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental. Las características de los grupos se muestran en la tabla 1.»

Tabla 1
Características de los grupos de profesionales y enfermos

Grupos	Participantes	Mujeres	Edad media (años)	Duración trabajo en grupo (minutos)
Médicos Centro Atención Primaria 1	6 médicos	2	44.8	180
Médicos Centro Atención Primaria 2	6 médicos	2	42.0	180
Profesionales Curso Entrevista Clínica	9 médicos generales, un pediatra y 2 psicólogos (todos trabajando en centros de atención primaria)	9	41.5	147
Pacientes atendidos en Centro Atención Primaria 1	6	2	39.7	75
Pacientes atendidos en Centro Atención Primaria 2	9	5	55.7	59
Enfermos miembros de Asociaciones Enfermos	2 (SIDA, Esclerosis Múltiple)	0	39.5	60
Pacientes atendidos en Unidad de Salud Mental	5	2	37.4	60

1. La visión de los médicos

Bastantes médicos expresaron la insatisfacción con su papel, situándose entre el especialista y el curandero/ homeópata, con un rol, en ocasiones, cercano al de mero expendedor de recetas. Otros se sienten adecuadamente satisfechos aunque limitados por la carencia de recursos. Se identifican dos factores principales que dificultan la calidad de los encuentros clínicos: en primer lugar, la falta de tiempo (*atendiendo a 3 pacientes cada 10-15' no se puede ser médico*), la presión, la desorganización asistencial, y la ausencia de recursos específicos. La actitud ante estas carencias es de resignación (*hacer lo que se puede*), se asumen como factores inmodificables y se trata de que los pacientes también lo acepten así (una actitud de reivindicación del paciente, incluso en aquellas cosas que se perciben como razonables, es una fuente de tensión e inseguridad). Dadas estas carencias de recursos, el médico tiende a atrincherarse en el terreno biomédico y en la atención puntual (*si se ve al paciente en una ocasión mejor que dos, si no vuelve, mejor*), aunque sabe que los pacientes *están en otra onda*. Estas carencias son causa de error (*si tienes*

muchos... la falta de tiempo... te pones acelerada, se te olvidan las cosas, haces una prescripción defectuosa... y se generan nuevas consultas por ello). En segundo lugar, las dificultades que se derivan de determinados pacientes («difíciles», «neurás», «conflictivos», «gitanos», «crónicos») y de la problemática psicosocial (*somos de fácil acceso... hemos sustituido a los curas*). Estos pacientes muestran agresividad; demandan cosas de forma insistente (exploraciones, recetas, bajas, una pensión) que el médico no está dispuesto a dar; padecen problemas que no se solucionan, en los que los factores determinantes suelen ser de naturaleza social (sin embargo, el paciente no lo percibe así y solicita exploraciones somáticas de forma excesiva); y acuden excesivamente a la consulta. Esta categoría global de «paciente difícil» cumple la función de ser el factor en el que se sitúa el origen, en primer lugar, del padecimiento de sentimientos negativos (*me pongo nerviosa, te surgen sentimientos negativos*), desgaste emocional (*acabar quemados*), tensión, tener que situarse a la defensiva en la consulta y, en segundo lugar, de la pérdida de eficacia del propio encuentro clínico. Este segundo efecto se atribuye tanto a la dificultad que supone la evalua-

ción de este tipo de problemas como a la interferencia que la tensión emocional suscita en el encuentro supone para los procesos razonamiento clínico. Los efectos de estos encuentros difíciles son prolongados y se mantienen en las consultas con otros pacientes *a los que puede perjudicar*. Las consecuencias primarias de dichas dificultades en el encuentro clínico son el desgaste, un impacto emocional negativo y el error. Consecuencias secundarias son el distanciamiento, la medicina defensiva y una práctica que se aleja en gran medida de la que consideran de calidad. Hay una devaluación del papel de apoyo y de la relación longitudinal, y se prima el papel curativo.

En la relación con los pacientes se valoran aspectos como la *amistad*, el *respeto* y la *confianza mutua*. El término confianza suele enmascarar el deseo de contar con la docilidad del paciente y el de respeto suele remitir al deseo de mantener la distancia social. Piensan que *hay mucha gente que no se fía de los médicos, que nos tienen miedo*. Por otra parte, *cuando los pacientes descubren que hay un profesional con el que pueden hablar de problemas diferentes a un vómito o a una fiebre, que les escucha y que es capaz de encuadrar este otro tipo de problemas, la relación cambia y se hace mucho menos mecánica, los pacientes entienden que el médico está ahí para otras cosas... y la relación es muy diferente*. En buena medida, en la relación con el paciente, la actitud es de defensa (y para ello sirven las técnicas de entrevista, mantener la distancia, la *actitud profesional*, el *autocontrol*, el *aguante*). El objetivo es *no salir afectado, sobrevivir a la consulta*. Se plantea que *la medicina está totalmente deshumanizada*, basada en el uso de la tecnología (en parte, en base al miedo y a la práctica de la «*medicina defensiva*», con la consecuencia de que *hemos perdido la exploración clínica del enfermo*), que *nos estamos olvidando de los problemas crónicos* o que *la gente mayor está apartada del sistema de atención*. Sin embargo, por otra parte, es difícil «*humanizar*» la atención en el encuentro clínico (*si*

hablas te retrasas en la consulta y la gente se queja, si el enfermo sabe que le vas a escuchar no pararía de plantear cosas, con poco tiempo, entre hablar y recetar, te tiras a la receta).

La práctica clínica se realiza en aislamiento, sin prioridades de trabajo y sin incluir la prevención. Se valora, pero no existe, el trabajo en equipo (no hay tiempo, *nos cuesta mucho trabajo, somos muy individualistas, no hay cultura de trabajo en equipo*) y no se nombra a los profesionales de enfermería o trabajo social durante la discusión. El trabajo preventivo es adecuado pero no se plantean mecanismos para materializarlo, y de hecho se pone en relación con la televisión. Sin embargo, por otra parte, la televisión suscita una actitud preventiva alejada de la práctica real, que alerta indebidamente (*si el niño tiene 38 grados se plantean ¿y si tiene una meningitis?*), y de la que se deriva un aumento de la presión asistencial, así como de las exigencias y expectativas de los pacientes, algo que les hace sentir incómodos.

Los factores asociados con la calidad y el desenlace de los encuentros clínicos no fueron evaluados de la misma forma por todos los médicos, sino que es observable una diversidad de percepciones, experiencias y opiniones. Esta diversidad se distribuye en relación con dos planteamientos o actitudes de segundo orden, una actitud biomédica y una actitud humanista. Las características de estas dimensiones se muestran en la tabla 2. En el dimensión biomédica, se trata con enfermedades, el médico se siente cómodo con los problemas de tipo «orgánico» y devalúa o evita los problemas de tipo psicosocial en el encuentro clínico. En la dimensión humanista, el médico trata con pacientes (*nos educaron para ver las enfermedades descarnadas, la medicina es integral*), «*hay un trasfondo humano para la enfermedad como para cualquier otra cosa*), los problemas de salud se sitúan en un «contexto personal y familiar» y los problemas de tipo psicosocial son merecedores

Tabla 2
Características de las actitudes biomédica y humanista del médico

	<i>BIOMÉDICA</i>	<i>HUMANISTA</i>
Visión de la Atención Primaria	«trabajo de trinchera»	Una medicina integral que es diferente del modelo académico
Percepción del papel del médico generalista	Relativamente devaluado y difuso, entre la medicina del especialista (cercana a las enseñanzas académicas) y la homeopatía (placebo)	El médico generalista tiene un papel propio
Tipos de problemas asumidos	«orgánicos» (el escaso tiempo de consulta impide asumir los problemas psicosociales)	Somáticos y psicosociales (el haber pasado de 1' en el ambulatorio a 3' en el centro de salud destinados a la exploración permite evaluar los problemas psicosociales) Los problemas de larga duración
Tipos de cuidados asumidos	Puntuales («si no vuelve mejor»)	continuados
Se toma en consideración la prevención con el paciente individual	No	Sí
Insatisfacción con el trabajo desempeñado	Alta y de forma global, las consultas son motivo de «conflicto»	En aspectos concretos (por ejemplo, el papel del médico se ve limitado al no poder realizar ciertas exploraciones que se reservan los especialistas)
Relación percibida con el especialista	Competencia	Colaboración
Sentimientos de minusvaloración	Sí	No
Sentimientos de control del encuentro clínico	No	Sí
Preocupación por el error médico	Sí	No
Evaluación del papel del médico y del paciente	El paciente debe ser pasivo El diagnóstico y la curación dependen del médico	Médico y paciente son activos «Es un trabajo de dos»
Opinión sobre las expectativas del paciente en el encuentro clínico	Instrumental, obtener algo (por ej., recetas)	Ser escuchado
La relación entre médico y paciente es puesta en relación con	Conflicto («paciente difícil») y con «efecto placebo»	Una evaluación diagnóstica y un tratamiento adecuados
Defensa de derechos	Los del médico frente a la sobrecarga laboral	Los relacionados con los cuidados de los pacientes («hay un escaso control de las enfermedades crónicas prevalentes»)
La formación sobre aspectos asociados con la RMP es contemplado	Como defensa (por ejemplo, las técnicas de entrevista consideradas como «trucos» para salir del paso)	Como adquisición de nuevas destrezas

de atención. En la dimensión biomédica, el paciente debe obedecer las órdenes del médico (la curación depende del médico). En la dimensión humanista, tanto el médico como el paciente tienen un papel activo (la consulta *es un trabajo a dos*, la mejoría también depende del paciente). En la dimensión biomédica, la RMP es considerada próxima al efecto placebo, mientras que en la dimensión humanista la RMP tiene implicaciones sobre la eficacia diagnóstica (*la relación entre médico y paciente es fundamental porque gran parte del diagnóstico está basado en la anamnesis y depende de lo que te cuenten, y si el paciente no ve un médico receptivo, que le escucha, que le atiende, le contará menos, con lo cual el otro correrá el riesgo de enterarse menos todavía*) y, por tanto terapéutica.

2. La visión de los pacientes:

Los pacientes definen la atención primaria como la primera línea de la atención (en ocasiones sentida como una barrera a la atención por el especialista) y como una especialidad que trata con los problemas de salud de las personas tomando en consideración el contexto personal y familiar (*no somos seres aislados*). Muchas de las opiniones positivas sobre los médicos de familia y centros de salud actuales se basaron en la comparación con los antiguos médicos de ambulatorio, los cuales fueron descritos como autoritarios, distantes, reacios a dar explicaciones (*antes iba con miedo al médico... estaba endiosado... el trato ahora es más personal, se interesan más... antes no levantaban la cabeza y no te miraban a la cara... antes no hacían medicina hacían recetas, antes e el ambulatorio de la calle Z... te miraban por encima del hombro... no te daban nada, todo era normal*). En general, los médicos de familia también resultaban mejor valorados, menos distantes socialmente que los especialistas, los cuales *siguen igual que antes (no explican, no informan, no miran, tienen tantos galones que no se quieren rebajar a dar explicaciones)*

Se desea que el médico acierte en el diagnóstico y que sea eficaz y eficiente en el manejo, pero los pacientes saben que *atenderte bien requiere tiempo con cada paciente*, que los médicos frecuentemente van con prisa, y que la falta de tiempo y las prisas llevan al error. Los pacientes valoran de forma positiva los siguientes aspectos en la relación con el médico: que muestre motivación, interés por el paciente, *calidad humana*, trabajo en equipo, que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice un seguimiento del tratamiento, que sea empático (que muestre *compenetración* en la consulta), que inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que mire, que escuche (*primero que te escuche y luego que te acierte*), que sea eficiente sobre los problemas de salud, que no retenga en exceso antes de derivar al especialista, que explore, que informe, que mantenga una continuidad en el seguimiento de los problemas, que sea accesible, que tenga conocimientos, que no utilice a los médicos residentes o a los sustitutos. Valoran de forma negativa que no mire, que ante un problema informe poco y derive al especialista, que muestre prisa o recete con rapidez.

La actitud de los pacientes de mayor edad y con problemas de salud de larga duración ante sus problemas de salud era la de resignación/aceptación como una consecuencia natural del declive fisiológico del organismo, y lo que pedían de los médicos y del centro era la accesibilidad, especialmente en momentos de dificultad y cuando se encuentran solos (*cuando estás solo y tienes un problema llamas al centro de salud y está siempre comunicando... o no te cogen el teléfono*), y el que se garanticen los cuidados cotidianos de sus problemas crónicos. Pacientes más jóvenes del centro de salud demandan eficacia ante una enfermedad inesperada que puede producir discapacidad y limitar el desarrollo de un proyecto vital. El grupo de pacientes del Centro de Salud Mental basó muchas de sus opiniones en la comparación de la práctica de sus médicos de cabecera con el funciona-

miento multidisciplinar del equipo de salud mental, valorando positivamente un modelo de trabajo en equipo, interdisciplinar. Los participantes en el grupo de asociaciones y en el grupo del centro de salud mental proporcionaron opiniones vinculadas al grupo de actitudes de tipo humanista descritas abajo. Algunos de los participantes en estos dos grupos habían conocido graves consecuencias derivadas de las insuficiencias en la calidad de la atención en primaria, otros se habían sentido objeto de exclusión social debido a sus problemas de salud y la mayoría padecían problemas de salud graves y de larga evolución.

Identificamos dos tipos de actitudes globales en los pacientes. Sus características se muestran en la tabla 3. Una actitud vinculada con la utilización instrumental del médico (*de lo que se trata es de que te quiten lo que te pasa lo antes posible...si te lo quita el*

médico de cabecera mejor, y si no que te lo quite otro, yo para que me escuchen ya tengo a mi madre... si el médico no tiene ni idea de medicina... que sea simpático no me sirve). Desde este tipo de actitud los procesos de RMP son simples (diagnosticar certeramente y curar) y lineales (el médico es el responsable directo de la curación), se valora de forma escasa el papel del médico de atención primaria, y se ve la atención primaria como una barrera en la atención especializada. En segundo lugar, una actitud humanista vinculada con el establecimiento de una relación personal y contextual (*el médico debería intentar integrar a toda la familia, que un solo médico lleve a toda la familia, porque tendría mucho más conocimiento... la confianza que se genera y el conocimiento... ya no sería sólo hacer la receta... evitaría masificaciones... sería una relación mucho más personal, que te escuche y luego que te acierte*). Desde este tipo

Tabla 3
Características de las actitudes instrumental y humanista del paciente

	<i>INSTRUMENTAL</i>	<i>HUMANISTA</i>
Percepción de la enfermedad	Algo extraño y ajeno	Un componente indeseable de la vida
Percepción de la atención primaria	Una barrera para ser atendido por el especialista	La fuente de cuidados primaria y esencial Una especialidad que toma en consideración el contexto personal y familiar
Evaluación del médico de atención primaria	Negativa Devaluado con respecto al especialista	Valorado positivamente en relación con el especialista o el hospital Fuente de apoyo
Evaluación de la tecnología y los hospitales	Positiva	Negativa
Aspectos valorados del encuentro clínico	Inmediatez de la atención Obtener la curación	Tomar en cuenta el contexto Personalizar la atención
Expectativa sobre los papeles del paciente y del médico	El diagnóstico y la curación dependen del médico «que te quiten la enfermedad que tienes y cuanto antes mejor» El paciente es pasivo	Médico y paciente son activos Un diagnóstico adecuado depende de los comportamientos de ambos Que el médico aplique sus conocimientos El médico como fuente de apoyo, de acompañamiento, información, y ayuda en la decisión
Evaluación de la escucha del médico	Negativa «yo para que me escuchen ya tengo a mi madre»	Positiva Requisito para el diagnóstico Fuente de alivio

de actitud se define la atención primaria como una especialidad que trata con los problemas de salud de las personas tomando en consideración el contexto personal y familiar (*no somos seres aislados*).

En la tabla 4 se muestra un resumen de los factores mencionados por los médicos y por los pacientes distribuidos en una matriz 3x3, en donde un eje representa la dimensión recursos-procesos-desenlaces y en el otro los niveles estatal o regional/sistema sanitario, local/centro de salud y el nivel individual/encuentro clínico.

3. Los modelos de relaciones causales percibidas:

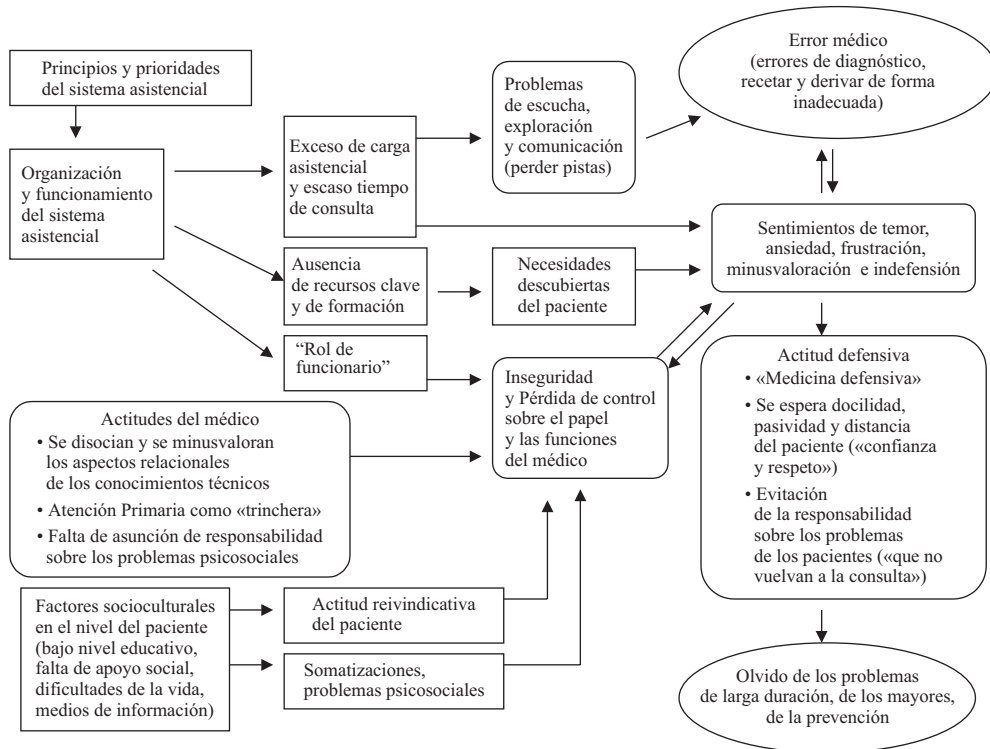
En las figuras 1 y 2 se muestran los entramados de relaciones causales percibidas por los médicos y por los pacientes. Médicos y pacientes coinciden en hacer derivar el error médico de la ausencia de contacto visual y de las insuficiencias en la capacidad de escucha del médico, así como de la forma de presentación de los problemas del paciente. En el caso de los médicos, las insuficiencias de los profesionales derivan de las insuficiencias del sistema sanitario. En el caso de

Tabla 4
Una matriz de los factores relacionados con el desenlace de los encuentros clínicos en atención primaria

	RECURSOS	PROCESOS	DESENLACES
NIVEL ESTATAL O REGIONAL DEL SISTEMA SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Principios y objetivos del sistema sanitario («sistema productivo») • Organización y funcionamiento del sistema asistencial («trabajo en cadena») 		
NIVEL LOCAL Y DEL CENTRO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Organización y funcionamiento del sistema asistencial • Consultas masificadas y de breve duración • Recursos escasos • Falta de formación del médico • Falta de accesibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de continuidad de cuidados (cambios de médico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Olvido de los problemas de larga duración, de los mayores, de la prevención • Falta de cobertura de las necesidades de los pacientes
NIVEL DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE/ ENCUENTRO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> • Factores socioculturales • Problemas psicosociales y complejos («paciente difícil») • «Rol de funcionario • Actitudes del médico y del paciente • Tiempo destinado a la formación • Presión comercial de la industria farmacéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Poco tiempo destinado al encuentro clínico • Comportamientos de escucha y comunicación del médico • Forma de presentación de los problemas del paciente • Ausencia de continuidad de cuidados (cuidados puntuales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Error médico / Prevención de errores y complicaciones • Agresividad / Conflictos • Inseguridad, falta de control, minusvaloración y otras emociones negativas del médico • Actitudes defensivas en los médicos • Disminución o aumento de la discapacidad y de la estigmatización • Cumplimentación terapéutica

Figura 1

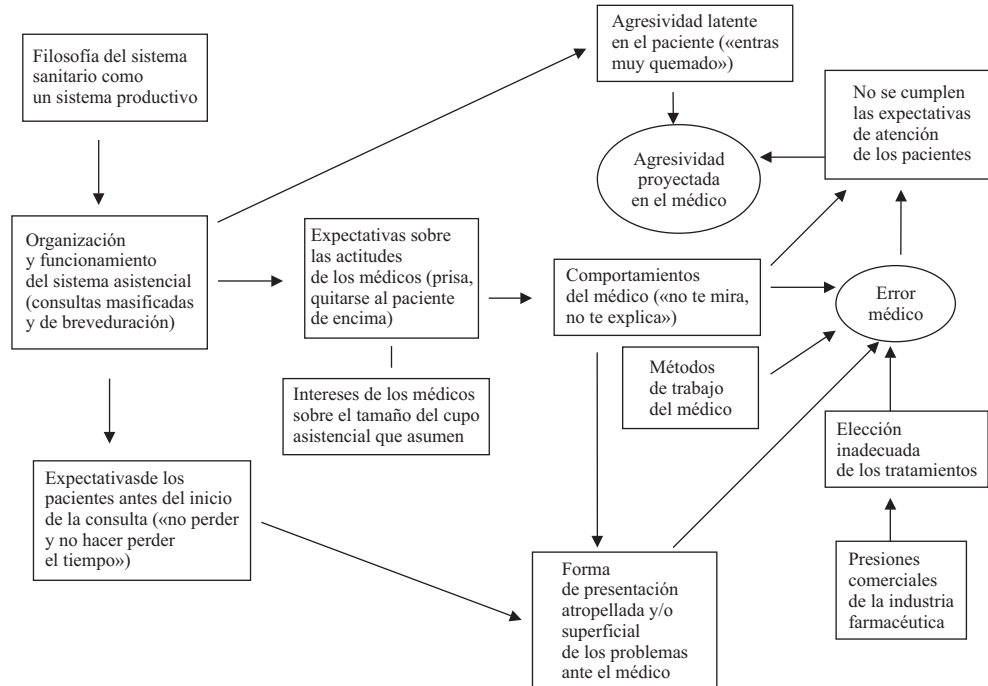
Modelo del médico sobre los desenlaces del encuentro clínico



los pacientes, tanto las insuficiencias de los médicos como las de ellos mismos derivan de las insuficiencias del sistema sanitario (falta de tiempo, masificación, principios del sistema sanitario alejados de las necesidades de los enfermos). Pacientes y médicos plantean sus sentimientos subjetivos y respuestas emocionales como mecanismos me-

diadores entre los factores contextuales y el error y las consecuencias adversas de los encuentros clínicos. Los pacientes establecieron una clara relación entre el interés y la capacidad de escucha del médico, la capacidad de diagnóstico, el establecimiento de un tratamiento adecuado y el desenlace / evolución de las enfermedades (figura 3).

Figura 2
Modelo del paciente sobre los desenlaces del encuentro clínico (I)



DISCUSIÓN

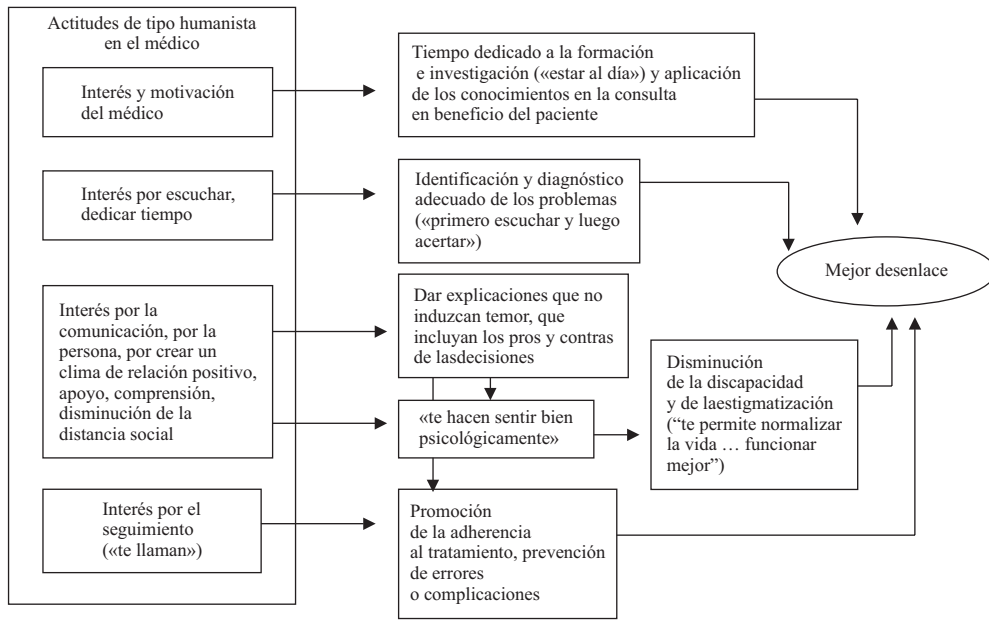
Este estudio ha explorado las opiniones, actitudes y modelos causales del desenlace de los encuentros clínicos en atención primaria. Se han identificado factores relacionados con el error y el conflicto, así como con las insuficiencias del sistema de atención y el desenlace de los problemas de salud. Los grupos focales han proporcionado información detallada sobre las insuficiencias de recursos en el nivel local, así como sobre las insuficiencias del proceso asistencial y los desenlaces en el nivel del encuentro clínico. La identificación de insuficiencias en el tiempo destinado a los encuentros clínicos, la ausencia de un trabajo basado en las necesidades de los pacientes, en el trabajo multidisciplinar, las insuficiencias en la

continuidad de cuidados, en la prevención o en la visión del paciente como un agente activo son consistentes con una insuficiente reforma comunitaria de los servicios de salud en línea con la Ley General de Sanidad.

La relación percibida entre la capacidad diagnóstica, el tiempo destinado a la consulta, los comportamientos de escucha y las actitudes son consistentes con hallazgos procedentes de la investigación cuantitativa en nuestro medio⁷. También son consistentes con la relación negativa entre carga asistencial y actividades preventivas en los equipos de atención primaria⁸. Las actitudes de segundo orden identificadas en los médicos son consistentes con hallazgos de Mira y cols⁹. Los factores del paciente identificados por los médicos en este estudio concuerdan con los hallazgos de Loayssa Lara y cols¹⁰

Figura 3

Modelo del paciente sobre los desenlaces del encuentro clínico (II)



respaldando la validez de los modelos configurados.

El análisis ha mostrado una dificultad en médicos y pacientes para identificar insuficiencias estructurales en el nivel estatal y regional del sistema, lo que sugiere una limitación procedente de la composición de los grupos. Por otra parte también sugiere la necesidad de aumentar la responsabilidad de administración ante profesionales y usuarios, así como la disminución de la distancia entre profesionales, usuarios y la toma de decisiones de política sanitaria como mecanismos necesarios para garantizar el principio de participación en la reforma de los servicios¹¹. Por otra parte, los grupos focales proporcionan un contexto que permite identificar factores a partir de la interacción y explorar de forma inicial sus significados, sin embargo no permiten una profundización de dicho análisis. Otros procedimientos

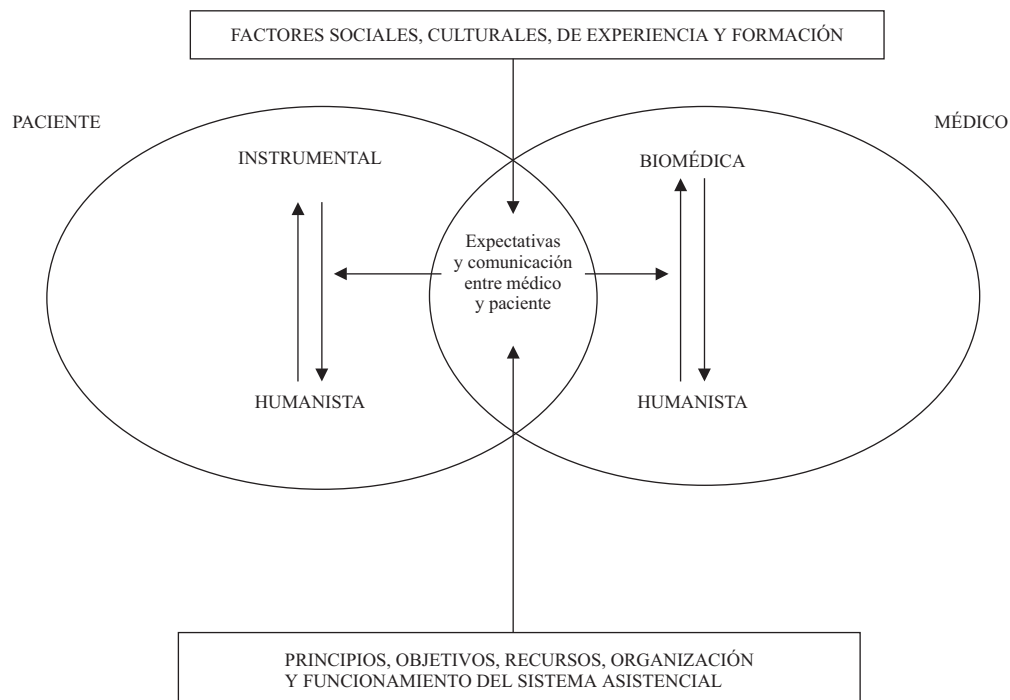
cualitativos son necesarios para ello. Esta profundización es importante para establecer los modelos dinámicos de relación médico-paciente prevalentes en nuestro medio.

El principal hallazgo de este estudio es que las actitudes y comportamientos de médicos y pacientes son puestos en relación con la infraestructura de los servicios y con los desenlaces de los encuentros clínicos. Ello tiene implicaciones para la formación médica. Estudiar el valor de su contribución independiente a la de otros factores es un paso necesario para mejorar el currículum de los estudios en pre y postgrado, respaldando la necesidad de desarrollar la formación en destrezas de entrevista clínica. Sin embargo, los resultados señalan que la aplicación de esta formación debe realizarse en un contexto que facilite el desarrollo de actitudes de tipo humanista en el médico.

Como se muestra en la figura 4, las actitudes de médicos y pacientes pueden contemplarse en interacción. El predominio de actitudes biomédicas en los médicos puede ponerse en relación con el desarrollo y refuerzo de actitudes instrumentales y de pasividad en los pacientes. El desarrollo de actitudes humanistas en el médico puede facilitar el desarrollo y refuerzo de actitudes humanistas en los pacientes. A su vez, los cambios actitudinales en los pacientes pueden reforzar los cambios en las actitudes de los médicos. Las expectativas y las destre-

zas de comunicación pueden ser consideradas el mecanismo de dicha interacción. Los objetivos y prioridades del sistema asistencial así como sus recursos y otros factores pueden limitar el desarrollo de este proceso de cambio en atención primaria, implicando con ello que la mejora de la calidad de las políticas de atención y de relación médico-paciente requiere una visión y una actuación multidimensional que va más allá de la mejora de los recursos de formación y de otras intervenciones aisladas sobre factores individuales del médico y del paciente.

Figura 4
Relación entre las actitudes de médico y paciente



BIBLIOGRAFÍA

1. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
2. Ong LML, Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 1995; 40: 903-918.
3. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationship on the costs and use of health care by older americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 1742-1747.
4. Gaminde I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. *Aten Primaria*, 1994; 14: 631-635.
5. Kitzinger J. Introducing focus groups. *Brit Med J*, 1995; 311: 299-302.
6. Bhugra D, Baldwin D, Desai M. Focus groups: implications for primary and cross-cultural psychiatry. *Primary Care Psychiatry*, 1997; 3: 45-50.
7. Girón M, Manjón Arce P, Puerto Barber J, Sánchez García E, Gómez Beneyto M. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 530-535.
8. Fusté J, Rué M. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicaciones del análisis de niveles múltiples. *Gac Sanit* 2001; 15: 118-127.
9. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria*, 1998; 21: 14-22.
10. Loayssa Lara JR, García García M, Gaminde Inda I, Vilches Plaza C. Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 1995; 15: 390-392.
11. Gaminde I. Los derechos de los ciudadanos. Del derecho a la protección de la salud. En: *SESPAS. Informe SESPAS*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública-SESPAS; 1998.

ORIGINAL

LA INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Paloma Portero López, Roberta Cirne Lima y Gladys Mathieu

Inner Research. Madrid.

RESUMEN

Fundamento: A lo largo de los últimos diez años mínimo, se vienen implementando desde diversas instituciones públicas acciones encaminadas a la prevención y promoción de la salud de los jóvenes y adolescentes. El objetivo de este trabajo es evaluar la manera en que las diferentes intervenciones llevadas a cabo por distintas Instituciones Públicas en materia de Prevención y Promoción de la Salud inciden sobre la conducta y prácticas reales de los jóvenes y adolescentes, entre 14 y 25 años, de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Se realizó un estudio con metodología estructural o cualitativa utilizando la técnica del grupo de discusión, habiéndose realizado ocho grupos, cuyo discurso se analizó.

Resultados: Los jóvenes, no perciben la existencia de un «sistema» de prevención para la salud al no considerarse objetivo del mismo. Para ellos, la enfermedad, circunscribiéndose al cuerpo-físico, se concibe como momento puntual, transitorio y de fácil resolución a partir de los avances tecnológicos que comporta la medicina actual. Por el contrario, las enfermedades asociadas a la perspectiva psicológica (enfermedad mental disociada del área de lo médico y vinculada al área de lo individual/personal) suscitan interés en tanto que el joven se muestra muy vulnerable frente a ellas.

Conclusiones: Cualquier acción encaminada a generar identificación y, por tanto, la respuesta activa del joven, debe considerar el establecimiento de un vínculo entre el joven y la salud que, no basándose exclusivamente en aportar información, sea capaz de poner en juego un espacio de control del joven respecto de sus prácticas perjudiciales, a la par que señale la autoresponsabilidad de las mismas. Basándonos en ello creemos más adecuado «re-significar» el término prevención con términos cercanos a los de mantener, mejorar o recuperar (en los casos puntuales) la salud, para así connotar la idea de bienestar físico y psíquico.

Palabras clave: Adolescencia. Promoción de la salud. Investigación cualitativa. Percepción de salud.

Correspondencia:
Paloma Portero
Inner Research
Correo electrónico: pportero@inner.es.

ABSTRACT

Measures Aimed at Teenagers and Young Adults Related to Health Promotion and Prevention in the Community of Madrid, Spain

Background: Over at least the past ten years, measures aimed at health promotion and prevention among young adults and teenagers have been being implemented from different public institutions and, in a certain sense, on a sectorial basis. The overall objective is to assess how the different measures carried out by different Public Institutions with regard to Health Promotion and Prevention have an impact on the actual conduct and practices of teenagers and young adults within the 14-25 age range in the Autonomous Community of Madrid.

Methods: A study based on a structural or qualitative methodology was conducted using the discussion group method, eight groups having been formed and their comments analyzed.

Results: The young adults do not feel any health-related prevention «system» as such exists on not considering themselves to be the object thereof. In the opinion of the young adults, disease, confined to the physical body, is conceived as being a short-lived, temporary and readily remedied based on the technological advances current medicine has to offer. On the contrary, the diseases related to the psychological perspective (mental disease dissociated with the area of the medical and connected to the individual/personal area) arouse interest inasmuch as young people are highly vulnerable to these diseases.

Conclusions: Any measure aimed at generating identification and, therefore, the active response of young people must entail creating a connection between young people and health, which, not based exclusively in providing information, is capable of putting a space of control of the youths with regard to their harmful practices into play whilst at the same time highlighting their taking responsibility for their own actions. Considering we believe it best to «redefine» the term «prevention» in terms nearer to those of maintaining, improving or regaining (in short-lived cases) health, to thus connote the idea of physical and mental well-being.

Keywords: Adolescence. Health promotion. Qualitative research. Perception of health.

INTRODUCCIÓN

Los modelos de intervención para la promoción y prevención para la salud, en jóvenes y adolescentes, se implementan desde diversas instituciones públicas y, en cierto modo, de forma sectorial en tanto que no existe una reflexión común sobre el tema; es por esto que las acciones encaminadas a dicho fin adolecen de una perspectiva integradora que, hipotéticamente, repercuta en la eficacia de las mismas. La necesidad de dicha reflexión, fue lo que motivó la demanda y posterior realización del estudio cualitativo al que refiere este artículo;

Las diversas investigaciones que se han llevado a cabo en este segmento de la población en relación con la Promoción y Prevención de la Salud, o bien abordan el tema desde una perspectiva particular; es decir en lo relativo a consumos concretos que operan como factor de riesgo^{1,2}, en los que si bien la perspectiva de la salud aparece estudiada de forma tangencial respecto del problema central del estudio, ya se apuntan rasgos comunes a los detectados en la investigación que nos ocupa.

En los dos estudios se señala la manera en que los jóvenes incluyen la salud como un significativo que si bien se constriñe al ámbito de lo físico, del cuerpo físico-individual, opera como valor constitutivo del vínculo social; en este sentido el estudio sobre el consumo de alcohol posibilita que el «límite» de ingesta del mismo no se establezca en relación con el «otro»¹ (el grupo de pares) sino que se proponga en el espacio de lo físico (*hasta que el cuerpo aguante*, podíamos decir parangonando el primero de los estudios). En el mismo orden de cosas, en el estudio de consumo de tabaco² se explicita cómo el concepto de salud en los jóvenes opera como dispositivo capaz de transformar las connotaciones «morales» de vicio, en el caso del consumo de tabaco, por connotaciones de «adicción». Es decir, en ambos se detecta cómo el concepto de salud hace incursiones plagadas de sentido en los

espacios/discursos sociales actuales de los jóvenes; la generación de hoy dota a la salud de un espacio simbólico que, si bien se acerca a la modernidad, tiene vocación de ser eje articulador de la idea de calidad de vida y bienestar por todos buscados. En este sentido también cabe destacar un estudio que sobre alimentación en la población escolar habla del necesario equilibrio nutricional como una exigencia a partir de la instauración en el espacio social del discurso de la salud como prevención³.

Ahora bien, hasta el momento no se había planteado la cuestión de la salud en los jóvenes desde la perspectiva de la intervención; es decir, la manera en que los discursos y acciones institucionales son dispositivos capaces de modificar pautas de comportamiento que, en definitiva, no son sino expresiones concretas de un discurso social en el que la salud está incluida; fue pues esta perspectiva la que animó a plantear el presente trabajo.

Es por esto, que la demanda de investigación debería abordarse a través de una metodología con capacidad de detectar el valor concedido a la salud por los jóvenes (necesidades, demandas y prácticas concretas), los diversos campos en los que es pertinente introducir el discurso de la salud (vínculo entre sujeto joven y salud) y la particular forma en que debe concretarse dicho discurso (qué deben decir las instituciones sanitarias para producir efectos en los jóvenes). No se trataba, pues, de realizar un análisis de contraste, recuento o forma en que se distribuye las prácticas saludables/ prácticas de riesgo entre la población de estudio (cuantitativo), sino de descubrir el sentido que los jóvenes otorgan a la salud y la manera en que los modelos de intervención institucional se muestran eficaces o con potencial para modificar dicho sentido, incidiendo en su conducta real.

La metodología cualitativa es la única capaz de abordar dicha demanda puesto que fundamentándose en la «palabra» (discurso

del investigado) permite, mediante el análisis (la interpretación del investigador), dar cuenta del referente social (discurso social) en que se basa lo dicho. La metodología cualitativa se basa en la idea de que *la formación discursiva organiza sus campos semánticos* —de pertenencia y pertinencia— *conforme a un orden social del sentido que no es clasificable en un orden eterno y sustantivo*⁴.

Las investigaciones cualitativas adquieren su valor en tanto que actuando como dispositivo conversacional ponen en juego lo «particular» (el habla) siempre en referencia a un discurso genérico (discurso social)⁵.

No se trata, pues, de señalar los espacios de consenso y disenso, ni tampoco de operar en el espacio de las opiniones, sino de encontrar los espacios en los que los sujetos incardinan su decir en el orden de lo social. Se trata pues, de una búsqueda —y captura— del eje articulador de las múltiples posibilidades del decir.

El grupo de discusión, articulación técnica más usual de dicha metodología⁶⁻⁸, es la que se muestra con mayor capacidad para extraer el mayor potencial de la misma en la medida que es una propuesta de recogida de información que, por su propia configuración (grupo de personas discutiendo sobre un tema), pone en juego tanto la subjetividad de cada componente como la objetividad del grupo en el que el mismo se inscribe, dando lugar a espacios de interacción y discusión: «simulación de una conversación grupal», que permite articular el sentido social en el puro contraste de los «decires» particulares.

Asegurar, pues la suficiente «dispersión de las hablas particulares» asegura, a la par, la validez de la interpretación. Ahora bien, todo grupo de discusión deberá tener un mínimo de homogeneidad interna de manera tal que no se produzca una inhibición de los sujetos que lo componen: variables discriminativas de composición^{6,9}.

A la vez, conformar el grupo en función de dichas variables darán cuenta de la manera en que operan las diferencias entre los distintos segmentos de la población: la distinta forma en que se aborda el problema en estudio o el mayor o menor énfasis en los temas particulares.

Abordar la evaluación de los modelos de intervención utilizados para la Prevención y Promoción de la Salud en los jóvenes, hace necesario conocer previamente lo que la salud representa para el joven, pues solo así podríamos tener un marco de referencia, contexto, que nos permita tanto llevar a cabo la exploración de acciones concretas como proponer alternativas que permitieran optimizar la intervención en dicho segmento de la población.

El objetivo de esta investigación fue la identificación de las principales necesidades y demandas en materia de Prevención y Promoción de la Salud en la población comprendida entre los 14 y 25 años de edad, la identificación del concepto de salud desde la perspectiva de los jóvenes y las variables que entran en juego en dicha percepción, así como conocer las prácticas vinculadas a la salud.

SUJETOS Y MÉTODO

Se realizaron ocho grupos de discusión entre la población de interés, de dos horas aproximadas de duración cada uno. En la composición general de la muestra se establecieron las siguientes variables: **Edad**: se consideraron los siguientes intervalos: 14/15 años; 16/17 años; 18/20 años; 21/25 años. Los cortes de edad señalados se deben tanto a motivos técnicos (evitar la inhibición en el grupo) como a intereses concretos de la investigación (referencias en materias de información similares). **Sexo**: Al igual que ocurriera en el caso de la edad, la discriminación respecto de la participación en los grupos por el sexo de los integrantes, se contempló en los de menor edad con el fin

de evitar inhibiciones a la hora de abordar ciertas temáticas. Se realizaron grupos de un solo sexo en los de edades comprendidas entre los 14 y 18 años, convocando grupos mixtos (chicos y chicas al 50%) en los 4 grupos restantes. **Estado socioeconómico:** representación al 50% del total de la muestra de medio bajo y medio-alto (utilizando

como baremo los estudios/profesión de los padres). **Participación previa en programas de salud:** esta variable se aplicó en los segmentos de edad superior discriminando al 50 % de la muestra su participación o no. De la combinación de estas variables se conformó la configuración concreta de trabajo de campo que se muestra en la figura 1.

Tabla 1
Características de los participantes en cada grupo

Grupo	Participantes	Edad	Sexo	Nivel de estudios del cabeza de familia	Participación previa en programas de salud
GD1	Adolescentes	14-15 años	Varones	medios	Indistinto
GD2	Adolescentes	14-15 años	Mujeres	universitarios	Indistinto
GD3	Adolescentes	16-17 años	Varones	universitarios	Indistinto
GD4	Adolescentes	16-17 años	Mujeres	medios	Indistinto
GD5	Adolescentes	18-20 años	Mixto	medio	Participante
GD6	Adolescentes	18-20 años	Mixto	universitario	No participante
GD7	Jóvenes	21-25 años	Mixto	universitarios	Participante
GD8	Jóvenes	21-25 años	Mixto	medios	No participante

RESULTADOS

En primer lugar mostraremos los ejes fundamentales que «rigen» el discurso genérico de los jóvenes, sin señalar, en un primer momento, cómo operan las variables de segmentación utilizadas en la recogida y producción de información. Posteriormente hablaremos de las acciones institucionales más relevantes, la forma en que el concepto de la salud interviene en la comprensión de las diferentes acciones realizadas, así como las demandas concretas de los jóvenes y las vías de optimización en el abordaje de los problemas de salud de los jóvenes.

La concepción de la salud en los jóvenes: La salud para la población estudiada es un factor constitutivo del sujeto joven: naces con salud y sólo el paso del tiempo, la edad, es lo que hace que se vaya deteriorando y agotando. Esta concepción de salud representada a modo de un continuo natural, entre el nacimiento y la muerte, conlleva una correlación inversa entre edad y salud: a menor edad mayor salud y viceversa. *Una*

persona mayor, aunque tenga salud, no tiene las mismas condiciones que un joven. Cuanto más pasan los años más te tienes que cuidar.

El imaginario (representación ideal) social de que un individuo joven es un individuo sano, unido a la idea de que los avances técnicos de la medicina todo lo pueden, genera a los jóvenes un sentimiento de omnipotencia frente a la enfermedad que procura este alejamiento del discurso institucional sobre la prevención. En este contexto referencial, conciben la enfermedad como un momento puntual y transitorio y, por lo tanto, de fácil resolución. La carencia de salud, así concebida, se percibe más como si de un «accidente» se tratara que de un estado de morbilidad, pues no necesariamente se siente como limitación: *Yo tengo diabetes y corro más que mis compañeros». Separados pues, del ámbito de la enfermedad desde el punto de vista médico (genérico), se hace difícil la identificación con el discurso social preventivo dirigidos a ellos.*

Sin embargo, se observa que las enfermedades «sociales», definidas por ellos mismos como aquellas de nueva aparición y muy asociadas a la perspectiva psicológica, enfermedad mental disociada del área de lo médico y unida al espacio de lo individual-personal, ocupan un espacio central de su discurso, ya que suscitan miedo y peligro que proviene por un lado, de la dificultad que los jóvenes, sea cual fuere su edad y extracción social, tienen para concretar su causa o procedencia: *No es lo mismo tener un brazo roto que estar muy mal y no saber por qué*. Y por otro, de que la perspectiva psicológica cobra para el joven mucha importancia en su concepción de salud, por la influencia que ejerce el necesario equilibrio de la mente para el bienestar: *Una depresión puede causarte incluso problemas físicos*.

Es ahí donde, detectándose una falla discursiva del joven que contraviene el discurso general de la supuesta omnipotencia, se señala un espacio de vulnerabilidad para ellos muy relevante: los intereses de los jóvenes en relación con la salud son siempre del orden de lo individual (el problema particular: «mi problema») al igual que lo hiciera la perspectiva psicológica. Y es, tan sólo desde dicha perspectiva donde el joven pregunta al discurso social, donde éste se muestra insuficiente y, por lo tanto, donde adquiere sentido la información a recibir.

El consumo de drogas y alcohol en los adolescentes (jóvenes a partir de los 16 años) y las relaciones sexuales, uso de preservativos, entre las más jovencitas (chicas de 14 a 15 años) aparece vinculado en este espacio discursivo y por tanto, atrapan la perspectiva individual que lo fundamenta.

Variables y agentes que intervienen en la percepción de la salud y sus prácticas

Edad: Mientras que en los grupos más jóvenes de 14 a 17 años, aparece una vertiente moral que señala cierta culpabilidad en el binomio salud/enfermedad (*Yo no he hecho*

nada malo para que me pase algo) acentuando, en ese sentido, la idea de inmunidad propia del joven en el caso de la salud, en los grupos de edad mayor se acentúa la idea de salud desde la perspectiva del estado de armonía entre cuerpo y psique (*La salud es el conjunto de bienestar físico y mental*)

Clase social: También se detecta una influencia determinante respecto de la concepción de la salud en relación con el estatus social de pertenencia del joven; así, mientras que en los niveles más bajos poseen un nivel muy precario de información (*Yo no sé lo que es el VIH*) y trasladando la responsabilidad tanto de la enfermedad cuanto de la información al propio sistema social (*Ellos tienen que informarnos más*), en los estatus más altos, con mayor nivel de información, cobran mayor peso agentes definidos socialmente y cercanos al círculo de los individuos. En este sentido se destaca el papel de la familia como muy importante tanto en la creación de hábitos (formativos) cuanto de dispositivo de información.

La intervención y sus efectos

Las intervenciones en materia de Prevención y Promoción para la Salud en los jóvenes son percibidas por éstos a modo de «información generalizada» y altamente vinculada a la enfermedad desde su perspectiva física, alejándose de sus áreas de intereses inmediatos: lo personal. No obstante, se observa cómo los jóvenes delimitan claramente prácticas que favorecen o que perjudican a la salud. Entre las favorecedoras se señalan: la dieta en la alimentación, hacer ejercicio, la higiene personal, el estado anímico (vivir feliz), las relaciones interpersonales (familia y amigos). Entre las perjudiciales destacan: fumar, beber alcohol en exceso, las drogas *per se* y el estrés. Si las primeras son consecuencia del hábito cotidiano (constancia), las segundas señalan el exceso y la dependencia como una de sus características fundamentales.

Existe, en este sentido, un reconocimiento explícito de los jóvenes en materia de intervención para la prevención y promoción en materia de salud que se valora positivamente en la medida que se les atribuyen papel informativo fundamental; entre las intervenciones más destacadas figuran las siguientes:

Entre los de menor edad: **las charlas en los centros educativos** (con personal no docente con el fin de lograr el máximo de desinhibición en las preguntas que susciten), **los folletos informativos** (es necesario el uso de lenguaje cercano, incluso jerga juvenil para su comprensión (*Qué es el coitus interruptus, la marcha atrás*), así mismo se demanda su distribución en los centros educativos para fomentar la lectura entre grupos de iguales.

En el grupo de los mayores: **Teléfono gratuito informativo** (permite la solución anónima de problemas, muy relevante en el grupo de los más mayores)

Los **Concursos temáticos y talleres** (muy valorado entre 14 y 18 años) y **Campañas televisivas** (dispositivo divulgativo masivo y vehículo para dar a conocer programas y acciones existentes).

Respecto de las campañas que aparecen con notoriedad relevante en el conjunto de los grupos realizados hay que destacar aquellas que se valoran positivamente tal cual fueron: «Póntelo, pónselo», «Si te lías úsalo», campaña antidrogas (spots de cocaína, alcohol y pastillas donde el individuo cree vivir algo que en realidad no está ocurriendo). Las valoradas negativamente fueron: «Sal sin ellos» y «A tope sin drogas».

Las valoraciones de uno u otro signo responden a los siguientes parámetros de valoración: **Lenguaje**: cercano/lejano. **Tono**: se valora muy positivo el tono coloquial y divertido, por ejemplo: «póntelo, pónselo», campaña antidrogas, gráfica del «si te lías, úsalo», por oposición al autoritario «Sal sin ellos». **Las situaciones cotidianas**: Campa-

ña antidrogas, haciendo el ridículo es altamente valorada en tanto que reconocible por todos los jóvenes como habitual. **Mensaje**: el valor se produce en la identificación con un sujeto libre, no se generaliza ni culpabiliza, por ejemplo «Si te lías úsalo» valorado muy positivamente por el uso del condicional «si», *versus* «sal sin ellos» valorado muy negativamente ya que culpabiliza la ingesta de alcohol en general. **Claridad del mensaje**. Por ejemplo «A tope sin drogas» es percibido confusamente ya que muestra un exceso de transgresión propio de las drogas pero sin drogas de lo que se deduce que el joven posee conductas genéricas similares a las de los drogadictos.

DISCUSIÓN

La información, única característica atribuida por los jóvenes a los modelos hasta ahora utilizados, no basta. Ahora bien, no se debe perder la perspectiva informativa en tanto que posee un gran potencial como dispositivo de apertura a preguntas que bien por vergüenza o por ignorancia el joven no se plantea o elude. Ningún modelo informativo resultará eficaz si no se generan de forma paralela mecanismos de integración que transformen la acumulación de informaciones aisladas, parciales, bien por las temáticas que tratan, bien porque son suscritas por diferentes Instituciones tanto Públicas (Consejerías, Ayuntamientos, Consejos de juventud) como Privadas (Evax, Colgate, etc.) en conocimiento y aprendizaje; es decir, en formación.

No debemos eludir que tanto la vergüenza de preguntar (*¿Qué es el pene?*) como la ignorancia (*No sé por qué ahora todas tenemos quistes de ovarios o problemas en la regla*) apuntan, en muchos casos, al desconocimiento y extrañamiento del propio cuerpo.

Es por esto, que si bien no debemos olvidar que la información, cuyo ámbito más relevante se instaura en los amigos (grupo de pares/de referencia: circulación e intercambio de experiencias) y en los medios de co-

municación (TV y revistas juveniles: fomento de interés por nuevos temas), ocupa un lugar importante como dispositivo que abre la interrogación a nivel individual/personal. Sin embargo, más allá del uso de mecanismos informativos, se percibe la necesidad de intervenir en aquellos espacios que se manifiestan como relevantes respecto del papel claramente formativo y socializador que cumplen en nuestra cultura; tales son la familia y el colegio:

— La familia en la medida que cumple su función socializadora, no sólo transmitiendo los valores ideológicos vigentes sino porque en dicha transmisión siempre existe una interpretación de las pautas culturales, particular y adaptada a la biografía del hijo; en ese sentido, aparece como un agente social determinante. La armonía en las relaciones familiares son consideradas por los jóvenes como la base de una buena estructura emocional; es decir la perspectiva «psicológica» que ellos mismos se encargan de situar como requisito fundamental del bienestar. *(En tus padres siempre puedes confiar)»Siempre vas a confiar mucho en lo que dicen tus padres porque ellos siempre quieren lo mejor para ti.)*

— El colegio resulta el espacio más adecuado para intervenir en la prevención y promoción de la salud en la medida que representa una actualización de saber constante y un contexto altamente favorable: lugar donde mayor tiempo pasan y en constante interrelación con el grupo de iguales. A la par, por definición es un espacio de saber en el que la figura del profesor, en tanto que autoridad, representa vicariamente la ley paterna.

Es decir, cualquier modelo de intervención debe considerar y potenciar al máximo la involucración personal del joven que tan sólo se puede conseguir en la incardinación de los agentes mencionados. Para ello sería pertinente diseñar modelos o comunicaciones dirigidos a los padres, una mayor implicación del profesorado en lo referente a intervenciones directas en los Centros.

Las acciones informativas y formativas deben responder a tres demandas de los jóvenes: **Coherencia** (correlación entre temática e Institución a la vez que unicidad de mensajes). **Constancia** (mayor frecuencia de actividades y periodicidad predeterminada de las mismas). **Extensión** (cobertura masiva e inclusión de todas las escuelas y colegios)

Considerando estas dos perspectivas de actuación (involucración del joven e información para el joven), creemos más adecuado «re-significar» el término prevención con términos cercanos a los de mantener, mejorar o recuperar (en los casos puntuales) la salud para así connotar la idea de bienestar físico y psíquico.

También se debe considerar a la hora de la creación de Modelos de intervención en la Prevención y Promoción de la Salud y Campañas Publicitarias que las prácticas saludables del joven están predeterminadas fundamentalmente en función de las variables edad y clase social y que éstas deben ser consideradas en concreto a la hora de cualquier intervención.

En ese sentido, se debe considerar que cumplirá su objetivo (persuadir de la necesidad de informar y formar al joven) considerando los siguientes aspectos:

- Amoldándose a la población diana a la que se dirige: el joven y la familia han de identificarse con ella.
- Informar sobre el problema: Buscar el enfoque y la perspectiva adecuada para plantearlo con eficacia.
- Convencer: el joven tiene responsabilidad su salud.

Respecto al papel que la publicidad cumple dentro de la promoción de la salud entre los jóvenes creemos que, si bien en sí misma no cumple un papel formativo directo, cumple dos funciones colaterales de gran interés a la hora de dotar coherencia en las intervenciones ya que:

- Por un lado puede funcionar a modo de nexo interno de las partes que configuran las intervenciones concretos: los mensajes deben ser una invitación a la información y deben poseer capacidad para articular los distintos ámbitos en los que se esté trabajando.
- Por otro, puede establecer un vínculo de complicidad con el joven señalando la vocación de la institución en el acercamiento a su problemática particular¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Salud. La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1994. Documentos técnicos de salud pública, núm. 9.
2. Consejería de Salud. La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1993. Documentos técnicos de salud pública, núm. 16.
3. Consejería de Salud. Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar de Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud; 1996. Documentos técnicos de salud pública, núm. 36.
4. Pereña F. Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En: Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Delgado JM y Gutiérrez J editores. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 465-479.
5. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El Grupo de Discusión: teoría y crítica Madrid: Siglo XXI; 1986.
6. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis psicológica; 1994. p. 287-316.
7. Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 489-501.
8. Alonso LE. Entre el pragmatismo y el pansemilogismo. En: La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998. p. 57.
9. Jesús Ibáñez: Mas allá de la Sociología. EL Grupo de Discusión: teoría y crítica. Madrid Siglo XXI, 1979.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las Representaciones Sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 45. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.

ORIGINAL

VISION DE LOS DIFERENTES AGENTES SOCIALES SOBRE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD EN EL NORDESTE DE BRASIL. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

M Luisa Vázquez Navarrete (1,2), M Rejane Ferreira da Silva (2,3), Eliane Siqueira Campos (4), Ana Paula Campos Pereira (4), Alcides da Silva Diniz (5), Ida Leite Veras (4) y Ilma Kruze Grande de Arruda (4,5).

- (1) CHC Consultoria i Gestió, SA.
- (2) Institute for Health Sector Development.
- (3) Universidade de Pernambuco.
- (4) Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- (5) Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMEN

Fundamento: La participación social en salud constituye uno de los principios fundamentales de la reforma sanitaria brasileña. El objetivo de este artículo es analizar los conceptos de participación social en salud de los diferentes agentes sociales y su percepción de obstáculos y facilidades a esta participación.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas individuales (EI) y grupos focales (GF) a diferentes agentes sociales: 135 usuarios (EI, GF), 14 líderes comunitarios (EI,GF), 12 miembros del Consejo Municipal de Salud (EI), 8 formuladores de políticas (EI) y 37 del personal de salud (EI,GF). Se hizo un análisis narrativo de contenido. Los municipios de Cabo y Camaragibe en el Nordeste de Brasil y constituían el área de estudio.

Resultados: Con distintos niveles de elaboración, en todos los grupos de informantes emergieron conceptos de participación individual y colectiva en salud y la mayoría describía también su propia actuación. La participación como acción individual y la idea de utilización de los servicios de salud predominaron en las respuestas de usuarios. En los obstáculos a la participación refirieron factores poblacionales e institucionales: usuarios y líderes mencionaron ambos tipos, mientras que el personal de salud y miembros del CMS hacían mayor hincapié en los primeros. Los formuladores de políticas enfatizan la falta de decisión política. En las facilidades se observó la misma tendencia.

Conclusiones: Los conceptos y las dificultades a la participación referidos parecen mostrar las distintas formas de relación entre los diversos agentes sociales y los servicios de salud y señalan hacia un limitado alcance de la política de participación social en salud. Se identifican elementos de mejora.

Palabras clave: Participación social en salud. Investigación cualitativa. Brasil.

ABSTRACT

Concepts and opinions on social participation in health held by different groups of stakeholders in North-eastern Brazil. A qualitative study

Background: Social participation in the health system constitutes one of the basic principles of Brazilian health sector reform. This paper analyses the concepts held by different groups of stakeholders with respect to social participation in health and identifies their opinions on hindering and enabling factors for this participation.

Methods: A qualitative study was conducted using individual interviews (II) and focus groups (FG) with different groups of stakeholders: 135 users (II,GF), 14 community leaders (II,GF), 12 Municipal Health Council (MHC) members (II), 8 policymakers and (II) 37 health personnel (II,GF) were interviewed. A narrative content analysis of the results was conducted. Two municipalities in North-eastern Brazil, Cabo de Santo Agostinho and Camaragibe, made up the area of study.

Results: In all groups, a distinction between individual and group participation emerged and reached different levels of elaboration. Many informants' ideas described also their own ways of action. Individual participation concepts and the utilization of health services were predominant among users. Population and institutional factors were identified as obstacles to participation: users and community leaders referred both type of factors, while the health personnel and MHC members put more emphasis on the former. Some informants among the health personnel did not identify any barriers. Policymakers emphasised the lack of political will. The enabling factors mentioned reflected the same logic.

Conclusions: Concepts and perceived hindering factors to participation which were described appear to show different ways of interaction among the diverse stakeholders and the health services. The results point towards a limited effect of the health policy on social participation. Elements that could contribute to an improvement are identified.

Keywords: social participation in health, stakeholders concepts, qualitative study, Brazil.

Correspondencia:

María Luisa Vázquez Navarrete
CHC Consultoria i Gestió, SA
Avda. Tibidabo 21. 08022 Barcelona
Correo electrónico: mlvazquez@chccig.com

INTRODUCCIÓN

En las reformas del sector salud de Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud y la promulgación de diversas leyes y políticas de salud (Constitución, 1988; Leyes de Salud, 1990 y Normas operativas básicas 1991/93/96) se ampliaron en las dos últimas décadas las posibilidades de participación de la población en la gestión del sistema de salud. En este nuevo marco legal se promueve la participación de la sociedad mediante la creación de espacios institucionales de intervención colectiva, como los consejos municipales de salud (CMS), conferencias de salud y consejos gestores, así como mecanismos de actuación individual, servicio telefónico, buzón de quejas y sugerencias y defensor del pueblo en salud. La tímida actuación de la población en la toma de decisiones sobre la orientación técnica y política del sector¹⁻⁵ parece indicar una escasa consolidación de estos mecanismos hasta la fecha. A pesar del carácter sistémico de las políticas de participación en salud en el contexto de la reforma, la mayoría de los estudios encontrados se concentran en experiencias puntuales de participación de la población en el desarrollo de programas de educación para la salud o de control de enfermedades^{1,6-9}. Se observa una escasez de estudios destinados a evaluar los diversos elementos que influyen sobre la efectividad de la implantación de las políticas¹⁰, entre ellos, los conceptos, opiniones e intereses de los diferentes agentes sociales respecto a la participación de la población en la gestión de los servicios de salud a nivel local. Por todo ello, se realizó una investigación destinada a evaluar la eficacia de la política actual de reforma del sector salud para fortalecer la participación de los usuarios en los servicios de salud en Brasil y examinar aspectos relativos al contenido, proceso, contexto y agentes principales.

El objetivo de este artículo es analizar de forma comparativa los conceptos de participación social en salud de los diferentes agentes sociales implicados en la implanta-

ción de la política y su opinión sobre los obstáculos y facilidades a esta participación.

SUJETOS Y MÉTODOS

Área de estudio. La investigación se realizó en los municipios de Cabo Santo Agostinho y en Camaragibe, ambos localizados en la Región Metropolitana de Recife, capital del estado de Pernambuco en el nordeste de Brasil. La Secretaría de Salud del Estado de Pernambuco seleccionó los municipios, basándose en los siguientes criterios: constituir el nivel máximo de descentralización del sistema de salud, tener características urbana y rural respectivamente y haber implementado las reformas en el sector salud.

Métodos. Se realizó un estudio cualitativo cuyo trabajo de campo se desarrolló entre mayo de 1999 y junio de 2000. Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas (con guías de entrevista) y grupos focales para determinar los conceptos de participación social en salud y opiniones sobre las dificultades y facilidades de participación de los diferentes agentes sociales involucrados. Para cada grupo de informantes se elaboró un guión específico con una primera parte común a todos. Se realizaron entrevistas individuales con usuarios, personal de salud, líderes comunitarios, miembros del CMS y formuladores de políticas y grupos focales con usuarios, líderes y personal de salud (tabla 1). La duración de las entrevistas fue de entre 60 y 90 minutos. Las entrevistas individuales y grupos focales fueron grabados y posteriormente transcritas textualmente.

Muestra. Participaron en el estudio 135 usuarios de los servicios de salud, 14 líderes comunitarios, 37 del personal de los servicios salud (gerentes y otro personal), 9 formuladores de políticas de nivel nacional y municipal y 12 miembros del CMS. Se hizo una selección intencional de la muestra buscando la variación máxima. Se entrevistaron

Tabla 1
Número de entrevistados en cada área de estudio, según el método utilizado

<i>Tipo de informantes</i>	<i>Cabo</i>		<i>Camaragibe</i>		<i>Nacional</i>
	<i>Entrevistas Individuales</i>	<i>Grupos focales</i>	<i>Entrevistas Individuales</i>	<i>Grupos focales</i>	<i>Entrevistas Individuales</i>
Personal de salud (gerentes y funcionarios)	12	06	12	07	
Miembros del CMS	05	–	07	–	
Usuarios	12	63	12	48	
Líderes comunitarios	05		03	06	
Formuladores de políticas (nivel municipal)	01		01	–	
Formuladores de políticas (nacional y estadual)					7

usuarios de ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad, de diferentes estratos socioeconómicos, que utilizaban servicios públicos y privados. Se consideró como líder comunitario a los representantes de organizaciones comunitarias existentes en los municipios de estudio y fueron estas organizaciones quienes indicaron la persona a entrevistar. Para la selección del personal de salud se consideró el tipo de institución (pública/privada), las diferentes categorías laborales y el nivel de complejidad de los servicios. Se seleccionaron consejeros municipales de salud de cada grupo representado en el CMS (usuarios 5; funcionarios 3; proveedores de servicios privados 2 y gobierno 2). En el grupo de los formuladores de políticas se incluyó un representante del Ministerio de Salud, representantes de diferentes grupos miembros del Consejo Nacional de Salud (4) y de las Secretarías de Salud del Estado (1) y de los municipios estudiados (2).

Calidad de los datos y análisis de la información. Se realizó un análisis narrativo del contenido. Los datos fueron segmentados manualmente, por grupos de informantes y municipios. Se generaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir de los guiones utilizados y de los temas emergentes de las entrevistas. Posteriormente, se crearon subcategorías resultantes

de la agrupación de las respuestas relativas a las diferentes categorías. Para asegurar la calidad de los datos, se realizaron discusiones de los resultados con los informantes, así como la triangulación de la información mediante comparaciones entre los distintos grupos de informantes, la utilización de diferentes técnicas y la intervención de varios investigadores en el análisis.

RESULTADOS

1. Conceptos de participación social en salud

El concepto de participación social en salud alcanzó diferentes niveles de elaboración entre los distintos grupos de informantes de ambos municipios y niveles de gobierno. Con algunas excepciones, la mayoría de los entrevistados tenía dificultades para formular el concepto y, para definirlo, describían formas diversas de actuación individual y colectiva. Sólo algunos entrevistados fundamentaban la participación social en salud en la noción de derechos y deberes. La utilización de los servicios de salud como concepto de participación social en salud emergió en todos los grupos de informantes y especialmente en las respuestas de los usuarios.

Participación en salud como actuación individual

La mayoría de los entrevistados describía la participación en salud como una acción individual junto a los servicios de salud y, con frecuencia, su propia actuación. Algunos usuarios y líderes entendían la participación en salud como la *colaboración con los servicios* a través del trabajo voluntario en las unidades de salud (...*Supor se eles fazem campanha da vacina, tem que tá dentro... Usuario-Cabo. ...Então vamos partir para construção do posto, vamos articular a prefeitura e a secretaria de saúde. Líder-Camaragibe*). Parte del personal de salud, de líderes y de usuarios compartían la idea de que participar es *intercambiar información*. Sin embargo, el personal de salud la definía como la *facilitación de información en salud a la población* («*A gente vem justamente isso, sempre tentando esclarecer e fazendo cada um brigar por coisas que a gente sabe que lhe é direito.*» Personal de salud-Cabo), mientras que los usuarios y líderes como la *recepción de información y a veces, su difusión* («*Participar em reuniões...*» «*...Buscar informações...*»). En las respuestas de todos los grupos de informantes también aparece el concepto de participar como la *emisión de opiniones, críticas y quejas* en los servicios de salud, en la Secretaría de Salud o en el ayuntamiento («*Debatendo nos postos, dando opinião, sugerindo.*» Usuario; «*...Dar sugestões, quando não são bem atendidos, reclamar...*» Personal de salud-Camaragibe). En el discurso del personal de salud y de miembros del CMS destaca el papel de su propia actuación como participación («*A gente tem participação social na vida dessa comunidade aqui, conhece quem tá precisando de comida, a situação financeira e de modo geral e social daquela população*» Personal de salud-Cabo).

La participación en salud como actuación colectiva

En el discurso de algunos entrevistados emergieron nociones de participación en sa-

lud como movimiento social. Entendían, especialmente los líderes y los miembros del CMS (usuarios y trabajadores de salud), que participar en salud implica la *movilización, discusión y organización de la sociedad* en busca de respuestas a sus problemas y necesidades en salud («*Reunir as pessoas para discutir dificuldades e conseguir melhorias para saúde*» Usuario-Camaragibe; «*..Conscientizando, mobilizando e se organizando...*»; «*Discussão e encaminhamento de temas de interesse da comunidade.*» Líderes-Cabo).

Para algunos miembros del CMS participar es la *fiscalización y supervisión de los servicios de salud que realizan los miembros del CMS o los usuarios* («*É defender questões relativas a saúde e apresentar propostas de interesse da população e fiscalizar o serviço de saúde.*» CMS-Cabo). De manera semejante, uno de los líderes definía la participación como la *canalización de las quejas de los usuarios a través de las organizaciones comunitarias* («*Se o morador for mal atendido, traga o nome da pessoa que atendeu mal.... que aqui na associação levamos para o CMS.*» Líder-Cabo). En ambas localidades, algunos entrevistados de todos los grupos indicaban que participar era la *utilización de mecanismos colectivos de participación*: CMS, asociaciones comunitarias y con menor frecuencia, el consejo gestor.

La participación en salud como derecho y deber ciudadano

Únicamente en el discurso de los miembros del CMS (representantes del gobierno y de los usuarios), el concepto de participación social apareció como un *derecho* de la población a opinar y decidir sobre las políticas de gobierno de interés colectivo («*As instâncias de organizações da sociedade terem direito a voz e terem direito a voto nas deliberações, em qualquer atividade, seja da secretaria de saúde ou de outras esferas do governo também*» CMS-Cabo). Por el

contrario, en ambas localidades, un grupo de usuarios expresó la noción de participación como *obligación y compromiso* de las personas a realizar actividades para mejorar los servicios de salud («*Esse é o dever de todos participar, saber como a saúde vai... aí a gente participando a saúde vai melhorar*» Grupo focal-usuarios/Camaragibe). Algunos entrevistados del personal de salud y usuarios, también comprendían la participación en salud como solidaridad, es decir, como deber cívico y moral («*Dar um atendimento gratuito...*»). Personal de salud; «*Ajudar ao médico, ajudar ao agente de saúde*». Usuario-Cabo).

La participación en salud como utilización de los servicios de salud

El concepto de participación en salud expresado como utilización de los servicios de salud apareció en las respuestas de todos los entrevistados, pero más en las de usuarios. La participación en salud es acceder a la atención y a los programas de salud («*É o atendimento, a gente está doente e tem que ir ao médico*». Usuario-Cabo; «*Procurar os postos de saúde...sendo prestado um serviço aos usuários*». Personal de saúde).

2. Obstáculos y facilidades a la participación social en salud

En la descripción de las dificultades y facilidades a la participación de la población en los servicios de salud hubo una variedad de opiniones y posiciones entre la inexistencia de dificultades y la carencia de facilidades.

2.1. Dificultades para la participación social en salud

De los discursos de los entrevistados se desprendían dos tipos de obstáculos a la participación en salud, aquellos relativos a la

población y los relativos a *las instituciones de salud*.

Dificultades para la participación relacionadas con la población

Las dificultades referidas a la población eran las que más aparecían en todos los grupos de informantes. Parte de los obstáculos mencionados eran de naturaleza *estructural*, entre ellos, la pobreza, el bajo nivel educativo y la falta de información de la población. No obstante, se dio mayor énfasis a las dificultades que se desprendían de la *actitud* de la población. Según algunos informantes, a la población le faltaba interés, iniciativa y motivación para participar («*A falta de interesse é a maior de todas porque quando a pessoa quer, não tem distância, não tem dificuldade*», CMS-Cabo). Algunos lo atribuían al bajo nivel de conciencia ciudadana y a una escasa noción de la salud como derecho. («*A comunidade não participa porque não é consciente*». CMS-Camaragibe). Según otros entrevistados, principalmente personal de salud, las dificultades de los usuarios a la participación se explicaban por actitudes de timidez, recelo a quejarse y miedo a los enfrentamientos («*Eles ficam com medo de lutar com pessoas de plano superior porque eles se acham inferiores àquelas pessoas*». Personal de salud-Camaragibe). Algunos usuarios, líderes y consejeros (representantes de usuarios y de trabajadores) identificaban como problema para la participación en salud las interferencias de la *política partidaria* en las organizaciones comunitarias («*...O problema político partidário, as mesquinhas políticas que interferem muito*» CMS-Camaragibe).

Dificultades para la participación relacionadas con las instituciones

La *falta de apertura y la centralización de poder*, tanto institucional como gubernamental destacaban como obstáculos institucionales a la participación en todos los gru-

pos de informantes. Se observó que las descripciones de los agentes institucionales eran variadas, poco estructuradas y, a veces, se limitaban a respuestas puntuales. El personal de salud, principalmente de la red privada, fue el grupo que menos dificultades de carácter institucional mencionaron, limitándolas a insuficiente divulgación de información y a la burocracia institucional. Los formuladores de políticas y los consejeros representantes del gobierno resumieron las dificultades en la gestión centralizada, falta de decisión política y conflictos de intereses («...*Tem a questão dos interesses, que nem sempre são os mesmos...*»). CMS-Camaragibe). Consideraban que faltaba iniciativa de las instituciones para implementar canales de participación y para romper las barreras. Los demás consejeros indicaron la falta de acceso a los gestores políticos y administrativos.

Fueron los usuarios, los líderes comunitarios y los consejeros representantes de trabajadores y de usuarios, quienes describieron más dificultades a la participación en las instituciones. Además de los aspectos anteriores, una parte de estos entrevistados indicó la *inexistencia de mecanismos de participación* y de canales de comunicación con la población en los servicios, así como la insuficiente divulgación de los mecanismos de participación existentes («*Não é aberto o espaço, então já dificulta...*»). Usuario-Cabo; «*Como é que a gente vai participar de uma coisa que não foi instruído para participar daquilo...*»). Usuario-Camaragibe). Por otro lado, destacaban la *falta de respuesta institucional* a las quejas y reivindicaciones de la comunidad, así como con la escasa claridad o incoherencia en las respuestas cuando se producían («*...Escutar o pessoal, realmente quais são os problemas, e ele realmente atender, não fazer ouvido de mercador*»). Usuario-Cabo; «*... Elas [as mensagens] vêm sempre confusas e o povo tem dificuldades de interpretar determinadas coisas*»). Usuario-Camaragibe. Otro aspecto mencionado se refería a la *actitud y conducta del personal de salud*. Un grupo de usuarios y

líderes consideraba que los profesionales de salud no están preparados para atender al público, adoptan prácticas corporativas, atienden con discriminación y contestan de forma agresiva con el propósito de intimidar.

2.2. *Facilidades para la participación social en salud*

Algunos entrevistados de ambas localidades, consideraban que no existían dificultades para la participación social en los servicios de salud: usuarios y personal de salud afirmaban que los servicios eran receptivos a las quejas y un consejero (representante del personal de salud) manifestaba que tanto el CMS como las organizaciones comunitarias estaban siempre abiertos a las opiniones de la población. Sin embargo, fueron pocos los entrevistados que describieron facilidades a la participación. La gran mayoría dio respuestas contrarias a las dificultades o sugerencias para mejorar la interacción de la población con los servicios de salud. En todos los grupos de informantes hubo referencias a la existencia del CMS como condición favorable a la participación y también al trabajo de movilización y organización de la población que realizan las organizaciones comunitarias («*São informações passadas pela entidades, facilitam muito...Eles (as entidades) convidam a prefeitura para reuniões...*»; «*Primeiro tem de divulgar, trabalhar a população a nível de associação...o CMS faz a reunião na associação e tenta chegar mais perto...*») CMS-Camaragibe).

En las respuestas del personal de salud, de los líderes y de consejeros (representantes de trabajadores y usuarios), se observó que consideraban su propia actuación como una facilidad para la participación. Parte del personal de salud indicó como facilidad su disposición a informar, escuchar y solventar los problemas de los usuarios, mientras que los demás valoraban su rol en la intermediación con las instituciones.

DISCUSIÓN

La elaboración del concepto de participación social en salud alcanzó diferentes niveles que dependían de las características de las actividades desarrolladas por los distintos grupos de informantes. Llama la atención que, en muchas de las respuestas, los distintos grupos de informantes definan el concepto de participación mediante la descripción de *acciones*. En el caso de los usuarios se esperaba que se expresasen mediante la descripción de acciones cotidianas y no elaborando expresiones de naturaleza abstracta, ya que el saber propio de la población está construido sobre la base de sus vivencias y experiencias directas, de la práctica de la vida y no en el mundo de las ideas y de los libros^{6,11}. Para los otros informantes, especialmente el personal de salud y los miembros del CMS, parece indicar una insuficiente difusión de la información acerca de la política de participación en salud y probablemente una reducida implicación^{12,13} en aplicación de la misma.

Los diversos conceptos descritos reflejaban nociones contenidas en diferentes marcos referenciales adoptados a lo largo del tiempo en las políticas sociales. Entre los conceptos de participación social en salud aparece la idea de que participar es la colaboración voluntaria con los servicios de salud. Esta noción de participación, que parece ser común entre los diversos agentes y muy asimilada por la población, sugiere una respuesta de la comunidad a la convocatoria histórica del gobierno para desarrollar políticas sociales con participación popular. Sin embargo, en este marco la participación suele significar la utilización de la población, principalmente los más pobres, como mano de obra barata o voluntaria^{12,14-16}. En el sector salud se suele convocar a la población para participar en situaciones de emergencia o en intervenciones prioritarias definidas por las instituciones^{9,6,17} y es cuestionable tanto desde el punto de vista ético como metodológico^{6,7,9,18,19}. Desde el punto de vista ético, se explica la adhesión de la población

a estas convocatorias por las condiciones de extrema pobreza y la ausencia de políticas sociales equitativas. En cuanto al aspecto metodológico, se consideran discutibles los resultados de las intervenciones, por ejemplo, en el control de las endemias^{12,16,20,21} y, sin embargo, son estrategias comúnmente adoptadas por los servicios de salud.

En ambas localidades, una parte de los entrevistados consideró la participación social en salud como lucha política, reivindicación y fiscalización de los servicios de salud. Sin embargo, se observó una gran distancia entre las nociones de la mayor parte de los usuarios y personal de salud y las contenidas en los discursos oficiales^{2,22} y de los representantes locales y nacionales de las organizaciones sociales. Estos últimos se refirieron a la participación social como la capacidad potencial de la población de intervenir en el proceso de decisión política en las diferentes instancias de poder y vinculada a la idea de control social ejercido especialmente a través de los Consejos de Salud. No obstante, estas nociones no aparecen en el lenguaje de los profesionales de salud y de la población general, pareciendo indicar una limitada influencia de la política sobre los conceptos de estos dos grupos de agentes sociales.

En las elaboraciones del concepto de participación en salud destaca la forma en que los entrevistados expresaron las nociones de derechos y deberes. Sólo algunos de los formuladores de políticas incluyeron la noción de derecho ciudadano. Las respuestas más próximas únicamente aludían a la salud como un derecho o se referían a la relación con las organizaciones comunitarias y con las instituciones en diferentes niveles de interacción. Las ideas se centraban en la oportunidad de expresar quejas y sugerencias o se referían a la obtención de información. En contraste, en las respuestas de parte de los entrevistados, principalmente usuarios y líderes, se observa consolidada la idea categórica de participación como una responsabilidad y una obligación. La noción de parti-

participación en salud como una condición facultativa o un derecho legal se refleja en sus respuestas de manera limitada y, por el contrario, hubo referencias a que una gran parte de la población no se reconoce como portadora de derechos.

Estos conceptos parecen revelar la fragilidad del reconocimiento propio como ciudadano, o sea, manteniendo una relación con el Estado basada en una pauta de derechos y deberes²³. El reconocimiento de la ciudadanía, que se considera fundamental para la participación social en salud²⁴, y la cultura de participación, se construyen dentro de la experiencia histórica de los pueblos^{6,15,23}. Estos resultados parecen reflejar el curso de la historia de Brasil, marcado por regímenes autoritarios y por la negación de derechos políticos, civiles y sociales que dieron lugar a una sociedad fragmentada^{15,23}. Igualmente aparecen en un estudio realizado en Rio de Janeiro, en el que se constata la percepción de los usuarios de una marcada división de poder en la sociedad y la inexistencia de derechos para la mayoría de la población²⁵.

La idea de utilización de los servicios de salud emergió como concepto de participación social en salud principalmente en las respuestas del grupo de usuarios, pero también en los otros grupos. Algunos autores consideran la utilización de los servicios como un nivel mínimo o nulo de expresión de participación en salud^{17,26}. Sin embargo, esta noción apareció de forma recurrente en diferentes formulaciones de los distintos informantes e influenció las demás respuestas. La recurrencia de este concepto de participación podría explicarse, por un lado, por un limitado acceso de la población a los servicios de salud⁴. Por otro, también podría ser el resultado de la promoción que han realizado los propios servicios de salud para mejorar su utilización por la población²⁷ y que pudo contribuir, junto a otros aspectos ya mencionados, a una actitud de conformidad con aquello que se ofrece y de la forma en que se ofrece.

Son diversas las dificultades a la participación descritas por los entrevistados y que se refieren tanto a aspectos de la población como de los servicios de salud. No obstante, llaman la atención algunas cuestiones. En primer lugar, el hecho de que una parte de los entrevistados considerara que no existen obstáculos e inclusive su propia existencia (líderes, miembros del CMS) y disposición personal a colaborar como una facilidad. Esta opinión podría deberse a una concepción mínima de la participación social en salud, limitada al uso de servicios y expresión de quejas, o también a un cierto desconocimiento del entorno de trabajo. Contrasta con las dificultades descritas por los usuarios y líderes comunitarios en relación con el acceso y la respuesta de los servicios de salud²². En este sentido cabe resaltar el énfasis diferente que los grupos entrevistados pusieron en las dificultades, mientras que los informantes comunitarios (líderes y usuarios) y algunos consejeros conseguían identificar aspectos relacionados tanto con las instituciones como con la población, en los otros grupos se hacía hincapié fundamentalmente en los últimos. Si bien parece justo considerar que la falta de movilización está relacionada con un bajo nivel socioeconómico y limitada conciencia ciudadana y de los derechos, también podría considerarse que extrapolan el límite de actuación del sector salud. Esto, junto a la negación de dificultades, podría indicar una actitud de poco convencimiento de los agentes institucionales sobre la participación social^{13,10}. Estos aspectos se refuerzan con los obstáculos mencionados de tipo político y administrativo, como la gestión centralizada o en la falta de decisión política para implementación de canales de participación que resultan contradictorios con una política de participación que debe darse en un contexto de descentralización, con distribución de poder y recursos²⁸.

Por último, cabe resaltar como una de las dificultades a la participación, probablemente relacionada con la anterior, la falta de respuestas o respuestas incoherentes de las

instituciones. Este aspecto parece especialmente importante, teniendo en cuenta que los distintos grupos de informantes identificaron la actitud de la población como un obstáculo importante a la participación y que esta actitud depende, entre otros aspectos, de las dificultades de acceso y las respuestas recibidas²⁸, elementos sobre los que se debería actuar.

La diversidad de conceptos de participación en salud encontrados parece mostrar, por un lado, las distintas formas de relación entre los diversos agentes sociales y con los servicios de salud, probablemente influenciados por la evolución del sistema de salud y la propia sociedad brasileña. Por otro lado, el nuevo marco legal de participación social en los servicios de salud, que responde a una voluntad de democratización de los servicios de salud, se refleja aún de forma limitada.

Asimismo, se evidencian diversas dificultades para la participación social en salud, desde aspectos socioeconómicos y poblacionales a aspectos políticos e institucionales. Estos problemas no son recientes y tampoco localizados, sino que forman parte de la realidad del sistema de salud. Sin embargo, se han identificado aspectos que se pueden desarrollar y potenciar para que la participación social sea posible. Entre ellos, se impone como condición la divulgación de informaciones que permitan a los individuos y a la sociedad conocer las actividades que se debe desarrollar, los mecanismos existentes, así como, saber cuando, como y de que forma actuar⁵, así como, la preparación de los servicios para garantizar su capacidad de respuesta.

AGRADECIMIENTOS

Estos resultados son parte del estudio realizado como colaboración entre IHSD (Reino Unido), IMIP-UFPE (Brasil), EASP (España), Univalle (Colombia), con el apoyo de CHC Consultoria i Gestión, S.A y las

Secretarías de Saúde de los Municipios de Cabo de Santo Agostinho y de Camagaribe. Agradecemos a todos los que participaron, así como a las personas entrevistadas en ambos municipios y distintos niveles del gobierno que aceptaron compartir con los investigadores sus opiniones y conceptos. A la Comisión Europea DGXII y el Ministerio de Saúde de Brasil cuyo apoyo financiero fue imprescindible para la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 19-37.
2. Cohn A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. www.saude.gov.br/11cns/index_11cns.htm 2000.
3. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Claver SF, Cotta-Filho JS, Llopis-González A. Participación social y sistemas sanitarios en Brasil Vs España. *Centro de Salud* 2000; 8: 450-5.
4. MS. 11.ª CNS. Relatório Final. www.Datasus1-conferencia/relatorios/proposicoes.htm.gov.br/cns/2002.
5. Côrtes SMV. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no sistema único de saúde brasileiro: Construindo a possibilidade de participação dos usuários. www.saude.gov.br/11cns/cns_balanco.htm 2002.
6. Dias RB. «Eu? Eu Estou Aí, Compondo o Mundo.» Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular Vivida em Canasção, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 149-57.
7. Acioli MD, Carvalho EF. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: As ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 59-68.
8. Alves PC, Souza IM, Moura MA, Cunha LA. A Experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 79-90.
9. Coura-Filho P. Participação popular no controle da esquistossomose através do sistema único de

- saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas (Minas Gerais, Brasil), Entre 1985-1995: Construção de um modelo alternativo. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 111-22.
10. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Varela A. strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan* 2001; 16(2): 52-60.
 11. Pedrosa JIS. A construção do significado e controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(4): 741-8.
 12. Valla VV. Sobre participação popular: Uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 7-18.
 13. Celedón C, Noé M. Reformas Del Sector De La Salud y Participación Social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 8(1/2): 99-104.
 14. Cortazzo I, Cuenca A. Nuevas desigualdades sociales. Participación popular ¿para qué? Libro de ponencias VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la asociación internacional de políticas de salud. ALAMES/IAHP. Globalización reformas y equidad en salud. La Habana, 3-7 de julio del 2000.
 15. Demo P. Participação é conquista. Noções de política social participativa. Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará; 1996.
 16. Valla VV. Participação e endemias: Uma nova conjuntura. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.): 4-5.
 17. Vázquez ML. Expresión de participación social en los sistemas de salud de Latinoamérica. Proyecto de apoyo a la reforma del sector salud en Guatemala. Foro Internacional. La reforma del sector salud. Guatemala: 1999. p. 255-61.
 18. Bryan RT, Balderrama F, Tonn RJ, Dias JCP. Community participation in vector control: Lessons from Chagas' Disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1994; 50(Sup.6): 61-71.
 19. Neto FC, Moraes MS, Fernandes MA. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimento e práticas desta população. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 101-9.
 20. Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 141-7.
 21. González-R E. Manual sobre participación y organización para la gestión local. Cali: Ediciones Foro Nacional por Colombia; 1996.
 22. Neto TM. A respeito do tema da 11.ª Conferência Nacional de Saúde: «Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. www.saude.gov.br/11cns/index_11cns.htm 2000.
 23. Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS - Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. p. 29-37.
 24. Zakus D, Lysack C. Revisiting Community Participation. *Health Policy Plan* 1998; 13: 1-12.
 25. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação e saúde: Com a palavra, o usuário da rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública* 1998; 14: 355-65.
 26. Idáñez-Aguilar MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.
 27. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002; 16: 30-8.
 28. Klein R. The politics of participation. En: Maxwell R, Weaver N. *Public participation in health*. London: King Edward's Fund; 1984. p. 17-32.

ORIGINAL

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS Y FUENTES DE RECOMPENSA PROFESIONAL EN MÉDICOS ESPECIALISTAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. UN ESTUDIO CON ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS (*)

Vicenta Escribà-Agüir y Yolanda Bernabé-Muñoz

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Consejera de Sanitat. Generalitat Valenciana.

(*) Trabajo financiado parcialmente con una ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria (99/0704).

RESUMEN

Fundamento. Los profesionales de la medicina están particularmente expuestos a factores de riesgo psicosocial que pueden afectar su calidad de vida. La identificación de estrategias de afrontamiento frente al estrés y las fuentes de recompensa profesional permitiría instaurar medidas preventivas tendientes a moderar el efecto negativo de estos factores de riesgo. Los objetivos del presente trabajo son identificar las estrategias de afrontamiento ante el estrés que utilizan los médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia, y describir sus fuentes de recompensa y satisfacción profesional.

Métodos. Estudio cualitativo realizado por entrevistas semiestructuradas individuales a 47 médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia. Las entrevistas han sido grabadas en audio y transcritas posteriormente. Se ha realizado un análisis del contenido del discurso.

Resultados. Las estrategias de afrontamiento referidas con más frecuencia por los facultativos entrevistados, analizadas de manera general, son las centradas en las emociones y en concreto la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social emocional. Sin embargo, ante factores estresantes puntuales concretos de la práctica diaria, las estrategias más frecuentes son las centradas en el problema. Una parte importante de los médicos entrevistados manifiesta no tener ninguna recompensa laboral. Entre los que sí expresan elementos de recompensa, refieren en primer lugar el salario, seguido de la satisfacción personal por la dedicación a la medicina.

Conclusiones. La inclusión de formación sobre estrategias de afrontamiento activo frente al estrés en el currículo profesional de los médicos, podría aumentar sus recursos personales para hacer frente al mismo. Además se deberían instaurar cambios organizacionales que aumenten las recompensas laborales.

Palabras Clave: Personal sanitario. Estrategias de afrontamiento, recompensas laborales, estrés laboral, médicos, hospital.

ABSTRACT

Coping Stress Strategies and Source of Professional Gratification Among Specialist in the Community of Valencia. A Qualitative Study

Background: The professionals in the medical field are particularly exposed to psychological risk factors which may affect their quality of life. Identification of stress coping strategies and the sources of professional rewards would afford the possibility of implementing preventive measures aimed at moderating the negative effect of these risk factors. The objectives of this study are to identify the stress coping strategies that are used by specialised doctors from six public hospitals of the Valencian Community, and to describe their sources of work reward and job satisfaction.

Methods: A qualitative study conducted by means of quasi-structured individual interviews of 47 specialists employed at six public hospitals in the province of Valencia. The interviews were taped and subsequently transcribed. An analysis was made of the substance of the opinions expressed.

Results. The coping strategies mentioned most often by the physicians interviewed, analyzed overall, are those focused on the emotions, specifically, disconnecting conduct and seeking social emotional support. However, when confronted with specific stressful factors in daily practice, the strategies most often employed as those focused on the problem. A major part of the physicians surveyed state not having any work reward. Among those who do state finding some aspects gratifying, top mention is made of their salary, personal satisfaction related to being in the medical field being ranked second.

Conclusions. Including training related to active stress coping strategies in the professional curriculum of physicians could heighten their personal resources for dealing with stress. Organizational changes should additionally be made to increase their work rewards.

Keywords: Health personnel. Copying Processes, Job Satisfaction. Occupational Stress. Physicians. Hospitals. Occupational Health.

Correspondencia a:
Vicenta Escribà-Agüir
EVES
C/ Juan de Garay, 21
E- 46017 VALENCIA
Correo electrónico: escriba_vic@gva.es

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la medicina constituyen un colectivo especialmente afectado por los factores de riesgo psicosocial (trabajar en continuo contacto con el sufrimiento y la muerte, la incertidumbre frente a la instauración de un tratamiento/diagnóstico, la posibilidad de cometer errores de juicio médico, etc.)¹. Ello puede afectar a la propia calidad de vida del profesional y a su entorno más próximo, y también puede tener consecuencias importantes en su desempeño laboral. Concretamente, los médicos sometidos a altos niveles de factores de riesgo psicosocial (factores estresantes laborales) tienen más probabilidades de tratar a sus pacientes de un modo más descuidado, tanto médica como psicológicamente. Así mismo, presentan una mayor propensión a realizar errores de juicio². En un estudio reciente, la apreciación subjetiva de estrés entre los médicos encuestados fue del 91%. Además, de éstos, el 6% se automedicaba con sedantes y el 2% había consultado a un médico por esta causa³. Todas estas características pueden dificultar el desarrollo de un sistema de salud de calidad.

En las últimas décadas, se ha recuperado el interés por el estudio de la influencia de las emociones y el comportamiento en el bienestar físico. Los estudios realizados ponen de manifiesto que el estrés tiene un impacto negativo sobre la salud, ya que disminuye la competencia inmunológica del individuo sometido a situaciones estresantes. No obstante, también se ha podido constatar que las estrategias de afrontamiento pueden regular dichas consecuencias negativas para la salud⁴. Las respuestas individuales a las situaciones estresantes dependen de una gran variedad de factores que incluyen la magnitud de la demanda, las propias características personales y recursos de afrontamiento, las restricciones personales o ambientales y el apoyo recibido por otros⁵. El término afrontamiento fue desarrollado fundamentalmente a partir de los años ochenta y constituye uno de los aspectos más rele-

vantes desde el punto de vista psicológico en las investigaciones sobre el estrés. Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo se manejan las personas ante sucesos o situaciones percibidas como estresantes⁶. El afrontamiento no representa un concepto homogéneo; éste puede ser descrito en términos de estrategias, tácticas, respuestas, cogniciones o comportamientos. Existen diversos modelos que proponen instrumentos para su análisis⁷. Uno de los más utilizados es el de Carver y cols (1989)⁸. El mismo incluye dos dimensiones: a) afrontamiento centrado en el problema y b) afrontamiento centrado en las emociones. Cada una de ellas incluye diversas subdimensiones⁷.

Otro elemento a destacar que puede actuar como moderador del impacto negativo de los factores estresantes laborales sobre el bienestar físico y psicológico de los trabajadores, son las recompensas laborales y las fuentes de satisfacción laboral. Uno de los principales modelos que analiza el papel moderador de las recompensas laborales es el modelo Esfuerzo-Recompensa de Siegrist. Éste postula que la falta de equilibrio entre «esfuerzos» y «recompensas» define un estado de distrés que puede llevar a situaciones de tensión. Un aspecto destacable es la distinción explícita que realiza entre componentes extrínsecos (situacionales) e intrínsecos (personales) del equilibrio esfuerzo-recompensa. Además, el modelo incluye características personales, como el patrón específico de afrontamiento^{9,10}.

Dado el gran impacto de estos aspectos en el bienestar de los médicos, resulta de gran importancia determinar las estrategias de afrontamiento que éstos utilizan para hacer frente a estos factores estresantes laborales, así como las fuentes de recompensa profesional más importantes. Todo ello permitirá determinar estrategias preventivas adecuadas para controlar los factores estresantes laborales, tanto individuales como ambientales, y por tanto evitar sus efectos nocivos sobre la salud y la calidad de vida del personal médico.

Los objetivos del presente trabajo son identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia frente a los factores estresantes laborales, así como describir las recompensas percibidas derivadas del desarrollo de su profesión.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: En la elaboración de este trabajo se ha utilizado metodología cualitativa. La investigación se ha desarrollado a través de la técnica de entrevista individual semiestructurada. Se han establecido unos objetivos específicos previos a la realización de las entrevistas, por lo que el enfoque seguido ha sido deductivo. Se han usado categorías analíticas para describir y explicar las materias objeto de estudio.

Muestra: Con el fin de obtener una variabilidad suficiente y proporcionar mayor riqueza al análisis del discurso, se tuvieron en cuenta las siguientes variables estructurales para la elección de los participantes: el género, la edad, el estado civil, las cargas familiares, la especialidad médica, la categoría profesional y la antigüedad profesional.

Los entrevistados trabajaban en seis hospitales generales públicos de la provincia de Valencia. Un requisito para participar en el estudio fue llevar trabajando al menos durante los 15 días anteriores a la realización de la entrevista, con el fin de garantizar la vinculación con la realidad laboral inmediata de los datos recogidos durante la misma. El número inicial de informantes estimado para participar en la investigación fue de 15-20, pero se trataba de una estimación a priori, ya que la recogida de datos se iba a dar por concluida cuando saturara la información obtenida. Finalmente, el número total de médicos entrevistados fue de 47. Las especialidades de los participantes siguió esta distribución: Oncología (7), Medicina Interna (17), Traumatología (4), Radiología

(10) y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (9).

Recogida de información: Tras la revisión de la literatura, el equipo investigador elaboró un guión de entrevista para recoger información sobre la características socio-profesionales, las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el estrés, y las recompensas percibidas por los médicos en su trabajo.

Los datos sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas fueron obtenidos de dos fuentes. En primer lugar, en un momento de la entrevista se abordó el tema de las estrategias de afrontamiento sin hacer referencia explícita al estrés. Esta constituyó la fuente indirecta, ya que, se les preguntó a los médicos por su respuesta a potenciales factores estresantes laborales citados en la literatura científica, aunque sin denominarlos de este modo. Así, se les preguntó de una manera no explícita sobre su actuación ante cuestiones concretas de la práctica profesional diaria (la incertidumbre ante un diagnóstico o tratamiento y la posibilidad de ser demandado por mala práctica). En segundo lugar, se planteó directamente el tema del estrés laboral en la profesión médica y se les preguntó a los facultativos específicamente por las estrategias que utilizaban para afrontar los efectos del estrés producido por su trabajo (fuente directa). Para obtener la información sobre las recompensas y la satisfacción laboral se plantearon dos preguntas abiertas. En primer lugar, se les preguntó de manera general sobre las fuentes de reconocimiento y gratificación obtenidas por la dedicación a su profesión. En segundo lugar, se les planteó cuáles eran las recompensas recibidas de sus superiores y de la institución en la que trabajaban por el esfuerzo y el trabajo realizados. La información de estas dos fuentes se analizó de manera conjunta, dado que el material generado para cada una de las preguntas resultó ser cualitativamente similar.

Una psicóloga especializada, miembro del equipo de investigación y coautora de

este trabajo, realizó las entrevistas de manera presencial. Se contactó telefónicamente con los participantes con el fin de informar de los fines de la investigación y del procedimiento de la misma. Se les citó individualmente solicitándoles una disponibilidad temporal suficiente. Respecto al lugar del encuentro (el propio lugar de trabajo del entrevistado) se procuró garantizar la privacidad suficiente, así como evitar las posibles interrupciones durante el desarrollo de la entrevista. Durante el inicio de la misma se agradecía al facultativo su participación desinteresada y se solicitaba autorización para grabar la conversación. La duración de las entrevistas fue de 40 a 60 minutos y se desarrollaba según el guión planteado a priori.

Análisis: Durante la recopilación de los datos se inició el proceso de análisis. A medida que la información se iba generando, se iba llevando a cabo su estudio secuencial. Esta metodología de análisis permitió la adaptación del método de recogida a los objetivos de la investigación de una manera continua. Es decir, sirvió de evaluación continuada de la metodología utilizada. De este modo se identificaban y abordaban aspectos que permitían un tratamiento más extenso. También permitió desarrollar hipótesis a medida que se iban realizando las entrevistas, así como reformular, eliminar e incluir preguntas y temas en la estructura de entrevista planteada inicialmente. Por otro lado, fue útil para identificar la saturación de información por áreas temáticas y colectivos.

La actitud de la entrevistadora fue en todo momento participativa, facilitando su inclusión como un elemento más de la investigación. Esta visión del entrevistador como un elemento subjetivo es cada vez más frecuente en el ámbito de la investigación cualitativa, en oposición a otros enfoques que promueven una posición del entrevistador como algo externo al proceso investigador¹¹. Esta implicación del entrevistador es inherente a la investigación cualitativa, debido a que el investigador está llevando a cabo una tarea «de campo» durante la reco-

pilación de los datos¹² lo cual permite una relación directa con la realidad que está estudiando. Finalizadas las transcripciones de las grabaciones en audio y notas tomadas durante las entrevistas se procedió al análisis del contenido de los datos textuales.

RESULTADOS

Características de los participantes

El número de informantes fue de 47 especialistas, de los cuales, 10 fueron mujeres. El rango de edad con mayor representación es el de 31 a 50 años, siendo el rango total de 26 a 68 años. Del total de los entrevistados, 35 están casados y 30 tienen hijos. La mayor parte de los participantes tiene una experiencia laboral que va desde los 11 a los 30 años y su categoría profesional es la de adjunto.

Estrategias de afrontamiento ante el estrés

El personal facultativo hospitalario emplea una serie de estrategias de afrontamiento frente a los siguientes factores estresantes laborales: 1) la incertidumbre frente a la instauración de un diagnóstico o tratamiento, 2) la posibilidad de ser demandado por la mala práctica profesional, y 3) los efectos generales de los factores estresantes laborales.

Estrategias utilizadas ante la incertidumbre frente a la instauración de un diagnóstico o tratamiento clínico

En la profesión médica la incertidumbre constituye un sentimiento habitual. Ésta se da principalmente a la hora de establecer un diagnóstico o de instaurar un tratamiento determinado, ya que a veces resulta complicado el conocer previamente qué efectos puede llegar a tener ese tratamiento sobre un paciente concreto. Además, ningún enfermo reacciona de la misma manera y existen ca-

tos complicados y raros ante los que la medicina no puede dar siempre una respuesta exacta. Aunque las dudas son aceptadas como característica inherente a la profesión, constituyen un elemento estresante, por lo que los facultativos se ven obligados a desarrollar estrategias para afrontarlas. Las principales estrategias utilizadas por los médicos especialistas para afrontar la incertidumbre experimentada en su trabajo hospitalario son:

Aceptación: Los médicos naturalizan un elemento estresante como es la incertidumbre hasta llegar a considerarla normal. La utilización de esta estrategia implica asumir la realidad de la existencia de esta característica como estresante.

Consultar a compañeros o a otros especialistas. Consiste en buscar ayuda, información o consejo profesional sobre qué hacer en un momento determinado.

Consultar la bibliografía. Los facultativos que pretenden ofrecer un servicio de calidad, intentan, ante la incertidumbre, que ésta sea la mínima posible. Para ello, han de contar con la mayor cantidad de conocimientos y habilidades actualizados. Para poder conseguirlo, han de estudiar y mantenerse al día en los últimos avances de su especialidad.

Actuar mediante protocolos estandarizados. Mediante esta estrategia los médicos toman decisiones y realizan actuaciones profesionales evitando al máximo la implicación personal en las mismas y procurando homogeneizar sus actuaciones.

Hablar con el paciente y su familia. En este caso, lo que se pretende es obtener simpatía, comprensión o apoyo emocional de alguien. Para los facultativos hablar con sus pacientes y/o sus familias, exponiéndoles las dudas existentes, puede suponer compartir la responsabilidad respecto a una decisión de interés para el paciente (como en el caso de la disyuntiva entre la aplicación o no de tratamientos muy agresivos), teniendo en este caso una aplicación funcional.

Estrategias utilizadas ante la posibilidad de demanda por mala práctica profesional

A la mayoría de los médicos entrevistados, les afecta poder llegar a ser demandados por algún familiar o paciente, aunque a unos pocos únicamente les sucede cuando están en urgencias, llegando algunos al extremo de estar continuamente pensando en ello. Las principales medidas que ponen en práctica los especialistas para evitar que les afecte este tema son:

Hablar con el paciente y explicarle su situación. El médico especialista expresa sus dudas y busca la comprensión de los pacientes y sus familiares. El mantener una buena relación de comunicación y confianza se considera fundamental para evitar ser demandado por mala práctica.

Practicar una medicina defensiva. En este caso, se llevan a cabo acciones activas y se ejercen esfuerzos para eliminar o paliar el factor estresante, como solicitar pruebas complementarias, aunque es una de las estrategias más extendidas también es una de las más criticadas por los propios especialistas.

«Yo hago una medicina defensiva, en muchos casos, creo que con menos exploraciones complementarias, llegaría al mismo diagnóstico». (Varón, Medicina Interna, Hospital D).

Sentir que se está haciendo un buen trabajo. Tener seguridad en el propio trabajo y saber que se está haciendo lo mejor posible constituye una estrategia para conseguir ver la situación desde una perspectiva más favorable.

«Sí que me afecta, entonces, estudio todo lo que puedo e intento hacer bien mi trabajo, el saber que puedes ser demandado no debe generarte estrés sino simplemente saber que tú estás haciendo un trabajo y ese trabajo lo estás haciendo bien, dentro de tus posibilidades». (Mujer, Radiología, Hospital D).

Contratar una póliza de seguros. Ésta es una de las opciones elegidas por los facultativos que consideran la posibilidad de demanda algo que hay que tener en cuenta, pero prefieren evitar su influencia continua en la práctica diaria.

No tener presente la posibilidad de demanda. También existe otro grupo de profesionales a los que no les afecta o no lo tienen presente.

Estrategias dirigidas a paliar los efectos generales del estrés laboral

Cuando se les pregunta a los médicos específicamente por las estrategias que utilizan para afrontar el estrés en su trabajo, la mayoría indica:

Realizar actividades alejadas de la práctica profesional. Apartar la atención de las actividades generadoras de estrés y concentrarse en otras, alejadas de la situación laboral cotidiana, constituye el principal recurso utilizado por los facultativos para afrontar el estrés. Las actividades de ocio y las culturales permiten óptimamente este distanciamiento. El deporte, concretamente, es una de las actividades a las que se recurre con mayor frecuencia.

Pasar tiempo con la familia. Con referencia al apoyo emocional, la familia constituye el grupo de referencia que ayuda al médico a afrontar el estrés procedente de su trabajo.

Consumo de fármacos y tabaco. En momentos en que se genera mucha tensión éstas son otras de las estrategias que ayudan a reducir el estrés a los entrevistados.

Desahogarse. Otra de las tendencias expresadas por los médicos para manejar el propio malestar emocional es la acción de expresar o descargar esos sentimientos abiertamente en el momento en que se están experimentando.

Desconexión mental. El poder desconectar psicológicamente de los factores estresantes, mediante la relajación es también uno de los recursos más utilizados por los facultativos.

Recompensas

Una parte importante de los médicos entrevistados manifiesta no tener ninguna recompensa. Entre los que expresan alguna, la más recurrente es 1) el salario, seguida de 2) la satisfacción personal por la dedicación a la medicina, 3) la posibilidad que ofrece el trabajo de la puesta en práctica de las habilidades adquiridas, 4) las oportunidades de perfeccionamiento profesional, 5) la actividad docente e investigadora y 6) el reconocimiento de otras personas.

Salario. Cuando los facultativos no expresan explícitamente ninguna recompensa percibida en su práctica profesional, se hace referencia al salario recibido por el trabajo realizado como única fuente de compensación laboral.

Satisfacción personal por la dedicación a la medicina. En muchos casos, la única recompensa que obtienen es la exclusivamente personal de sentirse gratificado por el trabajo bien hecho y el poder dedicarse a la profesión que les gusta.

«Ninguna, la satisfacción únicamente es la mía personal, porque realizo un trabajo que me gusta, y el sueldo que me pagan, pero por parte del hospital ninguna». (Varón, Medicina Interna, Hospital D).

Posibilidad de puesta en práctica de las habilidades adquiridas. La totalidad del personal facultativo, a excepción de dos personas, expresan que su trabajo les permite desarrollar las habilidades en las que se han formado.

Oportunidades de perfeccionamiento profesional. La posibilidad de perfeccionar la formación de los profesionales está clara-

mente influida por la titularidad del hospital en el que se trabaja. Concretamente, la totalidad de los médicos entrevistados que trabajan en hospitales públicos, coincide en que el hospital «no se preocupa para nada» de su perfeccionamiento profesional. Por el contrario, los especialistas que trabajan en los hospitales públicos de gestión privada se muestran satisfechos con las oportunidades que les facilita el centro en el que trabajan para su perfeccionamiento profesional.

Actividad docente e investigadora. La posibilidad de realizar tareas de investigación y docencia constituye un elemento de realización personal entre la profesión médica.

Reconocimiento profesional de otras personas. Entre las fuentes de reconocimiento profesional cabe destacar el mostrado por los compañeros y los pacientes. Los entrevistados que afirman tener algún tipo de recompensa o agradecimiento mencionan en primer lugar el sentirse apreciado y valorado por parte de sus compañeros. Otra de las fuentes de reconocimiento importantes a nivel personal está constituida por los pacientes.

«Cuando te viene a ver al cabo de 6 meses un señor, que ha estado aquí entre la vida y la muerte, y está como una rosa te da mucha satisfacción; eso es una maravilla, no pasa todos los días, pero sí que pasa bastante». (Mujer, UCI, Hospital E).

DISCUSIÓN

Este estudio se ha centrado en la información facilitada por los médicos especialistas hospitalarios respecto a la utilización de estrategias de afrontamiento ante el estrés derivado de su práctica profesional, las recompensas obtenidas y la satisfacción percibida en su trabajo. Para la obtención y análisis de esta información de carácter subjetivo, una herramienta útil es la metodología cualitativa. Esta línea de investigación, a pesar de ser relativamente infrecuente en el ámbito

de la salud pública tiene una larga tradición en las ciencias sociales¹³.

Las aproximaciones cualitativas pueden ser un complemento de la investigación cuantitativa en el entorno sanitario¹⁴, no solamente porque permiten el estudio de áreas no accesibles a la investigación cuantitativa, sino porque además la descripción cualitativa es un requisito para una buena investigación cuantitativa, particularmente en áreas que han sido poco investigadas¹⁵. El interés entre los investigadores del ámbito sanitario en el desarrollo y la optimización de esta metodología de investigación es creciente¹¹. De entre los métodos cualitativos, la entrevista es considerada una herramienta útil y poderosa que puede abrir muchas áreas de investigación en el ámbito médico y que ya ha sido aplicada entre la población de facultativos especialistas hospitalarios para estudiar la relación entre la vida familiar y laboral¹⁶. Existen asimismo estudios recientes que abordan el análisis de la realidad laboral de los trabajadores de la salud mediante metodología cualitativa. Sin embargo, la mayoría de los estudios cualitativos existentes en el ambiente sanitario han sido realizados sobre el colectivo de enfermería¹⁷. Además, el volumen de trabajos realizados desde este planteamiento no es muy elevado, sobre todo en el Estado español, por lo que nuestro estudio supone una aportación al desarrollo de esta línea de investigación.

Al analizar nuestros resultados sobre el afrontamiento teniendo en cuenta el modelo de Carver y cols.⁸, se evidencian dos patrones diferenciales de afrontamiento entre los médicos entrevistados.

1) *Patrón de afrontamiento centrado en las emociones.* Por un lado, cuando a los facultativos se les pregunta cómo afrontan el estrés experimentado en su trabajo (fuente directa), principalmente refieren estrategias centradas en las emociones. Dentro de éstas, la estrategia mencionada con más frecuencia es la desconexión conductual (realizar actividades alejadas del ambiente laboral,

como ocio o deporte, etc.). En segundo lugar, utilizan la búsqueda de apoyo social emocional, sobretudo el pasar más tiempo con la familia o con amigos. En tercer lugar, recurren a un mayor consumo de fármacos y tabaco. En cuarto lugar, desahogarse en momentos de estrés puntual, expresando cómo se sienten. Y en quinto lugar, la desconexión mental (p.e. relajarse) constituye otro de los recursos que hacen uso los médicos para sobrellevar el estrés laboral.

2) *Patrón de afrontamiento centrado en el problema.* La utilización preferente de este tipo de estrategias por parte de los facultativos se da como respuesta ante cuestiones concretas de su práctica profesional (fuente indirecta). Las estrategias más utilizadas para afrontar factores estresantes laborales específicos (como la incertidumbre ante un diagnóstico), son, en primer lugar, la aceptación (p.e. aceptar la inexactitud de la ciencia médica), seguida de la búsqueda de apoyo instrumental (p. e. consultar a compañeros, consultar la bibliografía). La utilización mayoritaria de esta estrategia ha sido referida también en profesionales de la enseñanza, otro de los colectivos en los que se da una mayor incidencia de estrés laboral¹⁸.

Ante la posibilidad de demanda por mala práctica médica los médicos especialistas desarrollan también estrategias centradas en el problema que implican un afrontamiento activo (hablar con el enfermo y explicarle la situación en que se encuentra, etc.). Estos resultados coinciden con los obtenidos por otro estudio, en el que, en general, los sujetos ante situaciones estresantes, utilizan preferentemente las estrategias más adaptativas, como la planificación y el afrontamiento activo¹⁹. Así mismo utilizan estrategias centradas en las emociones, como la reinterpretación y el crecimiento (p.e. sentir que se está haciendo un buen trabajo) o la desconexión mental y la negación (p.e. no tener presente la posibilidad de demanda). El uso mayoritario de estas estrategias de entre las centradas en las emociones coincide con lo observado por otros autores²⁰.

Valorados los resultados de manera conjunta, teniendo en cuenta la información obtenida a través de las dos fuentes (directa e indirecta), las estrategias de afrontamiento referidas con más frecuencia por los facultativos para afrontar el estrés en su trabajo son las centradas en las emociones, sobretudo la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social emocional. La utilización preferente de este tipo de estrategias se ha relacionado con un peor bienestar, habiéndose demostrado que aquellas personas que utilizan preferentemente este tipo de estrategias manifiestan un mayor malestar físico²¹.

Se ha evidenciado que el afrontamiento no solamente modera el impacto de los factores estresantes en el bienestar, sino que además influye en la percepción de las demandas ambientales como estresantes¹⁸. Específicamente, el afrontamiento activo ha resultado ser un factor protector contra el distrés psicológico²¹. Además, se ha demostrado que el afrontamiento centrado en el problema, actúa como un factor protector contra el distrés psicológico, mientras que el afrontamiento centrado en las emociones se ha relacionado positiva y significativamente con el distrés²².

En lo referente a las fuentes de recompensa y satisfacción profesional, la mayor parte de los médicos entrevistados manifiesta no tener ninguna recompensa. Exceptuando el salario, que constituye una compensación material, el resto de recompensas expresadas por los médicos especialistas son compensaciones no materiales. Estas recompensas, han sido descritas como elementos de satisfacción laboral entre el personal sanitario también en otros estudios^{23,24}.

Comparando nuestros resultados con los obtenidos por Graham y cols.¹, observamos, al igual que estos autores, que la satisfacción por la dedicación a la medicina puede relacionarse con la estima a la profesión y al estatus que proporciona. De manera similar, la posibilidad de la puesta en práctica de las

habilidades adquiridas y las oportunidades de perfeccionamiento está en la línea del estímulo intelectual como fuente de satisfacción profesional referido por los mismos autores. También aparece en este trabajo como fuente de recompensa la satisfacción obtenida por el reconocimiento de otras personas, (pacientes y compañeros, principalmente).

A modo de conclusión se puede indicar que los resultados obtenidos en nuestro trabajo apoyan la idea de que para el desarrollo de la profesión médica, aunque el conocimiento adquirido en la facultad de medicina es esencial, no basta sólo con éste para el ejercicio de la misma²⁵. La salud y el bienestar de los médicos, como seres sociales depende sustancialmente de un intercambio interpersonal favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva²⁶ (reconocimiento). En este sentido, y como propuesta de actuaciones futuras encaminadas a mejorar la situación laboral de los facultativos, además de cambios organizacionales que tengan en cuenta las recompensas más valoradas por ellos (como la mejora de posibilidades de promoción) y que permitieran un mayor desarrollo profesional, tal y como se ha propuesto en otros estudios²⁷, podrían también desarrollarse propuestas formativas en materia de estrategias de afrontamiento del estrés encaminadas a incrementar el bienestar de los médicos.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a los participantes en el estudio, que han colaborado de forma desinteresada, aportando una valiosa información sobre su quehacer diario en el cuidado de enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramirez A J, Graham J Richards M A, Cull A, Gregory W M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724-8.
- Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52: 203-13).
- Bruguera M, Guri J, Arteman A, Valldosera JG. La atención de los médicos hacia su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clí (Barc)* 2001; 117: 492-4.
- Bayes R, Borrás FX. Psiconeuroinmunología y salud. En: Simón MA. *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 77-114.
- Rabin S, Feldamn D, Kaplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 159-69.
- Augusto JM, Martínez R. Afrontamiento al estrés y salud. *Panorama actual de la investigación. Boletín de Psicología* 1998; 58: 31-48.
- Schwarzer R, Schwarzer C. A critical survey of coping instruments. En: Zeidner M, Endler NS, editores. *Handbook of coping: theory, research and applications*. New York: Willey; 1996. p. 107-132.
- Carver CS, Kumari J, Sellar MF. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and Social Psychology* 1989; 56: 267-83.)
- Levi L. Stressors at the workplace: theoretical models. *Occup Med* 2000; 15: 69-105.
- de Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1317-27.
- Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *Br Med J* 2000; 320: 50-2.
- March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13: 312-29.
- Meyer J. Using qualitative methods in health related action research. *Br Med J* 2000; 320: 178-81.
- Mays, N, Pope C. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *Br Med J* 1995; 311: 109-12.
- de Andrés J. El análisis de estudios cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 25: 42-6.

16. Dumelow C, Littlejohns P, Griffiths S. Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semistructured interview study. *Br Med J* 2000; 320: 1437-40.
17. Más R, Escribà V, Cárdenas M. Factores estresantes laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Arch Prev Riesgos Labor* 1999; 2: 159-67.
18. Griffith J, Steptoe A, Cropley M. An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. *Br J Educ Psychol* 1999; 69: 517-31.
19. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta* 1997; 23: 797-830.
20. Brissette I, Scheier MF, Carver CS. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82: 102-11.
21. Margallo-Lana M, Reichelt K, Hayes P, Lee I, Fossey J, O'Brien J, Ballard C. Longitudinal comparison of depression, coping, and turnover among HHS and private sector staff caring for people with dementia. *Br Med J* 2001; 32: 759-70.
22. Higgins J, Endler NS. Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European Journal of Personality* 1995; 9: 271-281.
23. Fernández MI, Villagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre V, Andradás V. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 487-97.
24. Fernández MI, Moineo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, Parrilla O. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 139-47.
25. Pedraza V. Formación médica y necesidades sociales. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 658-63.
26. Siegrist J, Fernández JA, Hernández R. Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 22-4.
27. Simó J, García MA. Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante. *Gac Sanit* 1999; 13: 282-91.

ORIGINAL

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN UN ENSAYO CLÍNICO, NAVARRA (*)

Carmen Silvestre Busto (1), Javier Gost Garde (1), Pilar Astier Peña (1) y Pilar Ezpeleta Iturralde (2)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Asistencial. Hospital de Navarra.

(2) Becaria del proyecto

(*) Este proyecto fue becado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra en la convocatoria de proyectos de investigación del año 2000 y premiado con la «Beca Mikel Larumbe Zuazu» al mejor proyecto en investigación aplicada.

RESUMEN

Fundamento: El objetivo del estudio es explorar la percepción que tienen los participantes en un ensayo clínico de la información facilitada por el médico, en el proceso de captación y durante la realización del mismo, como fase previa a la realización de un cuestionario.

Métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a sujetos de distintas características, extraídos de un listado de pacientes mediante selección aleatoria de participantes en ensayos clínicos aprobados entre los años 1998-99. Para la realización de las entrevistas se elaboró un guión que recogía las recomendaciones de la Declaración de Helsinki. De la transcripción de las entrevistas se realizó el análisis de contenido.

Resultados: Se realizaron 6 entrevistas a 7 personas, pues se entrevistó conjuntamente a un matrimonio. La mayor parte de las categorías encontradas pertenecían a la Declaración de Helsinki. Además, aparecieron otras relacionadas con la satisfacción de expectativas y con el balance riesgo/beneficio que los individuos realizan para tomar la decisión de participar en un ensayo.

Conclusiones: Los pacientes fueron aceptablemente informados de muchos de los puntos que considera la Declaración de Helsinki, pero se puso de manifiesto la existencia de áreas más deficitarias con importante repercusión en el cumplimiento de sus expectativas.

Palabras clave: Ensayo clínico. Consentimiento informado. Satisfacción. Investigación cualitativa.

ABSTRACT

A Qualitative Analysis of Patient's Perceptions on the Participation in Clinical Trials, Navarra, Spain

Background: The objective of this study is to explore the perception that participants in a clinical trial have about the information disclosed by the physician, during patient recruitment and along the study as a preliminary stage for drafting a questionnaire.

Methods: Qualitative study by means of quasi-structure interviews to subjects of different features taken from a patients list obtained by randomized selection of participants in clinical trials approved within the 1998-1999 period. For conducting the interviews, a guide was prepared based on the recommendations of the Helsinki Declaration.

Results: Six (6) interviews were held with 7 individuals, as one married couple was interviewed. Most of the categories encountered belonged to the Helsinki Declaration. In addition, others being related to the fulfillment of expectations and to the balance of the risks/benefits done by the individuals for deciding to take part in the study.

Conclusions: The patients were acceptably informed of the most points dealt with under the Helsinki Declaration. The existence of lacking areas having a major impact on the fulfillment of their expectations however having been revealed.

Keywords: Clinical trials. Informed consent. Perception. Personal satisfaction. Qualitative research.

Correspondencia:

Carmen Silvestre Busto
Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad
Hospital de Navarra
Avda. Irunlarrea 3. 31008 Pamplona
Correo electrónico:msilvesb@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene su origen en el desarrollo de las competencias del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Navarra, para el seguimiento de los ensayos clínicos (EC) con medicamentos. En la Comunidad de Navarra existe un único CEIC para el conjunto de los establecimientos sanitarios ubicados en la misma; su constitución y funciones vienen reguladas por decreto¹.

La principal función de los CEIC es la de garantizar la protección de las personas que participan en un EC, a lo largo de todo el proceso. En la actualidad, la protección de los derechos de los sujetos se realiza casi exclusivamente mediante la revisión previa de dos tipos de documentación diferente: el protocolo de investigación del EC y el de la información que sobre el desarrollo del EC va a facilitarse al eventual participante. Hasta el momento, debido a una limitación de los recursos disponibles, el CEIC desconoce si los requisitos, en cuanto a la información que se da a los pacientes, se cumplen durante el desarrollo del EC.

La Declaración de Helsinki (DH) propone los principios éticos que han de orientar a las personas que realizan investigación sobre seres humanos^{2,3}. En el punto 8 de su última revisión (Edimburgo, 2000) considera que se debe prestar atención especial, entre otras, a las personas que tienen la *investigación combinada con la atención médica*. El equipo investigador se propuso explorar, en este segmento de la población, el grado en que la información que reciben los participantes en un EC se ajusta a la Declaración de Helsinki. Para obtener esta información se decidió realizar una encuesta telefónica mediante cuestionario^{4,5}. Para conocer si existían otras experiencias se realizó una revisión bibliográfica. No aparece publicado que ningún comité en España, ni la administración sanitaria, ni otros investigadores, hayan realizado ninguna evaluación. A nivel internacional aparecen estudios con encuestas a población que ha

participado en EC⁶⁻⁹. Estos estudios exploran la satisfacción, la motivación para participar y distintos aspectos de la información, empleando metodología cualitativa o cuantitativa dependiendo de los objetivos. A pesar de que algunos utilizaron cuestionarios como instrumento de medida, el hecho de que no estuvieran en castellano, y de que en su concepción tampoco se acomodaran completamente a los objetivos de nuestro equipo investigador, determinó la necesidad de diseñar un cuestionario específico como instrumento reproducible del que disponer en sucesivas evaluaciones.

El desconocimiento de la realidad de las personas que participan en un EC en nuestro entorno planteó la necesidad de realizar la investigación en dos fases. En primer lugar, un acercamiento mediante entrevistas personales a una pequeña muestra de participantes, que es el propósito del presente estudio, para en una segunda fase proceder a elaborar un cuestionario en base a los resultados de la esta primera fase.

La utilización de metodología cualitativa para el diseño de cuestionarios contribuye a garantizar la validez interna de la información que se obtiene con el mismo, pues permite superar las ideas previas de los investigadores y reflejar las opiniones y áreas de interés de los encuestados^{10,11}. Con las entrevistas se pretendía dar respuesta a los siguientes objetivos:

- conocer la información que los participantes en un EC reciben de los médicos y la relevancia que tiene para ellos
- identificar los términos que utilizaban para explicarla, con el fin de incluirlos en el cuestionario
- tener un mejor conocimiento del campo que facilitase la realización de la encuesta.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Estudio cualitativo utilizando la técnica de entrevistas semiestructuradas. El estudio se realizó en los primeros meses del año 2001.

Contexto y selección de participantes:

De una selección aleatoria de los EC aprobados entre los años 1998-99 por el CEIC en centros de la red pública, se obtuvo un listado de 234 participantes en EC, una vez excluidos los pacientes fallecidos, los que residían en instituciones sociosanitarias y los que participaron en EC de Fase I (estudios de farmacocinética en voluntarios sanos que perciben una compensación económica). En la aleatorización no resultaron seleccionados EC de Fase II (en ellos se evalúa cuál es la dosis eficaz y son los menos frecuentes). Las variables que se consideraron para seleccionar a los participantes fueron: edad, género, nivel de estudios, participante o acompañante de paciente que no puede otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismo, procedentes de EC de Fase III (miden la eficacia y seguridad de un fármaco a una dosis y para una indicación determinada, son los más frecuentes) y de Fase IV (estudio de la aparición de efectos nuevos o secundarios en el período de postcomercialización). Del listado de participantes se seleccionó, de forma intencionada, una muestra que cubría todas las variables.

Recogida de datos: Una única entrevistadora realizó las entrevistas utilizando un guión. Para su elaboración se revisaron la normativa legal vigente: RD 561/1993¹², que establece los requisitos para la realización de EC con medicamentos, las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial recogidas en la DH², las guías de Conferencia Internacional de Armonización (ICH)¹³ y los hallazgos de otros estudios. De esta se revisión se extrajeron distintos aspectos que constituían el guión de las entrevistas:

- contenidos de la información recibida: objetivo, metodología, beneficios esperados,

alternativas de tratamiento y riesgos previsibles del estudio

- libertad para dar el consentimiento: contexto en el que se solicita la participación; tiempo para leer, pensar y consultar antes de decidir participar o negarse; posibilidad de revocar el consentimiento
- protección: dónde podía acudir o qué hacer si no se encontraba bien; existencia de seguro para cubrir posibles daños; incomodidades causadas por la participación; desarrollo del EC conforme a la idea que se habían hecho al aceptar.

Dinámica de las entrevistas: Para su realización se les ofreció un local ajeno al medio sanitario y próximo a sus domicilios (centros cívicos del ayuntamiento) y la posibilidad de que ellos indicaran el lugar más adecuado. La entrevista se iniciaba explicando el objetivo del estudio, el uso que se haría de los resultados y pidiendo su consentimiento para grabar la conversación. Se les invitaba a hablar de forma general sobre la información que habían recibido para la participación en el estudio, introduciendo la entrevistadora aspectos del guión que no hubieran surgido espontáneamente. El tiempo medio de duración de las entrevistas fue de 40 minutos.

Análisis de datos: Para analizar las transcripciones se utilizó la técnica de *análisis de contenido*¹⁴. El objetivo de este análisis era doble, por una parte descriptivo porque era exploratorio, tanto del contenido de la información como de la forma (términos utilizados), por otra buscaba la comparación con los estándares (DH, otros estudios^{6-9,15}). El análisis de las entrevistas fue concurrente. Se entrevistó a un representante por cada una de las distintas características seleccionadas. La información obtenida de ellos se consideró suficiente para contestar a los objetivos propuestos porque en las sucesivas entrevistas se reiteraban algunas opiniones y no aparecían temas nuevos.

Control de calidad de los datos: Durante el proceso se tuvieron en cuenta los criterios de confiabilidad definidos por Guba para la investigación cualitativa. Estos comprenden aspectos de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de los datos obtenidos y de su análisis, así como del proceso de investigación^{16,17}. A las personas entrevistadas se les pidió colaboración para contestar y valorar el cuestionario una vez que estuviera disponible y todos aceptaron. Con esta colaboración se perseguía garantizar: la confirmabilidad del análisis cualitativo realizado por los investigadores y la fiabilidad de las opiniones vertidas por los participantes. El control de calidad del análisis se llevó a cabo mediante triangulación entre investigadores. Cuatro entrevistas fueron analizadas por dos investigadores, y dos lo fueron por tres.

Consideraciones éticas: Durante la conversación telefónica para la captación de los entrevistados, la investigadora les explicaba su posición, su afiliación, los fines del estudio, el destino de los datos y pedía permiso para grabar en audio las entrevistas.

RESULTADOS

Se realizaron 6 entrevistas a 7 personas, pues se entrevistó conjuntamente a un matrimonio; para ello fue necesario realizar contactos telefónicos con 13 personas. Los entrevistados fueron una mujer de 41 años con estudios superiores (M41); otra de 68 años con estudios básicos (M68); la madre de una niña de 10 años con estudios medios (M10); un varón de 35 años con estudios básicos (V35); otro de 65 años con estudios medios (V65) y un matrimonio de 67 años con estudios básicos (el participante se hizo acompañar por su cónyuge, como cuando acude al médico habitualmente) (V/M67). Todos eran participantes en EC de fase III, excepto la primera entrevistada cuyo EC era de fase IV.

De las transcripciones se extrajeron las unidades de significado, se listaron las categorías y subcategorías, y se agruparon en tres temas. La mayor parte de las categorías se correspondían con el marco teórico previo (DH). Además aparecieron otras relacionadas con la satisfacción de expectativas cumplidas o superadas, y otras con el balance riesgo/beneficio que los individuos realizan para tomar la decisión de participar.

Categorías que recogen recomendaciones de la Declaración de Helsinki

Todos fueron informados de los objetivos de los distintos estudios en los que participaron, la invitación se hizo respetando su intimidad, (V35): *Los tres primeros días estaba allí [en Intensivos], y antes de mandarme a la habitación, pues vino a hablar la doctora conmigo, para que fuera más privado. Me comentó para qué iba, que si la sangre era más fluida, menos fluida, si se quitaba la [...] o no se quitaba... y me dijo, pues eso, pues que ya haría la prueba.* Referían la información acerca de los métodos y procedimientos como completa y suficiente, además algunos recordaban que les explicaron que dependiendo del azar tomarían medicación o placebo (M68): *Es que eran dos cosas diferentes. Podía ser una cosa [medicamento] u otra [placebo]. Podía [ser] que tomara o que no. Yo no me notaba ni mejor ni peor. No notaba nada.*

El Principio 19 de la DH indica que la participación sólo se justifica si los participantes se pueden beneficiar de los resultados. Los pacientes no refieren de forma clara que esperaran un beneficio para su salud, (V65): *Bueno matarme no me va a hacer, si es mejor me aliviará y si es peor, y declaran su esperanza más firmemente cuando introducen componentes altruistas y perciben el beneficio para otros (M68): *Pues asegurarme... pues que si no vale para mí, pues puede valer para alguien más ¿no?, alguna otra persona. Porque claro, para todos los**

medicamentos hacen esas pruebas, si son nuevos, por lo que se ve, este tipo de manifestaciones provenían de pacientes con enfermedad crónica. La posibilidad de ser tratados con el fármaco utilizado hasta ese momento, no despertaba su interés.

Respecto a la información del promotor, el único conocimiento que tienen y al parecer les satisface porque todos lo dicen, es si el estudio supera el ámbito del centro y si es nacional o internacional (M10): *De toda España, quien lo centraliza todo, es Madrid. Ellos están haciendo aquí el estudio, pero muestras de sangre... todo, todo, todo va allí. Bueno, se queda aquí [una] mitad y la otra mitad allí.*

Sus comentarios indican que las incomodidades derivadas del estudio eran esperadas, las comprendían y las sobrellevaban bien (M10): *que tienes que estar, pues, atenta a lo que es las citas, lo que son los sobres —que no se te puede olvidar ni un día—, Te explican que es duro el llevar, pues, el tener que estar pendientes de hoy [día] 20, tengo que ir, hoy [día] tal, tengo que..., entre otras cosas porque se alternaban con otro tipo de facilidades que eran muy apreciadas (V35): Me decían: ya, nada, tú vente cuando puedas que yo ya te sacaré sangre aquí. Total, si no podía ir de mañana, pues podía ir de tarde.*

Algunos comentaron conocer la posibilidad de retirar el consentimiento al EC sin exponerse a represalias (M41): *Si me encontraba muy agobiada, muy eso, que podía dejarlo en cualquier momento, eso también me dijeron, pero el resto no recordaba haber sido informado.*

Casi todos refieren haber recibido información por escrito (V65): *La información que me dieron, yo creo que bien clara. Me dieron dos o tres folios escritos y en algunos casos hacen hincapié en el interés de los investigadores por transmitir la información (M10): Por si tú no te lo lees, el día que vas a echar la firma, lo leen contigo. Si en algún*

momento ellas consideran que tú no entiendes algo, ellas te lo explican. También recuerdan haber firmado el documento de consentimiento informado (V65): Luego firmé un papel donde ponía autorizo, aunque no dan demasiada importancia a estos aspectos formales del consentimiento Pues me parece que algo firmé, pero la verdad es que tampoco...

Información sobre los resultados del EC: Uno de los últimos aspectos que aborda la DH hace referencia a que los pacientes tendrán la certeza de que contarán con los mejores métodos de diagnóstico y tratamiento identificados por el estudio. En este punto la carencia de información era unánime (V35): *Me gustaría saber si [el estudio] ha salido bien o mal. Estuve así un año y pico... por lo menos que te digan al final cómo sale. Y en los casos en que el EC se había suspendido antes de plazo, la desinformación generaba un sentimiento de frustración al no haber recibido una explicación suficiente y satisfactoria del final del estudio (M68): No, lo que me hubiera gustado era [saber] si hubiera hecho efecto o no, o sea, si había cogido algo bueno de ahí, pero como no se terminó... seis meses antes se cortó.*

Satisfacción con la participación en relación con distintos aspectos del estudio

Valoran muy positivamente los aspectos médico-técnicos; esta valoración está relacionada con el hecho de que percibían un mayor control y vigilancia y más chequeos que fuera de un estudio (M68): *y desde luego, vigilarme me vigilaban mucho, eh, mucho, mucho. Porque me miraban muy... Y otra señora que iba también, tenía lo mismo que yo y ella también pensaba lo mismo.*

También se referían a aspectos de la relación personal con el médico. En lo que se refiere a la información, se mostraban satisfechos con la forma en la que se les había facilitado (M41): *En ningún momento he*

pensado que me he quedado escasa de información. La información del médico a sus familiares no la extrañaban si no la habían tenido, sin embargo era apreciada cuando la tenían (V/M67): *cuando nos íbamos a ir nosotros de la consulta, pues salió y estaba el hijo allí, que nos había subido en el coche, y ya le dijo: mire le he dicho esto porque tal...*

En lo que se refiere al trato recibido advertían que resultaba «privilegiado» en algunos aspectos (M10): *hasta ahora, es una delicia ir allá, porque es una sala sólo para ellos. Como van en ayunas, los echan en la cama, les toman la sangre, después le dan su zumo, o sea, es un privilegio que tienen.*

Dentro de los aspectos organizacionales, el seguimiento que hacían los médicos del protocolo de investigación (la sistemática en la realización de pruebas, fechas, personas, etc.) y su desarrollo como estaba previsto, era una cualidad muy considerada, porque al tiempo que cumplía sus expectativas, generaba seguridad. Recordaban los detalles minuciosamente y sentían cierto «orgullo» de ser los «protagonistas» (V/M67): *como ya nos dijo que iba a llevar un control y que cuando él dijera que teníamos que ir, pues a hacer análisis tal día de mes, pues... así vamos. Él mismo nos da, en una libretica tal día, nos apunta la hora, a las nueve de la mañana... Y nos lo hace el lunes, porque el tiene consulta los martes y sólo dedica los lunes a esa cosa, porque si no ya se le atrasa mucho los demás pacientes.* Por ello, insistían en destacar las ventajas que obtenían (V35): *Sí, porque además me venía bien. Al sacarme sangre y tal pues ya me miraban [...] y aprovechaba el médico de cabecera mío y me decía: Pues pídeles otro frasco para analizarlo aquí y de paso miramos todo el resto de cosas.* Y las facilidades que el equipo les procuraba para evitar molestias, fundamentalmente en horarios y eliminación de tiempos de espera; lo que hacía que no tuvieran una perspectiva negativa de la realización de pruebas, desplazamientos, etc.

Balance riesgo/beneficio que los pacientes realizan para tomar la decisión de participar

Las razones que los participantes alegaban para participar en los estudios estaban entre la esperanza de conseguir alguna mejora de su proceso, especialmente los que padecían enfermedades crónicas, o evitar lamentarse más tarde de no haber aprovechado la oportunidad de un mejor tratamiento (V/M67): *Cuando nos dijo, pues nos quedamos un poco... Él dijo: Si mejorar no le va a mejorar, perjudicar tampoco. Pues nosotros dijimos: Bueno, por probar no queda, ¿no? Porque luego vale que diga: Uy, igual si hubiera hecho lo que me dijo el Dr... ¿Me entiende? Pues sí, nos decidimos a hacerlo.*

En general están informados de los riesgos, pero minusvaloran tanto la posibilidad como el alcance de los mismos (V65): *Ade más ¡un suero!, si me dices que es una vacuna de algo. Pero ¿un suero? La confianza en el clínico y/o en el sistema sanitario, ayuda a difuminar cualquier posibilidad de riesgo. Muy pocos recordaban haber sido informados sobre la existencia de un seguro que cubriera dichos riesgos y ninguno daba importancia a su existencia, porque se daba por supuesto (M10): Y se supone que... Hombre, me supongo que todo el mundo tiene un seguro, pero tanto el hospital —como todo el mundo— tiene un seguro por si a ella le pasa algo.* Un factor que reforzaba esta confianza era que sabían qué hacer y a dónde acudir en caso de tener problemas derivados del estudio y en qué casos habrían de suspender la medicación y/o cambiarla por otra.

DISCUSIÓN

El conocimiento de las limitaciones que presenta la investigación mediante encuesta obliga a tomar las cautelas necesarias para prevenir los errores que se derivan de los distintos elementos que la componen y poder garantizar la validez de los resultados¹⁸.

La utilización de técnicas de entrevistas personales para diseñar una encuesta, asegura que lo que se preguntará tiene que ver con la experiencia de los sujetos encuestados. Dos meses después de la realización de las entrevistas se elaboró el cuestionario. Los entrevistados evaluaron el cuestionario y mostraron su acuerdo con el contenido, puesto que reflejaba las opiniones que ellos habían expuesto y respondieron a las preguntas en el mismo sentido que se habían manifestado en las entrevistas, lo que incrementa el grado de fiabilidad tanto del análisis de contenido como de la información obtenida.

La comparación de los resultados con los de otros estudios presenta a un tiempo convergencias y divergencias. El grado de acuerdo de la información recibida con lo que propone la Declaración de Helsinki resulta más alto que lo esperado tras la revisión bibliográfica, pero hay que matizarlo teniendo en cuenta el reducido número de informantes. Sin embargo, en lo que se refiere a información sobre resultados finales, la opinión es igual de unánime y parece necesario que la colaboración médico-paciente en un estudio tenga un cierre más satisfactorio.

La posibilidad de tomar medicación o placebo dentro de un EC es un problema que concita el interés de los grandes centros investigadores, debido al rechazo de los pacientes a participar cuando no se les asegura que seguirán el tratamiento que se pretende ensayar^{9,19}. En este estudio se aprecia que la aleatorización del tratamiento, que es la clave de los EC, fue explicada y comprendida, pero finalmente los pacientes no supieron si tomaron medicación o placebo.

Los resultados obtenidos se acercan a los hallazgos de Verhegeen^{7,20}, en una serie de estudios sobre consentimiento y satisfacción con los EC. Sus resultados mostraban que los pacientes estaban bastante satisfechos con la información oral y escrita. Con una muestra suficiente para poder hacer inferencias encontró que la percepción que los

pacientes tenían de la información estaba influida por actitudes más generales hacia el cuidado médico, la investigación y las instituciones sanitarias y, concretamente por la confianza de los pacientes en la integridad del médico y en sus EC; en este último dato coinciden otros autores⁹.

La baja percepción de incomodidades o desventajas se encuentra igualmente en otros estudios⁶, y al contrario que en nuestro caso, se centra en problemas de transporte y en tiempos de espera en clínica.

Morrow desarrolló un marco teórico basado en las teorías del comportamiento, que explica el balance que hacen los pacientes para tomar la decisión de participar en un estudio¹⁵. Cómo hacen los pacientes para valorar la información y tomar la decisión, era algo no previsto en los objetivos, ni en el guión de la entrevista, pero contestan en esos términos a algunas preguntas sobre su percepción de la información. La sensación de no tener otras opciones era referida por la mayoría y transmitían un sentimiento de inevitabilidad. La idea de que su participación es algo inevitable puede explicar la valoración que hacen de los posibles riesgos o efectos secundarios.

La severidad del proceso y la curiosidad por probar un nuevo tratamiento entran a formar parte de la decisión, pero para realizar una interpretación ajustada de este balance, habría que contar con la opinión de los pacientes que rehusan participar en un EC y sus motivos. Está descrito en la literatura que casi el 60% de los pacientes sobrestiman la probabilidad de que el tratamiento que se les aplica, tenga resultados positivos en su caso²¹. La valoración del beneficio esperado se basa más en aspectos emocionales que en los técnicos, ya que estos se escapan a su conocimiento.

Los pacientes fueron informados de forma aceptable de muchos de los puntos que considera la Declaración de Helsinki, pero se puso de manifiesto la existencia de áreas

concretas en las que la información era más escasa (por ejemplo, la información sobre los resultados finales del EC) con importante repercusión en el cumplimiento de las expectativas y satisfacción de los participantes en un EC.

La información obtenida allana y posibilita, por un mejor conocimiento del campo, el estudio del fenómeno desde otras perspectivas; en nuestro caso, el diseño posterior de un cuestionario.

AGRADECIMIENTOS

A Idoia Gaminde por sus valiosas aportaciones. A Teresa Artazcoz y Olga Díaz de Rada por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 252/1996, de 24 de junio, por el que se modifica la composición del Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad Foral de Navarra. BON núm 84, 12/07/1996.
2. 1. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [04.03.2002]. www.wma.net/s/policy/17-c_s.html.
3. Verdú F, Castello A. La Declaración de Edimburgo: algo más que una enmienda a la Declaración de Helsinki. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 58-59.
4. Groves RM. *Survey errors and survey cost*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
5. Latiesa M. Validez y Fiabilidad de las Investigaciones Sociológicas. En: García Ferrando M et al. *El Análisis de la Realidad Social*. Madrid: Alianza Universidad; 1994. p. 335-364.
6. Mattson E, Curb J, McArdle R and the AMIS and BHAT Research Groups. Participation in a Clinical Trial: The Patients' Point of View. *Controlled Clinical Trials* 1995; 6: 156-157.
7. Verheggen FW, Nieman FH, Reerink E, Kok GJ. Patient satisfaction with clinical trial participation. *Int J Qual Health Care*. 1998 Aug; 10(4):319-30.
8. Lynøe N, Sandlund M, Dalhqvist G, Jacobson L. Informed consent: study of quality of information given to participants in a clinical trial. *BMJ* 1991; 303: 610-613.
9. Featherstone K, Donovan JL. «Why don't they just tell me straight, why allocate it?» The struggle to make sense of participating in a randomised controlled trial. *Soc Sci Med* 2002; 55: 709-719.
10. Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En: García Ferrando M et al. *El Análisis de la Realidad Social*. Madrid: Alianza Universidad; 1989. p. 49-84.
11. Taylor SJ, Bodgan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós; 1986.
12. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 561/1993 por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. BOE núm 114, 16/4/1993.
13. International Conference on Harmonization of Technical Requirements for the Registration of Pharmaceutical for Human Use (ICH). Note for Guidance on Good Clinical Practice (CPMP/ICH/135/95) 1 May 1996.
14. Lopez-Aranguren E. Análisis de contenido. En: *El Análisis de la Realidad Social*. Madrid: Alianza Universidad; 1994. p. 383-414.
15. Morrow GR, Hickok JT, Burish TG. Behavioral aspects of clinical trials. An integrated framework from behavior theory. *Cancer* 1994; 74(9): 2676-82.
16. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24 (5): 295-300.
17. Erlandson DA, Harris E, Skipper BL, Allen SD. *Doing naturalistic inquiry*. London: Sage; 1996.
18. Sánchez Carrión JJ. La calidad de la encuesta. *Papers* 1996; 48:127-146.
19. Jenkins VA, Fallowfield LJ, Souhami A, Sawtell M. How doctors explain randomized clinical trials to their patients? *European Journal of Cancer* 1999; 35 (8): 1187-1193.
20. Verheggen FW, Jonkers R, Kok G. Patients' perceptions on informed consent and the quality of information disclosure in clinical trials. *Patient Educ Couns*. 1996 Nov; 29 (2): 137-53.
21. Whelan T, Gafni A, Charles C, Levine M. Lessons learned from the decision board: a unique and evolving decision aid. *Health Expectations* 2000; 3: 26-36.

ORIGINAL

LA PERSPECTIVA DE LAS CUIDADORAS INFORMALES SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. UN ESTUDIO CUALITATIVO CON AYUDA DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO (*)

M.ª Ángeles Prieto Rodríguez (1), Eugenia Gil García (2), Cristina Heierle Valero (3) y Antonio Frías Osuna (4).

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

(2) Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

(3) Escuela Universitaria de Enfermería «Virgen de las Nieves», Granada.

(4) Universidad de Jaén. Departamento de Ciencias de la Salud.

(*) Este estudio ha sido financiado por el FIS: 98/0653 y por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía: 23/97.

RESUMEN

Fundamento. Existe en nuestro país un vivo debate sobre los modelos de atención domiciliar que se deben desarrollar. Este estudio pretende conocer cómo perciben la calidad de la atención domiciliar los cuidadores familiares de pacientes con cáncer en fase terminal, ancianos con demencia y personas intervenidas en programadas de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en grupos de discusión (9), grupos triangulares (5) y entrevistas en profundidad (22). El estudio se realizó en Andalucía, durante los años 1999 y 2000. Los sujetos del estudio son los cuidadores principales de los pacientes que reciben atención domiciliar desde los centros de salud. La información se ha analizado mediante análisis de contenido apoyado por el software NUDIST-4. Las variables de análisis han sido las del modelo SERVQUAL.

Resultados. Para las cuidadoras de pacientes con cáncer las dimensiones más importantes de la calidad de la atención domiciliar son la Capacidad de Respuesta y la Accesibilidad. Elementos negativos que perjudican la accesibilidad son: la falta de cobertura de atención domiciliar fuera del horario normal, la dificultad de contactar por teléfono, la tardanza en acudir y las visitas sólo a demanda. Las cuidadoras de pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria quieren Seguridad y la Fiabilidad. Las cuidadoras de ancianos con demencia consideran prioritario que se les proporcionen los materiales que necesitan para cuidar al enfermo.

Conclusiones: Las expectativas de cuidadores y pacientes varían en función del problema de salud. Por lo tanto, las características de la atención domiciliar tendrán que variar también en función de ello. Se hace necesario un modelo flexible que sea capaz de adaptarse a las necesidades de los diferentes tipos de pacientes y las circunstancias también distintas de sus cuidadores familiares.

Palabras clave: Atención domiciliar. Satisfacción de usuarios. Calidad percibida. Paciente terminal. Ancianos dependientes. Cirugía ambulatoria. Métodos cualitativos.

Correspondencia:

M.ª Ángeles Prieto Rodríguez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Campus universitario de Cartuja.

Apartado de correos 2070 Granada 18080

Correo electrónico: prieto@easp.es

ABSTRACT

The Perspective of Non-Institutional Caregivers Regarding Home Care in Andalusia. A Computer-Aided Qualitative Study

Background: A hot debate exists in our country as to the models of home care which must be developed. This study is aimed at ascertaining how the family caregivers of terminal cancer patients, of the elderly suffering from dementia and of individuals having undergone major operations in outpatient surgery programs rate the quality of the home care provided.

Methods: A phenomenological type qualitative study based on discussion groups (9), triangular groups (5) and in-depth interviews (22). This study was conducted in Andalusia throughout the 1999-2000 period. The subjects of the study were the main caregivers of patients provided with home care through the healthcare centers. The information must be analyzed by means of a Nudist-4 software-aided content analysis. The analysis variables were those of the Servqual model.

Results: For the caregivers of cancer patients, the most important aspects of the quality of the home care provided were the Response Capacity and Accessibility. This analysis revealed that the patients suffered pain but the pain was not controlled. Negative aspects hindering accessibility were the lack of home care coverage outside of regular working hours, the difficulty of getting in touch by phone, the length of time it takes for someone to come and the visits solely on request. The caregivers of patients having undergone major outpatient surgery want Security and Reliability. They complain of the short length of time within which the patients are released from the hospital and of the home care provided by the health care center. The caregivers of the elderly with dementia place top priority on being provided with the materials they need to take care of these patients.

Conclusions: Caregivers' and patients' expectations differ, depending on health problems, therefore, the type of home care provided should vary, according to the health problems involved. It is necessary to develop a flexible model, capable of adapting to different patient needs and the diverse circumstances that affect family caregivers.

Keywords: Home Nursing. Home Care Services. Patient Satisfaction. Terminally Ill. Frail Elderly. Ambulatory Surgical Procedures. Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

La oferta de servicios desde la atención primaria se está modificando en un intento de dar respuesta a las necesidades y preferencias del público y a sus problemas de salud, tanto prevalentes como de nueva aparición. Y esto, bajo una premisa básica: la eficiencia como base de todas las actuaciones y la satisfacción de los ciudadanos como meta¹.

El contexto socio sanitario es el punto de partida para la orientación de los servicios. Y entre las variables que más le influyen hay que destacar el aumento de enfermedades crónicas invalidantes y el incremento de la esperanza de vida, que con el replanteamiento del papel de los hospitales, los cuales se están convirtiendo en hospitales «de agudos», y el desarrollo de nuevas formas familiares, en las que la mujer trabaja también fuera de casa, está provocando una crisis del cuidado de personas dependientes y enfermas, que puede agravarse en los próximos años. Todo ello plantea retos importantes a los que la atención primaria intenta dar respuesta y que están provocando la necesidad de cambios en el papel de los centros de salud y de sus profesionales²⁻⁵. De hecho, actualmente, problemas de salud que hasta ahora eran atendidos en el ámbito hospitalario, son atendidos en el domicilio desde atención primaria.

Actualmente, existe en nuestro país un vivo debate sobre los modelos y fórmulas de atención domiciliaria a desarrollar o potenciar y sobre los profesionales que deben proveer este servicio. En este contexto, la opinión de los pacientes y especialmente la de sus familiares que les cuidan en casa (cuidadores informales) es fundamental para mejorar la calidad de la atención domiciliaria, adaptando esta modalidad de atención a las necesidades, problemas y expectativas de las personas que necesitan cuidados en el hogar.

Uno de los modelos teóricos más utilizados para conocer la calidad de un servicio desde la perspectiva de los clientes es el SERVQUAL (Service Quality) de Parasuraman, Berry y Zeithman⁶⁻⁹. Ha sido adaptado específicamente para los servicios sanitarios y está ampliamente extendido en el sector salud. En España, numerosos estudios de satisfacción de usuarios y de calidad percibida lo utilizan como soporte teórico y como base instrumental¹⁰⁻¹⁶. EL SERVQUAL incluye 8 dimensiones a través de las cuales se analiza cómo percibe un usuario la calidad del servicio que recibe. Estas dimensiones son: la accesibilidad, la comunicación, la cortesía, la competencia profesional, la capacidad de respuesta, la seguridad, los elementos tangibles y la fiabilidad. En la tabla 1 se describen estas dimensiones.

Tabla 1

Dimensiones de la calidad percibida según modelo SERVQUAL (Parasuraman)

Accesibilidad. Facilidad para establecer contacto físico o por teléfono con el CS o los profesionales. Tiempo de espera. Horarios.
Comunicación. Comprensión del lenguaje. Escucha. Pedir opinión al usuario y cuidador. Hacerles partícipes de los cuidados. Interés por el problema del paciente y por el cuidador. Interés por hacerse entender. Sentirse comprendido.
Cortesía. Amabilidad, consideración. Consideración hacia el usuario y cuidador.
Competencia. Conocimiento y habilidades de los profesionales. Estar bien preparados. Estar bien coordinados.
Capacidad de respuesta. Capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas.
Seguridad. Percepción que tiene el cuidador principal sobre si al estar en contacto con los-as enfermera-os aumenta o disminuye la seguridad física de su enfermo-a.
Tangibilidad. Percepción sobre los recursos materiales que se disponen para el cuidado del enfermo. Equipos y tecnología que llevan los enfermeros para el cuidado en casa. Imagen externa de los profesionales
Fiabilidad. Exactitud. Realizar las cosas bien y a la primera. No cometer errores.

Este estudio pretende conocer cómo perciben la calidad de la atención domiciliaria (AD) proporcionada por las enfermeras de centros de salud (CS) los cuidadores familiares de pacientes con cáncer en fase terminal, ancianos con demencia y personas intervenidas en programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

SUJETOS Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en grupos de discusión (GD), grupos triangulares (GT) y entrevistas en profundidad (E). El objetivo de este estudio: conocer cómo perciben la calidad de la AD los cuidadores familiares, explica la elección del método utilizado, que pretende entender el fenómeno de estudio desde la propia perspectiva del actor¹⁷. Las técnicas cualitativas tratan de capturar, mediante el habla del sujeto, el sentido real y multidimensional de las acciones (por qué hacen lo que hacen, por qué dicen lo que dicen)¹⁸⁻²².

Contexto y sujetos de estudio. El estudio se realizó en Andalucía, durante los años 1999 y 2000, entre cuidadores familiares de pacientes que eran atendidos en sus domicilios por enfermeras de centros de salud. Se han recogido opiniones de cuidadores de diferentes ciudades andaluzas, tanto en el ámbito urbano como rural. El trabajo de campo se realizó de abril a diciembre de 1999. Los sujetos del estudio son los cuidadores principales (informales) de los pacientes. Por cuidador principal definimos a la persona que asume la responsabilidad principal del cuidado en la familia²³⁻²⁵.

Selección de los participantes. Para la selección de los participantes se partió de una definición previa de perfiles característicos, elaborados a partir de la bibliografía revisada, de la experiencia del equipo investigador en el tema y de la información aportada por los profesionales enfermeros de los centros de salud, que actuaron como infor-

mantas clave. Una vez definidos los perfiles más característicos y habituales de los cuidadores, se realizó un muestreo sistemático no probabilístico^{26,27}, en 2 etapas:

1. Selección de la zona básica de salud, garantizando que en el estudio participaran sujetos pertenecientes al ámbito urbano y rural; 2. Selección de los cuidadores, garantizando que participaran en el estudio cuidadores de los diferentes perfiles definidos. La selección se realizó a partir de los listados de pacientes proporcionados por los enfermeros de los centros de salud seleccionados en la primera etapa, a través de un procedimiento aleatorio. Una vez seleccionado, se comprobaba en la historia y a través de una entrevista con el personal del centro, si se ajustaba al perfil y si no era así, se reemplazaba por otro mediante el mismo procedimiento. (Criterios de homogeneidad y heterogeneidad en la tabla 2). A partir de estos criterios se ha diseñado una muestra estructural. Se ha buscado el discurso de personas que representen el de su grupo de referencia y que nos permitan conocer, analizar e interpretar diferentes perspectivas. Cada perfil de sujetos incluye a su vez distintos «tipos» sociales que representan una variante discursiva²⁸⁻³¹ (figura 1).

Técnicas de recogida de la información. En total se han realizado 3 GD, 2 GT y 10 E con cuidadores de ancianos con demencia, 3 GD y 12 E con cuidadores de pacientes en CMA y 3 GD y 3 GT con cuidadores de pacientes oncológicos terminales. La elección de una técnica u otra ha estado motivada por las dificultades para formar un grupo suficiente, en número de personas, como para desarrollar una discusión grupal (como mínimo 4 personas). Esto ha ocurrido en el medio rural, donde los casos de cuidadores no permitieron reunir un número suficiente y se optó por realizar grupos triangulares o entrevistas en profundidad. También ocurrió con el perfil de cuidadores hombres, por su escasez.

Tabla 2

Criterios de homogeneidad y heterogeneidad utilizados en el diseño del estudio para la composición de la muestra estructural

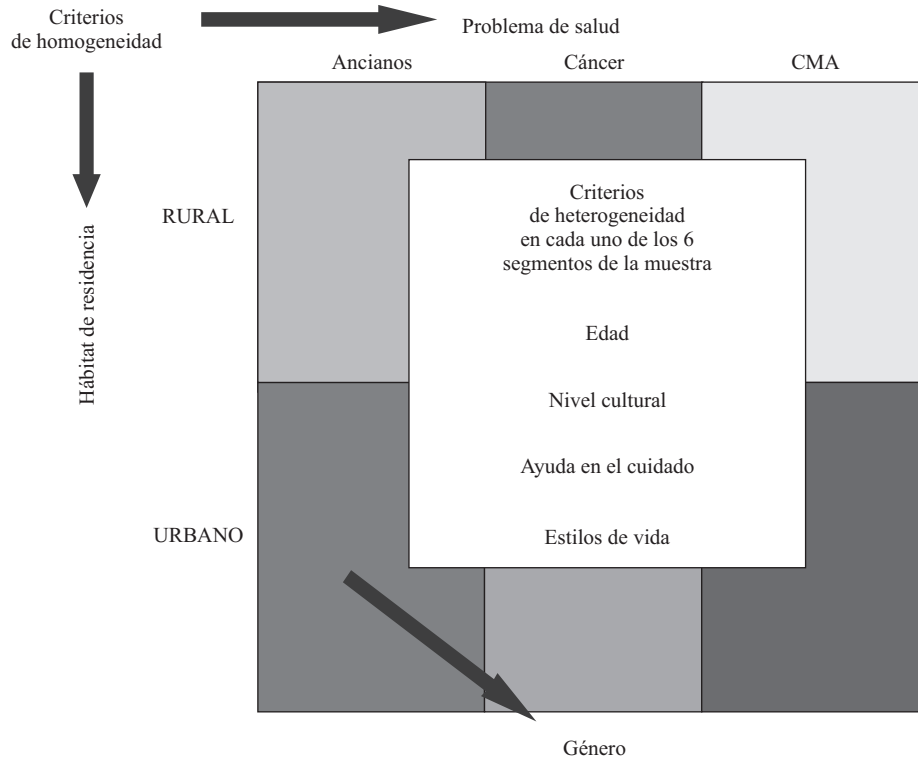
<p>Criterios de homogeneidad</p> <ul style="list-style-type: none">• El problema de salud del enfermo que necesita el cuidado: <i>anciano con demencia, paciente con cáncer terminal, y enfermos operados bajo CMA.</i>• El hábitat de residencia: <i>Urbano y Rural.</i>• Género <p>Criterios de heterogeneidad</p> <p><i>Edad.</i>- Establecemos tres categorías en base el momento de la vida en que se encuentran las usuarias (cuidadoras principales): Menos de 40 años; Entre 40 y 65 años y Más de 65 años.</p> <p><i>Nivel cultural.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Nivel bajo</i>, analfabetos y personas sin estudios.• <i>Nivel medio</i>, poseen estudios primarios.• <i>Nivel superior</i>, poseen estudios medios o superiores. <p><i>Ayuda en el cuidado.</i> Esta dimensión se incluye ya que la ayuda de otros puede compensar la situación de ansiedad y sobrecarga y por tanto, puede influir en la calidad percibida de la AD que reciben.. Se contemplan tres categorías distintas: Si tiene ayuda de otros familiares/ Si tiene ayuda remunerada / No tiene ayuda en el cuidado.</p> <p><i>Estilos de vida.</i> Los criterios utilizados han sido:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para los hombres: Activo / Parado.• Para las mujeres: si trabaja por cuenta ajena y comparte la doble jornada o si sólo trabaja en casa.

Una persona del equipo investigador contactó con los cuidadores por teléfono, evitando así que el contacto lo realizará personal del centro de salud, para que los entrevistados no se sintieran condicionados por esta circunstancia. Todos los grupos y entrevistas fueron realizados por la misma entrevistadora, grabados y posteriormente transcritos. Las dinámicas grupales fueron muy intensas y satisfactorias para los participantes, que encontraron en ellas un espacio dónde contar sus vivencias y compartirlas entre «iguales». El nivel de acuerdo fue muy alto. Todos los grupos duraron entre 120 y 180 minutos. Los participantes en los grupos no se conocían entre sí, ni tampoco conocían a la entrevistadora. Las técnicas grupales se realizaron en locales ajenos a los centros de salud. Las entrevistas en profundidad duraron alrededor de 90 minutos. Los entrevistados se sintieron satisfechos y agradecidos por el hecho de que alguien se interesara por su experiencia y sus dificultades en el cuidado del enfermo. Las entrevistas

se realizaron en el domicilio del cuidador. En todos los casos la disposición a participar ha sido máxima.

Procedimiento de análisis de la información. La información se ha analizado mediante análisis de contenido apoyado por el software NUDIST- 4. Las variables o categorías de análisis han sido las definidas en el modelo SERVQUAL de calidad percibida (Parasuraman) (tabla 1). El proceso de análisis se ha realizado en las siguientes fases que se muestran en la figura 2. La codificación de cada una de las transcripciones (la asignación de las unidades de texto a cada categoría de análisis, en cada una de las transcripciones) se ha realizado mediante triangulación (contraste) entre los miembros del equipo investigador para garantizar la fiabilidad de este proceso. De igual forma se han triangulado los resultados obtenidos en cada variable y en cada perfil de cuidadores. El apoyo del software Nudist en la categorización y en el análisis permite la triangula-

Figura 1
Muestra estructural



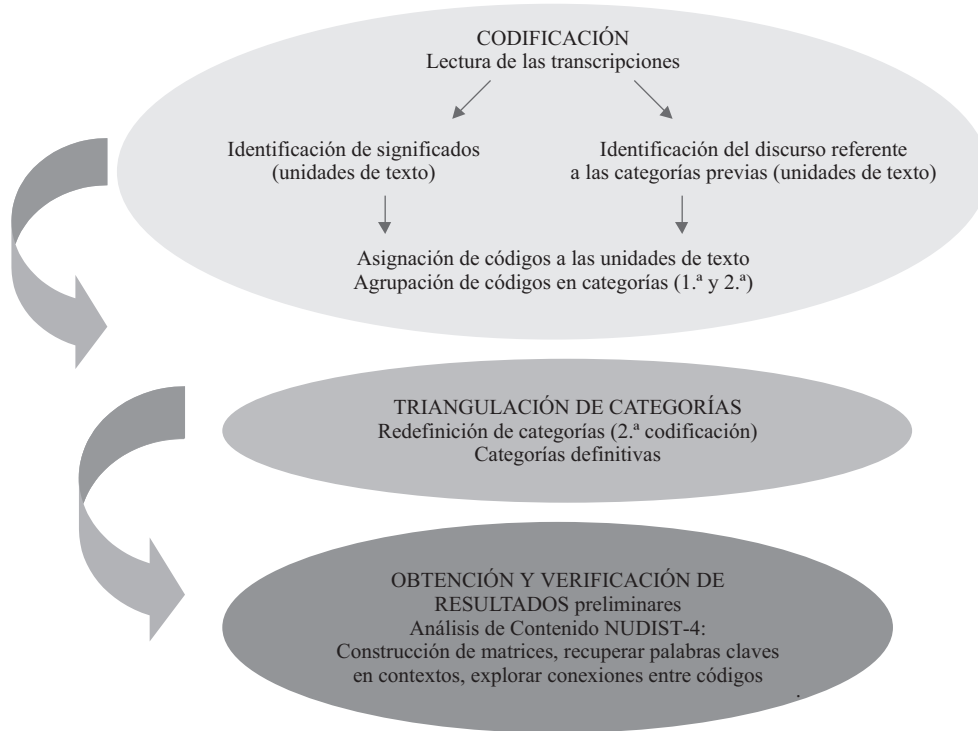
ción de todo el proceso entre el equipo investigador y sistematiza el análisis, proporcionando criterios de rigor y calidad a los resultados, al aumentar la credibilidad, la consistencia y estabilidad de los «datos» y la confirmabilidad de los mismos²⁸.

Consideraciones éticas. La participación de los sujetos entrevistados en el estudio se ha realizado previa información de los objetivos del proyecto, de la institución que lo realiza y de la que lo financia y mediante su consentimiento verbal. Se pidió autorización para grabar sus discursos, tanto en los grupos como en las entrevistas. Se les garantizó la confidencialidad de sus opiniones. Se les garantizó que las transcripciones sólo serían escuchadas por los miembros del

equipo investigador. En ningún caso aparecen en las transcripciones los nombres reales de los participantes. Se han suprimido de las copias de las transcripciones a disposición de los lectores interesados, todas aquellas referencias que pudieran identificar a los entrevistados.

Limitaciones. Las opiniones de usuarios de la atención domiciliaria, obtenidas a través de metodología cualitativa no podrán ser extrapoladas a la población general, como es característico de este abordaje metodológico. El sesgo de selección de los participantes se ha controlado mediante la estrategia de que sea un miembro del equipo investigador el que realice la selección de los participantes a partir de los listados ela-

Figura 2
Análisis de contenido: Fases



borados por el personal sanitario. No obstante, estos listados podrían no incluir a personas más críticas o conflictivas con la atención domiciliaria que se les proporciona. Además, los listados incluyen, obviamente, a las personas incluidas en programa domiciliario por lo que quedan fuera de esta investigación aquellos sujetos que, necesitando cuidados domiciliarios, no les son proporcionados por los centros de salud (reciben atención domiciliaria de los equipos hospitalarios, de asociaciones de voluntarios, de servicios privados o no reciben ningún tipo de cuidado a domicilio).

RESULTADOS

(La letra en cursiva corresponde al discurso literal de los entrevistados)

Las dimensiones del SERVQUAL referidas a la AD sobre las que más hablan los entrevistados en los grupos y entrevistas (línea superior de la figura 3) son la «competencia de los profesionales» seguida de la «capacidad de respuesta», la «accesibilidad y la comunicación». Sin embargo, si analizamos estos resultados según el tipo de paciente al que cuidan, observamos importantes diferencias en el peso que adquieren los diferentes aspectos de la calidad percibida de la AD que han recibido. La figura 4 muestra las diferencias más significativas. ¿Por qué se establecen estas diferencias en los discursos de las cuidadoras?

1. ¿Qué dicen las cuidadoras de los enfermos de cáncer terminal con respecto a la capacidad de respuesta y la accesibilidad que hacen que estas dimensiones sean las

Figura 3
Peso relativo de las dimensiones del SERVQUAL en los discursos de los cuidadores

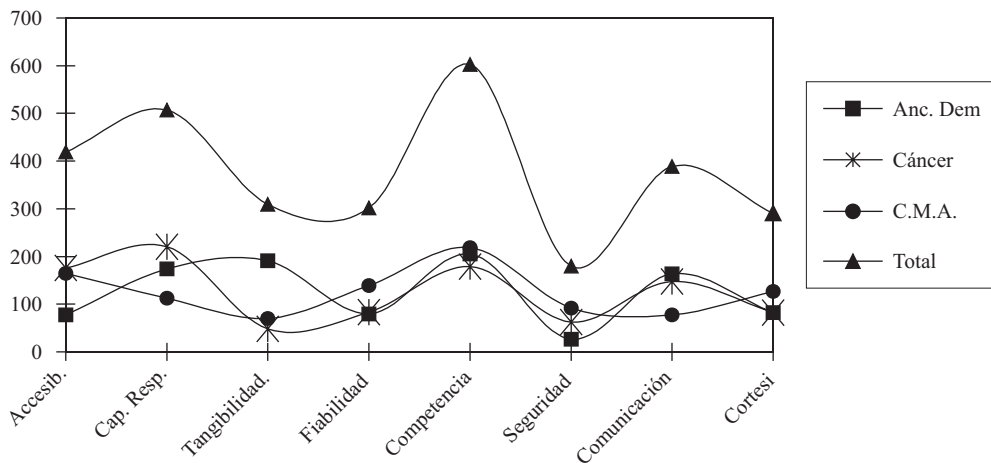
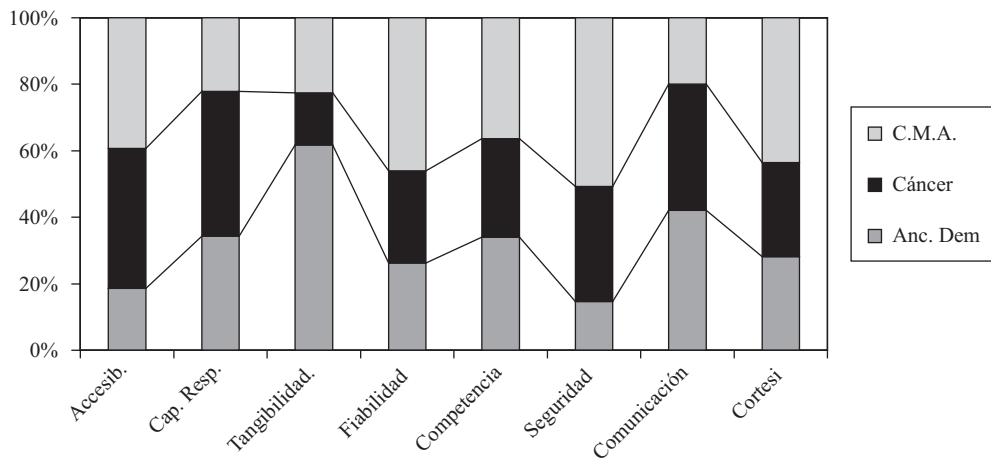


Figura 4
Comparación del peso relativo de las dimensiones del SERVQUAL en los discursos de los cuidadores



más mencionadas en sus discursos? Estas mujeres opinan que un servicio de AD debe ser muy accesible y además contar con profesionales capaces de resolver cualquier problema que se le presente al paciente, bien ellos mismos o bien derivándolo al hospital. Aparecen expectativas sobre ello muy bien formadas. Relatan que el problema más frecuente y temido es el dolor. La mayoría de las entrevistadas asegura que los pacientes sufrieron dolor y que éste no se controlaba. Este hecho lo atribuyen a la demora en acudir al domicilio, aunque en muchas ocasiones disculpan al profesional y acusan al sistema. En muchos casos, son las cuidadoras las que administran los analgésicos y opiáceos, utilizando incluso la vía parenteral.

- *Es que no puedes esperar, es que se desespera, porque como se ponen nerviosos, es peor. Le temen al dolor.*
- *Es peor la espera.*
- *Es peor, cuando ya está desesperado, entonces le pones morfina pura y no se le quita el dolor.*
- *Tienes que darle primero un relajante, que es con lo que a mí me enseñaron, Tranxilium 50 y un Nolotil, líquido. En la ampolla del Nolotil, se diluye la ampolla del Tranxilium 50 y se hace una pasta muy homogénea, entonces se la pones...*

El dolor y el resto de síntomas, la experiencia de algunos episodios críticos en el avance de la enfermedad y el hecho de vivir esperando que suceda la muerte del familiar (que en muchos casos se imagina como un momento trágico y dramático) hace que las cuidadoras necesiten que el equipo de AD esté accesible y sea capaz de responder con agilidad y rapidez si es necesario.

Sobre la calidad percibida de la AD en estas dimensiones (accesibilidad y capacidad de respuesta) se recogen discursos contrapuestos. Entre los críticos aparecen como elementos negativos: la falta de cobertura de

AD fuera del horario normal del CS, la dificultad de contactar por teléfono con el centro en caso de necesidad, la tardanza en acudir cuando se les llama y el hecho de que los enfermeros no programen las visitas a este tipo de pacientes y acudan al domicilio sólo a demanda.

- *Difícil no, dificilísimo, el otro día llamé, pues serían ya, no se, las una y pico que ya, ya están todas las consultas, pues no había, y comunicaba y comunicaba, y digo, pero, como lo ponen para que comunique, que lo descolgarán.*
- *Ese es el problema porque mi padre una noche que era que rabiaba de dolor, de no poder estar...*
- *Tardan muchísimo. Había veces que tenía que estar a cada instante llamando. Y me decían, no, no se preocupe que lo tienen anotado y que ya se pasarán por allí...*
- *Sin llamarlas no van, ya cuando ven una cosa muy grave, si van. Ya van como una amistad como una cosa de caridad, o de cariño, pero sin llamarlas no van, sin llamarlas no van, ninguna.*

2. ¿Por qué la mayoría de los comentarios y referencias que los cuidadores de pacientes intervenidos en CMA realizan en sus discursos giran en torno a la Seguridad y la Fiabilidad de la AD que han recibido?

Para estas personas, el paciente al que cuidan está en una situación inestable y temen que aparezca alguna complicación o que vaya hacia atrás. En la mayoría de los casos se quejan de la premura del alta y hubiesen preferido pasar al menos la primera noche en el hospital.

- *...pensaba que iba a quedar, pero no, no la dejaron. Entonces, pues ya te digo, y entonces también al estar aquí más a las afuera del pueblo pues peor, también porque dice: madre mía que hago yo se pone peor o lo que sea?, qué hacemos?, y mi*

padre tampoco tiene coche ni nada y la verdad..

Por ello, esperan que el equipo de AD tenga los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para realizar las curas y aplicar los tratamientos de forma tan segura «como lo harían en el hospital». La comparación y la referencia al hospital es una constante en los discursos de estos cuidadores. Sobre la calidad percibida de AD en el caso de la CMA, la mayoría de los entrevistados realizan una buena valoración de la práctica enfermera. No obstante hay que señalar que, en los casos en los que los cuidadores asumieron la realización de las curas y la aplicación de tratamientos (incluida los parenterales), aunque en muchos casos reconocían que las enfermeras les habían enseñado, sus opiniones eran críticas respecto a ello y describían la experiencia como angustiosa por la inseguridad con la que habían pasado estos días.

- *Las inyecciones se las tuve que poner yo, todos los días que, no me acuerdo cuántos, pero todos los días se las puse yo.*
- *Tienes que curarla. Me fui acostumbrando, porque al principio me costó, y creía que lo hacía mal y que la herida se le podía abrir.*

Manifiestan los entrevistados que, para que los enfermeros acudan a la casa, éstos deben valorar la cura como «importante» y explican que debido a la presión asistencial no les queda tiempo para realizar curas «leves» en los domicilios.

- *Ellos curan escaras y cosas así gordas.*
- *Pero dicho por una enfermera, que cosas así leves, que para ellos no es una cura importante, que no vienen a hacerla.*

Este hecho genera actitudes distintas entre los entrevistados. Unos entienden que el personal de enfermería debe reservarse para cosas más importantes y, sin embargo, otros consideran que el paciente necesita de cui-

dados profesionales, aunque el problema no sea de mucha envergadura. De hecho, muchos de éstos hacen el esfuerzo de desplazarse hasta el centro de salud para que les curen allí y otros, incluso, hasta el hospital de referencia.

3. ¿Qué preocupa o interesa a los cuidadores de ancianos con demencia sobre los recursos materiales que proporcionan las enfermeras y a los que dedican gran parte de sus discursos en los grupos y entrevistas?

Los entrevistados presentan muchas quejas en cuanto a los materiales y recursos que necesitan para el cuidado del familiar. El tiempo que le dedican a hablar sobre esta variable es siempre para referirse a la insuficiencia de los mismos. Según ellos no disponen de la cantidad necesaria de gases, guantes o antiséptico. También piden colchones antiescaras y más cantidad de pañales.

- *Y pañales uno al día. Lo que yo he pasado...*
- *Yo a mi madre, hay tardes que necesita 6 pañales, entonces hay que costearlo ya porque no me dan más que 4.*
- *Hay veces que por lo que sea necesitas 2 pañales y, entonces ya te está faltando.*
- *Este es el problema que hay.*

Aunque entienden que la solución a este problema no está en manos de la enfermera, en los casos en los que ésta ha intervenido aconsejando, mediando o facilitando la obtención de recursos, la valoración de su competencia profesional es muy alta.

DISCUSIÓN

Dado que la calidad percibida por el usuario y su satisfacción están basadas en preferencias subjetivas o expectativas que no necesariamente se relacionan con la calidad objetiva de la asistencia sanitaria, consideramos

el abordaje cualitativo como el más idóneo para estudiar estos aspectos. Además, esta metodología permite la participación de los usuarios en la evaluación y mejora de los servicios²⁷. Esto nos parece especialmente importante en el caso de la AD, sometida a un intenso debate sobre su futuro³²⁻³⁵.

Los criterios utilizados para la definición de los perfiles más característicos de los cuidadores (tabla 2) coinciden con los señalados en los estudios realizados en Andalucía y España sobre cuidadores informales^{23-25,36,37}. Por ello creemos que los resultados obtenidos pueden ser transferidos o aplicarse a otros sujetos o contextos similares a los del presente estudio. La transferibilidad de los resultados es uno de los criterios de calidad en la investigación cualitativa (criterios de confiabilidad de GUBA)²⁸.

Hay que señalar que en los grupos y entrevistas había personas con diferentes actitudes y valoraciones (unas más positivas y otras más negativas) hacia la AD que habían recibido, lo que muestra que no se habían seleccionado sólo a los más satisfechos.

Sobre los resultados obtenidos señalar en primer lugar que la principal necesidad de los cuidadores de pacientes oncológicos terminales es que el equipo de AD sea capaz de aliviar el dolor del paciente. Sin embargo, en la experiencia de algunos de los entrevistados esto no ha sucedido. El control del dolor es uno de los principales indicadores de calidad asistencial utilizados por la OMS. Estudios recientes revelan que un importante número de profesionales de atención primaria no utilizan la morfina o no lo hacen correctamente^{38,39}. Y no hay que olvidar que el 90% de este tipo de pacientes experimentan dolor, siendo en muchos casos la principal razón del deterioro de la calidad de vida en sus últimos días y un motivo importante de sus visitas a urgencias e incluso de que acudan a morir al hospital^{40,41}.

Sobre la accesibilidad de los profesionales al domicilio del paciente queremos men-

cionar que en un estudio realizado en Andalucía durante el 2000, el 54% de los pacientes oncológicos terminales de un distrito sanitario no recibieron nunca AD⁴². La queja de los cuidadores sobre la falta de programación de las visitas podría significar que el intervalo entre ellas lo consideran muy largo. Si esto es así, habría que revisar los criterios de la programación y ajustarlos a las necesidades y características de cada familia, teniendo presente que, el acudir a la casa sin que tener que llamarlos es un indicador de calidad para el paciente y acudir sólo a demanda, todo lo contrario. Sin embargo, no se puede obviar que la práctica de enfermería en atención primaria, hoy por hoy, y en la mayoría de los centros, está centrada en la consulta de enfermería, priorizando esta actividad frente al resto. Así se revela en un estudio realizado en Andalucía⁴³ durante el 2000: el 40,4% de los enfermeros dedicaba más de 3 horas diarias a la consulta de enfermería (de ellos el 27% dedicaba más de 4) y el 39% entre 2 y 3 horas cada día. La media horas dedicada a la AD era de 4,9 semanales (S= 3,3; NC: 95%)

Sobre los discursos de los cuidadores de pacientes intervenidos en el modelo de CMA queremos destacar la necesidad manifiesta de que el equipo de AD les proporcione la confianza y seguridad suficiente como para minimizar el desamparo que han experimentado con el alta precoz. En los estudios publicados sobre la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores con el alta precoz no aparece consenso al respecto⁴⁴⁻⁴⁶. Lo que sí parece que mejora la aceptabilidad de estos programas es la garantía de continuidad de cuidados al alta, bien desde el propio hospital o desde el CS⁴⁷. En todo caso se hace necesario que los profesionales de ambos niveles trabajen de forma coordinada, para evitar las contradicciones o las prácticas diferentes que tanto desconciertan al paciente y que son responsables de la inseguridad de éste. La estrategia institucional de la Gestión por Procesos Asistenciales que se está desarrollando en Andalucía puede ser una propuesta eficaz⁴⁸. Junto a esto, los re-

sultados ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la información a los pacientes y familiares sobre las características de los programas de cirugía de alta precoz y de garantizar que el consentimiento del paciente se produce una vez que éste entiende y acepta lo que se le propone. Otros estudios también lo señalan⁴⁷. Y además de todo lo anterior, también parece necesario contemplar la posibilidad de que, en aquellos casos en los que el equipo sanitario no consigue tranquilizar al paciente para que se vaya a casa seguro, pueda permanecer la primera noche en el hospital.

De los discursos de los cuidadores de ancianos, señalar la influencia que tiene en la calidad percibida el que los profesionales muestren interés por los problemas del paciente y del cuidador. Muestra de ello es que, aunque saben que la mayoría de las veces la enfermera no puede proporcionarles los recursos materiales que necesitan, valoran sus gestiones para facilitárselos. En este sentido, parece necesario potenciar la dimensión relacional y de comunicación de la práctica sanitaria, como mecanismo eficaz para mejorar la calidad percibida por los pacientes de los cuidados que reciben. En España, los cuidados de salud de los ancianos dependientes son asumidos casi en su totalidad por sus familias (el cuidado formal representa sólo entre el 2 ó 3,5% de la ayuda que necesitan^{25,49}). El cuidado se considera un deber y una obligación. Esto explica que los cuidadores entrevistados tengan pocas expectativas sobre las ayudas socio-sanitarias para la atención al familiar, que se hace más evidente en el caso de las mujeres por la relación género-rol de cuidadora. Por último, comentar que las demoras de los profesionales en acudir al domicilio que relatan los entrevistados y que genera una falta de capacidad de respuesta ante situaciones urgentes que requieren de atención inmediata, debería hacernos reflexionar sobre los modelos organizativos de los centros que siguen priorizando el trabajo en el CS, y más concretamente, sobre el papel de las enfermeras. Incluso podríamos debatir sobre la

capacidad del modelo de CS tradicional para responder de manera satisfactoria a las necesidades y problemas de estos pacientes. ¿Deberíamos pensar en la posibilidad de potenciar los Equipos de Soporte? ¿Tendría sentido la existencia de enfermeras domiciliarias dentro de los equipos de atención primaria?

Concluyendo, la atención domiciliaria es un servicio necesario para las cuidadoras informales de pacientes terminales e inmovilizados que facilita el cuidado en el hogar y garantiza una atención de calidad. Sin embargo desean mejoras en la accesibilidad y en la capacidad de respuesta. La actual oferta se considera insuficiente por la escasa cobertura y la distancia temporal entre una visita y otra. Además, cuando se presenta una situación urgente, la capacidad de respuesta del equipo de atención domiciliaria no se considera satisfactoria. La mejora de las competencias de los enfermeros domiciliarios también se percibe como una expectativa de los usuarios. Los cuidadores desean que las enfermeras domiciliarias tengan los conocimientos necesarios como para resolver los problemas del paciente en casa con la misma garantía y eficacia que en el hospital. Se detecta un problema importante respecto a la capacidad de los profesionales para controlar el dolor de los pacientes terminales.

Las expectativas de cuidadores y pacientes varían en función del problema de salud. Por lo tanto, las características de la atención domiciliaria tendrán que variar también en función de ello. Se hace necesario un modelo flexible que sea capaz de adaptarse a las necesidades de los diferentes tipos de pacientes y las circunstancias también distintas de sus cuidadores familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. SESPAS. Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: EASP; 2000.

2. Coleman B. European models of long-term care in home community. *Int J Health Serv* 1995; 25: 458-74.
3. García Barbero M. From hospitals to home health care: an alternative requiring careful thinking. Copenhagen: WHO; 1997.
4. Contel JC, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enfermería Clínica* 5; 5: 205-211.
5. Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Primaria* 2000; 25: 22-7.
6. Parasuraman A, Zeithaml V y Berry L. A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *J Mark* 1985; 41-50.
7. Parasuraman A y Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Diaz de Santos; 1993.
8. Carman JM. Consumer perceptions of services quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of retailing* 1990; 66: 33.
9. Asubonteng P, McCleary JKSJ. SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *The J Prof Serv Mark* 1996; 10: 62-81.
10. Thompson A, Suñol R. Las expectativas como factores en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teorías y pruebas. *Revista de calidad asistencial* 1996; 74-86.
11. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marin J, Aranz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997; 11: 176-89.
12. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, López Fernández L. A. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria* 1999; 24: 259-266.
13. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (supl 3): 26-33.
14. Gea MT, Hernán M, Jiménez.Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 37-44.
15. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 165-78.
16. Mira JJ, Rodríguez-Marin J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (5): 273-83.
17. Shortell SM, Fache PD. La necesidad urgente de métodos cualitativos en la investigación de servicios sanitarios. *Health Serv Res* 1999; 34 (Part II) (5): 1083-9.
18. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13: 312-319.
19. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-5.
20. Fernández de Sanmamed MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 453-4.
21. Sofaer S. Métodos cualitativos: ¿qué son y por qué usarlos? *Health Serv Res* 1999; 34 (Part II) (5): 1101-18.
22. Hurley RE. La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. *Health Serv Res* 1999; 34 (Part II) (5): 1119-36.
23. Bazo T. Los cuidados familiares de salud a las personas ancianas y las políticas familiares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1995; (Monografía): 1-22.
24. Duran MA. El cuidado de la salud. En: *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1988.
25. García Calvente MM., Mateo Rodríguez IGCP. Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud: Investigación cuantitativa. Granada: EASP; 1999.
26. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-12.
27. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 496-502.
28. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300.
29. Ruiz Olabuénaga JI. El diseño cualitativo. En: Ruiz Olabuénaga JI ed. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996. p. 64.

30. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29: 366-73.
31. Ortí A. El grupo de discusión en su práctica: Memoria social, intertextualidad y acción comunicativa. *Revista Internacional de Sociología* 1996; 13.
32. Benítez MA. ¿Por qué la atención domiciliaria a debate? *Aten Primaria* 1999; 24 (supl 2): 163.
33. Gené J, Contel JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 18-20.
34. Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para una atención domiciliaria realista en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 439.
35. Contel JC. Modelos de Atención a domicilio en el entorno europeo. *Aten Primaria* 1999; 24 (supl 2): 163-5.
36. Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García Calvente MM, Gutierrez Cuadra P, Gonzalo Jiménez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria* 2000; 26: 139-44.
37. Roca Roger M, Ubeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26(4): 217-23.
38. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A, Armas J. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria* 1999; 23: 187-191.
39. Busquet Durán X, Porta Serra M, Jarrod M, Busquet Mas C, Sánchez Blanco AM, Duocastella Bastardes P. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. *Aten Primaria* 1994; 13: 291-297.
40. Seamark DA, Thorne CP, Lawrence C, Pereira Gray DJ. Appropriate place of death for cancer patients: views of general practitioners and hospital doctors. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 359-363.
41. De Conno F, Caraceni A, Groff L, Brunelli C, Donati I, Tamburini M, et al. Effect of Home Care on the Place of Death of Advanced Cancer Patients. *Eur J Cancer* 1996; 32: 1142-1147.
42. Prieto MA. Satisfacción de usuarios con la atención domiciliaria a pacientes oncológicos (FIS/99/0047-03). Memoria científica 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2001.
43. Prieto MA, Heierle C, Frías A, Calzada ML, Alcaide A, Vázquez T, Sandino L. Práctica enfermera en atención domiciliaria: opinión de profesionales. (FIS/98/0653). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2001.
44. Shepperd S, Ilife S. Effectiveness of hospital at home compared to in-patient hospital care (Cochrane review). In *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software; 1998.
45. Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Pounsford J, Darlow MA. Randomized controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *BMJ* 1998; 316: 1796-1801.
46. Sola ME, Bernuz A, Lázaro JJ, Bosch X, Cáncer L, Serra M. Cirugía ambulatoria pediátrica: una nueva oferta sanitaria rentable ¿y además satisfactoria? *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 6-12.
47. Caplan GA, Brown A, Crowe PJ, Yap S, Noble S. Re-engineering the elective surgical service of a tertiary hospital: a historical controlled trial. *Med J Austr* 1998; 168: 247-51.
48. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud; 2000.
49. Valderrama E, Ruiz D, Adame JF, García C, García PA, Pérez del Molino J. El cuidador principal del anciano dependiente. *Rev Gerontol* 1997; 7: 229-233.

RELACIÓN DE EVALUADORES

La Revista de Española de Salud Pública ha contado en su proceso editorial para este número monográfico con la colaboración de expertos en metodología cualitativa, quienes, de forma anónima e independiente, han actuado como evaluadores externos de los trabajos que se han recibido solicitando su publicación. Su contribución desinteresada ha sido fundamental, por lo que el Comité de Redacción les agradece de forma muy especial su colaboración.

ALMUDENA ALAMEDA CUESTA
MANUEL AMEZCUA
CARLOS CALDERÓN
JAVIER CALLEJO
ISABEL CASANOVAS
JOAN CARLES CASAS BAROY
FERNANDO CONDE GUTIERREZ
PILAR DELGADO HITO
JUAN CARLOS DURO
MARÍA JOSÉ FDEZ. DE SANMAMED
CARMEN FUENTECSAZ
EUGENIA GIL GARCÍA
MARIAN GIL NEVOT
M.ª ANGELES GONZÁLEZ VALENTÍN
LUPICINIO ÑIGUEZ

ELENA DE LORENZO
EMILIO LUCIO-VILLEGAS RAMOS
JOAN CARLES MARCH CERDÁ
INMACULADA MATEO RODRIGUEZ
ARACELI MONZÓN FERNÁNDEZ
ANSELMO PEINADO
MARGARIDA PLA
M.ª ANGELES PRIETO
MILAGROS RAMASCO
JUANA ROBLEDO MARTÍN
MANUEL JESÚS SALAS IGLESIAS
MODESTA SALAZAR AGULLÓ
LUIS SEOANE
CARMEN SILVESTRE