

Investigación cualitativa y práctica sanitaria: reflexiones desde la atención primaria y los servicios de salud

Qualitative research and health practice: reflections from primary
care and health services

Pesquisa qualitativa e prática sanitária: reflexões desde a atenção
primária e os serviços de saúde

Carlos Calderón G.¹

¹ PhD en medicina, Máster en salud pública, Médico especialista en medicina familiar y comunitaria, licenciado en sociología. Centro de Salud de Alza (San Sebastián); Unidad Docente de MF y C de Gipuzkoa; Unidad de Investigación de Atención Primaria-Osis de Gipuzkoa; Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Correo electrónico: ccalderong@telefonica.net

Recibido: 27 de noviembre de 2014. Aprobado: 17 de mayo de 2015. Publicado: 20 de octubre de 2015

Calderón C. Investigación cualitativa y práctica sanitaria: reflexiones desde la atención primaria y los servicios de salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(supl 1): S112-S120. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a19

Resumen

La investigación cualitativa (IC) posibilita la apertura de las ciencias de la salud al conocimiento y transformación de realidades complejas como las que caracterizan la atención primaria (AP) y los servicios sanitarios. La AP representa el contexto idóneo para la prestación de una asistencia de calidad, integral, equitativa y orientada a las personas y a la comunidad, pero, a su vez, resulta especialmente vulnerable al actual cuestionamiento de los sistemas públicos y a la reducción de la ciencia y de la buena práctica al diseño experimental y a la cuantificación numérica de actividades. La justificación y los retos metodológicos del desarrollo de la IC en la AP requieren discutirse atendiendo a dichas particularidades. Desde esa perspectiva, se comparten algunas reflexiones sobre las exigencias y dificultades de la labor asistencial,

la implantación de sistemas de registro e información inadecuados y los efectos paradójicos de la difusión de la medicina basada en la evidencia en la AP. La IC puede y debe ayudar a resituar la complejidad de la persona en el centro de la actividad asistencial e investigadora. Para ello, se argumenta la necesidad de apostar por la calidad en la IC, incorporar la narratividad y la integralidad en la evaluación de la buena práctica y promover la complementariedad de evidencias teniendo en cuenta las exigencias propias de cada enfoque metodológico. Estos requisitos solo son posibles desde el compromiso ético y la voluntad crítica y transformadora por parte del investigador.

-----*Palabras clave:* investigación cualitativa, atención primaria, servicios de salud

Abstract

Qualitative research (QR) enables the opening of health sciences to the knowledge and transformation of complex realities such as those characteristic of primary care (PC) and health services. PC represents the suitable context to provide quality, comprehensive and equitable care which targets both the people and the community. But at the same time, it is especially vulnerable to the current questioning of public systems and the reduction of science and good practice to the experimental design and numerical quantification of activities. The justification and methodological challenges of the development of QR in PC require that they be discussed while taking into account these particularities. From that perspective, some reflections are shared on the demands and difficulties of

care provision, the implementation of inadequate registration and information systems and the paradoxical effects of the spread of evidence-based medicine in PC. QR may and should help relocate the complexity of the individual at the center of the care and research activity. To this end, it is argued that there is a need to support quality in QR, incorporate narrativity and comprehensiveness in the assessment of good practice, and promote the complementarity of evidences considering the specific demands of each methodological approach. This is only possible with the ethical commitment along with the critical and transforming will of the researchers.

-----*Keywords:* qualitative research, primary care, health services

Resumo

A pesquisa qualitativa (PQ) possibilita a abertura das ciências da saúde ao conhecimento e à transformação de realidades complexas como as que caracterizam a atenção primária (AP) e os serviços sanitários. A AP representa o contexto idôneo para a prestação de uma assistência de qualidade, integral, equitativa e voltada para as pessoas e para a comunidade, porém, ao mesmo tempo, resulta especialmente vulnerável ao atual questionamento dos sistemas públicos e à redução da ciência e da boa prática ao desenho experimental e à quantificação numérica de atividades. A justificação e os desafios metodológicos do desenvolvimento da PQ na AP precisam ser discutidos atendendo tais particularidades. Desde essa perspectiva, compartilham-se algumas reflexões sobre as exigências e dificuldades do trabalho assistencial, a

implantação de sistemas de registro e informação inadequados e os efeitos paradoxais da difusão da medicina baseada na evidência na ap. A PQ pode e deve ajudar a reposicionar a complexidade da pessoa no centro da atividade assistencial e de pesquisa. Para isto, argumenta-se a necessidade de apostar pela qualidade na PQ, incorporar a narratividade e a integralidade na avaliação da boa prática e promover a complementaridade de evidências levando em consideração as exigências próprias de cada abordagem metodológica. Estes requisitos são só possíveis desde o envolvimento ético e a vontade crítica e transformadora por parte do pesquisador.

-----*Palavras-chave:* pesquisa qualitativa, atenção primária, serviços de saúde

Introducción

Hace más de dos décadas que se presentaron las primeras publicaciones que subrayaban el potencial de la investigación cualitativa (IC) en la atención primaria (AP) [1-3]. El enfoque integrador de los problemas de salud del paciente junto a las prácticas preventivas, educativas y de cuidados, la accesibilidad y continuidad de la asistencia y la expresión permanente del medio familiar y social en la relación entre personas enfermas y profesionales de la salud le confieren especial complejidad. Además, a la AP le correspondería desempeñar un papel de eje fundamental de los sistemas sanitarios, no solo por su efectividad y eficiencia, sino también como redistribuidora de riqueza y de equidad social [4-5].

El desarrollo de la medicina de familia y la enfermería comunitaria, así como la incorporación en los centros de salud de la pediatría, planificación familiar, odontología o el trabajo social han contribuido a reforzar una visión menos biologicista de la atención sanitaria y a reconocer la

importancia de investigar las dimensiones vinculadas a los valores, las expectativas y las motivaciones de los diferentes agentes para identificar y promover cambios de mejora [6].

Pero, por otro lado, no debemos perder de vista la gran heterogeneidad y las no menores carencias, vicisitudes y riesgos frente al futuro con que nos encontramos al aproximarnos a las realidades concretas de la AP y, por lo tanto, de la IC en AP en cada uno de nuestros países. Detrás de posibles referentes comunes, como el auge de finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, posteriores a la conferencia de Alma-Ata, las realidades de las AP han discurrido parejas a los cambios políticos, económicos y sociales acontecidos en cada país; cambios que han repercutido en el mayor o menor grado de cobertura sanitaria, de desarrollo del sector público respecto del privado en cuanto a financiación y calidad, de vinculación entre universidad y servicios de salud, de apoyo a políticas de investigación independientes orientadas a las necesidades de los ciudadanos y de democracia, transparencia y apuesta

por el medio y largo plazo en la planificación y gestión de las estrategias sanitarias.

No sorprende, en este sentido, que la producción de estudios cualitativos desde la AP haya sido notablemente mayor en aquellos países donde la AP estaba más consolidada en sus sistemas sanitarios, contando con departamentos y redes estables de colaboración entre la universidad y los servicios de salud. Por el contrario, en contextos como el español, donde los inicios de la AP fueron más tardíos y su presencia en la universidad sigue siendo prácticamente inexistente, el desarrollo de la IC, aunque creciente, resulta todavía muy limitado. Podrían señalarse al respecto diferencias en medicina y enfermería, pero en el ámbito de los servicios de salud y, específicamente, en lo que a AP se refiere, la producción es en ambos casos escasa [7].

El debate sobre IC y práctica sanitaria y, en particular, desde la AP, se sitúa, por tanto, no solo en los terrenos de lo epistemológico y lo metodológico, sino que necesariamente debe enmarcarse en los contextos de los sistemas sanitarios y las políticas de salud. En el caso de España, dichas políticas participan en la actualidad de las corrientes neoliberales que al amparo de la última crisis económica están debilitando el frágil Estado de bienestar construido en los últimos 30 años [8-9]. Ciertamente se trata de políticas de acoso y derribo de lo público que no son exclusivas de los países del sur de Europa ni tampoco desconocidas en América latina. Es más, los recientes cuestionamientos de algunos de los pilares principales de la AP como la responsabilidad continuada sobre los cuidados de las personas o su papel de puerta de entrada a los sistemas de salud, por parte de organismos y editoriales de revistas de ámbito internacional [10-11] reflejan en cierta medida la naturaleza global de los peligros que la amenazan. Peligros —y dramáticas realidades en muchos casos— que afectan al derecho de todas las personas a acceder a una asistencia sanitaria de calidad y también a la buena práctica clínica, docente e investigadora en los servicios de salud. De ahí que las respuestas y alternativas deban ser, también, cada vez más globales y compartidas.

Es desde de estos planteamientos e inquietudes donde se sitúan las siguientes reflexiones a modo de contribución abierta al debate sobre el porqué, el cómo y el quién en el desarrollo de la IC en AP.

Comenzando con los porqués y los para qué

Señalábamos antes algunas de las particularidades que hacen de la AP un terreno especialmente fértil para el desarrollo de la IC. En la AP, la complejidad de la salud

y el enfermar se hace habitualmente más visible que en otros niveles de la asistencia sanitaria. La pluralidad de problemas en una misma persona, los solapamientos entre lo agudo y lo crónico y entre lo vivido como indomable y lo diagnosticado como importante, además de su vinculación a lo biográfico, lo familiar, lo laboral y lo social subrayan permanentemente, en el consultorio o en el domicilio del paciente, la importancia de tener en cuenta las vivencias y perspectivas *del otro* para una buena asistencia [12]. Componentes de dicha asistencia, como la escucha activa de la narración de las dolencias, la necesaria empatía en el encuentro profesional-paciente y el carácter dinámico de la gestión de las incertidumbres en los procesos diagnósticos, terapéuticos o preventivos favorecerían en principio la comprensión y aplicabilidad de la IC en la AP [6]. No obstante, esa misma práctica asistencial conlleva determinadas singularidades que merecen tenerse en cuenta para comprender mejor su justificación y algunos de sus retos. De entre ellas, apuntaré a modo de pinceladas unas breves consideraciones acerca de las exigencias derivadas de la atención a los pacientes, los condicionamientos de los sistemas de información y las paradojas de la denominada medicina basada en la evidencia (MBE).

Para responder adecuadamente a su función, la AP no solo ha de ser accesible e integral, sino también efectiva en el diagnóstico, la prevención, la derivación y el tratamiento —o no tratamiento— de patologías cardíacas, respiratorias, endocrinas, traumatológicas, dermatológicas o del estado de ánimo, entre otras más, a personas concretas que acuden buscando soluciones a sus dolencias. Ello requiere, además de saber identificar las dudas, conocer y aplicar de manera correcta los conocimientos científicos disponibles. A su vez, la frecuente precipitación, la falta de tiempo y recursos —y también de compromiso— condicionan con frecuencia no solo la calidad de esa atención, sino también la escasa reflexión teórica y crítica por parte de los profesionales sobre su propio trabajo y las condiciones en que se lleva a cabo. En mi opinión, la IC en AP ha de estar ahí, en la complicada realidad concreta de lo que debería ser la mejora de la práctica asistencial entre pacientes, profesionales y gestores; y para ello, por lo general, sirven de poca ayuda tanto los teoricismos relativistas [13] del “todo depende” como el practicismo justificatorio del “es lo que hay, y por lo tanto no queda más remedio que seguir haciendo lo mismo”.

La creciente incorporación de modelos de *management* importados de sectores no sanitarios se ha acompañado, también con frecuencia, de soportes tecnológicos orientados en gran medida a la *gestión a distancia* de la productividad mediante el registro y cuantificación de datos simples. En consecuencia, el problema resultante en los servicios de salud no suele ser solo la falta de datos,

sino, sobre todo, la falta de información y conocimiento adecuados para evaluar correctamente la realidad de la práctica asistencial. En la medida en que los sistemas de información se limiten a evaluar lo fácilmente registrable, las dimensiones menos simples de la buena práctica tienden a ser ignoradas e, incluso, a desaparecer de las finalidades y señas de identidad de los diferentes ámbitos de atención [14]. En la actualidad, dicho problema afecta especialmente a la AP por lo que conlleva de simplificación forzada de su complejidad y, por tanto, de banalización y limitado reconocimiento de su importancia dentro y fuera de los servicios de salud.

La difusión en la AP de las corrientes relacionadas con MBE ha provocado asimismo determinados efectos paradójicos que merecen tenerse en cuenta por sus importantes implicaciones en las prácticas y políticas sanitarias, y también por sus frecuentes derivas simplificadoras por parte de seguidores y detractores. Por un lado, resulta difícilmente objetable el papel desempeñado por la MBE en subrayar la importancia de cuestionarnos lo que con frecuencia hacemos mal, por el peso de la costumbre, por la autoridad de la academia o por asumir acríticamente todo lo que se vende con la etiqueta de “científico” por parte del sector farmacéutico y tecnológico, la literatura sanitaria o los poderes profesionales. Pero, por otro lado, no es menos cierto que la realidad de su desarrollo práctico ha puesto de manifiesto paradojas como el surgimiento de nuevos “expertos” —ahora en MBE y guías de práctica clínica—, así como efectos contraproducentes derivados de la reducción de la ciencia a la jerarquía incuestionable del ensayo clínico y el metanálisis, ignorando la pluridimensionalidad e interacción del conocimiento y la diversidad y dinamismo de los problemas y preguntas que se generan en contextos como la AP [16-17].

En estas circunstancias, la IC representa por tanto la posibilidad de ampliar los enfoques del pensamiento y la práctica científicos en el ámbito de la AP y los servicios de salud, reivindicando su complejidad y, por tanto, la necesidad de aproximarnos a su conocimiento y mejora con humildad consciente y actitud crítica. La IC no es ninguna alternativa a la investigación bioquímica o genética ni a la epidemiología estadística en las ciencias de la salud. Es más, todas ellas deberían compartir la inquietud por la búsqueda de las mejores respuestas a las necesidades preventivas o terapéuticas de las personas y hacerlo con rigor, entusiasmo y honestidad. Pero la IC sí ha aportado, y debería seguir aportando, la necesidad de reconocer permanentemente la complejidad de lo humano tanto en su papel de destinatario de la práctica investigadora como en el de sujeto investigador y generador de conocimiento.

El profesional sanitario, el paciente y el investigador no son entes abstractos ni simples escalones de algoritmos diagnósticos o procedimentales. En todos los casos se trata de individuos con valores, expectativas, pertenencias a grupos y clases sociales y recorridos biográficos que son inseparables de sus vivencias en el trabajar, en el enfermar y en el conocer. La IC puede y debe contribuir en este sentido a una recolocación permanente de la persona en el centro de la labor asistencial e investigadora [17-18]. Las necesidades y prioridades asistenciales no son las mismas en individuos con disponibilidad de trabajo y educación que en poblaciones marginadas urbanas o rurales o desplazadas por la violencia o por el hambre. En todos los casos, la AP es necesaria como medio de acceso y respuesta a la mayoría de los problemas de salud y, para ello, el estudio del síndrome, el signo y la fisiopatología de la enfermedad aislada son imprescindibles, pero no suficientes.

El conocimiento científico conlleva una labor de conceptualización y de reducción de los fenómenos al mínimo común para hacer más fácil su operacionalización y la generalización de los hallazgos; pero, a su vez, necesita siempre hacer el recorrido de vuelta a las realidades de dichos fenómenos intentando recuperar el máximo posible de lo despojado y reevaluar con prudencia, rigor y honestidad la validez de aquello que fue descubierto en condiciones artificiosas de simplificación. En el caso de la salud y la enfermedad, ese mínimo común tiende a situarse en la esfera de lo biológico, lo cual conlleva importantes pérdidas de complejidad que necesitan ser reincorporadas para poder llevar a cabo una práctica clínica realmente *personalizada y centrada en el paciente* [19]. La literatura médica y de enfermería y la propia experiencia cotidiana de los profesionales sanitarios está plagada de ejemplos en los que dicha recuperación y contraste con la realidad no se lleva a cabo o se hace de forma incorrecta, bien por errores y sesgos en el diseño y publicación de los estudios o bien por intereses ajenos a la buena práctica. Variables intermedias, como las cifras de colesterol o el número de actos médicos o de enfermería, pasan a ser considerados como *indicadores de salud*, a la vez que se contribuye a etiquetar como enfermos a los individuos de manera engañosa mediante chequeos y pruebas diagnósticas muchas veces innecesarios y iatrogénicos [20]. Las enormes presiones y beneficios de las multinacionales farmacéuticas y tecnológicas, las posibilidades de negocio para numerosos profesionales y la dejación (cuando no connivencia) por parte de los poderes públicos de sus responsabilidades reguladoras y garantizadoras del derecho a la salud de todas las personas pueden provocar —y provocan— que la tan repetida atención *personalizada y centrada en el*

paciente quede reducida a la mera retórica, cuando no al encubrimiento de políticas, planes y programas “centrados en el consumidor”.

Ante la frecuente simplificación y manipulación de lo que los pacientes quieren y necesitan, lo que aporta y no aporta la ciencia, o lo que debería ser y es la buena y la mala práctica profesional, la IC puede aportar desde la AP y los servicios de salud elementos claves de evaluación de las necesidades y la calidad asistencial más acordes con la realidad pluridimensional y dinámica de la buena asistencia centrada en las personas. El terreno a trabajar en este sentido es extenso y difícil, ya que debe incluir tanto a los propios pacientes como a los profesionales y a las políticas sanitarias, pero conlleva muchas e importantes preguntas que necesitan de la IC para poder ser respondidas.

Continuando con los cómo

El cómo llevar a cabo la IC en AP tampoco resulta ajeno a las características de los contextos concretos. Investigar —y mucho menos investigar bien— nunca es gratis, sino que requiere de tiempo, dedicación y recursos que no pueden recaer únicamente en la voluntad personal del investigador. Es más, en el caso de la AP y los servicios de salud, es importante contar con investigadores vinculados a la clínica que estén cercanos a los problemas de salud de las personas y que contribuyan a plantear preguntas relevantes y a contrastar en la práctica la aplicabilidad de las respuestas a los problemas planteados. Las políticas sanitarias a favor de estrategias de financiación y formación en investigación a largo plazo, con criterios explícitos, independientes y transparentes, resultan en este sentido imprescindibles.

En el apartado anterior se señalaban algunas singularidades de la práctica asistencial que podían contribuir a comprender mejor la justificación de la IC en la AP y los servicios de salud. Dichas singularidades se acompañan también de determinados retos metodológicos que merecen ser brevemente comentados, como es el caso de la evaluación de la calidad en la IC, la incorporación de la narratividad y la integralidad en los sistemas de información, así como la necesidad de avanzar en la síntesis de evidencias de distinta procedencia metodológica.

En varias ocasiones me he referido a la importancia de la calidad como componente esencial de la labor investigadora [21-22]. Considero que la exigencia de calidad en la investigación —como en la labor asistencial, la docencia, la gestión o cualquier otra práctica sanitaria— es algo obligado para quien la ejerce y para quien la recibe, sobre todo cuando se trata de

actividades de carácter público (al contrario de lo que se percibe con frecuencia, ‘público’ y ‘calidad’ deberían ser conceptos permanentemente vinculados y, por tanto, merecedores de especial prestigio).

En el caso concreto de la IC en AP y en los servicios de salud, entiendo además como particularmente necesario que la calidad figure siempre en su tarjeta de presentación. Investigar en ciencias de la salud en general —y también cuando se opta por las metodologías cualitativas— representa una forma de ordenar el proceso del conocimiento de modo sistemático y contrastable con la realidad que se pretende conocer. Cuando esta realidad tiene que ver con la salud y la enfermedad de las personas —tal y como señalábamos a propósito de la práctica asistencial en AP—, resulta especialmente importante hacer todo lo posible por no equivocarnos ni engañar a los destinatarios del producto de la investigación. El “todo vale” —decíamos— resulta injustificable.

Como sabemos, la IC, a diferencia de otros enfoques metodológicos de corte estadístico y epidemiológico, se caracteriza por su apertura, flexibilidad e iteratividad en el diseño y proceso investigador. Su enfoque se orienta a la interpretación de los fenómenos desde la perspectiva e interacción de las personas y sus contextos y no a su cuantificación. En la IC convergen además una diversidad de corrientes de pensamiento (etnografía, fenomenología, interaccionismo simbólico, etnometodología, investigación-acción, teorías críticas y otros) que permiten al investigador alinearse en alguna de ellas o bien optar por el pluralismo —frecuente en el oficio de *bricoleur* [23]— en el manejo de las aportaciones teóricas y metodológicas que unas y otras le ofrecen, en función del fenómeno a investigar. Pero la apertura, la flexibilidad, el pluralismo y la singularidad del enfoque cualitativo no eximen al investigador de la responsabilidad de ser exigente con la calidad y el rigor de su trabajo, puesto que en todo caso le generan mayor dificultad y esfuerzo que cuando se parte de una hipótesis y de protocolos cerrados, ya que se requiere de marcos y criterios evaluadores diferenciados y acordes con sus propias características teórico-metodológicas.

Hace ya tiempo que Ratcliff y Del Valle subrayaban la importancia de los errores de tercero y cuarto tipos en la investigación [24]. El investigador no solo tiende a buscar e identificar únicamente aquellas preguntas que puedan ser respondidas mediante las metodologías que conoce (“el que domina el martillo ve clavos por todas partes”), sino que con mucha frecuencia hace abstracción de lo que es más importante o necesario para priorizar la investigación de lo más rentable, lo más prestigioso, lo menos comprometido o, simplemente, de lo más fácilmente sumable al currículo

académico. Preguntarnos por la adecuación de la opción metodológica que adoptemos en relación con el fenómeno y la pregunta de investigación, así como por su relevancia, son por tanto requisitos imprescindibles también para la IC en AP y a los que con frecuencia no les prestamos la atención debida. Se trata de cuestiones que deben recorrer todo el proceso de investigación, desde la identificación de los objetivos y la revisión bibliográfica a los resultados y conclusiones finales.

No basta, en este sentido, con señalar el interés del tema en la introducción de un artículo ni con referirnos a las técnicas cualitativas de obtención de información o nombrar alguna de las corrientes teórico-metodológicas antes citadas, para luego limitarnos a describir unos pocos fragmentos de las entrevistas que hemos realizado; y sin duda tampoco resulta fácil llevar a cabo investigaciones de forma correcta en las condiciones frecuentes en AP de falta de tiempo, de recursos y de formación investigadora. Sin embargo, las más frecuentes amenazas para la calidad de la investigación derivan del insuficiente reconocimiento de la importancia de su evaluación cuando se opta por lo más fácil en lugar de lo más adecuado y se obvia la trascendencia de las repercusiones negativas de la calidad deficiente en la validez y utilidad de sus resultados.

Ya apuntábamos antes que también el diseño y la aplicación de los modelos de evaluación vigentes en los servicios de salud y de los sistemas de información que los sustentan padecen con gran frecuencia las consecuencias de priorizar lo rápidamente analizable en detrimento de lo válido. El imponente desarrollo de las herramientas tecnológicas ha facilitado enormemente el registro, la comparación y el análisis de los datos generados en los servicios de salud, pero, a su vez, también está siendo llamativa la confusión de asignar a la *neutralidad* de la tecnología —y no a los sujetos que la diseñan y aplican— la responsabilidad de definir qué y para qué se quiere registrar, y en qué medida los datos registrados cubren la información necesaria para evaluar y promover la buena práctica. Las experiencias relacionadas con la implantación de las historias clínicas electrónicas (HCE) son un buen ejemplo de las repercusiones negativas que puede provocar dicha confusión y de algunos de los retos metodológicos que suponen para la IC. Al margen de los problemas relacionados con la multiplicidad, la incompatibilidad y el derroche en algunas ocasiones en la puesta en práctica de muchos de los programas de HCE, la pérdida de la integralidad en el manejo de los variados motivos de consulta que presenta un mismo paciente y la insuficiente valoración de lo narrativo como fuente imprescindible de comprensión y personalización de

dichos motivos constituyen dos áreas problemáticas de gran importancia [14].

Las HCE constituyen ya en muchos casos la principal fuente de información para la elaboración de estudios epidemiológicos y para el diseño y evaluación de las políticas de gestión de los servicios de salud. Precisamente por ello, dichas aplicaciones no deberían hacer olvidar la finalidad principal de la historia clínica como instrumento de registro de la información precisa para la buena práctica asistencial y para su seguimiento compartido entre profesionales y pacientes. Esta información necesita, para ser válida, la integralidad y la narratividad antes comentadas. En ambos casos se trata de dimensiones que han sido —y son— objeto de especial atención de las metodologías cualitativas, por lo que, en mi opinión, habrían de promoverse desde la IC propuestas orientadas a favorecer su incorporación y desarrollo específicos en los sistemas de información y evaluación de la AP y los servicios de salud.

Por último, considero oportuno referirme a la importancia de avanzar en el desarrollo de métodos e instrumentos de síntesis tanto de los resultados procedentes de estudios cualitativos como de la complementariedad de evidencias cuantitativas y cualitativas. Desde los tempranos consejos de Ibáñez respecto de la necesidad de saber manejar adecuadamente la “numerería” y la “palabrería” [25], a las propuestas más recientes de metarrevisiones, síntesis realistas, metasíntesis y síntesis narrativas, el cómo combinar y complementar las diferentes herramientas y metodologías constituye un reto de primer orden para la comprensión y mejora de fenómenos complejos como los que nos ocupan [26]. Aquí tampoco escasean las dificultades. El riesgo de trasladar mecánica e indistintamente métodos y procedimientos sin tener suficientemente en cuenta los diferentes enfoques epistemológicos y metodológicos ha sido repetidamente remarcado [27-28], como también lo es el ignorar o minusvalorar el papel de la teoría como marco de partida en los procesos de investigación y síntesis cualitativas y como componente imprescindible de su producto final [29-30].

Finalizando con los quiénes y los para quiénes

El ejercicio de la IC —y de la investigación en general— es una actividad en la que el sujeto investigador está inevitablemente presente como responsable de su diseño y desarrollo. El hecho de justificar adecuadamente el por qué y el para qué de la IC en AP y en los servicios

de salud, de ser coherentes con la opción metodológica adoptada y de llevarla a cabo correctamente conlleva un ejercicio de reflexividad y de compromiso ético imprescindibles en la investigación [24, 31]. La ética en la investigación es también hacer buena investigación. Como señalábamos antes, también la IC es susceptible de ser utilizada para encontrar y publicar lo que interesa de antemano al patrocinador o al investigador, sean privados, públicos o institucionales. El posicionamiento ético del investigador es, por tanto, previo a la elección del método de investigación. Es decir, no es el método sino el compromiso del propio investigador el que hace más o menos ética la labor investigadora.

Cuando dicha práctica investigadora se lleva a cabo con personas, exige además condiciones que garanticen el no daño, la voluntariedad, la confidencialidad y, en definitiva, el respeto por la autonomía de todos y cada uno de los participantes. Estas condiciones no deben limitarse a las intervenciones con fármacos o pruebas diagnósticas, sino que toda participación en un proyecto de investigación conlleva, desde el momento de la solicitud hasta la difusión de los resultados, los peligros y exigencias éticas derivados de la asimetría de información y poder de parte de quienes la diseñan y la dirigen, sobre todo cuando se llevan a cabo en un medio como el sanitario, donde la salud y la ciencia pueden ser coartadas fácilmente manipulables. En la IC, además, la interacción del investigador con los participantes es especialmente directa e intensa por lo que dichas exigencias necesitan asimismo de especial meticulosidad y compromiso para su identificación, prevención y evitación. En este sentido, los requisitos formales relativos a los consentimientos informados y a las autorizaciones de los correspondientes comités y comisiones de ética son, por supuesto, necesarios pero en ningún caso suficientes en un ámbito de la importancia y debate como el que nos ocupa [32]. Si, además —como ocurre con frecuencia en la AP y los servicios de salud—, en la práctica investigadora intervienen también estudiantes y profesionales en formación, las responsabilidades éticas repercuten no solo en los participantes y en el desarrollo de la investigación, sino también en los valores y compromisos que deberían formar parte imprescindible del bagaje formativo de los futuros investigadores.

En las prácticas investigadoras orientadas al cambio en los servicios de salud y en las que resulta imprescindible la participación de los propios profesionales, como es el caso de la investigación-acción, los retos éticos y metodológicos relacionados con el quién y el para quién resultan fundamentales. Un ejemplo que en nuestro caso nos ha servido de importante fuente de aprendizaje es el relativo a las intervenciones para favorecer la

colaboración interprofesional en la AP y los servicios de salud mental. Tras constatar y debatir las insuficiencias derivadas de los protocolos experimentales y de las condiciones artificiales en tiempo y recursos de gran parte de las experiencias publicadas sobre modelos colaborativos [33], llevamos a cabo una experiencia de investigación-acción-participativa (IAP) cuyos resultados provisionales están todavía siendo discutidos y reintegrados en los centros participantes [34].

La IAP configura un campo extenso y plural que, por supuesto, sobrepasa el contexto de estas breves reflexiones [35-36]. Pero a la vez que constituye una herramienta de gran valor para el conocimiento y mejora de los servicios de salud [37], presenta asimismo retos éticos y metodológicos específicos, ya que en su desarrollo práctico resultan imprescindibles, además de la evaluación de resultados no fácilmente constatables en el corto plazo, la continuidad en la cercanía, los liderazgos compartidos y las modificaciones de actitudes que solo son posibles desde la honestidad investigadora y mediante intervenciones consensuadas y compromisos a medio y largo plazo.

Apartir de lo anterior, me parece justificado finalizar estas reflexiones remarcando la importancia de la interlocución y la comunicación efectivas entre el conjunto de los agentes comprometidos en los procesos de investigación. De poco vale hablar de complejidad, de apertura epistemológica o de integralidad si no se nos entiende, si nos enrocamos en nuestros intereses estamentarios o si no nos atrevemos a alejarnos de la centralidad segura de nuestras disciplinas y lenguajes propios y a desplazarnos a las periferias de encuentro con los diferentes. Se trata de un esfuerzo sin duda necesario por parte de todos —sanitarios y no sanitarios— y para todos.

A lo largo del texto se han intentado identificar aquellos aspectos relacionados con el desarrollo de la IC que comportan, en mi opinión, especial importancia desde la perspectiva de la AP y los servicios de salud. Su ordenamiento en relación con los porqués, los cómo y los quiénes ha pretendido situarlos en el marco de una concepción de la IC orientada a la mejora de las realidades que pretende conocer y que, en este caso, conlleva la apuesta por una AP y unos servicios de salud públicos y de calidad. Además de las limitaciones derivadas del tratamiento excesivamente breve y superficial de temas que sin duda requerirían de mayor desarrollo, su selección responde a las inquietudes generadas desde una práctica profesional de largo tiempo en la asistencia, la docencia y la investigación desde la AP. Su finalidad, por tanto, no es otra que la de contribuir a un debate necesariamente abierto y compartido.

Agradecimientos

Al equipo organizador del VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Un Compromiso con la Ética y la Justicia Social, por haber brindado la oportunidad de participar y compartir esta colaboración.

Referencias

- Helman CG. Research in Primary Care: The Qualitative Approach. En: Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, editores. *Primary Care Research: Traditional and Innovative Approaches*. Newbury Park, California: Sage; 1991. p. 105-24.
- Crabtree BF, Miller WL. A qualitative approach to primary care research: the long interview. *Fam Med* 1991 Feb;23(2):145-51.
- Robertson MH, Boyle JS. Ethnography: contributions to nursing research. *J Adv Nurs* 1984 Jan;9(1):43-9.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit* 2012 Mar;26 Suppl 1:20-6.
- Calderón Gómez C, Fernández de Sanmamed Santos MJ. Investigación Cualitativa. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editores. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 193-216.
- Calderón C. La Investigación Cualitativa en el ámbito de los Servicios de Salud en España: caminos recorridos y reflexiones desde el presente. *Fórum Sociológico* 2014; II(24): 39-45.
- Bosch X, Moreno P, Lopez-Soto A. The painful effects of the financial crisis on Spanish health care. *Int J Health Serv* 2014;44(1):25-51.
- Repullo JR. El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible. *AMF* 2008;8(7):362-3.
- Making primary care people-centred: a 21st century blueprint. *Lancet* 2014 Jul 26;384(9940):281.
- EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health). Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Brussels: European Union. doi:10.2772/33238; 2014.
- Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001 Apr;51:303-9.
- Murphy E, Dingwall R. *Qualitative Methods and Health Policy Research*. New York: Aldine de Gruyter; 2003.
- Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ Open* 2012;2(6).
- Greenhalgh T. Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *J Prim Health Care* 2012;4(2):92-7.
- Calderón C, Sola I, Rotaecche R, Marzo-Castillejo M, Louro-Gonzalez A, Carrillo R, et al. EBM in primary care: a qualitative multicenter study in Spain. *BMC Fam Pract* 2011 Aug 9;12(1):84.
- Conde F. La Investigación Cualitativa en Salud desde la perspectiva histórico-sociológica. *Aten Primaria* 2001;28. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria(Supl.1.):199-200.
- Upshur RE, VanDenKerkhof EG, Goel V. Meaning and measurement: an inclusive model of evidence in health care. *J Eval Clin Pract* 2001 May;7(2):91-6.
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001 Sep 15;323(7313):625-8.
- Gérvás J, Gavilán E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012;8(6):312-7.
- Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (icS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):473-82.
- Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 2009;10(2):Art. 17, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>.
- Minayo MCS. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Ratcliffe JW, González del Valle A. El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual. En: Denman CA, Haro JA, editores. *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, Sonora.: El Colegio de Sonora; 2000. p. 57-111.
- Ibáñez J. Las medidas de la sociedad. *Reis* 1985;29:85-127.
- Petticrew M, Rehfuess E, Noyes J, Higgins JP, Mayhew A, Pantoja T, et al. Synthesizing evidence on complex interventions: how meta-analytical, qualitative, and mixed-method approaches can contribute. *J Clin Epidemiol* 2013 Nov;66(11):1230-43.
- Eakin JM, Mykhalovskiy E. Reframing the evaluation of qualitative research: reflections on a review of appraisal guidelines in the health sciences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003;9(2):187-94.
- Barbour RS, Barbour M. Evaluating and synthesizing qualitative research: the need to develop a distinctive approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003;9(2):179-86.
- Sandelowski M, Barroso J. Classifying the Findings in Qualitative Studies. *Qual Health Res* 2003;13(7):905-23.
- Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews*. York: ESRC Methods Programme. University of York; 2006.
- Calderón C. El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2011;19(Art. 2):<http://www.fjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=19&art=02>.
- Hammersley M, Traianou A. *Ethics in qualitative research. Controversies and contexts*. London: Sage; 2012.
- Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la atención a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* 2014;88(1):113-33.
- Calderón C, Balagué L, Belaunzaran J, Iruin A, Retolaza A, García B, et al. La investigación-acción-participativa en los servicios de salud: reflexiones metodológicas a partir de una experiencia colaborativa atención primaria-salud mental. Medellín, Colombia: VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Un compromiso con la Ética y la Justicia Social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2014.
- Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research. *Communicative Action and the Public Sphere*. En: Denzin

- NK, Lincoln YS, editores. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA: Sage; 2005. p. 559-603.
- 36 Fals Borda O. Participatory (Action) Research in Social Theory: Origins and Challenges. En: Reason P, Bradbury H, editores. *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London: Sage; 2001. p. 27-37.
- 37 Hampshire AJ. What is action research and can it promote change in primary care? *J Eval Clin Pract* 2000 Nov;6(4):337-43.