



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Chapela M., Maria del C.
Recuperar las raíces para recuperar el sentido: formación y producción de calidad en
investigación cualitativa como responsabilidad ética
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 33, núm. 1, 2015, pp. S13-S21
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12042407002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Ponencias

Recuperar las raíces para recuperar el sentido:
formación y producción de calidad en investigación
cualitativa como responsabilidad ética

Recovering the roots to recover sense: quality training and
production as qualitative inquiry ethical responsibility

Recuperar as raízes para recuperar o sentido: formação
e produção de qualidade em pesquisa qualitativa como
responsabilidade ética

María del C. Chapela M.¹

¹ Doctora en ciencias sociales, University of London, maestra en medicina comunitaria, Edinburgh University (Reino Unido) y licenciada en médica cirujana, Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. Correo electrónico: conich@correo.xoc.uam.mx

Recibido: 27 de noviembre del 2014. Aprobado: 03 de abril del 2015. Publicado: 30 de septiembre de 2015

Chapela MC. Recuperar las raíces para recuperar el sentido: formación y producción de calidad en investigación cualitativa como responsabilidad ética. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(supl 1): S13-S21. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a02

Resumen

Este trabajo se preparó en el contexto del VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, llevado a cabo en la ciudad de Medellín, Colombia, entre el 15 y el 17 de octubre del 2014. El tema de este congreso se refiere a la responsabilidad ética y de justicia social que tiene la investigación cualitativa en salud (ICS). Un tema principal en este sentido es el logro de calidad en la formación y producción cualitativa. En este trabajo me propongo sustentar y mostrar la responsabilidad ética y la preocupación por la justicia social inherente a la investigación cualitativa crítica en salud para después argumentar que la formación y producción de calidad en investigación cualitativa en salud es una responsabilidad ética de las y los investigadores. Señalo algunas de las condiciones en las que llevamos a cabo la ICS en Iberoamérica, que es urgente

remontar y argumento sobre la necesidad de buscar en nuestras raíces humanas iberoamericanas, posibilidades para mejorar esas condiciones, enfatizando en particular en los problemas de formación de investigadores y en la producción de trabajos que trasciendan en los campos de la salud y de la enfermedad en los cuales actualmente domina el pensamiento positivista médico-biológico ligado a los intereses del mercado. El trabajo que aquí presento es el resultado de reflexiones teóricas, epistemológicas, metodológicas y prácticas en diálogo con autores, colegas y su confrontación con la práctica.

-----*Palabras clave:* Investigación cualitativa en salud, responsabilidad ética, justicia social, Iberoamérica, formación en ICS, producción en ICS.

Abstract

This paper was prepared in the context of the VI Ibero-American Congress of Qualitative Health Research, held in Medellín, Colombia, from October 15 to 17, 2014. The central topic was the ethical and social justice responsibility ingrained in Qualitative Health Research (QHR). One of the main topics in this regard was the achievement of quality in training and in QHR products. My purpose in this paper is to ground and show the ethical responsibility and the concern for social justice that are inherent to Qualitative Critical Health Research. Additionally, I argue that training quality researchers and producing quality pieces of QHR is an ethical responsibility of every researcher. In this paper I also identify some of the conditions under which we perform our research in Ibero-America that should

be improved. I also argue about the importance of digging into our human Ibero-American roots in order to find ways to reverse these conditions, focusing in some of the problems of the training of researchers and production of qualitative works capable of transcending within the fields of health and disease, which currently dominated by medical-biological positivist thinking tied to market interests. Lastly, this paper is a result of theoretical, epistemological, methodological, and practical reflection that emerged from my conversations with authors, colleagues and from its confrontation with practice.

-----*Keywords:* qualitative research on health, ethical responsibility, social justice, Ibero-America, training in QHR, QHR production.

Resumo

Este projeto foi preparado no contexto do VI Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, realizado na cidade de Medellín, Colômbia, entre 15 e 17 de outubro de 2014. O tema deste congresso refere-se à responsabilidade ética e de justiça social da pesquisa qualitativa em saúde (PQS). Um tema principal neste sentido é a consecução de qualidade na formação e produção qualitativa. Neste projeto proponho-me a explicar e mostrar a responsabilidade ética e a preocupação com a justiça social inerente à pesquisa qualitativa crítica em saúde para depois argumentar que a formação e produção de qualidade em pesquisa qualitativa em saúde é uma responsabilidade ética dos pesquisadores e das pesquisadoras. Saliento algumas das condições em que realizamos a PQS em Ibero-América, as quais

é urgente superar e argumento sobre a necessidade de procurar nas nossas raízes humanas Ibero-Americanas, possibilidades para melhorarmos essas condições, salientando em particular os problemas de formação de pesquisadores e na produção de projetos que transcendam nos campos da saúde e da doença nos quais atualmente domina o pensamento positivista médico-biológico ligado aos interesses do mercado. Este projeto aqui é o resultado de reflexões teóricas, epistemológicas, metodológicas e práticas de diálogos com autores, colegas e a sua confrontação com a prática.

-----*Palavras-chave:* Pesquisa qualitativa em saúde, responsabilidade ética, justiça social, Ibero-América, formação em PQS, produção em PQS.

Introducción

En la última década, quienes nos ocupamos de la comprensión de los problemas de salud en sus distintos aspectos, con la intención de lograr cambios en las características del sufrimiento humano, hemos observado que el concepto de la investigación cualitativa (IC) ha permeado la investigación de las enfermedades de los seres humanos dentro de las instituciones prestadoras de atención médica y en los grupos académicos de investigación. Sin embargo, en ese ámbito —y aún en el de la salud—, los significados y sentidos de esas palabras parecieran ser distintos, comparados con los significados y sentidos con los que nacieron las mismas palabras fuera de esos ámbitos. Esta diferencia se vuelve problemática

cuando hace que los propósitos, diseños, acciones, discusiones, resultados y la comunicación de los trabajos cualitativos de investigación en salud y enfermedad frecuentemente no logren ni la comprensión* ni el convencimiento necesarios para lograr formas nuevas de entendimiento de las realidades de la salud o las de la enfermedad. En este trabajo me propongo sustentar y mostrar la responsabilidad ética y la preocupación por la justicia social inherente a la investigación cualitativa crítica en salud (ICCS) para después argumentar que la formación y producción de calidad en investigación cualitativa en salud (ICS) es una responsabilidad ética de los investigadores. Señalo algunas de las condiciones en las que llevamos a cabo la IC en salud en Iberoamérica, que necesitamos superar.

* La comprensión que busca la IC es la del significado de las cosas de la realidad, a lo que en el siglo XIX Wilhem Dilthey se refirió como *Verstehen* [1]. Posteriormente, Gadamer se refirió a *Verstehen* como conocimiento atado a la palabra, y al lenguaje como el medio de la intersubjetividad y de expresiones concretas de tradiciones inherentes al ser humano que dan a la práctica humana significado particular en comunidades de entendimiento [2]. Habermas considera el *Verstehen* como comprensión interpretativa que sirve al interés de clarificar las condiciones de comunicación e intersubjetividad [3].

Argumento enseguida sobre la posibilidad de buscar en nuestras raíces humanas iberoamericanas posibilidades para mejorar esas condiciones. Sostengo que para lograr que los trabajos de ICS trasciendan en los campos de la salud y de la enfermedad dominados por el pensamiento positivista médico-biológico ligado a los intereses del mercado, es necesario marcar un énfasis particular en los problemas de formación de investigadores y producción de trabajos de calidad. El trabajo que aquí presento es resultado de reflexiones teóricas, epistemológicas, metodológicas y prácticas en diálogo con autores, colegas y su confrontación con la práctica.

La investigación cualitativa en salud en contexto

Como cualquier otra práctica humana, la producción y formación en ICS en Iberoamérica está atada a las posibilidades y limitaciones de la época en que vivimos. Como investigadores(as) cualitativos(as), intentamos comprender y nombrar al mundo que, a su vez, está atado a la historia y a la palabra. Los problemas que estudiamos como investigadores cualitativos en salud están también conformados dentro del momento histórico en que tenemos conciencia del mundo. Esta es la época del mundo del mercado que “ha logrado la transformación total y absoluta de la vida humana en un bien de cambio”[4], en donde los nuevos miembros de la sociedad son introducidos al mundo como consumidores que tienen trazada su vida dentro de los senderos del consumo y, si no logran permanecer en este sendero a lo largo de su vida, los daños que pudieran ocurrirles serían considerados por la gran máquina del mercado como *daños colaterales* que poco a poco van construyendo una *infraclase* social [5]. Estos son los que no consumen, los que no producen y los que —para los cálculos de la economía— no valen; por tanto, no hay que invertir en ellos.

Bourdieu propone que la realidad social representa relaciones de intercambio de capitales materiales, sociales, culturales y simbólicos dentro de espacios sociales a los que llama *campos* [6], y, por tanto, la sociedad ES relaciones de poder. Con contadas excepciones, estos intercambios son desiguales e implican dosis considerables de violencia perpetrada en contra de los agentes sociales marginados en los campos al no contar con capital suficiente para modificar su lógica

de práctica. Este autor propone también la existencia de un metacampo del poder —que concentra todos los poderes de todos los campos— y de dos hipercampos que son funcionales a la acumulación de capitales: el de la producción y el de la cultura [7]. El campo de la cultura tiene como misión construir necesidades que pueden ser resueltas mediante el consumo de lo que el campo de la producción ofrece.

El campo de la enfermedad[†], organizado desde la medicina-mercado, se sitúa en los dos hipercampos: por un lado, en el hipercampo de la producción da valor de acuerdo con sus intereses a enfermedades que ya existen; produce e inventa nuevas enfermedades —como son los casos de la obesidad y la nueva gama de enfermedades mentales u otras—, a la vez que conjuros consumibles para la prevención, tratamiento y prolongación de enfermedades. Por otro lado, crea la convicción social de la existencia de esas enfermedades, su gravedad, su amenaza, la responsabilidad moral de atenderla y la necesidad de consumir los conjuros que se distribuyen a través de la maquinaria de la atención médica [9]. Un ejemplo de esto es la construcción de la gravedad de enfermedades como el H1N1 y el ébola. La construcción de la gravedad del H1N1 resultó en la venta masiva de geles, medicamentos y vacunas, no solo durante la “epidemia”, sino a lo largo los años que la han seguido, ocultando los daños que producen esos productos tecnológicos [10]. El ébola, por su lado, es una enfermedad que no es nueva y que no se detendrá mediante medicamentos o, como dice Fauci: “Es improbable que cualquier milagrosa cura termine la epidemia actual. En cambio, para vencer el ébola en África occidental, serán necesarias prácticas de salud pública sólidas, la vinculación con las comunidades afectadas, la considerable ayuda internacional y la solidaridad global” [11] [traducción de la autora].

Estamos pendientes de observar de qué manera se va a beneficiar el mercado con la alarma sobre el ébola, enfermedad que coexiste con otras epidemias y endemias como el paludismo o el sida, que por muchos años han cobrado vidas diariamente en el mismo continente africano. La maquinaria para la realización de mercancía médica incluye la construcción de una particular burocracia y ritos por los que se filtran y se construyen tanto los tiempos, costos y formas de

† En este trabajo distingo entre salud y enfermedad. La argumentación para esta distinción la he formulado en otra parte [8]. En la argumentación que aquí hago importa esta distinción particularmente considerando que lo que hoy se nombra como *campo de la salud, institución de salud, servicios de salud o investigación en salud* es con frecuencia un mero eufemismo en donde se oculta que la salud no ha sido ni comprendida ni atendida y que lo que hacen las instituciones y muchas investigaciones es problematizar la enfermedad en busca de intervención fundamentalmente médica a través de tecnología y productos consumibles; por ello podríamos cambiar aquellos nombres por los de *campo de la enfermedad, institución de enfermedad, servicios de enfermedad o investigación en enfermedad*.

atención a las enfermedades como los tiempos, pagos y formas para la producción de verdades científicas.

Esta maquinaria ha desarrollado formas particulares de introducción de los valores y palabras del mercado para generar validación y consenso, a través de los sistemas educativos, desde la televisión en el hogar, la propaganda en las calles, internet u otro medio, así como de la escuela y distintas formas de clubes hasta la formación médica y de investigadores y la regulación de lo que es válido y lo que debe producirse en ciencia. Para la eficacia de construcción de valores participan de manera principal instituciones administrativas como Colciencias en Colombia, que se define a sí mismo como Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Investigación, o el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología en México. Sin embargo, dentro del campo de la enfermedad existen históricamente herejes y continuamente surgen nuevas herejías que se oponen y establecen luchas de resistencia ante los dictados del poder.

Habermas afirma:

El progreso técnico-científico parecía llevar [desde hace algunos siglos] aparejado un progreso de la civilización, a la vez moral y político [...] En las actuales sociedades industrialmente desarrolladas, la ciencia, en cuanto motor del progreso técnico, se ha convertido en la primera fuerza productiva. Pero ¿quién espera todavía de ella una ampliación de la reflexión a tal vez una emancipación creciente? Hemos arrojado las filosofías de la historia al montón de la chatarra [12].

Las palabras del mercado para nombrar la salud y la enfermedad están respaldadas por una ciencia que, al olvidar la reflexión epistemológica y su compromiso con la sociedad que la mantiene, deificó al método científico como única fuente válida de verdad [13]. Para el mercado es indispensable el olvido de la razón ontológica de lo que hacemos como investigadores. Por encima de la producción de conocimiento que permita dar mejor cuenta de la realidad en la que vivimos, la investigación que se privilegia es la tecnológica que abre rumbos a la producción de nueva mercancía.

La producción de conocimiento y entendimiento tiene la capacidad potencial de incidir en la políticas públicas de salud de manera en que sean formuladas para el beneficio de quien sufre; la gran mayoría de ellos pertenecen a la *infraclase* que no consume, por lo que favorecer la construcción de conocimiento es riesgoso para el mercado. Paralelamente, la falta de acceso e ineficacia de lo que se ofrece como atención a las enfermedades y las condiciones de trabajo del personal de salud, aunadas a la vocación emancipadora inherente al ser humano y al conocimiento no controlado desde el

poder, abre una oportunidad a los investigadores para zafarse de esa maquinaria.

Los problemas que nos ocupan en la ics se refieren al cuerpo humano como lugar de intersección en donde las dicotomías convencionales dejan de ser tales para volverse cuerpo: lo material/inmaterial, lo objetivo/subjetivo, lo ambiental/personal, la carne/el pensamiento, la autonomía/las ataduras, lo público/lo privado/lo íntimo, el deseo/el tiempo, el colectivo/la persona. De esta manera, nuestros lugares colectivos resultan también en múltiples intersecciones de lo biológico, lo filosófico, lo histórico, lo social, lo cultural, lo tecnológico, lo político, lo económico. El resultado es la condición de la capacidad saludable de las personas y los grupos sociales [14]. Y esto es lo que nos preocupa en la ics: es aquí, en este entrecruzamiento actualmente dominado de manera masiva y contundente por el mercado, en esta frontera que es el cuerpo humano, en donde nuestra mirada se posa para comprender, para buscar nuevas palabras, para construir palabras de posibilidad, palabras de liberación, como desde hace cuatro décadas propuso Paulo Freire [15]. No interesa hacer valer una metodología sobre otras; interesa proceder de manera en que podamos comprender [16]. Es aquí en donde auscultamos, en donde escuchamos; en donde podemos construir la frontera entre nuestra mismidad y la otredad, frontera que habla e interpreta. Es aquí en donde surgen las posibilidades de una *investigación cualitativa crítica en salud*.

Engels e Illich: entre el asesinato social y la némesis médica

Dos autores, Friedrich Engels e Iván Illich, con 130 años de diferencia en sus respectivas biografías —y no del todo recordados por los nuevos investigadores en salud— plantearon con claridad dos aspectos de la situación actual de los problemas de salud y enfermedad que son objeto de la ics: el asesinato social y la némesis médica. Engels trabajó con su padre en la fábrica textil familiar a la que llegó en 1842. En la fábrica escuchó lo que allí pasaba y, tres años después, a los veinticinco años, escribiría su libro *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. En su trabajo, Engels denuncia como asesinato comprobado la determinación y la producción social de las enfermedades:

Cuando un individuo comete lesión corporal a otro individuo, lesión que resulta en muerte, a ese acto lo llamamos homicidio [involuntario]; cuando el agresor supo de antemano que la lesión sería fatal, llamamos a ese acto asesinato. Pero cuando la sociedad pone a cientos de proletarios en tales condiciones que inevitablemente

encontrarán una muerte demasiado temprana o innatural, una que es tan muerte por violencia como la conferida por una espada o bala; cuando despoja a miles de lo necesario de la vida, los pone en condiciones en las que *no pueden vivir* —los fuerza, mediante el fuerte brazo de la ley, a permanecer en tal condición hasta que la muerte resulta en inevitable consecuencia— sabe que esos miles de víctimas deben perecer, y aun así permite que permanezcan esas condiciones, su acto es asesinato tanto como el cometido por un solo individuo; disfrazado, asesinato malicioso, asesinato contra quien no puede defenderse, que no aparece como lo que es, porque ningún hombre ve al asesino, porque la muerte de la víctima aparece como muerte natural, dado que la ofensa es más de omisión que de comisión. Pero sigue siendo asesinato. [17] [cursivas en el original; traducción propia].

En el siglo pasado, particularmente a partir de la década de 1970, muchas fueron las voces que se levantaron para exponer esta misma denuncia desde el ámbito académico. Ejemplos de ellas son los trabajos de Navarro [18] y Laurell [19], así como los de la medicina social [20] y los de la salud colectiva latinoamericana [21]. En *Bodies that don't matter: death and dereliction in Chicago (Cuerpos que no importan: muerte y abandono en Chicago)*, Klinenberg [22] expone la cosificación y conversión en mercancía de cientos de personas que mueren en una ola de calor, en su mayoría personas sobre las cuales confluyen las inequidades: ancianos, negros, pobres y abandonados en vecindarios violentos cuyos cuerpos son transportados en camiones-refrigeradores y alrededor de los cuales lo que importa a los medios, a los políticos y a los chicagüenses es el amontonamiento de cuerpos y lo que los médicos forenses hacen con ellos, dejando así de lado la reflexión sobre quiénes son esos cuerpos y cuál el asesinato social del que fueron objeto.

En *La misere du monde*, Bourdieu y colaboradores [23] presentan decenas de historias sobre el sufrimiento social contemporáneo. Carolina Martínez y Gustavo Leal [24], desde la epidemiología, denunciaron en el 2003 la falsedad de la llamada entonces *transición epidemiológica*; Julio Boltvinik [25] ha dedicado su trabajo a la investigación sobre la pobreza durante las últimas décadas y muchos otros autores y autoras exponen el asesinato social del que desde 1844 Engels alertó al mundo. A pesar de esto, no es sino hasta 2008 cuando se emite un reporte institucionalizado de la Organización Mundial de la Salud en donde se hace oficial el reconocimiento de *los determinantes sociales de la salud* [26].

Este reconocimiento de inmediato se autolimitó a través de fragmentar la determinación y producción social de las enfermedades, conceptualizando en la práctica esos determinantes como lo que hasta entonces

se llamaban *causas sociales* (grupo etario, clase, sexo, nivel de escolaridad, servicios en la vivienda, entre otros), regresando a mirar riesgos y estilos de vida, con lo que el cambio de concepción quedó en mero discurso.

La desigualdad en atención de las enfermedades sigue su curso y su estudio y denuncia se filtra poco a poco en las revistas científicas hegemónicas. Ejemplo de esto es el artículo de Funk y colaboradores [27] que publica *The Lancet*, revista en donde domina la visión positivista biomédica. Utilizando el recurso y las condiciones de publicación, los autores cuentan y miden desigualdad en la disposición de salas de operación: en tanto en el sub-Sahara se disponía de una sala por cada cien mil habitantes, en Europa oriental se contaba con veinticinco. ¿Engels escribió su obra como alerta y producto de su necesidad de denuncia y cambio en esas condiciones? ¿Podríamos llamar a esta obra un trabajo de ICCS? ¿Podemos observar en esta obra la realización de una responsabilidad ética por parte del autor?

Como segundo aspecto clave para la comprensión de los problemas de salud actuales, desde la década de 1970 Iván Illich denuncia y alerta sobre la expropiación de la salud como producto de su monopolio por parte de las instituciones y profesionales de la medicina “científica”:

Un sistema de asistencia a la salud, basado en médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables, resulta patógeno por tres razones: inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios; tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente. El monopolio médico y para médico sobre la metodología y la tecnología de la higiene es un ejemplo notorio del uso político indebido que se hace de los progresos científicos en provecho de la industria y no del ser humano [...] Las consecuencias técnicas y las no técnicas de la medicina institucional se unen y generan una nueva clase de sufrimiento: la supervivencia anestesiada, impotente y solitaria en un mundo convertido en pabellón de hospital [28].

Illich nombra *némesis médica* a “[...] la experiencia de personas que están privadas en gran proporción de toda capacidad autónoma de hacer frente a la naturaleza, al vecino y a los sueños, y que se mantiene técnicamente dentro de sistemas ambientales, sociales y simbólicos” [29]. ‘Némesis’ es el nombre que los griegos dieron a una divinidad encargada de castigar a los hombres que pretendían hacer humanas las atribuciones divinas. Con esta denominación denuncia los daños producidos por la promesa incumplida que la medicina moderna hace de prolongar la vida y evitar la enfermedad, el dolor y la muerte, siempre y cuando se sometan los cuerpos al control médico. Ante esta promesa, este

autor propone: “La sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional, proporcionará las mejores condiciones para la salud” [30].

La reducción de la intervención profesional pasa por el desarrollo de la capacidad para enfrentarse autónomamente a la experiencia del dolor-enfermedad-muerte, haciendo de esta triada una parte integrante de la vida. “Cuando el ser humano se hace dependiente del manejo de su intimidad, renuncia a su autonomía y su salud *tiene* que decaer” [cursivas en el texto original] [31]. El autor argumenta que, para revertir la acción de la expropiación de la salud, es necesario primero percibir la némesis, lo que conduce a buscar opciones de autonomía y de organización de los servicios de salud de manera que puedan favorecer esa autonomía, además de estar preparados para las intervenciones médicas indispensables.

Illich murió hace ocho años y aun con su muerte tan cercana al momento actual, no tuvo la oportunidad de presenciar el desarrollo de la némesis médica hasta los extremos en que hoy los conocemos dentro del contexto de la dominación de una medicina y una salud pública, cada vez menos pública y más privada, estrechamente vinculadas al mercado. La realización de la némesis es tal que incluso entre los mismos académicos institucionalizados comienzan a surgir preguntas. Estas apuntan a distintas prácticas médicas; por ejemplo: los cuestionamientos cada vez más frecuentes sobre los estándares para definir quién está enfermo y quién no o quién es futuro enfermo [32]: sobre la mortalidad iatrogénica en el tratamiento de enfermedades como el cáncer que en ocasiones nunca existió y, a pesar de eso, fue tratado; sobre el efecto negativo de los *checkups médicos*, en tanto pocos se libran de ser enfermos o potencialmente enfermos; o sobre la acción patológica en el sistema inmunológico causada por vacunas y medicamentos [33], por mencionar algunas.

Hacer uso de la autoridad y construir miedo y exclusión son necesidades que propician el mantenimiento de la némesis médica. Esta situación requiere que la iccs la estudie, que busque la palabra, busque romper el silencio y develar los sustentos de la autoridad, las razones del miedo y las maneras de exclusión; investigar de una manera en que se puedan comprender tanto los efectos de esos dos aspectos de la situación de salud sobre los significados y el entendimiento del mundo y de la vida en las relaciones humanas, el amor, la cultura, las prácticas sociales, las definiciones de la economía, la política y la técnica (que se encuentran en intersección en los cuerpos humanos y en sus espacios colectivos) como también en busca de rutas de emancipación y de la manera en que los agentes sociales han logrado resistir y sobrevivir a esta némesis médica.

El estudio y exposición de estos dos aspectos de la situación de la salud y la enfermedad —el asesinato social y la némesis médica— no es tema favorecido por las instituciones de enfermedad, para las cuales importa continuar con el estado de las cosas a fin de mantener, a su vez, el control sobre las prácticas de consumo y el poder de construir significados y sentidos que favorezcan ese control. El rechazo a investigaciones que develen esa situación se extiende a todas las disciplinas; sin embargo, es particularmente notable en el ámbito de la salud y la enfermedad que, además de ser una fuente inagotable para la producción de tecnología y mercancía, se sostiene fundamentalmente en posiciones científicas de verdades únicas. Esto hace que el rigor en los trabajos no positivistas acrílicos, entre los cuales se encuentran muchos de los cualitativos, tenga que ser redoblado, sin dejar margen para que sean rechazados por falencias de coherencia ontológica, epistemológica ni metodológica, así como de profundidad y respeto, de convencimiento a través de la argumentación lógica, empírica y teórica, o por su manera de comunicar [4].

La necesidad redoblada de lograr calidad en los trabajos cualitativos obliga a no disfrazar lo cualitativo dentro de las exigencias positivistas con un único método válido, lo que debilitaría la coherencia mencionada y, en cambio, sí hay que hacer valer el rigor cualitativo, incluidas sus maneras distintas de comunicar las metodologías y los nuevos entendimientos, y el cuidado por no desprenderse de las realidades prácticas que quiere comprender. Una investigadora o un investigador cualitativo estudia, busca el acompañamiento de los autores, mira, escucha, regresa a estudiar, interpreta, vuelve al estudio, logra piezas de comprensión como inicio de estudio renovado, a la vez que construye comunidades cualitativas en donde pueda reconocer, reflexionar, confrontar y preguntar con respecto a lo que no sabe o no entiende, consciente de que la finalidad es comprender para transformar, no competir. Como propuso Carolina Martínez en su conferencia magistral en el marco del VI Congreso de Investigación Cualitativa en Salud en Medellín, 2014, más allá de memorizar o utilizar las palabras de la ic, necesitamos estudiar y recuperar nuestro ser como estudiantes para hacer ics.

La procura de la salud y la atención a las enfermedades no es una dádiva que se pueda esperar con paciencia: investigar, denunciar y terminar con el asesinato social es un asunto de justicia social elemental. Asimismo, la emancipación de la hegemonía médica de mercado es un asunto de supervivencia y, por tanto, también de justicia social elemental. Aunque no toda ics es crítica ni se pretende que los investigadores en salud que opten por objetos de estudio investigables mediante metodologías

cualitativas o de otro tipo asuman una postura crítica ante la situación de salud y de enfermedad, la iccs ha abierto brechas, aún invisibles a muchos ojos, en las condiciones de desigualdad en las que actualmente se encuentra el conocimiento en este ámbito, las que, a su vez, generan desigualdad en el acceso de las personas y los grupos sociales a conocimientos y servicios que marcan su situación de sufrimiento. Los esfuerzos que las investigadoras e investigadores cualitativos hacemos para hacer trascender nuestros nuevos entendimientos, así como la necesidad de estudiar, de acudir a la teoría, de desarrollar estudios con profundidad, de escuchar al otro, de producir conocimiento nuevo y comunicarlo dan pie para afirmar que la iccs es un asunto de justicia social que reclama una postura ética por parte de los investigadores, en lo cual la calidad de nuestros trabajos se vuelve una responsabilidad ética.

Buscar en nuestras raíces para remontar las condiciones de trabajo en iccs

La situación de la salud y la enfermedad en la que nos encontramos nos lleva a hacer nuestro trabajo académico con la perspectiva de lo que Bourdieu [5] llamó *illusio*, imágenes de la realidad construidas mediante la inculcación de un conocimiento invisible, incuestionable (*doxa*), que nos penetra de manera en que se corporeiza como *hexis*, esa práctica corporal automática con la que nos enfrentamos tanto a lo cotidiano como a lo impredecible. A lo largo de nuestra formación hemos construido socialmente una idea incuestionable, por invisible, de lo que es correcto e incorrecto en el trabajo científico: qué esperar de nuestro trabajo, para qué nuestro trabajo, cómo nuestro trabajo. Nuestro *doxa* y nuestro *hexis* se interponen entre nuestro deseo de miradas diferentes del mundo y la moral de lo correcto en investigación. Damos por hecho nuestra realidad, disminuyendo nuestro interés emancipador por conocer; de esta manera, perpetuamos con nuestras investigaciones, con pretensiones cualitativas críticas, la *ortodoxia*, el conocimiento visible que sostiene el estado de las cosas en salud y enfermedad. De aquí la necesidad de una formación sólida en iccs, de la reflexión colectiva, del diálogo con lo que vemos, escuchamos e interpretamos.

La iccs es *theoría*, *poiesis* y *praxis*. *Theoría* en tanto mirada particular de las cosas de la salud, *poiesis* en tanto producción autónoma de conocimiento reflexivo, crítico y de sabiduría (*phronesis*) y *praxis* como resultado de las anteriores en prácticas que modifiquen las condiciones del sufrimiento humano. Requiere por tanto de una intención emancipadora, de la identificación de una mirada propia desde donde definir sus objetos de estudio, de la intención de ser autores, de

compartir, de hablar y construir palabras de liberación y sanación [11]. Todo esto se requiere que logremos las y los investigadores cualitativos en condiciones en donde estamos atados a nuestras instituciones, en donde hay intolerancia, presiones académicas, institucionales y laborales, además de carencias financieras.

También estamos atados a nuestras raíces humanas, de donde podemos recuperar recursos para la autonomía y la identidad [12]. Somos seres de pasión a quienes nos duele el sufrimiento y lo conjuramos hablando, bailando, cantando. Somos artistas y artesanos que entendemos la fraternidad como valor que ha marcado el devenir en nuestra historia. Somos colectivos y respetamos las diferencias; creamos, somos curanderos, miramos después de la muerte y, en nuestros países iberoamericanos, tenemos fortaleza académica y mucho qué hacer. La tradición etnográfica latinoamericana en ciencias sociales, así como la de investigación-acción y la investigación participativa ligadas a la educación y el trabajo popular en nuestros países ha estado presente desde la década de 1960 y se ha exportado a distintas partes del mundo.

En las últimas cinco décadas, nuestra tradición académica trascendió en la modificación de las condiciones de salud en múltiples organizaciones de la sociedad civil, e incluso algunos de sus elementos fueron tomados de manera fraccionada por las instituciones; por ejemplo, en la formación de parteras y promotores de salud con fines de expansión institucional. Sin embargo, como forma de investigar, no ha podido abrir un lugar en el mundo biomédico desde donde los asuntos de la salud y la enfermedad sean atendidos de manera transdisciplinaria, con metodologías distintas a las cartesianas y que consideren al cuerpo como algo más que su mera dimensión biológica.

La ic llegó como producto de importación al ámbito de la salud en nuestros países hace apenas dos décadas, lo que ha dificultado nuestra formación y la formación de formadores. Ante la adversidad de nuestra condición como investigadoras e investigadores cualitativos críticos en salud, podemos “trabajar con las dos manos”: la derecha para convencer, la izquierda para comprender. Podemos multiplicar y trabajar a cuatro, a ocho o con la cantidad de manos que se requieran para compartir, hablar, imaginar posibilidades, crear; es decir, recordar nuestras raíces. La moda de la ic frecuentemente la deforma, por lo que llegamos a producir trabajos superficiales, faltos de coherencia, que tienden a adaptarse a las convenciones tradicionales de la investigación positiva plagando los trabajos con palabras que no logran la coherencia ontológica-epistemológica- metodológica que requiere el rigor cualitativo. Cuando nos damos cuenta de que esto nos

sucede, buscamos alrededor preguntándonos: ¿en dónde podemos aprender?

Acerca de la formación de investigadores cualitativos en salud y nuestro compromiso ético

En esta situación, recordemos que nuestros(as) colegas están también buscando; les está pasando algo similar a lo que nos pasa a nosotros(as). Podemos entonces reconocernos, valorarnos, identificar nuestras carencias, preguntar, reflexionar en comunicación con los otros y con la ayuda de los excelentes trabajos publicados con los que ya contamos. Recordemos que de lo que se trata no es de hacer lo mismo para encontrar lo mismo, sino de hacer de modo diferente para comprender de modo diferente; recordemos nuestras raíces, propósitos y nuestra responsabilidad ética. Con esos elementos construyamos grupos de estudio tanto entre los nuevos miembros de nuestra comunidad cualitativa como entre asesores, directores de tesis y otros viejos argonautas. Grupos de estudio que se formen también como autores y que procuren publicaciones individuales o colectivas [29]. Encima de todo, permanezcamos con la gente, escuchemos al otro.

Quienes, además de la responsabilidad ética inherente a la ICCS, tenemos la que resulta de nuestra condición de formadores de investigadores necesitamos recordar que nuestro asunto es la metodología y que los temas son de los estudiantes; ellos serán los expertos en sus temas. Somos acompañantes, hacemos mapas, regamos y proveemos alimento para el crecimiento de los estudiantes; los ayudamos a estudiar, a reflexionar, a aprender y, por sobre todas las cosas, a encontrar su propia mirada. Podemos aprender de ellos y con ellos, podemos afirmar lo que sabemos y lo que no sabemos y nos interesa lo podemos estudiar; no es necesario hacer clones ni trabajadores a nuestra disposición como tampoco burocratizar nuestro trabajo. Podemos reflexionar sobre todo esto con los estudiantes al inicio de nuestras asesorías buscando acuerdos de intención, de formas de trabajo, exponiendo los límites de nuestras capacidades y recursos y el gusto por saber que en el trabajo de formación siempre podemos ensanchar esos límites. Queremos que los estudiantes nunca dejen de estudiar y que se vuelvan autores de piezas de trabajo cualitativo capaces de ayudar a la comprensión del sufrimiento humano.

Como investigadoras e investigadores críticos en salud, a través de la palabra interpretada de manera profunda y respetuosa, ayudamos a develar realidades hasta ahora ocultas por conocimientos parciales contruidos con intenciones de dominación o realidades

no habladas, no narradas, no nacidas por razones de miedo y exclusión. ¿Qué tanto estamos dispuestos a adoptar la responsabilidad ética que conlleva la ICCS de calidad para la procura de justicia social y el alivio del sufrimiento de nuestros pueblos iberoamericanos? Para lograr que se nos escuche en el ámbito académico e institucional de la salud y la enfermedad con la intención de ayudar en la transformación del sufrimiento humano, requerimos identificar los lugares clave para investigar con profundidad, producir y comunicar investigación cualitativa de calidad excepcional, así como lograr mecanismos colectivos iberoamericanos para la formación de nuevos investigadores y la formación de formadores en investigación cualitativa en salud.

Referencias

- 1 Alonso A. Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. *Psicología*. Com [revista en Internet] 2007. [Acceso 24 de octubre de 2014]; 11(1). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/741/716>.
- 2 Bauman Z. *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica; 2007. p. 161-201.
- 3 Boltvinik J. Economía moral, columna editorial. Periódico La Jornada. México: DEMOS; vigente en 2014.
- 4 Bossi ML. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciencia e Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):575-586.
- 5 Bourdieu P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama; 1999. Págs 125-152, 171-208.
- 6 Bourdieu P, Wacquant L. *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press; 1992. Págs 94-115.
- 7 Bourdieu P, Accardo A, Wacquant L, Balasz G, Soulié Ch, Bonvin F, *et al*. *The weight of the world. Social suffering in contemporary society*. Cambridge: Polity Press; 1999.
- 8 *British Medical Journal*. Conflicts of interest and pandemic flu. WHO must act now to restore its credibility, and Europe should legislate. *B.M.J*. 2010; 340:c2947.
- 9 Chapela MC. Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud. En Chapela MC. (editora). *En el debate: Diabetes en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2010. 135-163.
- 10 Chapela MC. *Promoción de la salud y emancipación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2013.
- 11 Chapela MC, Cerda A. Investigación cualitativa sanadora. En Martínez-Salgado C. (compiladora) *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones, narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2010. 120-138.
- 12 De Souza Santos B. *Una Epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores/ CLACSO; 2009.
- 13 Denzin N. Los nuevos diálogos sobre paradigmas y la investigación cualitativa. Un compromiso en la relación universidad-sociedad. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*. 2008; 52: 63-76.
- 14 Denzin N. *Qualitative inquiry under fire. Toward a new paradigm dialogue*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2009.

- 15 Engels F. The condition of the working class. En Davey B, Gray A, Seale C. (1995) Health and disease. Buckingham: Open University Press; 1995. Págs 129-134.
- 16 Fauci A. Ebola - Underscoring the global disparities in health care resources. N. Engl. J. Med. 2014; 371(12): 1084-1086.
- 17 Freire P. Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI editores; 1970.
- 18 Funk L, Weiser Th, Berry W, Lipsitz S, Merry A, Enright A, *et al.* Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. The Lancet 2010; doi:10.1016/S0140-6736(10)60392-3.
- 19 Gadamer HG. Truth and method. London: Continuum; 2004. Part III: The ontological shift of hermeneutics guided by language, 383-396, 435-452.
- 20 Garduño A, Jarillo E, López O, Granados A, Blanco J, Castro JM, *et al.* La perspectiva médico social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM-Xochimilco. En Chapela MC, Mosqueda A, editores. De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2009. Págs. 11-24.
- 21 Gérvas J, Pérez M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los Libros del Lince; 2013.
- 22 Habermas J. Knowledge and human interests. Oxford: Polity Press; 1987.
- 23 Habermas, J. Teoría y praxis. Estudios de filosofía social. México: Red Editorial Iberoamericana; 1993.
- 24 Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
- 25 Klinenberg E. Bodies that don't matter: death and dereliction in Chicago. En Scheper-Hughes N y Wacquant L, compiladores. Commodifying bodies. Los Ángeles, Londres, Nueva Delhi, Singapur: Sage Publications. 2002. Págs 121-135.
- 26 Kvale, S. (2008). Qualitative Inquiry between scientific evidentialism, ethical subjectivism and the free market. International review of Qualitative Research, 1(1) 5-18.
- 27 Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Rev. Lat. de Salud 1981; 1(2): 7-25.
- 28 Martínez C, Leal G. Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in México. Social Science and Medicine 2003; 57(3): 539-550.
- 29 Martínez-Salgado C, Chapela MC, Ruiz-Velazco V. (coordinadores) Multi, inter, transdisciplina e investigación cualitativa en salud: en el juego de los espejos. México: Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco; 2013.
- 30 Navarro V. Los determinantes económicos y políticos de los derechos humanos (incluyendo el derecho a la salud). En: Navarro V, compilador. Salud e imperialismo. México: Siglo XXI editores; 1983. Págs 75-111.
- 31 Outhwaite W. Understanding social life: The method called Verstehen. London: George Allen y Unwi; 1975.
- 32 Spinelli H. Compilador. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- 33 World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: WHO; 2008.