



Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos

modalidad virtual
ISSN 2525-0604
12, 13 y 14 de agosto, 2020.

El lugar de las investigaciones cualitativas en servicios públicos de salud: condicionantes y posibilidades

Autores/as: Pereira, Andrés Martín (UBA - DGDIYDP); Quattrucci, Cecilia (UBA - DGDIYDP) y Soto, Canela (UNLa - DGDIYDP).

Introducción

El presente trabajo aborda una serie de reflexiones acerca de las experiencias de investigación con metodologías cualitativas en los efectores públicos de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, donde los autores desarrollan sus investigaciones.

En primer lugar, realizaremos una breve presentación de la residencia de investigación en salud, la cual constituye la condición de posibilidad y el marco para el desarrollo de nuestras investigaciones actuales. Luego, analizaremos algunos condicionantes presentes en la elección del tema y en la confección del protocolo, evidenciando las tensiones que suscita el abordaje de ciertos temas y metodologías en el campo de la salud. En ese sentido, consideramos relevante detenernos en los aspectos éticos implicados en las investigaciones en salud y las particularidades que adquiere su evaluación en las investigaciones con diseño cualitativo. Por último, haremos hincapié en la presentación de los resultados, la cual se presenta entrelazada a lo largo de todo el desarrollo de los proyectos.

La producción de investigaciones, desde enfoques cualitativos, en el ámbito de efectores de salud presenta especificidades que pueden condicionar el desarrollo de las

mismas. Este trabajo se propone así identificar algunos de esos elementos que atraviesan de manera transversal a los proyectos en curso.

I. Coordinadas

La Residencia de Investigación en Salud (RIS) es una residencia posbásica¹ de formación de posgrado del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), que se desarrolla bajo la órbita de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (Ordenanza N° 40.997/85, GCBA). Tiene una duración de tres años y está dirigida a quienes hayan finalizado residencias básicas en salud.

Las Residencias y Concurrencias del Equipo de Salud de la Ciudad de Buenos Aires constituyen sistemas de formación orientados por la modalidad de “capacitación en servicio” y formación profesional de posgrado. Esta modalidad implica formalmente el desarrollo de actividades, generalmente asistenciales, programadas y supervisadas en instituciones dependientes del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en Hospitales y Centros de Salud (GCBA, 2018).

La RIS como propuesta de formación tiene la especificidad que le da el formato de Residencia, el cual implica la articulación de tareas asistenciales, de capacitación y de investigación, además de la inscripción como trabajadorxs de la salud. Esta propuesta surge como posibilidad de darle un marco a la formación en investigación desde el interior del sistema de salud y desde un formato ya conocido y reconocido dentro del mismo. El ingreso se realiza mediante procedimientos similares al de las otras residencias. En el caso de la RIS además del examen con el que se conforma el orden de mérito, al tratarse de una residencia posbásica, se exige que le aspirante cuente con una residencia básica previa finalizada. Es decir, se supone que quienes ingresan cuentan con una experiencia formativa en servicios de salud de dependencia estatal.

¹ Las residencias posbásicas tienen como requisito para el ingreso haber realizado previamente en forma completa y aprobado una residencia básica, mientras a las residencias básicas se accede a partir del título de grado.

La Residencia de Investigación Médica, antecedente de la RIS, fue creada en el año 1998, bajo dependencia directa de la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud del GCBA. El objetivo de la Residencia se orientaba al diseño y desarrollo de un proyecto de investigación original en salud, de carácter individual, enmarcado en la realización de una tesis doctoral. A los fines del presente trabajo, resulta relevante distinguir tres momentos en la historia de la RIS: Uno fundacional, iniciado en 1998 y durante el cual la residencia funcionó durante al menos dos años bajo la denominación *residencia de investigación médica* de la cual no se pudo precisar fecha de finalización. Un segundo momento con su relanzamiento en 2012 renombrada como *residencia de investigación clínica*; destacamos que desde su creación y hasta 2015 los convocados fueron exclusivamente mediques, no estando habilitado a concursar ningún profesional de otra disciplina. Y un tercer momento, desde 2015, cuando se realiza el cambio de denominación a *Residencia de Investigación en Salud*², y la apertura de la convocatoria a otras disciplinas del campo de la salud (inicialmente se convoca a psicología, nutrición, entre otras, y luego se sumarán antropología, sociología, enfermería, kinesiología; en función de su residencia básica).

Uno de los puntos que nos interesa visibilizar, en esta breve trayectoria histórica de la residencia, es la aparición de las condiciones de posibilidad del desarrollo de investigaciones cualitativas en salud. En este sentido las modificaciones del nombre formal de la residencia permite observar modificaciones vinculadas al ingreso de otro tipo de enfoques y prácticas, a un sistema de formación de investigadores originalmente planificado para profesiones médicas.

II. La elección del tema

Al ingresar a la residencia de investigación en salud un aspecto que resulta complejo se vincula con la elección del tema de investigación, ya que la convocatoria no se realiza en función del mismo, sino de las disciplinas habilitadas a concursar. Por un lado, se supone que la elección del tema de los residentes ingresantes deberá responder a ciertos lineamientos prioritarios para la investigaciones en salud que estipule el Ministerio de Salud del GCABA. Sin embargo, estos lineamientos son dinámicos y son redefinidos cada año con el ingreso de nuevos/as residentes. En la práctica la elección del tema de investigación es un diálogo y una

² La Resolución N° 214 del año 2015 del Ministerio de Salud del GCBA modifica la denominación de la "Residencia de Investigación Médica" a "Residencia de Investigación en Salud". No encontramos en la documentación referencias de la denominación intermedia, mencionada por personas vinculadas a la residencia, como "Investigación Clínica". Los considerandos de la resolución especifican la necesidad de "utilizar homónima denominación que a nivel nacional", pero no mencionan como criterio la ampliación del campo de investigación o de la concepción de salud.

negociación entre los intereses de cada residente con las líneas de gestión de la DGDIYDP, la coordinación de la residencia y características propias de la coyuntura. En este sentido las condiciones de elección de un tema revisten grados diversos y variables de libertad y están sujetas a condiciones de enunciación:

El discurso al que se llama científico puede ser aquel que produce un efecto de científicidad fundado en una conformidad al menos aparente con las normas por las cuales se reconoce la ciencia (Bourdieu, 2008: 45).

Las experiencias resultan así dispares, los criterios varían de acuerdo a las temáticas consideradas afines a determinadas disciplinas, o de acuerdo a la cohorte de ingresantes de un determinado año. En términos formales, la elección del tema así planteada supone la aceptación por parte del Coordinador de la residencia y de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo profesional una vez que ya se ha concursado e ingresado a la RIS siguiendo el orden de mérito que se desprende del concurso. Algunas de las áreas temáticas para realizar investigaciones que se han seleccionados en los últimos años fueron: consumo problemático de sustancias, violencia de género, anticoncepción de larga duración y tuberculosis. Estas elecciones aparentemente no conllevan gran conflicto por responder a grandes rasgos a lo esperable en el campo de la investigación en salud, por ende no permiten visibilizar las condiciones de enunciación que posibilitan la elección de cualquier tema. Estas condiciones se hacen más visibles sobre todo en el rechazo de alguna temática que se presenta como disruptiva, como por ejemplo ha sucedido con la temática de “plantas medicinales” que fue rechazada en años anteriores en el marco de la residencia.

En el caso de la construcción de los proyectos aquí analizados, el área temática en donde realizar una investigación estuvo marcado por el interés y la consideración de temas valorados como relevantes tanto en términos epidemiológicos como sociales: violencia de género, anticoncepción hormonal y tuberculosis. Sin embargo, diferentes elementos no tan evidentes influyen en los criterios para considerar la relevancia de un tema, aquello que lo hace investigable en salud:

(...) la premisa de que la racionalidad del conocimiento, aún la más estricta y rigurosa, hunde sus raíces en luchas de poder, factores económicos, connotaciones éticas, afecciones, pasiones, idearios colectivos, intereses personales y pluralidad de nutrientes. (Díaz, 2007:24).

La existencia del Programa de Formación de la RIS, con lineamientos que dan marco a los objetivos y las actividades formativas, permite integrar las divergentes trayectorias, la

amplitud temática de sus residentes y su participación en distintos equipos de salud. En este sentido, el tipo de inserción en el campo, en servicios de salud específicos del subsector estatal de la CABA, es una de las particularidades que la diferencia de otro tipo de trayectorias en investigación en salud desde las Ciencias Sociales.

Estos procesos de inserción y de elección temática permiten subrayar un primer dilema de la ética de la investigación en salud desde las Ciencias Sociales: ¿Investigar para qué? En el caso de investigaciones realizadas desde los servicios de salud una de las respuestas posibles, que permite fundamentar la elección éticamente, es para una mejora en la intervención local. En otra escala se podrá señalar el aporte a la revisión de políticas públicas en salud. Este tipo de argumentos permiten también enfocar la discusión no sólo temáticamente, sino metodológicamente: ¿qué justifica la elección de un enfoque cualitativo de investigación? En términos metodológicos una posible respuesta tiene que ver con la construcción del objeto:

la elección del tipo de (cualitativa o cuantitativa), así como la decisión de combinar o no ambas perspectivas en un mismo proyecto, depende enteramente del tipo de objeto de estudio que tengamos entre manos (Castro, 2016: 163).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la inclusión de este tipo de enfoques para la realización de investigaciones en la RIS es bastante reciente y viene de la mano del ingreso de profesionales de Psicología y Ciencias Sociales. Este proceso de ingreso es el que posibilita la inclusión de los enfoques cualitativos de investigación como otra opción frente a los diseños epidemiológicos o clínicos. Independientemente de la pertinencia del enfoque en relación a la elección temática y de construcción del objeto de estudio, podemos afirmar que existe una apertura que tiene que ver con otro tipo de factores contextuales más complejos. Esta apertura implica para las disciplinas que se integran a un circuito que hasta el momento les era ajeno, un proceso de adaptación en un contexto donde los formatos de los protocolos, los procesos de evaluación o aprobación y hasta la presentación de resultados están pensados para proyectos de investigación con un enfoque cuantitativo.

III. Construcción del Proyecto

El Programa de formación de la RIS estipula una serie de actividades y objetivos que articulan tareas de asistencia, capacitación e investigación específicas para cada año. El primer año está orientado a la realización de una serie de actividades que culminan en la presentación

de un proyecto de investigación individual, mientras se participa en tareas de asistencia/prevención en el lugar donde se llevará a cabo la investigación. Un aspecto importante en el desarrollo del proyecto durante el primer año se vincula a la presentación ante las distintas instancias de aprobación que exige el sistema de salud para su realización. La normativa vigente (Ley 3301, 2009; Resolución 595, 2014; POE, 2019) establece que el *protocolo de investigación* debe ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital, previa aprobación de la Jefa/e del servicio o del Centro de Salud correspondiente.

Los Comités de Ética en Investigación (CEI) están conformados por profesionales de los equipos de salud con experiencia en metodología y ética de la investigación, así como “representantes de la comunidad”. Los CEI están presentes en efectores de salud, niveles de gobierno y en algunas universidades. Sin embargo, este tipo de procedimiento no se exige siempre en otros campos de investigación ni adquiere el carácter que presenta en los ámbitos de salud. Como es sabido, la existencia de este requisito de aprobación y monitoreo por parte de un CEI se vincula con la histórica vulneración de los sujetos de investigación en salud y los abusos realizados en su nombre. Uno de los puntos centrales de este proceso de aprobación para realizar una investigación, con su proceso de construcción de datos, es que se requiere la existencia del consentimiento informado (CI) por escrito de las personas que participaran de la misma. Tal es así que en la literatura de bioética especializada se sostiene que el “consentimiento informado” representa un documento fundamental en la práctica sanitaria actual, tanto en investigación como en la práctica clínica diaria. Ahora bien, conviene considerar ¿En qué sentidos y para quiénes el Consentimiento Informado resulta fundamental? (Ortúzar, 2009).

La aprobación del proyecto y la realización de un consentimiento informado por escrito resulta particular en los términos en los que se realizan las investigaciones cualitativas de salud en este marco. En primer lugar, a partir del desarrollo de nuestros proyectos hemos observado que los únicos comentarios realizados por el CEI se refirieron a cuestiones de tipo formal: numerar páginas, colocar teléfono del CEI en el CI, agregar fecha de la versión del proyecto. Asimismo, la forma en la que se confecciona el protocolo y el grueso de la normativa se encuentran orientadas a la investigación clínica y farmacológica. En particular, en las investigaciones de tipo cualitativo la mirada parece estar centrada más en la inclusión de un CI, y en la referencia a la normativa que en una valoración de los aspectos éticos que puede atravesar cualquier investigación que involucre seres humanos.

Todo lo anterior nos lleva a destacar un primer aspecto vinculado a una lectura de los enfoques cualitativos como inofensivos para el campo de la salud, como si las investigaciones

con cierta metodología no pudieran provocar algún daño a la población. No es el objetivo de esta ponencia realizar una exposición de la historia de las investigaciones de las ciencias sociales en salud, sino tan solo remarcar las implicancias que pueda tener relegar las consideraciones éticas de las investigaciones cualitativas para los sujetos de investigación y las comunidades.

En nuestras investigaciones -en las que realizamos entrevistas a usuaries y/o profesionales- se confeccionó entonces un CI y una *Hoja de Información* para la persona invitada a participar con características bien definidas. Los datos de salud, como otros datos personales son considerados “datos sensibles” y por ende las personas tienen el derecho de recibir la información necesaria para poder decidir si efectivamente desean que sus datos se utilicen para una investigación. Ahora bien, este tipo de requisitos explicitan la existencia de otro dilema ético:

¿Se trata de individuos que aceptan participar en el pleno uso de su libertad o más bien la investigación se plantea en el marco de la lógica contractual que caracteriza a nuestras sociedades? (Castro, 2016:152).

Si bien debemos reconocer que la existencia de estos requisitos es un aspecto positivo e implica la formalización de un compromiso ético por parte de los investigadores, también es cierto que, dadas las características de las sociedades latinoamericanas, las fuertes desigualdades socio-económicas, la falta de “ciudadanización” (Castro, 2016) y reconocimiento de los propios derechos en salud, es posible afirmar la existencia de cierto formalismo en la implementación del CI.

Sobre este último punto, nos interesa destacar que existe el riesgo de que el CI se convierta en un instrumento meramente burocrático, que lejos de formar parte de un proceso de consentimiento informado, suponga para los participantes e investigadores la incorporación de un documento a ser firmado como un simple requisito, resultando en una rutina vaciada de contenido para ambas partes. El CI no constituye desde esta perspectiva burocrática un instrumento ético -siquiera legal- para la realización de investigaciones (Ortúzar, 2009). Este tipo de implementación obtura el proceso en que las personas puedan dar su consentimiento o no, a partir de comprender los objetivos de la investigación y nos lleva a problematizar la perspectiva meramente legalista del CI presente en muchas prácticas en salud. Si bien el CI es un requisito formal, supone también un proceso de diálogo e intercambio donde los investigadores establecen un vínculo intersubjetivo que lleva a la construcción de una decisión. Como tal, debemos reconsiderar las nociones sobre las que construimos sus usos en el marco de nuestras comunidades:

En un sistema sanitario en crisis, cabe preguntarse al menos en qué medida este instrumento es aplicable a nuestra sociedad no igualitaria. Y en este sentido, cabe también preguntarse qué concepto de consentimiento y autonomía se requiere entonces para evitar el etnocentrismo reinante, es decir, la imposición de una cultura hegemónica a sociedades pobres (Ortúzar, 2009: 115).

Destacamos entonces la dimensión ética de la investigación en salud como una tensión que va mucho más allá de la existencia de una hoja de información y un consentimiento informado (CI) y recorre todo el desarrollo de las investigaciones. Esta tensión no se agota, sino que forma parte de los vínculos que implican cualquier proceso de investigación y debe ser considerada reflexivamente durante todo el proceso.

IV. Presentación de resultados

Tras la aprobación del Protocolo de Investigación y durante el transcurso del segundo año, se establece que se llevará a cabo el trabajo de campo, al tiempo que se continúa participando en actividades asistenciales (aunque en menor medida) y académicas. En el tercer año, mientras se mantienen las actividades integradas de asistencia e investigación, el objetivo será “obtener los resultados y presentarlos en textos científicos” (Resolución N° 1919/MSGC/15). Cabe destacar que tanto la construcción de los resultados como la presentación de los mismos, si bien se estipula su culminación en el último año de residencia, es una construcción procesual que se desarrolla durante todo el trabajo de campo. Este proceso se compone tanto de instancias formales de tutorías o presentación de informes, como de intercambios informales tanto con los equipos de salud del lugar donde se desarrolla el campo, como con el equipo de la residencia.

Una particularidad en este punto tiene que ver con la consideración de qué es un dato y con la posibilidad de presentarlo en los servicios de salud. Desde los enfoques cuantitativos, dominantes en el campo de la salud, una de las características asociadas a los resultados es la posibilidad de realizar algún tipo de generalización o inferencia. Frente a esto los enfoques cualitativos podrían considerarse limitados como herramientas metodológicas de la investigación. Sin embargo este tipo de comparación parte de un supuesto positivista de la construcción del conocimiento y de la comunicación de los resultados.

Dos preguntas deben ser contestadas -ambas necesariamente- si se quiere mejorar el aporte práctico de las ciencias sociales a la salud: ¿Cuán generalizables son tus resultados? y ¿cuán particularizables son tus generalidades? (Castro, 2016: 155).

En este sentido, a las particularidades de las investigaciones de la Residencia de Investigación se suma la cuestión del propósito de la obtención de resultados. La producción de conocimiento está orientada a constituirse en un insumo para la modificación de las prácticas, ya sea a nivel de los servicios en los que se inserta el residente, en las intervenciones locales o a modo de aportes para la formulación y mejora de las políticas públicas en salud en una escala mayor.

V. Conclusiones

La investigación en salud puede ser caracterizada como un campo que sin duda se ha ido transformando en las últimas décadas, en el cual las ciencias sociales han ido ganando, con avances y retrocesos, más legitimidad en el campo de la investigación de la salud pública en CABA. En este marco, consideramos interesante compartir nuestra experiencia de investigación en el campo de la salud, ya que reviste ciertas particularidades que le imprimen grandes potencialidades así como también importantes dificultades.

Por un lado, destacamos la posibilidad que habilita la RIS de desarrollar un proceso investigativo desde el interior mismo del sistema de salud, conociendo sus lógicas de funcionamiento y teniendo acceso por tiempo prolongado a espacios de intervención y observación. Por el otro, valoramos también la posibilidad de complementar nuestra inserción en el sistema de salud, con instancias formativas en metodología, epistemología y ética de la investigación tanto dentro de la residencia como por fuera de la misma.

Esta doble pertenencia, en el terreno de la asistencia y la intervención en salud, así como en el campo académico de las ciencias sociales nos ubica a la vez en un espacio de incomodidad, indefinición y de gran riqueza formativa. La incomodidad propia de ocupar en los servicios de salud, espacios típicamente destinados a tareas asistenciales. En este punto el trabajo en investigación cualitativa no solo se diferencia de las actividades asistenciales, sino que también de las prácticas de la investigación con enfoque cuantitativo dominantes en el campo. Rescatamos la incomodidad como una potencia, en tanto implica la pregunta por el lugar que se ocupa y la revisión de las prácticas como tarea reflexiva.

La pertenencia repartida entre servicios de salud y equipos de investigación que a veces se tocan, se entrecruzan y otras veces se mantienen ajenos, brinda las condiciones de

posibilidad para la interrogación sobre los procesos de desarrollo de prácticas de investigación en salud. Consideramos que el espacio que se abre en la RIS, en esta intersección, se nos presenta como un lugar privilegiado para observar los obstáculos y potencialidades de la inserción de los enfoques cualitativos de investigación en el campo de la salud en la actualidad.

Bibliografía

Bourdieu, P. (2008). "Homo Academicus". 1ed. Siglo XXI. Buenos Aires.

Castro, R. (2016). "Teoría Social y Salud." Lugar Editorial. Buenos Aires.

Díaz, E. (2007). "Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada." Biblos. 2da Edición: Buenos Aires.

DGDOIN MSGC (2015). Resolución N° 1919/MSGC/15 Programa Docente de la Residencia Posbásica de Investigación en Salud Anexo I (IF-2015-36380012-DGDOIN).

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2018). Página web del Ministerio de Salud, DGDOIYDP
<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/residenciasyconurrencias/presentacion-de-residencia-y-conurrencias>

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2009). Ley 3301 sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud. Recuperada de:
<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/normativas-de-investigacion>

MSGC (2014). Resolución N° 595 Requisitos y procedimientos aplicables a proyectos y trabajos de investigaciones conductuales, socio-antropológicas y epidemiológicas que se efectúen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperada de:
<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/normativas-de-investigacion>

MSGC (1986). Ordenanza N° 40.997/85. Recuperado de:
http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_l.php?id=18&id2=104&id3=9273

Ortúzar, M. (2009). Consentimiento informado: hacia una fundamentación ética y social. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM), 110-124. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8649/pr.8649.pdf