Desafíos Metodológicos de la Investigación Cualitativa en Salud: Remontar La Corporeización Positivista Para Mejorar La Salud

Methodological challenges for health qualitative inquiry: Surmounting positivist embodiment to improve health

Ma. del Consuelo Chapela

Edición electrónica

URL: <https://journals.openedition.org/sociologico/1051>

DOI: 10.4000/sociologico.1051

ISSN: 2182-7427

Editor

CICS.NOVA - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa

Edición impresa

Paginación: 55-62

ISSN: 0872-8380

Referencia electrónica

Ma. del Consuelo Chapela, «Desafíos Metodológicos de la Investigación Cualitativa en Salud: Remontar La Corporeización Positivista Para Mejorar La Salud», *Forum Sociológico* [En línea], 24 | 2014, Puesto en línea el 01 noviembre 2014, consultado el 29 marzo 2022. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/1051> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.1051>

Este documento fue generado automáticamente el 29 marzo 2022.

© CICS.NOVA

Desafíos Metodológicos de la Investigación Cualitativa en Salud: Remontar La Corporeización Positivista Para Mejorar La Salud¹

Methodological challenges for health qualitative inquiry: Surmounting positivist embodiment to improve health

Ma. del Consuelo Chapela

- ¹ Como seres humanos, la corporeización de nuestras experiencias, es decir, la modificación de nuestros cuerpos, nuestras actitudes y respuestas espontáneas como resultados de la vida que vivimos día a día, se constituye en un instrumento básico para nuestra existencia. La corporeización cruza todos los ámbitos de nuestras vidas puesto que se conforma como una manera de conocer el mundo y de responder ante las cosas del mundo (Bourdieu, 1990). En nuestras vidas, los investigadores vivimos continuamente procesos objetivos y subjetivos de corporeización, de los que dependen las características tanto de lo que nos es posible observar como de nuestra manera de pensar los problemas de investigación, nuestras preguntas, metodologías e interpretaciones. Dentro del campo científico se ha hecho gala de objetividad en la manera de acercamiento a la realidad sin considerar que, para lograr procesos objetivos de investigación, los investigadores transitan antes, durante y después de los procesos objetivos, por procesos subjetivos. Uno de los “sellos” de las comunidades científicas es la corporeización del positivismo – forma de corporeización que da identidad al grupo, que le permite a la vez reconocerse entre sí y que “los otros” fuera de ese grupo lo reconozcan como diferente a ellos –, corporeización necesaria para crear *illusios* (Bourdieu, 1997) de objetividad y verdad ante sí mismos y ante los otros (Chapela & Cerda, 2010). Este sello positivista obliga a los investigadores a observar la realidad desde un solo punto de vista y con un solo nivel de profundidad, al fragmentar la realidad en objetos disciplinarios en su intento de analizar, de separar las partes de la

realidad dejando poco margen a la observación del todo y de las relaciones entre las partes, de las transformaciones que continuamente suceden en las cosas de la realidad.

- 2 La corporeización positivista de los investigadores comienza a instalarse desde momentos tempranos en la vida, cuando el niño o niña se expone a verdades únicas y entendimientos binarios (bueno/malo, cielo/infierno, quien sabe/quien no sabe, etc.) impuestos por quien los niños y niñas identifican como autoridad (Bourdieu & Passeron, 1970); la corporeización positivista continúa en la socialización secundaria en las instituciones educativas básicas y medias cuando se imponen las verdades únicas e incuestionables producto de la ciencia, la religión o las normas morales (es verdadero porque es científico y lo dice la escuela, los médicos ya lo dijeron, dios así lo quiere, ¿qué va a decir la gente?, etc.), particularmente en la educación media y media superior, algunos de los estudiantes comienzan a ser señalados, tratados y separados como posibles investigadores, empezando entonces a corporeizar no solamente verdades, sino también la “diferencia” que conforma el campo científico (Bourdieu, 1966; 1986); su espacio de penetración final lo encuentra en la educación terciaria cuando se expone al alumnado a verdades únicas y un solo método como método válido y validado. Cuando finalmente estos jóvenes se “in-corporan” a los estudios de posgrado o a los equipos de investigación, su corporeización se constituye en barrera para lograr las rupturas epistemológicas que desde la década de 1970 Bachelard propone como indispensables para lograr mejores conocimientos de las cosas del mundo (Bachelard, 1985). Esto es particularmente visible en los procesos de formación de profesionales e investigadores en lo que ha sido llamado “las ciencias de la salud”, campo de conocimiento y práctica cuya centralidad la ocupa la medicina, profesión emblemática del positivismo.
- 3 A pesar de que el positivismo se ha convertido en “el elefante en medio de la sala”, sin que aceptemos su presencia (Kvale, 2008; Denzin, 2009), la corporeización del positivismo en los investigadores de la salud continúa obstaculizando su observación hermenéutica indispensable para comprender este componente básico de la vida humana. La base de conocimiento de las ciencias de la salud se cierra a los avances de las ciencias sociales y las humanidades (ver por ejemplo Kuhn, 1971; Habermas, 1987), en donde ya hace más de cuatro décadas se cuestionó y remontó el pensamiento positivo por grandes grupos de investigadores mismos que han diversificado las propuestas paradigmáticas teóricas y metodológicas (ver por ejemplo Creswell, 2013). En el mejor de los casos, el reciente reconocimiento de los determinantes sociales de la salud (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2005) desnaturaliza la determinación social reduciéndola a una nueva manera de nombrar al riesgo y los estilos de vida (McQueen, 2012; Sinoé & López-Arellano, 2011), mismos que se intenta investigar “objetivamente” a través de mediciones, de reducir las relaciones de las cosas a hechos individuales fragmentados y ahistóricos (sedentarismo, hábitos de alimentación, escolaridad u otros) o a incluir testimonios u otra información “débil” en anexos o complementos en los estudios para reforzar los resultados estadísticos, bajo la forma de un malentendido “método mixto”. Puede haber muchas razones no solamente para ignorar esos avances y propuestas, sino incluso para, ignorando la reflexión epistemológica (Habermas, 1987), concebir a la metodología como un binario de opuestos cuantitativo-cualitativo y extender la guerra abierta entre metodologías por parte de las comunidades científicas (Denzin, 2009) al campo de la salud. De entre esas razones me parece fundamental mencionar cuatro: la discapacidad de pensamiento

hermenéutico crítico que la corporeización positivista suele producir en los investigadores; la amenaza que significa un pensamiento diferente para los investigadores positivos en el campo de la salud que, además de que los destrona de su posición de autoridad, los obliga a un proceso de reeducación; la amenaza al poder acumulado por la autoridad médica científica, poder que ha hecho multimillonaria, entre otras, a la empresa farmacéutica y a las aseguradoras; la amenaza a la verdad médica pública, uno de los dispositivos más poderosos del poder hegemónico al utilizarla para construir *illusions* en los que se amparan políticas que, lejos de favorecer a la población, favorecen la consolidación del poder mismo. Un ejemplo interesante de construcción de ilusiones en beneficio del poder es la pregonada epidemia de influenza a H1N1 a nivel planetario en 2009, validada incluso por la Organización Mundial de la Salud, que por semanas creó un estado de terror entre la población, suficiente para lograr la venta de todo el *Tamiflu* y la vacuna en existencia a nivel mundial, además de compras a futuro y, posteriormente, evitó la difusión de los efectos nocivos de tal medicamento y la acción relativa de la vacuna, sin oposición efectiva de ningún grupo académico.

- 4 En el incipiente campo de la investigación cualitativa en salud se abre una esperanza para remontar esas corporeizaciones. A pesar de que la mayoría de los investigadores en este campo hemos transcurrido por procesos de corporeización positivista, existe actualmente voluntad por generar mejores entendimientos por parte de cientos de investigadores en Iberoamérica que han volteado la mirada hacia los problemas subjetivos de la salud, la enfermedad y la atención que se encuentran en la base de sus problemas objetivos. Sin embargo, los avances aún se encuentran en el inicio de sus procesos no solamente para la transformación de la investigación en este campo, sino para la conformación de grupos de investigación y pensamiento cualitativo lo suficientemente fuertes y con calidad como para poder proponer sus objetos de estudio, sus metodologías, sus aprendizajes y formar a sus estudiantes e investigadores de manera tal que logren cambios audibles y duraderos en el campo de la salud, capaces de incidir en las políticas públicas. En este artículo presento cuatro desafíos y un conjunto de posibilidades para remontar la corporeización positivista a favor del desarrollo de la investigación cualitativa iberoamericana en el campo de la salud, la enfermedad y la atención.
- 5 Antes de analizar estos desafíos es necesario aclarar que cualquier investigación se ocupa de desentrañar las cualidades de los objetos de la realidad por lo que, en sentido estricto, toda investigación es cualitativa. Lo que conocemos como investigación cuantitativa se refiere a trabajos que buscan las cualidades medibles y tangibles a través de los sentidos, en ocasiones auxiliados por instrumentos que potencian a estos últimos como el microscopio, la gammagrafía, los reactivos u otros. Lo cuantitativo entonces no es sinónimo de positivista; una característica visible, positiva, de un objeto, puede ser descrita en sus dimensiones cuantificables y no cuantificables. Cuando solamente se consideran verdaderas las dimensiones positivas de las cosas de la realidad, y se buscan causas y explicaciones de los hechos del mundo buscando generalización, entonces estamos ante una visión positivista; en otro lado, cuando se consideran a las cosas tangibles de la realidad como parte de las características del todo observable y se buscan también esas otras características con la intención de comprender y encontrar sentido en los hechos de la realidad, entonces nos encontramos ante visiones distintas a la positivista. De manera similar, “cualitativo” no es sinónimo de no-positivista, las cualidades no cuantificables de los objetos de la realidad pueden ser reducidas a

variables positivas medibles, por ejemplo, a través de escalas u otros dispositivos de reducción de los aspectos subjetivos de los objetos observados. La actitud, intención y maneras de entendimiento y búsqueda de sentido de las cosas del mundo, es lo que se ha dado por llamar “cualitativo” y a sus correspondientes metodologías, “cualitativas”. Cuando estas actitudes, intenciones y maneras de entendimiento, además de ser cualitativas, buscan cambios favorables a la justicia social, la equidad, la tolerancia y la inclusión, las llamamos “cualitativas críticas”. En este trabajo utilizo el término “corporeización positivista” para denotar la corporeización de un pensamiento, manera de pensar, una actitud, una intención y manera de proceder particular del pensamiento positivo hegemónico del Siglo XX. Asimismo, este trabajo se basa en la propuesta de que la división cuanti-cuali es producto de falta de reflexión ontológica, epistemológica y metodológica en algunos sectores científicos y académicos dominantes y que esa división obstaculiza los esfuerzos conjuntos por causas comunes de las y los investigadores.

Desafío 1. Visión en frontera, parresía y comunidades de significado

- 6 La salud ha permanecido a lo largo de la historia como un concepto o hecho de la realidad con connotaciones múltiples y cambiantes (ver por ejemplo Martínez-Salgado, 2008; Aggleton, 2001). Con la separación de lo biológico como lo objetivo del ser humano, en la perspectiva médica occidental hegemónica del Siglo XX la salud es concebida en los hechos como un estado de no-enfermedad (López-Moreno *et al.*, 2011), entendida ésta como el reconocimiento y validación de lo enfermo en lo objetivable de reducciones de los procesos biológicos, sociales y psicológicos (ver por ejemplo la definición de la Organización Mundial de la Salud, 1946). Particularmente a partir de la década de 1970, la salud se cosifica aún más cuando la mirada médico-biológica se vuelve explícitamente redituable para la producción de mercancía y el control social (Laurell, 2010, 1994; Navarro, 1984; Waitzkin & Waterman, 1981), con la imposición de una cultura del cuidado del cuerpo biológico como antídoto al rechazo social, a la enfermedad, el sufrimiento, la incomodidad y la muerte (Chapela, 2010).
- 7 La investigación de la salud que hace la ciencia positiva olvida que la salud es un hecho de la vida que sucede en la frontera, es decir en donde se conjugan de manera intrínseca la vida y la muerte, hechos biológicos y sociales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos, del ambiente y la persona, el pasado y el futuro (Chapela, 2013). Mirada en frontera, la salud humana se constituye en capacidad humana corporeizada a la vez que en espacio de hecho y práctica, conformado históricamente por las prácticas, los objetos y las intenciones individuales y colectivas que toman expresión en los cuerpos de las personas y la configuración de sus ambientes (Chapela & Consejo, 2009). La visión positiva de la salud y sus problemas no resuelve sus problemas epistemológicos y metodológicos, ni los del estudio de la salud o la enfermedad, ya que ha perdido la amplitud y profundidad del fenómeno que estudia al intentar reducirlo a sus dimensiones biológicas y, en el mejor de los casos, a objetivar, individualizar y desprender de su dimensión histórica a los hechos sociales y afectivos que reconoce sin entender. La fragmentación del hecho humano de la salud, reduce a la misma medicina positiva contemporánea a una práctica condenada a no comprender el objeto de su práctica. El resultado de la mirada fragmentada, queda por demás claro en

la observación de la manera en que enfermamos, prolongamos la agonía y morimos en la actualidad, en donde no se han ni entendido ni resuelto los problemas de enfermedad, ya no digamos los de la salud.

- 8 Un desafío para remontar la corporeización positivista en la investigación cualitativa en salud es mirar los hechos de la salud, la enfermedad y la atención como hechos de frontera. Mirar en la frontera significa convocar de manera amplia a distintos cuerpos de conocimiento, incluidos los resultantes del pensamiento positivo, y a los entendimientos de los distintos agentes sociales de cuya salud se ocupa la investigación. Para lograr entendimientos fronterizos, este desafío nos lleva a considerar y concebir procesos de investigación cualitativa transdisciplinarios (Martínez-Salgado *et al.*, 2013; Leavy, 2011) en donde los objetos de estudio y sus definiciones se conformen junto con la gente, abriendo los límites de los campos y transformando las características de las identidades y los objetivos de los campos de investigación, lo que reeditarán en preguntas y metodologías novedosas producto de la reflexión participativa empírica y teórica, a la vez que una mayor cercanía y credibilidad ante los grupos sociales.
- 9 La investigación en la frontera es crítica, propone la ruptura de la hegemonía disciplinaria médica y de la hegemonía positivista, la apertura del campo a “los otros” y a la construcción de verdades múltiples. Mirar en la frontera conlleva las consecuencias de alterar, o intentar alterar, el orden del discurso del poder, por lo que sus prácticas y entendimientos se enfrentarán a los mecanismos de exclusión del discurso, como lo ha propuesto Michel Foucault (1973). De esta manera, investigar en la frontera requiere a los investigadores en primer lugar cierto grado de parresía (Foucault, 2004), es decir, la aceptación de su condición de parresistés, de quien dice lo que piensa y da por verdadero aunque altere el orden establecido, y acepta las consecuencias de hacer eso en contextos favorables o adversos a las verdades que profiere. En segundo lugar, y dado que la intención de la investigación no es la terminación de la parresía en la declaración de la parresía misma, ni tampoco desencadenar o continuar guerras académicas, sino disparar procesos de inclusión, tolerancia y cambio, investigar en la frontera requiere a los investigadores la evaluación de hasta dónde la parresía que declara se sostiene en argumentaciones válidas y de calidad y conduce a los cambios que intenta; finalmente requiere a los investigadores valorar en dónde, cómo y cuándo proferir la parresía. La condición de parresistés de las y los investigadores cualitativos requiere de la conformación de campos de parresía, de campos de opinión (Bourdieu & Wacquant, 1992; Bourdieu, 1971) o comunidades de significado en donde la identidad se construya en la calidad de la discusión, el diálogo, la tolerancia, la voluntad de cambio, el apoyo mutuo y las acciones conjuntas para el avance del conocimiento y ante las exclusiones y amenazas. La posición de parresistés de la comunidad de investigadores cualitativos obliga a la producción de calidad en sus dichos, calidad que se expresa en la profundidad, reflexividad, consideración del impacto en el cambio de conocimiento, rigor, coherencia y respeto en sus comunicaciones. La calidad lograda en las investigaciones y sus comunicaciones por sí misma mostrará la contundencia de sus dichos, sin necesidad de agredir a otras comunidades de investigadores desde posiciones binarias y excluyentes (Denzin, 2009; 2008), como la de las de la falsa guerra cuanti-cualitativa.

Desafío 2. Credibilidad

- 10 Las comunidades cualitativas en distintos campos y en distintas partes del mundo se encuentran atendiendo al desafío de la credibilidad. Este desafío se hace particularmente importante y difícil para las comunidades de investigadores cualitativos en salud iberoamericanos, en donde se conjugan tres factores adversos: nuestra corporeización positivista más o menos modificada, la conformación médico-científica-institucional dominante del público al que dirigimos nuestros trabajos y la escasez de oferta de formación cualitativa de calidad. Esta situación de desventaja puede ser atendible a través de la calidad en sus planteamientos, procesos, reflexiones y comunicaciones. La credibilidad cualitativa va mucho más allá de la correcta aplicación de los métodos. Menciono aquí solamente algunos aspectos para lograr credibilidad en los trabajos cualitativos.
- 11 En primer lugar aparece la coherencia entre la intención de observar, lo que se observa y la manera en que se observa. Es frecuente que estos tres aspectos estén disociados en el pensamiento y práctica de la investigación por ejemplo cuando la o el investigador reconoce las limitaciones de observar la salud solamente en sus aspectos objetivos, tiene conocimiento de las propuestas cualitativas e intenta proceder cualitativamente a través de observar aspectos subjetivos de la producción de enfermedades. Con esta intención delimita su objeto de observación y su manera de proceder a partir de ideas básicas y superficiales del objeto y las metodologías cualitativas, considerando, a lo mejor inconscientemente, que ya sabe de lo que se trata, sin recurrir a los conocimientos y trabajos de otras comunidades científicas o académicas, como las de metodólogos, sociólogos o filósofos, o sin considerar que su visión de investigador y su implicación tanto en la conformación de sus objetos de estudio como en sus metodologías o interpretaciones, puede constituirse en obstáculo epistemológico para dar cuenta de lo que quiere observar. Denzin (2009: 108) sugiere que “La investigación interpretativa inicia y termina con la biografía y el ser del investigador”; frecuentemente las investigaciones cualitativas no son lo suficientemente reflexivas como para dar cuenta de la implicación de las y los investigadores. El resultado de esta manera de proceder es la delimitación del objeto desde la misma perspectiva positivista del investigador. Como consecuencia, tenderá a proceder no metodológicamente, sino metódicamente buscando encuadrar su proceder en el método científico.
- 12 Enseguida aparece el desafío de lograr coherencia entre la pregunta y el método. Como producto, entre otras cosas, de la corporeización del método científico como respuesta a los problemas de investigación, es común encontrar que las y los investigadores que intentan trabajos cualitativos en salud confundan las metodologías con los métodos e incluso con las técnicas e instrumentos. La construcción metodológica implica reflexiones profundas y procesos de ida y vuelta, considerando la teoría y experiencia metodológica de otros investigadores, de revisión y contrastación con la teoría y el conocimiento disponible y sobre el problema de conocimiento al que se refiere la metodología; de problematización del problema para, a partir de esa problematización, construir preguntas guía y sistemas de preguntas; de depuración, jerarquización, selección y problematización de preguntas metodológicas para, finalmente, lograr preguntas operativas que permitan la construcción de un método singular para contestar las preguntas también singulares de un trabajo específico. Es posible que este proceso conduzca a la consideración de métodos cuantitativos, en cuyo caso habrá que

recurrir a estos métodos y hacer explícito por qué se hace esto, en lugar de intentar “rigidizar” las cualidades subjetivas del objeto observado. La coherencia entre el problema, la pregunta y el método se logra dejando de manera creativa que el problema defina la pregunta y el sistema de preguntas y que las preguntas definan el método; cada metodología y cada método es una pieza creativa de las y los investigadores, en donde cada investigador se convierte en autor de su método. A esto se agrega un tercer aspecto de la coherencia necesaria para lograr credibilidad en trabajos cualitativos: el cuidado necesario para que las intenciones de las y los investigadores cualitativos correspondan con las metodologías y el diseño de los métodos, las técnicas y los instrumentos.

- 13 El cuidado en los aspectos anteriores ayudará, aunque no será suficiente, a lograr el aspecto más importante de la coherencia cualitativa: la coherencia ontológica-epistemológica-metodológica (ver por ejemplo Bosi, 2012). La metodología no tiene sentido separada de su sustento epistemológico y éste, a su vez, solamente se logra en la identificación y formulación de su sustento ontológico. Un trabajo cualitativo creíble, y por tanto de calidad, comienza por aclarar, sustentar sólidamente y comprometerse con la ontología detrás de la definición de sus problemas de investigación, no dejando este aspecto a la interpretación de sus lectores o colaboradores, ya sean éstos informantes o colegas. La sustentación ontológica sólida no implica la mera repetición en infinidad de cuartillas de lo que dicen otros autores, sino la construcción clara y fundamentada, apoyada en otros autores y experiencias, del trasfondo de la metodología y en consecuencia es una construcción personal y singular del autor-investigador. De la claridad en cada uno de los aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, mostrando la vinculación entre unos y otros, depende la coherencia general de nuestro trabajo de investigación.
- 14 Finalmente, sucede que, tras lograr la coherencia en la investigación, nuestro trabajo de marquería se destruye al construir comunicaciones que no corresponden con la naturaleza de nuestra investigación. Quizás en el campo de la investigación en salud, una causa que pende sobre las y los investigadores son las características de los auditorios a quienes tenemos que dirigir nuestros comunicados, que con más frecuencia de la que desearíamos, nos leen desde su corporeización positivista y desde el campo de poder, lectores que difícilmente entenderán nuestra palabra más allá de como parresía, si no nos ajustamos a sus lineamientos positivistas. Es común que las editoriales en el campo de la salud no incluyan trabajos cualitativos auténticos y que nos soliciten “endurecer” nuestras comunicaciones. Para responder a las demandas editoriales sin perder coherencia se requiere de una gran experiencia y solidez en nuestros trabajos. Si como comunidad cualitativa iberoamericana en salud queremos incidir en el pensamiento, políticas y prácticas en salud, necesitamos construir estrategias para generar vías y formas de comunicación y auditorios alternativos con capacidad de influencia en grupos de la población, el campo científico y las instituciones.

Desafío 3. Contundencia

- 15 Como tercer desafío propongo que como comunidad iberoamericana cualitativa en salud logremos la contundencia necesaria para conseguir evaluaciones favorables y

abrir la posibilidad de ser escuchados tanto en los campos positivistas como en los mismos campos cualitativos.

- 16 Para lograr evaluaciones favorables, el rigor positivista exige rigidez en métodos y resultados. La rigidez se contrapone a la naturaleza interpretativa de la investigación cualitativa. Aunque no existe investigación sin interpretación, puesto que todo proceso de investigación es un continuo de toma de decisiones por parte de los investigadores y las decisiones se logran con base en interpretaciones de las situaciones, los contextos, los problemas, los datos, etc., y la naturaleza de la interpretación varía de acuerdo con los sustentos ontológicos y epistemológicos de cada investigación, la investigación cualitativa expone como característica principal su naturaleza interpretativa en donde las variaciones de la interpretación son múltiples, en tanto que la posición positiva solamente admite como válida la interpretación de los resultados basados en convenciones estadísticas. Es necesario entonces lograr contundencia en los sustentos y presentación de los entendimientos cualitativos a través de formas que, sin rigidizar planteamientos, metodologías, resultados o interpretaciones, convenzan a todo tipo de auditorio. La fuerza de convencimiento de los trabajos cualitativos reside en su contundencia. Propongo que esta contundencia se puede alcanzar mediante: la conciencia y consideración explícita de la corporeización positivista, de la visión en frontera y de los elementos de parresía en nuestros entendimientos de manera tal que en nuestras comunicaciones identifiquemos los elementos en los que hay que poner mayor cuidado y atención para asegurar que el lector(a) entiende, aunque no acepte, lo que decimos; exposición clara y sustentada de los elementos ontológicos, epistemológicos y metodológicos que muestren su coherencia y solidez; minucia en la construcción artesanal de nuestras ideas, prácticas y mensajes; rigor en la construcción de datos que den cuenta de la pertinencia, importancia, honestidad, profundidad y sentido de lo que se dice, en donde sean los datos quienes hablen, de manera que cualquier intérprete pueda leer con contundencia lo que nosotros vemos; comunicaciones claras, precisas, con introducciones que pongan en antecedentes sobre lo que sí y lo que no encontrará el lector en el trabajo, bien estructuradas y sustentadas, en donde se note la secuencia de una argumentación que lleve al lector paso a paso a conclusiones claras, precisas y que deriven de las argumentaciones teóricas y empíricas que se han desarrollado a lo largo del trabajo; comunicaciones que muestren lo que son y no intenten parecer otra cosa; que digan lo que sí pueden decir y no pretendan que dicen otra cosa.

Desafío 4. Intereses emancipadores

- 17 De acuerdo con Jürgen Habermas (1987) existen tres intereses básicos por conocer: interés técnico, interés práctico e interés emancipador. No todos los investigadores cualitativos tienen los mismos intereses por conocer, por ejemplo, las empresas mercadotécnicas llevan a cabo investigaciones cualitativas desde intereses técnicos y prácticos principalmente buscando entendimiento de quiénes son los consumidores para producir y posicionar mejor sus productos (Kvale, 2008), en tanto que, desde intereses principalmente emancipadores, las fraternidades negras o feministas llevan a cabo investigaciones cualitativas tanto para entender mejor su situación ante los poderes de dominación como para inducir cambios a través del mismo proceso de investigación (ver por ejemplo: Bishop, 2005; Olesen, 2005). No es ni posible ni deseable

que la comunidad cualitativa iberoamericana se vuelva homogénea alrededor de exactamente el mismo balance entre intereses por conocer, sin embargo, la situación de salud en nuestros países genera una deuda social ante la que no podemos cerrar los ojos. Para ser coherentes tenemos el desafío de discutir, construir y corporeizar una ética de solidaridad, co-pasión, justicia social y equidad que responda a la base de los problemas que estudiamos principalmente desde intereses emancipadores.

- 18 Desde una ética emancipadora, el desafío se extiende a la auto-evaluación de la situación actual de la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica que nos permita identificar tanto los aciertos y propuestas de calidad generadas en nuestras comunidades, como sus carencias y necesidades; de los problemas para el desarrollo de un modelo iberoamericano de conformación de comunidades cualitativas; y de manera urgente detener las simulaciones y las modas que en la última década se han extendido alrededor de la investigación cualitativa, que resultan en trabajos poco creíbles y desacreditan a la investigación cualitativa de calidad. En este sentido, se abre también el desafío de diseñar estrategias y métodos de evaluación de las investigaciones cualitativas que se puedan ofrecer a otras comunidades como recurso para valorar la calidad de las investigaciones y que a la vez se conviertan en posibilidades pedagógicas.
- 19 Desde una ética emancipadora, nuestro compromiso es lograr sentidos y entendimientos sobre la salud que puedan convertirse en práctica y en la eventual modificación de las condiciones de sufrimiento, de las políticas públicas, del acceso a los servicios y de la organización social en torno a la salud (Chapela & Cerda, 2010).

Para atender a estos desafíos

- 20 Propongo que, para empezar a atender a los desafíos planteados en las secciones anteriores, se requiere:
- 21 1. Mejorar la calidad en la formación de los investigadores, empezando por los que se encuentran en la situación de asesores o formadores de futuros investigadores. Requerimos asesores creativos que fomenten la creatividad de sus estudiantes, que logren mostrar y exigir calidad, que construyan preguntas de naturaleza cualitativa, que discernan en el espectro de investigación hacia dónde conducen sus preguntas y logren coherencia en sus trabajos.
- 22 2. Hacer audibles las voces desde el Sur – el mundo marginado de los poderes centrales – en el Norte – el mundo de los poderes centrales (Santos, 2009) y en el Sur mismo, mediante la comunicación, el diálogo y la tolerancia entre investigadores, ideas, metodologías, comunicaciones.
- 23 3. Generar experiencias des-positivizantes para la comunidad de investigadores cualitativos iberoamericanos, por ejemplo mediante estrategias para formar comunidades cualitativas de solidaridad y significado que aprendan a asociar, utilizar y reconvertir los recursos con los que cuentan, creando redes de pares lectores y de publicaciones iberoamericanas abiertas a la calidad y la diversidad.
- 24 Como partícipes del campo de la salud en donde reside la hegemonía positivista, requerimos construir experiencias des-positivizantes en donde, antes que auto-excluirnos en el campo de la salud, logremos penetrarlo y convencerlo de otras maneras de entender y responder ante los problemas de sufrimiento. Ante todo, los desafíos los podremos enfrentar mediante el diálogo y la reflexión crítica tenaz,

convencida de la importancia de mejorar la investigación cualitativa en salud y comprometida con la transformación del sufrimiento humano.

BIBLIOGRAFÍA

- AGGLETON, P. (2001), *Health*, London, Routledge.
- BACHELARD, G. (1985), *La formación del Espíritu Científico*, España, Planeta.
- BISHOP, R. (2005), "Freeing ourselves from Neo-colonial domination research", in N. Denzin e Y. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, California, SAGE, Capítulo 5: 109-137.
- BOSI, M. L. (2012), "Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios", in *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (3).
- BOURDIEU, P. (1986), *Distinction. A social critique of the judgement of taste*, London, Routledge and Kegan Paul.
- BOURDIEU, P. (1990), *The logic of practice*, California, Stanford University Press, Capítulo 4: 66-79.
- BOURDIEU, P. (1997), *Méditations pascaliennes*, Paris, Éditions du Seuil.
- BOURDIEU, P. (1966), "Champ intellectuel et Projet créateur", *Les Temps Modernes*, 246: 865-906.
- BOURDIEU, P. (1971), "Public opinion does not exist", in A. Matelart y S. Siegelau (eds.), *Communication and class struggle*, New York, International General/IMMRC, Volume 1.
- BOURDIEU, P. y J.-C. Passeron (1970), *La reproduction: Eléments por une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU, P. y L. Wacquant (1992), *An invitation to reflexive sociology*, Cambridge, Polity Press.
- CHAPELA, M. C. (2010), "Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud", in M. C. Chapela (ed.), *En el debate: Diabetes en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, Capítulo 5: 135-163.
- CHAPELA, M. C. (2013), «En la frontera: promoción de la salud emancipadora, transdisciplina e indagación cualitativa», in C. Martínez-Salgado et al. (coords.), *Multi, inter, transdisciplina e investigación cualitativa en salud: en el juego de los espejos*, México, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, Capítulo 3. En proceso de publicación.
- CHAPELA, M. C. y R. Consejo (2009), "Cuerpo-territorio", in M. C. Chapela y A. Cerda, *Promoción de la salud y poder*, México, UAM, Serie Académicos de CBS número 94, 96-123.
- CHAPELA, M. C. y A. Cerda (2010), "Investigación cualitativa sanadora", in C. Martínez-Salgado (ed.), *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones, narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Capítulo 6: 120-138.
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2005), *Primera actualización: imperativos y oportunidades para el cambio*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 4 de diciembre de 2012 en: http://apps.who.int/social_determinants/areas/civil_society/opportunities4change.pdf

- CRESWELL, J. (2013), *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*, SAGE, Capítulo 2: 15-41.
- DENZIN, N. (2009), *Qualitative inquiry under fire. Toward a new paradigm dialogue*, Walnut Creek, California, Left Coast Press.
- DENZIN, N. (2008), “Los nuevos diálogos sobre paradigmas y la investigación cualitativa. Un compromiso en la relación universidad-sociedad”, in *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*, 52: 63-76.
- FOUCAULT, M. (1973), *El orden del discurso*, Barcelona, Tusquets.
- FOUCAULT, M. (2004), *Discurso y verdad en la antigua Grecia*, Barcelona, Paidós.
- HABERMAS, J. (1987), *Knowledge and human interests*, London, Heinemann.
- KUHN, T. (1971), *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica.
- KVALE, S. (2008), “Qualitative Inquiry between scientific evidentialism, ethical subjectivism and the free market”, in *International review of Qualitative Research*, 1 (1) 5-18.
- LAURELL, A. C. (2010), “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina”, in *Medicina Social*, 5 (1): 79-88.
- LAURELL, A. C. (ed.) (1994), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México, UAM, Friedrich Ebert Stiftung.
- LEAVY, P. (2011), *Essentials of transdisciplinary research. Using problem-centered methodologies*, Walnut Creek, California, Left Coast Press.
- LÓPEZ-MORENO, S. et al. (2011), “Concepciones sobre la salud, enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX”, in M. C. Chapela y M. E. Contreras (eds.), *La salud en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, Colección *Pensar el futuro de México*, Volumen 15: 51-90.
- MARTÍNEZ-SALGADO, C. (2008), “Los múltiples significados de la salud. Un recorrido bajo la guía de Canguilhem”, in C. Martínez-Salgado (ed.), *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*, México, UAM-X, Capítulo 2: 35-57.
- MARTÍNEZ-SALGADO, C., M. C. Chapela y V. Ruiz-Velazco (coords.) (2013), *Multi, inter, transdisciplina e investigación cualitativa en salud: en el juego de los espejos*, México, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, en proceso de publicación.
- MCQUEEN, D. (2012), *Conferencia Magistral*, IX Conferencia Técnica internacional sobre principios y prácticas de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, 28 de noviembre de 2012, San José de Costa Rica, organizada por la Red de las Américas para la vigilancia de las enfermedades crónicas (AMNET).
- NAVARRO, V. (1984), *Lucha de clases, estado y medicina*, México, Caracas, Buenos Aires, Editorial Nueva Imagen.
- OLESEN, V. (2005), “Early millennial feminist qualitative research: challenges and contours”, in N. Denzin e Y. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, California, SAGE, Capítulo 10: 235-277.
- Organización Mundial de la Salud (1946), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, *Official Records of the World Health Organization*, 2: 100.
- SANTOS, B. de Sousa (2009), *Una Epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, CLACSO.

SINOÉ, E. y O. López-Arellano (2011), “Determinantes sociales y Salud-Enfermedad en México”, in M. C. Chapela y M. E. Contreras (eds.), *La salud en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, Colección *Pensar el futuro de México*, Volumen 15: 93-123.

WAITZKIN, H. B. y B. Waterman (1981), *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, México, Editorial Nueva Imagen.

NOTAS

1. Artigo construído a partir da Comunicação apresentada no V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde – Circulação de Saberes e Desafios em Saúde, realizado em Lisboa entre 11 e 13 de Outubro de 2012.

RESÚMENES

A partir de los argumentos de que la formación y uso actual de la investigación en salud es predominantemente positivista y que se “corporeiza” en los investigadores; de que la manera en la que se ha investigado la salud no da cuenta de su complejidad y que la investigación positivista en salud se convierte en obstáculo epistemológico para mejorar el entendimiento de la salud, en este artículo presento cuatro desafíos y un conjunto de posibilidades para remontar la corporeización positivista a favor del desarrollo de la investigación cualitativa iberoamericana en el campo de la salud, la enfermedad y la atención.

Partindo dos argumentos de que a formação e o uso atual da investigação em saúde é predominantemente positivista e se “corporiza” nos investigadores; de que a forma como tem sido investigada a saúde não dá conta da sua complexidade e de que a investigação positivista em saúde se converte em obstáculo epistemológico para uma melhor compreensão da saúde, neste artigo apresento quatro desafios e um conjunto de possibilidades para ultrapassar a corporização positivista a favor do desenvolvimento da investigação qualitativa ibero-americana no campo da saúde, da doença e dos cuidados.

Developing from the arguments that health research present uses and training are mainly positivist and embodied in the researchers; that the way health has been researched does not disentangle its complexity; and that health positivist research becomes an epistemological obstacle for an improved health understanding, in this paper I present four challenges and a set of possibilities to overcome positivist embodiment on behalf of Ibero-American health, disease and care qualitative research development.

ÍNDICE

Palavras-chave: corporização positivista, investigação qualitativa em saúde, Ibero-América, credibilidade

Keywords: positivist embodiment, qualitative health research, Ibero-America; credibility

Palabras claves: corporeización positivista, investigación cualitativa en salud, Iberoamérica, credibilidad