

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

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

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

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

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

**RESUMEN**

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

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

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

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

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

**Correspondencia:**

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

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

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

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

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

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

## INTRODUCCIÓN

La génesis de las acciones de investigación social, con una perspectiva estructural y aplicada a la Promoción y Educación para la Salud en la Comunidad de Madrid, se sitúa alrededor de 1989. En abril de ese año, el Departamento de Salud Pública del Servicio Regional de Salud, precursor de las actuales estructuras de Salud Pública, publicó un Plan de Acciones de Salud Pública<sup>1</sup>, en el que en el capítulo de Promoción y Educación para la Salud se podía leer: *el estudio integral de las situaciones sanitarias requiere de un sistema permanente de vigilancia especializada de carácter no solo epidemiológico sino también sociocultural*, formulándose como primer objetivo estratégico: *conocer y actualizar los discursos sociales, actitudes y hábitos de los madrileños en torno a los temas de salud de mayor relevancia*. Fueron tiempos no tanto de llevar a cabo investigaciones sino de hacer ver a la institución la necesidad de tomar en consideración las aportaciones de la investigación cualitativa a la tarea transformadora de los programas de salud pública.

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

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

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

### El contexto de la investigación

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

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

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

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

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

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

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

### Los métodos de la investigación

En el análisis de la realidad social, tal como dice Alfonso Ortí<sup>3</sup>, no sólo nos encontramos con hechos (acciones humanas y acontecimientos), sino también con discursos de individuos y grupos. Para ser explicados los hechos se registran, cuantifican y correlacionan; para ser comprendidos los

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La práctica de la investigación**

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

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

Los objetivos del Sistema de Información son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

### Los usos de la investigación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Igualmente ha servido para identificar necesidades y reorientar la formación, tanto de los profesionales implicados como de la propia población. La devolución de esta información ha permitido a los técnicos contrastar sus prejuicios y transformar su actitud ante el problema de salud estudiado, acercándose a la realidad de la población afectada, lo cual también les ha permitido tomar decisiones informadas para la reorientación de los servicios sanitarios. Algunos ejemplos que pueden ilustrar este tipo de uso son: «El discurso del personal sanitario de la Comunidad de Madrid en torno a la infección por VIH/Sida<sup>7</sup>», y «La percepción de los profesionales de la Salud frente al cáncer de mama».

Otros estudios han unido a este tipo de utilidad la de trabajar también con la propia población afectada por el problema: «Autocuidados en asma: los profesionales y los asmáticos opinan<sup>8</sup>», «La Diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid: percepción de los enfermos y del personal sanitario de la

Atención Primaria de salud ante el manejo de la enfermedad<sup>9</sup>) y «Líneas de intervención y comunicación sobre la anorexia y bulimia nerviosas».

Los resultados de los estudios también nos han permitido conocer cómo entiende la población nuestras palabras, cómo reciben la información, mejorando así los procesos de comunicación social de los programas. Algunos ejemplos representativos de este uso de la investigación son: «El discurso de las personas exfumadoras en torno al consumo de tabaco<sup>10</sup>», «La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid<sup>11</sup>», «El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo<sup>12</sup>», «Actitudes de los profesionales de Atención Primaria ante los materiales didácticos de educación para la salud» y, en general, todos los estudios del Sistema de Información como el «Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid<sup>13</sup>».

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

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

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

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

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

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



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

### BIBLIOGRAFÍA

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