

Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados?^a

Francisco J. Mercado Martínez^b; Leticia Robles Silva^c

INTRODUCCIÓN

En años recientes se han generado iniciativas y propuestas en diversas áreas y disciplinas, tal como en el caso de la salud, tratando de responder la pregunta qué hacer con los resultados de la investigación. Este asunto no sólo ha sido objeto de interés por parte de investigadores en esta área, también lo ha sido para los organismos internacionales. Entre otros, mientras que la Organización Mundial de la Salud organiza foros sobre el uso de la investigación para elaborar políticas de salud, dirigir la asignación de los recursos e impulsar estrategias de integración entre la investigación y la acción, las agencias de financiamiento se preguntan cada vez más sobre la aplicación de los resultados en aquellos proyectos financiados con sus recursos (1-2).

Varios modelos o enfoques se han identificado sobre el tema en cuestión. Weiss (3), una pionera en este campo, identifica siete modelos de “utilización del conocimiento”: el del conocimiento dirigido, el de solución de problemas, el interactivo, el político, el táctico, el iluminador/esclarecedor y el emprendedor. Raymond Boudon (4), por su parte, señala que durante los dos últimos siglos las ciencias sociales han tenido fines diferentes en función de su naturaleza teórica. Para este autor, la sociología informativa o de consultoría produce datos y análisis orientados a la toma de decisiones; la crítica identifica los defectos de la sociedad y propone remedios para curarlos; la comprensiva describe los fenómenos sociales de una manera vívida al intentar despertar emociones; y la cognitiva tiene como objetivo explicar los fenómenos sociales enigmáticos.

Este debate también ha llegado al campo de la investigación cualitativa. Lincoln y Guba (5) sostienen que existe un tipo de difusión para cada paradigma; según ellos, los investigadores con una postura positivista actúan como

RESUMEN

En este trabajo examinamos el destino de los resultados de la investigación cualitativa en el área de la salud. Lo hemos dividido en dos partes: en la primera identificamos tres enfoques empleados comúnmente para difundir y aplicar los resultados de la investigación en salud. Uno, cuyo objetivo es transmitir los conocimientos a la academia; otro interesado en su transferencia y traducción para la elaboración y fortalecimiento de las políticas y los programas de salud y; el último orientado a la población. En la segunda parte exponemos una serie de reflexiones en torno a una propuesta relacional y dialógica de difusión y uso de la investigación cualitativa en salud, en el contexto específico de los países latinoamericanos.

Palabras clave: *investigación, salud, cualitativa, difusión, transferencia de conocimientos, América Latina.*

- a *Agradecemos a Xóchitl Fuentes y Almitra Vázquez por su apoyo en la edición del documento. También a Esther Wiesenfeld y Euclides Sánchez por sus valiosos comentarios a una versión previa.*
- b *Doctor en ciencias sociales, Profesor de la Universidad de Guadalajara en México; E-mail: fjaviermercado@yahoo.com.mx*
- c *Doctora en ciencias sociales. Profesora de la Universidad de Guadalajara en México; E-mail: letroblessilva@yahoo.com.mx*

Cómo citar este artículo:

Mercado Martínez FJ, Robles Silva L. Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados? Invest Educ Enferm. 2008;26(2 suppl): 48-59.

Recibido: Julio 30 de 2008. Envío para correcciones: Agosto 13 de 2008. Aprobado: Agosto 19 de 2008

Uses of qualitative research in health. Is there something beyond the dissemination of results?

Francisco J. Mercado Martínez; Leticia Robles Silva

ABSTRACT

The aim of this paper is to examine the dissemination and use of qualitative health research. The paper is divided into two parts. In the first part, three common approaches are identified regarding the use and application of research results: one is interested in the dissemination of knowledge to academia; another looks at the knowledge transfer and translation to strengthen health policies and programs; and the last one is geared towards the population. The second part presents a relational and dialogic proposal for the transfer and use of qualitative research in the health area in the context of the Latin American countries.

Key words: *research, health, qualitative, diffusion, knowledge transfer, Latin America.*

actores “desinteresados” e informan a los tomadores de decisiones, a quienes elaboran políticas públicas y a los agentes del cambio social; mientras que quienes actúan bajo un paradigma constructivista suelen convertirse en “participantes apasionados” y facilitadores de una reconstrucción de las múltiples voces. En un trabajo más reciente, Denzin y Lincoln (6) plantean que en etapas por venir, la investigación cualitativa habrá de guiarse con el propósito de justicia social y responder a las necesidades de los otros más que a las del investigador.

Una mirada a la producción de la investigación cualitativa en salud en los países latinoamericanos evidencia que el tema del uso y utilización de sus resultados parece reducirse a la tradicional difusión de los mismos, esto es, a su publicación en los medios académicos. Mejor dicho, pareciera haber una laguna y desinterés notorio en tanto

existen pocas reflexiones y propuestas sobre el tema. Las escasas alusiones al mismo, por lo general, reproducen los planteamientos de los autores anglosajones en materia de publicaciones, aunque frecuentemente son enmarcadas en un discurso crítico y contestatario a la par que enfatizan cierto compromiso con los grupos participantes en el estudio así como con la población, sobre todo con los grupos más débiles o excluidos.

Ante este panorama, el presente trabajo tiene como objetivo exponer una serie de reflexiones sobre el destino de los resultados de la investigación cualitativa en el área de la salud en América Latina. Para ello hemos dividido el trabajo en dos partes. En la primera describimos tres enfoques vigentes sobre la difusión y aplicación de los resultados de la investigación en lo general, los cuales se agrupan en función del actor a quien se dirige: a la academia, a quienes elaboran políticas y programas de salud, y a la población. En la segunda parte exponemos varios tópicos que nos parecen centrales para impulsar un debate en torno a una propuesta de difusión y aplicación de los resultados de la investigación cualitativa, particularmente en el contexto latinoamericano.

1. TRES ENFOQUES SOBRE DIFUSIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

a) El enfoque dirigido a la academia

Este enfoque se centra en la generación y difusión del conocimiento desde y para el consumo de los grupos académicos. Su supuesto es que el investigador cumple su mandato cuando pone a disposición de otros investigadores el conocimiento generado, asumiendo que cualquier persona puede acceder y hacer uso del mismo cuando lo requiera. Ello implica, en consecuencia, que su difusión debe hacerse por medio de publicaciones apropiadas a fin de que esté disponible para quienes puedan interesarse por dicho conocimiento.

En el caso de los países latinoamericanos, este enfoque ha estado ligado íntimamente a la idea del atraso científico y tecnológico. Por ejemplo, en los diagnósticos de organismos internacionales, secretarías, ministerios, universidades y agencias nacionales de la región se alude permanentemente a tal rezago científico, el cual suele evidenciarse al comparar los indicadores en materia científica o tecnológica de los países, las instituciones o los investigadores de la región respecto a los de los países desarrollados o de ingresos altos, tales como Estados Unidos, Japón y la Unión Europea. Por ello, a principios del siglo XXI se sigue reiterando la persistencia de un abismo entre países de la región, como Argentina, México y Brasil respecto a Estados Unidos, en tanto que la producción científica de los tres países iberoamericanos representa menos de 5% de las publicaciones a nivel mundial, mientras que la cifra del último asciende a 34% (7). Con base en tal discurso, políticas y programas de ciencia y tecnología se han elaborado para resolver tales rezagos a lo largo de las décadas. Entre otras estrategias, se insiste en la necesidad de incrementar el presupuesto para fortalecer la ciencia acorde con los estándares internacionales, se urge a incrementar el personal con formación de postgrado, así como la promoción y fortalecimiento de la investigación ligada a la generación de conocimientos y la solución de problemas de relevancia social, económica y productiva.

En el marco de este enfoque se impulsa un modelo de difusión de los conocimientos generados que se dirige fundamentalmente a la comunidad científica. Entre tantas estrategias empleadas para consolidarlo, se otorgan apoyos financieros y recompensas a los académicos e investigadores que cumplen con las metas establecidas tanto por organismos internacionales como nacionales en materia de generación y difusión de la ciencia y de la tecnología, es decir, se estimula la publicación en revistas indizadas de alto impacto y en editoriales de prestigio, así como la presentación de los productos científicos por vías tan diversas como las conferencias, los seminarios y los congresos. Tales estrategias no son privativas del área de la salud, están presentes en la mayoría de las disciplinas y tipos de investigación en toda la región.

Este estilo de hacer investigación y de entender la difusión y la aplicación de sus resultados prioriza su difusión a una audiencia académica; por ende, un número significativo de investigadores, incluidos quienes hacen investigación cualitativa en salud, dirigen sus esfuerzos a hacer llegar sus productos a otros académicos sobre todo a la denominada comunidad científica internacional. Y en la medida que el investigador se ajusta y cumple con los principios y dinámica de este modelo, adquiere un estatus con respectivo reconocimiento nacional o internacional

y, como consecuencia, pasa a ser acreedor de premios y estímulos tal como se evidencia con claridad en los casos brasileño y mexicano con el creciente número de investigadores resgistrados con alta productividad. Según esta lógica, lo prioritario es hacer llegar los resultados de la investigación a los grupos académicos, pasando a segundo término su difusión a cualquier otro actor o grupo social externo a la academia.

b) Un enfoque centrado en la transferencia, traducción e impacto de los resultados

Desde finales del siglo pasado se enfatiza en la necesidad de transferir de forma sistemática el conocimiento generado en la investigación al personal de las organizaciones públicas y privadas, sobre todo a quienes elaboran las políticas y programas públicos. La intencionalidad es transferir los resultados de la investigación a una serie de actores externos al mundo académico, y particularmente a los tomadores de decisiones, de tal forma que los conocimientos se orienten a resolver los problemas y las necesidades que se enfrentan día a día en los programas y servicios de salud. La intencionalidad de esta propuesta es definir la agenda a partir de y/o para los tomadores de decisiones o autoridades del sector.

Varios argumentos suelen sustentar la lógica de esta modalidad de difusión o transferencia de los conocimientos. Uno es la intención de fomentar entre los miembros de las organizaciones e instituciones públicas la capacidad de identificar y responder ante situaciones críticas para realizar cambios rápidos y adecuados a las políticas o programas públicos; otro es la obtención de información más completa y la toma de decisiones mejor informadas; un tercero es el incremento de la capacidad de integrar los conocimiento que por lo general se presentan de forma fragmentada (8). Tres tendencias o variantes destacamos al interior de este enfoque: una prioriza el impacto de los resultados, otra la vinculación de la investigación con el sector público-privado y, la tercera la traducción y transferencia de los conocimientos.

El impacto de los resultados

Durante los últimos años un número creciente de organismos financiadores, tales como universidades, consejos, centros, ministerios y secretarías de Estado vienen solicitando a los investigadores explicitar el impacto de su trabajo investigativo en alguna esfera de la sociedad, sea en la institución donde lleva a cabo el estudio, en el sector público o en el privado. El supuesto es que la investigación debe tener impacto en uno o varios niveles de la sociedad. Por ejemplo, Kuruvilla y colaboradores (9) desarrollan un

esquema para describir cuatro niveles de impacto de una investigación: aquel relacionado con la propia academia, otro dado a nivel de la política, otro en los servicios, y un último que se expresa en la misma sociedad. Así, se solicita explícitamente en el protocolo, la solicitud de financiamiento y el reporte de investigación, especificar los usuarios del conocimiento generado, las estrategias para su implementación y los mecanismos a utilizar para evaluar tal impacto, dejando en manos del investigador no sólo la definición del tema a estudiar sino también los productos a obtener, su difusión y uso, sin importar si son estudios cuantitativos o cualitativos. El criterio del impacto del estudio pasa a ocupar un papel central en la evaluación y, en consecuencia, en la aprobación y el financiamiento de los proyectos. En este sentido, uno de los obstáculos que enfrentan investigadores cualitativos al intentar cumplir con este requisito es que tales impactos suelen ser evaluados bajo una lógica epidemiológica o económica, lo cual puede ser difícil de evidenciar en algunos trabajos de corte cualitativo, sobre todo en aquellos interesados en los procesos de significación, en las experiencias o en el empoderamiento de la población.

Una investigación orientada a las demandas de la organización sanitaria

Este enfoque argumenta que los investigadores de las instituciones públicas no sólo deben realizar estudios motivados por el deseo de generar conocimientos, sino también preocuparse por su aplicación. Lavis y colaboradores (10), entre otros, sostienen que una de las responsabilidades públicas de los investigadores es impulsar la relación de la investigación con la esfera de la política.

En el campo de la salud, el énfasis en materia de vinculación suele darse con quienes elaboran las políticas públicas y los programas gubernamentales. De acuerdo con Almeida y Báscola (11), este debate sobre el uso de la investigación para la formulación de políticas de salud data de la década de 1980, y gira en torno a cómo se debe dar esta vinculación teniendo en cuenta los modelos teóricos disponibles. Aquí encontramos también varias tendencias en torno a como materializar tal vinculación en la práctica y que se aplica para cualquier tipo de investigación.

Una de ellas define la agenda de investigación a partir de las necesidades y propuestas de algún sector gubernamental e incluso de algún grupo político. Por ejemplo, en el área de la salud en México se argumenta que los productos de la investigación deberían influir en la práctica médica y en la elaboración de políticas públicas, por lo cual la agenda de la investigación habría de definirse a partir de las demandas del sector salud. Con base

en ello se da prioridad a aquellas investigaciones basadas en convenios de colaboración interinstitucional o público-privado y en donde la institución sanitaria define la agenda de prioridades (12). Para el caso mexicano, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (13) viene impulsando un programa de financiamiento de proyectos, en donde los temas a investigar están definidos en las demandas específicas de las instituciones del sector salud. Variantes de esta modalidad son empleadas cada vez más en otros países de la región, como Brasil y Colombia.

Otra tendencia es la impulsada por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud. Aquí la vinculación se da entre los servicios de salud y los investigadores mediante la elaboración y desarrollo de proyectos de investigación de manera conjunta. Siguiendo esta lógica, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud apoyó en años recientes cinco proyectos de esta naturaleza en los cuales se involucró a funcionarios y personal de los servicios de salud de varios países de la región. La intención final de esta iniciativa es no sólo considerar al personal como receptores o usuarios de los resultados, como usualmente ocurre, sino también como participantes del proceso de investigación, desde su concepción hasta el uso de los resultados (14).

La tercera tendencia es aquella en la cual los investigadores participan a título personal o como integrantes de un grupo, en la asesoría, evaluación y elaboración de programas y servicios a nivel nacional, regional o local. En este caso, no sólo se trata de la realización de una investigación, sino también la recuperación de experiencias de estos investigadores convertidos en asesores para reorganizar las políticas, los programas o los servicios a partir de sus recomendaciones. Este tipo de participación se ha reportado en el área de la educación, pero también suele ser empleada en el de la salud. Para algunos autores, sin embargo, esta vinculación conlleva riesgos en la toma de decisiones, entre otros, por los sesgos resultantes de las variaciones en las metodologías y los marcos teóricos utilizados, la ponderación diferente de los factores de acuerdo con las preferencias de los investigadores, así como por ser un conocimiento descontextualizado por el posible desconocimiento de los factores que los afectan (15).

Traducción y transferencia del conocimiento

Durante los últimos años se han reconocido los alcances de los modelos hasta aquí expuestos de generación y uso de los conocimientos generados. Pero también han sido objeto de críticas por su unidireccionalidad no obstante sean promovidos por los investigadores o por los tomadores de decisiones. Pero en países como Australia, Canadá y

el Reino Unido también se ha avanzado en la formulación de propuestas novedosas sobre el tema, tal como aquellas englobadas bajo el término de transferencia y traducción de conocimientos. Por ejemplo, según los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, “la traducción del conocimiento es el intercambio, síntesis y su aplicación ética –dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios- para acelerar la aprehensión de los beneficios de la investigación por parte de los/as canadienses a través de una mejor salud, servicios y productos más eficientes y un sistema de salud mejor estructurado” (16). Algunas de estas propuestas también han empezado a considerarse en América Latina.

La idea central de esta propuesta es que los tomadores de decisiones que utilizan los resultados de múltiples investigaciones tendrán más elementos para elaborar mejores políticas y programas de salud (17), es decir, podrán tomar decisiones mejor informadas si cuentan con información relevante y pertinente del conjunto de los conocimientos generados y no sólo a partir de una sola investigación o experiencia. Lo anterior implica la creación de puentes e intermediarios entre la investigación y las instituciones de salud con el fin de construir políticas y programas racionales basados en la información o en evidencias científicas. Diversos debates y experiencias existen sobre cómo construir este “puente” entre la investigación y las políticas. Uno se centra en el desarrollo de un modelo capaz de explicar e impulsar el uso de la investigación en el ámbito de las políticas públicas, y en donde la relación se entiende como un proceso de interacción implementado en fases (11). Entre otros, aquí se ha impulsado un estilo de producción de información relevante para los tomadores de decisiones a través de la denominada revisión sistemática.

Sintetizando algunas experiencias, como la canadiense, de transferencia y traducción de conocimientos a los tomadores de decisiones, tal proceso pudiera implicar los siguientes pasos. Una etapa inicial donde los tomadores de decisiones identifican y priorizan los problemas que enfrentan en los programas o servicios de salud; una siguiente etapa donde investigadores expertos traducen dichos problemas en temas y preguntas de investigación; una posterior donde una agencia de financiamiento apoya o convoca a investigadores para llevar a cabo una revisión sistemática de uno de los temas de investigación prioritario; a continuación se valora la posibilidad de llevar a cabo una investigación específica sobre algún componente o pregunta que quede sin contestar en el marco de la revisión de la literatura. Finalmente, el desarrollo de un conjunto de medidas de difusión tanto para los tomadores

de decisiones como para el personal de salud involucrado, pero sin dejar de lado la posibilidad de generar trabajos para difundir la experiencia en revistas de alto impacto. En este proceso, ni investigadores ni tomadores de decisiones ni personal de salud imponen su visión sobre qué y cómo investigar. Todos son necesarios para realizar el proceso en su conjunto.

La revisión sistemática consiste en sólo una parte del proceso donde investigadores y tomadores de decisiones se relacionan, a la par que se elabora un producto. Dicha relación se sustenta en la premisa de que el punto de partida radica en las necesidades de información de los tomadores de decisiones, a la par que se les involucra en el proceso de definición de la propia revisión sistemática (18), más no en la misma revisión que compete al investigador. La revisión sistemática tiene como finalidad aportar datos sobre “qué funciona” en las políticas o programas de salud a partir del análisis de estudios experimentales o de evaluación de programas (10). Este tipo de revisión se considera superior a la tradicional revisión del estado del arte, llamada también narrativa, y a las investigaciones solicitadas bajo contrato, ya que dicha síntesis ofrece mayor rigurosidad metodológica y es más relevante (15). Su ventaja radica en que ofrece un conjunto de evidencias derivadas de la producción científica, especificando no sólo los factores que afectan el funcionamiento de las políticas y los programas, sino también cómo funcionan, cómo podrían ser modificados, así como sus costos. En la actualidad, además de la revisión sistemática (19), también son frecuentes variantes como el análisis secundario (20), la metasíntesis (21), la revisión integrativa (22) y los meta-resúmenes (23) como productos de este proceso.

Si bien las revisiones sistemáticas incorporan los estudios cuantitativos y experimentales, a partir de la llamada medicina basada en evidencias, cada vez más se elaboran propuestas de síntesis que utilizan tanto los estudios cualitativos como los cuantitativos en la realización de las revisiones sistemáticas.

c) Un enfoque preocupado por la población

Un tercer enfoque en torno a la disseminación y uso de los resultados de la investigación es aquel que se propone hacer llegar los resultados de la investigación a la población. A su interior también encontramos tres variantes: una preocupada por la divulgación a la población; otra interesada en el regreso de los datos a los informantes y, una tercera sustentada en principios como los de justicia social. Hasta donde tenemos conocimiento, ninguna de las tres ha tenido una presencia importante en la investigación cualitativa en salud en los países latinoamericanos.

La divulgación entre la población

Desde esta vertiente, los productos de la investigación son asuntos de interés público por un sinnúmero de razones: ayudan a las personas a comprender y a participar en el debate del conocimiento científico, facilitan la transparencia de las inversiones en materia de investigación, sirven a los individuos para comprender cómo los resultados de la investigación afectan sus vidas y su bienestar y los ayudan a tomar decisiones racionales (24). Otro de sus supuestos es que la divulgación de los conocimientos es parte importante del proceso de investigación y que los mismos pueden ser utilizados tanto por los profesionales como por los mismos usuarios (25-26). De allí que, se argumenta, la comunicación de los resultados de la investigación a la población sea fundamental para influir en los cambios de actitudes y conductas a fin de mejorar la salud (24).

Esta tendencia de divulgación de los resultados de la investigación en salud tiene cierta tradición en los países latinoamericanos, tal como las propuestas de investigación acción participante y en el periodismo científico. La misma se ha reflejado, por ejemplo, en políticas de financiamiento de proyectos de investigación en México y en otros países de la región. Esta iniciativa exige que los resultados sean difundidos entre la población general para fomentar el autocuidado y con ello favorecer la relación entre los usuarios y los proveedores de los servicios (12).

Lo anterior implica el desarrollo de un estilo menos académico y más cercano a las grandes masas, como el periodismo científico. Además, en los informes dirigidos a un “*gran público*” se propone un estilo diferente como evitar el

empleo de un lenguaje elevado y de términos técnicos a fin de ser entendido por la mayoría de las personas (27). Tales preocupaciones no son privativas del área de la salud, una corriente de la antropología social británica defiende el uso de los estilos periodísticos y populares para los reportes etnográficos, al considerarlos como modelos apropiados y de gran accesibilidad para el público no-académico que, a la par, estimula el involucramiento y participación de un público mayor.

El regreso de los datos a los informantes

El informe de trabajo en la investigación cualitativa, también se suele argumentar, ha de presentar, compartir y comunicar los resultados de la investigación, no sólo a los patrocinadores del estudio y al resto de la comunidad científica, sino también a los propios participantes o informantes del estudio (27). La propuesta de “regresar los datos a los informantes” se considera una estrategia para disminuir la relación de subordinación de los mismos informantes respecto al investigador, y como un medio para lograr el empoderamiento de los primeros (28). Los mecanismos de este ‘regreso’ van desde una alusión vaga a que los datos son presentados o devueltos a los informantes hasta el uso de estrategias claras como la presentación y discusión del análisis preliminar de los datos con los informantes, el análisis de los datos en conjunto o la presentación del escrito final a los mismos informantes para hacerle observaciones o correcciones, y obtener su anuencia sobre la veracidad de los datos encontrados. Incluso, ciertas formas de “regresar” los datos a los informantes han sido consideradas como una prueba de la validez de los propios datos.



Biblioteca Facultad de Enfermería

Esta preocupación por regresar los datos a los informantes suele ser objeto de una frecuente e intensa discusión informal por parte de investigadores cualitativos de los países latinoamericanos. Sin embargo, son escasos los trabajos publicados que reportan haber realizado tal devolución a los informantes y detallado el proceso empleado o que sistematicen tal experiencia. Mercado y colaboradores (29), por ejemplo, reportaron haber presentado sus resultados a los informantes y haber recibido retroalimentación de parte de ellos.

Algunos autores han demostrado su desacuerdo sobre la supuesta función de empoderamiento de estas estrategias, argumentando que los informantes ni están interesados en que se les regresen los datos, ni en seguir el curso de la investigación, lo cual constituye más una necesidad del investigador que de los propios informantes (28). A lo anterior se añade que en ocasiones la devolución de los datos constituye un dilema ético, particularmente cuando el investigador estudia fenómenos controvertidos, ilegales o temas de frontera como sería el caso de los grupos radicales o el narcotráfico. En tales situaciones, tales datos pueden constituir un elemento para el fortalecimiento de los participantes, aunque también pueden poner en riesgo la vida e integridad de los mismos informantes (30).

Investigar con un propósito de justicia social

Una tercera tendencia en la investigación social y el área de la salud se orienta más a la consecución de la justicia social que a satisfacer la curiosidad científica del académico o las necesidades de las instituciones de salud. De acuerdo con Denzin y Lincoln (6), éste habrá de ser el rasgo distintivo de la octava y novena etapas de la investigación cualitativa, en donde prevaleciera una nueva ética orientada a generar conocimientos con un sentido comunitario, igualitario, democrático, crítico, de cuidado, comprometido, ejecutor y de justicia social.

Uno de los fines centrales de este movimiento es “descolonizar” la academia. Una de las iniciativas más sólidas en la actualidad es aquella que aspira a generar un “conocimiento indígena” y a desarrollar una metodología descolonizadora. Esta propuesta hace una ruptura con la noción del conocimiento como mercancía y del público como consumidor del conocimiento, premisas que dominan las dos propuestas anteriores bajo el lema de avanzar en la divulgación del conocimiento a la población. A diferencia de ellas, aquí se propone que la investigación debe propiciar un acercamiento culturalmente sensible a las necesidades de la comunidad donde se desarrolla el estudio.

Ello no se restringe a la obtención de un determinado permiso por parte de las autoridades o de la propia comunidad para realizar el estudio; de lo que se trata es que el mismo estudio responda a los intereses de la comunidad en cuanto a lo que necesita saber y los resultados que les son benéficos (31-32). En este sentido, el investigador está comprometido a realizar una investigación en beneficio de las personas de la comunidad y son ellas las principales destinatarias de los resultados.

Esta corriente ha centrado sus esfuerzos en comunidades indígenas y ha tenido desarrollo e impacto notorio en Nueva Zelanda y Australia, y en menor medida en Canadá (32-33). A excepción de algunas propuestas inspiradas en Paulo Freire, Fals-Borda y otros promotores de la investigación acción participante, no tenemos conocimiento de trabajos publicados con este enfoque sobre la investigación en salud y sus resultados en América Latina, ya sea en relación con las comunidades indígenas o con algún otro grupo social subordinado.

Uno de los mayores desafíos de este enfoque es comprender y hacer efectiva la idea de que los receptores de la investigación no son la comunidad científica sino la población, quien debe participar en la definición de los proyectos y sus productos. Esta participación, por ejemplo, no es aquella investigación participante que suele limitarse a la colaboración de la población en una o varias fases del proyecto. Más bien, se trata de aquella en la cual la comunidad demanda y define qué se investiga y para qué, dejando al investigador la solución de la parte metodológica del proyecto y su desarrollo. Los resultados de la investigación, en este caso, pertenecen a la comunidad o al grupo más que al investigador, al académico o a la agencia de financiamiento.

Esta vertiente también ha sido objeto de críticas. Una es que sus alcances no la eximen de prácticas paternalistas de parte de los investigadores cuando de poblaciones subordinadas se trata, particularmente las pobres, indígenas o excluidas por motivos sociales, políticos o religiosos. Tampoco se desconoce el hecho de que quienes han tenido el control del proceso de generación y transmisión del conocimiento son los investigadores a lo largo del tiempo.

2. NOTAS EN TORNO A UNA PROPUESTA

Hasta aquí hemos revisado tres modelos cuya propuesta se dirige a contestar la pregunta qué hacer con los resultados de la investigación en el área de la salud. Cada uno centra su atención en distintos actores sociales y dirige su mirada a impulsar ciertas prácticas y a excluir otras. Ahora bien, varias preguntas surgen sobre el tema en relación a la

investigación cualitativa a desarrollar en Latinoamérica: ¿Qué tipo de proyecto conviene impulsar en materia de difusión y utilización de los conocimientos generados?, ¿uno cuya finalidad sea incrementar la publicación en revistas de alto impacto u otro dirigido a fortalecer la capacidad de los dirigentes y tomadores de decisiones en salud?, ¿queremos resultados de estudios cualitativos para empoderar a la población o para fortalecer la capacidad de los investigadores a fin de competir con los de primer mundo?

En este segundo apartado exponemos un conjunto de ideas en torno a una propuesta relacional, dialógica y contextualizada sobre el uso y aplicación de la investigación cualitativa en salud. En particular nos interesa contribuir al debate en este campo teniendo presente el contexto latinoamericano donde se ubica tal propuesta.

En América Latina coexisten distintos enfoques sobre la gestión, la difusión y la aplicación de la investigación en lo general, y de la salud en particular. El modelo dominante –llamado por ciertos autores de acumulación– es aquel orientado a la academia, aunque en años recientes también se han difundido propuestas basadas en las demandas de los organismos de salud gubernamentales e, incluso, unas cuantas cuyo propósito es la transferencia de conocimientos a los tomadores de decisiones. Empero hasta hoy en día, quienes realizan y promueven la investigación cualitativa suelen no explicitar su postura al respecto, aunque todo indica que adoptan implícitamente el enfoque dirigido a la academia, y siguen las tendencias dominantes del mundo anglosajón en materia de publicaciones.

Pero tal difusión centrada en la academia suele ser objeto de impugnaciones por la falta de interés de los investigadores y las agencias de financiamiento en hacer llegar dichos conocimientos a otros sectores de la población, sobre todo a los grupos con problemas más acentuados, los más vulnerables o los excluidos social, económica o políticamente. Por ello, nos parece que se debe avanzar en una propuesta capaz de superar las limitaciones de los enfoques expuestos previamente y en particular lo referente a la exclusión de actores clave en el proceso, tema que ha estado en el centro del debate de los estudios cualitativos. Exponemos a continuación algunos elementos de la propuesta.

Un primer asunto a destacar, vinculado a la investigación cualitativa aunque no exclusivo de ella, es la necesidad de ubicar el tema del uso y aplicación del conocimiento en el marco de un debate público, debido a la mínima o nula atención que se le suele dar en la re-

gión hasta el momento (34). Poco puede avanzarse en la difusión, divulgación o transferencia del conocimiento científico si el tema no forma parte de la agenda de discusión y trabajo tanto de la academia como de otros actores sociales involucrados a la salud; sea quienes laboran en los servicios de salud, los formadores de recursos humanos o los sujetos enfermos y sus familiares que viven día a día con los efectos de la enfermedad. La investigación cualitativa en salud no debe limitarse a los aspectos metodológicos u operacionales de la investigación, o elaborar trabajos para ser publicados en revistas de alto impacto o en editoriales de prestigio; sino también debería impulsar formas relacionales y contextualizadas de difusión, divulgación y aplicación de la ciencia en la región.

Para tal efecto habría que tener presentes las dificultades y confusiones en la terminología empleada, por lo cual habría de dirigir la discusión a clarificar los elementos teórico-conceptuales y a construir propuestas específicas (35). Comunicación, diseminación, información, difusión, divulgación, uso, utilización, aplicación, transferencia, traducción, impacto y efectos son algunos términos que se utilizan con frecuencia como sinónimos, en torno al qué hacer con los resultados del trabajo científico. Y sólo para poner un ejemplo, por lo común se alude a que los resultados se difunden a la comunidad académica y se divulgan a los legos o a los no expertos. Sin embargo, de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española, ambos términos son sinónimos; de hecho, una acepción de la difusión es la propagación o la divulgación de los conocimientos (36). En este punto habría de impulsarse un debate teórico-conceptual para emplear una terminología más clara, y también para incluir conceptos capaces de recuperar elementos de inclusión y democracia al considerar a todos los destinatarios del conocimiento, con las mismas posibilidades de comprensión y apropiación, y a pesar de la heterogeneidad y diferencias entre ellos, ya sean públicos académicos o externos a la academia.

Otro punto central en esta propuesta, remite a la forma como los distintos actores perciben, denominan, conceptualizan y participan en el tema. Este debate no sólo compete a los académicos, como tradicionalmente se ha manejado, sino a diversos sectores y actores sociales interesados en el tema sanitario. Por ejemplo, no se puede olvidar el papel que juegan los profesionales de los medios masivos de comunicación en el tema. Aunque habría de avanzar con cautela en tanto que los medios de comunicación con frecuencia poco favorecen la presentación de perspectivas distintas a las de los profesionales de la salud (37). Así, una propuesta incluyente abarcaría, y no en

orden de importancia, a los investigadores, los periodistas, los tomadores de decisiones, el personal de servicios, la población enferma, los usuarios y los cuidadores, por mencionar apenas algunos. Y a pesar de las dificultades que se vislumbran para incorporar a todos y cada uno de ellos, ya existen experiencias sobre el particular, tal y como lo reportan Sauders y colaboradores (38) al hacer referencia a varias iniciativas en Australia, en donde la población se incorpora a la discusión y a la evaluación de proyectos de investigación en salud. De hecho, uno de los grandes retos de esta propuesta será la búsqueda de mecanismos y estrategias de colaboración y articulación de dos sistemas que tradicionalmente han sido considerados como opuestos y excluyentes, el conocimiento científico y el conocimiento lego.

El reconocimiento de experiencias y propuestas desarrolladas en los países de ingresos altos o del primer mundo sobre el tema en cuestión, tal como las referidas en el apartado anterior, permite identificar distintas tendencias; más ello no significa que los académicos latinoamericanos debamos adherirnos mecánicamente a sus supuestos, estilos y fines. A este respecto coincidimos con Fals-Borda y Mora-Osejo (39) en cuanto a las necesidades de resistir al colonialismo científico que se impone en el campo de la ciencia así como a construir modelos propios. Nuestra propuesta, en este sentido, consiste en impulsar un modelo mestizo capaz de construir una fórmula para la generación y aplicación de los conocimientos en materia de salud y que tenga presentes las particularidades de la realidad latinoamericana.

Los tres enfoques mencionados en materia de difusión y aplicación del conocimiento científico han sido objeto de críticas, particularmente el orientado a la academia. Más ello no significa que la propuesta sea eliminarlos por su falta de contribuciones a la población o al sector público. Al contrario, proponemos que este modelo mestizo avance en la elaboración de una propuesta en la región, capaz de triangular varios enfoques y tenga presentes las necesidades específicas de los diversos sectores de la sociedad. La propuesta a impulsar, entonces, aspiraría a recuperar y combinar las fortalezas de enfoques existentes, pero en el marco de una propuesta flexible, integral y adecuada a la realidad latinoamericana. Esta concepción no sólo consideraría los distintos enfoques en un mismo plano, sino que sería capaz de apoyar y retroalimentar las acciones impulsadas en cada uno de ellos. La propuesta, a la par, habría de enriquecerse incorporando experiencias y acciones exitosas de divulgación, difusión y aplicación del conocimiento realizadas en la región (40), aunque no hayan sido ubicadas, ni reconocidas en alguno de los enfoques antes mencionados. Y tal sería el caso de las múltiples

experiencias en diversos campos a partir de propuestas como las de Paulo Freire en el campo de la educación popular y el desarrollo comunitario. El desarrollo de metodologías indígenas responde a las necesidades de una población excluida, en cierta región del mundo y constituye una forma de uso del conocimiento por parte de dicha población. En América Latina requerimos movimientos de utilización del conocimiento en el mismo sentido, pero sin importar iniciativas particulares; más bien, tratando de construir propuestas a partir de experiencias desarrolladas en la región, y no necesariamente en el área de la salud, como por ejemplo las provenientes de otras áreas interesadas en la conservación de culturas como las indígenas, movimientos sociales subalternos y el empoderamiento de las mujeres.

Dentro de los esquemas habituales de difusión de la investigación cualitativa en la región, poca o nula importancia se suele dar a la discusión sobre si se aspira a seguir un modelo único al privilegiar uno de los enfoques, si conviene combinar los enfoques de difusión mencionados, o utilizar alguno o parte de estos modelos pero teniendo presentes las particularidades de la región. Tampoco se suele hacer alusión a cuestiones como las éticas cuando las formas de difusión o divulgación contravienen los valores y prácticas de ciertos grupos, sean los enfermos, los usuarios, los trabajadores de las instituciones sanitarias o la población en general, al asumir valores universales en vez de los valores particulares de cada grupo. Tampoco se suele analizar la pertinencia de propuestas de investigadores cualitativos para la organización de los servicios y los programas de salud a partir de la transferencia del conocimiento. Menos importa debatir el empleo de mecanismos autoritarios en aras de incrementar la productividad científica, y no considerar la investigación como una estrategia para promover los procesos de democratización. Tal como sugiere la lectura de la obra de Franco Basaglia (41), estamos por un modelo de trabajo que se pregunta si la aspiración es a usar los productos de la investigación cualitativa como instrumentos de conservación y reproducción del orden social establecido o si tienen alguna otra finalidad, como la democratización y el cambio social.

Julio César Olivé (42) nos recuerda que la diversidad cultural es un hecho que plantea problemas particularmente agudos en Iberoamérica. La mayoría de los países latinoamericanos están constituidos por diversas tradiciones culturales que coexisten y no libres de tensiones. Dentro de esta diversidad cultural, muchos grupos étnicos constituyen minorías con formas de vida que suelen ser diferentes respecto a las de los grupos dominantes. Esta realidad plantea problemas particularmente agudos en materia lingüística

y de autonomía política, pero también en cuanto a las vías de comunicación e intercambio de conocimientos. Estos señalamientos nos obligan a introducir el asunto no sólo de quiénes son los destinatarios de los conocimientos generados en la región, particularmente de los obtenidos en la investigación cualitativa, sino también los mecanismos y dispositivos empleados para difundirlos.

Los tres enfoques descritos en el apartado anterior identifican estrategias empleadas para los diferentes usuarios del conocimiento, más, sin embargo, con una visión rígida sobre quiénes son los destinatarios. Al aspirar a la construcción de un modelo mestizo, se requiere ampliar los destinatarios de cada enfoque y para cada estrategia. Por ejemplo, la transferencia del conocimiento suele estar diseñada para apoyar a los tomadores de decisiones en políticas de salud; empero, esta transferencia también podría destinarse a otros actores clave como son los líderes y agremiados de los sindicatos del sector salud. La finalidad última del modelo sería abrir la posibilidad de asegurar la participación de éstos y otros grupos tradicionalmente excluidos en las definiciones y negociaciones de las políticas y programas de salud, pero cuya participación sea a partir del conocimiento generado, tal como se busca con los tomadores de decisiones. Habría demasiada ingenuidad o imposición si se quisieran transformar los servicios de salud desconociendo las concepciones y prácticas de quienes laboran en las instituciones de salud. Si se desea un modelo mestizo, democrático y relacional es fundamental transferir el conocimiento a todos los involucrados y no sólo a algunos de ellos.

Con frecuencia se reconocen avances en la región en materia de difusión de la investigación cualitativa en salud por ser cada vez más los estudios publicados en revistas de alto impacto o en editoriales de prestigio. Sin embargo, al revisar los estudios en su conjunto queda la impresión de que la estrategia de difusión, divulgación y aplicación del conocimiento ofrece una visión fragmentaria y unidimensional de los procesos y fenómenos analizados, haciendo poca o nula referencia al contexto y a sus circunstancias. Entre otras cosas, es común difundir una visión de generalización del conocimiento cuando los datos provienen de estudios centrados en la perspectiva de un solo profesional de una institución o a partir de un solo estudio. Esto lleva a plantear el problema de la calidad de la investigación cualitativa en salud a ser difundida, divulgada o transferida. Los estándares de calidad de la investigación en América Latina requieren una mayor atención. No únicamente en función del enfoque dirigido a la academia, donde habrá de pensarse tanto en los académicos de la región como en los del resto del mundo, sino particularmente en el tipo de

conocimiento a difundir a los distintos destinatarios. No sólo se trata de divulgar los resultados, sino tener en cuenta su calidad, pertinencia y utilidad para los usuarios.

El modelo aquí propuesto de uso, transferencia y traducción del conocimiento enfrenta múltiples desafíos. Entre otros se encuentran las propias características de las organizaciones o instituciones donde se realiza la investigación, uno de cuyos rasgos es la carencia y la desigualdad existente en la mayoría de los países de la región. Por ejemplo, el acceso limitado a las bases de datos y los costos elevados para la adquisición de libros y textos completos de las investigaciones difieren de un país a otro, o incluso al interior de los países. Lo mismo se puede decir en cuanto a la falta de experiencia en la elaboración de este tipo de trabajos, como es el caso de la revisión sistemática o la meta-síntesis, por parte de los investigadores de la región, aunado a la falta de tradición en el sector gubernamental en áreas como las de la salud para solicitar ese tipo de trabajos. Ello sin dejar de mencionar la enorme rotación de personal directivo y de tomadores de decisiones en algunos países lo que hace sumamente complejo un proyecto de capacitación en el tema aquí tratado. Asimismo, están las dificultades de aceptar otros modelos desarrollados en áreas fuera de la salud, los cuales enriquecerían la transferencia o difusión, al incluir los conocimientos implementados en torno a otros problemas distintos a la salud.

Consideraciones finales

Dice Manuel Castells (43) en su obra “La era de la información” que cada vez que un intelectual ha intentado responder la pregunta ¿qué hacer? y ha puesto en práctica seriamente su respuesta se ha producido una catástrofe, tal como ocurrió con Ulianov, o sea Lenin, hace casi 100 años. Por lo mismo, nos hemos abstenido de sugerir un remedio o solución en torno al qué hacer con los resultados de la investigación cualitativa en Latinoamérica. Empero, la intención de presentar algunas ideas iniciales intenta abrir un debate sobre el tema en un momento en el cual la investigación cualitativa crece en cantidad y calidad en América Latina. Estamos ante la posibilidad y tenemos ante nosotros la oportunidad de debatir abiertamente este tema que constituye un asunto esencial de cualquier propuesta de investigación en la región.

Y a la par de seguir revisando la producción anglosajona sobre este tema, resulta prioritario volver la mirada a la región latinoamericana para escuchar a los diversos actores y rescatar las experiencias existentes, tanto del área de la salud como de otras, a fin de construir un modelo racional y dialógico que se ajuste más a las particularidades y necesidades de esta región del planeta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Elias F, Patroclo MA. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):215-227.
- Council on Health Research for Development (COHRED). Priority setting for health research. Toward a management process for low and middle income countries [internet] Ginebra:COHRED; 2006 [acceso el 15 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.cohred.org/priority_setting/COHREDWP1 Priority-Setting.pdf
- Weiss C. The many meanings of research utilization. *Pub Admin Rev*. 1979;29:426-431.
- Boudon R. La sociología que realmente importa. *Pap Rev Sociol*. 2004;72:215-226.
- Lincoln Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluence. En: Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. Thousand Oaks: SAGE; 2000. p. 133-155.
- Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. 3ª. ed. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 1115-1126.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Informe general de la ciencia y tecnología [internet]; 2006 [acceso 15 de Julio de 2008]. Disponible en: <http://www.siiicyt.gob.mx/siiicyt/docs/Estadisticas3/Informe2006/Inicio.pdf><http://www.siiicyt.gob.mx/siiicyt/DOCS/ESTADISTICAS3/Informe2006/2003.pdf>
- Murray S, Peyrefitte J. Knowledge type and communication media choice in the knowledge transfer process. *J Manag Issues*. 2002;19(1):111-133.
- Kuruvilla S, Mays N, Pleasant A, Walt G. Describing the impact of health research: a research impact framework. *BMC Health Serv Res* [internet] 2006 [acceso 15 de Julio 2008]; 6(134): [18 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/1186/1134>.
- Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care. *Management and policy-making*. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10 supl 1:35-48.
- Almeida C, Báscola E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of literature. *Cad Saúde Pública*. 2006;22 supl:7-33.
- Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud; 2001. 228 p.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Informe general del estado de la ciencia y tecnología, [internet] 2005. [Accesado el 15 de julio de 2008]. Disponible en: www.conacyt.mx/Rendicion CUENTAS /DOCS/PRESUPUESTO-2005.pdf
- Bazzani R, Levcovitz E, Urrutia S, Zarawsky C. Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. *Cad Saúde Pública*. 2006;22 supl:109-112.
- Sheldon T. Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10 supl 1:1-5.
- Canadian Health Services Research Foundation. Health services research and evidence-based decision-making. [internet] [Acceso el 15 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/EBDM_e.pdf
- Hanney S, Gonzalez-Block M, Buxton M, Kogan M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst* [internet] 2003 [acceso octubre 22 de 2007];1(2): [28 pantallas]. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-1-2.pdf>.
- Hanney S. Personal interaction with researchers or detached synthesis of the evidence: modelling the health policy paradox. *Eval Res Educ*. 2004;18(1-2): 72-82.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Q*. 2004;82(4):581-629.
- Thorne S. Secondary analysis in qualitative research: issues and implications. En: Morse J. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks: SAGE; 1994. p. 263-279.
- Walsh D, Downe S. Metasynthesis method for qualitative research: a literature review. *J Adv Nursing*. 2005;50(2):204-218.
- Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nursing*. 2005;52(5):546-553.
- Sandelowski M, Barroso J. Creating metasummaries of qualitative finding. *Nurs Res*. 2003;54(4):226-233.
- Royal Society. Science and the public interest. Communicating the results of new scientific research to the public. London: The Royal Society; 2005. p. 26.
- Byrne M. Disseminating and presenting qualitative research findings. *AORN*. 2001;74(5):731-732.
- Sandelowsky M. Using qualitative research. *Qual Health Res*. 2004;14(10):1366-1386.
- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe; 1999. 378 p.
- Murphy E, Dingwall R. The ethics of ethnography. En: Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. *Handbook of ethnography*. London: SAGE Publications; 2001. p. 339-351.
- Mercado F, Hernández E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cad Saúde Públ*. 2007;23(9):2178-2186.

30. Burgois P. In search of respect. Selling crack in el barrio. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. 432 p.
31. Smith LT. Decolonizing methodologies research and indigenous peoples. London: Zed Books Ltd, University of Otago Press; 1999. 208 p.
32. Smith LT. On tricky ground: researching the native in the age of uncertainty. En: Lincoln Y, Denzin N, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 85-108.
33. Bishop R. Freeing ourselves from neocolonial domination in research: a Kampapa Maori approach to creating knowledge. En: Lincoln Y, Denzin N, editores. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 2005. p.109-138.
34. Bronfman M, Langer A, Trostle J. De la investigación en salud a la política: La difícil traducción. México: Manual Moderno; 2000. 178 p.
35. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J et al. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):13-24.
36. Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: 2000. 2349 p.
37. Mercado F, Robles L, Moreno N, Franco C. Inconsistent journalism: the coverage of chronic diseases in the Mexican press. J Health Comm. 2001;6(3):235-247.
38. Saunders C, Girgis A, Butow P, Crossing S, Penman A. From inclusion to independence –training consumers to review research. Health Res Policy Syst [internet] 2008 [acceso junio 10 de 2008];6(3). Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-6-3.pdf>
39. Fals-Borda O, Mora-Osejo LE. Context and diffusion of knowledge: a critique of Eurocentrism. Action Res. 2003;1(1):29-37.
40. Estrada L. La divulgación de la ciencia: ¿educación, apostolado o...? México: Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM; 2003. p. 41.
41. Basaglia F. La salud de los trabajadores. México: Nueva Imagen; 1978. 251 p.
42. Olivé JC. La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento. México: Fondo de Cultura Económica; 2007. 238 p.
43. Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura. México: Siglo XXI; 1999. 1536 p.