



Revista Española de Salud Pública

Revista de el ministerio de sanidad y consumo

mailto:resp@msc.es

ISSN 1135-5727

ESPAÑA

2002

Carlos Calderón

CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD (ICS): APUNTES PARA UN DEBATE NECESARIO

Revista Española de Salud Pública, Septiembre-Octubre, Vol. 76 , número 5

Ministerio de sanidad y consumo

España

pp.473-482



Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe
Ciencias Sociales y Humanidades

<http://redalyc.uaemex.mx>

COLABORACIÓN ESPECIAL**CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD (ICS): APUNTES PARA UN DEBATE NECESARIO****Carlos Calderón**

Centro de Salud de Alza. San Sebastián

RESUMEN

La importancia de avanzar en el conocimiento de las necesidades y expectativas en salud de los individuos, así como de los factores que intervienen en la efectividad de las actividades sanitarias, y en particular de los propios profesionales, hace posible prever un auge de la Investigación Cualitativa en campos como la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud. Tal incremento debería acompañarse de una progresiva mejora en la calidad de la producción investigadora, para lo cual son necesarios instrumentos de evaluación de dicha calidad. Sin embargo, las implicaciones epistemológicas del enfoque cualitativo contribuyen a que la delimitación de dichos instrumentos haya sido objeto de controversia tanto a nivel conceptual como en el de sus métodos y técnicas, aunque sin apenas participación desde las ciencias de la salud en nuestro país.

En el presente artículo se lleva cabo una breve revisión de los referentes principales de dicho debate y, tras subrayar la importancia del desarrollo teórico y del rigor de la práctica, así como la función de las guías al respecto, se proponen la adecuación epistemológica, la relevancia, la validez y la reflexividad como posibles criterios básicos en la evaluación de la calidad de la Investigación Cualitativa.

Palabras clave: Investigación cualitativa. Metodología. Evaluación de la calidad. Epistemología.

ABSTRACT**Quality Criteria in Qualitative Health Research (QHR): Notes for a Necessary Debate**

The importance of gaining further knowledge as to the health-related needs and expectations of individuals, as well as of the factors involved in the effectiveness of health care activities, particularly of the professionals proper, make it possible to anticipate a boom in Qualitative Research in fields such as Public Health and Health Service Research. Such an increase should go hand in hand with a progressive improvement in the quality of the outcomes of research, to which end tools for assessing said quality are required. However, the epistemological implications of the qualitative focus contribute to the setting of the bounds of these tools having been a source of controversy at both the conceptual level as well as with regard to the methods and techniques to be employed, although without hardly any involvement on the part of the health sciences in our country.

This article provides a brief review of the main points of reference of said debate and, after stressing the importance of the theoretical development and of precision in practice, as well as the function of the guides with regard thereto, the epistemological adaptation, relevance, validity and reflexivity as possible basic criteria for the assessment of the quality of Qualitative Research are proposed.

Keywords: Qualitative research. Methodology. Quality assessment. Epistemology.

INTRODUCCIÓN**Cantidad y calidad en la Investigación Cualitativa**

La investigación cualitativa (IC) ha dejado de ser desde hace ya tiempo una metodología casi exclusiva de disciplinas como la sociología, la psicología o la antropología,

Correspondencia:
Carlos Calderón
Centro de Salud de Alza
Paseo de Larratxo, s/n
20017 San Sebastián
Correo electrónico: ccalderon@apge.osakidetza.net

constatándose cada vez más su presencia en estudios relacionados con la salud, lo que se refleja en publicaciones, seminarios y congresos, considerados como exponentes típicos de la difusión científica en medicina y enfermería. En el ámbito concreto de la Salud Pública las razones a favor de la incorporación de la metodología cualitativa como complemento necesario de los métodos estadístico-epidemiológicos tradicionales, han sido argumentadas por diferentes autores durante la pasada década, tanto fuera como dentro de nuestro país¹⁻³ aún persistiendo, comparativamente, una menor tradición en nuestro caso respecto de otras áreas, como la anglosajona o la latinoamericana. De cara al futuro, y de forma resumida, cabría apuntar al menos tres factores que justificarían una esperable tendencia al crecimiento de la Investigación Cualitativa en Salud (ICS) en terrenos como la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud.

Por un lado, la importancia de evaluar las necesidades de salud de los individuos desde una perspectiva más integral y dinámica requiere profundizar en el conocimiento del sustrato socio-cultural y de los valores como condicionantes esenciales, tanto de su presente como de sus expectativas respecto de lo que debería ser una «vida sana» y «bien atendida» en los diferentes momentos de su existencia. No es casual, en este sentido, que en su día fuera la problemática del Sida la que generara los primeros trabajos cualitativos en salud entre nosotros⁴, y que en la actualidad sean las enfermedades crónicas, el cáncer, la calidad de vida relacionada con la salud o la atención al anciano, algunos de los principales temas cuyo estudio y evaluación reclaman el concurso de la ICS⁵⁻⁷.

En segundo lugar, la «descontextualización controlada» en que tiene lugar la gran mayoría de los estudios experimentales, relativiza forzosamente el conocimiento de la efectividad de las acciones en salud, siendo preciso prolongar su seguimiento evaluativo hasta que éstas tienen lugar con personas «recontextualizadas» en su medio habitual.

Es decir, en realidades concretas donde variables como la edad y el género recobran su verdadero significado, donde las pluripatologías son la norma, y donde el transcurso de la enfermedad tiene lugar en el entramado de las interrelaciones humanas, tanto sanitarias como no sanitarias. De ahí los cada vez más frecuentes llamamientos a investigar la «evidencia» que representa la complejidad de lo real como complemento imprescindible de los resultados del ensayo clínico o el meta-análisis⁸⁻¹⁰.

Y por último, resulta obvio que las repercusiones del contexto social y cultural afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tiñen el quehacer de los profesionales sanitarios, condicionando su visión de la asistencia, de su profesión, de sus vínculos con otros profesionales y otros estamentos, de su papel en el sistema sanitario y, por supuesto, de la justificación y el sentido que para ellos tienen tanto la investigación como la propia ciencia. Si la variabilidad en la práctica profesional ha sido y es uno de los elementos que con más fuerza ha contribuido a impulsar el diseño de estándares y criterios de calidad basados en el referente de una deseada «evidencia científica», no es menos cierto que cualquier intento por mejorar dicha práctica conlleva la necesidad de investigar e interpretar los comportamientos y los discursos que la sustentan¹¹⁻¹⁴.

Ante dichas perspectivas de auge de la ICS resulta inevitable preguntarse no sólo por la cantidad sino también por la calidad de la producción investigadora. De modo similar a lo que ocurre con las investigaciones de carácter cuantitativo, el rigor y la calidad en general de los estudios cualitativos en salud presenta una gran variabilidad, coexistiendo importantes aportaciones junto a otras notablemente deficientes. Sin embargo en este caso la utilización de unos determinados estándares de referencia, lejos de ser algo establecido, constituye un tema abierto, objeto de constantes y pluridisciplinarias discusiones a lo largo de la pasada década,

especialmente en el medio anglosajón, y que afecta, como se verá a continuación, tanto a los niveles más técnicos o procedimentales como sobre todo a los aspectos teórico-metodológicos específicos de la ICS.

¿Es posible la definición de criterios de calidad en la ICS?

Como es sabido, la IC en su conjunto representa no solo la utilización de una serie de procedimientos propios en las diferentes fases del proceso de investigación, sino sobre todo un enfoque epistemológico diferente del que tradicionalmente ha caracterizado al conocimiento basado en la cuantificación y en la desagregación analítica del objeto de estudio. Desde la perspectiva cualitativa los fenómenos son estudiados en su contexto, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. El foco de atención se dirige por tanto a la multidimensionalidad propia de la realidad social, asumiendo el carácter dinámico e histórico de dicha realidad, así como a la intervención no-neutra de los valores y las motivaciones, tanto en los individuos y fenómenos objeto de estudio como en el propio investigador¹⁵⁻¹⁷.

El profesional de la salud encuentra una serie de trabas en su acercamiento a la ICS sobre todo como consecuencia de tratarse de una metodología en general desconocida y cuyo desarrollo ha tenido lugar principalmente en el ámbito de las ciencias sociales¹⁸. Pero además, en el caso del investigador sanitario, habituado a desenvolverse en la perspectiva biopositivista del conocimiento, la consideración de la ICS como un enfoque epistemológico diferenciado supone al menos un doble reto. Por un lado le obliga a relativizar el carácter «único» y «objetivo» de la versión del conocimiento científico importado de las ciencias naturales y a valorar el enriquecimiento que supone para la labor investigadora la opción por

el pluralismo cognitivo y metodológico^{19;20}. Y por otro, le lleva a plantearse la evaluación de dicha labor de forma más integradora, es decir, examinando tanto el rigor de lo procedimental, como el grado de adecuación del enfoque teórico, la pertinencia y justificación del tipo de pregunta de investigación a la que responder y la aplicabilidad de sus resultados²¹.

Las dificultades, sin embargo, no provienen ni se agotan únicamente en las peculiaridades epistemológicas y metodológicas que han caracterizado tradicionalmente a los saberes biomédicos. En la vertiente de las ciencias sociales, la IC configura un terreno de llamativa heterogeneidad, tanto en función de las diferentes corrientes académicas y disciplinarias de referencia (principalmente filosóficas, sociológicas y antropológicas), como del abanico de posturas existente respecto del modo de acceder al conocimiento de la realidad social, de su carácter más o menos objetivable y, en consecuencia, de la posibilidad/imposibilidad de ser conocida.

Dicha heterogeneidad viene en gran medida confirmada por la disparidad resultante en los numerosos intentos de ordenarla^{15;22-25}, lo cual indudablemente condiciona el establecimiento de criterios de evaluación sobre la calidad de la propia IC. De hecho, la bibliografía sanitaria se ha hecho eco en repetidas ocasiones del debate entre los diferentes planteamientos teóricos existentes incluso respecto de la posibilidad de avanzar por dicho camino²⁶⁻³¹, siendo Murphy y cols.³² y Ryan y cols.³³, en ambos casos desde el Programa de Evaluación de Tecnologías Sanitarias británico, quienes, de forma más sintética, han resumido las principales posturas acerca del tema. A partir de dichos resúmenes se distinguirían cuatro posibles propuestas:

a) *Cada proyecto de investigación obedece a una perspectiva teórico-metodológica única y por lo tanto no es posible establecer ningún criterio de evaluación.* Dicho

planteamiento, radical en su anti-realismo y próximo por tanto a las corrientes filosóficas social-constructivistas y postmodernistas difícilmente encajaría con el innegable acervo científico acumulado en el campo de la salud, ni con la correspondencia existente en la práctica entre la calidad de los conocimientos sanitarios y su mejor o peor aplicación, y los mejores o peores resultados en salud.

b) *La labor de investigación puede y debe ser evaluada, pero conforme a criterios diferenciados en función del tipo de enfoque o paradigma (cuantitativo o cualitativo) utilizado.* En torno a esta postura se han situado gran parte de los investigadores cualitativos aunque con marcadas diferencias entre unos y otros. La propuesta de Lincoln y Guba³⁴ en base a los criterios de **credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y confirmabilidad**, es la más conocida en nuestro medio, y como tal ha sido previamente expuesta en el ámbito de la Atención Primaria¹⁸. Tanto en este caso como en el de su posterior propuesta acerca de las diferentes facetas del criterio de **autenticidad**³⁵, se partiría de un alejamiento paradigmático respecto de las investigaciones cuantitativas que impediría la discusión en común sobre posibles criterios evaluativos.

c) *En todos los casos es posible evaluar la labor de investigación conforme a los mismos o muy similares criterios (principalmente fiabilidad y validez interna y externa) aunque adaptados a las peculiaridades de cada enfoque.* También en este caso se advierte la variabilidad entre los distintos autores, si bien el énfasis en la posible coincidencia de inquietudes forzaría a un desarrollo también compartido de los criterios de evaluación que no se corresponde de hecho con las marcadas diferencias que tienen lugar tanto en el diseño como en el propio proceso de investigación entre los estudios cuantitativos y cualitativos, como consecuencia de sus diferencias tanto metodológicas como epistemológicas.

d) Y en cuarto lugar, Ryan y cols sitúan la alternativa de optar por «**guías**» o «**checklists**» orientadas a evaluar el proceso de investigación, mientras que Murphy y cols. recogen las propuestas de autores como Hammersley³⁶ que *aceptando la importancia de contar con criterios de evaluación, critican la utilización de los criterios convencionales en cuanto a su traslado mimético al ámbito de lo cualitativo*, considerando prioritario definir la finalidad de la investigación para poder así valorar su **relevancia**, la cual junto con la **validez** —entendida como el grado de fidelidad respecto del fenómeno investigado— constituirían los dos criterios fundamentales a ser tenidos en cuenta en la necesaria evaluación de la ICS.

Como se puede deducir de este intento de aproximación parcial al debate sobre la evaluación de la ICS, el panorama que se dibuja es sin duda complejo, ya que tal y como se avanzaba al comienzo, en él intervienen elementos de debate que tienen que ver no sólo con la metodología de la investigación, sino también con los niveles epistemológicos e incluso ontológicos^{37,38}. Dicha complejidad, que sin duda puede revertir en un enriquecimiento de la labor investigadora, conlleva sin embargo el riesgo de paralizar el avance hacia una concreción de referentes de evaluación que consideramos imprescindible para la mejora de la producción en ICS en general y para su desarrollo futuro en campos como la Salud Pública o la Investigación de Servicios de Salud.

Teoría, guías y criterios de mejora de la calidad en la ICS

La importancia de la teoría

La primera consideración en la línea de favorecer dicho avance tiene que ver precisamente con las posibilidades de crecimiento simbiótico que, para la investigación en general y para la ICS en particular, supone la oportunidad de interacción entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud. En

general, —y lo tratado previamente puede servir de ejemplo— podría afirmarse que así como las primeras cuentan con una mayor tradición de debate teórico, las segundas se sitúan más próximas a los constantes requerimientos de carácter práctico que tienen lugar en el campo de la salud y la enfermedad. Dichos requerimientos han provocado y provocan con gran frecuencia un excesivo practicismo en el quehacer sanitario que favorece la tendencia a adherirse a lo protocolizado sin cuestionarse el por qué o el para qué de las actividades que se llevan a cabo, sean éstas asistenciales, de gestión o investigadoras. En este sentido, la comunicación con perspectivas diferentes del conocimiento debería favorecer el desarrollo de iniciativas orientadas no sólo a aplicar sino también a crear y elaborar teoría, así como a incorporar el «hábito deliberativo»³⁹ como componente necesario de la discusión científica.

Pero a su vez, esa llamada permanente a actuar que los múltiples y complejos problemas de salud reclaman, puede constituir una eficaz ayuda para corregir los excesos especulativos, los lenguajes inaccesibles y el alejamiento de la realidad, que también con frecuencia se perciben en la producción investigadora procedente de las denominadas humanidades. Desde este punto de vista habría que favorecer los puntos de encuentro, reconociendo desde las diferentes disciplinas la posibilidad y necesidad de compartir inquietudes en lo que Minayo denomina como «desafío del conocimiento»⁴⁰ y de complementar enfoques en la práctica de la investigación. A pesar de que en la realidad las relaciones de interdependencia entre los niveles de lo ontológico, lo epistemológico y lo metodológico distan mucho de ser lineales, y de rehuir en este caso la fácil tendencia al encasillamiento, la explicitación y discusión acerca del marco teórico del que se parte en cada circunstancia constituyen requisitos fundamentales de cara a la mejor comprensión y al ordenamiento del debate. En ese sentido, la perspectiva integradora y abierta que representa el «sutil realismo»

(*subtle realism*) propuesto por Hammersley³⁶ y referido, entre otros, por Murphy y cols.³², y Altheide y Johnson⁴¹, así como los enfoques definidos en nuestro país como crítico-estructurales por Ibáñez⁴² y desarrollados por autores como Ortí⁴³ y Conde⁴⁴, constituyen sugerentes opciones de partida.

La función de las «guías»

Si la necesidad de ir desarrollando en el contexto de la salud un acervo teórico metodológico que enriquezca el trabajo de investigación y la llamada a reivindicar el papel de la teoría en general era el motivo de la primera reflexión, la segunda pretende hacer hincapié precisamente en la importancia del componente más práctico de la labor investigadora.

La coherencia epistemológica, a la que más adelante consideraremos como el primer requisito de calidad de la ICS, no puede ni debe ir reñida con el rigor en el desarrollo práctico del trabajo de investigación. Algunas de las revisiones llevadas a cabo sobre la producción cualitativa en salud desde la perspectiva de lo procedimental han dejado constancia de importantes carencias de consistencia y de rigor⁴⁵⁻⁴⁷. De ahí que no resulte extraño el que la elaboración de «guías» o listados de requisitos de calidad haya respondido en ocasiones a la demanda por parte de los comités editoriales para contar con «filtros» eficaces ante la oferta de trabajos de factura muy desigual para su publicación⁴⁸⁻⁵⁰. Las aportaciones en este sentido han sido múltiples y la tendencia a la mayor sistematización en su elaboración se ha visto reforzada por la influencia de la Medicina basada en la evidencia (MBE) y en las propuestas de lectura crítica de la literatura biomédica⁵¹⁻⁵³.

Por su propia razón de ser, las «guías» o listados siguen un ordenamiento del proceso que, en general, incluyen con mayor o menor detalle aspectos de importancia a no olvidar en cada una de las fases de la investi-

gación (justificación, recogida de la información, presentación y análisis de los resultados, discusión y elaboración y difusión del informe final). Dichas cuestiones, que sin duda resultan de gran utilidad en la medida en que se consideren integradas en el enfoque y en los criterios globales de la evaluación, pueden a su vez convertirse en un sucedáneo del rigor si se reducen a una mera enumeración de técnicas⁵⁴. Así por ejemplo, si bien es cierto que en la gran mayoría de las guías, desde las más sencillas a las más detalladas, es posible advertir una llamada a no perder de vista la necesidad de justificar el por qué del enfoque cualitativo en el caso concreto que se investiga, no lo es menos que con frecuencia dicha necesidad se interpreta en la práctica como un requisito más, comparable por ejemplo a las recomendaciones relativas al muestreo o a la presentación de los datos, sin el suficiente énfasis en los requisitos epistemológicos de la investigación⁵⁵⁻⁵⁷. En este sentido cabría asimismo señalar al menos dos aspectos a tener en cuenta. En primer lugar no se debería olvidar que además de la coherencia que ha de observarse respecto de la naturaleza y el enfoque de la pregunta de investigación, el proceso de la IC se caracteriza por la interacción que tiene lugar entre sus diferentes momentos o fases, siendo precisamente dicha interacción o circularidad¹⁸ una de las señas de identidad a explorar en la labor evaluadora. Y en segundo lugar, resulta imprescindible diferenciar entre lo que son las técnicas, procedimientos, e incluso conceptos, que pueden ayudarnos al mejor desarrollo de la investigación en cada una de sus fases (muestreo intencional, «saturación», revisión por los participantes o «member checking», triangulación, etc.), y lo que serían los criterios globales de evaluación a los cuales en última instancia se deben y ante los que ha de justificarse su aplicación.

Propuesta de criterios de evaluación

A partir de los planteamientos previamente expuestos y a modo de aportación al de-

bate, se expone a continuación una propuesta de selección de cuatro posibles criterios básicos de referencia en la evaluación de la calidad de la ICS. Muy probablemente su explicación se ha de ver afectada en este caso, entre otras limitaciones, por la necesaria brevedad del texto, pero además, y de cara a su aplicación en la práctica, deben tenerse en cuenta tanto su comportamiento dinámico, en el sentido de que han de ser explorados en todas y cada una de las fases del trabajo de investigación, como la interrelación que, como se verá a continuación, tiene lugar entre los propios criterios, sustentándose entre sí en su función de aportar calidad y rigor a la ICS.

El primero, y sobre el que quizás no sea necesario insistir, ya que ha sido comentado repetidamente a lo largo del texto, es la **adecuación epistemológica**. Dicha adecuación del trabajo de investigación respecto del enfoque cualitativo por el que se opta ha de quedar reflejada a distintos niveles: en la definición de la pregunta y en la exposición de las facetas del fenómeno en cuestión que se pretenden investigar; en la coherencia y el modo de desarrollo general de la investigación; y, por supuesto, en su correspondencia con los presupuestos teóricos manifestados por el investigador, tanto en general como respecto del encuadramiento previo del objeto de estudio. ¿El tipo de investigación se adecua a la pregunta objeto de estudio?, ¿contribuye la investigación a un mejor conocimiento de los significados subjetivos, de las actuaciones y del contexto en que se desenvuelven los individuos estudiados?, son algunas de las posibles preguntas que habrían de ser formuladas por tanto desde esta perspectiva.

También se ha hecho referencia previamente al que se propone como segundo criterio: la **relevancia**. Su justificación es posiblemente más conocida por su mayor difusión en el ámbito de lo sanitario^{32,58}. La valoración de la relevancia se plantea principalmente en relación a la justificación y repercusiones que el trabajo de investiga-

ción conlleva de cara a un mejor conocimiento del fenómeno en cuestión, como sobre todo respecto de la práctica de los sujetos a quienes la investigación va dirigida. Para ello han de quedar explícitas la finalidad de la investigación y la descripción de la situación de partida, así como las nuevas vías de estudio que surgen como consecuencia de la misma. Pero además, la relevancia representa la importancia de los componentes de «descubrimiento» y de «creación» teórica como justificadores en última instancia de la investigación en general y de la ICS en particular. También en el campo de la relevancia habrían de tenerse en cuenta los efectos que la investigación genera en los propios participantes —especialmente valorados desde las corrientes de investigación-acción—, el conocimiento de las peculiaridades y expectativas de las audiencias a quienes se quiere llegar, y la no-neutralidad por parte del investigador en la priorización y selección de los objetivos y en la finalidad real de la labor investigadora.

La **validez** representa el tercero de los criterios de la presente propuesta. A propósito de su justificación resulta especialmente oportuno el señalamiento de Hammersley en el sentido de distinguir entre la denominación de un determinado criterio y sus posibles diferentes significados³⁶. De ahí que coincidamos en la no necesidad de modificar dicho término por el hecho de que sea utilizado tradicionalmente en las investigaciones cuantitativas, sino que, en todo caso, de lo que se trataría es de hacer corresponder su contenido con las características del enfoque cualitativo sin temor a compartir la legítima preocupación del quehacer científico en cuanto a preservar la mayor fidelidad posible respecto del comportamiento del fenómeno en la realidad. En este sentido la respuesta al reto de la representatividad, validez externa o generalización de los resultados no va a tener lugar en claves de probabilidad estadística, sino de pertinencia e interpretatividad. Así, el inevitable proceso de selección que tiene lugar tanto en la recogida de información como en el análisis, va a

estar dirigido por la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables desde el punto de vista lógico y transferibles en función de las circunstancias contextuales en que la investigación se lleva a cabo. En consecuencia, la búsqueda de la explicación pertinente habitualmente no es aleatoria, sino que de modo análogo a lo que ocurre con la buena biopsia, ésta será el resultado de una estrategia de localización previa cuya validez habrá de ser evaluada en función tanto del diseño de la estrategia como de la naturaleza de los resultados.

También en este caso la preocupación por la validez se refleja en preguntas y recomendaciones relativas tanto al muestreo como al análisis en la práctica totalidad de las guías referidas anteriormente, y de nuevo insistimos en la importancia de su utilización razonada, sin olvidar además que a diferencia de lo que ocurre en el caso de la biopsia, la intervención por parte del investigador no se limita en este caso al seguimiento rígido de determinadas pautas protocolizadas de antemano, ni el resultado de la selección es un objeto inerte, por lo que la relación resultante entre ambos será necesariamente flexible, abierta y de sentido bidireccional.

Finalmente, y en gran medida por la significación que comporta para la ICS la interacción constante entre investigador y fenómeno investigado, coincidimos con autores como Malterud⁵⁹ en la conveniencia de incluir la **reflexividad** en la categoría de criterio en la evaluación de la calidad de la investigación cualitativa. Aún reconociendo la presencia del componente de interpretación en todo tipo de conocimiento e investigación humanos, las características de la ICS requieren que el investigador sea particularmente consciente de la influencia que su formación de origen, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio, ejercen sobre el proceso y el resultado de la investigación. En este sentido, el criterio de reflexividad representa el esfuerzo no ya por evitar el efecto del investigador sobre el objeto de estu-

dio, sino por reconocerlo y así posibilitar que sea tenido en cuenta tanto por él como por los destinatarios del trabajo de investigación. Los sesgos a prevenir desde esta perspectiva procederían por tanto, más de la no explicitación de las preconcepciones del investigador que de la inevitable presencia de las mismas.

Tal y como ocurría con el resto de los criterios, en este caso el ejercicio —y por lo tanto la evaluación— de la reflexividad en cuanto conciencia autocrítica por parte del investigador, tiene lugar de modo continuado a lo largo de las diferentes fases de la investigación, desde la misma selección de la pregunta hasta el cómo y dónde difundir los resultados del estudio. De hecho, procedimientos de mejora de la validez, como la búsqueda de casos negativos, o el intercambio de aproximaciones al objeto de estudio entre diferentes investigadores («triangulación de investigadores»), precisarán de la práctica de la reflexividad para que su aplicación resulte efectiva de cara a obtener una mejor comprensión del fenómeno en estudio.

Por último, en la medida en que al investigador no se le oculta, sino que se le muestra, resulta más factible el reconocimiento y la evaluación de la impronta de su sensibilidad, creatividad y capacitación (*investigator responsiveness*)⁶⁰ en la calidad final de la investigación, favoreciéndose asimismo la sustitución de la pretendida neutralidad de la actividad investigadora por el conocimiento y la discusión de sus aspectos éticos por parte de los lectores y las audiencias⁴¹ como componente cada vez más necesario en la evaluación de su calidad.

AGRADECIMIENTOS

El autor desea mostrar su agradecimiento a los Dres. María José Fernández de Sanmamed y Rafael Rotaache del Campo, médicos de familia de los Centros de Salud de Horta (Barcelona) y Alza (Donostia) respectiva-

mente, por sus comentarios y aportaciones al presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 145-9.
2. Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approaches: subjects and method in change. *Eur J Public Health* 1997; 7: 357-63.
3. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. *Revisión en Salud Pública* 1997; 5: 175-93.
4. Conde F. Investigación sobre la campaña de publicidad «No piques». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el Sida; 1989.
5. Wensing M, Grol R, Van Montfort P, Smits A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Quality in Health Care* 1996; 5: 73-80.
6. Calderón C, Sanz Jaca JP, Garmendia G, Cátedra A. Calidad percibida en el proceso asistencial por parte de pacientes prostatectomizados por cáncer. Resultados de una investigación cualitativa. *Arch Esp Urol* 2001; 54: 109-21.
7. Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 323: 708.
8. Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ. *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage, 2000.
9. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 1998; 316: 1230-2.
10. Calderón C. Investigar en atención primaria en tiempos de «evidencias»: ¿para qué la investigación cualitativa? *Aten Primaria* 2001; 28. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria.: 195-6.
11. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001; 323.
12. Gray RW, Woodward NJ, Carter YH. Barriers to the development of collaborative research in ge-

- neral practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 221-2.
13. Marshall MN. Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities. *BMJ* 1999; 319: 164-7.
 14. Prieto MA, March JC, Gutiérrez G, Carmona G, Equipo de Evaluación del PSMI. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Aten Primaria* 1998; 22: 220-6.
 15. Denzin NK, Lincoln YS. Entering the Field of Qualitative Research. En Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 1-17.
 16. Ortí A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1999. p. 87-95.
 17. Conde F. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: Procesos de insitucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. En Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Método y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* Madrid: Síntesis; 1999. p. 97-119.
 18. Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación Cualitativa en Atención Primaria. En Zurro AM, Cano JF. *Atención Primaria*. Harcourt International, 2002 (Pendiente de publicación).
 19. Beltrán M. Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social. En García F, Ibáñez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial SA; 1986. p. 17-29.
 20. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397-400.
 21. Ratcliffe JW, González del Valle A. El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual. In Denman CA, Haro JA, eds. *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo. Sonora: El Colegio de Sonora; 2000. p. 57-111.
 22. Mercado FJ, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. *Rev Universidad de Guadalajara* 2000; 17: 19-30.
 23. Morse JM. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
 24. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe; 1996.
 25. Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 496-502.
 26. Chapple A, Rogers A. Explicit guidelines for qualitative research: a step in the right direction, a defence of the 'soft' option, or a form of sociological imperialism? *Fam Pract* 1998; 15: 556-61.
 27. Poses RM, Levitt NJ. Qualitative research in health care: Antirealism is an excuse for sloppy work. *BMJ* 2002; 320: 1729.
 28. Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001; 322: 1115-7.
 29. Williams B. Longer Checklists or Reflexivity? *BMJ* 2001; Rapid Responses for Barbour., <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1115#responses>
 30. Power R. Never mind the tail, check out the dog. *BMJ* 2001; Rapid Responses for Barbour., <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1115#responses>
 31. Van Teijlingen E. The need for checklists. *BMJ* 2001; Rapid Responses for Barbour., <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1115#responses>.
 32. Murphy, E., Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, and Watson, P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assessment* 1998; 2(16).
 33. Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, Van Teijlingen E, Russell, EM, Napper M and Robb CM. Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technol Assessment* 2001; 5(5).
 34. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage; 1985.
 35. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage; 1989.
 36. Hammersley M. *What's Wrong with Ethnography?* London and New York: Routledge; 1992.
 37. Devers KJ. How Will We Know «Good» Qualitative Research When We See It? Beginning the Dialogue in Health Services Research. *Health Services Research* 1999; 34: 1153-88.

38. Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and Standards for the Sistematic Review of Qualitative Literature in Health Services Research. *QHR* 1998; 8: 341-51.
39. Calderón C. Números y narraciones en investigaciones de salud. *Bitarte. Revista cuatrimestral de humanidades* 2001; 24: 61-9.
40. de Souza Minayo MC. *El Desafío del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
41. Altheide DL, Johnson JM. Criteria for Assessing Interpretative Validity in Qualitative Research. In Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 485-99.
42. Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en la perspectiva estructural. In García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 31-65.
43. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo. In García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 153-85.
44. Conde F. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis SA; 1995. p. 53-68.
45. Hoddinott P, Pill R. Qualitative research interviewing by general practitioners. A personal view of the opportunities and pitfalls. *Fam Pract* 1997; 14: 307-12.
46. Fernández de Sanmamed MJ. ¿Dónde está el problema, en la realidad o en el método con que nos acercamos a su comprensión? La investigación cualitativa en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria: 196-7.
47. Calderón C, Berrade E, Etxeberria X, Rotaache R. Investigación Cualitativa en Atención Primaria (1991-1998): Métodos y ámbitos de aplicación. *Aten Primaria* 1998; 22 Supl 1 XVIII Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria: 394.
48. Blaxter M. Criteria for Qualitative Research. *Med Sociol News* 2000; 26: 34-7.
49. Rowan M, Huston P. Qualitative research articles: information for authors and peer reviewers. *CMAJ* 1997; 157: 1442-6.
50. Miller W, Crabtree B. «A Worksheet for Assessing Qualitative Articles» desarrollado para The Journal of Family Practice y citado por Frankel RM. *Standards of Qualitative Research*. In Crabtree BF, Miller WL, eds. *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1999. p. 333-46.
51. Critical Skills Appraisal Programme (CASP) and Health Care Libraries Unit (HCLU). Unit 3: Appraising and interpreting evidence. *Evidence-based Health Care: An open learning resource for health care practitioners*. Oxford: CASP and HCLU; 1999.
52. Giacomini MK, Cook DJ, for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature. XXIII. Qualitative Research in Health Care. A. Are the Results of the Study Valid? *JAMA* 2000; 284: 357-62.
53. Giacomini MK, Cook DJ, Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature: XXIII. Qualitative Research in Health Care B. What Are the Results and How Do They Help Me Care for My Patients? *JAMA* 2000; 284: 478-82.
54. Sandelowski M. Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Adv Nurs Sci* 1993; 16: 1-8.
55. Elder NC, Miller WL. Reading and Evaluating Qualitative Research Studies. *J Fam Pract* 1995; 41: 279-85.
56. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-12.
57. Kuzel AJ, Like RC. Standards of Trustworthiness for Qualitative Studies in Primary Care. In: Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, eds. *Primary care research: traditional and innovative approaches*, pp 138-58. Newbury Park CA: Sage, 1991.
58. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320: 50-2.
59. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483-8.
60. Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM* 2002; 1: Article 2-Retrieved from <http://www.ualberta.ca/ijqm>.