

Investigación Aplicada en Cuidados de Salud

Manuel AMEZCUA

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España

Fundación Index, Granada, España

Correspondencia: secretaria@ciberindex.com

En algún momento escuché a un directivo de la principal agencia española de investigación sanitaria afirmar que era necesario pasar de la investigación centrada en la enfermedad a una investigación centrada en el enfermo. Fue hace algunos años y entonces pensé que se abría una ventana de oportunidades hacia otras miradas de la investigación en salud, pero aquel directivo dejó el puesto y el discurso sobre la investigación médica de corte científico-tecnológico ha continuado radicalizándose. Las políticas emergentes en investigación ponen énfasis en el “retorno de la actividad científica”, con una visión claramente economicista que se ve legitimada por la imperiosa necesidad de salir de la crisis económica que estamos padeciendo sobre todo en el mundo desarrollado. Se habla de la necesidad de adoptar un modelo *input-output* donde la *patente* se convierte en el eje central del proceso de transferencia tecnológica. En el nuevo modelo, el impacto de la investigación sanitaria no pone énfasis tanto en la obtención de resultados en salud como en la generación de riqueza. La cuestión es si todo el conocimiento derivado de la investigación en salud es patentable. Y si no lo es, la otra cuestión es qué va a ocurrir con las parcelas de investigación que lo sustentan. La enfermería es una de las ciencias proveedoras de este conocimiento difícilmente patentable.

En disciplinas donde la persona es a la vez objeto y sujeto de atención, resulta complicado precisarlas teórica y metodológicamente. La investigación biomédica ha progresado principalmente a costa de la objetivación de la enfermedad y a ello contribuyen otras disciplinas que aportan saberes útiles en el conocimiento de la *gran fábrica humana* de Vesalio. Pero queda pendiente la cuestión del sujeto, que diría Foucault, donde no se ha progresado tanto. Las cuestiones del sujeto, en el contexto de la salud y en general de la ciencia, han sido reducidas al ámbito de la moral y por tanto amparadas casi con exclusividad por el campo de la ética. Pero el paciente no es solo un sujeto moral, es todo un complejo en el que la enfermedad es un acontecimiento puntual (nadie nace para ser enfermo, ni nadie merece ser reducido a tal condición de por vida) que tiene que afrontar a través de una triple experiencia: la de la propia patología, las afectaciones personales, y las del entorno que le rodea (los *disease*, *illness* y *sickness* de los antropólogos de la salud anglosajones).¹

El paciente se debate pues entre discursos diferenciados. Uno es a menudo un *no discurso*, un silencio dominado por la objetivación terapéutica, un monólogo conducido por el saber carismático del médico.² Otro es en cierta forma un discurso interior, que se hace presente, por ejemplo, cuando comparte con la enfermera sus afectaciones en el cotidiano de la enfermedad. Y aún hay un tercer el discurso que toda enfermedad desencadena, el que el

paciente comparte con el mundo social que le rodea, cargado de sentidos y significados que escapan a su control. Marcus Hostetler afirmaba en una reciente entrevista que la base de la salud es la vida social, no la fisiología.³

Cada vez son más y más altas las voces que le levantan frente a la creciente influencia de la investigación biomédica en su vertiente tecnológica, que ocupa sin duda una posición hegemónica en el panorama del conocimiento en salud, hasta el punto de excluir otras prácticas investigadoras de corte humanístico. Como la IAC, que incluso llega a ser devaluada y marginada en algunos sistemas de evaluación.⁴ En España, las convocatorias oficiales de las agencias de salud se afanan en mostrar como prioridad aspectos relacionados con los estilos de vida que influyen sobre la salud de las personas, e incluso destacan como áreas preferentes algunas disciplinas y parcelas de conocimiento tradicionalmente débiles, como la enfermería o la atención primaria de salud. Pero al final, la mayor parte de los recursos recaen en biotecnologías, genómica, medicina regenerativa, biobancos, etc. Domina la investigación básica sobre la investigación aplicada, continúa siendo objeto de atención la enfermedad, no el enfermo.

La Fundación Index viene fomentando desde hace más de dos décadas la investigación aplicada a los cuidados de salud.⁵ Para ello hemos tenido que desarrollar progresivamente este concepto complejo en un contexto que deja poco espacio a la investigación aplicada en general y en particular a la investigación enfermera. A pesar de todo, hemos tenido diversas oportunidades de mostrar el gran interés que esta modalidad de investigación aplicada tiene para los profesionales clínicos. El programa *Quid-Innova*, desarrollado por espacio de seis años con el Servicio Andaluz de Salud, puede resultar emblemático, en tanto ha logrado alcanzar un importante impacto en la generación de conocimiento de corte humanístico en un área tradicionalmente subordinada como es la enfermería.⁶ Este tipo de experiencias nos ha permitido reflexionar sobre las relaciones ontológicas de un tipo de investigación que pone énfasis en la condición del sujeto y sus complejidades.

Definimos la Investigación Aplicada a los Cuidados (IAC) como un “proceso de generación de conocimiento basado en metodología científica dirigido a la mejora o conservación de la salud de las personas, desde el respeto a su manera de sentir y de vivir y a sus posibilidades de participación efectiva”. Para comprender las consecuencias prácticas de esta definición es necesario despejar los tres conceptos inherentes a una investigación aplicada: sujeto, objeto y saber.

a) El *sujeto* alude a la persona (enferma o sana) en su contexto. La IAC intenta no perder la perspectiva del sujeto, a quien reconoce un papel activo y visible, y por tanto le sitúa en el eje del proce-

EDITORIAL

so investigador.

b) El *objeto* es el cuidado de la salud. La IAC está dirigida a obtener un conocimiento que contribuya a mejorar el estado de salud de las personas involucradas en el cuidado, incluido el propio cuidador, sea o no profesional.

c) El *saber* es la enfermería, una ciencia aplicada que incrementa su acervo a través de la investigación, donde encuentra su principal sustento, pero en un diálogo constante y creativo con otras ciencias y parcelas del conocimiento con las que comparte fines y establece afinidades.

La definición de IAC es incompatible con la visión fraccionada del sujeto, con la objetivación de la acción cuidadora y con las relaciones de subordinación entre saberes. El fin último de la IAC es proporcionar mejores niveles de salud a un sujeto libre y pensante, con estatus de ciudadano, y ello se consigue desplazando el laboratorio de investigación al escenario de lo cotidiano (*living labs*, es término ya acuñado). Algunas enfermeras investigadoras, influidas por la mirada foucaultiana, están centrando su interés en problematizar con lo cotidiano, siendo conscientes de que lo cotidiano delimita un espacio compartido donde aparentemente no pasa nada, pero que en realidad es donde ocurre todo: la salud, la enfermedad, el padecimiento, la necesidad, el cuerpo, la familia, la relación terapéutica, el cuidado, la cultura...⁷ El día a día de los gestos sin aparente importancia, el universo de las intersubjetividades, se convierte así en el escenario de la investigación, donde se trata de problematizar con todo lo que transita en la sombra.

La terna conceptual que sostiene la IAC, sugiere a su vez tres direcciones o grandes áreas donde se construye el conocimiento: investigación sobre el cotidiano del sujeto, investigación sobre resultados en salud, e investigación sobre prácticas basadas en Evidencias Científicas.

1. *Investigación sobre el cotidiano del sujeto.* Si los problemas de salud más prevalentes se asocian a los estilos de vida, la investigación debería centrarse en las personas tanto o más que en las enfermedades. La IAC dirige especialmente su atención a las respuestas del sujeto, y lo hace teniendo en cuenta el contexto: las relaciones sociales que se producen en torno al proceso salud-enfermedad-salud y la diversidad de significados culturales que están presentes. Ante el hecho de enfermar, la IAC reivindica su naturaleza humanística poniendo su punto de mira en la comprensión del padecimiento humano, supera la reducción de enfermo-objeto para ocuparse del paciente-persona.¹ La perspectiva crítica es inherente a esta área de investigación, donde hay una dominancia de los enfoques constructivistas, de la etnografía, de la fenomenología y la hermenéutica, y se abren oportunidades para el desarrollo de metodologías cualitativas en el ámbito de la salud. Autores como Clifford Geertz, Spradley o Leininger son utilizados de manera recurrente en este tipo de estudios.^{8,9} Diseños poco utilizados en el ámbito de la investigación en salud, como la Teoría Fundamentada, se abren paso de forma creciente para el abordaje de problemas socio-sanitarios de naturaleza compleja.¹⁰ La globalización, la idea de aldea global, los movimientos migratorios, obligan a repensar el ejercicio del cuidar desde la diversidad de formas y saberes que se articulan en un cuidado culturalmente competente.¹¹

Las revistas de enfermería cada vez son más permeables a este tipo de investigación, habiendo varias publicaciones que han alcanzado un alto nivel de especialización en esta área, como *Index de Enfermería* (España), *Journal of Transcultural Nursing*

(USA), *Cultura de los Cuidados* (España), *Texto & Contexto* (Brasil), *Qualitative Health Research* (USA), y muy especialmente *Archivos de la Memoria* (España), con interesantes aplicaciones del método biográfico al campo de la salud. El Laboratorio de Investigación Cualitativa de la Fundación Index convoca periódicamente la *Reunión Internacional sobre Investigación Cualitativa en Salud*, donde se han abordado aspectos de interés para el conocimiento del cotidiano del sujeto, como por ejemplo: cuidados transculturales, la dependencia, los jóvenes y la salud, los significados del cuerpo, los saberes culturales en salud, etc.

2. *Investigación sobre resultados en salud.* Si es competencia de las enfermeras el diagnóstico y abordaje de las respuestas humanas a problemas cotidianos de salud, reales o potenciales, surge el interrogante de cuál es el grado de influencia que la Enfermería tiene en los resultados de salud y qué aspectos de su intervención repercuten en el estado de salud de la población.¹² Los estudios iniciados por Aiken a mediados de los 90 sobre la influencia del modelo organizacional hospitalario en los resultados de salud de los pacientes y en las preferencias de las enfermeras pueden considerarse el desencadenante de esta línea de investigación.¹³ De ella han emergido conceptos tan creativos como el de *hospitales magnéticos*, para referirse a aquellas instituciones cuyo modelo de enfermería influye de forma determinante en resultados objetivos, como menores índices de mortalidad, menores complicaciones y por tanto menor estancia hospitalaria y menores reingresos, mayor satisfacción de los pacientes con el cuidado enfermero, e incluso un entorno más seguro frente a accidentes laborales.¹⁴

Los estudios de intervención y en general las investigaciones evaluativas proveen de evidencias sobre los indicadores de salud que son sensibles a las intervenciones enfermeras. En este sentido merece la pena destacar la importancia de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC), con más de 250 criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera, como fuente generadora de evidencias en la investigación sobre resultados salud.¹⁵ Un efecto notable de esta área de investigación es el empoderamiento de las enfermeras en los sistemas de salud, venciendo la posición de subalternidad que le viene caracterizando. Si tradicionalmente el número de médicos por habitante se ha venido considerando como un indicador válido para determinar el estado de salud de las naciones, el número de enfermeras por habitante debería considerarse como indicador válido para determinar el estado de bienestar de los ciudadanos (¿quiero decir ciudadanos?, tal vez sí. O tal vez podríamos utilizar el neologismo para proponer una redefinición de la cobertura en salud: "*cuidadano*: ciudadano con acceso al mejor cuidado proporcionado por una enfermera". Conocemos el número de ciudadanos, pero ¿y el de *cuidadanos*?).

3. *Investigación sobre prácticas basadas en Evidencias Científicas.* El de la Evidencia Científica es también un movimiento relativamente reciente que intenta tender puentes entre el mundo del conocimiento científico y el mundo de la práctica profesional. A través de diseños de investigación secundaria, como revisiones sistemáticas, revisiones críticas o meta-análisis, logra seleccionar el mejor conocimiento disponible para orientar la práctica clínica y combatir su variabilidad. En el proceso de generación de conocimiento, el investigador atraviesa tres grandes momentos: (1) busca respuestas a preguntas clínicas en el acervo investigador, (2) transfiere a la práctica los resultados de la investigación, y (3) difunde la experiencia de implementación.¹⁶ El movimiento de la evidencia científica está generando instrumentos para la implementación

EDITORIAL

como las *Guías de Práctica Clínica*, con una gran aceptación entre los profesionales clínicos.¹⁷

La investigación sobre prácticas basadas en Evidencias tiene consecuencias directas sobre la consolidación del conocimiento, que es juzgado críticamente, jerarquizado y difundido en los escenarios donde puede hacerse útil. En el caso de la Enfermería, ha sido tras la Medicina, una de las primeras disciplinas sanitarias en incorporarse al movimiento. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en el espacio científico Iberoamericano arranca con la celebración en Granada en el año 2002 bajo los auspicios de la Fundación Index de la *I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia*, que adopta la definición de EBE como “el uso consciente y explícito, desde el mundo de pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”. Con posterioridad se crea el *Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia* (<http://www.index-f.com/oebe/introebe.php>), que a las Reuniones Científicas une una importante labor de selección crítica de evidencias científicas, publicadas en buena parte en la revista *Evidentia* (<http://www.index-f.com/evidentia/inicio.php>).

Las tres direcciones de la IAC, activan un amplio abanico de diseños posibles, que van desde los estudios cuantitativos con predominancia evaluativa a estudios cualitativos de corte etnográfico, fenomenológico, favoreciendo la participación del sujeto (Investigación Participativa), incluso de tipo conceptual o interpretativo, hasta los diseños clásicos de síntesis del conocimiento (investigación secundaria). A través del análisis de este tipo de contribuciones podemos constatar que la enfermería se está reconceptualizando, con un progresivo alejamiento del paradigma biomédico en favor de una ciencia social en Salud. Pero ello no quiere decir que la IAP deba renunciar al poder enunciativo que tiene la lógica matemática. La vinculación entre práctica e investigación bajo la corriente positivista es la que ha generado hasta ahora más conocimiento, hasta el punto de ser la base para la práctica de enfermería en hospitales y comunidades.¹⁹

Sería deseable que las políticas de investigación fueran acordes con la necesidad de ampliar notablemente el conocimiento sobre el mundo cotidiano del paciente: sobre sus estilos de vida y sobre las afectaciones inmediatas de la enfermedad. Sin descartar las prácticas profesionales que garantizan su seguridad, pero con una visión integral e integradora que involucre al paciente de forma activa.² A menudo observamos cómo la investigación básica despierta grandes expectativas de curación en los pacientes, pero solo a medio y largo plazo. El problema es que muchos pacientes lo que no tienen es precisamente eso, tiempo, pues su pronóstico no les permitirá alcanzar los beneficios de los experimentos que ahora si inician, si es que logran confirmarse. La investigación aplicada incide en la inmediatez, en la búsqueda de resultados que tengan un impacto directo sobre el paciente aquí y ahora. Como afirma Alacoque Lorenzini Erdmann, “necesitamos conocimientos que contribuyan a vivir con mejor y más salud, para promover condiciones de vida más dignas y solidarias. Necesitamos producir tecnologías que puedan prolongar la vida, el derecho a vivirla con menos sufrimiento y pleno ejercicio de la ciudadanía frente a los límites y las limitaciones de los seres humanos para controlar la evolución de la naturaleza. Necesitamos del potencial intelectual y ético para cuidar de la vida humana en

relación con su salud, entendiendo que el cuidado de la salud es un valor...”²⁰ Por tantas razones se hace necesario potenciar por igual cualesquier modalidades de investigación que puedan contribuir al bienestar de las personas, en un escenario de diálogo permanente, donde sea posible compartir recursos y conocimiento.

Como colofón, afirmar que la IAC solo es posible si el investigador formula preguntas desde la capacidad de asombrarse. Asombrarse, en este caso, se refiere a la posibilidad de asombrarse en la sombra de un conocimiento del que a menudo se presupone que se sabe todo. Dicho de otra manera, desde la aceptación de que es poco lo que aún conocemos sobre el mundo que compartimos con el paciente en su cotidiano: sobre lo que podemos observar, sobre lo que hacemos y sobre lo que sabemos.

Bibliografía

1. Amezcua, Manuel. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cul Cuid* 2000; Año IV(7-8):60-67.
2. Amezcua, Manuel. Negociando los significados del riesgo: seguridad compartida en el entorno asistencial. *Rev ROL Enf* 2010; 33(7-8):496-503.
3. Hostettler, Marcus. Reflejos de la Salud Comunitaria en el Reino Unido. *Paraninfo Digital*, 2010; 9. Disponible en <http://www.index-f.com/p014.php> [consultado el 11.12.2010].
4. López Alonso, Sergio R. Reconocimiento institucional de la investigación sobre el cuidado de la salud. Una asignatura pendiente. *Nure Inv* 2009; 6(41). Disponible en http://www.fuden.es/firma_detalle.cfm?id_firma=62&id_firma_ini=1 [consultado el 9.12.2010].
5. Amezcua, Manuel. Metodología de investigación aplicada a los cuidados. Granada: Fundación Index, Cuadernos Index nº 1, 1998.
6. Hueso Montoro, César; Amezcua, Manuel; García Aguilar, Rocío; Lacida Baro, Manuela; Pérez Hernández, Rosa M^a; Gala Fernández, Bienvenida. *Quid-Innova* 2005-2006. Impacto científico de un programa de formación y promoción de la investigación en enfermería. *Index de Enfermería* 2008; 17(1):78-82.
7. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enfermería*, 2009; 18(2):77-79.
8. Ximenes, Lorena Barbosa; Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza; Damasceno, Marta Maria Coelho; Fraga, Maria Nazaré Oliveira. Pesquisa etnográfica em enfermagem: levantamento e análise da produção científica. *Cogitare Enferm* 1999; 4(2):7-12.
9. Prochnow, Adelina Giacomelli; Santos, José Luís Guedes dos; Lima, Suzinara Beatriz Soares de; Leite, Josete Luzia. La etnografía utilizada en una investigación en enfermería: La construcción de una “descripción densa”. *Index de Enfermería*, 2009; 18(1):47-51.
10. Soares de Lima, Suzinara Beatriz; Leite, Josete Lucia; Erdmann, Alacoque Lorenzini; Prochnow, Adelina Giacomelli; Stipp, Marlucci Andrade Conceição; Lima García, Vera Regina Real. La Teoría Fundamentada en Datos. Un camino a la investigación en enfermería. *Index de Enfermería* 2010; 19(1):55-59.
11. Romero B, María Nubia. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. *Index de Enfermería* 2009; 18(2):99-100.
12. Morales Asencio, José Miguel. Investigación de resultados en enfermería. *Index de Enfermería*, 2004; XIII(44-45):37-41.
13. Aiken LH, Smith H, Lake E. Lower Medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care. *Medical Care*. 1994. 32(8): 771-787.
14. López Alonso, Sergio R. Hospital Magnético, Hospital Excelente. *Index de Enfermería*, 2004; 13(44-45): 07-08
15. Johnson M, Meridean M, Moorhead S (Eds). *Nursing Outcomes Classification*. London: Mosby, 2000.
16. Gálvez Toro, Alberto. Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index, 2001.
17. Ferri, Paola; Pisani, Maria. Les estratègies d’implementació de les Guies de pràctica clínica. *AgInf* 2009; 13(2):45-48.
18. I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Conclusiones. Granada, 29 de noviembre de 2002. Disponible en <http://www.index-f.com/EBE%20conclusiones.php> [consultado el 14.12.2010].
19. Landeros Olvera, Erick; Salazar González, Bertha C; Cruz Quevedo, Edith. La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería. *Index de Enfermería* 2009; 18(4):263-266.
20. Erdmann, Alacoque Lorenzini. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. *Acta Paul Enferm -Bra-* 2009; 22(2):9-10.