



Números publicados

Búsqueda documentos

EDITORIAL



La investigación cualitativa como herramienta para la gestión sanitaria

José Luis *Gutiérrez Sequera*

Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga, España

Correspondencia: Hospital de Antequera. Dirección Gerencia. Avda. Poeta Muñoz Rojas s/n, 29200 Antequera (Málaga), España

Archivos de la Memoria 2015; (12 fasc. 2)

Cómo citar este documento

Gutiérrez Sequera, José Luis. La investigación cualitativa como herramienta para la gestión sanitaria. Arch Memoria [en línea]. 2015; (12 fasc. 2). Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/12/12200.php>> Consultado el 8/10/2015

Cuando la directora de Archivos de la Memoria se puso en contacto conmigo para ofrecerme la oportunidad de redactar un artículo editorial sobre el valor de la investigación cualitativa o del paradigma o enfoque cualitativo desde la perspectiva de un directivo sanitario, sentí un profundo respeto y para qué negarlo, una importante dosis de vértigo. No en vano, mi aproximación a la investigación cualitativa es muy reciente. Apenas he interiorizado algunos conceptos básicos y eso sí, he leído bastantes publicaciones. Vivo instalado en la sana envidia ante los que se desvuelven con soltura en un mundo que me cautivó desde el primer momento y al que no terminé de hacerle en mi agenda el hueco que me gustaría. Aún no me considero con el suficiente nivel competencial como para diseñar de forma independiente un proyecto basado en esta metodología, pero desde el principio tuve claro que se trata de un escenario de exploración de la realidad al que los gestores sanitarios no sólo no podemos dar la espalda, sino que sin ningún género de dudas representa con creces una *caja de herramientas* que de algún modo estábamos esperando.

A partir de ese momento empecé a plantearme qué podían aportar los enfoques cualitativos a la gestión de los servicios de salud, y más concretamente, por tratarse de mi ámbito directo, a la dirección de un área de gestión sanitaria.

Siendo la gestión clínica el paraguas conceptual bajo el que se estructura el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y que de algún modo implica a los profesionales en la decisión del uso eficiente de los recursos para generar salud, observamos una cierta diversidad de estrategias y modelos de gestión donde se visualiza en algunos casos un acento importante en la gestión de los recursos humanos -plantillas, contratación, etc.- y por otra en la gestión de los recursos materiales y las tecnologías sanitarias -fungible, medicamento, etc.-. Sin embargo, tengo la sensación de que seguimos gastando poca energía en gestionar el que bajo mi punto de vista es el principal recurso que necesitan profesionales clínicos y directivos para tomar buenas decisiones, que no es otro que el conocimiento, que me atrevería a elevar a la categoría de materia prima de nuestro sistema sanitario.

Aun a riesgo de parecer demasiado sintético, diría que en la expresión básica, la partícula mínima del sistema sanitario es un profesional, gestor, o paciente tomando decisiones en presencia de conocimiento para generar salud. Y hago un paréntesis para explicar que la inclusión del paciente en esta ecuación me parece absolutamente inexcusable, porque no hay duda de que sus decisiones sobre la gestión de la propia salud son tanto, o más importantes, que las de los otros dos actores. Pero este es otro tema.

Dicho esto, debería entenderse que el principal recurso para la toma de las mejores decisiones no es otro que un conocimiento de la mejor calidad. En mi opinión, la columna vertebral de un modelo de gestión avanzado para un dispositivo sanitario -hospital, centro de salud- reside en cómo gestionamos el conocimiento, y cómo conseguimos que todos los actores dispongan en todo momento de la mejor aproximación a la realidad para que sus decisiones sean las más adecuadas. Dicho de otro modo, la exploración completa de los elementos clave de la realidad de un dispositivo sanitario resulta indispensable en este contexto. Merced a la conceptualización de la gestión del conocimiento como eje central de nuestro modelo de gestión, hace un par de años desarrollamos en el seno de nuestro centro una iniciativa para intentar definir los diferentes escenarios estratégicos que debíamos trabajar para conseguir esa puesta a disposición del conocimiento de la que venimos hablando. Nos preguntamos qué necesita la gente que hace gestión, que al final somos todos, para tomar las mejores decisiones.

En este sentido, en los últimos años, merced a la integración de la historia digital y sus distintas herramientas de explotación, hemos disfrutado de una profusión de datos que nos han permitido establecer estándares a nivel de todo el sistema, fijar referencias, objetivos, monitorizar muchísimos procesos y unos pocos resultados, incluso quizás hayamos caído, por ejemplo, en la trampa de encorsetarnos en la conceptualización de la "vivencia" de los pacientes ofrecida a través de una serie de indicadores numéricos en relación a determinados items como "número de reclamaciones" o "porcentaje de personas que recomiendan el centro a sus familiares" a través de los cuales hemos vivido en el convencimiento de que estábamos explorando de forma suficiente la satisfacción de los ciudadanos en su interacción con nuestros centros sanitarios. Por parte de la organización, y mediante el nuevo enfoque que a partir del presente año ha querido darse a la participación ciudadana, se ha incluido en los contratos programa de los centros entre otros elementos, la técnica del grupo focal y la entrevista semi-estructurada, como herramientas para la obtención de información complementaria a las encuestas de satisfacción, y como método para explorar las percepciones de las personas en relación a cómo están diseñados los servicios que se les prestan.

Una de las cuestiones que más me preocupa tiene que ver con el conocimiento corporativo. Me atrae mucho la idea de enterrar definitivamente aquella máxima de que la información es poder, para conducir a la organización a un escenario líquido de simetría de información donde todas las personas que forman parte de ella -incluida la ciudadanía- conozcan qué se hace, cómo se hace, y qué resultados estamos obteniendo. Entendemos que se toman mejores decisiones en ausencia de las clásicas incertidumbres sobre qué va a ocurrir, qué se está desplegando en las diferentes unidades o qué nuevo plan se está cocinando a nivel estratégico. Tengo claro que hay que dar voz a la gente para que cuente lo que hace, lo comparta con la comunidad tanto a nivel interno como hacia fuera, a través de los medios sociales y los medios de comunicación.

Pero independientemente de lo anterior, que podemos llamar *know how* y *know what*, la parte más desarrollada de la provisión de conocimiento corporativo para la toma de decisiones es lo que tradicionalmente conocemos como "cuadro de mandos". Esa gran cascada de datos que representa la base de cualquier decisión de gestión, y que nos coloca sobre la mesa nuestras fortalezas y debilidades en forma de números. A menudo los directivos vivimos entregados a esta gran ubre de los indicadores de diseño cuantitativo y sobre ella tomamos decisiones a diario. No es difícil caer en la falsa sensación de suficiencia sobre nuestro conocimiento de la realidad que inspira tener monitorizadas las principales claves de proceso y resultado que entre todos hemos acordado en configurar como los indicadores clave de nuestro centro.

Sin embargo, qué duda cabe que la vida de un centro, la percepción completa de la naturaleza de los fenómenos que ocurren, e incluso el hallazgo del por qué de determinadas realidades resulta a menudo difícil de encontrar, visualizar e interpretar ante la mera valoración y análisis de un indicador cuantitativo de proceso o resultado. Antes bien, la evolución de éstos podría ser una proyección real de lo que están viviendo, experimentando, e interpretando las personas, y el significado que están dando al contexto en el que desarrollan su actividad profesional en el caso de los clínicos y gestores, y al escenario donde interactúan con el sistema en el caso de los pacientes.

Por eso, en nuestro equipo, en un continuo afán por proveer del mejor conocimiento para la toma de decisiones, hemos querido anexionar a nuestra estrategia la componente humana, y lo hemos llamado *Conocimiento Sobre la Vivencia de las Personas en el Área Sanitaria Norte de Málaga (ASNM)* que no es otra que un intento de incorporar al ADN de la organización, a la cultura corporativa, la exploración permanente de las perspectivas personales de quienes conforman la comunidad de profesionales y ciudadanía. Para ello, estamos incorporando a la rutina de la gestión, de la mano de las subdirecciones médica y de enfermería, grupos focales y de discusión con distintos grupos de profesionales, en principio para explorar mejoras en la comunicación interna, y posteriormente para indagar sobre la vivencia y perspectiva de los propios profesionales sobre la organización del centro.

En este sentido, uno de los primeros libros que me recomendaron para aproximarme a las técnicas cualitativas fue el libro *"Observar, Escuchar, Comparar, Escribir"* de Ricardo Sanmartín.¹ Apenas empezaba a leer el capítulo dedicado a la observación participante, y la reflexión que desplegaba sobre el concepto "estar allí" y su importancia crucial en los estudios antropológicos, no pude evitar establecer un paralelismo inmediato, cristalino y directo, con eso que tanto pedimos a nuestros/as jefes/as, y que los que estamos en gestión tantas veces identificamos como debilidad: convivir un poco más con la realidad asistencial directa, con lo que ocurre fuera del despacho. Hoy día muchos presumimos de tener siempre abierta la puerta como rasgo evolutivo hacia un estilo directivo más abierto, más líquido, donde cualquier profesional puede venir a verte cuando quiera sin tener que seguir las terroríficas "cadenas de mando", pero esta actitud, que desgraciadamente aún no es generalizada, se ha quedado obsoleta a las primeras de cambio. El siguiente reto, y no es nada fácil, es abrir la puerta del despacho, pero para salir de él, y como decía Sanmartín "estar allí" constituye una posición estratégica cuando es la cultura lo que se pretende investigar. Y en definitiva, en el camino hacia un sistema sanitario de mayor calidad, que aplique la evidencia, que sustituya "lo que siempre se ha hecho" por "lo que hay que hacer y que sea mejor para el paciente", y que deje de hacer lo que no aporte valor, subyace incuestionablemente un importante cambio cultural, que no es posible liderar si no se interiorizan los significados, los contextos y las vivencias que la gente experimenta en su realidad diaria.

Mucho antes de mi primer contacto real con las metodologías cualitativas, tuve claro que el camarero de la cafetería del hospital

era una importante fuente de información para mí, porque escuchaba las conversaciones de pacientes, familiares, acompañantes. Por supuesto respetando la confidencialidad, pueden constituir una importante fuente de información sobre cómo interpretan las personas su tránsito por el medio hospitalario. Hablar un rato con los alcaldes de mi comarca de vez en cuando no está en mi cuadro de mandos, ni tengo indicador que recoja las cosas que me cuentan, ni su perspectiva de la realidad. Visitar al médico o la enfermera rural que recibe las orientaciones estratégicas corporativas de forma muy sesgada -y lo digo porque también he trabajado en ese contexto-, y explorar en qué medida coinciden los significados que atribuye a las instrucciones recibidas con el espíritu original de quien diseñó tal o cual medida, aporta una visión de la realidad que resulta clave en el ejercicio de la gestión.

No obstante, esto que todos los directivos hacemos -o intentamos hacer- y que no deja de ser, aunque no lo sepamos, un ejercicio embrionario de observación participante, se lleva a cabo de manera errática, informal, y sin estructura metodológica.

Considero que, como apuntaba en el título, la Investigación Cualitativa (IC) representa un universo de herramientas a incorporar desde ya al ejercicio directivo, para observar, comprender y analizar cómo viven las realidades asistenciales las personas que no están en nuestro ámbito estratégico, y que debemos pasar del ejercicio informal de intentar pulsar las vivencias de manera oportunista, aleatoria, o explorar la realidad a través de reuniones con más o menos estructura cuando surge un problema, a impregnarnos del sustrato metodológico cualitativo.

Parafraseando al autor Javier Yagüe,² que en su artículo para esta misma revista comentaba, "*se hace imprescindible redoblar los esfuerzos para que la IC llegue a cada uno de los profesionales de la salud, enriquezca la cultura de los cuidados y se afiance en el espacio que merece estar*", yo añadiría que la investigación cualitativa sería igualmente enriquecedora en el ámbito de la gestión sanitaria, y debemos apostar por ello.

Y usando el término de Gálvez et al,³ cuando se refería a la "zona de confort" que representa la metodología cuantitativa, con la que nos sentimos mucho más cómodos, y que para nosotros que está representada en nuestros cuadros de mandos y en nuestras encuestas de satisfacción y de clima laboral, debemos salir de esa zona y descubrir que hay todo un universo de información a través de la comprensión de los significados que para las personas que forman parte del sistema, profesionales y ciudadanía tienen las diferentes realidades que se viven en torno al apasionante mundo del cuidado de la salud.

Bibliografía

1. Sanmartín, R. Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Ariel S.A., 2003.
2. Yagüe Sánchez, JM. El espíritu de la investigación cualitativa. Nuevos horizontes para la investigación cualitativa en salud. Arch Memoria [en línea]. 2009 [Consultado el 30 de mayo de 2015]; (6 fasc. 3). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/6/am30902.php>.
3. Gálvez González M.; Gómez Martínez A, García Rodríguez MM, Martín Muñoz B. Nuevos horizontes para la Evidencia Científica: Investigación Cualitativa en el campo de la salud. Arch Memoria [en línea]. 2010 [Consultado el 30 de mayo de 2015]; (7 fasc. 1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/7/e11000.php>.



Tweet



4

[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

© **Fundación Index**, Granada, España

Todos los materiales incluidos en el fondo Archivos de la Memoria son propiedad exclusiva de la Fundación Index, y por tanto no está permitida su reproducción, total o parcial, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de cualquier otra forma o por cualquier otro medio electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guid-INNOVA](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304