

Los aportes del caso. Reflexión metodológica sobre el estudio de caso de la participación en salud.

Castrillo, Belén.

Cita:

Castrillo, Belén (Junio, 2013). *Los aportes del caso. Reflexión metodológica sobre el estudio de caso de la participación en salud. Jornadas Internas del CIMeCS La construcción y el análisis de los datos como problema. Reflexiones a partir de investigaciones con métodos cualitativos. CIMeCS - FaHCE - UNLP, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/belencastrillo/6>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSYx/cbg>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.

IV Jornadas Internas del CIMeCS
La construcción y el análisis de los datos como problema. Reflexiones a partir de
investigaciones con métodos cualitativos
IdIHCS - FaHCE - UNLP
28 de Junio de 2013

“Los aportes del caso.

Reflexión metodológica sobre el estudio de caso de la participación en salud”.

Desde el eje “*la delimitación del problema y su operativización*”, mi exposición presenta una breve reflexión metodológica sobre el trabajo de campo de mi tesis de grado que aborda la problemática de la participación comunitaria en salud a través de un estudio de caso en el Municipio de Berisso.

Dicha reflexión busca dar cuenta de las decisiones metodológicas y teóricas que fundamentaron el recorte de la problemática, la selección de la técnica del estudio de casos, la elección del caso, y la aplicación de determinadas estrategias de obtención de datos y el particular efecto que éstas últimas generaron en los resultados teóricos de mi tesis. Es decir, cómo las decisiones respecto a la entrada al campo y la particular continuación de los contactos con entrevistados (que surgieron a partir de cada relato de los informantes que me contactaron con el siguiente) sugirieron un aporte teórico en términos de la emergencia de la hipótesis de la existencia de redes de participación en salud locales.

Con el interés de estudiar las experiencias de participación en salud local y siguiendo a Laurell (1982) se sostiene aquí que “*es necesario construir un objeto de estudio que permita el estudio empírico del problema*”, razón por la cual se estudian las prácticas y sentidos de la participación en salud recuperando la perspectivas de los actores. Para cumplir el objetivo de describir y analizar dichos procesos participativos, se implementaron estrategias de recolección de datos y análisis cualitativas, centradas en los llamados *estudios de caso*, que posibilita el enfoque en un proceso microsocial. El caso, siguiendo a Stake (1995), es un sistema integrado del que interesan analizar el

funcionamiento de las partes, los objetivos (aunque sean irracionales), y las relaciones internas y externas, entre otros aspectos¹. En este sentido, Neiman y Quaranta afirman:

“El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Los estudios de casos tienden a focalizar [...] en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y conceptual.” (Neiman y Quaranta; 2007)

Tratándose de este tipo de perspectiva, el estudio de caso de mi tesis se corresponde a uno de tipo *instrumental* (en el que el estudio en sí es un instrumento para comprender situaciones que exceden/engloban al caso en sí) y se trabaja con un recorte especial de prácticas y actores. En este sentido, el principal criterio de selección de casos es el de la rentabilidad en términos del cumplimiento de objetivos, los tiempos disponibles y la accesibilidad, siempre teniendo en cuenta la unicidad y los contextos de las selecciones alternativas (Stake; 1995). La elección del caso del municipio de Berisso vino precedida por dos aspectos: la accesibilidad y el registro (mediante vías informales de comunicación) de la posibilidad de realizar un próspero trabajo de investigación por la predisposición de los actores. Se justifica en el objetivo de entender la participación en el marco de estructuras sociales determinadas para dar cuenta de las tensiones en las definiciones y los distintos tópicos trabajados en los capítulos teóricos de la tesis. La selección de unidades de análisis tuvo como criterio rector la relevancia respecto del tema de investigación y la posibilidad de dar cuenta de la diversidad de experiencias participativas², diversidad regida por la rentabilidad antes mencionada y por la saturación de la información. Por tratarse de un estudio de caso, el énfasis del análisis se puso en la información testimonial lograda mediante la aplicación de técnicas como la entrevista en profundidad y observación participante. Algunas categorías que emergieron en la valoración/evaluación del progreso de la investigación en los primeros momentos, se *impusieron* en la continuación del trabajo de campo, el *reajuste* del marco teórico y el *rediseño* del guión de entrevista (con la

1

²Se buscó poder dar cuenta de experiencias de promotores de salud, de militantes de movimientos sociales, de profesionales del equipo de salud, de miembros de organizaciones de la sociedad civil y de otras experiencias que fueron emergiendo en el campo.

inclusión de nuevos aspectos de indagación)³, principalmente.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas y abiertas a diez actores que participan en salud en Berisso para indagar los sentidos y representaciones que asignan a su propia participación y a las prácticas que realizan. Siguiendo a Vergara Quintero (2007) hablamos de la *visión émica* que permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que se pueden observar en las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. En esta cuestión de cómo abordar las representaciones, se piensa (como proponen Cándreva y Paladino en 2005) que la cultura ha ido dejando huella mediante una serie de consecuencias para la asunción del cuidado de la salud por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud. Los construye en función del contexto, o sea de los estímulos sociales que recibe, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia ya que como sujeto social es productor de sentido, y entonces expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. Tal como ellos consideran las representaciones sociales, esto es, construidas como una forma de lenguaje, de discurso, típico de cada sociedad o grupo social y constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Cándreva y Paladino; 2005)⁴, en esta investigación y a los fines de obtener información relevante sobre dichas representaciones en el campo de la salud, se construyó un instrumento de entrevista semiestructurada. Esto fundamentado en la consideración, como antes se mencionó, de que es una aproximación pertinente para explorar desde la perspectiva del sujeto sus representaciones sobre la participación en salud.

Definen (y este trabajo se apropia y elige su definición) la entrevista semiestructurada en el marco de la constitución de una relación diádica mediatisada por la discursividad, propia de lo cotidiano, bajo la condición de encuentros regidos por reglas que marcan márgenes apropiados de relación interpersonal en cada circunstancia. Éstas

³Tal es el caso de las redes informales de participación: el aporte novedoso de mi tesis al estudio de la participación en salud local.

⁴Que en su trabajo realizan un amplio análisis de las diversas perspectivas de estudio de las representaciones sociales.

permiten acceder al universo de significaciones de los actores, haciendo referencia a acciones pasadas o presentes, de sí o de terceros, generando una relación social, que sostiene las diferencias existentes en el universo cognitivo y simbólico del entrevistador y el entrevistado. La entrevista es pensada como una experiencia y se la inscribe en una dimensión interpretativa del hacer, en tanto que se plantea ir más allá de la descripción y busca relaciones a partir de las cuales (mediante el trabajo conceptual) conocer algo más de la estructura social o los colectivos en que se inscriben los procesos (Cándreva y Paladino; 2005)⁵.

Las entrevistas semiestructuradas se prolongaron, en promedio, alrededor de una hora y media aproximadamente y fueron grabadas en audio, luego desgrabadas y codificadas. Las preguntas de las entrevistas se formularon en base a cinco campos de indagación: *a) trayectoria de vida* (cómo llega a participar en salud, relaciones familiares, laborales e institucionales, militancia, vínculo con organizaciones comunitarias); *b) funciones y sentidos* (qué, cómo, dónde, para qué, por qué participa en salud, sentidos asignados, prácticas específicas); *c) redes* (relación con equipo de salud y con comunidad, relación con otros actores de salud, pertenencia a organizaciones, diálogo con lo estatal)⁶; *d) género* (la participación en tanto mujer u hombre: sentidos); y *e) edad* (generaciones y participación en tanto jóvenes, padres, hijos, etc.)⁷.

Sumadas a las entrevistas en profundidad, se utilizaron como fuentes los registros vinculados a observaciones participantes y no participantes en reuniones e instancias de gestión, de charlas abiertas a la comunidad, jornadas de difusión y charlas informales con distintos miembros de los equipos de salud y de la comunidad. Esta técnica fue idónea en el abordaje de prácticas y actividades que no giran en torno a la acción de sujetos específicos

⁵Para completar la justificación de la elección de la entrevista semiestructurada, retoman a Delgado y Gutiérrez (1993) quienes aportan seis elementos que fundamentan dicha decisión: 1) para conocer una unidad sociocultural se puede recurrir a la interrogación de sus miembros; 2) cada miembro es una síntesis global portadora de los hechos y normas dominantes de esa unidad social; 3) las posibilidades de expresión discursiva son básicamente las mismas para todos los miembros de una sociedad (o de la unidad sociocultural); 4) la respuesta a una pregunta expresa, directamente, los hechos y las normas dominantes; 5) esa respuesta es sustentada individualmente por cada persona y revela su propia opinión; 6) cada individuo puede proveer esa respuesta cuando le es solicitada.

⁶Este eje de preguntas se incorporó luego de que las incursiones al campo permitieran pensar la existencia de redes de participación en salud, con el fin de indagar su conformación, lógicas y dinámicas internas, y, principalmente, si son parte del universo de sentidos de los actores.

⁷Estas dos últimas cuestiones no fueron profundizadas en la tesis a porque se pensaron para la incorporación en un Proyecto de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación en el que colaboro.

y que resultaron numerosas en el caso estudiado.

En cuanto al proceso de análisis de las entrevistas y documentos, se realizó una lectura reiterada y cuidadosa de la información recogida intentando ver su relación con lo esperado en base al conocimiento previo, viendo coincidencias entre distintos casos, analizando relaciones entre conceptos, planteando nuevas categorías (tal es el caso de las redes de participación). Se concibe este análisis como un proceso de codificación, categorización y construcción interpretativa de los discursos en “significados”, es decir, en explicaciones teóricamente consistentes de lo dicho, con el fin de reconstruir los hallazgos en relación con el marco teórico y los objetivos de la investigación. El trabajo de escritura de la tesis reveló algunas dificultades al tiempo que permitió, con el trabajo de elaboración, la presentación asentada en decisiones metodológicas y teóricas explicitadas a los fines de cumplir los objetivos propuestos previamente.

Lo destacable, a los fines de este trabajo, es el proceso por el cual a través de mis intervenciones en campo fui conectando una a otra las entrevistas y los contactos con actores y prácticas y encontré en esas conexiones *metodológicas* y *a los fines de una investigación* la expresión de redes informales de participación en salud (categorías analíticas elegidas para dar cuenta del caso construido). Redes de participación que fueron reconstruidas y analizadas en torno a tres dimensiones principales: las relaciones (personales, de militancia, por problemáticas de salud, profesionales, etc.) que dan origen; el tipo de sujeto que participa en la red (individual o colectivo); y las relaciones de poder (de dominación o emancipadoras) que las atraviesan. Se trata, entonces, de dar cuenta de cómo las decisiones metodológicas influyeron en el aporte de mi tesis que tiene que ver con la emergencia de una nueva dimensión de análisis (no tenida en cuenta muy ampliamente en la teoría) respecto a redes de participación informal, referidas a las relaciones que se generan entre los actores y sus prácticas que agregan condimentos especiales a la participación comunitaria en salud. En este sentido aspectos como el poder, la militancia y el género se constituyen como nexos articuladores entre los actores y sus prácticas participativas, lo que aporta elementos particulares al caso Berisso.

BIBLIOGRAFÍA

LAURELL, A., (1982) “La salud-enfermedad como proceso social”. Cuadernos Médicos Sociales nº 19. Enero 1982.

NEIMAN, G, y QUARANTA, G, (2007) “Los estudios decaso en la investigación sociológica” en Vasilachis De Gialdino,Irene. (Coord.) Estrategias de investigación cualitativa, Buenos Aires, Gedisea editorial, pp. 213- 237.

RESTREPO VELEZ y VEGA ROMERO, (2009) “Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón”. Revista Gerencia y Políticas de Salud (Colombia) Num.16 Vol.8

STAKE, R. E., (1995) Investigación con estudios de caso. Capítulo Primero: “El caso único”. Ed. Morata. Madrid. Pp 15-25.

VERGARA QUINTERO, M., (2007) “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 41 – 50.