

## TÉCNICAS CUALITATIVAS Y EPIDEMIOLOGÍA

Joan Guix Oliver

*Profesor del máster de Antropología Médica y Salud Internacional (MAMSI)*

*Universitat Rovira i Virgili*

*Tarragona*

*joan.guix@gencat.cat*

*Resumen: La epidemiología, una ciencia y un método planteados para el conocimiento de la etiología de los fenómenos de salud, su descripción y la búsqueda de alternativas de intervención, ha utilizado habitualmente herramientas cuantitativas. Las metodologías cuantitativas constituyen una buena herramienta para abordar fenómenos objetivos y conocidos. Cuando nos enfrentamos a fenómenos como la multifactorialidad causal (social, cultural, política y conductual), las metodologías cualitativas son la solución. Actualmente no podemos pensar en un buen enfoque epidemiológico de los problemas de salud si no consideramos un abordaje metodológico complementario entre ambos métodos.*

*Palabras clave: epidemiología, metodologías cuantitativas, metodologías cualitativas.*

*Abstract: Epidemiology is a science and a method that emerged from the need to determine and describe the aetiology of health problems and to find alternative forms of intervention. It has traditionally used quantitative methodologies that have proven to be an effective tool for analysing objective and known phenomena. When dealing with phenomena such as multifactorial causation (e.g. social, cultural, political and behavioural causation), qualitative methods are the most effect tool available. Nowadays it is impossible to imagine a good epidemiological approach to health problems that does not involve a complementary methodological approach between both methods.*

*Keywords: epidemiology, quantitative methodologies, qualitative methodologies.*

### *I. Salud y enfermedad*

Jesús Ibáñez dejó escrito que «A nivel infrapersonal y bioquímico no hay diferencias. A nivel personal, hay diferencias. A nivel colectivo, hay sobrediferencias» (Ibáñez, 1979). El ser humano es muy complejo en cuanto a su biología, pero en los ámbitos colectivo y social, que son su forma real de existencia, la complejidad es infinitamente superior. El ser humano no es comprensible si lo aislamos de su contexto. Las conductas del ser humano no son comprensibles si las aislamos de su entorno social, cultural y económico.

Lo que en los seres humanos denominamos *salud* es un concepto muy complejo, compuesto de elementos objetivos, relacionados con el funcionamiento de los órganos, es decir, con la biología, pero también con otros elementos cognitivos (la propia percepción de la salud) y adaptativos (la capacidad personal de integrarse en el medio). Un enfoque exclusivamente objetivo, biológico, de la salud, siempre será incompleto y sesgado.

Freidson afirmó, con toda razón, que «cuando un veterinario diagnostica una enfermedad a una vaca, esta no modifica su conducta. Cuando un médico lo hace a una persona, esta sí que modifica su conducta» (Freidson, 1978). El concepto *enfermedad*, entendido ampliamente como la *no salud*, se corresponde, en la realidad, con un concepto estadístico. La enfermedad se interpreta más bien como una *desviación* de los valores estándar de la sociedad, como una desviación de la *norma*, que a su vez corresponde a los valores objetivos y subjetivos de la mayoría de la sociedad. Estar dentro de la norma es la *normalidad*, la *salud*. Estar fuera de la norma es la no normalidad, la *anormalidad*, la *enfermedad*. En esta línea, para Parsons estar enfermo es un trastorno en la condición normal del ser humano, tanto desde un punto de vista biológico como sociológico, e interpreta la enfermedad desde este último punto de vista como una forma de desviación, de anormalidad, entendiéndola como desviación cualquier acto o conducta que perturbe las normas de un sistema social determinado, las cuales reflejan expectativas sociales de una conducta determinada (Parsons, 1982; Guix, 2009).

En todo caso, salud y enfermedad no tan solo corresponden a concepciones biológicas y plenamente objetivas. Son fenómenos sociales, con una base biológica, ciertamente, pero con un importante

*constructo* de tipo social y cultural, sin el cual son imposibles de comprender ni de estudiar.

El idioma inglés, en este sentido, es más explicativo que las lenguas de raíz latina. Nuestra *enfermedad* en realidad comprende los conceptos anglosajones de *disease* (la enfermedad biológica, objetiva), *illness* (el cómo percibo yo, enfermo, mi propia enfermedad; la dimensión cognitiva) y *sickness* (el cómo ve e interpreta la sociedad mi enfermedad; la dimensión adaptativa, social). Si no consideramos en conjunto las tres dimensiones no podemos comprender el por qué la vaca no se altera y sí lo hace el ser humano ante un diagnóstico de enfermedad. Y si no comprendemos esto, no comprendemos qué es ni qué significa el fenómeno *enfermedad*, ni podemos estudiarlo.

## II. Conocer la salud y la enfermedad

«La investigación comprende el trabajo creativo llevado a cabo de forma sistemática para incrementar el volumen de conocimientos, incluido el conocimiento del hombre, la cultura y la sociedad» (Frascati, 2000). Para investigar nos formulamos preguntas, basadas en el método científico, para poder responderlas de forma sistemática.

Al investigar en el terreno de la salud, y muy especialmente en el de la salud pública, utilizamos como metodología fundamental la epidemiología, que se ha definido de manera clásica como «un razonamiento y un método propios de trabajo objetivo en medicina y otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de métodos de intervención más eficaces» (Jeniceck y Cléroux, 1987). No obstante, la definición de Kawakita es más explícita desde nuestro punto de interés: «La epidemiología es la rama de la salud pública cuyo propósito es describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural» (Kawakita *et alii*, 1993).

En todo caso, la epidemiología pretende dar respuestas a preguntas del tipo de *quién tiene qué, cuándo, dónde y por qué*, y sus utilidades básicas se podrían resumir en (Hernández-Ávila, 2000):

- Identificación de la historia natural de las enfermedades.

- Descripción de la distribución, frecuencia y tendencias de la enfermedad en las poblaciones.
- Identificación de la etiología y los factores de riesgo para la aparición y desarrollo de las enfermedades.
- Identificación y explicación de los mecanismos de transmisión y diseminación de las enfermedades.
- Identificación de la magnitud y tendencias de las necesidades de salud.
- Identificación de la magnitud, vulnerabilidad y formas de control de los problemas de salud.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de las intervenciones terapéuticas.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de la tecnología médica.
- Evaluación del diseño y ejecución de los programas y servicios de salud.

El cambio del paradigma de morbimortalidad ocurrido en los países desarrollados en los años posteriores a la II Guerra Mundial, que sustituyó un modelo predominante de enfermedades agudas y, generalmente, infecciosas por un nuevo contexto de enfermedades crónicas y degenerativas, comportó que modelos de relación causa-efecto relativamente lineales y simples —como el de Koch-Henle, el de Bardford-Hill o el de Evans (Gálvez Vargas y Rodríguez-Contreras, 1991), que podrían resumirse en que un efecto es causado específicamente por un solo factor y que esta relación se puede reproducir experimentalmente—, válidos a grandes rasgos para enfermedades infecciosas, ya no fuesen tan explicativos para las enfermedades crónicas y degenerativas. Surgió así un nuevo modelo explicativo de relación causal, el de Rothman, que comporta la posibilidad de la existencia de diversos elementos componentes en la causalidad del efecto y que introduce los conceptos de causa necesaria, causa suficiente y causa componente, junto con la existencia de factores predisponentes, factores facilitadores, factores desencadenantes, factores de riesgo y factores modificadores del resultado (antagonistas y sinérgicos). Este modelo de Rothman nos explica que:

- 1) Ninguna de las causas componentes es superflua;
- 2) No existe especificidad: un mismo efecto puede ser producido por distintas causas suficientes;
- 3) Una causa componente puede formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto. Si una misma causa componente forma parte de todas las causas suficientes, la denominamos *causa necesaria*;
- 4) Una misma causa componente puede formar parte de distintas causas suficientes de distintos efectos; y
- 5) Dos causas componentes de una causa suficiente se considera que tienen una interacción biológica, es decir, que ninguna actúa por su cuenta. El grado de interacción puede depender de otras causas componentes (Gálvez Vargas y Rodríguez-Contreras, 1991).

Pero la multicausalidad no es solo de carácter biológico (De Almeida, 2007; Conde y Pérez Andrés, 1995). Desde los planteamientos de Dahlgreen y Whitehead (1991) y de Marmot (2008), y anteriormente de Lalonde, M. (1981), conocemos el impacto de los denominados *determinantes sociales y económicos de la salud*. El fenómeno salud-enfermedad está condicionado por una amplia y compleja serie de factores, de índole no tan solo biológica, sino social, cultural y económica, no siempre fácilmente cuantificables. En este paradigma, la metodología basada en la identificación de variables, de factores de riesgo, ya no es suficiente para comprender el binomio salud-enfermedad, tal como lo concebimos hoy en día.

La cuestión es si la epidemiología clásica, con su metodología centrada en los métodos cuantitativos, y especialmente en la estadística, es capaz de abordar adecuadamente estos nuevos parajes.

Las metodologías cuantitativas están concebidas para medir fenómenos. Pueden responder a preguntas del tipo *¿Cuánto?* o *¿Con qué fuerza?* o *¿Con qué frecuencia?*. No obstante, hemos admitido que los fenómenos salud y enfermedad no son comprensibles plenamente si no se interpretan en su contexto social y cultural. Sucede que la estadística, para trabajar, debe aislar al individuo del conjunto. Obtiene muestras, y para ello desagrega. Considera al individuo en solitario, de forma aislada de sus influencias exógenas. Por si fuese poco, en muchas ocasiones estandariza, establece mínimos comunes denominadores para objetivar más el análisis (Menéndez, 1988). Elimina la influencia del grupo. Seguramente puedo analizar el *disease*,

pero ¿cómo analizo el *sickness*, la interpretación de la sociedad sobre el enfermo y la enfermedad, por ejemplo? (Menéndez, 1998; Segura del Pozo, 2007, 2008).

Por otra parte, la epidemiología clásica suele centrarse más en el método que en la elaboración de la hipótesis, el discurso y la información (Segura, 2006). Se centra más en la enfermedad que en la salud y, para poderlos manejar estadísticamente, incluso cuando pretende abordar temas sociales, intenta reducir los *inputs*, la información, a datos, a factores desagregados, a elementos cuantificables, a factores de riesgo. Con ello no hace más que profundizar en el proceso de individualización y asocialización del análisis del binomio salud-enfermedad.

Sin embargo, si desconozco un fenómeno, no puedo medirlo. Para poder medir debo conocer aquello que deseo medir. Para conocer un fenómeno ignorado debo plantear preguntas del tipo ¿qué? o ¿por qué?. Para responder a estas preguntas la metodología adecuada es la cualitativa (Conde y Pérez Andrés, 1995). Por otra parte, al basarnos en la estadística, significa que deberemos reducir la información a cuestionarios, bases de datos, tablas y gráficos, con lo cual el exceso de información existente en los agentes del fenómeno, en las personas, se perderá. Se excluye todo lo no mensurable. En un cuestionario solo se responde a lo que se pregunta, y se responde teniendo en cuenta las respuestas planteadas por el investigador. Como decíamos, si el investigador desconoce, no puede preguntar.

Si nos movemos en un entorno multicasual, en el que la causalidad no descansa exclusivamente en lo biológico, sino en los determinantes sociales y en las interrelaciones, existe una contradicción evidente entre el objetivo teórico y las metodologías empleadas.

### *III. Las metodologías cualitativas en la epidemiología*

Etimológicamente, la palabra *epidemiología* deriva del griego *epi* ('acerca, sobre') y *demos* ('pueblo, sociedad'). Es decir, se trata del *estudio de lo que le pasa a la sociedad*. Se trata de algo mucho más amplio que la pura singularidad aislada del individuo que forma parte de la muestra. Hablamos de influencias, de interferencias, de relaciones.

Algunos autores afirman, con razón, que los hábitos y las conductas no son responsabilidad del individuo, sino del entorno social,

económico y cultural en el que se desenvuelve el individuo (Dahlgren y Whitehead, 1991). Un nuevo enfoque epidemiológico ha intentado abordar el problema: la epidemiología social. No obstante, al continuar basándose en la estadística, reduce las variables, como hemos mencionado anteriormente, a factores de riesgo, con lo cual nuevamente el foco recae sobre el individuo, obviando la utilización de series históricas largas con la finalidad de garantizar e incrementar la fiabilidad de los datos. La llamada *epidemiología crítica* intenta dar un paso más allá: «La epidemiología crítica, uno de los ejes de la salud colectiva, se refiere tanto al análisis riguroso de la argumentación y del método, como al análisis de las relaciones entre las condiciones de regulación social, desigualdad y poder» (Breilh, 2002).

Si el nuevo paradigma explicativo de los fenómenos de salud y enfermedad reside en el terreno de lo social, lo político, cultural o económico (Muntaner y Gómez, 2003), la cuestión no puede ser *metodología cuantitativa* o *metodología cualitativa*. Las dos son necesarias. Nos hallamos ante una nueva epidemiología que debe utilizar todas las herramientas disponibles, tanto cuantitativas como cualitativas. Es el imperio de la ya llamada por algunos *epidemiología mestiza* (Segura del Pozo, 2007).

El papel de las metodologías cualitativas en el terreno del análisis epidemiológico se restringió clásicamente a una función complementaria. Se acepta la metodología cualitativa en epidemiología cuando existe un déficit en el conocimiento de los antecedentes (*background*) de las conductas individuales o colectivas, para adquirir conocimientos sobre temas inabordables cuantitativamente, y como herramientas para la generación de hipótesis (Muntaner y Gómez, 2003).

Popay (2003) habla de un *modelo de mejora* y un *modelo epistemológico* de las metodologías cualitativas en los estudios de salud pública. En el *modelo de mejora*, el papel fundamental de la metodología cualitativa es complementario, como generador de hipótesis, como ayuda para la identificación y como constructor de medidas más sofisticadas acerca de los fenómenos sociales, o como explicación de los resultados inesperados de los estudios cuantitativos en epidemiología. En el paradigma del *modelo epistemológico*, la metodología cualitativa desempeña su papel en la investigación de hechos que el resto de metodologías no pueden interpretar, para profundizar

en la comprensión de realidades y acercar al investigador a la realidad de la enfermedad o el problema investigado.

El epidemiólogo, al afrontar una investigación, tanto en el terreno de la investigación epidemiológica de campo como en la social, procede con una secuencia determinada, utilizando determinadas técnicas para cada uno de sus diversos escalones. Podríamos resumir el esquema de las diversas fases de un estudio epidemiológico en:

- Etapa descriptiva
  - Identificación de un problema.
  - Confirmación de la homogeneidad de los hechos.
  - Recolección de datos de todos los hechos.
  - Identificación de las características de los hechos.
  - Estudio de las formas de aparición y de las tendencias.
- Etapa analítica
  - Formulación de una hipótesis.
  - Análisis del material en función de la hipótesis.
- Etapa experimental
  - Verificación de la hipótesis por observación o ensayo.
- Interpretación
  - Producción de resultados.
  - Redacción del informe.

En la etapa descriptiva, tanto en la identificación del problema como en la identificación de las características de los hechos y en el estudio de las formas de aparición, técnicas cualitativas como la observación etnográfica, la entrevista (abierta, semiestructurada o estructurada) o, incluso, el grupo focal, desempeñan un papel esencial. En muchas ocasiones, al investigar problemas de base social o histórica, el análisis del discurso tiene una utilidad insustituible.

Así mismo, al formular hipótesis en la etapa analítica, o al interpretar hallazgos en la fase de interpretación, las técnicas de consenso (Delphi, *brainstorming*, grupos nominales, etc.) pueden proporcionar una ayuda inestimable en la generación o la comprensión de hechos o hallazgos, que limitándonos a las metodologías cuantitativas sería imposible.

Afortunadamente, esta visión de la ya mencionada *epidemiología mestiza* o *etnoepidemiología* se está extendiendo entre los epidemiólogos. Las potencialidades son tantas que es absurdo ignorarlas.



Por otra parte, justo es reconocer que incluso los mismos epidemiólogos de campo, aquellos cuya labor es más concreta y más cuantitativa, quizás de forma no siempre consciente han utilizado la metodología cualitativa en sus estudios. ¿O es que es factible estudiar un brote de intoxicación alimentaria, por ejemplo, sin observar o sin preguntar? Incluso a los mayores detractores de las herramientas cualitativas en epidemiología cabría recordarles el gran descubrimiento del burgués gentilhomme de Molière. Resulta que siempre hemos hablado en prosa, sin saberlo. Siempre hemos utilizado metodología cualitativa sin saberlo. Otra epidemiología no es posible.

### *Bibliografía*

- BREILH, J. (2002) *Epidemiología crítica: hacia un paradigma emancipador e intercultural de la ciencia y el conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CONDE, F.; PÉREZ ANDRES, C. (1995) «La investigación cualitativa en salud pública». *Rev Esp Salud Pública*. 69: 145-149.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- DE ALMEIDA, N. (2007) «Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo». *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3 (3), Sept.-Dic.: 229-233.
- FRASCATI, M. (2000) *Propuesta de Norma Práctica para encuestas de investigación y desarrollo experimental*. Accesible en <[http://www.fecyt.es/publi\\_fecyt.asp](http://www.fecyt.es/publi_fecyt.asp)>. Fecha de consulta: 30-03-2010.
- FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- GÁLVEZ VARGAS, R.; RODRÍGUEZ-CONTRERAS, P. (1991) «Teoría de la causalidad en epidemiología». En PIEDROLA GIL, G. *Medicina preventiva y salud pública*.
- GUIX, J. (2009) «Drogodependencia y rol del enfermo». *Salud 2000*. 122: 9-12.
- HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2000) «Diseño de estudios epidemiológicos». *Salud Pública de México*. 2:144-154.
- IBÁÑEZ, J. (1979) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica (Sociología y política)*. Madrid: Siglo XXI.

- JENICECK, M.; CLÉROUX, R. (1987) *Epidemiologia*. Barcelona: Salvat Editores.
- KAWAKITA, Y.; SAKAI, I.; OTZUKA, M. (1993) *History of epidemiology*. Tokio: EuroAmerica Inc. Publishers.
- LALONDE, M. (1981) *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*. Canadá: Ministry of Supply and Services. Accesible en <<http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?grupoRec=Todas%20las%20edades&tiporecursoAct=Documentos%20/%20Estudios&tematicaRec=Promoci%F3n%20y%20Educaci%F3n%20para%20la%20Salud,Salud%20P%FABlica&titulo=Informe%20Lalonde&codrecurso=132>>. Fecha de consulta: 01-04-2012.
- MARMOT, M. (2008) *CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- MENÉNDEZ, E. (1998a) «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significación diferente». *Estudios Sociológicos*, XVI: 46. 1998. Accesible en [http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/colmex/estud\\_soc/ene-abr98/estud46/sec\\_15.html](http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/colmex/estud_soc/ene-abr98/estud46/sec_15.html). Fecha de consulta: 25-02-2010.
- (1998b) «Modelo médico hegemónico y atención primaria». *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. Accesible en <<http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>>. Fecha de consulta: 01-04-2012.
- MUNTANER, C.; GÓMEZ, M. B. (2003) «Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue?». *Gac Sanit*, 17 (Supl 3): 53-57.
- PARSONS, T. (1982) *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- POPAY, J. (2003) «Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship». *Gac Sanit*, 17 (Supl 3): 58-63.
- SEGURA DEL POZO, J. (2008) «Los métodos cualitativos en Epidemiología (1ª parte): métodos o miradas diferentes». Accesible en <[http://www.madrimsd.org/blogs/salud\\_publica/2008/07/02/95963](http://www.madrimsd.org/blogs/salud_publica/2008/07/02/95963)>. (Fecha de consultado: 25-02-2010).

- (2007a) «Epidemiología mestiza (Hybrid epidemiology)». *Gac Sanit*, 21(1): 88-89.
  - (2007b) «La política de los grandes números» de Alain Desrosières: una historia y sociología de la estadística (1.ª parte). Accesible en <[http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2007/06/29/68972](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/06/29/68972)>.
- SEGURA, J. (2006) «Epidemiología de campo y epidemiología social». *Gac Sanit*, 20(2): 153-158.
- SUSSER, M. (1991) «What is a cause and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology». *Am J Epidemiol*, 133: 635-648.