

INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA en sistemas de salud

UNA GUÍA DE MÉTODOS



Rene Loewenson, Asa C Laurell, Christer Hogstedt, Lucia D'Ambruoso y Zubin Shroff

INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA en sistemas de salud

UNA GUÍA DE MÉTODOS

Rene Loewenson, Asa C Laurell, Christer Hogstedt,
Lucia D'Ambruoso y Zubin Shroff



Regional Network
on Equity in
Health in East and
Southern Africa



Training and Research
Support Centre



International Development Research Centre



Alliance for
Health Policy and
Systems Research



World Health
Organization

Publicado por la Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET) en asociación con Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHP SR), World Health Organization (WHO) y el International Development Research Centre (IDRC) Canadá

© EQUINET 2014

Citar como: Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z (2014) Investigación-acción participativa en sistemas de salud: Una guía de métodos, TARSC, AHP SR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare

ISBN: 978-0-7974-5976-2

Fotografías de portada: cubierta frontal: superior izquierda: Representación sobre malaria, Gambia © Global Fund / John Rae; superior derecha: Proyecto todas nuestras historias, Reino Unido © Licencia Creative Commons de la Salford University Press; inferior izquierda: Agrupación proporcional, Tailandia © Red Grease -CIRAD-Thailand, Sophie Valeix; inferior derecha: Investigación-acción participativa en los Andes © Timmi Tillmann, PASA (Programa Andino de Soberanía Alimentaria), IIED; cubierta posterior: parte superior: Grupos de apoyo a la mujer, India © Global Fund / John Rae; parte inferior: Discusión de grupo focal, Indonesia © Lucia D'Ambruoso

Todos los derechos reservados. El editor convoca a redistribuir el material presentado de la Parte uno a la cuatro de esta guía de métodos siempre que el texto original no se altere, la fuente original sea reconocida correcta y plenamente y que la redistribución no tenga fines comerciales. Los documentos académicos en la Parte cinco son cubiertos por los derechos de autor de las publicaciones que se muestran junto con los documentos. La redistribución o cualquier forma de reproducción, ya sea como copia impresa o electrónica, de la Parte cinco o de cualquier documento académico incluido no está permitida y solamente se puede hacer con autorización de las publicaciones mostradas junto con los documentos.

Favor de ponerse en contacto con el editor en la dirección mostrada a continuación si desea reproducir, redistribuir o transmitir, en cualquier forma o por cualquier medio, el trabajo de las Partes uno a cuatro o cualquier fragmento de las mismos. Los documentos académicos en la Parte cinco están cubiertos por derechos de autor y cualquier permiso para usarlos o redistribuirlos debe buscarse directamente con el titular de los derechos de autor mencionados junto con los documentos.

Las fotografías y los gráficos están cubiertos por derechos de autor de las fuentes mencionadas en los agradecimientos y se debe buscar permiso del titular de los derechos del autor para su uso.

Los contribuyentes individuales no se hacen responsables por el informe en su conjunto ni por la información y las opiniones que presenta. EQUINET no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta y no se hace responsable de ningún daño ocasionado como consecuencia de su uso.

Zubin Shroff, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization (WHO) contribuyó al texto en la sección 4.2 Usando la investigación en políticas y sistemas de salud. Reconocemos los derechos de autor de WHO sobre su contribución a la subsección y la autorización dada por WHO para publicar dicho texto en la guía de métodos. Zubin Shroff como un co-autor es miembro del personal de la World Health Organization. Él es el único responsable por las opiniones expresadas en esta publicación y no representa necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de la World Health Organization.

La Organización Mundial de la Salud ha cedido los derechos de traducción y publicación de una edición en español a EQUINET, responsable única de la calidad y fidelidad de la versión en español. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.

Esta publicación comunica la investigación llevada a cabo con el apoyo de una subvención del International Development Research Centre, Ottawa, Canadá.

Para cualquier información sobre esta publicación, favor de contactar:
EQUINET Box CY2720, Causeway, Harare, Zimbabue
Email: admin@equinetafrica.org
www.equinetafrica.org

Contenido

Sobre la guía de métodos	5
¿Por qué necesitamos esta guía de métodos?	5
¿Para quién es esta guía de métodos?	6
La estructura de la guía de métodos.....	7
Parte uno: Conceptos	9
1.1 Características clave para la investigación-acción participativa.....	11
Evidencias cualitativas y cuantitativas.....	14
Desplazando el conocimiento y el poder	14
El aumento de la práctica de la investigación participativa.....	14
1.2 Raíces históricas y promotores	15
Investigación-acción	16
Investigación participativa basada en la comunidad	16
Evaluación Rural Participativa Rápida.....	16
Investigación-acción participativa	16
1.3 La naturaleza del conocimiento y su producción	20
Positivismo y post-positivismo	20
Conocimiento y subjetividad	20
Paradigma participativo	21
Sistemas de conocimiento popular	22
1.4 Los investigadores	22
Relaciones con comunidades.....	23
Competencias y desafíos.....	24
1.5 Poder y participación en los sistemas de salud	27
1.6 Trabajando con otros enfoques de investigación.....	32
Parte dos: Métodos	37
2.1 El proceso de investigación-acción participativa	40
2.2 Superando la distinción sujeto-objeto	40
2.3 Métodos y herramientas para recolectar evidencias.....	44
2.4 Utilizando nuevas tecnologías de la información	54
2.5 La revisión, reflexión y evaluación de la acción	58
2.6 Meta-análisis y métodos de análisis	65
2.7 Institucionalizando la investigación-acción participativa	66
Parte tres: Problemas y retos	71
3.1 Ética en la investigación-acción participativa	74
3.2 Sesgo, clasificación y comparabilidad	78
3.3 Validez de las evidencias	79
3.4 Reproduciendo y generalizando los resultados	80
3.5 Aspectos logísticos	82
Parte cuatro: Evidencias & acción	85
4.1 Presentación de informes	87
4.2 Usando la investigación en políticas y sistemas de salud	90
4.3 Redes de aprendizaje y comunidades de práctica	100
Referencias de las Partes uno a la cuatro	102
Parte cinco: Documentos empíricos	111
Documentos seleccionados para la Parte uno: Conceptos	115
Documentos Seleccionados para la Parte dos: Métodos.....	116
Documentos seleccionados para la Parte tres: problemas y retos y para la Parte cuatro: evidencias y acción	117

Agradecimientos

Los autores de esta guía de métodos son:

- Rene Loewenson, Training and Research Support Centre and Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, África Oriental y Meridional
- Asa Christina Laurell, Consultora independiente, Centro de Análisis y Estudios Seguridad Social – CAESS, México
- Christer Hogstedt, Karolinska Institutet, Suecia
- Lucia D’Ambruoso, University of Aberdeen, Escocia
- Zubin Shroff, Alliance for Health Policy and Systems Research, Suiza

Agradecemos la revisión externa de la guía de métodos por:

- Mirai Chatterjee, Director, Social Security, Self-Employed Women’s Association, India
- Sally Nathan, University of New South Wales, Australia
- Barbara Kaim, red pra4equity y COPASAH, África Oriental y Meridional, Zimbabue
- Mauricio Torres Tovar, Colegio Mayor de la Universidad de Cundinamarca, ALAMES (América Latina), Colombia
- Florencia Peña Saint Martin, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México
- Andrea Cornwall, University of Sussex, Reino Unido
- Ellen Rosskam, Consultor, Estados Unidos
- Qamar Mahmood, International Development Research Centre, Canadá
- Sue Godt, International Development Research Centre, África Oriental y Meridional

Agradecemos también otras aportaciones valiosas a la guía:

Por los ejemplos del uso de la investigación-acción participativa: Miguel Gonzalez Block, Latin American Health Policy and Systems Research Network; Fadi El-Jardali, Director – Center on Knowledge-to-Policy for Health (K2P), Lebanon; Robert Chambers Institute for Development Studies, Sussex, Reino Unido; Yoland Wadsworth, Centre for Applied Social Research, RMIT University, Australia; Manju Rani, WHO, WPRO; Ellen Rosskam, consultor; y colegas de la pra4equity network in EQUINET.

Agradecemos a Olin Moctezuma Burns y Asa Christina Laurell por la traducción en español.

Agradecemos a las siguientes personas e instancias por el permiso para utilizar las fotografías: the Global Fund and John Rae (portada, parte superior izquierda, contraportada, parte superior y página 66); Sophie Valeix, University of Sussex, Attawit Kovitvadhi and Grease Network-CIRAD-Thailand (portada, parte inferior izquierda y páginas 5, 45, 46 y 95); TARSC (páginas 45, 47, 48 y 62); Timmi Tillmann, PASA and IIED, (portada, parte inferior derecha) por la fotografía de Voices and flavours from the earth: visualising food sovereignty in the Andes de Maruja Salas disponible en www.excludedvoices.org; Lucia D’Ambruoso (contraportada, parte inferior); Idah Zulu (página 49); Paul Akankwasa (página 53); EQUINET (páginas 55 y 58); Christer Hogstedt (página 82); Amuda Baba (página 85).

Varias de las fotografías utilizadas se encuentran disponibles bajo la licencia de Creative Commons y estamos agradecidos por la generosidad de los siguientes propietarios del copyright: Thehero (portada, parte inferior derecha) Salford University Press (portada, parte superior derecha); Water and Sanitation Collaborative Council (WSSCC) (páginas 6 y 45); Biodiversity International / M.Beltran (página 9); National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic / K.Musuraliev (página 37); CIFOR / Michael Padmanaba (página 39); C. Schubert (CCAFS) (página 43); Sara L Parker (página 47); Jesse Naab / CGIAR Climate (páginas 48 y 57); Kathmandu Living Labs (página 71); IRRI images (página 91); World Bank photo collection (página 96); Alex Rio Brazil (página 111).

También agradecemos a TARSC y Mashet Ndlovu por el uso de las ilustraciones del PRA ToolKit (páginas 46 y 48).

Reconocemos y agradecemos el apoyo financiero de IDRC Canadá, AHPSR y TARSC y la asesoría y apoyo institucional de su personal: Sharmila Mahtre, Qamar Mahmood, Sue Godt (IDRC Canadá), Abdul Ghaffar, Lydia Bendib, Taghreed Adam (AHPSR), Mevice Makandwa y Marie Masotya (TARSC) y Margo Bedingfield.



Sobre la guía de métodos

Si has venido a ayudarme, pierdes tu tiempo, pero si has venido porque tu liberación está ligada a la mía, entonces trabajemos juntos.

Lila Watso, mujer líder indígena

Por qué necesitamos esta guía de métodos?

Hemos producido esta guía para informar, motivar y fortalecer la práctica de la investigación-acción participativa.

El Doctor Bill Foege, antiguo director de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC en inglés) en los Estados Unidos (E.E.U.U.), calificó al siglo XX como un periodo tanto de extraordinario progreso como de extraordinaria desigualdad en materia de salud (cita de Tim Evans en Loewenson, 2013). En el siglo XXI existe una demanda creciente por conducir la energía colectiva hacia la justicia y equidad en salud, y por comprender de mejor manera los procesos sociales que influyen en la salud y los sistemas de salud. Las comunidades, los trabajadores de salud de primera línea y otros grupos de base desempeñan un papel clave para atender a esta demanda, formular preguntas claves, elaborar conocimiento nuevo, así como provocar y llevar a cabo la acción para transformar los sistemas de salud y mejorar la salud.

Existe una creciente variedad de métodos, herramientas y capacidades—viejas y nuevas—para incrementar la participación y el poder social en la generación de conocimiento nuevo a través de la investigación participativa. Al mismo tiempo, es necesario tener claridad sobre lo qué es exactamente la investigación participativa y lo que ésta puede ofrecer. El término “participativo” con frecuencia se utiliza de manera poco precisa para abarcar un amplio espectro de diferentes métodos de investigación y maneras de presentar informes sobre la investigación. Los métodos no siempre son bien comprendidos por aquellos que utilizan aproximaciones más experimentales. Esta guía promueve el entendimiento del término “investigación-acción participativa” (IAP) y brinda información acerca de sus paradigmas, métodos, aplicación y uso, particularmente en las políticas y los sistemas de salud.

Se encuentra disponible material excelente para entrenamiento a nivel comunitario de la investigación-acción participativa. Para evitar la duplicación de estos acervos, incluimos en diferentes partes del texto esquemas detallados de los métodos y atención directa a los materiales ya existentes. Esta guía busca desmitificar la investigación-acción participativa en la investigación sobre políticas y sistemas de salud. Explora los diversos usos que esta investigación puede tener para mejorar la salud y los sistemas de salud. Además es especialmente útil para comunidades académicas, de políticas y sistemas de salud, así como para agrupaciones sociales que trabajan en este campo. Este libro, por lo tanto, busca aclarar los métodos utilizados tanto en la investigación en política y sistemas de salud (Gilson, 2011) como en la investigación con intervenciones (Peters *et al.*, 2013).



Uso de agrupación proporcional para discutir los ingresos de los hogares y la importancia de la ganadería en Tailandia.

¿Cuáles son los objetivos de la guía de métodos?

Busca explicar:

- las características claves de la investigación-acción participativa y los paradigmas históricos y de conocimiento de los cuáles procede;
- los procesos y métodos utilizados en la investigación-acción participativa, incluyendo las innovaciones y desarrollos en este campo y las cuestiones éticas y metodológicas en su aplicación; y
- la comunicación, presentación de informes, institucionalización y uso de la investigación-acción participativa en los sistemas de salud.

Al ser una herramienta de apoyo al entendimiento y aprendizaje, la guía de métodos presenta un texto explicativo respaldado por referencias y materiales. Incluye ejemplos de investigación-acción participativa en ámbitos de alto, mediano y bajo ingreso y de todas las regiones del mundo. Proporciona una selección de material de lectura sobre el tema (*Parte cinco*).

¿Para quién es la guía de métodos?

Está dirigida a un público extenso:

- la comunidad académica y de investigación;
- la comunidad de investigación en políticas y sistemas de salud;
- los trabajadores de salud y administradores de los sistemas de salud;
- las organizaciones comunitarias, incluyendo sindicatos, activistas de salud y promotores de salud; y
- los actores políticos.



©WSSCC Creative Commons licence 2013

Los aldeanos dibujan un mapa de su área para identificar las áreas donde el entorno representa un riesgo para la salud, Malawi.

La estructura de la guía de métodos

Este texto está organizado en cinco partes. La primera sección introduce la guía y sus objetivos.

Parte uno: Conceptos

Esta parte ofrece una visión general de la investigación-acción participativa y su uso en los sistemas de salud y en la investigación en política y sistemas de salud. Al mismo tiempo resume sus principales características así como sus raíces y promotores históricos. Describimos los diferentes paradigmas de la investigación-acción participativa que se utilizan para generar conocimiento y exploramos la importancia de un paradigma que establece que la naturaleza y producción del conocimiento son el resultado de las relaciones sociales. Además, discutimos el papel del poder y la participación en los sistemas de salud como contexto para la investigación-acción participativa, relacionándola a otras formas de investigación en política y sistemas de la salud (IPSS).

Parte dos: Métodos

Esta parte se enfoca en la ejecución de la investigación-acción participativa en los sistemas de salud. Introduce los procesos y métodos utilizados, incluyendo aquellos para superar la diferenciación sujeto-objeto. Sugerimos métodos y herramientas para la recolección de evidencias, con énfasis en la importancia del contexto. Exploramos algunos aspectos específicos de la investigación-acción participativa, incluyendo el uso de nuevas tecnologías de la información, los métodos para la revisión, reflexión y evaluación de acción y para el meta-análisis a lo largo de centros individuales. Por último, delineamos experiencias de la institucionalización de la investigación-acción participativa en los sistemas de salud.

Parte tres: Problemas y retos

Esta parte plantea varias cuestiones que surgen al aplicar estos métodos en la investigación-acción participativa, incluyendo sesgos en la selección, clasificación y comparabilidad de grupos, validez de la evidencia, causalidad, así como replicabilidad y generalización de resultados. Examinamos cuestiones éticas y retos logísticos, al mismo tiempo que las oportunidades ofrecidas por este enfoque en la investigación en políticas y sistemas de salud.

Parte cuatro: Evidencias & acción

Esta parte discute las opciones para la comunicación y las experiencias de ésta y el uso de evidencias de la investigación-acción participativa. Asimismo, ofrece orientación en la presentación de informes. Discutimos cómo utilizar el conocimiento generado en la investigación-acción participativa en políticas y sistemas de salud. Finalmente, exploramos el papel de las redes de aprendizaje y las comunidades de práctica al apoyar y desarrollar métodos y práctica de investigación-acción participativa.

Las referencias utilizadas se encuentran listadas al final de la Parte cuatro

Parte cinco: Documentos empíricos

Esta parte proporciona los vínculos web para veintiún textos empíricos publicados a los cuales se hace referencia en diferentes partes del texto y que proporcionan ejemplos de diferentes características y aspectos de la investigación-acción participativa. Dondequiera que se menciona un documento en el texto dentro de la *Parte cinco*, el número del documento se incluye para facilitar la referencia.



© Biodiversity International/M.Beltran Creative Commons licence 2013

Parte uno **Conceptos**

Fotografía de la portada de la Parte uno:

*Mujeres dibujando un mapa social del impacto del cambio climático en su área.
Hombres y mujeres colombianos trabajaron en grupos separados para explorar las
diferencias en las percepciones sobre estos impactos.*



Parte uno

Conceptos

1.1 Características clave para la investigación-acción participativa

Esta sección introduce los conceptos clave utilizados en la guía de métodos, incluyendo aquellos que son relevantes en la investigación en política y sistemas de salud y la investigación-acción participativa. Cada uno de estos conceptos se trata con mayor profundidad en secciones posteriores.

Se ha prestado gran atención a especificar y actuar a partir de los determinantes físicos y biológicos en las ciencias y los sistemas médicos. El enfoque en materia de salud pública se ha concentrado en los determinantes inmediatos de los problemas de salud (agua, comida, ambiente laboral). Sin embargo, también se reconoce cada vez más que la probabilidad de que las personas sean sanas está condicionada por estructuras y sistemas sociales. La comprensión de los factores de riesgo inmediatos para la salud individual ha tenido un impacto importante, pero insuficiente, para cambiar la distribución de la salud en las poblaciones, así como para abordar las desigualdades en esta materia y para conocer lo que ayuda a las personas a mantener su salud en contraposición a lo que causa sus problemas de salud. El informe del 2008 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) presentó un conjunto significativo de evidencias mostrando que los procesos sociales y las diferencias en el poder y los recursos contribuyen a los resultados de salud. Estos afectan la forma en la que los recursos para la salud y atención de la salud se distribuyen, llegan a diferentes grupos sociales y se utilizan por ellos (WHO CSDH, 2008).

Los sistemas de salud desempeñan un papel en esto. No sólo tienen impacto en la salud, sino que son en sí mismos sistemas sociales que reflejan o enfrentan y dan forma a normas y valores sociales más generales. Por sí solos no afectan las diferencias y procesos sociales que influyen en la salud. Los sistemas de atención a la salud, en tanto instituciones sociales, se construyen

a partir de las estructuras sociales existentes. Reflejan las desigualdades sociales, pero también pueden enfrentarlas. Por ejemplo, los sistemas de salud centrados en la gente y los enfoques integrales de atención primaria de salud pueden impulsar la acción intersectorial, apoyar la cohesión y el empoderamiento social así como enfrentar las diferencias en la asignación de recursos y en el acceso, uso y experiencia de la gente en la atención a salud (Loewenson y Gilson, 2011).

Con un determinado funcionamiento, los sistemas de salud pueden fortalecer las capacidades de los individuos y de los grupos sociales, por ejemplo, incluyendo oportunidades para que las personas participen en la planeación de los servicios, desde programas de atención individual, hasta las intervenciones de salud comunitaria. Pueden generar ventajas preferenciales para grupos socialmente desfavorecidos, ya sea al afectar los factores estructurales que los mantienen en desventaja (como la promoción de la autonomía de la mujer) o al fortalecer su habilidad de exigir recursos de salud o implementar medidas de salud (por ejemplo, mediante su involucramiento en mecanismos participativos de planeación y elaboración de presupuestos) (Loewenson y Gilson, 2011).

Los **sistemas de salud** y sus instituciones, actores y procesos buscan promover, restaurar o mantener la salud, para cumplir con las obligaciones y exigencias del derecho universal a la salud y al acceso a los servicios de salud. Su papel se discute de manera más profunda en la sección 1.5.

El **empoderamiento social** se refiere a “la capacidad de las personas de actuar a través de la participación colectiva para fortalecer sus capacidades organizacionales, desafiar las desigualdades de poder y obtener resultados en diversos niveles interrelacionados en diferentes dominios: incluyendo el empoderamiento psicológico, relaciones en el hogar, ... instituciones transformadas, mayor acceso a recursos, gobernanza abierta y condiciones comunitarias crecientemente equitativas” (Wallerstein, 1992).

Por lo tanto, los sistemas de salud pueden desempeñar un papel en el empoderamiento social, la agencia y la capacidad necesarios para mejorar el bienestar. Esto no es simplemente una cuestión de facilitar el acceso a los servicios, el personal y las materias primas. Se relaciona con la forma en la cual los sistemas organizan la información al público y la participación en el proceso de toma de decisiones y cómo invierten en relaciones, comunicación, conocimiento, liderazgo y las capacidades para mantener estos roles y funciones (Loewenson y Gilson, 2011).

Sin embargo, los sistemas de salud no siempre hacen esto. También son esferas de ganancia privada y pueden reflejar, no confrontar, las diferencias en poder

La investigación es entendida generalmente como un proceso que genera conocimiento y entendimiento nuevo. Algunas definiciones incluyen como propósito de este entendimiento el estímulo de la acción y realización del cambio.

La investigación en política y sistemas de la salud aspira a entender y mejorar la manera en la que las sociedades se organizan para alcanzar metas de salud colectivas y la forma en la que diferentes actores interactúan en la política y procesos de ejecución para contribuir al impacto de las políticas. Es por naturaleza interdisciplinaria. Mezcla y aplica economía, sociología, antropología, ciencias políticas, epidemiología y otras esferas de salud pública para delinear un cuadro general sobre la manera en la que los sistemas de salud responden y se adaptan a las políticas de salud. Asimismo, para perfilar cómo éstas pueden moldear –y ser moldeadas por– los sistemas de salud y los determinantes más generales de salud.

Fuente: Alliance for Health Policy and Systems Research website, Octubre 2013

La investigación-acción participativa (IAP) tiene diversas características cruciales.

En primer lugar, transforma el papel de aquellos que usualmente participan como los sujetos de la investigación y los involucra como investigadores activos y agentes del cambio. La investigación-acción participativa tiene como objetivo superar la separación entre sujeto y objeto. Aquellos afectados por el problema son la fuente primaria de información y los actores principales en la generación, validación y uso del conocimiento para la acción. El investigador es, por lo tanto, parte de la comunidad afectada, un facilitador de procesos de empoderamiento en ella o dirigida por ésta.

En segundo lugar, implica desarrollar, implementar y reflexionar sobre las acciones como parte del proceso de investigación y generación de conocimiento. La investigación-acción participativa busca entender y mejorar el mundo al cambiarlo, pero lo hace de manera que aquellos afectados por los problemas actúen y produzcan colectivamente el cambio como un medio para un conocimiento nuevo.

Fuente: Loewenson Laurell y Hogstedt (1994); Baum et al. (2006); Loewenson et al. (2011; Parte cinco, documento 1)

y recursos. Incluso en servicios sin fines de lucro existen diferencias de poder entre los trabajadores de salud y los usuarios. El desempoderamiento y la exclusión social son factores determinantes de la salud y pueden llevar a ciclos viciosos de atención inversa donde aquellos que más necesitan la atención de salud tienen menor acceso (WHO CSDH, 2008).

Al recolectar, analizar e interpretar evidencias, la investigación proporciona nuevo conocimiento que informa las vías y políticas para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud. La investigación es motivada por la contradicción, como la que existe entre la manera en que se entienden las cosas en la actualidad y cómo son realmente, entre lo que existe en la realidad y lo que es deseado o entre puntos de vista o análisis de la misma realidad divergentes.

La investigación en políticas y sistemas de salud, que será discutida en la sección 1.6, es una fuente de tales conocimientos nuevos. Se caracteriza, no por una metodología específica, sino por el tipo de problemas que aborda, por ejemplo, en la ejecución de servicios y en las funciones, intereses y valores de actores clave en la formulación de políticas y en los servicios.

El término “investigación participativa” se aplica a una amplia gama de procesos de investigación que se interpreta de distintas maneras por diferentes personas. El término se utiliza a veces para describir prácticas donde la participación de aquellos que se verán afectados es, en realidad, muy limitada. Este texto no abarca este amplio espectro de significados, más bien se enfoca en la investigación-acción participativa como se define en el cuadro que sigue y examina la forma en que se utiliza en las políticas y sistemas de salud.

La investigación-acción participativa reconoce la riqueza de los recursos que los miembros de la comunidad aportan a los procesos de conocer, crear conocimiento y actuar sobre ese conocimiento para lograr un cambio. En esta sección se discute cómo la investigación-acción participativa puede contribuir potencialmente a la política y sistemas de salud de las siguientes maneras:

- investigando y respondiendo preguntas que son importantes para las comunidades, que nos ayudan, además, a entender los determinantes sociales de la salud y la manera en la que los papeles y relaciones sociales afectan la comprensión y rendimiento de los sistemas de salud;
- fortaleciendo la comunicación y el respeto mutuo entre aquellos involucrados en los sistemas de salud, incluyendo aquellos de las comunidades más desfavorecidas y vulnerables;
- cerrando la brecha entre el conocimiento y la práctica al incorporar en los métodos de investigación la solución de problemas y la acción;

- aumentando la credibilidad de los resultados de la investigación mediante el apoyo a la capacidad, involucramiento y activismo de aquellos afectados directamente por los problemas de salud; y
- mejorando los sistemas de salud, por ejemplo, al detectar y actuar sobre los problemas de salud tempranamente; al organizar servicios de salud centrados en la gente y comunidades; y al fortalecer la rendición social de cuentas de los sistemas de salud.

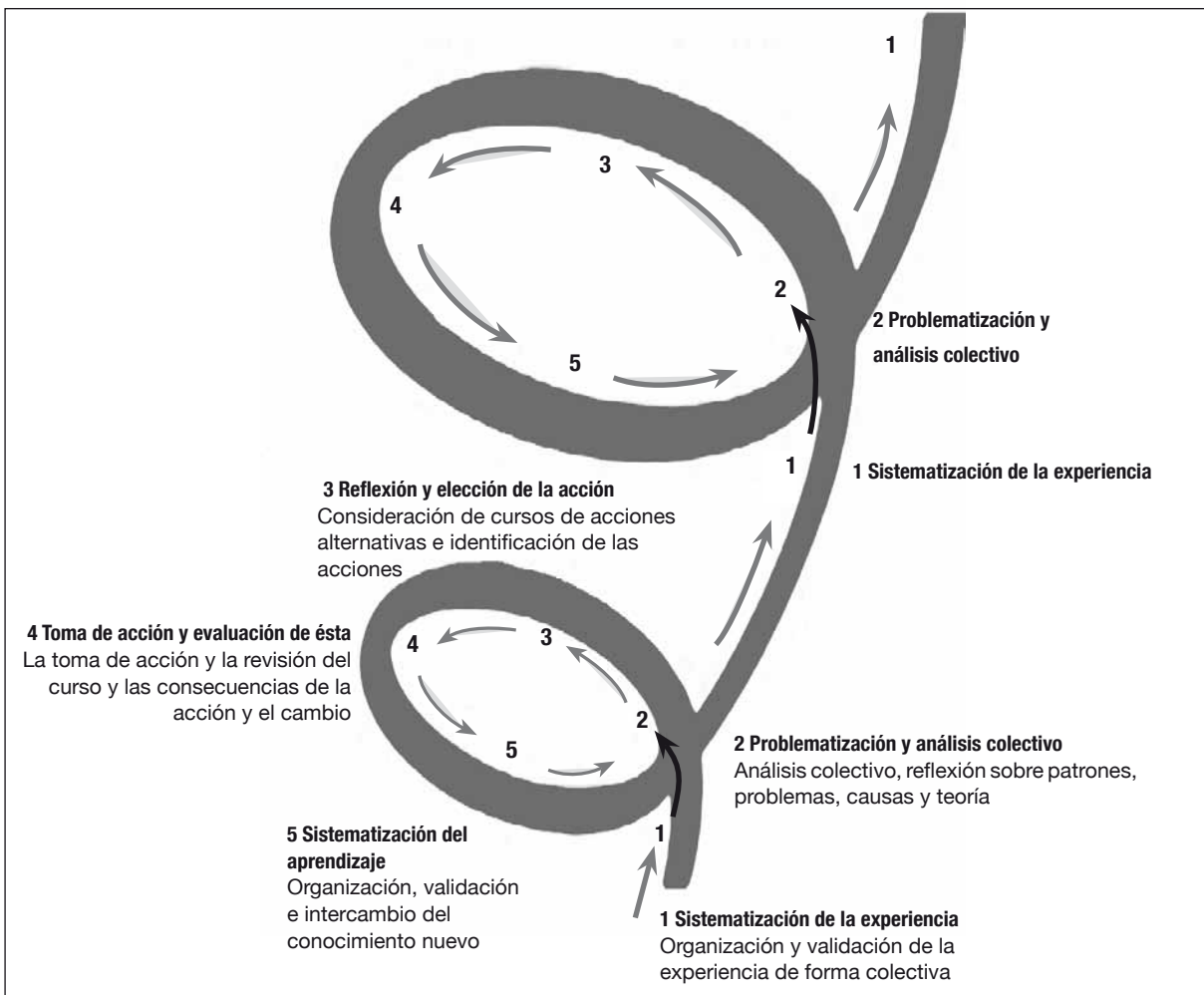
La comunidad es la unidad básica de la identidad, las soluciones y la práctica. “Comunidades” se entienden como grupos con intereses o cultura compartida en la investigación-acción participativa y, aunque a veces pueden localizarse de forma geográfica, no son simplemente grupos geográficos ni administrativos. Las personas que viven dentro de una localidad particular frecuentemente tienen diferentes condiciones económicas, intereses sociales, normas, experiencias y problemas, así como diferente acceso a los recursos.

En sociedades jerárquicas, las personas que han sido marginadas y desprovistas de poder pueden no ser visibles y fuerzas locales dentro de la comunidad pueden obstruir sus voces. En secciones posteriores se discute cómo la investigación-acción participativa

organiza sus métodos alrededor de grupos con intereses y experiencias más homogéneos. Se presenta a su vez la forma en que estos métodos abordan las diferencias o conflictos dentro de los diferentes grupos de interés de la misma área o grupo de personas. También planteamos la necesidad de medidas específicas y proactivas para alcanzar la inclusión de los más desfavorecidos.

Los métodos sistematizan la experiencia local y organizan el análisis colectivo y compartido de las relaciones entre los problemas y sus causas. El proceso de reflexión está directamente vinculado a la acción. Se influye por la comprensión de la historia, cultura y contexto local y se integra a las relaciones sociales. Al reflexionar sobre y analizar la experiencia, percepciones y acciones se genera nuevo aprendizaje y conocimiento. Como un primer paso, los que inician la investigación-acción participativa a menudo empiezan por obtener una visión de las comunidades y sus condiciones. Esto proporciona la información para respaldar la inclusión en el trabajo, para sistematizar la experiencia y para extraer las prioridades a atender. Después, en la repetición de los ciclos de trabajo dentro de la misma comunidad, nuevos problemas pueden surgir a partir de la reflexión sobre el aprendizaje de la acción.

FIGURA 1: El proceso cíclico y en espiral de la IAP



Fuente: Autores

La investigación-acción participativa se basa en el reconocimiento de que la experiencia práctica es una fuente importante de conocimiento que puede ser transformada en conocimiento científico a través de diferentes procedimientos para sistematizar y validar las experiencias. Este proceso se muestra en la Figura 1 y se discute a mayor detalle en la Parte dos.

El proceso de investigación-acción participativa es una sucesión de ciclos repetidos, donde la experiencia y el aprendizaje de la acción y la transformación de la realidad se convierten en el punto de partida para un nuevo ciclo de indagación colectiva y autorreflexiva, incorporando un conocimiento más extenso y pertinente de otras fuentes para informar el análisis y acción.

Evidencias cualitativas y cuantitativas

No es un problema si las evidencias son cualitativas o cuantitativas. Ambas formas pueden ser acumuladas de manera extractiva—siendo reunidas y apartadas para el análisis—o pueden ser recolectadas de formas más participativas. La investigación-acción participativa genera y organiza ambos tipos de pruebas para producir conocimiento, como se discute en la Parte dos.

Mientras que algunas personas consideran como menos científico al conocimiento de los métodos participativos, el rigor y la validez de investigación son tan importantes en la investigación-acción participativa como en cualquier otra, como se discute en la Parte tres. Sin embargo, difiere la forma en que esto se logra. Este trabajo utiliza enfoques colectivos para validar los datos y “amplía el ancho de banda de la validez” con respecto a la pertinencia investigativa (Minkler *et al.*, 2010). La investigación-acción participativa produce conocimiento para la comunidad científica y para la sociedad, estableciendo una dialéctica en la que ambos, los grupos sociales y la comunidad científica, tienen un papel en la producción y apropiación del conocimiento. La participación de grupos sociales y de trabajadores de salud en la producción de evidencias y el aprendizaje puede fortalecer la legitimidad de los resultados de una investigación (Loewenson *et al.*, 2011).

Estas características, el cambio en las relaciones sujeto-objeto y el papel de la reflexión sobre la experiencia y la acción como una fuente de conocimiento apuntan a otras dos características de la investigación-acción participativa.

Desplazando el conocimiento y el poder

La investigación-acción participativa apunta a un cambio del poder en la sociedad, ya que el control de la producción de conocimiento se desplaza hacia los afectados por los problemas. Asociado a esto, el conocimiento es producido por la acción, incluso desafiando la injusticia social.

Los métodos de investigación-acción participativa pueden afectar la ubicación del poder en todas las etapas del proceso de investigación. El proceso es sensible al contexto y desplaza el poder hacia los afectados por el problema en términos de la manera en que colectivamente conocen, problematizan, comprenden, actúan y transforman las condiciones que afectan a sus vidas. El proceso de investigación-acción participativa debe, por tanto, empoderar a la gente, dándoles un mayor control sobre sus vidas.

Al hacerlo, el diseño y el proceso de investigación-acción participativa proporciona un medio de impugnar los desequilibrios de poder y la transformación de sistemas e instituciones para producir una mayor justicia. Ésta es la justicia en términos de la oportunidad justa y el acceso a los recursos, el procedimiento justo y el reconocimiento o respeto. Esto corresponde al hecho de que las condiciones de injusticia no son naturales, sino que se producen socialmente y por tanto pueden ser impugnadas.

Se proponen formas emancipadoras de la investigación-acción participativa para expandir la agencia y el activismo sociales y para fomentar nuevos enfoques intelectuales. Estos enfoques permiten a la gente crear contra-narrativas a las caracterizaciones dominantes que los socavan a ellos o a su salud. Estas contra-narrativas facilitan el cambio sistemático e institucional y promueven la justicia social (Cammara y Fine, 2006). Es más probable que florezca cuando los grupos organizados demandan y crean las condiciones para este cambio en el control (Minkler, 2000 y 2005; Baum *et al.*, 2006).

La Parte tres discute los métodos para estas formas emancipadoras de la investigación-acción participativa y los problemas a considerar en sus aplicaciones.

El aumento de la práctica de la investigación participativa

Hay evidencias de que la práctica de la investigación participativa es cada vez mayor. La participación comunitaria es un principio básico de la investigación nacional esencial en salud que implica una asociación entre tres categorías de actores: creadores de políticas — tomadores de decisiones, investigadores y comunidades (Task Force on Health Research for Development Secretariat, 1991). Algunos países han incluido explícitamente el papel de las comunidades en la investigación en sus políticas nacionales (Australia National Health y Medical Research Council y Consumers Health Forum of Australia, 2001).

Tres revisiones sistemáticas, una revisión narrativa y dos bibliografías de los trabajos publicados sobre la participación del público en la investigación en salud en el Reino Unido y los EE.UU., entre 1995 y 2009, por ejemplo, encontraron 683 documentos,

entre ellos 417 artículos empíricos y 266 revisiones secundarias, en los que un enfoque de investigación participativa participación o investigación-acción fue dominante. Si bien la gama de lo que las revisiones denominaban "participación" era amplia, como se verá más adelante, las evidencias sugieren un incremento en la participación del público en la investigación, con el número de estudios empíricos sobrepasando consistentemente las revisiones de la literatura en 1998 (Boote, Wong y Booth, 2012).

La investigación-acción participativa se aplica en muchas áreas de salud y del funcionamiento de los sistemas de salud, desde la actuación sobre los determinantes y las desigualdades en la salud hasta la transformación de los servicios de salud y el mejoramiento en su alcance y accesibilidad. Presentamos muchos ejemplos del uso de este enfoque de investigación sobre los sistemas de salud a lo largo de guía. En algunos de éstos, la investigación-acción participativa es una forma utilitaria de acceder a las evidencias de las complejas dimensiones sociales de los sistemas de salud. Su valor yace en la producción de evidencias que de otra manera podrían estar ocultas o difíciles de obtener. Puesto que incluye intencionalmente la experiencia y la perspectiva de la gente marginada, puede fortalecer la comprensión de estos aspectos sociales sobre los sistemas de salud, creando una conexión entre los actores públicos y las fuerzas políticas y actores técnicos que dan forma a los sistemas, la práctica institucional y las políticas públicas.

Este enfoque también se ha utilizado de forma emancipadora basada en valores para perfilar explícitamente la agencia independiente y el poder social en los sistemas de salud. También proporciona un proceso para la construcción de conocimiento en sistemas de salud dentro de los cuales puede crecer el compromiso del público y la sociedad civil, el poder social y la ciudadanía activa. Hace esto en contextos de transformación socio-política o como desafío a las crecientes desigualdades sociales que surgen de la reducción de los presupuestos públicos y la contracción de servicios públicos (Fine, 2006; Kaim, 2013).

Otros procesos promueven el involucramiento social y el activismo en los sistemas de salud. Por ejemplo, las iniciativas dirigidas por la comunidad para la rendición de cuentas y transparencia pueden aumentar las exigencias sociales en cuanto a presupuestos, uso de recursos y la prestación de servicios. De aquí que, por ejemplo, las comunidades que monitorean los precios de los medicamentos o el uso de los fondos públicos en los servicios de salud locales abren estas áreas a un escrutinio público con mayor alcance y desafían prácticas que no responden a las necesidades en salud.

La investigación con base comunitaria puede capacitar e involucrar a las comunidades como investigadores para realizar encuestas cuantitativas y estudios

VER PARTE 5: DOCUMENTO 1

Loewenson et. al. (2011) dan ejemplos de investigación-acción participativa utilizada en diferentes dimensiones del funcionamiento de sistemas de salud y en diferentes regiones.

cualitativos. Si bien estos son procesos importantes en la implementación de la investigación-acción participativa, no son en sí mismos investigación-acción participativa. Pueden, por ejemplo, enfocarse en las fases posteriores de la gestión de los fondos públicos o de la prestación de servicios en relación a los compromisos asumidos, sin cuestionar la base de conocimiento establecida en esos compromisos o si la comunidad participó en formularlos (Gaventa y McGee, 2013). Las comunidades entrenadas para realizar la investigación se pueden posicionar como "investigadores" y mantener la misma diferenciación sujeto-objeto que hace la investigación más tradicional sin transformar el control sobre la generación de conocimiento. A pesar de que las iniciativas de rendición de cuentas y la investigación de base comunitaria pueden ser realizadas utilizando enfoques de la investigación-acción participativa, no significa que siempre lo hacen.

Esta guía de métodos brinda información sobre el paradigma, el proceso y los métodos para la investigación-acción participativa, mientras que señala que las comunidades a veces eligen estudios o monitoreo con enfoques tradicionales como parte de un proceso de investigación más general.

1.2 Raíces históricas y promotores

Existen diferentes perspectivas documentadas acerca de los orígenes de la investigación-acción participativa. Sin embargo, su aplicación en varias disciplinas, incluyendo las de la salud, agrícolas, ciencias políticas y ciencias sociales, apunta a raíces comunes al cuestionar y criticar los paradigmas dominantes para generar conocimiento (Laurell, 1984). Han surgido dos vertientes de la investigación-acción participativa. La primera es un enfoque pragmático o utilitario puesto en marcha en Europa y los Estados Unidos a mediados del siglo XX, siguiendo la línea de la investigación-acción. La otra es un modelo emancipatorio, influenciado por Paulo Freire y la pedagogía del oprimido de los años 1970s.

El enfoque pragmático fue motivado por la necesidad de un cambio. Involucrar a las comunidades era una manera de asegurar el cambio en áreas donde eran cruciales las percepciones y papeles de la comunidad. El acercamiento emancipatorio era motivado tanto ideológica como teóricamente, reconociendo y abordando más explícitamente las relaciones de poder, la conciencia y organización colectiva que influyen en la producción de un conocimiento nuevo y su uso para conseguir un cambio profundo (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994).

Investigación-acción

La escuela de la “investigación-acción” surgió de la obra del psicólogo social alemán, Kurt Lewin en los años de 1940s. El enfoque de Lewin incluyó a personas afectadas por un problema en un proceso cíclico de búsquedas de hechos, acción y evaluación. Lewin usó por primera vez el término “investigación-acción” en 1946 en un documento titulado “Investigación-acción y los problemas de las minorías”. En éste describió una espiral de pasos que incluyen planeación, acción y determinación de los hechos sobre el resultado de la acción. La investigación-acción adquirió resonancia conforme los métodos y las técnicas de investigación científica se volvieron más sofisticados y fueron percibidos como menos aplicables para resolver problemas prácticos y “reales” (Masters, 1995). La investigación-acción utilizó un acercamiento pragmático donde el conocimiento y la perspectiva sobre un sistema social u organizacional se obtenían actuando sobre ese sistema a través de ciclos sucesivos de definición del problema, planeación, acción y evaluación. Después de la Segunda Guerra Mundial, el trabajo de Lewin inspiró a estudiosos a aplicar la investigación-acción a problemas de violencia social, prejuicio e injusticia, tal como se había hecho en investigación de la Sociedad para el Estudio Psicológico de Temas Sociales (SPSSI en inglés).

Cammarota y Fine (2006) señalan, no obstante, que los científicos y psicólogos sociales se retiraron en la década de 1950 de la investigación-acción para el cambio social, buscando refugio en el laboratorio experimental como respuesta ante el macartismo y otras presiones. En los Estados Unidos, investigadores reavivaron el uso de métodos participativos en varias áreas de compromiso social, por ejemplo, en relación a los estereotipos en el lugar de trabajo, las pruebas de coeficiente intelectual, la pena de muerte, la acción afirmativa y otros desafíos a la injusticia social donde la investigación crítica en foros comunitarios proporcionaba sitios de activismo para el cambio (Cammarota y Fine, 2006).

A finales del siglo XX muchos epidemiólogos y profesionales de la salud pública se encontraban insatisfechos con el paradigma limitado de los factores de riesgo que hacía un énfasis excesivo en el riesgo individual y organizaba intervenciones con base en éste, excluyendo niveles organizacionales de riesgo. Esto llevó a llamadas a un estudio de la salud y enfermedad a nivel poblacional dentro de un contexto socio-político utilizando métodos de investigación cualitativos y participativos (Leung, Yen y Minkler, 2004; Breilh, 2011)

Investigación participativa basada en la comunidad

La investigación participativa basada en la comunidad se incrementó de esta manera en la salud pública, debido al reconocimiento del contexto social de las enfermedades y de la necesidad de integrar elementos de participación y acción, percibidos como ausentes en la investigación epidemiológica contemporánea. El trabajo de investigación participativa basada en la comunidad aumentó en todas las regiones globalmente y es extensamente documentado, de forma particular, en las investigaciones sobre políticas y sistemas de salud en los Estados Unidos. La investigación participativa basada en la comunidad reconoció a la comunidad como una unidad de identidad y buscó facilitar una asociación colaborativa con reparto de poder entre la comunidad y los investigadores en todas las fases de la investigación. Fomentó el co-aprendizaje sobre los múltiples determinantes de la salud. Mientras que la investigación participativa basada en la comunidad tenía como objetivo garantizar el rigor y la validez, también intentó “ampliar el ancho de banda de lo válido” con respecto a la relevancia de la investigación (Minkler *et al.*, 2012; Viswanathan *et al.*, 2004). La colaboración de las comunidades se incorporó al proceso de investigación, frecuentemente para resolver problemas locales o para generar conocimiento. A pesar de que se conservó la distinción entre el científico y el no-científico, ésta involucraba el respeto mutuo por las habilidades particulares que cada uno aportaba al proceso de investigación (Denis y Lomas, 2003). Si bien la investigación participativa basada en la comunidad era colaborativa e incluyente respecto a las comunidades, no transfería el control sobre la investigación a las comunidades involucradas.

Evaluación Rural Participativa Rápida

Al mismo tiempo, estaba surgiendo una segunda corriente. La evaluación rural rápida evolucionó en la década de 1970 como respuesta a las percepciones sesgadas que se derivaron de profesionales urbanos y a las limitaciones y al alto costo de cuestionarios de gran escala. Aunque la información seguía siendo suscitada y extraída por foráneos como parte del proceso de recopilación de datos, la evaluación rural rápida estaba arraigada en los contextos locales y el conocimiento producido se vinculaba a la retroalimentación y acción. Algunos investigadores desarrollaron formas más participativas de este enfoque, llamada evaluación rural participativa (ERP), con la idea de que las poblaciones locales pueden y deben realizar su propia evaluación y análisis. Las formas de diagramación y otros métodos fueron desarrollados y utilizados para desarrollar una mejor comprensión de la complejidad y diversidad de sistemas agrícolas y medios de subsistencia (Chambers, 1994).

Investigación-acción participativa

Una forma emancipatoria e independiente surgió, denominada investigación-acción participativa (IAP). A diferencia de la evaluación participativa y la rápida rural, nació de procesos sociopolíticos y estaba fuertemente vinculada a ellos, tales como el movimiento de Educación Popular en América Latina, Asia y África. Esta forma de investigación reconocía explícitamente la interrelación entre el conocimiento y el poder, y la manera como los diferentes actores se posicionan en el control de la producción del conocimiento y en su interpretación. Sus métodos diferían de sus precursores en este aspecto, pues se basaba en contextos y culturas locales. Por ejemplo, en muchas culturas tradicionales africanas, las decisiones que afectan la comunidad se toman colectivamente con procesos continuos de consulta y consenso en la misma lógica de los conceptos de “personalidad” y moral colectiva (Byrne y Sahay, 2007).

Al mismo tiempo, la investigación-acción participativa fue influenciada por las transformaciones en dichos contextos. Durante el Siglo XX, procesos masivos democráticos por la independencia y “liberación” dominaban la política en muchos países del sur. Comunidades excluidas de estos países, incluso después de la independencia política, se percibían a sí mismas como marginales a los procesos de producción y apropiación del conocimiento de la comunidad científica dominante. De igual forma, había una expectativa social de que el conocimiento debía desempeñar un papel en el desafío a la injusticia y la transformación de la sociedad.

En América Latina, el educador brasileño Paulo Freire estructuró más profundamente la exigencia de un conocimiento emancipatorio en los años de 1970s. Se involucró con las poblaciones marginadas de campesinos brasileños considerándolos colaboradores, investigadores y activistas. Las Comunidades Eclesiásticas de Base relacionadas con la teología de la liberación también fueron importantes. Freire creía fundamentalmente que cualquier transformación social significativa solamente se produciría junto a la gente común. La pedagogía de la educación popular fue diseñada para estimular que personas comunes desarrollaran las destrezas de alfabetismo e indagación para relacionarse con las estructuras de poder de manera más eficaz.

La investigación-acción participativa se desarrolló como la rama de investigación de este movimiento, entendiendo a la indagación crítica como herramienta para la transformación social. El supuesto era que, si el conocimiento es una fuente de poder en la sociedad, para lograr el cambio en un contexto colectivo se debe formar parte de los procesos de producción y distribución del conocimiento. Freire, Fals Borda y

otros académicos del Sur desarrollaron este enfoque como una contrapropuesta directa a la naturaleza frecuentemente “colonizadora” del conocimiento y la investigación, monopolizados por las universidades. Reconocieron los “diferentes grupos de interés y relaciones de poder” que vinculan a los investigadores académicos con las comunidades que estudian. Esta investigación-acción participativa emancipatoria obtuvo reconocimiento en América Latina durante la década de 1970s a través del Symposium of Cartagena on Critical Social Science Research en abril de 1977 (Morrow y Torres, 1995).

En la década de los 1970s, Freire y Hall apoyaron al gobierno de Tanzania en el diseño de su sistema educativo. Ahí, Hall con otros colegas extendió la investigación-acción participativa (Hall, 1997). Los académicos feministas y postcoloniales añadieron mayor riqueza conceptual a la investigación-acción participativa (Maguire, 1987), al igual que el movimiento de trabajadores italianos en su lucha por cambiar la sociedad y las condiciones laborales.

En la investigación-acción participativa sobre los problemas de salud en el trabajo durante los años de 1960s a 1980s en Italia, América Latina y el sur de África, y en los movimientos sindicales nacionales e internacionales, los trabajadores estudiaron su propio trabajo y salud como fuerza laboral organizada (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994). Según se informa, instrumentaron esta investigación para responder a las violaciones de sus derechos laborales en torno a su salud y seguridad, así como pugnar por el reconocimiento de los riesgos y problemas de salud en el trabajo en el conocimiento y legislación existentes. Se planteaban obtener mayor control sobre el proceso de trabajo y responder al descontento de los trabajadores respecto a las relaciones y condiciones laborales existentes (Oddone, 1977; Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994).

Estos estudios fomentaron en diferentes países la conciencia y la visibilidad social de los trabajadores y llevaron a un cambio legal e institucional. El “Modelo Obrero” utilizado en Italia se describe con mayor detalle como un ejemplo en la sección 2.3, *Recuadro 12*. Este modelo apoyó y surgió desde la insurgencia del movimiento obrero en el otoño de 1969. Su enfoque era los derechos de los trabajadores y exigía un mayor

VER PARTE 5: DOCUMENTOS 2 Y 3

Estos documentos muestran el uso de investigación-acción participativa en una región en diferentes periodos de tiempo.

Fals Borda (1987) la revisa y analiza en América Latina en un momento de expansión de desarrollo durante los años de 1970 y 1980.

Falabella (2002) discute el uso de este enfoque para facilitar y proporcionar un espacio para los procesos y conocimiento social bajo gobiernos militares en décadas posteriores.

control sobre la organización y condiciones de trabajo. Tal modelo desafió el poder dominante del capital sobre la organización del proceso laboral. Empezó en las grandes fábricas en el norte de Italia y se extendió a una variedad de centros de trabajo en todo el país (Laurell, 1984).

El proceso fue facilitado por el Estatuto de los Derechos de los Trabajadores de 1970 que garantizó a los trabajadores el derecho de intervenir en la fábrica para proteger su salud e integridad psicológica y física. Por ello, la salud se convirtió en una de las preocupaciones primordiales de los tres principales sindicatos que organizaron una conferencia nacional conjunta en 1972 sobre la “Protección de la salud en el lugar de trabajo”. Participaron miles de delegados, incluyendo consejos de fábrica, sindicatos y profesionales.

La “perspectiva genealógica” es un ejemplo de la evolución más reciente de la forma emancipatoria de la investigación-acción en Argentina, Brasil y otros países de América Latina. Esta perspectiva tiene como objetivo adaptarla a las sociedades post-totalitarias y, particularmente para apoyar la transformación de instituciones (Faria de Aguiar y Lopes da Rocha, 2007). Bajo la influencia de los filósofos Foucault, Deleuze y Guattari y de los socio-analistas, tal perspectiva aplica la investigación-acción participativa para desencadenar intervenciones colectivas y producir la micropolítica de la transformación social.

Retoma la crítica de los años 1960s y 1970s que señala que la investigación-acción participativa no reconoce plenamente que la conciencia, en cuanto producto de la sociedad, se encuentra en cambio constante. Tendía a enfatizar la clase y la conciencia de clase, sin tomar en cuenta otras formas de poder e intereses. Así, la perspectiva genealógica reconoce que el conocimiento se produce en las prácticas cotidianas y se centra en el nivel micro. La investigación-acción participativa entonces se usa para problematizar las cambiantes relaciones de poder e intereses sociales en el contexto de luchas locales específicas. Vincula la experiencia con la teoría con el objetivo de transformar las relaciones de poder en un nivel micro. Al igual que la investigación-acción, sitúa al conocimiento como un producto de la acción. En este caso, sin embargo, la acción transforma explícitamente las relaciones sociales, instituciones y sistemas. Las acciones que transforman prácticas cotidianas, como un primer paso en la Figura 1, combinan la experiencia que se utiliza para exponer, reflexionar y construir conocimiento sobre los intereses y relaciones de poder imperantes. El conocimiento que de allí se deriva se convierte en el punto de partida de un nuevo ciclo de transformación más profunda y continua. Los sujetos de la investigación son aquellos que participan en una determinada práctica y ellos

también cambian como resultado de la reflexión y el conocimiento obtenido en el proceso.

A nivel institucional, las propuestas de democracia participativa a través de la cooperación y el autogobierno interactúan con esta forma de investigación para debilitar jerarquías burocráticas y reducir la división entre las disciplinas que fragmentan la vida cotidiana. Al hacerlo, esta práctica busca transformar las instituciones existentes mediante la acción local y estructurar nuevas prácticas igualitarias y nuevas relaciones entre las personas y en diferentes niveles de las instituciones que tienen un impacto en la salud (Faria de Aguiar y Lopes da Rocha, 2007).

Aunque ambas corrientes (por un lado la investigación-acción, la evaluación rural participativa y la investigación participativa basada en la comunidad y, por otro, la investigación-acción participativa) han buscado un conocimiento que es participativo, orientado a la acción y que provoca cambio, cada una tiene diferente posición respecto a la naturaleza de la producción de conocimiento.

La investigación-acción utilitaria y la investigación participativa basada en la comunidad argumentaba que el paradigma científico dominante (donde el conocimiento se produce por medio de la reducción de la realidad a una serie de problemas aislados) limita nuestra comprensión de las relaciones entre los procesos. No considera la complejidad de estas relaciones y refuerza una visión parcial de los fenómenos. Excluye particularmente el conocimiento no inmediatamente cuantificable. A pesar de que esta aproximación no cambió los supuestos básicos de la generación de conocimiento, identificó la necesidad de que las comunidades afectadas se involucren en la superación de estos problemas. Por ejemplo, las comunidades podrían contribuir a:

- estudiar con eficacia los factores subjetivos en los sistemas de salud;
- medir los determinantes y el impacto sin tecnología de alto costo o habilidades;
- incrementar las capacidades y el involucramiento de aquellos afectados directamente; e
- incrementar el potencial de acción basada en los hallazgos de la investigación.

El grado de participación y control de aquellos sufriendo el problema varió y la interacción con el investigador se determinó por esa variación (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994).

La investigación-acción participativa emancipatoria generó un modelo diferente para producir conocimiento. Este modelo reconoció que la producción de conocimiento reflejaba y reforzaba relaciones de poder existentes y que el conflicto sobre el conocimiento expresaba relaciones

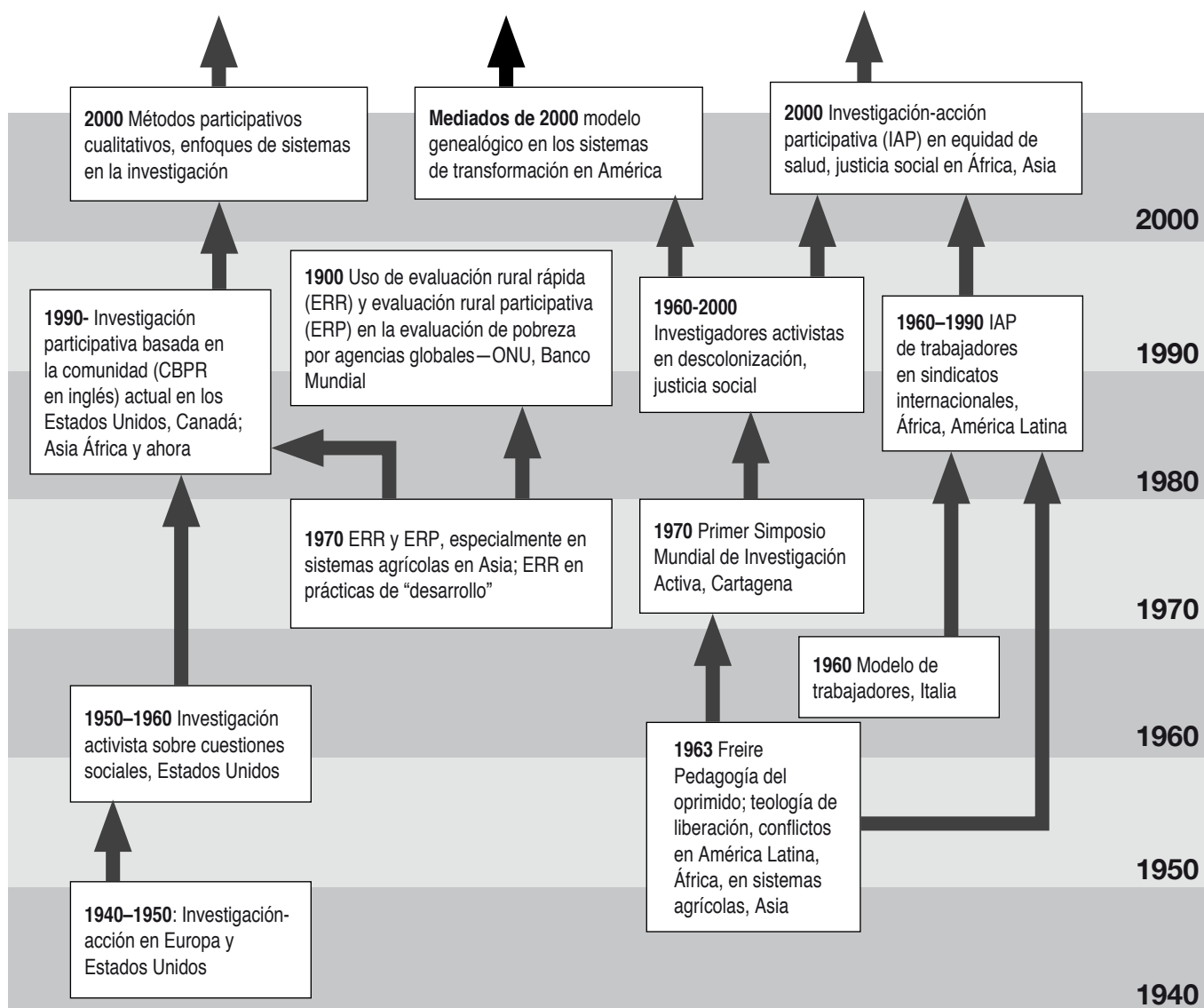
sociales y de poder. En varias formas, discutidas posteriormente, este paradigma investigativo afirma el principio de “no delegación” al analizar la realidad. Utiliza métodos para compartir, analizar y validar experiencia colectivamente dentro de grupos sociales directamente afectados por los problemas investigados para construir el conocimiento nuevo. Esto desafió al “conocimiento especializado” que se había inclinado a descartar, marginar o incluso suprimir la experiencia de la mayoría. Evolucionó hasta convertirse en una manera de organizar el conocimiento de la gente común, siendo el investigador sólo facilitador de este proceso.

Con el tiempo, la expansión de la globalización disminuyó la circunscripción geográfica de los factores estructurales y los determinantes sociales, que afectan la salud y el acceso a los servicios de salud dentro y entre los países. Asimismo, disminuyeron los niveles de impugnación social de estos

determinantes. Las limitaciones del pensamiento positivista para entender las causas sociales de la enfermedad y las normas, mecanismos y contextos sociales se han vuelto más evidentes y han inspirado nuevos enfoques críticos, métodos de investigación e instrumento innovadores en los sistemas de salud (Breilh, 1979; Krieger, 2001; WHO CSDH, 2008; Navarro, 2009; Rifkin, 2009).

Esta sección ha descrito cómo es que incluso dentro de diferentes formas de investigación participativa, existen tensiones inherentes sobre el modelo de producción de conocimiento, la motivación por la investigación—sea instrumental o emancipatoria—y la relación investigador-comunidad/practicante. El resto de la Parte uno explora más detalladamente estos debates sobre el conocimiento y sobre las relaciones en la investigación colaborativa, para comprender mejor estas tensiones y la forma en la que afectan los métodos y procesos

Figura 2 Breve cronología histórica de las principales corrientes y enfoques de investigación participativa



Fuente: Autores del texto. Se aprecian las múltiples conexiones, procesos y vínculos que existen. La figura sólo muestra los acontecimientos y características principales presentados en esta sección como indicaciones de las diversas corrientes de desarrollo de la investigación participativa y formas clave de investigación participativa

1.3 La naturaleza del conocimiento y su producción

La sección previa esquematiza el desarrollo de diferentes formas de investigación y acción participativa que han emergido en diferentes contextos socio-políticos. Esta sección explora la manera en la que estos métodos de investigación también han sido inspirados por la discusión sobre la naturaleza y producción del conocimiento.

Guba y Lincoln (1994) identifican tres áreas de cuestionamiento sobre la naturaleza de la realidad y el conocimiento, cuyas respuestas permiten definir paradigmas amplios de indagación:

- Cuestiones ontológicas *¿Qué es la realidad? ¿Cuál es la forma y naturaleza de la realidad?*
- Cuestiones epistemológicas *¿Qué es el conocimiento? ¿Qué se puede conocer de la realidad?*
- Cuestiones metodológicas *¿Cómo se puede producir conocimiento sobre la realidad? ¿Cómo puede una persona en búsqueda del conocimiento saber si lo que cree puede ser conocido.*

Positivismo y post-positivismo

El positivismo es un paradigma de investigación que ha dominado las ciencias naturales y sociales por cuatro siglos. De acuerdo con esta perspectiva, existe una sola realidad observable. El conocimiento se puede derivar de esta realidad utilizando medidas imparciales que se encuentren libres de influencia contextual o subjetiva (Guba y Lincoln, 1994; Lincoln, Lynham y Guba, 2011). El investigador es retratado como alguien que se encuentra tras un espejo unidireccional, observando y registrando objetivamente los fenómenos naturales tal y como éstos ocurren. De acuerdo a la visión positivista del mundo, la realidad es independiente de la manera en que ésta se experimenta (Guba y Lincoln, 1994). El ‘método científico’ es la única fuente de conocimiento reconocida (Leung, Yen y Minkler, 2004). El conocimiento es neutral y se produce por un investigador “desinteresado” (Carr y Kemmis, 2003:73).

En décadas recientes, una perspectiva post-positivista ha emergido, la cual—a pesar de que no contesta los supuestos básicos anteriores—adopta una posición en la que la realidad, aunque es objetiva, solamente puede ser percibida imperfecta y probabilísticamente. Esta perspectiva reconoce que las evidencias subjetivas son necesarias para construir una comprensión de la realidad más holística que involucra una multiplicidad de factores y fuerzas. El investigador, no obstante,

sigue siendo posicionado como objetivo y neutral, buscando poner a prueba las hipótesis.

En particular, los científicos sociales han reconocido crecientemente las limitaciones de los paradigmas positivistas y post-positivistas. Los académicos han observado que, en virtud de sus elecciones de temas, escenarios y métodos, los investigadores imponen juicios de valor a la investigación y, por extensión, en el conocimiento generado de la investigación (Krieger, 1994; Pearce, 1996; Susser y Susser, 1996; Schwartz *et al.*, 1999; Heron y Reason, 1997; Lincoln, Lynham y Guba, 2011). En la mecánica cuántica, el principio de incertidumbre de Heisenberg y el principio de complementariedad de Bohr afirman que el acto de observación influencia los fenómenos que están siendo observados.

Estas observaciones dan pie a cuestionamientos sobre la neutralidad propuesta por la concepción positivista e implican que los hechos son hechos sólo dentro de cierto marco teórico. Si teorías diferentes pueden ser igualmente respaldadas por el mismo conjunto de “hechos”, entonces el conocimiento puede ser considerado como un resultado de la interacción entre el investigador y la realidad observada (Lincoln, Lynham y Guba, 2011)

Conocimiento y subjetividad

Este entendimiento ha llevado a paradigmas de indagación que consideran al conocimiento como algo plural, relativo y subjetivo. Paradigmas tales como la teoría crítica y el constructivismo, por ejemplo, sostienen que la realidad es un producto, en constante cambio, de procesos sociales y que el acceso a la realidad ocurre a través de construcciones sociales, tales como el lenguaje y el significado compartido (Napolitano y Jones, 2006). De acuerdo a estas perspectivas, el análisis no es ni objetivo ni de conocimiento neutro. Aquí, el conocimiento es “subjetivo, delimitado por el contexto, normativo y, en grado importante, siempre político” (Carr y Kemmis, 2003: 73)

Al identificar la naturaleza y producción del conocimiento como resultado de relaciones sociales, la investigación-acción participativa aprovecha y desarrolla la teoría crítica y el constructivismo. En la investigación-acción participativa, el conocimiento se construye desde la comparación colectiva de la experiencia subjetiva de la realidad por grupos de personas expuestos constantemente a la realidad, que actúan sobre ella y/o la viven de primera mano.

En cuanto la información proviene de la experiencia vivida (vivencia) y la acción, y que es validada colectivamente, constituye la medida de la realidad (Fals Borda, 1987:332: *Parte cinco, documento 2*; Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994).

La *no delegación* es central para la investigación-acción participativa. Al delegar a otro “experto” y/o a otros sistemas de referencias técnicas se arriesga perder las experiencias vividas y compartidas (Mistiti *et al.*, 1985). Además, actuar sobre la misma realidad se convierte en una manera importante de construir conocimiento nuevo. La praxis es el proceso de ciclos de acción y reflexión repetidos que construyen conocimiento nuevo y que se desplazan de la solución de problemas prácticos hacia una transformación social más fundamental (Fals Borda, 1979; Rahman, 2008).

Diferentes paradigmas de indagación tienen implicaciones para la democratización del conocimiento, para los derechos de las personas de aumentar el acervo de conocimiento como parte de sus demandas en función de ciudadanos y para el uso del conocimiento para reforzar los intereses, el poder y la posición social (Cammarota y Fine 2006; Breilh, 2011).

Paradigma participativo

En su propio derecho, la indagación participativa surgió como un paradigma propio (Lincoln, Lynham y Guba, 2011). El paradigma participativo afirma que la gente no puede ser movilizada por una conciencia y un conocimiento que no sea suyo y que “la concientización endógena y la generación de conocimiento” es un proceso que “adquiere el poder social al afirmarse

vis-à-vis la conciencia y el conocimiento elitista” (Rahman, 1985: 119). En la perspectiva genealógica, mencionada anteriormente, esta (auto)conciencia dice ser un producto en cambio constante de la sociedad, y es transformado por las prácticas cotidianas y por las acciones tomadas para transformar la realidad (Faria de Aguilar y Lopes da Rocha, 2007).

El Cuadro 1 resume los diferentes supuestos y paradigmas utilizados al generar conocimiento, relacionándolos a las tres zonas de interrogación anteriormente planteadas sobre qué es real, qué es conocido y cómo generar conocimiento.

La investigación-acción participativa considera que la acción y la reflexión deben de ir juntas. La praxis no puede dividirse en una etapa previa de reflexión y una etapa de acción subsecuente. Cuando la acción y la reflexión suceden al mismo tiempo, se vuelven creativas y se esclarecen mutuamente.

A través de la praxis, la conciencia crítica se desarrolla, llevando a acción adicional por medio de la cual la gente deja de ver su situación como una “densa y espesa realidad o un callejón sin salida” y en cambio se ve como “una realidad histórica susceptible a ser transformada” Este poder transformador es central para la investigación-acción participativa (Baum *et al.*, 2006:856).

Cuadro 1: Características de los paradigmas de indagación

	Positivismo	Post-positivismo	Teoría Crítica	Constructivismo	Participativa
Ontology ¿Qué es real?	Existe una realidad única y observable y puede ser aprehendida	Realismo crítico: la realidad existe pero sólo puede ser aprehendida de manera imperfecta y probabilística.	Realismo histórico: la realidad es moldeada por valores sociales, políticos, económicos y de género. Se esclarece con el transcurrir del tiempo.	Relativismo: existen realidades locales co-construidas por la sociedad.	Realidad participativa: la realidad es subjetiva y co-creada. Puede ser aprehendida a través de la experiencia subjetiva y la acción.
Epistemología ¿Qué es el conocimiento? ¿Qué se puede conocer de la realidad?	Objetivista: el conocimiento de la realidad es posible a través de la observación neutral e imparcial.	Objetivista: lo mismo que para los positivistas, pero las percepciones comunitarias se necesitan para un entendimiento holístico.	Transaccional / subjetivista: el conocimiento es subjetivo, mediado por valores y específico a su contexto.	Transaccional / subjetivista: el conocimiento es construido socialmente.	Subjetividad crítica: la experiencia compartida, el análisis participativo y la acción se utilizan para edificar el conocimiento construido socialmente y autoconciencia de la realidad como susceptible a la transformación.
Metodología ¿Cómo puede ser producido el conocimiento sobre la realidad?	Experimental: por medio de la observación y métodos para la verificación de hipótesis.	Experimental modificado: métodos para falsear las hipótesis.	Dialógico / dialéctico: a través de la integración de significados subjetivos.	Hermenéutico / dialéctico: a través del significado compartido y la construcción social.	Participación política: en la acción colaborativa e investigativa; primacía de lo práctico; fundamentado en la experiencia compartida.

Fuente: Adaptado por los autores de Heron y Reason (1997); Guba y Lincoln (2005) y Lincoln *et al* (2011)

Sistemas de conocimiento popular

Los sistemas de conocimiento popular reflejan estas luchas respecto al propósito, la producción y el uso del conocimiento. Foucault señala que los sistemas de conocimiento popular se encuentran arraigados a las comunidades locales y son específicos a éstas.

Lo que llamaría conocimiento popular... dista mucho de ser un conocimiento general de sentido común, sino, por el contrario, es un conocimiento particular, local, regional ... que únicamente debe su fuerza a la firmeza con la que se opone a todo lo que lo rodea—que es a través de la reaparición de este conocimiento, de estos conocimientos populares locales (sic), estos conocimientos descalificados, que la crítica lleva a cabo su trabajo (Foucault, 1977: 82).

Los sistemas de conocimiento popular se han documentado a lo largo de la historia: en los sistemas de salud tradicionales, en el conocimiento para la supervivencia básica y en las percepciones colectivas de grupos marginados (Tandon, 1981; Fals Borda, 1987: *Parte cinco, documento 2*; Cammarota y Fine, 2006). Tal conocimiento popular frecuentemente se ha descalificado y subyugado, utilizándose el control de la élite sobre el conocimiento para mantener el status quo dominante ante la presión por la transformación social (Tandon, 1981):

*... los grupos oprimidos son conservados en su posición social desfavorable al convertirlos en receptores pasivos de la “realidad social” creada por los miembros dominantes de la sociedad (Estacio y Marks, 2010: 549: *Parte cinco, documento 4*).*

No obstante, el conocimiento construido a partir de la experiencia y acción compartida no siempre es local o marginada. Los grupos subordinados acumulan conocimiento que en ciertos momentos históricos pueden tener un impacto en el cambio más general de la sociedad y los sistemas. Como se enfatiza en la segunda sección de este capítulo, las luchas y el cambio social han aumentado el reconocimiento y uso del conocimiento popular. De ahí que, por ejemplo, trabajadores fabriles han organizado el conocimiento de su experiencia para aumentar el reconocimiento

de nuevas enfermedades ocupacionales (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994) y los movimientos sociales de las personas que viven con el VIH han contribuido a exponer evidencias y nuevas perspectivas respecto al acceso equitativo a los medicamentos (Buse y Hawkes, 2013). Esta lucha por el conocimiento y su propósito para la acción (como el saber práctico) y la transformación “al servicio del florecimiento humano” es fundamental para los métodos participativos (Heron y Reason, 1997:274).

En resumen, la investigación-acción participativa ve como el objetivo de la indagación no sólo explicar o predecir sino también entender y transformar la realidad. Freire identificó que tal reflexión y acción eran necesarias para la emancipación de estructuras sociales opresoras (Freire, 1970), mientras que Tandon (1981) identificó al conocimiento participativo como “la base de poder y control más importante” (Tandon, 1981:23).

Mientras que en paradigmas positivistas los valores son descalificados, en la investigación-acción participativa éstos son inseparables. El investigador positivista es un observador objetivo que interpreta la experiencia subjetiva como parcial y hace un esfuerzo para crear relaciones neutrales sujeto-objeto. En la investigación-acción participativa, el sujeto de la investigación es al mismo tiempo el investigador, construyendo conocimiento de la experiencia compartida directa, involucrándose en la acción auto-reflexiva y buscando conocimiento para transformar.

1.4 Los investigadores

La posición de investigadores y aquellos involucrados en las realidades estudiadas se encuentra en el centro de la investigación-acción participativa, tal y como se elaboró anteriormente en la sección 1.3. Los métodos para esto son discutidos en la Parte dos. En esta sección se delinean las implicaciones para el “investigador” en este enfoque de investigación.

Los investigadores y las comunidades tradicionalmente se ven como divergentes en cuanto a sus intereses en la producción de conocimiento. Se posiciona a las comunidades como interesadas en resolver problemas particulares más prácticos y a los investigadores académicos como expertos con “conocimiento científico”. Esta visión lleva consigo un desequilibrio implícito en las relaciones de poder y recursos. Las prácticas académicas pueden silenciar la voz de la comunidad y los recursos ofrecidos pueden guiar, de manera abierta u oculta, las prioridades de las comunidades en cuanto al nuevo conocimiento.

Los investigadores informan sus hallazgos en publicaciones académicas. Utilizan un lenguaje técnico, no involucran a las comunidades afectadas y

VER PARTE 5, DOCUMENTO 4

Estacio y Marks (2010) trabajaron con una pequeña comunidad indígena en las Filipinas para generar conocimiento basado en la comunidad para provocar e informar la acción social. El documento describe el conflicto sobre el conocimiento indígena, y los riesgos para las comunidades en términos de la hostilidad y agresión que enfrentan en el proceso.

así mantienen control sobre el conocimiento publicado (Leung, Yen y Minkler 2004). Los investigadores interpretan las razones de sus hallazgos en las secciones de discusión de sus trabajos lo cual, se podría decir, privilegia sus propias perspectivas y limita la validez externa de sus conclusiones (Young y Wharf Higgins, 2010). Es puesta en duda la perspectiva de que solamente un investigador neutral y objetivo es capaz de aprehender la realidad, como se señaló anteriormente. Los propios investigadores son vistos como portadores de teorías y valores que afectan su interpretación de los hechos, como se demuestra, por ejemplo, en la *Recuadro 1* a continuación.

Relaciones con comunidades

El espectro de relaciones entre los investigadores y las comunidades se describe en el *Cuadro 2*.

En la investigación-acción y algunas formas de investigación participativa basada en la comunidad, las relaciones son de colaboración, con aportaciones y la

acción de las comunidades. Sin embargo, el proceso sigue organizado (y controlado) por el investigador. En esta situación, la relación de investigación se basa en un mutuo interés y cooperación en el proceso (Mergler, 1987). Para el investigador, la colaboración es un elemento necesario de la acumulación de conocimiento. En la investigación-acción solamente se puede acumular conocimiento con consecuencias prácticas tangibles a través de la incorporación del investigador al contexto que estudia (Denis y Lomas, 2003). Aunque se conserva la distinción entre el científico y el no-científico, existe respeto mutuo por las destrezas distintivas que cada uno introduce al proceso de investigación. El investigador puede involucrar a las comunidades en la elaboración de la agenda, la revisión de las herramientas, las evidencias e informes, pero a menudo mantiene el control de la interpretación y análisis de los hallazgos.

Las relaciones son diferentes en las formas emancipadoras de la investigación-acción participativa y en algunas formas de investigación participativa



Recuadro 1: Como la ideología sesga la receptividad a la información

Psicólogos han demostrado destacadamente cómo nuestros valores subjetivos sesgan nuestra reacción a descubrimientos de investigación.

Lord, Ross y Lepper (1979) realizaron un estudio a un grupo de universitarios para evaluar la fuerza de su oposición o apoyo a la pena de muerte. Los dos grupos que tuvieron mayor convicción fueron utilizados como muestra.

Los resultados de la investigación acerca de la pena de muerte fueron presentados a los estudiantes. La mitad de cada grupo escuchó una investigación que apoyaba su ideología previa, mientras que la otra mitad escuchó la que la contradecía. Los investigadores entonces evaluaron el impacto que tuvo sobre las posturas de los estudiantes respecto a la pena de muerte.

Después de esto los investigadores presentaron a los estudiantes los métodos utilizados para llegar a los resultados. Una vez más, se evaluó la fuerza de oposición o apoyo de los estudiantes a la pena de muerte.

Quizás predeciblemente, cuando eran confrontados con resultados favorables a su ideología inicial, los estudiantes aceptaban los resultados y la investigación sirvieron para fortalecer sus perspectivas preconcebidas. La presentación subsecuente de cada método del estudio tenía impacto adicional limitado.

En contraste, los estudiantes a los que se les presentaban resultados contrarios a su ideología cambiaban su perspectiva sólo de manera mínima o no lo hacían. La crítica a los métodos era utilizada como la "excusa" para rechazar la investigación contraria a su ideología inicial.

En un giro en el diseño del estudio para controlar la calidad de cada uno de estos, los experimentadores reconstruyeron cada reporte de investigación para que la mitad de las veces tuviera los métodos originales pero la otra mitad tuviera los métodos empleados en un estudio opuesto.

Los estudiantes no discriminaron con base en el uso de métodos para rechazar resultados "incómodos" de la investigación. Los métodos utilizados recientemente en estudios, aceptados por su valor confirmativo, fueron ahora utilizados para rechazar los descubrimientos contrarios.

Como Marmot (1986) ha señalado:

Quando los hechos chocan con las teorías, los científicos son más partidarios por descartar o soslayar los hechos que la teoría.

Fuente: Lord, Ross y Lepper (1979)

Cuadro 2: El continuo de participación

Función	Participación complaciente	Consultas dirigidas	Consultas mutuas	Co-investigación	AP Emancipadora
Investigadores Profesionales	Proporcionan a la comunidad información balanceada sobre los objetivos y el proceso de la investigación. Reclutan sujetos conforme el diseño del proyecto. Los investigadores están en control completo de la investigación.	Consultan con miembros de la comunidad sobre tareas identificadas en la investigación para aprovechar sus perspectivas únicas. El aporte se limita a tareas específicas. Los investigadores tienen control completo del estudio.	Desarrollan una asociación a largo plazo con los miembros de la comunidad que ofrece un entendimiento holístico sobre el proyecto y sus objetivos. Los aportes no se encuentran restringidos a temas, preocupaciones o tareas específicas. Los investigadores conservan el control sobre el estudio	Desarrollan asociaciones igualitarias con los miembros de la comunidad que equilibran el poder en la toma de decisiones entre investigadores y miembros de la comunidad. Trabajan colaborativamente para tomar decisiones de investigación, incluyendo los objetivos, el alcance, diseño y usos de la investigación.	Personas externas a la comunidad se involucran en IAP como facilitadores y tienen el compromiso y las competencias para facilitar el diálogo social. Pueden también actuar como voces secundarias para esclarecer la teoría desarrollada por miembros de la comunidad.
Miembros de la comunidad	Consienten voluntariamente para participar como "sujetos".	Proporcionan asesoramiento sobre cuestiones identificadas por el investigador o basadas en la tarea sobre su propio conocimiento y experiencias.	Desarrollan una relación a largo plazo en la cual miembros de la comunidad se involucran en una comunicación prolongada con los investigadores sobre el proyecto. El proyecto se entiende de manera holística, por lo tanto, la aportación puede moldear directamente cualquier aspecto del estudio, incluyendo sus propósitos y aplicaciones.	Desarrollan asociaciones igualitarias con miembros de la comunidad que equilibran el poder en la toma de decisiones entre investigadores y miembros de la comunidad. Permanecen involucrados en la investigación y se hacen responsables de tomar decisiones colaborativas sobre la investigación.	El principio de no delegación implica que los miembros de la comunidad son los investigadores. La investigación considera qué grupos sociales están involucrados, con qué experiencia compartida, intereses y posibilidades de actuar como grupo.

Fuente: Adaptado por autores de Chung y Lounsbury (2006)

basada en la comunidad que desplazan de forma más importante el control sobre el conocimiento a las comunidades. El principio de la no delegación en la indagación, que se discute en la Parte dos, implica que las mismas comunidades involucradas son investigadores por medio de su propia indagación colectiva. En esta situación, investigadores externos a la comunidad que comparten los valores pueden jugar un papel facilitador en el proceso. Tales investigadores necesitan tener un entendimiento explícito de las dinámicas de poder en el conflicto sobre el conocimiento y su propia posición en él. Este análisis de la sociedad y el poder social se discute con más detalle en la siguiente sección, particularmente en relación a los sistemas de salud.

El papel del investigador es facilitar los métodos y procesos organizados que permiten a aquellos involucrados de forma directa compartir, analizar y validar su experiencia colectivamente. Esto significa que la reflexión, la interpretación y el conocimiento generados se mantienen dentro de la comunidad en el proceso. Los participantes toman posesión equitativa de

la pregunta y proceso de la investigación, haciendo que los resultados de ésta sean accesibles, comprensibles y relevantes a sus necesidades e intereses específicos (Leung, Yen y Minkler, 2004).

Competencias y desafíos

La participación exige tiempo, un contexto propicio y habilidades de comunicación para que el entendimiento necesario y la confianza mutua se desarrolle entre los investigadores y las comunidades. Los investigadores externos a la comunidad pueden enfrentarse con un reto al interactuar con las relaciones de poder y ceder la iniciativa a la comunidad (Denis y Lomas, 2003). Nathan, Stephenson y Braithwaite (2014) observaron en el trabajo en Australia que incluso dentro de las comunidades que forman parte del trabajo participativo hay luchas por la legitimidad y el cambio. Las comunidades pueden no lograr obtener control sobre los procesos o pueden perder dicho control, mientras que los investigadores activistas pueden dirigir a las comunidades hacia su propia ideología (Oslender, 2013).

Investigadores en la investigación-acción participativa, por tanto, necesitan ser responsables de su papel y de las prácticas éticas que demanda el carácter único de este enfoque (discutido en la sección 3.1). Si se utiliza un marco de derechos, los investigadores son miembros de la comunidad con derechos pero al mismo tiempo tienen la obligación de garantizar la práctica ética y el desplazamiento del control. El *Recuadro 2* muestra ejemplos de las herramientas utilizadas para crear conciencia de las relaciones de poder en la investigación y para demostrar cómo interactuar con ellas.

Al mismo tiempo, el proceso de transferencia del poder y control de los investigadores hacia los participantes puede ser desafiante. Los grupos sociales que han sido oprimidos y marginados pueden tener problemas de baja autoestima e impotencia aprendida. Esto puede impactar su motivación para participar en la investigación, especialmente de los más marginados y con mayor necesidad (Rosenthal, 2010; Othieno *et al.*, 2009: *Parte cinco, documento 5*). Esto desemboca en la **paradoja de proximidad** discutida en la Parte tres, donde los grupos más vulnerables son los menos accesibles e involucrados en los procesos que generan nuevo conocimiento (Ritchie *et al.*, 2013).

Además de las habilidades usuales en el reconocimiento del campo y el manejo y organización de la investigación, los facilitadores e investigadores que utilizan esta aproximación necesitan tener competencias interpersonales y sociales firmes, incluyendo:

- la capacidad de adoptar una posición relacional de respeto mutuo;
- el respeto por diferentes formas de conocimiento, capacidad y recursos (y la habilidad de aprovecharlos);

- el compromiso de comprender las realidades sociales;
- la sensibilidad a la diversidad de sistemas de valores y afirmación de la cultura de la comunidad;
- la capacidad de reflexionar críticamente sobre la experiencia de investigación;
- la capacidad de contribuir a las reflexiones grupales;
- la habilidad de interactuar por medio de diálogo frecuente, honesto y productivo;
- las facultades para escuchar y reportar información;
- la habilidad de usar facultades de comunicación interpersonal en beneficio de otros; y
- la integridad y confiabilidad, inteligencia emocional y humildad (Loewenson *et al.*, 2006).

Los investigadores involucrados en la investigación-acción participativa también se enfrentan a dificultades entre las cuales se encuentran:

- entender y manejar la diversidad cultural y desconfianza, las dinámicas de poder, la memoria colectiva de opresión y otros patrones sociales que influyen, algunas veces de forma negativa, la participación social y la interacción colectiva en dicha investigación;
- aceptar la negativa de las comunidades a participar que puede en un corto plazo llevar al fracaso y a la frustración (Oslender, 2013);
- interactuar con las experiencias y realidades sociales de las comunidades que sean diferentes a las propias aunque compartan valores (para facilitadores externos a la comunidad);
- trabajar con los procesos de conocimiento indígena, comúnmente locales y orales;



Recuadro 2: Herramientas para interactuar con las relaciones de poder en la investigación

Se han desarrollado diversos recursos para ayudar a los investigadores a entender e interactuar con las relaciones de poder en la investigación.

La lista de control de “privilegios de los blancos” desarrollada por Peggy McIntosh (<http://crc-global.org/wp-content/uploads/2012/06/white-privilege.pdf>) apoya miembros de la cultura dominante o sistemas de valores para entender mejor las ventajas tácitas que ellos tienen en virtud de su raza y cómo estas ventajas pueden afectar su trabajo con otras culturas. Este ejercicio puede ser utilizado para facilitar una discusión sobre lo que significa el privilegio inmerecido y cómo puede afectar las relaciones de trabajo con diferentes culturas.

La Caja de Herramientas de Comunidad (http://ctb.ku.edu/en/tablecontents/chapter_1027.html) incluye recursos para construir relaciones con gente de diferentes culturas; aprender a ser un aliado de la gente de diferentes grupos y antecedentes; y estrategias y actividades para reducir el prejuicio racial y el racismo.

Fuente: Minkler, Rubin y Wallerstein (2012)

- facilitar los procesos que reúnen grupos con experiencias divergentes para construir conocimiento y acción compartida de tal forma que no se subyugue la experiencia de un grupo sobre otro;
- manejar conflictos y, algunas veces, amenazas o violencia en los procesos sociales, entendiendo su origen y cómo manejarlos; y
- gestionar agendas diferentes y en ocasiones contrapuestas (Baum *et al.*, 2006; Kwiatkowski, 2011).

Los investigadores necesitan apoyo en el manejo de estos retos, por ejemplo de las redes de aprendizaje descritos en la sección 4.3. Debido a que los cambios buscados se ubican en los procesos sociales, pueden tomar mucho tiempo en lograrse. Puede ser que las personas externas a la comunidad no logren mantener sus vínculos con las comunidades por el tiempo necesario para facilitar, apoyar y documentar tales cambios. Por otro lado, las comunidades pueden considerar innecesaria la documentación de los cambios logrados, lo cual debilita la fase de intercambio de resultados del proceso. Estas dificultades son discutidas a mayor profundidad en la sección 2.5, acerca de la evaluación de la acción, en la sección 2.7 tratando la institucionalización de esta aproximación y en la sección 4.1 sobre la presentación de informes.

Para los académicos, el proceso de investigación puede requerir de mucho tiempo, ser impredecible y tener

poca probabilidad de llevar a la publicación de varios artículos en revistas especializadas. Los resultados ligeramente impredecibles de este enfoque de investigación también puede dificultar la financiación competitiva para la investigación.

Como se explica en la siguiente sección, una parte inherente al proceso es enfrentar el conflicto y transformar las relaciones de poder. Los mismos métodos ayudan superar los retos antes planteados. El *Recuadro 3* describe, por ejemplo, cómo los investigadores y organizaciones sociales construyeron relaciones de confianza incluso dentro del espacio político limitado durante la dictadura chilena.

Se pueden realizar otras acciones para hacer frente a los desafíos que los investigadores enfrentan. Las relaciones de confianza necesarias en este enfoque tienen mayor posibilidad de prosperar cuando hay una interacción tanto estructurada como no estructurada entre aquellos dentro de la comunidad y los que trabajan con ellos de forma externa (Denis y Lomas, 2003; Bourke, 2009). Al reconocer los desequilibrios de poder en las comunidades, personas dentro de la comunidad han sido capaces de facilitar las investigaciones ellos mismos, aumentando así las posibilidades de un conocimiento válido que da lugar a la acción social. Un ejemplo de esto es descrito en el *Recuadro 4* de Peacock *et al.* (2011) trabajando con los trabajadores de salud comunitarios en Chicago (sección 2.3, *Recuadro 16*).



Recuadro 3: Fortalecimiento mutuo de investigadores y organizaciones sociales reprimidas

Falabella (2002) discute la relación entre grupos de investigadores y organizaciones civiles en el contexto de la dictadura chilena. Los investigadores que facilitaron la investigación-acción participativa reconocieron el valor de una preparación compleja, el fuerte compromiso socio-político y aptitudes al facilitar organización social y diálogo. El proceso proporcionaba espacio para el pensamiento independiente a pesar de la fuerte represión. Organizaciones civiles valoraron el apoyo profesional y científico para avanzar sus intereses, sistematizar experiencias, construir el autoestima y proporcionar el espacio, particularmente para que las mujeres puedan afirmar su identidad y valores y participar en acción socio-política.

A pesar de un contexto de promoción neoliberal del individuo por encima de la clase y sociedad, este proceso proporcionó un espacio para redefinir la naturaleza de los movimientos sociales y las organizaciones. La relación entre grupos sociales e investigadores fue descrita como “no corporativa”, respetando y desarrollando la capacidad autónoma de cada entidad, “para que no se disuelvan en la relación” sino que ambos sean enriquecidos por ésta.

En contraste, las perspectivas de investigación-acción participativa hoy son menos prometedoras en Chile. La transición democrática chilena ha preservado valores neoliberales y ha debilitado las organizaciones civiles, con partidos políticos reclamando representar a los ciudadanos. Los requerimientos académicos para publicaciones y financiamientos individuales afectan también la recepción por académicos o la presentación de informes de proyectos de investigación-acción participativa

Fuente: Falabella (2002)



Recuadro 4: Los trabajadores comunitarios de la salud como investigadores

Puede ser difícil conducir la investigación de manera que sea respetuosa para la comunidad y las normas, valores y tradiciones de sus residentes y al mismo tiempo mantener el rigor necesario para la academia. En el trabajo realizado en la frontera entre México y Texas, se estableció un proyecto comunitario-académico en donde investigadores universitarios desarrollaron una asociación con las promotoras de salud como colaboradoras de investigación.

Involucrar a un equipo de investigadoras-*promotoras* en un proyecto enfocado en comida y dietas en la comunidad contribuyó significativamente a la calidad de la investigación. Las investigadoras-*promotoras* estuvieron completamente involucradas a lo largo del ciclo de vida del proyecto, desde la conceptualización inicial, incluyendo la pre-planeación, realización de la prueba piloto y recolección de información hasta la interpretación y la disseminación de los hallazgos de la investigación en conferencias y talleres científicos y de *promotoras*.

Las investigadoras-*promotoras* fueron capaces de apoyar y motivar a las madres participantes y ayudarles a reconocer su propio valor en maneras que atrajeron una riqueza de evidencias que de otra forma no hubiera podido emerger. Estas investigadoras fueron hábiles al facilitar información debido a su papel como mediadores culturales (navegando la comunidad, el sistema de salud y, de cierto modo, el entorno académico) y su estatus como co-residentes y líderes reconocidos por la comunidad en la promoción y defensa de la salud.

Sin la habilidad de las investigadoras-promotoras para apoyar y motivar a las madres participantes a lo largo de la recolección de datos, es poco probable que el proyecto hubiese tenido suficiente datos de calidad para el análisis. Esta investigación se benefició también de las acciones de iniciativa propia de las investigadoras- promotoras para 'ganarse' a las madres participantes, y ayudarles a reconocer su propia importancia. Las entrevistas resultantes produjeron datos valiosos que capturaron el significado detrás de la elección alimenticia de las madres.

Fuente: Johnson et al. (2013: 639)

En el ámbito académico, Gibbon (2002) indica que el uso de la investigación-acción para la investigación de doctorado en salud implica el manejo de los conflictos de interés y el compromiso de asegurar la honradez de los métodos, el momento y el tipo de información que se genera. Solicita que las instituciones académicas consideren maneras de minimizar tales obstáculos. Como será discutido posteriormente, los procesos de reflexión y participativos se están entendiendo, valorando y aceptando gradualmente como métodos legítimos de investigación sobre la salud en las publicaciones de salud pública, los organismos de financiación y las universidades. Se han reducido así estas barreras, pero el avance ha sido lento. Los desafíos y opciones para fortalecer la publicación de investigación-acción participativa se examinan más a detalle en la Parte cuatro. Los investigadores académicos también reciben poca formación sobre cómo facilitar los enfoques participativos (Ponic et al., 2010). Los investigadores en contextos académicos son, de esta forma, estimulados con mayor frecuencia por los valores, el activismo y las nuevas oportunidades y transformación sociales (así como disfrute) que pueden provenir de estos procesos. Se argumenta que

el éxito de la investigación participativa depende tanto o incluso más de los procesos que se ponen en marcha que del número de personas involucradas (Denis y Lomas, 2003). Esta guía ofrece un apoyo adicional para dichas personas.

1.5 Poder y participación en los sistemas de salud

Las secciones previas exploran las características e historia de la investigación-acción participativa, el concepto de conocimiento que utiliza y las implicaciones para los investigadores. En todas se encuentra el papel central de aquellos que usualmente participan como los sujetos de la investigación como investigadores activos y agentes de cambio. La investigación-acción participativa desplaza el poder hacia las comunidades involucradas en la generación de conocimiento, que toman acción a partir de éste y ganan mayor control sobre las condiciones y los servicios que afectan sus vidas. Estos investigadores interactúan con el poder y la participación y necesitan entender las cuestiones implicadas. Esta sección los discute con mayor profundidad.

Como se señaló en la sección 1.1, los sistemas de salud son a la vez sistemas sociales complejos que reflejan, afectan y construyen valores sociales. Incluyen a diversos actores y agentes públicos y privados, con necesidades, valores e intereses incompatibles, que juegan un papel en la implementación de funciones y elementos, lo cual se muestra en el *Recuadro 5* a continuación y que es descrito a más detalle en otras fuentes (Gilson, 2012).

En toda esta actividad, el poder y la participación desempeñan una función (WHO CSDH, 2008), inclusive en las interacciones e interrelaciones entre los elementos del sistema y la red de organizaciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro, e instituciones, recursos y actores de la sociedad civil que conforman el sistema e influyen en los resultados (Matheson, Howden-Chapman y Dew, 2005; Loewenson, 2010). Como se indicó en la sección 1.1, la persistencia de las desigualdades en la salud y el acceso a los servicios de salud con base a la raza, etnia y clase social y la ley de atención inversa en cuanto a la disponibilidad, acceso e ingreso a los servicios de salud en países de

bajo, medio y alto ingreso, enfatizan la necesidad de una mayor comprensión de las dimensiones sociales de los sistemas de salud si es que estos sistemas han de mejorar la salud de la población (Tandon *et al.*, 2007; WHO CSDH, 2008; Rifkin, 2009).

En los sistemas de salud se menciona frecuentemente la participación. Refleja el valor y función de la ciudadanía activa y fue un principio fundador de la atención primaria de salud en la década de 1970 y de las nuevas demandas para la atención primaria de salud de la OMS en la década del 2000 (Rifkin, 2009).

Es más probable que las personas confíen, usen y respondan de forma positiva a los sistemas de salud si son incluidos en las decisiones acerca de la forma en la que se prestan dichos servicios. Al mismo tiempo es más probable que actúen en o contribuyan a la salud, como se ejemplifica en el *Recuadro 6*.

Aunque la participación social es un objetivo reconocido en los sistemas de salud, tiene diferentes significados en su aplicación. Arnstein (1969) describió los ocho peldaños de la “escalera de la participación



Recuadro 5: Funciones de los sistemas de salud

Los sistemas de la salud:

- 1 Engloban a la población a la cual sirve el sistema, incluyendo:
 - pacientes con necesidades de la salud que requieren atención;
 - usuarios con expectativas sobre la manera en la que serán tratados;
 - contribuyentes que proporcionan el principal financiamiento para el sistema;
 - ciudadanos que puedan tener acceso a servicios de salud como un derecho;
 - co-productores de salud mediante comportamientos de búsqueda de la salud y promoción de ésta.
- 2 Son un conjunto de funciones o cimientos:
 - fuerza de trabajo de la salud;
 - prestación de servicio;
 - información;
 - productos médicos, tecnologías y vacunas;
 - distintas dimensiones de financiamiento, pública y privada; y
 - liderazgo/ gobernanza y regulación.
- 3 Incorporan, dentro de las funciones de prestación de servicios:
 - servicios de salud generales curativos y preventivos y aquellos destinados a problemas de salud específicos;
 - un rango de modos o canales de prestación de servicios incluyendo varios niveles de complejidad, otras salidas de bienes de la salud (como farmacias o tiendas) y otras estrategias (tales como actividades y trabajadores de la salud comunitarios);
 - una mezcla compleja de prestadores de salud—públicos y privados, con y sin fines de lucro, formal e informal, profesional o no profesional, alopático o tradicional, remunerado o voluntario—el sistema de salud plural.

Fuente: Gilson (2012)

comunitaria” (manipulación, terapia, instrucción, consulta, mitigación, asociación, poder delegado y control ciudadano). Todos estos niveles son practicados en los sistemas de salud. Un cuerpo significativo de bibliografía crítica, sobre la naturaleza de participación en los sistemas de salud, clarifica que la participación sin la redistribución del poder es un proceso vacío y ritualista aunque se practica a menudo. Arnstein (1969) describe como “terapia” a la participación donde las personas son “educadas” y consultadas, dando la impresión de tener un papel importante, pero donde la participación es una manera de convalidar o incluso manipular. El poder se redistribuye más bien por la reivindicación, la negociación o la lucha que requieren de una base de poder organizada y responsable dentro de la comunidad (Arnstein, 1969).

La salud se entiende como un derecho social, un bien colectivo y un deber estatal, lo que dirige la atención de las formas simbólicas de participación hacia enfoques donde los actores públicos y las comunidades desempeñan un papel clave en la co-determinación, dotación de recursos, implementación y revisión de servicios y en la co-producción de resultados de salud. La participación se entiende como un rasgo de la ciudadanía activa, no solamente de los más articulados o bien posicionados en la comunidad, sino de todos los grupos sociales y a través de todos los enfoques que involucran a la gente colectivamente. El debate sobre la participación simbólica frente a la participación como el desplazamiento significativo del poder también es importante para entender los desplazamientos de poder necesarios para la instrumentación de la investigación-acción participativa. Muestra, pues, la conexión entre este tipo de investigación y otro tipo de procesos sociopolíticos. De ahí que, por ejemplo,

VER PARTE 5: DOCUMENTO 10

Maalim (2006) muestra cómo los procesos actuales de planeación de servicios han marginado a la comunidades nómadas somalíes. Cuando miembros de esta comunidad dibujaron un diagrama descriptivo de su migración estacional en un estudio, se identificó la percepción de esta comunidad sobre los servicios de salud y la forma en la que éstos podían ser mejorados para ajustarse a su vida nómada. Maalim postula que este acercamiento podría ser más efectivo que las herramientas actuales de planeación de servicios para la comunidad, pues se acopla mejor con las redes intrincadas de información de esta comunidad.

los movimientos sociales han jugado un papel crucial y han impulsado la investigación-acción participativa (Vega-Romero y Torres-Tovar, 2011).

Sin embargo, el papel del mercado y de los agentes económicos en salud introducen diferentes intereses y entendimiento. Los servicios mercantilizados posicionan a las personas como consumidores de mercancías de salud con (o sin) poder adquisitivo, en lugar de posicionarlas como ciudadanos con derecho a los servicios. Un estado mínimo puede hacer que aquellos excluidos del mercado, especialmente mujeres, asuman cargas de atención a la salud indebidas. Así emerge la participación como un aspecto de un estado mínimo, cuando los ciudadanos asumen los papeles de consumidores y auto-proveedores (Laurell y Herrera Ronquillo, 2010; Waitzkin, 2011; Cornwall y Coelho, 2007). La manera en la que los sistemas de salud organizan la participación entonces puede tener un fuerte efecto sobre los papeles y relaciones sociales que se construyen en el sistema de salud y en la interacción con la sociedad en general.



Recuadro 6: Beneficios de la participación para el sistema de la salud de Cape Town

El Indicador de Equidad de Cape Town alentó a los gestores de programas a participar en la investigación sobre los determinantes socioeconómicos de la salud en las estructuras de servicios sanitarios de los sub-districtos de Cape Town. El Indicador produjo una herramienta de medición de equidad para cuantificar la desigualdad en el suministro de servicios de salud en términos financieros y una herramienta de distribución equitativa de recursos para defender y guiar la acción para remediar la inequidad en el suministro.

El trabajo utilizó los tres pilares de (a) evaluación y monitoreo, (b) defensa y (c) empoderamiento comunitario para incrementar la participación social y apoyo a los gestores por medio del análisis compartido del impacto en la salud. Los autores atribuyen cambios en la práctica a las partes interesadas que se involucran y empoderan. Se consiguieron cambios, por ejemplo, al dar a los gestores de la salud las herramientas para recolectar evidencias y enfrentar a sus colegas en sectores como de vivienda y saneamiento. Fueron capaces de interactuar mejor con sus jefes políticos sobre las desigualdades en la prestación de servicios y las condiciones socioeconómicas que afectan la salud de la gente en Cape Town.

Fuente: Scott et al. (2008)

Los sistemas de salud están por sí mismos situados en las sociedades e interactúan con éstas que son redes complejas de interrelaciones. Las interacciones involucran instituciones, comunidades y grupos y clases sociales que frecuentemente tienen intereses divergentes y contrapuestos. Las características básicas de la sociedad han sido nubladas por la idea de la igualdad de oportunidades, a pesar de las evidencias de la creciente desigualdad que la refuta. La sociedad es, más bien, un tejido complejo. Su estructura es formada en los procesos históricos que tenemos que considerar si queremos entender y transformar la sociedad. Las clases sociales y las relaciones entre ellas definen la forma en la que se distribuye la riqueza y el poder.

De acuerdo a la doctrina económica neoclásica predominante, las relaciones económicas dominan y el mercado es el principio organizador de la sociedad (Stiglitz, 2002). Las clases sociales no son afectadas solamente por las nuevas formas de relaciones laborales, sino también por procesos como la colonización y por las relaciones de género, migrantes, culturales y políticas. La distribución del conocimiento en la sociedad también influye en la estructura de la sociedad (Wallerstein, 2005; Obando-Salazar, 2006; Zavala, 2013). La diversidad e inequidad en estos diferentes ámbitos afectan la distribución del poder, la representación de intereses y las posibilidades de una participación social efectiva.

Las relaciones de poder que derivan de estas interacciones afectan el control que la gente tiene sobre los acontecimientos y los recursos. Por ejemplo, afectan la probabilidad de que un grupo ejerza poder “sobre” otro y que grupos puedan reclamar el poder necesario para formar parte de los procesos. Las relaciones de poder determinan que los grupos ejerzan un poder compartido “con” otros o construyan una conciencia compartida sobre ellos mismos y sus condiciones bajo la forma de un poder “dentro” de ellos. Estas relaciones de poder no son estáticas y pueden ser cambiadas, por ejemplo, mediante la organización y acción o mediante la creación de conocimiento nuevo y/o diferente (Korpi, 2007; Ponik *et al.*, 2010). El poder puede de esta forma limitar la acción de la sociedad, pero también puede permitir la acción para el cambio y la transformación.

La participación sin tal redistribución de poder es identificada como un proceso frustrante para los que no tienen dicho poder (Kwiatkowski, 2011). Se ejemplifica con los procesos que influyen en individuos

y poblaciones para que auto-regulen activamente su propio comportamiento en consonancia con el poder dominante. Estas son los enfoques verticales y jerárquicos que involucran a las comunidades a través de intervenciones definidas, gestionadas y evaluadas por profesionales de salud y a través de la predilección por el conocimiento biomédico por encima del entendimiento que tienen las comunidades de las causas de su mala salud (Foucault, 1977; Rifkin, 2009). La participación utilizada en enfoques de investigación-acción participativa se entiende como una manera de redistribuir el poder y construir un poder compartido. Tal como se indica en la definición de Wallerstein (1992) en la Parte uno, el empoderamiento puede entenderse como la actividad consciente llevada a cabo por un grupo social para un cambio positivo en sus vidas.

Esta guía, los documentos citados en ella y los presentados en la *Parte cinco* enfatizan las diferentes maneras en las cuales se está utilizando la investigación-acción participativa en la investigación sobre política y sistemas de salud en países de bajo, mediano y alto ingreso, en las diferentes configuraciones de sistemas de salud y sobre diversas cuestiones. Los procesos participativos que generan conocimiento y un desplazamiento de poder se describen en los siguientes procesos donde los grupos comunitarios:

- demandan más y mejores servicios (Borgia *et al.*, 2012, *Parte cinco, documento 17*);
- reclaman un papel en la planeación y operación de los servicios (Murthy y Klugman, 2004 y Mbwili-Muleya *et al.*, 2008, *Parte cinco, documento 6*); y
- participan en la toma de decisiones o en las alianzas construidas por el acceso a las medicinas (Loyola, 2008, Batista *et al.*, 2010, *Parte cinco, documento 15*).

La noción de participación no implica poner menos atención a las evidencias durante la toma de decisiones. Más bien, se amplía el rango de evidencias que se utilizan en ésta y el rango de actores que juzgan e interpretan las evidencias (Kwiatkowski, 2011).

La participación en el suministro de información precisa y relevante es esencial para mejorar los resultados de salud en la atención primaria, mejorar las relaciones paciente-proveedor y para promover la toma conjunta de decisiones en los servicios de atención individual al considerar la perspectiva del paciente. Se argumenta que el cuidado de enfermos crónicos se beneficia enormemente de los puntos de vista de los pacientes en, por ejemplo, la mejora de la aceptación de atención en diversos grupos y en el desarrollo de sistemas de atención centrados en el paciente, ambos importantes para el manejo de enfermedades de larga duración (Bélangera *et al.*, 2012).

VER PARTE 5: DOCUMENTO 4

Estacio y Marks (2010) proporcionan evidencias sobre la alienación y exclusión que ocurre cuando los sistemas de conocimiento propios de la gente no son integrados dentro de los sistemas de la salud.

La investigación-acción participativa puede ser una manera eficaz de organizar las evidencias y percepción comunitaria para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud, sobre todo cuando los resultados son triangulados con las evidencias de otras fuentes. Esto ha facilitado la comprensión y resuelto problemas en las funciones y relaciones dentro de los sistemas de salud. Al esclarecer los determinantes sociales de la salud, este enfoque añade evidencias para mejorar el desempeño y eficacia de los sistemas de salud, como se muestra en el ejemplo de la salud cardiovascular del *Recuadro 7* abajo. Los métodos proporcionan un medio para reconocer y detectar oportunamente los problemas de salud, incluyendo aquellos que estaban encubiertos anteriormente—por ejemplo, enfermedades crónicas, problemas de salud laboral entre los trabajadores de la salud y aquellos relacionados a los determinantes sociales de la salud (Minkler, 2000; Waterman *et al.*, 2001; Loewenson *et al.*, 2011; Hatton y Fisher, 2011).

La investigación-acción participa reconoce que el conflicto es una característica básica de la sociedad. Incluso donde existe un espacio político más amplio y las relaciones de poder son más consensuales, se ven como el resultado de una resolución previa de conflictos. Las formas emancipadoras de la investigación-acción participativa descritas anteriormente prestan atención a la manera cómo los procesos de generación de conocimiento se vinculan con la gente que está logrando control sobre sus vidas y superando la exclusión estructural, por medio de los comités de trabajadores de base y las organizaciones de ciudadanos.

Los procesos de generación de conocimiento también incrementan el poder colectivo para impulsar transformaciones hacia sistemas de salud centradas en la gente. En la investigación sobre la salud mental, por

ejemplo, este enfoque se ha utilizado para responder a las demandas por expresarse en la planeación y operación de los servicios y para estimular elección y alternativas en las formas de tratamiento (Otieno *et al.*, 2009, *Parte cinco, documento 5*). Se reconoce cada vez más su utilidad en la investigación de salud indígena, pues tiene el potencial de reducir los efectos negativos—algunos sostendrán colonizantes—que han tenido muchas de las investigaciones convencionales en los pueblos indígenas (Baum *et al.*, 2006).

Estos enfoques pueden mejorar la comunicación dentro de los sistemas de salud y entre el personal de salud, las comunidades y otros. Pueden fomentar el respeto mutuo de sus respectivas experiencias y funciones (Mbwili-Muleya *et al.*, 2008, *Parte cinco, documento 6*). Los métodos de la investigación-acción participativa incentivan a los trabajadores de atención primaria y a las comunidades a compartir el análisis y el poder para el beneficio de ambos. El proceso se basa en ciclos de aprendizaje, reflexión y acción y estimula a las comunidades y al niveles local de los sistemas de salud a desarrollen e implementen planes definidos localmente. Ha promovido valores comunitarios, identificado sus recursos para la salud y construido un entendimiento de la contribución de su voz y agencia para hacer frente a las barreras sociales y sistémicas del acceso a la atención a la salud, particularmente en comunidades vulnerables (Loewenson *et al.*, 2011).

VER PARTE 5: DOCUMENTO 5

Othieno *et al.* (2009) dan un ejemplo de investigación-acción participativa usada para transformar las relaciones de poder entre personas muy carentes de poder y con un problema de uso nocivo del alcohol u otros problemas mentales y sus servicios, para involucrarse en los cambios necesarios para mejorar la prestación del servicio y el fortalecimiento de acciones colectivas para la salud mental comunitaria.



Recuadro 7: Utilizando la investigación participativa en la salud cardiovascular

La investigación de la salud cardiovascular ha estado dominada por paradigmas médicos que minimizan una perspectiva amplia de las causas de la enfermedad. La condición socioeconómica se encuentra claramente establecida por la investigación como un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. No obstante este descubrimiento ha tenido muy poca influencia en la política de salud.

La investigación participativa trajo descubrimientos contextualizados, clínicamente relevantes, a la planeación de programas y al ámbito de diseño de políticas. Esta investigación contribuyó a desarrollar políticas sociales y de salud significativas y relevantes para la prevención primaria. El programa abrió espacios en los ámbitos de la práctica y el diseño de políticas para plantear cuestiones relevantes sobre la salud de madres solteras de bajos recursos produciendo evidencias que no estaba en las bases de datos cuantitativas. La investigación encontró que el riesgo elevado de enfermedad cardiovascular en las mujeres obedece la ideología cultural donde la crianza de los hijos, frecuentemente realizada por las mujeres, es menos valorada cuando ellas no tienen una pareja y entre las estrategias para enfrentarla se encuentran conductas de alto riesgo, tales como fumar.

Fuente: Young y Wharf Higgins (2010)

Durante momentos difíciles para muchos sistemas de salud, Fine (2006) sostiene que la investigación-acción participativa ha sido un medio de plantear preguntas cruciales y comprometerse con la crítica social:

Es un momento propicio para que el trabajo participativo detenga la anestesia que se está instalando en nuestro cuerpo colectivo. Los proyectos IAP convocan a la crítica social y la indignación, la ambivalencia y el deseo como formas de conocimiento. La interrogación se valora como el oxígeno para la subsistencia de la democracia ... Con la innovación y el legado orgulloso de investigadores sociales activistas, los colectivos de investigación participativa pueden interrumpir la línea de alimentación a goteo, sostener preguntas críticas, producir nuevo conocimiento, provocar un público más extenso, y permiten preguntarnos como académicos, en las palabras de la poeta Marge Piercy (1982) ¿Cómo podemos “ser de utilidad”? (Fine in Cammarota y Fine, 2006).

La *Parte dos* describe a mayor profundidad el proceso y métodos que utiliza la investigación-acción participativa para tratar las características inherentes a la conceptualización del conocimiento y la comprensión de cómo se genera, así como al entendimiento de los sistemas de salud y las sociedades en las cuales se basa.

1.6 Trabajando con otros enfoques de investigación

En esta sección final de la Parte uno, discutimos cómo la investigación-acción participativa se relaciona, complementa o se coordina con otras áreas de la investigación de política y sistemas de salud.

La investigación en política y sistemas de salud aborda cuestiones que no son específicas de una enfermedad sino que tienen repercusiones para el desempeño del sistema de salud. Esto funciona a lo largo de los elementos o cimientos de los sistemas de salud, como es descrito en el *Recuadro 5*. La investigación en política y sistemas de salud recurre a una variedad de disciplinas. Es predominantemente un campo aplicado que comienza con un problema o tema que surge de una experiencia práctica y selecciona un método para abordar la problemática de la manera más adecuada (Bennett *et al.*, 2010).

La investigación en política y sistemas de salud, como se define en la sección 1.1, se enfoca en las políticas y sistemas de salud— lo que son, cómo son conceptualizadas, planeadas, instrumentadas (las políticas), cómo funcionan (los sistemas) y qué se puede hacer para mejorar su instrumentación o funcionamiento.

Como se explica más profundamente en Gilson (2012), este campo:

- es multidisciplinario, pues se distingue por los temas y preguntas abordadas a través de la investigación en lugar de definirse por una base disciplinaria o un conjunto particular de métodos;
- incluye investigación que se enfoca en servicios de salud, así como en la promoción de la salud;
- se refiere a cuestiones a un nivel global, internacional, nacional y subnacional;
- engloba investigación sobre la manera en la que se desarrollan e implementan las políticas y la influencia que tienen los actores de política sobre los resultados de las políticas en sistemas de salud; y
- promueve el trabajo que explícitamente busca influir a la política.

Dentro de los dominios y elementos principales mostrados en el *Recuadro 5* de la sección previa, la investigación en política y sistemas de salud incluye distintos tipos de estudios que pueden ser exploratorios, descriptivos o explicativos. Procede a partir de diversas perspectivas disciplinarias:

- *Los estudios transversales* estudian el programa, la política o el problema de interés en un momento particular. Utilizan métodos cuantitativos y/o cualitativos. Se trata de una categoría genérica y algunos métodos identificados a continuación también son transversales.
- *Los estudios de caso* proporcionan detalles de eventos, programas, procesos, situaciones o políticas particulares para entender preguntas de “cómo o por qué”. El análisis de los estudios de caso puede identificar factores generalizables para explicar variaciones. Los estudios de caso pueden ser a nivel micro (individual/hogar), meso (institución/distrito) o macro (nacional e internacional/global).
- *Los estudios etnográficos* utilizan aproximaciones etnográficas y métodos procedentes, en gran medida, de la sociología y antropología para realizar descripciones detalladas de la vida cotidiana y las prácticas o sistemas de salud, desde los niveles micro (tal como en la interacción entre los trabajadores de la salud y los usuarios) hasta los macro (tal como en los debates sobre la política de salud).
- *Las evaluaciones de impacto* incluyen métodos experimentales y cuasi-experimentales que tratan de determinar la magnitud y fuerza de las relaciones causales entre la intervención y su resultado, frecuentemente aplicando economía de la salud y epidemiología. Tratan de establecer

lo que hubiera ocurrido en ausencia de la intervención (lo contrafáctico). Los ensayos controlados aleatorios son ejemplos de diseños experimentales, mientras que los enfoques de diferencias en diferencias, de técnicas de pareamiento y de regresión discontinua son ejemplos de métodos cuasi-experimentales.

- *Los estudios de análisis de políticas y de análisis histórico* examinan la evolución de las políticas, instituciones y programas a lo largo del tiempo a nivel regional, nacional y global.
- *Los análisis transnacionales* comparan múltiples casos de estudio a nivel país para identificar factores generalizables que afectan a las variaciones en los sistemas de salud y los procesos y políticas nacionales asociados utilizando técnicas de análisis de política. Incluye evaluaciones comparativas del desempeño de sistemas de salud utilizando datos estandarizados/comparables y técnicas de la economía de la salud y epidemiología para comparar y evaluar el desempeño (Gilson, 2012).

La investigación-acción participativa, como se describió anteriormente, difiere fundamentalmente de otros acercamientos a la investigación en política y sistemas de salud al cambiar la relación sujeto-objeto y, por lo tanto, cambiar la relación de poder sobre el proceso de producción y uso del conocimiento. Adicionalmente, al incorporar el aprendizaje a partir de la acción, incluye la transformación de la realidad como fuente del conocimiento nuevo.

En resumen, las conceptualizaciones de conocimiento antes discutidas, las diferencias entre los supuestos de los diversos métodos indicados y aquellos de la investigación-acción participativa en la investigación en política y sistemas de salud se exponen en El *Cuadro 3* abajo.

En muchas formas de la investigación en política y sistemas de salud, el supuesto es que otros—específicamente los encargados de formular políticas y los cabilderos de salud pública—son responsables de incorporar sus hallazgos a los programas, sistemas y políticas de salud y de regresar la información a las comunidades. En la investigación-acción participativa, los grupos sociales involucrados directamente en estas cuestiones, incluyendo trabajadores dentro y fuera de la salud, trabajan con los investigadores o facilitadores, aprendiendo de sus acciones que se dirigen al cambio de sistemas, prácticas y políticas como parte del proceso.

Los enfoques de la investigación-acción participativa también pueden ser utilizados en estudios de caso, investigación en política, análisis etnográfico, social y de sistemas, así como la evaluación de impacto.

El *Cuadro 4* muestra las implicaciones de la aplicación de los enfoques de la investigación-acción participativa en estas formas de investigación en política y sistemas de salud. Estas aproximaciones pueden aplicarse de manera útil para tratar los objetivos de ciertas formas de investigación en política y sistemas de salud, aunque requeriría cambios en el proceso y diseño, como se discute en la *Parte dos*.

Cuadro 3: Características de la investigación-acción participativa frente a otros acercamientos en la investigación en política y sistemas de salud (IPSS)

Estudios experimentales y cuasi-experimentales y estudios de política y etnográficos basados en observación y validación externa en IPSS	Investigación-acción participativa en IPSS
Los estudios experimentales son principalmente basados en la objetividad y enfatizan el carácter exento de valores de la investigación. Estudios basados en teoría crítica y constructivismo reconocen el papel de las evidencias subjetivas.	Un proceso de conocer y acción—el conocimiento en sí es menos relevante que el conocimiento para el cambio; el conocimiento no es independiente de las relaciones sociales y puede ser parte del sistema que garantice que un grupo social (y su entendimiento de la realidad) domine sobre otro; aquellos que generan o reproducen el conocimiento no son, por tanto, neutrales en estas relaciones.
Separación entre sujeto y objeto	Aquellos afectados por el problema están en el centro y usan formas de indagación y análisis colectivos o cooperativas; la experiencia de aquellos afectados es la fuente de información primaria para la investigación.
La brecha entre la realidad y la valoración de la realidad de los investigadores puede ser cerrada afinando las técnicas de investigación	La brecha entre la realidad y su percepción puede ser cerrada por la no delegación—i.e. se valora por aquellos más cercanos a la experiencia de la realidad y a través de la validación colectiva en un grupo de personas que comparten la misma experiencia.
Análisis estadístico, coordinación u otros métodos de validación externos proporciona la única base científica de comprobación.	La comprobación surge de la validación consensual (Discutida con más detalle en la Parte dos) y de la evaluación de la acción con base en la información generada.
El investigador es un observador competente y neutral.	El investigador es parte de la comunidad afectada, es facilitador de la comunidad afectada o se encuentra bajo el control de la comunidad afectada.

Fuente: Tandon (1981) y Couto (1987)

La interacción entre la investigación-acción participativa y otras investigaciones de política y sistemas de salud puede ser secuencial al desencadenar la primera otras formas de investigación. El estudio y respuesta a problemas respiratorios en Carolina del Norte, Estados Unidos, que se describe en el *Recuadro 8*, lo ejemplifica. La investigación-acción participativa también puede ser incorporada a estudios etnográficos u otros.

Las comunidades pueden apoyar fuertemente la interacción entre investigación-acción participativa y otras metodologías. Esto puede ser al proporcionar documentación cuantitativa o al explorar y validar los hallazgos de la investigación-acción participativa en los contextos políticos o de política donde es necesario (Leung, Yen y Minkler, 2004). Como se ilustra en los estudios y ejemplos de este texto, la investigación-acción participativa en la investigación en política y sistemas de salud ha contribuido al conocimiento y la práctica en diversas áreas de los sistemas de salud, ya sea por su cuenta, o en algunos casos, combinado con otros enfoques (discutidos a más detalle en las secciones 2.7 y 4.2).

Las revistas que han publicado con mayor frecuencia la investigación-acción participativa y otros acercamientos participativos en la investigación en política y sistemas de salud son aquellas que se ocupan de la investigación de la promoción de la salud. Presentan investigación de salud pública basada en la población para entender y abordar los determinantes sociales de la salud y la organización y prácticas de los sistemas de salud. Los enfoques participativos en la investigación en política y sistemas de salud también han influido en la política y

práctica en la salud ambiental y en la gestión de riesgos mercantiles, tales como el control del consumo de tabaco y el acceso de menores al alcohol, para prevenir la violencia, asegurar la continuidad de la atención y salud en el trabajo y la reintegración social de usuarios de sustancias nocivas y personas que sufren problemas de salud mental. La investigación se ha usado para apoyar los cambios que han sucedido a nivel del barrio, la ciudad y la nación (Tandon *et al.*, 2007) (discutido en las secciones 2.7 y 4.2).

La investigación en política y sistemas de salud está dando un salto importante al resaltar el conocimiento sobre sistemas, relaciones sociales y procesos necesarios para abordar los problemas que surgen de la práctica. La investigación-acción participativa avanza aún más al sistematizar el conocimiento en base a la experiencia de aquellos involucrados y generar aprendizaje a partir de la acción.

Como método de investigación inmerso en los contextos y el cambio social, la investigación-acción participativa está en condiciones para aprovechar las crecientes capacidades sociales, redes y tecnologías de comunicación e información dentro de la sociedad en general. Esto llega en un momento cuando una sociedad bien informada y educada en cuanto a salud es considerada importante para mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Así, esta es el área clave en la investigación en política y sistemas de salud (discutida más a detalle en la Parte dos) pero podemos decir con seguridad que tanto la investigación en política y sistemas de salud, de forma general, y la investigación-acción participativa, en esta esfera, son campos dinámicos y en evolución.



Recuadro 8: Aplicando aproximaciones participativas en epidemiología popular

La epidemiología popular utiliza conocimiento y observaciones no profesionales para desafiar elementos de la estructura social y utiliza medios políticos, entre otros, para buscar soluciones. En Tillery, Carolina del Norte, una comunidad afroamericana de bajos ingresos sufría de altos índices de problemas respiratorios y problemas asociados. Ellos sospechaban que se relacionaba con la proliferación de la producción porcina, ya que sus fosas sépticas y lagunas abiertas ensuciaban el aire y mezclaban aguas residuales con sus pozos y patios.

Miembros de la comunidad trazaron en un mapa las ubicaciones de los centros porcinos, determinaron la profundidad y fecha de construcción de pozos locales y utilizaron la información para abogar por el cambio. Su epidemiología popular o “descalza” estableció los cimientos para una colaboración exitosa a largo plazo con un epidemiólogo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de North Carolina y con el departamento local de salud. Esta asociación culminó en un proyecto con enfoque de varios niveles apoyado por el gobierno de los Estados Unidos que validaba los descubrimientos y preocupaciones iniciales de la comunidad con estudios cuidadosamente co-diseñados. También demostró un patrón sistemático de discriminación racial en la colocación de las plantas de la industria porcina. La investigación a su vez fue utilizada por la comunidad y sus socios académicos y profesionales para ayudar a generar decretos y otras acciones para ayudar a frenar estas prácticas insalubres.

Fuente: Leung, Yen y Minkler (2004)

Cuadro 4: Aplicación de la investigación-acción participativa versus otros enfoques en la investigación en política y sistemas de la salud

Tipos de investigación en política y sistemas de salud	Implicaciones del uso de un enfoque de investigación-acción participativa Adicionalmente al cambio en la relación sujeto-objeto y procesos para la generación de conocimiento directo por aquellos afectados
Estudios Transversales — Observan programas, política o problemas de interés en un momento particular en el tiempo (pueden también incluir algunas de las formas de IPSS que se muestran a continuación).	<p>La acción participativa difiere en cuánto a:...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● no enfocarse en describir un punto particular en el tiempo, sino más bien seguir un ciclo de reflexión desde la experiencia para determinar, analizar y actuar y construir conocimiento a partir de la acción y ● no basar los hallazgos exclusivamente en la observación del investigador, sino ante todo en la observación y validación colectiva
Estudios de caso —Proporcionan descripciones detalladas de eventos particulares, programas, procesos, situaciones o políticas para entender preguntas sobre el “cómo y por qué”.	<p>Comparte el deseo de explorar el cómo y el por qué pero lo hace de una manera diferente en tanto significa:...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● transitar de la descripción a la búsqueda de causas, con la reflexión directa sobre problemas por los afectados y probar la comprensión construido del aprendizaje de la acción. <p>El vivir y aprender pueden ser documentados como una forma de estudios de caso. Enfrenta retos similares a los de un estudio de caso para generalizar a otros contextos y ámbitos (discutido a más detalle en Parte tres sección 4).</p>
Estudios Etnográficos —Proporcionan una descripción detallada y a profundidad sobre la vida y práctica cotidiana en salud / sistemas de salud.	<p>Comparte el enfoque sobre la realidad vivida y la práctica local y la primacía de las evidencias directas de la experiencia de los involucrados, aunque usar este acercamiento difiere al...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● no utilizar la observación y validación especializada para esto, sino métodos para la organización colectiva y validación por aquellos involucrados directamente; y ● utilizar la acción y transformación de la realidad para construir conocimiento. <p>Algunos argumentan que este enfoque proporciona una forma más válida de análisis etnográfico ya que sistematiza el conocimiento de los directamente involucrados sin el sesgo introducido por un observador.</p>
Estudios de evaluación de impacto — Busca determinar la magnitud y fuerza de las relaciones causales entre la intervención y un resultado.	<p>La investigación-acción participativa no asigna grupos aleatoriamente y por lo tanto no es útil en formas tradicionales de evaluación de impacto. Sin embargo, comparte la preocupación por entender el impacto de la acción en la realidad / sistemas o la teoría de cambio como es usada en la evaluación realista. Su aplicación significa ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● la asignación no experimental de grupos—el grupo se conforma de aquellos organizados e involucrados en el problema y quienes deciden actuar sobre éste; ● el proceso de intervención mismo—la acción—es utilizada para transformar la realidad para exponer, reflexionar y construir conocimiento sobre problemas y relaciones de poder; ● la reflexión y generación de conocimiento se realiza por los que instrumentan las acciones y no por actores externos; y ● el aprendizaje fortalece la “agencia” y el control sobre el cambio entre aquellos directamente afectados en el sistema de salud y en la comunidad. <p>La investigación-acción participativa proporciona una forma de evaluación que se obtiene directamente de la visión de los involucrados y afectados por la transformación..</p>
Análisis de política y análisis histórico —Examina la evolución de las políticas, instituciones y programas a lo largo del tiempo.	<p>Comparte el interés de los promotores de la política y el cambio pero difiere en...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● basarse en la experiencia directa compartida y análisis de actores sociales específicos; y ● construir el poder de los actores sociales en las transformaciones de la política o institucionales. <p>Al integrar explícitamente la transformación / acción de los involucrados, este enfoque interactúa directamente con los intereses y el poder de los actores en procesos de política.</p>
Análisis transnacional — Incluye la comparación entre múltiples países o sistemas para identificar conocimiento generalizable.	<p>Comparte el deseo de explorar el aprendizaje desde la experiencia real pero la aplicación de la investigación-acción participativa difiere en que...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● el aprendizaje dentro de cada ámbito se construye a través de la investigación-acción participativa <p>La investigación-acción participativa enfrenta retos similares para generalizar a otros contextos y ámbitos (discutido a mayor detalle en la sección 3.4). Puede proporcionar una forma de aprendizaje transnacional utilizando la investigación-acción participativa.</p>



© National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic/K.Musuraliev, Creative Commons licence 2013

Parte Dos **Métodos**

*Fotografía de la portada de la Parte dos:
Grupo focal de investigación participativa con enfoque de género, Kyrgystan*



Parte Dos

Métodos

No podría considerarme un científico, mucho menos un ser humano, si no ejerciera el “compromiso” y lo sintiera en mi corazón y en mi cabeza como una experiencia de vida, Erfahrung o Vivencia. ... No hay necesidad de disculparse por este tipo de investigación comprometida.

Orlando Fals Borda (1995:5)

La metodología de investigación es una estrategia o plan de acción que dirige nuestra elección y uso de métodos y los vincula a los resultados buscados (Baum, 2006). La investigación en políticas y sistemas de salud, como fue discutido en la sección anterior, requiere de un pluralismo metodológico, lo que incluye enfoques tales como la investigación-acción participativa. Como metodología de investigación, la investigación-acción participativa utiliza múltiples métodos. Estos métodos, tanto cualitativos como cuantitativos, incluyen el levantamiento de mapas, las encuestas de opinión, los testimonios, la clasificación según importancia y los debates de grupos focales, como será discutido en esta sección.

Como se indicó en la Parte uno, la investigación-acción participativa tiene como objetivo formular preguntas de investigación, métodos, interpretaciones y productos dentro de procesos que invierten quién delimita y quién es delimitado por los problemas. Los objetos de investigación tradicionales se convierten en “arquitectos de interrogación crítica” y el poder se desplaza en cada etapa del proceso de investigación. Este proceso puede ser emancipatorio y transferir el poder, a pesar de que no se consigue por todas las formas de investigación-acción participativa. Los procesos y métodos de investigación-acción participativa buscan examinar y validar la experiencia de aquellos involucrados directamente en los problemas estudiados. Esto se hace con el fin de que los sistemas sean problematizados, se reflexione sobre éstos, se re-articulen y transformen y así aprender de dichas acciones (Leung, Yen y Minkler, 2004; Cammarota y Fine, 2006).

Los procesos de investigación-acción participativa y muchos de los métodos empleados por ésta pueden ser

poco conocidos en la comunidad científica tradicional. Este enfoque rara vez se enseña en cursos de medicina o ciencias de la salud. Tal brecha en el conocimiento puede llevar a la percepción equivocada de que es un “enfoque de investigación inferior” o “que no es ciencia”.

Esta sección explica los procesos, los pasos, los métodos y las herramientas utilizadas, así como la manera en la que éstos son organizados para alcanzar las características centrales de la investigación-acción participativa (descritas anteriormente) y el conocimiento que ésta genera. Mientras que los procesos amplios continúan siendo consistentes en diversos contextos, los métodos y herramientas específicos empleados pueden ser altamente dependientes del contexto y del grupo. Este enfoque deja de ser “participativo” si se disocian las herramientas de estos procesos y se usan de manera aislada para obtener evidencias en procesos que no desplazan las relaciones sujeto-objeto o se dirigen a otras características del enfoque.



Un grupo de personas realizan ejercicios de punteo participativo, Indonesia

2.1 El proceso de investigación-acción participativa

Esta sección describe el proceso de aplicación de los principios centrales de la investigación-acción participativa.

Los elementos clave en la investigación-acción participativa, delineados en la sección 1.1 y listados en el *Recuadro 9*, se utilizan para seleccionar los métodos o herramientas para áreas de interrogación específicas. El proceso general fue resumido en la Figura 1 de la sección 1.1. Ésta simplifica la espiral de ciclos sucesivos que guía los pasos de interrogación y acción y orienta el diseño de métodos y herramientas. Esta parte de la guía de métodos proporciona información sobre los métodos y las herramientas utilizadas para estos pasos:

- sistematización de la experiencia al organizar y validar la experiencia de manera colectiva;
- análisis y reflexión colectiva sobre patrones, problemas, causas y teoría;
- reflexión sobre la acción y su selección, considerando cursos alternativos de acción e identificando acciones;
- toma y evaluación de la acción, y revisión de su curso y sus consecuencias; y
- sistematización del aprendizaje obtenido de estos procesos -organizando, validando y compartiendo el conocimiento nuevo.

En virtud de la dialéctica entre teoría y acción, la investigación-acción participativa no es un proceso lineal. Esta guía proporciona ejemplos sobre cómo estos métodos y herramientas han sido utilizados para

efectuar el proceso en la Figura 1. La investigación-acción participativa no tiene fases aisladas que van desde las preguntas iniciales hasta las respuestas finales en etapas de diseño, colección de información, análisis y reporte. Es un proceso continuo de interrogación autorreflexiva. Reconoce la complejidad de las relaciones entre causas y resultados y la posibilidad de resultados inesperados dentro del proceso. Permite la incertidumbre y evolución de los métodos para de esta manera ser capaces de responder a lo que surja en las diferentes etapas del proceso. Al hacer esto, el investigador o los facilitadores son guiados constantemente por los principios clave en el *Recuadro 9* al identificar los mejores métodos y herramientas para avanzar, en lugar de aplicar las herramientas de manera rígida. Esta capacidad de respuesta ante la realidad, caracteriza también, por ejemplo, a la teoría demostrada, lo que significa que aquellos involucrados triangulan y comprueban las evidencias. También así utilizan métodos plurales para extraer el conocimiento.

2.2 Superando la distinción sujeto-objeto

Un punto de partida clave, y la plataforma de la investigación-acción participativa, es la comunidad o el grupo social o la organización que se hace la pregunta. Así se da el principio de superación de la distinción sujeto-objeto y se logra que el conflicto se ubique dentro de la realidad vivida por los que lo sufren. Esta sección discute cómo el proceso de investigación logra esto.

El término “comunidad” a menudo cubre a un grupo heterogéneo de personas con muchas diferencias internas en cuanto a su riqueza, género, edad, religión

Recuadro 9: Principios de la investigación-acción participativa

La investigación-acción participativa...

- 1 involucra a aquellos afectados por las condiciones o sistemas y se encuentra dentro de éstos (principio de no delegación);
- 2 se ubica dentro del contexto de lucha sobre las condiciones o sistemas y utiliza este entendimiento para transformarlos;
- 3 se lleva a cabo con aquellos directamente afectados que tienen un potencial organizativo para actuar sobre los problemas;
- 4 construye teoría al reflexionar sobre la vivencia del grupo;
- 5 sistematiza la experiencia local y organiza el análisis colectivo y compartido sobre las relaciones entre los problemas y sus causas;
- 6 crea una dialéctica entre la construcción de la teoría y la práctica para los involucrados, sistematizando y validando el conocimiento desarrollado a partir la acción y usando ese conocimiento para transformar las condiciones, sistemas e instituciones;
- 7 desplaza el poder hacia los afectados que conocen, problematizan, entienden, actúan y transforman.

y cultura, entre otros. Estas diferencias sociales se encuentran asociadas con relaciones de poder entre la gente de esa comunidad, como se discute en la sección 1.5. Navarro sugiere que una comunidad debería de ser vista como un conjunto de relaciones de poder dentro del cual las personas están agrupadas (citado en Cornwall y Jewkes, 1995). Emergen disputas sobre valores impugnados o cambiantes, necesidades, agendas y soluciones dependiendo de qué grupos de interés estén involucrados y de cómo se interpreten sus propósitos. Los métodos utilizados en la investigación-acción participativa buscan identificar estas diferencias cuando son relevantes a los problemas investigados que se supere colectivamente el efecto distorsionante de individuos particulares o de grupos dominantes al compartir o interpretar la experiencia (Cornwall y Jewkes, 1995).

La distinción sujeto-objeto es crucial para la investigación-acción participativa. Es un punto de divergencia entre éste y muchos otros paradigmas de investigación. Otros paradigmas asumen que los investigadores de las ciencias sociales pueden estudiar y medir a la sociedad objetivamente, ignorando el hecho de que ellos mismos son parte de la sociedad. Tal objetividad se considera imposible en la investigación-acción participativa debido a que estos investigadores no pueden evadir la influencia de su propio contexto social y de sus valores sobre lo que deciden estudiar y las cuestiones que exploran. Los puntos de vista y los valores que guían la interrogación en la investigación-acción participativa deberían, por lo tanto, hacerse explícitos al igual que en otros métodos de las ciencias sociales (Bourdieu *et al.*, 2013).

El principio de la no delegación implica que los sujetos principales del estudio son aquellos involucrados directamente y no sus representantes o los profesionistas. Esto influencia tanto la naturaleza del “investigador”, como se discute en la sección 1.4, como las relaciones sujeto-objeto, aunque con algunas variaciones entre

diferentes formas de investigación-acción participativa. En el Modelo Obrero italiano, descrito en el *Recuadro 14* en la sección 2.3, los actores de la comunidad obrera toman el papel de liderazgo, mientras que los académicos y los técnicos desempeñan un papel complementario al proporcionar aportaciones técnicas (Oddone *et al.*, 1997). En la escuela colombiana (Fals Borda, 1987), los investigadores realizan un pacto ético y político con las comunidades para formar un equipo de investigación en conjunto, mientras que otros construyen bases comunes de confianza mutua entre comunidades, profesionales y académicos (Baum *et al.*, 2006).

En lugar de la muestra aleatoria utilizada en enfoques positivistas, la investigación-acción participativa utiliza una organización deliberada de un grupo homogéneo o de un grupo con condiciones similares. Como se mencionó anteriormente, ninguna comunidad es totalmente homogénea e incluso dentro de grupos sociales similares la gente tiene diferentes bienes, preocupaciones, poder o valores. El término “grupo homogéneo” no niega esto. Se refiere a un grupo social que comparte las mismas condiciones y que tiene la organización básica para discutir y validar las experiencias de miembros individuales de manera colectiva sin pasar por alto su diversidad interna, y para tomar acción basada en la discusión colectiva.

Lo que constituye un grupo homogéneo y quién lo inicia varía. Por ejemplo, en el Modelo Obrero (Laurell *et al.* 1992: *Parte cinco, documento 7*) los grupos eran trabajadores organizados (sindicalizados) con procesos de trabajo comunes que invitaron a participar a los académicos. También académicos o profesionistas con vínculos a las comunidades pueden iniciar el proceso, algunas veces a través de vínculos de largo plazo con un grupo social o comunidad particular. Cualquiera que sea el estímulo, un grupo homogéneo se constituye de manera deliberada. Basado en objetivos y valores compartidos y la capacidad compartida para actuar, requiere de



Recuadro 10: Grupos sociales involucrados en la investigación-acción participativa sobre la salud reproductiva en India

En India, una pequeña organización no-gubernamental trabajó con mujeres rurales y parteras tradicionales para tratar preocupaciones sobre la salud reproductiva en el área a través del uso de medicinas locales y la promoción de prácticas de salud. Las mujeres rurales y las parteras tradicionales eran los dos grupos sociales principales que se incluyeron en el proceso y trabajadores de la salud locales se incluyeron como un grupo adicional.

A través de un proceso de reflexión y aprendizaje mutuo a través de varios años, participantes construyeron a partir de conocimiento local y recursos y conocimiento medicinal local compartido para desarrollar un sistema de distribución de atención de la salud eficaz y autosuficiente. Se probaron y extendieron remedios eficaces al establecer viveros donde las mujeres podían escoger semillas para usar en casa. Las técnicas visuales para tomar notas y estudios de caso se desarrollaron por las mujeres y visualizaciones. Tales exploraciones de su conocimiento y percepciones de sus cuerpos se utilizaron en talleres.

Fuente: Cornwall y Jewkes (1995)

medidas deliberadas para construir un entendimiento común sobre el problema a resolver. Debido a que la acción es esencial para la investigación-acción participativa, un grupo homogéneo es capaz de actuar y evaluar los resultados de sus acciones estratégicas (Othieno *et al.*, 2009: *Parte cinco, documento 5*)

El ejemplo de la India en el *Recuadro 10* de la página anterior, y el caso de Zambia (Mbwili-Muleya *et al.*, 2008: *Parte cinco, documento 6*) incluyeron a dos grupos: una comunidad circunscrita geográficamente—mujeres rurales (India) o residentes urbanos de una área específica (Zambia)—y un grupo local de trabajadores de la salud—parteras tradicionales (India) y enfermeras de atención primaria (Zambia). El objetivo explícito en ambos casos era construir un conocimiento compartido y acciones de los grupos. Se lograría mediante procesos que permitieran la interrogación separada y la reflexión

dentro de la comunidad y entre los trabajadores de la salud para después permitir el diálogo entre grupos (como fue mayormente elaborado en el caso de Zambia). En ambos procesos, el conocimiento y la acción así como los desplazamientos de poder fueron profundizados a mediano plazo (de dos a cinco años) con los ciclos repetidos de investigación-acción participativa.

Como en estos ejemplos, el proceso de investigación-acción participativa puede poner en contacto a diferentes actores, cada uno con su conocimiento propio y experiencias personales para trabajar juntos en procesos dialécticos para la producción de nuevas formas de conocimiento. Dadas las dinámicas de poder involucradas, las diferencias posibles de experiencia y percepción dentro de los grupos involucrados deben ser reconocidas y consideradas. Las etapas iniciales involucran escuchar observaciones individuales antes de que estas aportaciones individuales sean acumuladas y discutidas por el grupo de manera colectiva, en un proceso de validación consensual. Las herramientas empleadas para extraer la experiencia necesitan ser accesibles y apropiadas para los grupos sociales, para que la colaboración no sea sólo simbólica. Estas herramientas se discuten con mayor detalle en la sección 2.3. Ejemplos de cómo los métodos funcionan para la accesibilidad y organización en la acumulación y validación colectiva de perspectivas individuales en el grupo se dan en el *Recuadro 11*.

Para garantizar que la información generada por la investigación corresponda a la experiencia colectiva del

VER PARTE CINCO: DOCUMENTO 7

Laurell *et al.* (1992) construyeron grupos homogéneos de trabajadores sindicalizados organizados quienes invitaron a investigadores académicos a apoyar sus demandas al igual que en mucha investigación-acción participativa durante este periodo en América Latina.

VER PARTE CINCO: DOCUMENTO 6

En Mbwili-Muleya *et al.* (2008) la investigación-acción participativa exploró los factores que afectaron a la participación comunitaria en la planeación de sistemas de salud locales y las maneras de fortalecer su participación en cuatro centros de salud. Los dos grupos reunidos eran miembros comunitarios de la zona de influencia de las clínicas y los trabajadores de salud.



Recuadro 11: Métodos para obtener y validar la experiencia con grupos homogéneos

La diagramación y el intercambio visual son formas comunes, más accesibles para obtener experiencia que permiten compartir evidencias dentro del grupo. Con un cuestionario la información se apropia por una persona externa. En este caso las palabras de la gente entrevistada le pertenecen al entrevistador. En contraste, en los intercambios visuales de un mapa, modelo, diagrama u objetos (piedras, semillas, pequeñas frutas) utilizados para la clasificación, punteo, conteo o cuantificación todos pueden ver, señalar, discutir o cambiar los objetos o representaciones.

Las clasificaciones y punteos han sido parte del repertorio de los antropólogos sociales desde hace mucho tiempo. Por ejemplo al aumentar las percepciones sobre necesidades de salud, se puede hacer una lista inicial con las aportaciones de cada persona de forma individual para tener una diversidad de experiencias y puntos de vista. Se puede hacer un proceso de clasificación dándole a cada persona frijoles o piedras que se ponen sobre una lista de necesidades en función de su mayor prioridad, su mayor peso según el criterio establecido.

Aunque esto se puede utilizar por sí solo para alcanzar una representación del punto de vista colectivo (con las necesidades clasificadas por el número de piedras recibidas), un proceso adicional de triangulación puede llevarse a cabo donde la lista se examina y discute. Entre conjunto, las personas la verifican y corrigen.

El aprendizaje es progresivo. La información, que es visible, semi-permanente y pública, se examina, verifica, enmienda y agrega y es propiedad de los participantes.

Fuente: Loewenson *et al.* (2006)



Recuadro 12: Validando observaciones grupales con el levantamiento de mapas y elaboración de modelos participativos

En el levantamiento de mapas y elaboración de modelos participativos, los lugareños dibujan y muestran sus aldeas y recursos, decidiendo qué incluir y debaten, agregan y modifican los detalles. La educación visual es universal. Cualquiera puede ver y contribuir a lo que se “dice” porque se muestra.

En la diagramación compartida, se puede representar, por ejemplo, cambios estacionales en distintas dimensiones como son la lluvia, el trabajo agrícola, ingresos, deudas, suministro de alimentos y migración. Se puede utilizar papel para los diagramas, pero el suelo u otros recursos locales tienen la ventaja de pertenecerle al grupo—medios que los lugareños, alfabetizados o no, pueden dominar y cambiar con confianza. El diagrama presenta una lista de chequeo o agenda compartida que es propio de aquellos que lo producen.

El proceso de construcción de una representación visual es por sí mismo un acto analítico que revela cuestiones y conexiones diversas que la gente pudo haber ignorado hasta ese momento. Las actividades de interpretación de los diagramas o “examinación de mapas” juegan un papel importante en el proceso. La visualización facilita, más que reemplaza, la discusión y es utilizado para facilitar un análisis compartido de las evidencias.

Fuente: Chambers (1994)

grupo y no sea simplemente la suma de observaciones individuales subjetivas, las evidencias recolectada es validada por consenso. Esto significa que se registran solamente las observaciones que todo el grupo reconoce como válidas.

A diferencia de las formas experimentales de investigación, la validez del proceso no es reforzado por la “ceguera” de la comunidad ante la naturaleza de la interrogación sino por la efectividad de los métodos y las herramientas para obtener, respetar y compartir las diferentes formas de experiencia, conocimiento o percepciones “entre todos”. Esto incluye comprometerse con diferentes sistemas de conocimiento (indígena o profesional) y facilitar la expresión de diferentes significados sociales y culturales en el proceso.

La validación de las observaciones grupales se logra mediante el consenso. No obstante, no se niegan las diferencias en percepción y experiencia. La discusión colectiva de las evidencias se realiza de forma tal que explora, interroga y obtiene conocimiento de la diversidad y las diferencias del grupo. Esto significa que se utilizan métodos que involucran la búsqueda, discusión y aprendizaje de las excepciones, contradicciones y diferencias. El *Recuadro 12* da un ejemplo de un método para explorar y registrar observaciones individuales, revisándolas colectivamente y explorando la diversidad para alcanzar la validación consensual. Chambers (1994) lo explica como algo que busca variabilidad en lugar de promedios, para “maximizar la diversidad y la riqueza de la información”.

Como sucede en toda investigación, la aplicación práctica de los métodos puede alejarse de la forma ideal. Las fuentes de sesgo o error que pueden surgir

se discuten a mayor detalle en las secciones 3.2 y 3.3. Sin embargo, es inherente al proceso que una fuerte prueba de validez del método es el grado en que ofrece la posibilidad para aquellos involucrados de:

- 1 contribuir con sus experiencias;
- 2 revisar, corregir y alcanzar un consenso sobre resultados colectivos del grupo; y
- 3 discutir y reflexionar sobre patrones y diferencias para alcanzar un consenso sobre los hallazgos colectivos.

Como se reparó anteriormente, donde hay diferencias entre los grupos involucrados que traen “jugadores desiguales a una mesa dispereja” (Minkler, 2000), puede ser importante ordenar el proceso para que cada grupo tenga la posibilidad de llegar a sus propios descubrimientos colectivos antes de que el diálogo ocurra entre grupos. Así se examina y reflexiona sobre los hallazgos comunes y diferentes de cada uno y se identifica el análisis compartido a partir de ambos.



Discutiendo papeles de género y responsabilidades en el oeste de Kenia

2.3 Métodos y herramientas para recolectar evidencias

Esta sección explora los métodos y las herramientas que la investigación-acción participativa utiliza al:

- *problematizar, validar, analizar y reflexionar colectivamente para construir conocimiento nuevo; y*
- *reflexionar y aprender de la acción.*

Como se muestra en los métodos utilizados para extraer las experiencias de grupos sociales, los métodos de investigación-acción participativa involucran una serie de desplazamientos:

- de evidencias y análisis individual al grupal—con triangulación tanto instantánea como observable;
- de evidencia verbal a visual—con métodos visuales para “igualar”, especialmente cuando usan medios conocidos y plantean preguntas y diferencias para la discusión; y
- de medición a comparación, para suscitar reflexión y análisis, y para obtener tendencias, diferencias y cambios (Chambers, 1994).

Pueden ser útiles para dichos procesos diversos métodos y un amplio rango de herramientas. Se muestran ejemplos de métodos y herramientas con más detalle en el *Recuadro 5* y en los documentos de la *Parte cinco*, en los ejemplos de los recuadros y en las referencias citadas debajo de la caja. Esta guía de métodos no proporciona información detallada sobre cómo aplicar estos métodos. Esto puede encontrarse en las manuales de métodos y “kits de herramientas”. Para una numerosa cantidad de los métodos mencionados, la información puede ser encontrada en el kit de herramientas de métodos de EQUINET, Organizando el poder de la gente para la salud: métodos participativos para un sistema de salud centrado en la gente (Loewenson *et al.*, 2006) disponible en línea en www.equinet africa.org. En otros casos la caja se refiere a documentos o sitios web donde se puede encontrar mayor información.

VER PARTE 5: DOCUMENTO 9

Inmuong *et al.* (2011) describen como las instancias administrativas subdistritales, que son pequeñas estructuras locales de gobierno en Tailandia, integraron métodos participativos entre las herramientas de evaluación del impacto en salud para cumplir con su obligación legal de controlar riesgos para la salud.

En los años 2005/2006 varios de ellos desarrollaron actividades colaborativas entre investigadores y representantes de la comunidad utilizando el levantamiento participativo de mapas seguido de talleres comunitarios participativos para revisar los hallazgos y proponer regulación de control de los riesgos para la salud y prácticas apropiadas para controlar los riesgos identificados.

Los métodos listados tienen muchas variaciones, pues dependen del contexto dentro del cual están siendo utilizadas. Inmuong *et al.* (2011: *Parte cinco, documento 9*) describen, por ejemplo, cómo estos métodos fueron utilizados en el cumplimiento de las obligaciones legales para llevar a cabo evaluaciones del impacto en salud.

La manera como se aplican los métodos también varía en diferentes contextos. Por ejemplo, los paseos, descritos en el *Cuadro 5*, pueden ser recorridos o excursiones de “parabrisas”, en los cuales se camina o maneja en el vecindario, documentando observaciones e impresiones o utilizando una lista de verificación para indicar apreciaciones de recursos o riesgos. El Centro de Promoción de Actividad Física de California (<http://www.cawalktoschool.com/checklists.html>) tiene una lista de verificación multilingüe sobre la transitabilidad para ayudar a los residentes a responder la pregunta, “¿Qué tan transitable es tu comunidad?” La herramienta incluye pasos de acción para que los residentes puedan identificar acciones para mejorar la transitabilidad y condiciones de seguridad de su vecindario (Minkler *et al.*, 2012; California Walks, undated). El *Recuadro 13* describe el uso del levantamiento de mapas en diferentes entornos. Emmel y O’Keefe (1996) describen el uso de levantamiento de mapas estacionales y de recursos y bienes al analizar suministro de servicios y acceso a servicios de salud en Mumbai (Bombay en el momento en el que el documento fue escrito). Un ejemplo adicional del levantamiento de mapas y de los paseos en los sistemas públicos de salud urbana se encuentra incluido en Minkler *et al.* (2012), mientras que el Modelo Obrero en el *Recuadro 14* muestra el levantamiento participativo de mapas de riesgos, que se enseña en la Figura 3.

Como se mostró anteriormente, los métodos en pasos aislados no satisfacen por sí solos los principios de la investigación-acción participativa sobre generación de conocimiento, desplazamiento de poder y transformación. El proceso completo y los pasos secuenciales de métodos interactúan acumulativamente. Cada uno agrega una dimensión y detalles a calificar, enriquecer, triangular y plantear contradicciones o patrones para la reflexión. Considerados en su conjunto, el todo es mayor que la suma de sus partes.

En el *Cuadro 5*, algunos métodos son más útiles para obtener experiencia, otros para analizar causas y relaciones, otros para fijar prioridades para la acción y así sucesivamente. Una noción central de dichos procesos es que el conocimiento obtenido al usar secuencialmente los diferentes métodos es cualitativamente diferente, así como más comprensivo, que aquél basado en cuestionarios individuales (o herramientas participativas individuales). Ésto es porque permite un entendimiento de la complejidad de los procesos y sus interrelaciones.

Cuadro 5: Métodos, herramientas y su uso en los procesos de la investigación-acción participativa

MÉTODOS	USO EN EL PROCESO IAP
<p>En el levantamiento participativo de mapas, los involucrados dibujan uno o más mapas de su área o del espacio de la investigación distinguiendo particularmente las condiciones físicas. Esto incluye mapas de riesgos y peligros, tales como los laborales o del vecindario. Un ejemplo se muestra en el Recuadro 14, el Modelo Obrero, y se discute en la Parte cinco documento 7.</p> <p>Una gama de levantamientos de mapas y otras herramientas usadas en un lugar de trabajo puede encontrarse en La investigación descalza: un manual de trabajadores para organizarse hacia el trabajo en seguridad (Keith et al. 2002), (http://www.tuc.org.uk/workplace-issues/health-and-safety/barefoot-research).</p>	<p>Utilizado para obtener y validar información sobre condiciones y experiencias. Puede ser utilizado para identificar sitios problemáticos y áreas de riesgo; para analizar acceso a servicios y sus beneficios por los grupos sociales cuando se combina con el levantamiento de mapas; así como para identificar propuestas de cambio en las condiciones y servicios.</p> <p>Los mapas se pueden agregar en diferentes etapas del proceso para presentar nueva información, para apoyar la planeación y para monitorear tanto como evaluar la acción y la transformación.</p>
<p>El levantamiento de mapas sociales sigue un proceso similar al del levantamiento participativo de mapas pero se enfoca explícitamente en las características sociales, incluyendo la población, el grupo social, la salud y otras características del hogar.</p> <p>Incluye el mapeo de bienes, bienestar y de vulnerabilidad.</p> <p>El último puede ser importante para identificar grupos en desventaja para su inclusión en el proceso de investigación. Ver por ejemplo la Figura 2 en Maalim (2006: <i>Parte cinco, documento 10</i>) del levantamiento de mapas de movimientos nómadas estacionales.</p>	<p>Se puede incluir progresivamente el levantamiento de mapas sociales, como con todo levantamiento participativo de mapas, para identificar grupos sociales y procesos clave, diferentes necesidades, preferencias y distribución de enfermedades u otra información de la salud para la discusión, negociación y conciliación de prioridades o para identificar individuos a involucrar o implicar en el trabajo.</p> <p>Los mapas sociales pueden definir áreas y grupos para actualizar listados de viviendas utilizados para clasificar el bienestar o la riqueza para las decisiones de financiamiento de la salud, como lo hicieron Aryeetey et al. (2013: <i>Parte cinco, documento 18</i>).</p>
<p>Los mapas pueden ser desarrollados de forma adicional a través de un paseo o los estudios de observación participativa para agregar información a los mapas sociales y discutir las observaciones.</p> <p>Los paseos son caminatas sistemáticas a través de la comunidad que permite a los participantes observar una gama de características, recursos y condiciones en el área. Generalmente se realizan después de dibujar el mapa y se utilizan para validar la información generada del levantamiento participativo de mapas. Ver por ejemplo el Recuadro 13 y la <i>Parte cinco documento 9</i>.</p>	<p>Utilizado para generar evidencias sobre condiciones, servicios o bienes, o para validar evidencias, cuantificar u orientar la reflexión sobre problemas y acción. Por ejemplo, Chambers (1994) describe un mapa participativo de recursos que los pobladores rurales realizaron de un área de bosque degradada. El mapa y un censo porta-injerto de los cuadrantes en el bosque llevó al cálculo, debate, análisis, decisiones y acción en la comunidad, el número de árboles a ser plantados, la proporción de las especies y la cantidad de cada uno requerida en los viveros.</p>



Levantamiento participativo de mapas, Tailandia



Mapa social, Zimbabue



Transecto, Malawi

© Grease network-CIFAD-Thailand/ Sophie Valeix

© TARSC 2011

© WSSCC, Creative Commons licence 2013



Uso de agrupación proporcional similar a las gráficas de bolsillo, Tailandia



Un código de imagen, Zimbabue



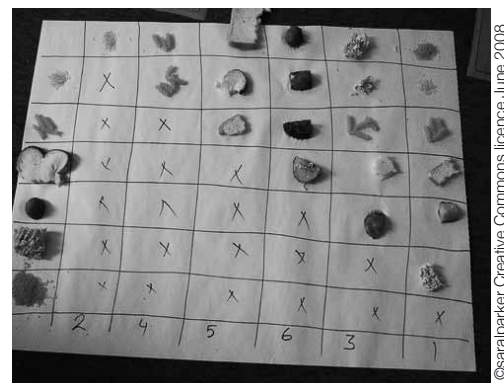
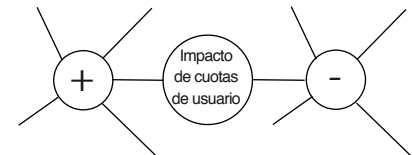
Usando diagramas de Venn, Tailandia

MÉTODOS	USO EN EL PROCESO IAP
<p>Una gráfica de bolsos es una herramienta de investigación utilizada para recolectar y tabular información a nivel comunitario, por ejemplo: donde recolecta la gente el agua o las redes de intercambio de información. Las gráficas de tamaño poster contienen "bolsos" de tela o papel insertados en cada celda en una matriz, con dibujos simples identificando el tema de cada fila o columna. Los participantes "votan" sobre temas, tales como las características de los servicios de la salud, al colocar fichas en el bolso que indica su situación o preferencia.</p> <p>Ver la guía "como se hace" en http://collections.infocollections.org/ukedu/en/d/Jwhs046e/7.3.html</p>	<p>Las gráficas de bolso son utilizadas durante discusiones grupales para tabular la información. Son un método visual útil para los participantes con niveles bajos de alfabetismo. Por ejemplo, las frecuencias de las fuentes y el uso pueden ser tabuladas al poner diferentes fuentes de agua urbana en las columnas y diferentes usos del agua en las filas.</p> <p>Los hallazgos son discutidos en la comunidad, incluyendo variaciones a lo largo de las estaciones, grupos o áreas. Al cambiar los símbolos en los encabezados, la tabla puede ser reutilizada para muchas cuestiones.</p>
<p>Los códigos de imagen son imágenes que reflejan situaciones, condiciones o problemas que pueden utilizarse para iniciar la discusión.</p> <p>En la carpeta de herramientas de EQUINET PRA se dan algunos ejemplos (Loewenson et al., 2006:34). Esto se ha desarrollado de forma adicional a través de fotografía comunitaria (fotovoz) como es utilizada por Young y Barret (2001: <i>Parte cinco, documento 14</i>) y también utilizando video (videovoz).</p>	<p>Utilizado para un amplio rango de propósitos en el proceso de investigación-acción participativa ya que ocasiona discusiones sobre condiciones, desempeño de sistemas, causas y acciones a tomarse.</p> <p>Puede utilizarse para plantear y discutir cuestiones sensibles u ocultadas, tales como las relacionadas con la sexualidad y servicios de salud reproductiva o respuestas al abuso de sustancias.</p>
<p>El diagrama de Venn o chapati consiste en una serie de círculos interrelacionados que indican las relaciones, estatus en la comunidad e interacciones entre grupos sociales, actores o instituciones.</p> <p>El tamaño del círculo indica la importancia y la posición y distancia del grupo o institución central y otros círculos indican la relación con el actor central y otros.</p>	<p>Proporciona un medio de levantar mapas y revisar y discutir las características del diagrama para examinar las relaciones entre actores y servicios.</p> <p>Puede utilizarse para examinar patrones y preferencias en el uso de servicios, flujos de información entre instituciones y actores, acceso a los servicios y otras cuestiones afectadas por las relaciones en los sistemas de salud. Ver por ejemplo Parte cinco documento 11.</p> <p>Puede ligarse con las flujogramas para dibujar mapas de las interacciones o flujos que apoyan el bienestar u ocasionan riesgos para la salud o la accesibilidad de los servicios. Por ejemplo, los diagramas de Venn se han utilizado para mostrar posibles rutas de contaminación de agua y comida en la comunidad para discutir cómo prevenir estos riesgos.</p>

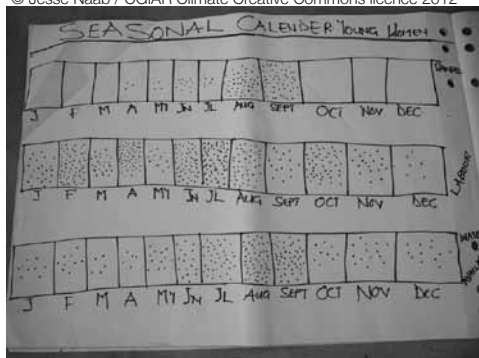
MÉTODOS	USO EN EL PROCESO IAP
<p>Los diagramas de araña son herramientas visuales para identificar y analizar relaciones. En el diagrama de araña el “cuerpo” puede ser el punto nodal, tal como cuotas de usuarios o el uso de servicios de salud por adolescentes. Las patas reflejarían entonces diferentes factores que afectan o son impactados por esa situación. La separación de factores (patas de araña) permite el seguimiento de procesos, tales como consecuencias o problemas de clasificación o para mostrar los vínculos entre ellos. En el diagrama a la derecha, se utilizan dos arañas —una para impactos positivos y otra para los negativos de las cuotas de usuarios utilizadas, por ejemplo, para discutir quién gana y quien pierde con esta política.</p>	<p>Utilizados para obtener evidencias sobre determinantes o resultados de una situación o condición, para problematizar y analizar los vínculos entre estos determinantes o resultados como una aportación a la solución de problemas. Puede utilizarse para obtener evidencias sobre problemas de la salud que afectan a un grupo social, factores que afectan el uso de servicios privados, consecuencias de acceso a un determinante social de la salud, entre otros. También puede ser utilizado para hacer comparaciones entre diferentes grupos sociales (utilizando diagramas diferentes para cada uno).</p>
<p>Mapas de recursos muestran recursos, sitios y formas de generación de ingresos en una comunidad o vecindario.</p>	<p>Pueden utilizarse junto con otros enfoques para analizar y decidir sobre la acción, para relacionar recursos a las necesidades o identificar bienes a aprovecharse en la solución los problemas planteados.</p>
<p>Clasificación de bienestar, clasificación de preferencia, clasificación de matriz y modelo de punteo son formas variadas de clasificación y punteo. La clasificación del bienestar en su forma más común empieza con el levantamiento de mapas sociales para identificar hogares. Estas son escritas en tarjetas individuales que grupos pequeños acomodan en pilas (tres o cuatro) de acuerdo a los tipos de características particulares de los hogares sobre las cuales deciden (por ejemplo de riqueza o bienestar). Ver un ejemplo en la <i>Parte cinco documento 11</i>.</p>	<p>Utilizadas para evaluar y dar puntajes a parámetros, tales como el uso de diferentes métodos anticonceptivos, satisfacción con los servicios, pagos realizados, comparación del desempeño del prestador. Se hacen las comparaciones directamente a través de los puntajes o agrupando otros elementos en los puntajes. De aquí que, por ejemplo, las tarjetas del hogar se pueden agrupar de acuerdo a las evaluación del personal o de las condiciones del hogar o colocándolas en una escala, como en una cuerda que simboliza a las viviendas saliendo de la pobreza.</p>
<p>La comparación pareada es un método de comparación donde cada artículo de una lista se compara con los otros de manera sistemática. Cada decisión se compara con las otras, una por una. Para detalles sobre cómo implementarla: http://pubs.iied.org/pdfs/G01675.pdf La comparación final y la información compartida mientras se clasifican y puntúan, contribuyen al aprendizaje.</p>	<p>La comparación pareada determina las preferencias de individuos o grupos. La clasificación de matriz suscita la obtención de las preferencias, la examinación de los criterios que diferente gente utiliza al escoger preferencias a partir de las alternativas.</p>
<p>Los cuestionarios colectivos utilizan un cuestionario indicativo para orientar la discusión que se aplica e interpreta por los trabajadores u oficiales sindicales. Ver por ejemplo su uso en la <i>Parte cinco documento 7</i>.</p>	<p>Aborda todas las etapas del proceso para recolectar, organizar, reflexionar y usar las evidencias como una herramienta de negociación.</p>



Diagrama de araña, Uganda

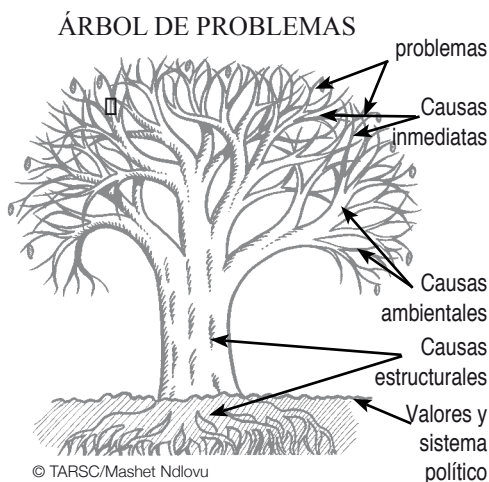


Clasificación de preferencias, Nepal



Calendario estacional de mujeres jóvenes, Ghana

MÉTODOS	USO EN EL PROCESO IAP
<p>Un calendario estacional se delinea por los participantes para mostrar las estaciones del año y los movimientos o cambios asociados. Puede ser utilizada durante años sucesivos para documentar patrones cambiantes de respuestas de la salud, desplazamientos de cargas o tendencias. Ver por ejemplo su uso en la <i>Parte cinco documento 10</i>.</p>	<p>Relaciona información obtenida de delegados en una "etapa de escuchar" con los patrones estacionales para analizar las relaciones. Por ejemplo, se utilizaron para levantar mapas de los movimientos de una comunidad nómada durante las estaciones húmedas y secas y las enfermedades comunes (patrones de enfermedades) que la comunidad experimentaba en cada estación para proponer la organización de servicios.</p>
<p>Horario de trabajo diario, como fue desarrollado por diferentes grupos sociales, detalla las actividades diarias de diferentes secciones de la comunidad. Cubre las actividades rutinarias, papeles y funciones desempeñadas dentro de un periodo de 24 horas, lo que se muestra en la <i>Parte cinco documento 14</i>.</p>	<p>Los horarios se utilizan para determinar la carga de trabajo diaria de diversos miembros de las comunidades. Pueden extraer información que no era aparente sobre el tiempo requerido para funciones básicas o búsqueda de servicios, conflictos de tiempo y la distribución de carga de trabajo.</p>
<p>Historias de vida, narraciones y contar cuentos son métodos que utilizan historias estructuradas para representar la experiencia de nivel micro a macro. Incluyen la reflexión sobre las condiciones pasadas y actuales. Viniendo de una tradición etnográfica, antropológica, testimonial y de estudios culturales, producen una manera híbrida de presentar la realidad: como es vivida por "el investigador en la función de narrador". "Cuenta cuentos, escritores y actores" lo usan para transmitir las experiencias y el aprendizaje oralmente, con imágenes o con formas escritas o multimedia, para el beneficio de los "escuchas, lectores y observadores". Ver por ejemplo el Recuadro 16 y la <i>Parte cinco documento 8</i>.</p>	<p>Puede ser un método efectivo para explorar la práctica, entornos, situaciones y su resolución o acciones y en mostrar conocimiento a partir de la experiencia. Es útil para comunicar contextos y situaciones complejos y para apoyar la interpretación de otras evidencias. Puede ser empleado para el análisis de tendencias, evaluaciones, o revisión de ciclos de mejoramiento. Narrativas de evaluación comparan las discrepancias, particularmente entre lo que es y lo que no es valorado. Se utiliza con el método "pero ¿Por qué?" (EQUINET PRA toolkit, Loewenson et al., 2006: 43) y puede explorar razones para las observaciones.</p>
<p>Árboles de problema y diagramas de flujo ofrecen una manera estructurada de llegar a los diferentes niveles del problema. El análisis se realiza de manera colectiva y discute (algunas veces junto con las preguntas "pero ¿Por qué?" delineadas arriba) para identificar las razones para los análisis.</p>	<p>Son utilizados para analizar causas. Como un árbol, por ejemplo, las vainas son los problemas; las ramas que las sostienen son las causas inmediatas; las ramas más largas el siguiente nivel de causas; y los troncos o las raíces son las causas estructurales subyacentes. La tierra representa los sistemas políticos y valores, los cuales son el contexto de las causas estructurales.</p>
<p>La escultura humana se utiliza para plasmar una situación al asumir "papeles" de actores o instituciones involucrados en un problema o situación de salud. La escultura muestra cómo se relacionan el uno al otro. La ubicación, posicionamiento y altura de los actores revela dimensiones de poder, interacciones y así sucesivamente. Drama, y detenimiento del drama puede también ser usado como un código. Ver <i>Recuadro 15</i>.</p>	<p>Útil al analizar las relaciones en los sistemas de salud e identificar cambios o transformaciones que deben realizarse en otras instituciones y por otros actores para tratar las necesidades de grupos específicos en la escultura. El drama puede utilizarse como un código para obtener y discutir evidencias y proponer cambios a varias dimensiones del funcionamiento de los sistemas.</p>



© TARSC/Mashet Ndlovu



Escultura humana sobre las experiencias del sistema de salud, Tanzania

Fuentes: Chambers (1994); Cornwall y Jewkes (1995); Keith et al. (2002); Loewenson et al. (2006); Maalim (2006); Chambers (2007); Wadsworth et al. (2007); Peacock et al. (2011)



Recuadro 13: Levantamiento de mapas y transecto participativo

Levantamiento participativo de mapas de la salud de las mujeres en India

Esta investigación participativa, utilizada en un barrio pobre de Bombay (sic) de 33 hogares, Budh Mandir, buscó identificar la incidencia de diferentes problemas de salud dentro de los hogares en distintos momentos del año. En la primera reunión participativa, las mujeres de todos los hogares trazaron en un mapa el área que consideraban formar parte de su vecindario. Después dibujaron un plano más detallado. Con el conocimiento de las mujeres comprobaron y corrigieron la información para cada hogar de las características demográficas y económicas generales y la incidencia de problemas de salud lo que trazaron en el mapa.

Los mapas estacionales fueron luego utilizados para entender cómo estas condiciones cambian a través del tiempo con la revisión de mapas entre las mujeres. Los ejercicios participativos revelaron diferencias en las percepciones entre los proveedores profesionales de salud y las mujeres de Budh Mandir. También proporcionaron información a nivel de hogar sobre la incidencia de las enfermedades en diferentes momentos del año.

Fuente: Emmel y O Keefe (1996)

Levantamiento de mapas y estudios participativos en el Proyecto de Barrios Sanos, California

El Proyecto de Barrios Sanos fue instrumentado por el Departamento de Salud Pública en el oeste del Condado de Contra Costa en California. Un número pequeño de miembros respetados de la comunidad se familiarizaron con las herramientas de mapeo de recursos y riesgos barrial. Las utilizaron con los miembros de su barrio para después reunirse en el parque local y consolidar sus hallazgos en un mapa grande. A través de una encuesta, conducido por la comunidad residente y el diálogo comunitario, los lugareños identificaron los problemas clave que querían abordar (por ejemplo instalar topes, reanudar el servicio nocturno de autobús y mejorar el alumbrado público). Al mismo tiempo, sin embargo, construyeron sus propios recursos para asegurar los cambios investigando los problemas, estudiando los tomadores de decisiones clave y como ejercer su influencia. Como resultado escribieron cartas, testificaron y trabajaron juntamente en otras formas para lograr el cambio. Además de conseguir los topes, el servicio de autobús y otros cambios por los cuales trabajaron, el proyecto ayudó reproducir estos proyectos en otros barrios.

Fuente: Minkler et al. (2012)

Entonces, como se señaló arriba, el diseño de la investigación, refleja pasos amplios que adelantan las etapas de los ciclos de investigación-acción participativa mostradas en la Figura 1, con los métodos y herramientas aplicados en cada paso. Como un ejemplo de la totalidad del proceso, uno de los enfoques más sistemáticos y transformacionales, que cambió tanto el conocimiento como las condiciones de salud, es el Modelo Obrero, que se muestra en el *Recuadro 14* de la siguiente página con cada paso esclarecido.



Voluntarios comunitarios realizan seguimiento durante un brote de cólera, Zambia



Recuadro 14: El Modelo Obrero

Las experiencias más significativas de investigación-acción participativa sobre las condiciones laborales, organización de trabajo y problemas de salud en el trabajo se desarrollaron en Italia a mediados de 1960. Lo aplicaron los obreros en miles de centros de trabajo y fue promovido por los consejos de fábrica donde confluían los tres sindicatos (CGIL, CISL, UIL) (ver sección 1.2). Tenía como objetivo explícito transformar las relaciones de poder entre los patrones y los obreros.

El Modelo Obrero italiano fue elaborado originalmente por un grupo de trabajadores y activistas sindicales en una fábrica de la Fiat junto con psicólogos, médicos, sociólogos y estudiantes. Respondió a la insurgencia del movimiento obrero en el otoño de 1969 y buscaba cambiar el cuestionario colectivo que se había utilizado para un estudio sobre las condiciones de trabajo y salud realizado en 366 centros de trabajo en 1967. Se pretendía convertirlo en un instrumento de investigación-acción participativa que se aplicara ampliamente (Laurell, 1984). El modelo es un método de generar conocimiento para el cambio. La subjetividad o experiencia de los trabajadores es central para construir un entendimiento sobre las condiciones, los peligros y las cargas de trabajo, no solamente para identificar los factores de riesgo para la salud de los obreros sino para permitir a los trabajadores transformar sus condiciones de trabajo.

El primer paso del proceso proporciona un medio de sistematizar la experiencia de los obreros sobre su proceso de trabajo. Luego se organizan los riesgos o cargas del ambiente de trabajo en cuatro “grupos de riesgo”:

- aquellos presentes dentro y fuera del centro de trabajo, por ejemplo: el ruido, la temperatura, la iluminación, la humedad u la ventilación;
- aquellos típicos de un centro de trabajo, por ejemplo: el polvo, los vapores y la radiación;
- aquellos que producen fatiga física; y
- aquellos que producen fatiga mental.

Los grupos de riesgo corresponden a la experiencia y representación del ambiente de trabajo de los trabajadores y también son asociados al conocimiento científico. Proporcionan un “lenguaje común” entre los trabajadores y profesionales. La innovación principal del modelo, sin embargo, es el proceso de generación de conocimiento. Se basa en cuatro conceptos básicos: el principio de la no delegación, la experiencia de los trabajadores (o subjetividad), el grupo homogéneo y la validación por consenso.

La experiencia no estructurada se convierte en conocimiento sistematizado, consciente y compartido a través de un cuestionario basado en los cuatro grupos de riesgo. La experiencia individual se discute colectivamente y los problemas se resuelven por un grupo de obreros trabajadores que comparten las mismas condiciones de trabajo y tienen una organización básica que permite la acción. Esto se denomina ‘grupo homogéneo’. Las observaciones se validan por consenso—solamente aquellas observaciones que son reconocidas colectivamente como válidas en la discusión grupal se registran. Junto con el cuestionario, se dibuja un mapa de riesgo que es la representación gráfica del proceso de trabajo, sus riesgos o cargas y los problemas de salud. El mapa se usa como una herramienta para comunicarse con otros trabajadores y sirve de herramienta para dar seguimiento a los cambios—tanto positivos como negativos—en el centro de trabajo.

En la segunda fase de la investigación, algunos elementos detectados por el cuestionario colectivo se verifican o cuantifican usando técnicas convencionales para medir la exposición o los resultados de salud.

En el siguiente paso, los trabajadores determinan, otra vez por medio de la discusión colectiva, las prioridades para el cambio y las estrategias para lograrlo, que van desde la movilización hasta la negociación colectiva. Que el cambio implique conflicto es una parte inherente de este concepto de conocimiento para la acción. Además, el grupo homogéneo no solamente produce conocimiento, pero sus miembros usan ese conocimiento junto con conocimiento científico previo, uniendo la investigación y el aprendizaje. El conocimiento obtenido en este proceso se considera cualitativamente diferente e integral que aquel basado en cuestionarios individuales. Proporciona un entendimiento de la complejidad de los procesos y sus interrelaciones. Consolida el conocimiento y demuestra su utilidad práctica formulando prioridades para el cambio y las estrategias para lograrlo.

Muchos estudios de su tipo de diferentes centros de estudios no fueron publicados formalmente pero se utilizaron en negociaciones colectivos o como antecedentes en la acción local. Existen, sin embargo, estudios documentados y publicados sobre las industrias del acero, automóvil, metalurgia, química, textil, calzado, petroquímica, vestido, cerámica, alimentos y cemento, así como sobre los trabajadores de la construcción, agrícolas, hospitalarias, transporte y electricidad, particularmente, pero no de forma exclusiva, de grandes empresas (Laurell, 1984). Los trabajadores participaron activamente en las decisiones no sólo sobre qué se estudiaría, sino también en las mediciones y en la interpretación de datos. Los estudios publicados son escritos por grupos de trabajo sobre salud en un consejo de fábrica específico, por sindicatos y algunos profesionales y/o trabajadores individuales. Los estudios se publicaron en panfletos y libros sindicales y como artículos en publicaciones sindicales o científicas.

El Centro de Investigación y Documentación sobre los Riesgos de Trabajo y Daños a la Salud inició la publicación de una revista, *Medicina dei Lavoratori* (Medicina de Trabajadores), con el formato de una publicación científica tradicional, en 1974 que se convirtió en el principal foro de publicación de estos estudios. Un video que documenta el trabajo con el Modelo Obrero se encuentra en: <http://www.youtube.com/watch?v=5-efXmeNP0w&feature=youtu.be>.

Estos estudios crearon una conciencia generalizada sobre la importancia del trabajo para la salud y aumentó la visibilidad social de la investigación, la evidencia encontrada y la acción en torno a ésta. Esto influyó la concepción de la salud pública y de las instituciones de salud, puesto en evidencia en la política de salud pública de 1978, conocida como la Reforma Sanitaria. Tuvieron un impacto directo sobre los acuerdos de la negociación colectiva y la legislación laboral, con reconocimiento del derecho de los trabajadores de llevar a cabo sus propios estudios sobre la salud y condiciones de trabajo y sobre el derecho a la información en sus centros de trabajo (Laurell, 1984). Los sindicatos crearon sus propias instituciones de salud ocupacional y centros de investigación y documentación. El efecto combinado de estos cambios contribuyó al declive de los problemas relacionados al trabajo y a los accidentes laborales (Berlinguer, 1979).

Fuente: Loewenson, Laurell y Hogstedt (1994)

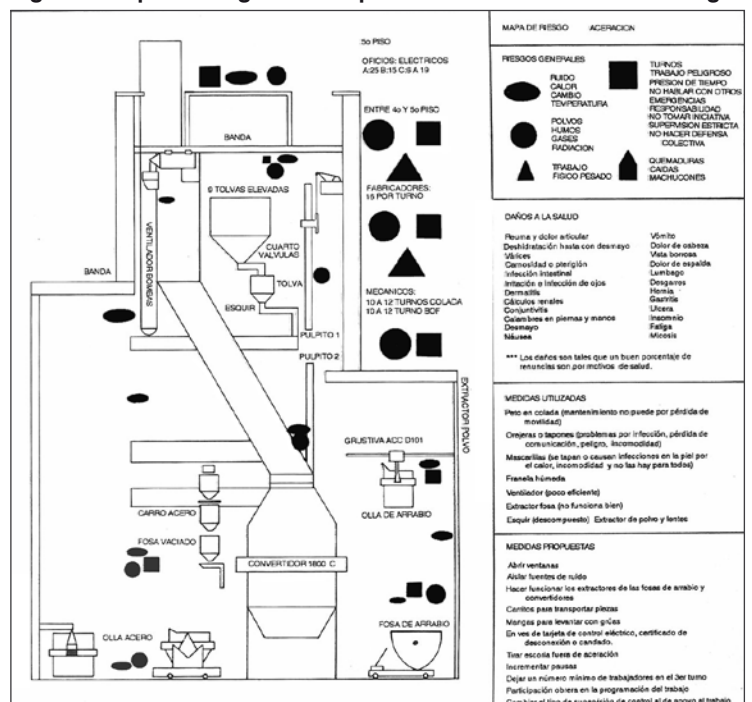
Manteniendo estos pasos, los métodos específicos del Modelo Obrero han sido modificados y se ha seguido desarrollando en diferentes contextos. En América Latina un cuestionario colectivo fue aplicado para la salud en trabajo. Cubría cinco temas generales:

- 1 las características del proceso de trabajo;
- 2 sus riesgos o cargas;
- 3 el daño a la salud, entendido como los trastornos y enfermedades que éstos provocan;
- 4 las medidas de protección existentes; y
- 5 las medidas de protección propuestas por los trabajadores para proteger y promover la salud.

En cada uno de estos temas el cuestionario colectivo plantea una serie de “preguntas o temas de discusión”. Éstos orientan la discusión pero se mantiene suficiente espacio para que los trabajadores expresen sus percepciones, ya que no hay preguntas cerradas. La información se recolectó para un grupo de trabajadores y no de individuos y generalmente es cualitativa. Sin embargo, permite una estimación de la magnitud o intensidad de los riesgos o cargas, la proporción de trabajadores expuestos y también de la proporción de trabajadores que experimentan daños a la salud. Los mapas de riesgo hacen una síntesis gráfica de estos elementos (descrito en Laurell *et al.*, 1992; *Parte cinco, documento 7*, con un ejemplo mostrado en la Figura 3).

Un grupo de investigación brasileño modificó el cuestionario colectivo después de haberlo utilizado con trabajadores de diferentes sindicatos, para estandarizar la información y permitir el procesamiento computarizado o agregar el proceso de observación y análisis del trabajo (Facchini y Gastal, 1992; Noriega, 1995).

Figura 3: Mapa de riesgo de un departamento de una fábrica siderúrgica



Fuente: Laurell y Noriega (1987)

VER PARTE 5: DOCUMENTO 7

Laurell *et al.* (1992) describen con más detalle el proceso completo y las herramientas para los estudios sobre la salud de los trabajadores utilizando mapas de riesgo y cuestionarios colectivos en México. También comparan la información sobre riesgos, daño a la salud y sus relaciones utilizando métodos participativos con los resultados cuantitativos obtenidos de cuestionarios individuales.

VER PARTE 5: DOCUMENTOS 11 y 12 para ejemplos de diferentes procesos de investigación-acción participativa y las herramientas utilizadas en ellos.

Los procesos descritos en esta sección siguen pasos similares de escuchar, sistematizar la experiencia, problematizar, obtener evidencias, analizar, actuar y transformar. Todos desplazan el poder hacia aquellos que sufren el problema. No obstante, la manera en la que esto se realiza varía dependiendo del contexto. El Modelo Obrero es un modelo de conflicto o emancipatorio respecto al conocimiento y el poder.

En un proceso totalmente distinto, inspirado por el pensamiento crítico de Freire, el 'Teatro para el Desarrollo' fue desarrollado a mediados de los años setentas en África Oriental y en Botswana. Surgió a partir de una confluencia de trabajos sobre la consciencia crítica y concientización, el análisis social y la teología de la liberación. El Teatro para el Desarrollo utiliza dramas como "códigos" que facilitan el análisis. Los facilitadores realizan "estudios orales" en las comunidades y preparan códigos, por ejemplo dibujos o canciones que expresan conflictos y problemas locales. Cada código es discutido y analizado con grupos focales o en una sesión pública, dentro del

contexto de las relaciones humanas, como ejercicios que fomentan la autoestima y la motivación. A través de este análisis se planea la acción. La acción incita mayor reflexión, discusión y análisis. El teatro Delta es un ejemplo de un proceso que se ha desarrollado de esta forma, utilizando teatro participativo e interactivo para promover el análisis, el diálogo y el cambio social en comunidades de varios países, pero particularmente en los Estados Unidos (ver [http:// theaterdelta.com/](http://theaterdelta.com/)). Un ejemplo más de este enfoque realizado en Nigeria se describe en el *Recuadro 15*.

La naturaleza cualitativa de estos métodos y los desplazamientos de control hacia las comunidades no los hace menos válidos o confiables en términos científicos. Puede hacer lo contrario, lo que se discute más ampliamente en la Parte tres. Por ejemplo, en 1992, el Departamento de RUHSA de la Universidad Médica Cristiana en Vellore, en el sur de India, comparó dos enfoques de clasificación de la riqueza para identificar gente rural pobre. El primero era un índice compuesto calculado en un estudio sobre condiciones sociales y bienes que utilizó un formulario validado y administrado por cinco investigadores experimentados. El segundo era un ordenamiento comunitario generado por medio de la clasificación de la riqueza. Las dos clasificaciones llevaron a las mismas conclusiones para el 62% de los hogares. Para el 38% de los hogares donde había discrepancias entre los resultados obtenidos por medio de los dos métodos, la mitad fueron examinados por investigadores postdoctorales que realizaron visitas al hogar. Encontraron que la clasificación comunitaria expresaba de mejor manera la realidad observada que se encontraba en las visitas domiciliarias en el 92% de las discrepancias investigadas (Chambers, 1994).



Recuadro 15: Drama como un estudio escuchado y una herramienta para problematizar

Los médicos de la Universidad Ahmadu Bello en el Norte de Nigeria integraron a los habitantes al proceso de dramatización, construyendo escenarios provisionales a través de un "estudio escuchado". Estos dramas, contruidos a partir de las tradiciones locales de representación, se ensayan en espacios donde la gente se reúne. La gente es invitada a comentar, modificar y formar parte de las piezas de teatro. El análisis se lleva a cabo, no solamente a través de la discusión, sino también el drama mismo se convierte en el centro de una experiencia de aprendizaje.

Al invitar a la gente a introducirse en escenarios de la vida cotidiana, se alienta a que exploren posibles soluciones. Los espectadores se convierten en actores y la actuación se convierte en un ensayo para la acción. El Teatro para el Desarrollo en Nigeria se usa de forma incremental para explorar problemas de salud y sus causas, por ejemplo, en la salud reproductiva. Reconoce la naturaleza inherentemente conflictiva de los intereses, relaciones y el poder alrededor de algunas de estas cuestiones. Estas obras no solamente sirven como códigos para identificar riesgos y determinantes de salud de forma colectiva, también contribuyen al desplazamiento de las relaciones de poder necesario para abordar estos determinantes, para apoyar la demanda de servicios o su accesibilidad. El proceso de la construcción del drama frecuentemente estimula el conflicto creativo para facilitar la reflexión de los que tienen poder, así como para empoderar a aquellos que no lo tienen.

Fuente: Cornwall y Jewkes (1994)

Como se mencionó anteriormente, algunos procesos triangulan el análisis participativo con métodos positivistas más experimentales. Laurell *et al.* (1992: *Parte cinco, documento 7*) comparan la información sobre riesgos, daños a la salud y sus relaciones utilizando métodos participativos con lo obtenido de cuestionarios individuales. Incluso dentro de un proceso de investigación participativa, el grupo homogéneo puede explícitamente decidir utilizar tales herramientas pero bajo su control. Estas decisiones y la aplicación complementaria de diferentes enfoques es altamente dependiente del contexto. Por ejemplo, la larga historia de consensos políticos en Suecia proporcionó el contexto para foros incluyentes y deliberativos para la participación pública. Al mismo tiempo, su enfoque racional de política social también dio prominencia al conocimiento especializado (Bergh, 2004). A lo largo de varias décadas durante 1900, varias formas de investigación expresaban ambas perspectivas en Suecia.

En un estudio, Gardell y sus colegas investigaron el papel del control de los trabajadores sobre el ritmo y los métodos de trabajo y la naturaleza y contenido del trabajo como factores para el estrés y las enfermedades (Gardell, 1982). El grupo de Gardell trabajó de forma cercana con organizaciones sindicales internacionales y locales en investigación-acción que situara al conocimiento y al cambio al nivel del centro de trabajo. Al mismo tiempo, el Congreso de Organizaciones Sindicales Sueco realizó una serie de estudios entre 1968 y 1980 para influir en la negociación colectiva nacional. Utilizaron cuestionarios formales para obtener información de miembros y representativos de los sindicatos a nivel del centro de trabajo sobre su experiencia en los ambientes de trabajo, incluyendo los riesgos psico-sociales y ergonómicos, que la investigación de Gardell había identificado y que hasta ese momento eran poco reconocidos. Al hacer los estudios de manera directa dentro de los sindicatos, el

Congreso pudo vincular el conocimiento a la negociación colectiva para lograr un cambio. Los representantes de los trabajadores en los sindicatos controlaron el proceso, pero ellos decidieron utilizar un estudio más tradicional ya que consideraban que tendría mayor impacto en las negociaciones nacionales (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994; Bergh y Erlingsson, 2010).

La selección de los métodos necesita considerar la decisión del grupo homogéneo sobre qué es adecuado. No existe una caja de herramientas simple o fórmula prescriptiva para la investigación-acción participativa. Los grupos sociales involucrados pueden decidir utilizar métodos que mantengan la anonimidad, tales como en situaciones de alto riesgo personal, altos niveles de violencia y conflicto o en áreas donde las comunidades son sensibles respecto a la confidencialidad (Bourke, 2009).

En el trabajo descrito por Garwick y Auger (2003: *Parte cinco, documento 8*), la narración de cuentos era identificada por las comunidades involucradas como la manera más apropiada de recolectar evidencias y construir una relación de confianza para apoyar la reflexión y la acción. En contraste, el *Recuadro 16* describe un proceso y un contexto distinto donde los trabajadores de la salud comunitarios sólo recolectaron historias generadas de manera local sobre el uso de servicios de salud materna si sentían que no generaría desconfianza o interferiría con su papel como trabajadores comunitarios.

VER PARTE CINCO: DOCUMENTO EMPÍRICO 8

Garwick y Auger (2003) describen el contexto cultural y social que hizo de las narraciones el método de elección en la investigación-acción participativa con las comunidades indoamericanas sobre las necesidades de las familias que cuidaban de niños con enfermedades crónicas y discapacidades. El proceso completo y el trabajo en este programa a largo plazo se describen en el documento.



Drama comunitario, Uganda



Recuadro 16: Usando narrativas en la investigación con intervenciones en Chicago

Los trabajadores sociales de un proyecto comunitario de intervención en Chicago recibieron entrenamiento en la metodología de investigación cualitativa y certificación de ética en la investigación.

Usaron una línea de teléfono con un Protocolo de Voz por Internet (VoIP en inglés) para hacer relatos de los desafíos que enfrentan las mujeres con las que se encontraban en sus actividades de promoción, así como sus propias experiencias como trabajadores. Por medio de acuerdos colaborativos, su papel era documentar sistemáticamente las historias de estas mujeres. Estas historias se vieron como cruciales para la evaluación, ya que describían experiencias que impedían el acceso de las mujeres a los servicios de salud a los cuales tenían derecho. El sistema de Protocolo de Voz por Internet permitió que los promotores, cuando tenían oportunidad, llamaran para documentar las historias de las mujeres y sus reflexiones sobre su papel como promotores e investigadores. Cuando un trabajador encontraba a una mujer con una historia que parecía particularmente relevante a los objetivos del programa, buscaba consentimiento verbal para reportar su relato, enfatizando que no se revelarían identificadores personales. Se utilizaron análisis temáticos para analizar las historias y se proporcionó el análisis al equipo involucrado, incluyendo a los promotores.

Muchas de las historias reportadas por los promotores reflejaban información sobre riesgo recolectada en formas de evaluación de proceso, incluyendo historias de resultados adversos del embarazo (e.g. parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal e infantil) y factores de riesgo para resultados adversos del embarazo (e.g. edades y pesos extremos y múltiples embarazos indeseados). De igual forma, las historias evidenciaron otra información de salud, como aquella sobre enfermedades crónicas, estrés, depresión y violencia doméstica. Además, los relatos proporcionaban información sobre una variedad de riesgos de salud y sociales que no se recababa con otros métodos de recolección de datos. Las más notables eran las historias de encarcelamiento, desempleo, educación interrumpida, inestabilidad de vivienda, discordia familiar y adicciones. En lugar de revelar nuevas categorías de riesgo, la información de las historias agregó una riqueza de detalles que ofreció una idea más clara de la magnitud y multiplicidad de los problemas de las mujeres embarazadas de bajos ingresos que los formularios de evaluación y de proceso. Aunque la información de las historias no se tradujeron inmediatamente en cambios de programa, los problemas que mostraban (e.g. la grave necesidad de vivienda) formaron parte de la discusión colectiva dentro de la comunidad profesional de salud materna e infantil tanto en Chicago como en el país (Peacock et al. 2011: 2278).

Los promotores se sintieron satisfechos al ser valorados su conocimiento y habilidades de forma apropiada. Creían que era importante contar las historias detalladas de las mujeres en lugar de que se representaran como marcas simples en una lista o con pocas palabras en un formulario. Sin embargo, reportaron que se sentían incómodos al usar el “sombrero de investigador” al hablar con los clientes, pues anulaba la confianza necesaria respecto a su papel normal. Se llegó al acuerdo de que si al pedir permiso para compartir la historia se ponía en peligro la oportunidad de inscribir a la mujer en los servicios, los trabajadores abandonarían su papel de investigador en aras de satisfacer las necesidades de la mujer.

Fuente: Peacock et al. (2011)

2.4 Utilizando nuevas tecnologías de la información

Esta sección explora como el acceso creciente a la tecnología de la información y el crecimiento de los métodos y las herramientas visuales para la interconexión en red y recolección de información abre nuevas posibilidades para realizar investigación participativa y para emplear el conocimiento local en la producción del cambio.

Las tecnologías de información y visuales son ahora más diversificadas y accesibles. Las imágenes y el levantamiento de mapas digital mejoran el acceso y el intercambio de realidades locales. Los medios sociales (blogs, tweets, y otros) proporcionan maneras de comunicación de experiencias para el análisis colectivo. Los teléfonos celulares permiten comunicar y acumular evidencias dentro de redes sociales más amplias. Las tecnologías de levantamiento de mapas y la colaboración abierta distribuida (crowd-sourcing) proporcionan sistemas para el reporte ciudadano, incluyendo en las comunidades más pobres, tales

como los barrios bajos urbanos de Kibera en Nairobi (IDS, 2013). Las oportunidades para utilizar medios de comunicación en la investigación-acción participativa están creciendo a través del teléfono celular con la doble función de cámara fotográfica y de video, ya que ahora es una tecnología accesible para personas en barrios de bajos recursos.

Por ejemplo, en fotovoz la fotografía permite a las personas identificar, representar y entablar un diálogo crucial sobre procesos y situaciones que tienen impacto en la salud y sobre los sistemas de salud. Al construir capacidades en las comunidades locales para tomar fotografías, la gente puede registrar características, bienes y preocupaciones dentro de su comunidad o en su interacción con los sistemas de salud. Pueden utilizar las imágenes para promover el diálogo clave y el conocimiento a través de discusiones grupales basadas en sus fotografías. Este proceso proporciona entrenamiento y construcción de competencias. Puede optimar el entendimiento de los recursos y necesidades de una comunidad y facilitar los cambios en las políticas para ayudar a construir comunidades sanas.

Las fotografías tienen un potencial agregado único y algunas veces dramático para llegar a los formuladores de políticas por medio de la comunicación de las evidencias locales (Wang, 1999; Wang *et al.*, 2000; Catalani y Minkler, 2010). Proyectos de fotovoz han sido utilizados para considerar una gama más amplia de preocupaciones de la salud y comunitarias, incluyendo asma y diabetes, control de tabaquismo, prevención de violencia, obesidad y actividad física, y VIH. Han hecho posible la interacción con las necesidades y experiencias de la salud de grupos sociales particulares en marcos específicos, como se describe en el *Recuadro 17*.

Una revisión de proyectos de fotovoz hecha por Catalani y Minkler (2010) encontró diferentes niveles de poder político, socio-económico, de privilegio y de estatus entre los diversos actores de los proyectos y concluyó que no siempre se obtenía un desplazamiento poder hacia las comunidades.

Wang *et al.* (1998: *Parte cinco, documento 13*), quienes utilizaron fotovoz con mujeres rurales en el Programa de Desarrollo y Salud Reproductiva de la Mujer en Yunnan, China, indican que fueron necesarios grados variados de participación para distribuir de manera ética los costos y beneficios asociados con la participación. Fue central la participación completa de miembros de la comunidad para algunas etapas del proyecto, incluyendo la toma de fotografías, la selección de ellas para discutir, contextualizar y contar historias, codificarlas, divulgar los hallazgos a través de presentaciones comunitarias y conducir la evaluación de los proyectos. Sin embargo, inicialmente las mujeres rurales no se involucraban en la conceptualización,



Fotógrafo comunitario comparte imágenes con niños, Tanzania

© EQUINET, 2009

desarrollo y administración del proyecto ni formaron parte en la promoción del cambio de políticas.

En contraste, Lykes *et al.* (2001) habían estado trabajando con mujeres rurales de Guatemala por muchos años antes de que se asociaran para iniciar un proyecto de fotovoz enfocado en la verdad y la reconciliación. En este proyecto, el control comunitario era muy elevado. Los investigadores sirvieron como facilitadores y consejeros técnicos para los líderes de la comunidad quienes guiaron cada etapa del proyecto. Los altos niveles de participación en este proyecto requirieron dedicación a largo plazo para construir capacidad local para la investigación y fotografía documental entre las mujeres rurales quienes tenía poca o nula educación formal (Catalani y Minkler, 2010).

Tomando como base la idea y metodología de fotovoz, un nuevo enfoque, videovoz ([http:// video-voice.org](http://video-voice.org)), proporciona videocámaras a miembros de la comunidad. Se utiliza esta tecnología de manera similar junto con el análisis crítico de bienes y problemas comunitarios para recolectar información y utilizarla para cambios en programas, políticas y prácticas.

VER PARTE 5: DOCUMENTO 13 & 14

Wang *et al.* (1996: Parte cinco, documento 13) describen cómo la fotografía proporciona una herramienta para las mujeres en China quienes anteriormente no tenían voz alguna en la toma de decisiones. Pueden recolectar y comunicar evidencias de manera que es accesible en los procesos de formulación de política. La alfabetización no es una barrera en este método y no todas las mujeres son capaces de leer o escribir. Sus exhibiciones eran complementadas con otras fuentes de evidencias, tales como entrevistas con antropólogos locales.

Young y Barret (2001: Parte cinco, documento 14) utilizaron cuatro técnicas visuales para la investigación participativa con niños de la calle en Kampala para desarrollar la comprensión de su espacio callejero y sus estrategias de supervivencia, así como sus propuestas de acciones para mejorar sus vidas. A pesar de que el documento no detalla las acciones realizadas, muestra el papel de los métodos visuales para visibilizar realidades y voces que usualmente se pierden en los sistemas formales.



Recuadro 17: Tres experiencias del uso de la fotografía en la investigación-acción participativa con jóvenes

Levantamiento de mapas de entornos escolares en los Estados Unidos

El proyecto de Estrategias de Empoderamiento Juvenil (YES! En inglés) en el Condado West Contra Costa en California hizo de fotovoz una parte central de su programa extracurricular en seis escuelas. Involucró y entrenó a más de 120 jóvenes de entre 10 y 12 años acerca del pensamiento crítico, la investigación participativa y la organización de acción social. Como parte del plan de estudios, bajo la guía de parejas de estudiantes universitarios, se les dio cámaras baratas a grupos de cinco a seis jóvenes y se les enseñó los fundamentos de la fotografía. Esto se dio junto con el levantamiento de mapas de recursos y riesgos y otros métodos de evaluación de las fortalezas y problemas de su entorno escolar. Después discutieron sus fotografías e idearon colectivamente planes de acción social.

De los 28 grupos YES! que se llevaron a cabo a lo largo de tres años, todos menos dos concluyeron sus proyectos de acción social. Estos incluyeron una campaña de sensibilización pública sobre los peligros de la descarga en un arroyo detrás de la escuela, evaluación de las preocupaciones principales de los estudiantes y la elaboración de métodos para resolverlos y un escrito a un ingeniero de construcción para quitar, con éxito, una choza en la escuela que atraía a consumidores de droga. Los hallazgos preliminares comparando los participantes con controles de escuelas que no formaron parte de YES!, los primeros mostraron una mejora sustancial en impacto: una sensación de control, orientación hacia el futuro y una conducta pro-social.

Fuente: Minkler et al. (2012)

Evaluando barrios pobres en las ciudades de Escocia

En Escocia, una investigación comunitaria, participativa y cualitativa usó fotovoz con gente joven que asistía a un proyecto juvenil en un barrio pobre. Se les dio cámaras desechables a los participantes para que tomaran fotografías de cosas en su barrio que los hacían sentir felices y sanos (como parques para relajarse o esfuerzos que se hacían para mantener áreas limpias) y aquellas que les hacían sentirse infelices o enfermos (tales como casas abandonadas o dañadas, vandalismo, animales agresivos). Cada participante eligió diez fotografías y sus significados. El grupo utilizó éstas para identificar y explorar aspectos de su barrio que tenían un impacto directo sobre su bienestar mental, como el financiamiento desigual en su comunidad y los temores respecto a seguridad.

Analizando su discusión por temáticas, se revelaron los asuntos más importantes para el bienestar mental de los participantes. Los jóvenes generaron de forma activa información rica y contextualizada sobre su vida y barrio e identificaron acciones locales viables y correctivos a los problemas detectados en aspectos modificables del ambiente que podrían tener un efecto benéfico

Fuente: Watson y Douglas (2012)

Entendiendo factores que promueven la salud de jóvenes en Papua, Nueva Guinea

Se considera que los jóvenes en Papua, Nueva Guinea son particularmente vulnerables al VIH. Su entendimiento de la salud y el VIH crea la base de su interacción con los programas de prevención de VIH, pero la literatura que documenta sus puntos de vista es limitada. La investigación participativa se condujo con 31 jóvenes en dos diferentes entornos en los altiplanos del país para analizar por medio de la fotografía sus percepciones de los factores que influyen la salud de los jóvenes en su contexto local. La evidencia enfatizaba que los adultos influyentes y los lugares o procesos donde los jóvenes y líderes comunitarios entran en contacto son factores clave con el potencial de promover la salud en los ambientes en los que viven.

Fuente: Vaughan (2010)

Un proyecto de videovoz después del huracán Katrina en el noveno distrito de Nueva Orleans se convirtió en un video impactante que se exhibió en dos proyecciones comunitarias amplias. Las proyecciones, que atrajeron 200 personas, suscitaron un diálogo sobre raza, educación y otras cuestiones que, se reportó, motivaron un compromiso comunitario para trabajar por un cambio.

Una nueva organización local sin fines de lucro ha realizado desde entonces muchos otros videos usando la información recolectada. Utiliza los videos para presionar por cambios en las políticas, con miles de visitas a sus videos en YouTube (Catalani *et al.*, 2012 in Minkler *et al.*, 2012).

VideoSEWA (<http://www.videosewa.org>) es un ejemplo adicional del uso del video. Es una cooperativa dirigida y administrada por trabajadoras y afiliada a la Asociación de Mujeres Auto-empleadas en India. Las vendedoras de verduras, artesanas y trabajadoras de la construcción aprendieron a hacer videos y utilizar la tecnología como una herramienta para recolectar y comunicar testimonio, experiencias y voces de mujeres trabajadoras en la economía informal para comprometerse en los cambios en la política, incluyendo en torno a la salud y los sistemas de salud.

Madon y Sahay (2002) dan el ejemplo de Jana Sahayog, una organización no gubernamental con base en Bangalore cuya misión es mejorar el entorno informativo de habitantes de los barrios pobres de la ciudad. Reconociendo que mucha información crucial se obtiene de fuentes informales (tales como los habitantes de los barrios mismos), Jana Sahayog identifica y promueve prácticas tradicionales de comunicación, pero también utiliza otros medios como audio cassettes y cintas de video debido al nivel de analfabetismo en estos barrios. Los habitantes de estos barrios son motivados a producir grabaciones de audio y video donde describen sus problemas y necesidades. La investigación también utiliza tecnologías de la información y comunicación, sistemas de información geográfica y aplicaciones de gobierno electrónico para construir y utilizar sistemas de información comunitarios (Madon y Sahay, 2002).

Los desarrollos de la tecnología han creado también nuevas posibilidades para el mapeo participativo. Además de la fotografía comunitaria, otros acercamientos incluyen entrevistas para estimular la fotografía y sistemas de información geográfica con participación pública (GIS en inglés). Hassan (2005) describe el uso de dicha tecnología de información para abordar el impacto del envenenamiento por arsénico en Bangladesh. Un sistema de participación pública fue desarrollado al combinar métodos para la evaluación rural participativa y los sistemas de

información geográficos. Fue utilizado para organizar las evidencias sociales y de recursos en el área de estudio, introduciendo la participación comunitaria en la planeación de pozos entubados profundos y así mitigar el envenenamiento por arsénico.

En estas estrategias los participantes generan imágenes, narraciones y otro tipo de información cualitativa que puede ser vinculada a lugares específicos por medio de unidades de sistema de posicionamiento global (GPS en inglés) portátiles. La información vivencial puede ser integrada con información espacial (tal como sobre el crimen, la vivienda o el transporte) al incorporar ambas a un sistema de información geográfica para el levantamiento de mapas y el análisis. El resultado es una imagen unida de la experiencia de la gente en salud y territorio (Dennis *et al.*, 2009).

El levantamiento participativo de mapas GPS ha sido utilizado por grupos comunitarios para explicar y brindar información visual de alto impacto para ayudar a tratar un amplio rango de desigualdades en salud. Por ejemplo, una comunidad en Brooklyn, Nueva York, generó mapas y desafió de manera exitosa la aprobación por la ciudad de un centro de transferencia de residuos. Los mapas sirvieron como evidencias del esperado impacto acumulado sobre los residentes de la comunidad en las negociaciones (Minkler *et al.*, 2012).

Google maps es un ejemplo de una herramienta accesible en línea que también ha sido utilizada para diseñar y personalizar mapas interactivos de comunidades locales. Tiene características únicas que ayudan a los grupos a identificar indicadores territoriales, tales como sitios de abasto, parques y escuelas, para después sobreponerlos en capas y así se pueden relacionar las instalaciones con las necesidades. Pueden utilizarlas para comparar la distribución, por ejemplo, del número de tiendas en un área con en número de licorerías (Catalani y Minkler, 2010).



Entrenamiento comunitario de videovoz, Nepal

Las tecnologías han sido utilizadas en procesos sucesivos. Por ejemplo, en uno de dichos procesos, los participantes recibieron cámaras digitales y unidades GPS para fotografiar su vecindario, documentando el uso rutinario de espacios comunitarios y recreacionales. Posteriormente, las fotos se convirtieron en los objetos de entrevistas en las cuales narraciones individuales y colectivas fueron asociadas a imágenes particulares. Las imágenes fueron después dibujadas en un mapa por los participantes como parte de un SIG a nivel vecindario que incluía otra información espacial. El levantamiento de mapas fue “examinado” para producir un estudio cualitativo y cuantitativo que presentara la experiencia espacial en salud de las personas. Análisis visual, espacial y verbal se combinó para plantear y reflexionar sobre cuestiones susceptibles a la acción local y sobre las que se podía actuar de manera local y niveles más generales (Dennis *et al.*, 2009).

Las nuevas redes sociales también representan la oportunidad de compartir información entre grupos sociales en diferentes ubicaciones geográficas. Por ejemplo, la plataforma Ushahidi (que significa testimonio en Swahili; <http://ushahidi.com/products/ushahidi-platform>) fue desarrollada inicialmente tras la violencia en las elecciones en Kenia en el 2008. Los individuos podían publicar y compartir información sobre las irregularidades en el proceso electoral y la gente respondía por mensajes de texto o en la web. Desde entonces ha sido utilizado extensamente por colectivos sociales en muchos países para obtener y compartir información y experiencias en diferentes dimensiones de su trabajo, ambiente y bienestar. Es uno

de muchos recursos basados en el internet que apuntan a la posibilidad de que la tecnología de la información supere la naturaleza “local” del conocimiento generado en la investigación-acción participativa. Esto funciona si se utiliza con procesos sistemáticos para vincular grupos con intereses compartidos (por ejemplo, trabajadores de aerolínea, como en el *Recuadro 23*, sección 2.6) y para organizar la validación colectiva.

Esta sección ha mostrado algunos ejemplos de las posibilidades para mejorar la participación comunitaria en la investigación-acción y en la promoción de políticas a través del desarrollo tecnológico. La validez y relevancia de estas nuevas herramientas y métodos varía dependiendo del contexto. Por ejemplo, el video de Nueva Orleans mencionado anteriormente, es crucial para entender la vida en un barrio dinámico y en resistencia. Tal video puede, no obstante, ser irrelevante en contextos donde la gente no quiere que su testimonio sea visto o en grupos que quieren evitar ser visibles.

Como se menciona a mayor profundidad en la sección 3.3, la validez interna de estas enfoques puede y debe ser fortalecida, lo cual incluye la triangulación con otras fuentes de evidencias y métodos para comprobar los hallazgos con los miembros de la comunidad (validación colectiva) (Catalani *et al.*, 2012).

2.5 La revisión, reflexión y evaluación de la acción

Esta sección explora los métodos y problemas para evaluar el proceso y los resultados de la investigación-acción participativa. Debe señalarse que el proceso en sí integra la reflexión y la revisión; es parte integral de la investigación y la generación de conocimiento. En la sección 3.3 se discute detalladamente las cuestiones de la evaluación de la calidad de las evidencias en la investigación-acción participativa.

En nuestra búsqueda de literatura no encontramos una revisión amplia y sistemática que evaluara a la investigación-acción participativa como una práctica. Sería sorprendente encontrarla, dado el rango de contextos, actores y métodos específicos que fueron mencionados anteriormente. Existen algunos estudios que han buscado relacionar la investigación-acción participativa con los resultados en salud.

Una revisión sistemática y meta-análisis del 2013 sobre el aprendizaje participativo y acción con grupos de mujeres encontró efectos considerables sobre los resultados en salud (una diferencia de 37% y 23% en



Fotografía comunitaria de salud, Tanzania

© EQUINET 2009

la mortalidad materna y neonatal, respectivamente, entre las áreas de intervención y de control) (Prost *et al.*, 2013). Esta revisión resumió los resultados de siete pruebas (de Asia Meridional y el primer estudio de su tipo en África Subsahariana). A pesar de los resultados alentadores, la revisión mostró que existía una falta de atención al proceso y expresó una preocupación respecto a su potencial de ampliación (Victora y Barros, 2013).

Se requiere actuar con precaución al evaluar los resultados de las intervenciones participativas. Las evaluaciones que manejan a la participación como una “intervención” la sobresimplifican y los paradigmas de relaciones causales lineales son limitantes (Marston *et al.*, 2013). Como es el caso en otras áreas de investigación, atribuir el cambio directamente a acciones o evidencias específicas es problemático, pues también se ve afectado por factores más amplios incluyendo los económicos, políticos e institucionales que se encuentran fuera de la esfera del trabajo. Debido al papel de tales fuerzas externas, la naturaleza compleja de la formulación de políticas, del cambio institucional y de la toma de decisiones, así como las relaciones sociales en competencia, criticadas y en constante cambio, los diseños experimentales que buscan identificar las relaciones causa y efecto son menos adecuados que aquellos diseños que buscan reflexionar y entender preguntas respecto a “¿Qué funcionó para quién y por qué?” para formular sus estrategias.

En algunas circunstancias, las comunidades han buscado a un evaluador externo para responder a las posibles percepciones de los financiadores o

formuladores de políticas respecto al rigor o validez de la evaluación (Minkler *et al.*, 2012). Incluso en estos casos puede ser más útil usar formas de evaluación realista basada en el realismo crítico. La evaluación realista explora cómo se producen los cambios y qué es importante de las condiciones en las que la intervención que ejercen una influencia en los resultados se llevan a cabo (Tilley, 2000). Esto permite ubicar al trabajo en el contexto de un contexto más amplio y los procesos que afectan a la participación y el poder.

Sin embargo, la reflexión sobre la práctica y la transformación se encuentra más incorporada dentro de la investigación-acción como parte del proceso de construcción de conocimiento en la espiral de la investigación-acción participativa, delineada en la sección 2.1.

VER PARTE 5: DOCUMENTO 16

Rasmussen *et al.* (2006) evaluó una intervención, guiada por principios de la investigación-acción participativa que se dirigía a problemas tradicionales del ambiente laboral en la industria de plástico epoxídico. Utilizó un diseño cuasi experimental con mediciones de antes y después y un grupo de comparación en un periodo de tres años y medio. La evaluación incluía medidas de los resultados en salud pero también cambios en las relaciones sociales en el lugar de trabajo. Encontraron cambios positivos en el papel de representantes de seguridad elegidos por los empleados, en las actitudes de éstos hacia la seguridad y el entendimiento colectivo hacia ésta como una responsabilidad compartida y llevó a un sistema de gestión menos jerárquico. También encontraron una reducción del 66% en la incidencia de eczema y una reducción del 48.6% en la incidencia de accidentes ocupacionales.



Recuadro 18: Evaluando el trabajo de rendición de cuentas por Twaweza Tanzania

Una organización no gubernamental de África Oriental, Twaweza (que significa “podemos hacerlo” en Swahili) es una iniciativa con duración de diez años centrada en los ciudadanos que persigue un cambio a gran escala”, particularmente en la política y práctica de educación. Twaweza teoría sobre el cambio usa el siguiente modelo: :

acceso a la información → acción ciudadana → respuesta del estado → resultados mejores

En el 2013, Twaweza comisionó una evaluación para reflexionar sobre la “caja negra” de las premisas del modelo y si todas eran válidas y alcanzadas. La evaluación planteó cuestiones con una relevancia más amplia para los procesos participativos, por ejemplo si todos los pasos y aportes para el cambio se abordan o sobre el riesgo de invertir en los procesos de demanda (que construyen las exigencias ciudadanas) sin apoyo a los procesos de oferta (que construyen la capacidad estatal para prestar servicios). La evaluación destacaba la necesidad de analizar cuidadosamente la forma más conveniente de la acción participativa y el ecosistema dentro del cual la acción se lleva a cabo. Requirió medidas para tratar la inercia dentro de un sistema. Señaló que tanto los procesos de demanda como los de oferta pueden fallar por lo que se puede necesitar es la resolución colectiva de problemas. Esto reúne a ciudadanos, el estado y otros agentes involucrados en las relaciones en las relaciones de intermediación para construir de confianza y encontrar soluciones, reconociendo que a veces los ciudadanos más activos son empleados estatales y miembros de los sindicatos públicos.

Fuente: Green (2013)

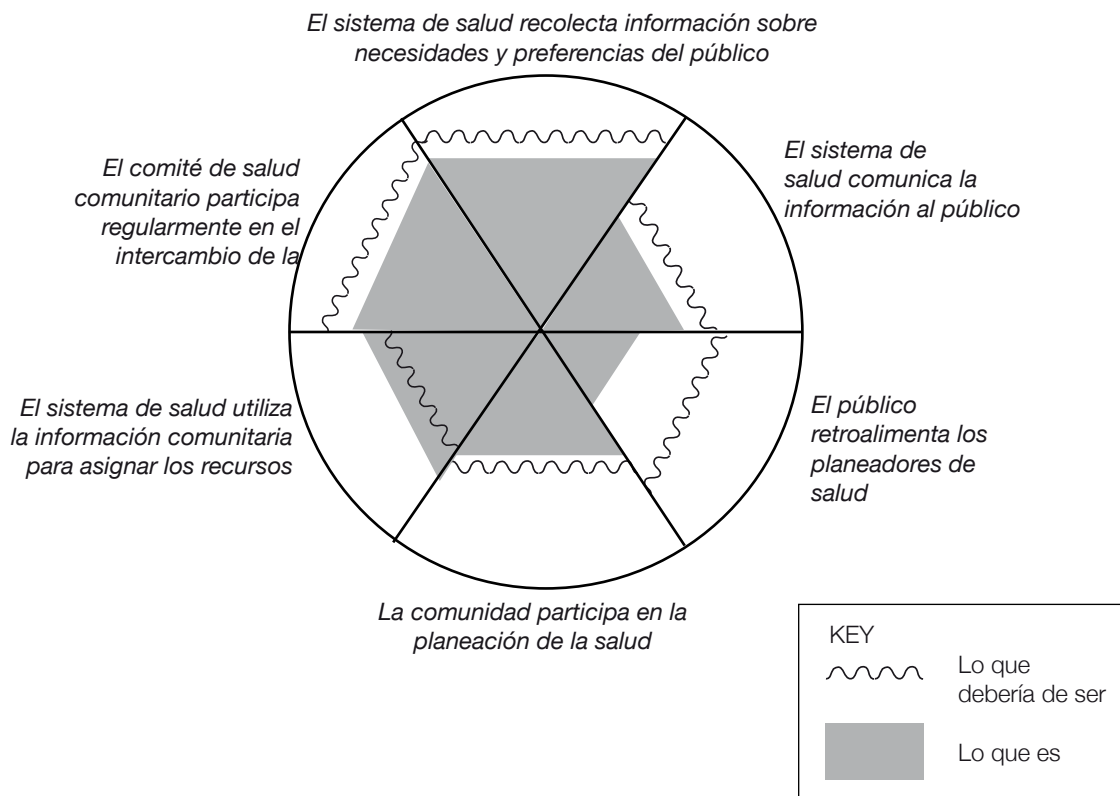


Recuadro 19: Usando una gráfica de rueda para la evaluación participativa

La gráfica de rueda puede ser utilizada para revisar colectivamente varias dimensiones situaciones, procesos o resultados que proporciona medidas cuantitativas de evaluación del cambio cuando se repiten a lo largo del tiempo. Los participantes trabajan en grupos pertinentes para el proceso. Por ejemplo pueden ser grupos sociales con diferentes experiencias de los procesos o resultados. Dibujan una gráfica de rueda en blanco en un rotafolio y marcan cada “rayo” de la rueda con puntos del 1 al 5 (el 1 se coloca más cerca del centro). Cada segmento se etiqueta con una característica investigada, como son los resultados o procesos de cambio que se pretenden, dimensiones de participación, entre otros. Los participantes evalúan colectivamente el nivel del resultado. Para cada sección de la rueda discuten la situación o resultado y deciden cuál es su nivel. Una vez que han decidido, somborean el área de la sección.

La gráfica de rueda también puede usarse para reflejar el nivel que se demanda para un resultado, o cuál debería de ser la situación. Esto se marca en cada sección con una línea serpenteante (como se muestra en el diagrama). El espacio entre las dos marcas crea una imagen visual clara del espacio entre cual debería de ser la situación (la línea serpenteante) y la que es (área sombreada). Los niveles también pueden ser cuantificados para medir la diferencia entre ellos. Después de completar la gráfica se le “interroga”. Esto consiste en una discusión grupal de las diferencias y similitudes entre cada una de las gráficas de rueda o, si las gráficas se repiten a lo largo del tiempo, las diferencias entre éstas y lo que está impulsando—o bloqueando—el cambio. Si la gráfica se usa para medir el progreso en el tiempo, el área sombreada debería reflejar la situación al inicio y las líneas serpenteantes futuras o nuevas gráficas documentarían cualquier cambio.

En todos los casos se utiliza la gráfica como la base para la discusión, para explicar qué cambios han ocurrido, qué los han causado y qué se puede hacer al respecto. La evaluación e interpretación del grupo colectivo se registran. La gráfica de rueda se ha usado extensivamente en el trabajo participativo en la red pra4equity de EQUINET en África Oriental y sur para reflexionar sobre dimensiones de la participación en los sistemas de salud y cómo han cambiado mediante los procesos de investigación-acción participativa.



Fuente: Loewenson et al. (2006)



Recuadro 20: Lusaka indicadores de progreso y su situación en 2006

Lo que esperamos ver	¿Realizado?
1 El centro de salud recibe formatos y lineamientos sobre el plan del año siguiente	Si
2 Los comités de gestión de centro de salud retroalimentan a los departamentos y comités de centro de salud sobre los lineamientos de planeación	Si
3 Los centros de salud y la comunidad llevan a cabo reuniones conjuntas de planeación para el plan del próximo año	Si
4 Los participantes pueden explicar el formato de planeación a otros	En proceso
Lo que quisiéramos ver	
1 Ponerse de acuerdo sobre las actividades prioritarias del plan del siguiente año	Si
2 Elaborar borrador del plan de acción en conjunto con la comunidad	En proceso
3 Retroalimentación sobre la planeación por medio de reuniones regulares entre trabajadores de la salud y miembros de la comunidad	Si
4 Los departamentos y los comités de centros de salud reciben un reporte cuatrimestral financiero	No
5 Participantes son capaces hacer un plan de acuerdo al formato	En proceso

Fuente: Mbwili-Muleya et al. (2008: Parte cinco, documento 6)

Los métodos y herramientas descritas en las secciones anteriores, como el levantamiento participativo de mapas, la clasificación según importancia, los cuestionarios colectivos, las herramientas esquemáticas, los calendarios y la fotografía de igual manera pueden ser utilizados para revisar y evaluar el proceso. Estas herramientas pueden ayudar a reflexionar sobre la ubicación del cambio y si el cambio está en resultados identificados o procesos internos, también sobre la voz y poder de diferentes grupos en el proceso (ver ejemplo en el *Recuadro 19*).

Un método adicional para la revisión colectiva del avance respecto a sus objetivos fue utilizado en Zambia al mapear los resultados en comparación con los indicadores de progreso establecidos. Tal acercamiento fue adaptado de un enfoque de levantamiento de mapas de resultados de Earl et al. (2001). En la investigación-acción participativa, los indicadores de progreso son seleccionados en el momento de identificar los planes de acción en términos de lo que los participantes:

- *esperan* ver (situación ordinaria);
- *quieren* ver (un nivel superior o situación mejorada) y
- *les encantaría* ver (una situación más ideal).

Estos indicadores de progreso son entonces utilizados para dar seguimiento a los avances hacia los resultados buscados. Hay reuniones periódicas para evaluar los avances y discutir los obstáculos que deben ser superados y cuáles son oportunidades que deben aprovecharse. Un ejemplo de indicadores de progreso utilizados en el trabajo del Equipo de Manejo de la Salud del Distrito de Lusaka sobre la comunicación entre los trabajadores de la salud y las comunidades para la planificación se muestra en el *Recuadro 20*.

El artículo de Mbwili-Muleya et al. (2008: *Parte cinco, documento 6*) da más información sobre el uso de indicadores de progreso. En este caso la revisión continua fue un elemento decisivo para un proceso de cambio del sistema a largo plazo. También se discuten métodos adicionales para la evaluación participativa en la página web Caja de Herramientas Comunitaria (<http://ctb.ku.edu>) (Minkler et al., 2012).

El proceso de revisión de las acciones necesarias requiere considerar la dimensión temporal del cambio buscado. Algunos cambios institucionales o de política pueden ser rápidos. Por esto, los cambios locales descritos en Kawakami (2006: *Parte cinco, documento 12*), Mbwili-Muleya et al. (2008: *Parte cinco, documento 6*) y Inmuong et al. (2011: *Parte cinco, documento 9*), por ejemplo, son cambios del sistema local que se realizaron bajo el control de las comunidades y trabajadores de la salud y supervisores a nivel local.

Muchos cambios se llevan a cabo durante un periodo de tiempo más largo y con múltiples influencias. Esto conduce a enfoques que integran la revisión participativa y la evaluación como parte del funcionamiento de los sistemas de salud en lugar de como eventos únicos. Esto se hizo en el cambio institucional descrito por Batista et al. en Brasil (2010: *Quinta Parte cinco, documento 15*), en el despliegue más general del proceso en el sistema de salud que se describe en Mbwili-Muleya et al. (2008: *Quinta Parte cinco, documento 6*) o como se describe en la sección 2.7 sobre el sistema de información para la salud de los niños en Ciudad del Cabo (Byrne y Sahay, 2007)



Recuadro 21: Evaluando la participación en los servicios comunitarios de salud de Ghana

Los diagramas de araña se utilizaron para evaluar la participación y aplicarla a un programa de Planeación de Salud y Servicios Comunitarios (CHPS en inglés) en Ghana rural.

En una conversación comunitaria con una mezcla de usuarios de servicios, prestadores y miembros de comités de salud comunitaria, se evaluó la participación comunitaria en el programa CHPS usando un diagrama de araña para resaltar los factores que apoyaron la participación (por ejemplo el reconocimiento y uso de recursos comunitarios, integración a las estructuras comunitarias pre-existentes y correspondencia entre los servicios y los intereses comunitarios) y aquellos que la impidieron (por ejemplo la dominancia masculina y un liderazgo comunitario y estilos de gestión moralizante).

Fuente: Baatiema *et al.* (2013)

El nivel de participación y los desplazamientos de poder que se llevan a cabo en la investigación son fenómenos dinámicos, que en sí mismos son materia de revisión (Chung y Lounsbury, 2006). En un estudio de investigación participativa, los cambios tanto en el nivel como la naturaleza de la participación fueron evaluados en el transcurso del trabajo. Este trabajo demostraba cómo un entendimiento compartido de la participación evoluciona a medida que los papeles y relaciones de los involucrados se negocian y renegocian. También se plantea, de forma importante, que la ausencia de reflexión sobre las diferencias de poder puede llevar

a resultados de des-empoderamiento, incluso después de lograr un proceso aparentemente participativo. Se pueden crear fisuras difíciles de superar si no se resuelven los supuestos divergentes sobre el poder y el propósito (Chung y Lounsbury, 2006).

Existen procesos específicos de evaluación de la calidad de la participación como tal, particularmente sobre si el desplazamiento de poder y el control dentro de la investigación-acción participativa ha ocurrido, pues es éste el objetivo inherente del enfoque. Aquellos involucrados en el proceso han utilizado las herramientas, como las descritas en Mercer *et al.* (2008), “Lineamientos de confiabilidad probada para la evaluación de los proyectos de investigación participativa” para ayudar a revisar periódicamente el estado de la coalición en cuanto a su proceso y funcionamiento (Minkler *et al.*, 2012). Sin embargo, es muy difícil evaluar la participación.

Una gama de métodos participativos puede ser utilizada, la cual incluye los descritos anteriormente, excepto que en esta etapa la pregunta se enfoca en la calidad, nivel o distribución del poder, participación o control entre los miembros del grupo o partes del sistema en el proceso de investigación-acción participativa.

El programa de Planeación de Salud y Servicios Comunitarios de Ghana, descrito en el *Recuadro 21* es un ejemplo donde se utilizaron esquemas de “araña” para evaluar la participación. Los diagramas de araña también pueden ser aplicados para entender las diferentes experiencias sobre la participación de los diferentes grupos: las mujeres, los jóvenes, los hombres marginados, entre otros, permitiendo de esta forma, un análisis desglosado sobre a quién sirve el proceso y de qué manera lo hace (Baatiema *et al.* 2013).



©TARSC, 2014

Uso de un diagrama de araña para evaluar papeles de comités de salud. Reunión regional, Harare

2.6 Meta-análisis y métodos de análisis

Una preocupación en la investigación-acción participativa es qué tanto se puede generalizar el conocimiento obtenido. La naturaleza propositiva y de contexto específico de grupos homogéneos puede limitar la generalización. La sección 3.4 discute esto a mayor detall.

Los métodos específicos pueden ser ampliados y aplicados a un nivel más general. La clasificación participativa del grado de riqueza, por ejemplo, ha sido combinada con otra información cualitativa y cuantitativa para incrementar la comparabilidad en distintos contextos, para que las percepciones locales de pobreza se puedan emplear en el desarrollo de indicadores comparables entre comunidades. Chambers (2007) cita varios ejemplos que demuestran el potencial para una generalización más amplia de evidencias de investigación-acción participativa (ver *Recuadro 22*).

Chambers (2007) también presenta ejemplos de Filipinas de evidencias locales que fueron utilizadas a nivel nacional. Cuando trabajadores comunitarios de la salud realizaron sus propios mapas de enfermedades y produjeron cifras de los lugareños que discrepaban de las estadísticas oficiales, los oficiales públicos los aceptaron, ya que se mostraron más útiles para planear acciones prioritarias. La investigación participativa sobre propiedades en las Filipinas llevó a corregir las cifras, lo que duplicó la recaudación gubernamental del impuesto predial (Chambers, 2007).

El meta-análisis de hallazgos de diferentes lugares donde la investigación-acción participativa se realiza en la misma área de estudio también puede ser hecha utilizando procesos similares a aquellos utilizados para el meta-análisis de investigación cualitativa. Una revisión de la literatura de estos enfoques identificó una gama de métodos utilizados para ésto (ver *Recuadro 6* en la página 64) con una selección de referencias ejemplificando el método (las referencias completas son citadas en Machingura *et al.*, 2011). Regularmente, estos enfoques analizan el contenido de los hallazgos utilizando temas o categorías comunes e interpretando las comparaciones entre sitios para obtener conclusiones.

Esta sección no detalla los diferentes métodos. Las referencias citadas en el *Cuadro 6* proporcionan los detalles de los métodos de cada enfoque, sobre cómo organizan la información de lugares particulares como base de la comparación y análisis (por ejemplo, a través de un análisis temático estructurado, análisis de contenido o utilizando un elemento constante

comparativo en teoría demostrada) o cómo comparan y contrastan hallazgos para construir nuevos conceptos integrados (tal como en meta-etnografía)

En cuanto al meta-análisis de evidencias cualitativas, al comparar información surgen dificultades—por ejemplo, al realizar suposiciones sobre determinantes comunes de resultados en comparaciones entre diferentes contextos y ambientes y al determinar categorías comunes o temas entre ámbitos diversos (Dixon-Woods *et al.*, 2007). Por lo tanto, al llevar a cabo meta-análisis de investigación-acción participativa es importante proporcionar evidencias sobre contextos particulares, para garantizar que los conceptos utilizados sean transferibles entre lugares y para retener información en los valores atípicos y las diferencias, así como presentar las tendencias comunes.

Una manera de generar conocimiento entre distintos lugares es por medio de un trabajo transfronterizo por diseño. Mientras que muchos estudios se aplican a niveles locales, distritales o nacionales, hay pocos ejemplos de investigación en salud que sea aplicada a nivel internacional y que busque explícitamente integrar los principios clave de la investigación-acción participativa. Un factor que ha limitado tal investigación de salud y sistemas de salud transfronterizo ha sido la falta de identificación de un “grupo homogéneo” en ese nivel, que es un grupo con condiciones y marco organizacional compartidos.

Un ejemplo interesante que proporciona la base para esto es el caso del sector de trabajadores de aviación y su sindicato internacional, como se muestra en el *Recuadro 23*. Este estudio único se facilitó por la existencia de un sindicato internacional que organizó a un grupo de trabajadores con experiencia de trabajo relativamente común.

Mientras que la mayoría de la investigación en políticas y sistemas de salud, en general y la investigación-acción participativa en particular, se realiza a nivel nacional o sub-nacional, algunos factores tienden a suscitar mayor investigación-acción participativa transfronteriza. Un factor es el surgimiento, debido a la globalización, de determinantes compartidos por grupos sociales, con riesgo a la salud o experiencia común en diferentes países. La convergencia de las políticas de sistemas de salud y enfoques a través de políticas global puede llevar a que personas en diferentes países identifiquen realidades compartidas en su propia experiencia en sistemas de salud o en las reformas políticas que están ocurriendo en los sistemas de salud. Particularmente cuando las organizaciones permiten la identificación de experiencias compartidas. Algunos ejemplos de ello incluyen los movimientos sociales de portadores del VIH o el movimiento internacional del sindicato de los trabajadores de aviación descrito en el *Recuadro 23*.



Recuadro 22: Desarrollo de un índice participativo de pobreza en China

Se realizó trabajo en China para desarrollar un índice participativo de pobreza (PPI en inglés) en 2000/01 basado en ocho indicadores comunes que representaban las clasificaciones de las personas respecto a sus prioridades y la evaluación de su nivel de carencia basado en dichas prioridades.

Se impulsaron discusiones comunitarias para alcanzar un consenso relevante a la comunidad en su conjunto y para asignar valores a cada indicador. Con el fin de garantizar comparabilidad entre las comunidades, los valores usados en cada dimensión se ponderan y se suman para llegar a un indicador compuesto (se utiliza la cantidad relativa, no absoluta). Se calculó el PPI compuesto para cada comunidad, permitiendo una comparación de las carencias percibidas entre las comunidades. Entre más alto el PPI, mayor la incidencia de pobreza en la población y más profunda la experiencia de pobreza. La metodología se probó y se demostró sólida. Se reporta que se utiliza extensamente en la planeación en localidades.

Fuente: Chambers (2007)

Cuadro 6: Métodos para la síntesis de información cualitativa

Método de Síntesis	Supuestos básicos y métodos	Referencias
Síntesis meta-narrativa	Sintetiza un número de estudios cualitativos al resumir cuestiones clave de lugares particulares. El método busca interpretar más que agrupar la información de cada sitio.	Greenhalgh <i>et al.</i> , 2005; Popay <i>et al.</i> , 2006
Síntesis crítica de interpretación	Presenta e interpreta evidencias desde unidades particulares o sitios de estudio como la base del análisis agrupado. El equipo de investigadores interpreta las evidencias para construir nuevos conceptos y teorías.	Dixon-Woods <i>et al.</i> , 2007
Meta-etnografía	Involucra la selección, comparación y análisis de estudios entre sitios, comparando hallazgos para identificar conceptos clave que emergen de la interpretación de hallazgos similares y contrastantes	Britten <i>et al.</i> , 2002; Harden <i>et al.</i> , 2004; Sandelowski y Barosso, 2007
Teoría formal demostrada/ Teoría demostrada	Utiliza un elemento comparativo constante para definir conceptos emergentes basados en cuestiones comunes de los sitios de investigación. Involucra un proceso iterativo para trasladarse de evidencias fundamentadas en contextos específicos hacia una teoría genérica con una aplicación más amplia.	Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 1998; Pope <i>et al.</i> , 2007
Síntesis temática	Identifica temas recurrentes o generales y resume los hallazgos bajo encabezados temáticos. Esto ofrece una manera estructurada de enfrentarse con las evidencias en cada tema.	Harden <i>et al.</i> , 2004; Thomas y Harden, 2008
Síntesis narrativa textual	Describe hallazgos en diferentes reportes de investigación existentes utilizando enfoques de análisis de contenido, donde la frecuencia de mención de contenido se utiliza para determinar la solidez de las evidencias.	Lucas <i>et al.</i> , 2007
Síntesis cualitativa / Meta-síntesis / Meta-estudio	Combina hallazgos de diferentes estudios utilizando diferentes enfoques cualitativos a través de categorías comunes. Combina y compara diferentes tipos de información dentro de esas categorías pero la variación en las características y métodos de estudio pueden debilitar las generalizaciones.	Paterson <i>et al.</i> , 2001; Thorne <i>et al.</i> , 2004; Sandelowski y Barosso, 2007
Análisis de contenido	Categoriza en temas los datos y cuenta su frecuencia con una técnica organizada	Hodson, 1999
Estudio de caso	Traduce registros e información de investigación cualitativa utilizando categorías comunes.	Yin, 1994
Análisis comparativo	Resume y compara evidencias cualitativas de investigaciones particulares dentro de categorías comunes.	Ragin, 1987

Fuente: Machingura *et al.* (2011)



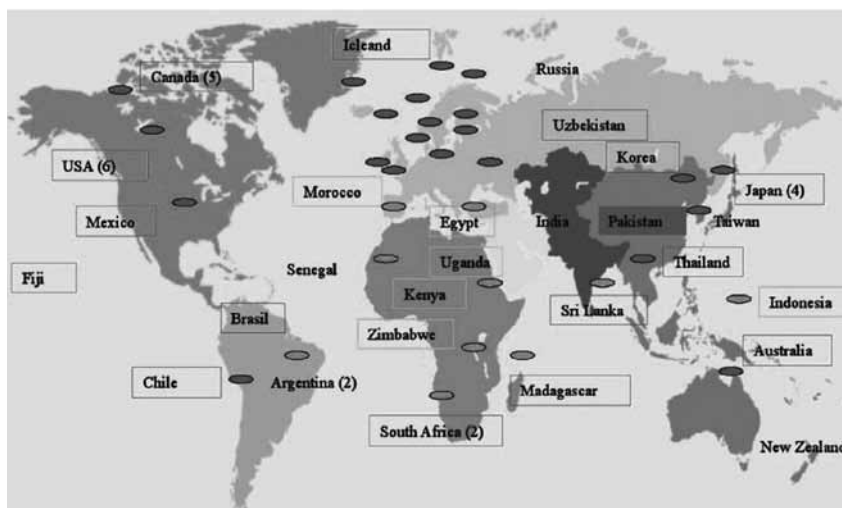
Recuadro 23: Estresados y fatigados en la tierra y en el cielo: un estudio global de las condiciones de los trabajadores de aviación en 116 países

En el Congreso de Aviación Civil Internacional de 2006, los delegados identificaron al estrés y la fatiga como el problema común prioritario entre los tres principales grupos del sector de aviación de la Federación Internacional de Trabajadores del Transporte (ITF en inglés): los trabajadores de los servicios de tránsito aéreo, la tripulación de cabina y el personal de tierra. Los delegados del congreso de todas las regiones del mundo expresaron que había un incremento serio en el estrés y la fatiga desde el 2001, afectando a los miembros de los tres grupos ocupacionales. Sospechaban que este aumento fue provocado en gran medida por los acontecimientos y consecuencias del 11 de septiembre del 2001. Se le pidió a la ITF intentar identificar los factores principales que contribuyeron a lo que parecía ser una pandemia de estrés y fatiga y que elaboraran acciones de política con base en la información obtenida. Se utilizaron métodos de investigación-acción participativa para explorar lo que le sucedió a los trabajadores de aviación civil en todo el mundo entre el 2000 y el 2007 en cuanto a sus condiciones y salud.

Cada aspecto del estudio se desarrolló y llevó a cabo de manera conjunta entre la ITF y los investigadores. El equipo estaba formado por doce personas que trabajaban en seis diferentes países que incluían cuatro miembros de la sección de aviación civil de la ITF. La metodología permitió que el equipo desarrollara un conocimiento colectivo sobre las causas de la fatiga y el estrés emocional y sus impactos sobre los trabajadores de la aviación. La ITF reunió información estructurada de trabajadores y testimonios de representantes sindicales de todos los afiliados globales de 116 países en todas las regiones del mundo. En virtud de ser tanto representantes sindicales como trabajadores de aviación civil, los afiliados al sindicato también fueron considerados como los mejor posicionados y con mayor conocimiento para desarrollar recomendaciones en cuanto a políticas y prioridades a partir del estudio.

La evidencia reunida se trianguló con información de la literatura, estudios anteriormente hechos sobre el estrés y la fatiga de los trabajadores de aviación civil y las reuniones grupales de trabajo del sindicato sobre la salud y seguridad ocupacional en la aviación civil. Estos estudios revelaron un caída constante en las condiciones de los trabajadores de los tres grupos en todas las regiones mundiales entre el 2000 y el 2007. El estrés y la fatiga entre los trabajadores de la aviación civil se habían convertido en una característica general durante el período y habían empeorado progresivamente desde el año 2000. El estudio demostró que los trastornos músculo-esqueléticos causados por el trabajo eran abundantes y daban lugar a la discapacidad, la pérdida de tiempo y un desempeño laboral limitado.

Se identificaron una serie de cambios en las condiciones laborales como asociados con estos resultados de salud. El uso más frecuente de mano de obra temporal y por contrato en 2007 comparado al 2000 se asoció con un nivel general más alto de estrés en el trabajo en los tres grupos. Muchos sindicatos están usando los resultados de los estudios a nivel nacional mientras que se les dio seguimiento a las normas mínimas por el ITF a nivel internacional. El estudio enfatizó la necesidad de una colaboración sindical estrecha y activa, esfuerzos fuertes de organización, solidaridad y realización de campañas a nivel local, nacional, internacional y de regulación.



105 entrevistados de 54 países (mostrado por los círculos) devolvieron cuestionarios completados

Una
procesión
de Día
Mundial del
SIDA, Nepal



©The Global Fund / John Rae 2007

La ampliación de la tecnología de información ha permitido crear redes y comunicación entre grupos con situaciones e intereses percibidos como comunes. Ha generado flujos de información comunitaria en movimientos sociales transfronterizos. Por ejemplo, esto ha ocurrido con activistas trabajando con riesgos para la salud específicos, tales como fumar, los sustitutos de leche materna o la comercialización de comida procesada o en cuestiones de sistemas de salud tal como la migración de los trabajadores de la salud o equidad en el acceso a las medicinas. En el último siglo, cambios en la organización de los procesos económicos o sociales y las contradicciones entre grupos sociales dentro de países fueron asociados con nuevas tendencias y enfoques en la investigación-acción participativa. El siglo actual ofrece más oportunidades para esto.

2.7 Institucionalizando la investigación-acción participativa

Esta sección discute cómo los principios, los procesos y los métodos de la investigación-acción participativa, descritos en la Parte dos, han sido utilizados en la práctica institucional de los sistemas de salud. Como una sección complementaria, la sección 4.2 discute el uso de la investigación-acción participativa en la formulación de políticas.

Por su naturaleza, la investigación-acción participativa asume que los sistemas de salud buscan:

- suministrar con el más alto estándar alcanzable de la salud y servicios de atención a la salud como un derecho humano, con implicaciones para: el contenido de tal derecho; la capacidad y el poder de aquellos con el derecho para exigirlo; y la organización y capacidad de los sistemas de proporcionarlos;
- estar centrado en la gente y reconocer el papel de diversos actores y las relaciones entre ellos como factores centrales al ofrecer el derecho a la salud y a los servicios de atención a la salud;
- promover el bienestar y, acorde con el enfoque de atención primaria de la salud APS, mejorar la salud de la población y proporcionar asistencia médica personal y rehabilitación;
- exponer y prevenir daños a la salud causados por patrones y condiciones de vida, trabajo y socioeconómicas, de nivel local a global, y facilitar la acción con otros sectores.
- abordar las inequidades y redistribuir los recursos a aquellos con mayor necesidad de salud, asegurándoles accesibilidad y cobertura universal, entendiéndolo que hacerlo exige acción para confrontar inequidades sociales más amplias; y
- construir conocimiento, capacidades, recursos y el apoyo y liderazgo tanto social como político el liderazgo para esos papeles y acciones

La investigación-acción participativa ha sido utilizada para construir conocimiento sobre varios aspectos de la manera en que los sistemas de salud cumplen dichas obligaciones. Al reconocer el poder (y por lo tanto la lucha) como una dimensión integral del conocimiento y los sistemas, ha sido utilizado en varias ocasiones para enfrentar los problemas de inequidad e injusticia



Recuadro 24: Usando la investigación-acción participativa para encauzar los servicios de salud hacia las necesidades de las personas mayores en China rural

Liu *et al.* (2006) usaron métodos de investigación-acción participativa con personas mayores en desventaja en China rural. El objetivo fue identificar sus percepciones sobre sus necesidades de salud y las barreras que enfrentaban en el acceso a los servicios y tratar esas necesidades, incluyendo la promoción de los servicios de salud.

Varios prestadores de servicios discutieron las evidencias de los adultos mayores con ellos y se alcanzó el consenso de que una cooperación integral era necesaria para proporcionar apoyo y para tratar la combinación de factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud de la comunidad.

La oficina de gobierno del condado, la oficina de asuntos de gente mayor y los líderes de la población desarrollaron un acercamiento coordinado, desde medidas para mejorar los servicios de salud—como los exámenes de los adultos mayores—a servicios más generales—como la cesión de terrenos para la gente mayor.

Fuente: Liu *et al.* (2006)



Recuadro 25: Fármacovigilancia participativa en Uganda

Tradicionalmente, la farmacovigilancia post-comercialización (seguridad de los medicamentos) depende en los informes de los médicos sobre reacciones adversas. En muchos lugares, una proporción gran del tratamiento farmacológico puede ser proporcionada por personas de bajo nivel educativo que no son médicos o trabajadores de la salud. Estas personas consideran que los formularios sobre los eventos adversos son complicados, lo que limita la efectividad del reporte.

Por tanto en una investigación participativa en Uganda se hicieron esfuerzos para desarrollar formularios para registrar los eventos adversos que fueran fáciles de usar sobre eventos relacionados con los medicamentos contra la malaria. Tras un análisis de la situación, los distribuidores comunitarios de medicinas y trabajadores de salud se involucraron directamente en desarrollar y probar un formulario de informe basado en las experiencias y necesidades de los usuarios que tomaba en cuenta sus percepciones visuales.

El proceso resultó en un formulario que incluía un guión gráfico para explicar la justificación de la información requerida y para facilitar la relación entre informante y entrevistado, junto con un formato de diario para registrar la entrega de medicinas y los detalles de los resultados y la relación cronológica entre ellos.

Se utilizaron rondas sucesivas de pruebas preliminares que involucraron distribuidores comunitarios de medicina y trabajadores de la salud para perfeccionar el formulario. La ronda final demostró que un 80% de los formularios se completaron correctamente por los potenciales usuarios finales. El enfoque participativo se vio como eficaz para el desarrollo de formularios que son intuitivos para informantes y motivantes para los entrevistados.

Fuente: Davies et al. (2012)

en sistemas de salud, por ejemplo en exposición de riesgo diferencial o acceso inequitativo a servicios de atención a la salud y de este modo incrementar la visibilidad de los grupos vulnerables.

Otros enfoques de investigación también han proporcionado perspectivas en cuestiones de equidad y justicia social en sistemas de la salud. La investigación feminista ha contribuido al entendimiento de género y desigualdad en sistemas de la salud y además ha resaltado la importancia de “explorar el sentimiento y la experiencia como fuentes de conocimiento y como guías para el análisis y la acción” (Martin, 1996:84). De allí que, por ejemplo, el hambre como un fenómeno que se sufre difiere del hambre examinada como un problema técnico. En el primero, los sentimientos de la gente y sus interpretaciones del hambre proporcionan evidencias sobre fenómeno social que los números normalmente pierden de vista. La investigación que analizaba canciones entonadas por mujeres de Malawi durante una crisis de hambruna, de esta manera, reveló el sufrimiento particular que mujeres y niños vivieron. Esto se dio como resultado de que los hombres que dejaban el hogar para encontrar comida no regresaban ya que se juntaban con otras mujeres en áreas donde la comida abundaba (Martin, 1996).

La investigación-acción participativa se ha utilizado para entender el modo de comunicación o interfaz entre el sistema de salud de salud y comunidades o grupos sociales específicos, así como para construir conocimiento y acción alrededor de determinantes

VER PARTE 5 DOCUMENTO 17

Borgia *et al.* (2012) describen el proceso de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay que intentó revertir la fragmentación e inequidad existente en el acceso, oportunidad y calidad del servicio de salud. Su instrumentación priorizaba a los que brindaban servicios comprensivos de los tres niveles del servicio de salud. La investigación-acción participativa se utilizó para contribuir a este desarrollo mediante el diálogo de las comunidades alejadas geográficamente y sus organizaciones con las autoridades de salud. El proceso conectó a las personas con sus compañeros y facilitó el intercambio y cooperación horizontal necesaria para desarrollar el sistema.

estructurales y sociales de la salud. No obstante, como se describió en esta sección, esto no es exclusivamente el caso. Los acercamientos de investigación-acción participativa han sido integrados en procesos nacionales y en espacios comunes en diferentes estados o países.

En el cumplimiento de derechos a la salud y servicios de la salud, los sistemas de la salud necesitan superar las diversas maneras en que las comunidades son marginalizadas de la atención. Esto se debe a distintas barreras de disponibilidad, relevancia, accesibilidad y aceptabilidad así como la manera en que la gente experimenta los sistemas cuando los utiliza. Los métodos de investigación-acción participativa pueden desempeñar un papel al visibilizar estas barreras y las áreas de marginación y pueden otorgar voz y capacidad de acción mediación para aquellos que son afectados cuando actúan bajo dichas condiciones, como se describe en el *Recuadro 24*, por ejemplo, en China.

En otro ejemplo, dado la forma de vida de la comunidad nómada somalí, se conocía muy poco respecto a sus percepciones sobre los servicios de salud preventivos o de sus necesidades de salud en general (Maalim, 2006: *Parte cinco, documento 10*). La mejor fuente de información sobre estos asuntos es la comunidad misma. En investigación-participativa a finales de 1999, nómadas somalíes exploraron cómo los servicios de atención a la salud podrían mejorar para adaptarse a su forma de vida nómada así como a sus normas e interacciones sociales. Describieron su desplazamiento estacional en forma de diagrama y, reflexionando acerca de los patrones en relación con el sistema, propusieron maneras de proporcionar mejores servicios móviles y de extensión. Identificaron cómo los trabajadores de la salud podían utilizar la intrincada red de información de la comunidad para construir relaciones y entender mejor cómo responder a la comunidad y sus problemas de salud (Maalim, 2006: *Parte cinco, documento 10*).

La participación en los sistemas de salud centrados en la gente y las relaciones en los sistemas de la salud, así como el papel de la educación para la salud, la experiencia, las acciones y el poder de la gente en la toma de decisiones se aborda centralmente en el diseño y planeación de los servicios de la salud. La investigación-acción participativa ha sido utilizada para consolidar la toma de decisiones informadas y para involucrar los usuarios, incluyendo en áreas donde la accesibilidad de servicios es deficiente. Esta guía de métodos cita ejemplos en diferentes secciones: sobre cómo organizar servicios de salud comunitarios en Othieno *et al.* (2009: *Parte cinco, documento 5*); sobre la participación social en la planeación y presupuestación en Mbwili-Muleya *et al.* (2009: *Parte cinco, documento 6*); sobre cómo diseñar el acceso al servicio para responder a las prácticas de la gente nómada en Maalim (2006: *Parte cinco, documento 10*); o sobre cómo reorganizar el sistema de salud rural en Uruguay en Borgia *et al.* (2012: *Parte cinco, documento 17*).

Aunque mucha investigación científica se ha enfocado en identificar nuevas intervenciones para la prevención o el tratamiento, existe una creciente atención al déficit de investigación sobre la instrumentación. Esto explicaría por qué el conocimiento de “qué sirve” en teoría no se aplica o no llega a las personas con necesidad, un área central de política de salud e investigación de sistemas

Los eventos adversos en el suministro de servicio de la salud tienen un ciclo importante de retroalimentación en cuanto a cómo las fallas y déficits en la prestación pueden llevar a nuevos riesgos como resistencia a los medicamentos, siendo éste el caso de los antipalúdicos y muchos antibióticos. Cualquier despliegue masivo de intervenciones debería entonces continuar

siendo monitoreado respecto a su uso y seguridad. Enfoques de investigación-acción participativa han sido institucionalizados como parte de la vigilancia de nuevas intervenciones como se ejemplifica en el *Recuadro 25*.

Mbwili-Muleya *et al.* (2009: *Parte cinco, documento 6*) discuten cómo la investigación-acción participativa permite construir roles comunitarios en la presupuestación en atención primaria. Hay menos evidencias, sin embargo, sobre el uso de la investigación-acción participativa para enfrentar inequidades y redistribuir recursos a aquellos con mayores necesidades de salud por medio de mayores asignaciones financieras a niveles de atención primaria.

En los Estados Unidos, equipos de acción de barrio que utilizaban enfoques de investigación-acción participativa fueron incluidos en la planeación local con las aportaciones de los residentes que llevaron a: cambios en los servicios de autobús; mejor acceso a la educación y al empleo; instalación de topes; mejor alumbrado; actividades para los jóvenes para reducir riesgos de inseguridad; desaparición de los espectaculares de publicidad de tabaco; limpieza comunitaria; recolección de basura más frecuente; y más patrullas de policías. Algunos residentes se han involucrado en la toma de decisiones de la ciudad y locales. Los procesos participativos para vínculos comunitarios más generales se han mantenido (Minkler *et al.*, 2012).

Enfoques tales como el monitoreo comunitario entonces complementan sistemas formales al organizar evidencias basadas en la comunidad y considerarlas tanto para la toma de decisiones, como para la transparencia y la rendición de cuentas en la organización y la prestación de los servicios, como se discute en la sección 1.2. Además la investigación-acción participativa puede ser también utilizada para estructurar los sistemas rutinarios de información, dado su uso en la asignación de recursos y toma de decisiones en sistemas de la salud. Estos también necesitan entenderse como contruidos socialmente y cargados de valores. El trabajo de Byrne y Sahay (2007), esquematizado en el *Recuadro 26*, ejemplifica lo anterior. Muestra como los datos recopilados en sistemas de información pueden ser transformados en conocimiento y acción al integrar la interpretación y el significado que la gente le asigna. Esto influye el uso y la interpretación del sistema de información y su posterior desarrollo.

La sección 4.2 discute ejemplos adicionales del uso de evidencias de la investigación-acción participativa en políticas. La siguiente sección explora las cuestiones a ser enfrentadas al aplicar los métodos, incluyendo los estándares éticos que deben mantenerse en la aplicación de este tipo de investigación.



Recuadro 26: Construyendo un sistema de información comunitario de salud infantil

El proceso de desarrollo de un sistema comunitario de información de salud infantil en Cape Town, Sudáfrica en 2002/3 involucró a los responsables del bienestar de los niños en el diseño y desarrollo del sistema. El proyecto incluyó a los miembros de la comunidad y reconoció que la comunidad está constituida de grupos sociales diversos con intereses diferentes y, a veces, en conflicto.

A través de talleres a nivel local, entrevistas comunitarias y discusiones en grupos focales, investigadores a nivel local y facilitadores plantearon preguntas sobre las personas responsables por el bienestar de los niños y otros miembros de la comunidad consideraban necesidades que deberían satisfacerse y metas por alcanzar por sistemas de apoyo a la salud infantil. La gente local fungió de facilitadores durante las discusiones y las entrevistas con los trabajadores comunitarios de salud, y facilitadores comunitarios de campo y “madres” de grupos huérfanos.

En las etapas iniciales, por las diferencias en las condiciones y papeles dentro de la comunidad, grupos formados por, para mencionar algunos, madres, niños, consejeros y facilitadores, se reunían por separado para discutir lo que querían para los niños. Estas reuniones se llevaban a cabo en el idioma local y en la proximidad de las casas o lugares de trabajo. Los representantes de los diferentes grupos se reunían para compartir los hallazgos y discutir el camino a seguir.

Un elemento que surgió de estas discusiones fue la necesidad de medir la condición de la salud infantil en términos más holísticos, más allá del bienestar físico. Entre las condiciones para el bienestar y el riesgo no se consideraron factores aislados sino entrelazados a situaciones sociales, políticas y culturales. Las reuniones iniciales desarrollaron un término local para “indicadores”: “izinkomba” y exploraron áreas amplias de su medición en lugar de formulaciones exactas. Los miembros de la comunidad no querían ponerles números a la vulnerabilidad infantil sino encontrar medidas que permitirían realizar un seguimiento de los cambios e identificar las acciones necesarias cuando un niño se aproximara al peligro.

A partir de discusiones de grupos focales y entrevistas varios izinkomba para el bienestar y el riesgo fueron sugeridos y agrupados en áreas o temas comunes. Sesiones de trabajo con representantes del equipo de gestión de salud distrital, miembros del proyecto y de la comunidad, así como discusiones con trabajadores de la salud y facilitadores comunitarios ayudaron a perfeccionar estos izinkomba y a decidir quienes los recolectarían y la frecuencia de su recolección. No todos los indicadores identificados eran cuantificables, lo cual era diferente del enfoque predominante sobre indicadores cuantitativo en los diseños previos de los sistemas de información en salud.

El sistema, basado en las tradiciones y cultura en la práctica, surgió principalmente como escrito en papel y comunicado oralmente. Agregó nuevas áreas de información, por ejemplo el monitoreo comunitario del contexto en el cual crece un niño para llamar la atención a las áreas donde se necesitaba la intervención para evitar enfermedades. También construyó vínculos directos entre miembros de la comunidad y el sistema de información de las instalaciones de salud para la toma de decisiones sobre la atención y las condiciones de vida y socioeconómicas del niño. Los miembros de la comunidad fueron vistos como parte del flujo de datos e información y como necesarios para apoyar la acción.

Utilizando un formato de observación, el trabajador de salud comunitario evalúa y registra el riesgo o bienestar del niño durante visitas mensuales a los hogares y discute la situación con el custodio del niño. Inmediatamente se brinda asesoramiento, se identifican posibles soluciones, se hacen recomendaciones y, si es necesario, se proporciona asistencia en las acciones del hogar. El facilitador comunitario de campo recopila información recogido por trabajadores de la salud comunitarios y sigue un proceso que “evalúa, analiza y actúa” para discutir la información y compartir las experiencias mensualmente.

La información agregada (de la localidad) se presenta a la comunidad en ferias cuatrimestrales de la salud de la población que se presiden por el comité de la salud comunitaria y se organizan por los trabajadores y facilitadores comunitarios. Asisten los padres (principalmente madres y abuelas), los estudiantes y personal del distrito. La retroalimentación de la información agregada se da a través del canto, danza, la poesía, la representación y gráficos de barras. Los datos compilados comunitarios (de todas las localidades en el municipio) se envían al oficial de información del distrito de salud que incluye la información agregada del municipio en los informes mensuales de retroalimentación a las instalaciones de salud y al personal de los programas del distrito. Esto significa que también se comparten con otros programas a niveles distritales y superior y con el gobierno local. Se les pide entonces a los distritos formular preguntas de retroalimentación a aquellos que proporcionaron la información para facilitar la reflexión y el análisis.

Fuente: Byrne y Sahay (2007)



©Kathmandu Living Labs Creative Commons licence 2013

Parte tres

Problemas y retos

*Foto de portada de la Parte tres:
Entrenamiento GIS, Nepal*



Parte tres

Problemas y retos

Si te mantienes neutral ante situaciones de injusticia, has elegido el lado del opresor. Si un elefante tiene su pata en la cola del ratón y te dices neutral, el ratón no apreciará tu neutralidad.

Reverendo Desmond Tutu

Al igual que en otros paradigmas de investigación, la investigación-acción participativa tiene limitaciones y enfrenta desafíos tanto en su diseño como en su aplicación. A pesar de que la confiabilidad, el rigor y la validez son preocupaciones clave, los métodos que se utilizan para lograrlos son diversos y a menudo éstos no son bien entendidos. El método básico para la producción de conocimiento—diversas formas de revisión, análisis y validación colectiva de evidencias por grupos homogéneos o grupos que comparten las mismas condiciones—frecuentemente no se aplica con rigor. Dependiendo del contexto y el diseño, los resultados son a menudo específicos de un sitio y grupo social y los métodos para el meta-análisis entre centros de investigación-acción participativa no son suficientemente desarrollados, lo cual afecta el campo de aplicabilidad y la posibilidad de generalizar los resultados (Loewenson *et al.*, 2011).

La Parte tres analiza estas cuestiones en la investigación-acción participativa en relación con: la selección de grupos; la calidad, la confiabilidad y validez del conocimiento construido; y los métodos para generalizar el conocimiento.

En la investigación-acción participativa los investigadores aportan más que el método a su trabajo. Frecuentemente se comprometen con nociones radicalmente reconceptualizadas sobre la objetividad y la investigación y consideran a la investigación como un vehículo para el cambio. Este cambio a menudo sirve para afrontar las injusticias en salud y las desigualdades en la atención de salud y para realizar los desplazamientos de poder necesarios para que la gente tome control de sus vidas. En la Parte uno se hizo notar que para lograr estos resultados se requiere de tiempo para ganar la confianza. Estos métodos no solo dependen de su diseño sino también de la capacidad de facilitar su aplicación.

Como se señaló anteriormente, las cuestiones de la participación y la redistribución del poder, tan centrales en este tipo de investigación, no pueden ser simplemente divididas en “buenas” y “malas”. Se debe situar la práctica misma de la investigación-acción participativa en el contexto y las dinámicas de la participación, su calidad y resultados, para así entender cómo y por qué se logra la participación en entornos particulares (Cornwall, 2008). Al igual que en otras aproximaciones de investigación, se aplican principios éticos en la investigación-acción participativa. Dichos principios se sitúan dentro de un contexto de investigación que involucra la participación activa y plantea cuestiones de manejo. En esta parte de la guía de métodos se discuten estos principios y problemáticas y la forma en la que se enfrentan.

Esta sección discute los problemas de procedimiento que deben ser tratados para garantizar una práctica ética en esta aproximación. Aquellos que realizan la investigación necesitan entender y planear en función del entorno y las capacidades que afectan la práctica ética, incluyendo aquellas relacionadas a las comunidades, investigadores, contextos de políticas y recursos. Un desplazamiento del poder y control hacia la comunidad involucrada requiere cierto nivel de organización y cohesión para iniciar conjuntamente el proceso y asumir el control sobre éste, como el que existió entre los trabajadores y los sindicatos, por ejemplo. Si esto no sucede, existe el riesgo de que las élites capturen el control o que el investigador mantenga el control. El artículo de Mbwili- Muleya *et al.* (2008: *Parte cinco, documento 6*) muestra cómo este aumento en el control y poder social puede acrecentarse a lo largo del tiempo y en varias rondas del proceso. La práctica ética para los investigadores y sus instituciones, más allá de la orientación y las capacidades discutidas en la sección 1.5, significa estar comprometido con este desplazamiento de control y la relación necesaria para

lograrlo, así como la disposición de precisar claramente las responsabilidades mutuas. Los investigadores y los grupos sociales involucrados deben tener la disposición de asegurar y revisar la práctica ética, lo cual se discute más adelante en esta sección. También es necesario confrontar cómo los procesos de la investigación-acción participativa interactúan con las relaciones de intereses y de poder en los procesos de política y financiamiento, como se discute más tarde en la sección 3.5 sobre la logística y en la sección 4.2 sobre el uso de la investigación-acción en las políticas.

En la Parte tres también discutimos los desafíos individuales e institucionales en la investigación-acción participativa. El control comunitario sobre la generación del conocimiento y los pasos iterativos de reflexión, análisis y acción que construyen una dialéctica entre la teoría y la práctica van a contracorriente de los procedimientos académicos establecidos, las expectativas de financiamiento y la estructuras de recompensa individualizada que desfavorecen el trabajo cooperativo (Israel *et al.*, 2005). La abundancia de los trabajos citados y presentados en esta guía, incluyendo los recuadros y artículos en la *Parte cinco*, sugiere que los beneficios percibidos de los procesos de la investigación-acción participativa han, en muchas situaciones, superado estos desafíos.

3.1 Ética en la investigación-acción participativa

Esta sección trata las cuestiones éticas en la instrumentación de la investigación-acción participativa y la forma de abordarlas, tomando en cuenta que la característica central de esta investigación es la transferencia de poder a aquellos afectados en la generación y acción a partir del conocimiento.

Al igual que en otras formas de investigación, la investigación-acción participativa está sujeta a la revisión ética y debe cumplir con estándares legales y éticos. Por lo tanto, es importante desarrollar, reflexionar y determinar procedimientos y principios acordados para lograrlo y para evaluar las cuestiones éticas que pueden afectar a todos los involucrados. Estos procedimientos se refieren a las normas y reglas que deben aplicarse en las relaciones sociales entre los participantes, lo cual involucra cómo se recopilan, documentan, interpretan y utilizan las evidencias

para evitar dañar a los participantes. Incluyen normas relacionadas a la protección de la privacidad, así como la definición de los papeles de los facilitadores externos a la comunidad y las tareas y exigencias de los que se encuentran dentro de ella (Bergold y Thomas, 2012).

Internacionalmente existen numerosos lineamientos sobre la ética de la investigación que involucra seres humanos, los cuales incluyen: el Código de Nuremberg (1996), la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2000) y el Informe Belmont de 1979 (EE. UU. Departamento de Servicios Humanos y de Salud, 1979). Hasta hace poco, los códigos éticos consideraban principalmente a los individuos como sujetos pasivos de la investigación. Sin embargo, los daños y beneficios de una participación activa en la investigación también deben de ser reconocidos y tratados éticamente en la investigación-acción participativa.

Esto incluye cuestiones éticas que podrían no ser identificadas por la investigación institucional o los procesos de comités de ética de la investigación. Un elemento intrínseco de la investigación-acción participativa es que el poder se transfiere a la comunidad. Es, entonces, poco ético afirmar que un proceso es participativo si todo el poder y el control se encuentra conferido a actores fuera de la comunidad, ya sean académicos, financiadores u otros (Smith y Blumenthal, 2012; Khanlou y Peter, 2005: *Parte cinco, documento 20*). Tales desplazamientos de poder pueden generar conflictos con los que tienen intereses creados. Dentro de la comunidad, los que participan conforman diferentes subgrupos que tienen distintos valores, historia y poder. Todos los involucrados necesitan identificar y entender las dinámicas de poder y trabajar hacia los cambios previstos en el equilibrio de poder, no como una revisión externa “antes de la investigación”, sino como un asunto de discusión y revisión constante.

Se han identificado varios posibles daños y beneficios en la investigación-acción participativa. Algunos, como el sesgo en la inclusión, también ocurren en otras formas de investigación. Los riesgos y beneficios a nivel comunitario también pueden ser diferentes de los riesgos y beneficios individuales (McDonald, 2012). Estos riesgos incluyen:

- 1 *Tensiones entre los que se encuentran involucrados más directamente en el tema y aquellos involucrados menos directamente y su poder relativo en el proceso.* Los desequilibrios de poder pueden darse entre los facilitadores externos de la investigación y aquellos dentro de una comunidad específica o entre diferentes grupos dentro de una comunidad. Esto es de particular importancia cuando existe un riesgo de explotación o exposición estigmatizante, especialmente entre los marginados y vulnerables que pueden ser objeto de etiquetado social y discriminación;

VER PARTE 5: DOCUMENTO 20

Khanlou y Peter (2005) abordan la naturaleza particular de la investigación-acción participativa en relación a los requisitos para la revisión ética. Los investigadores y miembros de los comités de ética de la investigación podrían beneficiarse de una mayor comprensión de la variedad de preocupaciones éticas y de los lineamientos que han sido desarrollados para tratarlos.

- 2 *Sesgo respecto a quién representa las comunidades.* Como tales, las comunidades no son homogéneas, incluso cuando los grupos específicos involucrados en la investigación comparten condiciones comunes, como se mencionó anteriormente. Algunos grupos vulnerables, por ejemplo los migrantes ilegales que podrían ser excluidos formalmente como beneficiarios de los sistemas, pueden también ser excluidos o ser mal representados en los procesos de investigación. Dado que la participación será selectiva en las comunidades más grandes, los participantes pueden llegar a ser marginados de su comunidad más general al ser asociados con el proyecto, a menos de que existan puentes de comunicación con la comunidad en general;
- 3 *Tensiones sobre qué intereses están conduciendo el proceso,* lo cual incluye si el proceso es acaparado por agendas políticas limitadas o individuales e intereses individuales;
- 4 *Manejo de la privacidad y protección de la información que las comunidades o individuos no quieren que sea divulgada ampliamente* en el contexto de los procesos colectivos. Esto puede deberse al contenido de la problemática (como son las conductas criminalizadas), la naturaleza del grupo (tales como los migrantes indocumentados) o la exposición accidental de las estrategias utilizadas por los grupos marginados para acceder a los recursos o servicios de salud;
- 5 *Tensión sobre cómo documentar y presentar las evidencias y el análisis, así como sobre si se excluyen partes de la comunidad o si se excluye la comunidad en su conjunto en esta parte del proceso;*
- 6 *Cómo se tratará la información desfavorable o negativa para que no se oculte;*
- 7 *Daños sociales,* tales como un grupo marginal que se vuelve más consciente de su opresión y por lo tanto más abrumado e infeliz o el uso de métodos insensibles o inapropiados que pueden aumentar los riesgos tanto para el grupo social involucrado como para el investigador; y
- 8 *Riesgos de participar en la fase de acción.* Esto puede ocurrir debido a intervenciones controvertidas o insostenibles, así como debido a que las comunidades asuman demasiada responsabilidad. Puede ser una consecuencia de desafiar intereses poderosos y arraigados. En entornos hostiles, desafiar las estructuras de poder puede desatar una represión brutal sobre los que tomen acción (Cornwall y Jewkes, 1995; Emanuel *et al.*, 2004; Khanlou y Peter, 2005; Minkler, 2005; Wallerstein y Duran, 2006; Koch y Kralik, 2006; Campbell-Page y Shaw-Ridley, 2013; Puffer *et al.*, 2013).

Como se ha señalado y discutido anteriormente, no todas estas tensiones se pueden tratar a través de procedimientos establecidos. Abordar estas cuestiones exige de un conjunto más amplio de condiciones, consideraciones y relaciones y de la revisión estratégica periódica dentro del proceso de investigación

El proceso cíclico utilizado en la investigación-acción participativa también puede presentar dificultades para aquellos que proponen los estudios y para los procesos de revisión ética. Sería antitético a los principios de la investigación si los investigadores propusieran métodos para ciclos que dependieran de la forma en la cual las comunidades llevan adelante el proceso. De ahí que mientras los métodos iniciales pueden ser acordados, puede resultar oneroso tener que buscar aprobación ética para cada ciclo del proceso de investigación. .

Una opción puede ser desarrollar lineamientos y procedimientos que aplican como códigos o acuerdos éticos locales, negociados en forma conjunta. Estos lineamientos aseguran que el liderazgo, el poder y la toma de decisiones se compartan en las distintas etapas desde el diseño hasta la difusión y debería:

- identificar las cuestiones éticas y políticas;
- reflejar la cultura, las necesidades y los intereses locales; y
- maximizar la colaboración cercana entre el investigador y los asociados comunitarios

Los involucrados revelan sus intereses y cualquier conflicto de interés en un principio. Todos deben estar de acuerdo sobre:

- sus papeles y responsabilidades;
- los resultados de la investigación esperados;
- las medidas de validez;
- el control sobre el uso de información y financiamiento; y
- los medios de difusión de resultados (Macaulay *et al.*, 2001).

Los ejemplos de los principios éticos que podrían ser aplicados en la investigación-acción participativa son: el Informe Belmont para la investigación ética, marcos éticos para la investigación participativa con base comunitaria de 1979 (Emanuel *et al.*, 2004) y los principios éticos desarrollados por la Asociación de Universidades Canadienses para Estudios del Norte (ACUNS en inglés) (1997) y por la Universidad de Durham (2012). Pueden ser incluidos en un memorando de entendimiento como un tratado de ética entre aquellos involucrados en todas las etapas del proceso de la investigación-acción participativa. Los principios éticos son recopilados de diversas fuentes y son listados en el *Recuadro 27*.



Recuadro 27: Principios éticos para la investigación-acción participativa

Aquellos involucrados en la investigación-acción participativa harán lo siguiente:

- 1 Cumplir con todas las leyes, reglamentos o protocolos locales en vigor;
- 2 Tomar en cuenta los contextos culturales e interculturales, dar a conocer los intereses de todos los involucrados y alentar y permitir que gente de distintos antecedentes e identidades dirijan, diseñen y formen parte de la investigación, además de incluir activamente a gente cuyas voces a menudo son ignoradas;
- 3 Desafiar actitudes y comportamientos discriminatorios y opresivos y asegurar que sean accesibles para todos la información, los establecimientos, el lenguaje y los formatos de las reuniones;
- 4 Identificar claramente las bases para el involucramiento de los participantes y los beneficios de la participación, dados los fines articulados, y dejar en claro la naturaleza de la participación en cualquier presentación de informes (a lo cual se refiere como selección equitativa en algunas revisiones);
- 5 Proporcionar acceso a información previa pertinente al trabajo y la cuestión;
- 6 Garantizar el respeto mutuo del lenguaje, las tradiciones, los valores, las normas y la voz de todos los grupos y negociar con los líderes políticos y espirituales en la comunidad para obtener su contribución a la investigación propuesta y su aprobación;
- 7 Garantizar el consentimiento informado sin presiones indebidas. El involucramiento participativo de las comunidades hace que sea más probable que el consentimiento sea realmente informado, pero el desplazamiento en la distinción sujeto-objeto dificulta ver quién obtiene y quién da el consentimiento. Los que inician la investigación-acción participativa deben entonces involucrar al grupo homogéneo íntegro en el proceso de consentimiento que debe explicar los efectos potencialmente benéficos y perjudiciales de la investigación, aclarar la fuente de financiamiento y responder con sensibilidad a los miedos percibidos y preocupaciones de todos los participantes, especialmente los más vulnerables, por ejemplo inmigrantes indocumentados;
- 8 Respetar la autonomía, privacidad, dignidad, conocimiento y experiencia de la gente involucrada. Si la gente va a ser identificada y la confidencialidad individualidad no puede ser garantizada, entonces se debe garantizar que estén informadas de las posibles consecuencias de esto antes de involucrarse en la investigación;
- 9 Acordar papeles y responsabilidades, incluyendo los del investigador o facilitadores;
- 10 Alentar y permitir que todos los participantes contribuyan significativamente en la toma de decisiones y otros aspectos del proceso de investigación según la destreza, el interés y la necesidad colectiva, con el compromiso de reconocer y discutir diferencias en la condición y poder de los participantes en la investigación;
- 11 Trabajar para lograr visiones acordadas sobre la manera de compartir conocimiento y poder de manera más equitativa y promover el cambio y justicia sociales y reconocer y trabajar con derechos e intereses contrapuestos expresados por diferentes partes de las comunidades o por diferentes comunidades;
- 12 Trabajar hacia un reparto de poder más equitativo utilizando métodos que se comparten, desarrollan y se basan en diferentes habilidades y capacidades, que asimismo promueven el aprendizaje compartido;
- 13 Ser abierto al cambio y a los desafíos y estar preparado para trabajar con los conflictos;
- 14 Asegurar beneficios equitativos a los participantes a cambio de su contribución y sus recursos (llamado proporción riesgo-beneficio favorable en algunas revisiones);
- 15 Participar en debates sobre lo que se considera un cambio “positivo”, valorar los resultados del aprendizaje y otros beneficios sociales y estar abierto a la posibilidad de desconocer de antemano lo que podría significar “diferencia positiva”;
- 16 Utilizar medios visuales en la discusión y planeación de principios y procedimientos éticos al inicio, incluyendo para los procedimientos de consentimiento informado y para las prácticas de edición participativas e incluyentes;

- 17 Asegurar mecanismos y procedimientos integrados para tratar resultados poco favorecedores;
- 18 Asegurar que se traten los papeles y remuneración de todo el personal de primera línea y de los voluntarios involucrados desde el inicio y que sean revisados a lo largo del tiempo;
- 19 Permitir intercambios de saberes e información a lo largo del proceso y entre actores;
- 20 Garantizar oportunidades para mantener o suspender el trabajo si los grupos sociales involucrados lo requieren o para permitir que la gente se retire en cualquier momento;
- 21 Asegurar que las intervenciones y las acciones tengan un beneficio máximo y sostenible, con una selección justa de beneficiarios;
- 22 Desarrollar acuerdos sobre el control de las evidencias y la propiedad y publicación de resultados, incluyendo cómo se presentará el código ético que se siguió y se dará reconocimiento a los involucrados en los reportes y los idiomas en los que se hará para que la comunidad lo tenga y entienda;
- 23 Garantizar que las publicaciones incluyan puntos de vista discrepantes si los participantes no pueden ponerse de acuerdo sobre la interpretación;
24. Asegurarse de que los principios se entiendan, acuerden, respeten, apliquen y supervisen por todos los involucrados como una parte inherente del proceso de la investigación-acción participativa

Fuente: ACUNS (1997); Emanuel et al.(2004); Khanlou y Peter (2005); Minkler (2005); Koch y Kralik (2006); Durham University (2012); Angwenyi et al. (2013); y autores modificados de Puffer et al. (2013)

Estos códigos o principios éticos han sido formalizados en algunos entornos con mecanismos para supervisar su aplicación. En Canadá y Australia, universidades y comunidades y organizaciones indígenas han desarrollado lineamientos y listas de control ético conjuntamente para la investigación-acción participativa que cubren las cuatro fases de la investigación—el diseño, la aplicación, el análisis y la divulgación—aclarando los principios y obligaciones (Macaulay et al., 2001). En Toronto, Travers y Flicker fueron pioneros en la creación de lineamientos para crear asociaciones equitativas y la construcción de la capacidad comunitaria en investigación en salud urbana (Minkler, 2005).

Para hacer frente a estas fuentes de tensiones internas y externas en el trabajo con comunidades indígenas tanto en áreas urbanas como rurales, investigadores en Nueva Zelanda, Australia, Estados Unidos y Canadá han trabajado con sus asociados comunitarios para desarrollar lineamientos éticos para el trabajo colaborativo (Minkler, 2005). El Consejo de Revisión Institucional de la Nación Navajo se ofrece como un ejemplo de un organismo complejo que aprueba (o rechaza) toda investigación que se lleva a cabo con participantes Navajo. Toda la investigación en la comunidad Navajo debe: buscar resolutivos de apoyo de secciones locales de la Nación Navajo; proporcionar planes para el uso de las evidencias para el beneficio de los miembros de la tribu; proporcionar los archivos a la Nación Navajo; y deben presentar todos los informes y artículos al Consejo para su aprobación antes de

su difusión (Wallerstein y Duran, 2006). Al mismo tiempo, se debe garantizar que los procesos mismos no excluyan a grupos vulnerables específicos dentro de las comunidades indígenas.

Existen beneficios y desafíos al mantener estos principios y códigos. Khanlou y Peter (2005: *Parte cinco, documento 20*) discuten algunas de estas cuestiones éticas y su aplicación en el trabajo en la investigación de promoción de la salud mental con jóvenes en Canadá.

Aunque los miembros de la comunidad quieran pasar rápidamente a la acción, podría haber limitaciones en cuanto a los recursos. En entornos con pocas oportunidades para acceder a la información y a los recursos, se puede requerir asesoramiento, recursos y capacidades más amplias para tomar acción o para apoyar la reflexión sobre la problemática. En estos contextos, la formación en áreas específicas puede ser parte del proceso de empoderamiento y co-aprendizaje. Esto permite que los grupos sociales puedan involucrarse plenamente en el proceso de investigación y, en una fase previa, evaluar los riesgos potenciales y dar su consentimiento informado (Puffer et al., 2013).

Por último, los consejos de ética de la investigación mismos necesitan incluir miembros con conocimiento sobre estas diferentes aproximaciones a la investigación y sus exigencias éticas para poder revisar eficazmente las propuestas de investigación-acción participativa.

3.2 Sesgo, clasificación y comparabilidad

¿Quiénes participan en la investigación y por qué algunos participan y otros no? Esta es una de las principales preocupaciones sobre la validez de la investigación, sea participativa o no. Esta sección trata cuestiones de métodos relacionados con la inclusión de gente en la investigación.

Una selección imparcial de sujetos requiere que los objetivos de la investigación, no la vulnerabilidad o privilegio de los individuos, sea la base principal para determinar qué individuos o grupos son involucrados. En la medida de lo posible, los que llevan el riesgo y la carga de la investigación deben de poder beneficiarse de ella, un asunto que se relaciona con la discusión previa sobre la ética y el poder. Un protocolo que utiliza un marco de investigación-acción participativa, por lo tanto, debe indicar claramente cómo han sido incluidos e involucrados los participantes y cómo se verán beneficiados por su participación, dados los fines concertados de la investigación-acción participativa (Khanlou y Peter, 2005: *Parte cinco, documento 20*).

Esto empieza con la definición de una población de estudio—una descripción detallada sobre quién será estudiado durante un cierto periodo de tiempo y si todos serán involucrados o si un subgrupo o una muestra es tomada para representar la población en estudio. Un ejemplo de este proceso de definición de grupos es la evaluación participativa por 33 hogares en Budh Mandir descritas en el *Recuadro 13*. En los paradigmas positivistas, la recopilación “ciega” de datos se levanta por técnicos externos. Los enfoques de investigación-acción participativa, como se discutió en la sección 2.2, incluyen intencionalmente a grupos “homogéneos”, ya sean trabajadores en un ámbito laboral, gente viviendo en un área territorial o miembros de una comunidad con características específicas de salud o sociales. Este es el grupo que instrumenta la investigación y toma acción. En contraste con los paradigmas positivistas, asume que el grupo involucrado y aquellos que iniciaron la investigación, si es que son diferentes, tienen puntos de vista y valores que guardan relación a las cuestiones que se investigan. Su participación no obedece a una selección aleatoria y es importante incluir el grupo completo. De este modo, es crucial que los investigadores expresen sus intereses, como se discutió en la sección 3.1, para saber exactamente quienes pertenecen al grupo elegido y así evitar errores de exclusión.

En algunas circunstancias no es posible que todos participen directamente. De esta forma, los criterios de inclusión deben hacerse explícitos y ser construidos en el proceso las medidas para crear un diálogo con los miembros de ese grupo en su conjunto. En toda investigación surge la pregunta sobre si aquellos que no

participan—los que se niegan a participar, a los que no se puede llegar, los que están enfermos o salen por otros motivos—difieren en aspectos relevantes de aquellos que sí participan. En la investigación-acción participativa, estas preguntas sobre la inclusión y exclusión de participantes también tienen un impacto organizacional, pues pueden afectar tanto el conocimiento producido como la capacidad de actuar sobre él.

Si una parte sustancial del grupo social que se aborda no participa, se necesita establecer si tienen diferentes opiniones o experiencias a los de los que sí participan. Los que participan pueden ser los más agresivos, los más enfermos, los más expuestos o la gente con mayores ingresos y mayor tiempo para la participación (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994). Por ejemplo, se ha visto que la dominación masculina y el estilo moralizante de liderazgo y gestión comunitaria socavan las oportunidades reales de una amplia base de empoderamiento comunitario, en particular para las mujeres, los jóvenes y los hombres marginados (Baatiema *et al.*, 2013). Como se señaló anteriormente, esto puede ser un problema, particularmente para los grupos más desfavorecidos, tales como los migrantes indocumentados, los que tienen problemas de adicciones, niños de la calle o trabajadores sexuales que temen ser expuestos o pueden estar especialmente desempoderados (ver *Recuadro 28*).

Los métodos descritos en la Parte dos ofrecen diversas formas para superar esto. En algunos estudios la participación se garantiza y sostiene al integrar el trabajo con estructuras comunitarias preexistentes y al acceder a redes de confianza existentes (Baatiema *et al.* 2013). Cornish y Ghosh (2007) en su trabajo sobre los trabajadores sexuales en India detallan la necesidad de involucrarse con dueños de clubes nocturnos y gerentes de prostíbulos para poder acceder a las zonas rojas. Cuando existen desequilibrios de poder entre grupos, una opción es que los diferentes grupos dentro de la población de “estudio” se involucren primero a través de procesos separados antes de vincularse con grupos más amplios. Además, como se hizo notar en la Parte dos, en cualquier método específico que sea utilizado (levantamiento de mapas, clasificación, diagramas, entre otros) las evidencias son revisadas y discutidas no solamente para identificar el promedio sino también para identificar (y respetar) las diferencias entre grupos y para usar esto como un medio de comprensión de los problemas y sus causas.

La exclusión de la investigación de grupos decisivos puede afectar el análisis y la acción. Los sesgos en la participación, por lo tanto, deben ser considerados en la interpretación de los resultados. Además, como se ha mencionado, cuando se excluye gente de la investigación-acción participativa o se pierde durante ésta, se puede afectar la posibilidad del grupo para tomar acciones particulares y así aprender de esas acciones.



Recuadro 28: El sesgo de selección en la investigación entre las trabajadoras sexuales en Madrás

El espacio compartido de las mujeres en prostíbulos promueve la solidaridad, pero en un proyecto de investigación en Madrás, este elemento que es normalmente positivo, se comunicó como un obstáculo para el desarrollo de redes de apoyo comunitario. Además, las condiciones sociales hicieron difícil la inclusión de todos los grupos en la investigación participativa.

Los prostíbulos en Madrás se reportan como más pequeños que los encontrados comúnmente en otras ciudades de la India, teniendo cada casa no más de tres o cuatro mujeres en un momento dado. El trabajo sexual comercial en prostíbulos se caracterizó aquí por una alta movilidad. Más de 30% de las mujeres empleadas vinieron del estado vecino de Andhra Pradesh, donde los jefes se enfocaron en focos de pobreza rural para reclutar mujeres jóvenes. Al ser de otro estado y no hablar ni entender el idioma predominante local, Tamil, las jóvenes trabajadoras sexuales comerciales de Andhra frecuentemente se encuentran aisladas de sus iguales y dependen de los encargados de sus prostíbulos. Las trabajadoras sexuales se movían entre los diferentes establecimientos, lo que también debilitaba la solidaridad—las mujeres rara vez se quedaban en un burdel por más de seis meses, teniendo la mayoría de sus contratos una duración de tan sólo entre uno y tres meses.

Los establecimientos de los burdeles también cambiaban regularmente debido a las redadas policiales o a las quejas de los vecinos. Debido a la naturaleza reservada y cambiante de la prostitución de burdeles, los clientes normalmente se canalizaban por intermediarios que también jugaban un papel central en la prostitución practicada por “hijas de familia”. Éstas son mujeres que continúan viviendo en sus hogares pero que proporcionan servicios sexuales, a menudo sin el conocimiento de sus familiares y vecinos. Muchas hijas de familia no se consideran “prostitutas” sino más bien mujeres decentes que ganan un poco de dinero adicional para sus hogares. En consecuencia, se han distanciado de las trabajadoras sexuales en la calle y prostíbulos. Se consideran superiores a las trabajadoras sexuales de tiempo completo que dan servicio a un mayor número de clientes y no ocultan su profesión. Las hijas de familia y las mujeres de prostíbulos tuvieron un contacto limitado con otras trabajadoras sexuales e incluso las reuniones informales fueron limitadas debido al temor a ser arrestadas. Por lo tanto, las mujeres en los diferentes grupos se reportaron como aisladas, dispersas y altamente reservadas sobre su profesión y poco convencidas sobre algún beneficio de la organización colectiva

Si bien este contexto y la dependencia de intermediarios individuales encierran a estas mujeres en relaciones de poder desiguales, parecía ser una estrategia con el menor riesgo en circunstancias sumamente precarias.

Fuente: Asthana y Ostvogels (1996)

Se incrementa el riesgo de errores sistemáticos de clasificación si se excluyen grupos claves o si las discusiones colectivas no se basan sistemáticamente en las aportaciones individuales (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994). La clasificación errónea sistemática de los resultados también se puede deber a un sesgo de aquellos que promueven la investigación. El género de los facilitadores de la investigación puede, por ejemplo, impedir una exploración de temas penosos, como lo son las enfermedades de transmisión sexual (Maalim, 2006). La Parte dos presenta métodos que se extraen las aportaciones individuales, como a través de los códigos de imagen o gráficas de bolso y también métodos que sintetizan y validan evidencias colectivamente, tales como la clasificación según importancia y punteo. Estos métodos pueden controlar el riesgo de un error de clasificación.

Al facilitar el diálogo a través de la examinación de mapas o al realizar comparaciones, como en la clasificación de riqueza, la reflexión y el análisis se basaría en la contribución de los valores atípicos en lugar de excluirlos

3.3 Validez de las evidencias

Conceptos comunes en la investigación científica son: la validez interna (si el cambio o la mejora es resultado de la reflexión y acción o de algo más), validez externa (si los resultados y conclusiones pueden generalizarse o ser transferidos útilmente a otra comunidad) y validez de constructo (si el método de recopilación de datos es apropiado para la metodología o el paradigma subyacente de la investigación). Esta sección explora estas constructos en relación con la investigación-acción participativa.

La naturaleza de la investigación es que el conocimiento producido debe ser ampliamente aplicable. Es necesario saber en qué medida pueden ser generalizados los resultados. Los requisitos de validez son tan importantes en la investigación-acción participativa como lo son en otras áreas de investigación, pero no pueden ser evaluados de la misma forma. Los investigadores de acción han identificado cinco tipos de validez de acuerdo a sus supuestos y objetivos (Ozanne y Saatcioglu, 2008)

Estos cinco tipos de validez son:

- 1 *validez de resultado* o la cuestión de quién se beneficia de la resolución del problema;
- 2 *validez democrática* o si las partes interesadas pertinentes en el problema participan plenamente en la investigación y el grado en el cual sus perspectivas y necesidades informan las soluciones;
- 3 *validez del proceso* o si la forma como los problemas se investigan permite tanto aprendizaje como mejoras continuas y posibilita que la gente reflexione sobre su realidad social para el aprendizaje (esto se ve afectado por la calidad de las relaciones en la investigación);
- 4 *validez catalítica* o hasta que punto los involucrados en la investigación son estimulados a comprender y cambiar la realidad social tanto dentro como más allá de proyecto de investigación;
- 5 *validez dialógica* o la revisión a partir de un diálogo crítico con sus pares sobre los resultados y acción de la investigación. La validez dialógica requiere que los investigadores de acción participen en debates que desafíen los resultados de la investigación para encontrar explicaciones alternativas, inconsistencias, supuestos problemáticos, sesgos, falta de inclusión de partes interesadas clave, entre otros. (Anderson y Herr, 1999).

Reason y Bradbury (2008) destacan que la validez en la investigación-acción participativa requiere incluir el entendimiento de la pluralidad del conocimiento. Entender la pluralidad del conocimiento no es exclusivo de la investigación-acción participativa. Métodos de las ciencias sociales, por ejemplo, utilizan una aproximación denominada “cristalización” en la investigación cualitativa que explora las múltiples representaciones de un mismo fenómeno o perspectivas de éste (Ellingson, 2009). La ciencia social clásica se evalúa parcialmente en la medida en que los “expertos” consideran que el diseño y los constructos son válidos. La investigación-acción participativa se fundamenta en la base epistemológica de que la gente (especialmente aquellos que han sido marginados o silenciados históricamente) posee un conocimiento sustancial tanto de forma individual como colectiva. En su uso del Modelo Obrero, Oddone *et al.* (1977) sostienen que la investigación-acción participativa es el único método que posibilita un conocimiento válido sobre las

condiciones laborales y sus efectos sobre la salud al ser generada mediante la sistematización de la experiencia de los trabajadores, pues sólo ellos pueden conocer su realidad porque la están viviendo. Este punto de vista se fundamenta en la posición fenomenológica de que: “solamente lo vivido (experimentado) es real”.

Los métodos de validación en la investigación-acción participativa son entonces colectivos, a través de procesos deliberativos intencionales y continuos, descritos anteriormente, para aceptar ideas opuestas y lidiar con interpretaciones hasta que emerjan análisis bien desarrollados que el grupo valida (Cammarota y Fine, 2006). Ante esto, la validez del conocimiento en la investigación-acción participativa se ve afectada por:

- qué tan relevante se percibe el problema por la comunidad involucrada;
- a qué medida se puede involucrar al conocimiento de la experiencia en el proceso y los métodos sin perder información;
- si la investigación toma en cuenta el contexto cultural de la comunidad; y
- si el proceso de análisis colectivo está bien conducido y riguroso.

A diferencia de los estudios de encuesta, esta validez depende de qué tanto se lleva a cabo el cotejo y corrección dentro de la validación colectiva y de diálogo, con escepticismo autocrítico y conciencia a lo largo del proceso. Pretty (1995) propone procesos complementarios adicionales para apoyar la validación en la investigación-acción participativa, tales como una observación paralela del proceso por un segundo facilitador u observador, triangulación de diferentes fuentes de evidencias comunitarias, análisis de casos negativos y que otros participantes del grupo social comprueben los resultados. De estos, se sugiere como una prueba la comprobación y corrección por un grupo local más grande de la misma comunidad (Chambers, 1994).

3.4 Reproduciendo y generalizando los resultados

Las intervenciones de salud pública se enfrentan con una creciente presión para demostrar que los programas son eficaces para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad y reducir las brechas de salud. Esta sección explora qué tan generalizables son los resultados de la investigación-acción participativa y cómo se aborda esta cuestión.

Como se indica en la sección 1.3, el conocimiento basado en aproximaciones positivistas ha establecido estándares científicos para evaluar la calidad de la evidencia científica. Los ensayos aleatorios controlados son vistos como un estándar de excelencia para poner a prueba la causalidad o la fuerza de una

asociación entre una intervención y el resultado en consideración. Sin embargo, las comunidades y los sistemas complejos que están involucrados en diversas formas de investigación en políticas y sistemas de salud, incluyendo la investigación-acción participativa, son sistemas abiertos y dinámicos con un número de factores virtualmente ilimitados que influyen en los comportamientos y resultados de salud.

Los criterios de confiabilidad, rigor y validez deben de tomar en cuenta las características esenciales de la investigación-acción participativa, tanto en el desplazamiento de poder, como en la construcción de conocimiento a partir de la acción y la transformación. Los criterios tradicionales utilizados en los métodos de investigación positivistas no son, por lo tanto, aplicables a la investigación-acción participativa.

Gilson (2012) en *Investigación en políticas y sistemas de salud: una guía de métodos* muestra los criterios utilizados para formular juicios sobre la calidad y rigor de la investigación entre los paradigmas de conocimiento. La investigación positivista enfatiza la validez y confiabilidad—la cual se asegura a través de un cuidadoso diseño del estudio, desarrollo de herramientas, recolección de datos y un análisis estadístico apropiado. La investigación basada en paradigmas, tales como la teoría crítica y el constructivismo, considera la confiabilidad del análisis—si es reconocido ampliamente por tener un valor más allá de los ejemplos particulares considerados. Resume los diferentes criterios y preguntas utilizados en la evaluación de la calidad de la investigación basados en diseños fijos (positivistas) y flexibles (reflexivos). Esto se muestra en el Cuadro 7 a continuación junto con comentarios adicionales sobre cómo se puede aplicar esto en la investigación-acción participativa.

Ella también señala la necesidad de: un proceso activo de cuestionamiento y comprobación durante la investigación; un proceso de conceptualización y reconceptualización a lo largo de la investigación; juicios interpretativos elaborados y revisión de las interpretaciones iniciales por los participantes (comprobación por integrantes); y declaración explícita de supuestos utilizados que pueden influir en la interpretación. Esto plantea la cuestión de la indagación sobre cómo y bajo qué condiciones la investigación-acción participativa ha producido cambios en lugar de simplemente emitir una valoración sumativa sobre si funcionó. Las evidencias por sí solas no permiten llegar a un juicio al respecto. Depende también de: un buena documentación de los procesos, los procedimientos y los efectos; la evaluación de su importancia por los miembros de la comunidad y otras personas externas a la comunidad; y las posibilidades de la comunidad de participar en el proceso y en su revisión (Boothroyd *et al.*, 2004).

Otra preocupación es hasta qué punto se puede generalizar más ampliamente el conocimiento adquirido—la validez externa. La naturaleza intencional de la estrategia de muestreo y la inclusión de un grupo homogéneo con características sociales compartidas limitan la generalización a otros contextos. La investigación-acción participativa genera nuevo conocimiento sobre situaciones particulares o sobre el funcionamiento de sistemas e instituciones particulares. Debido a que el método no separa la teoría de la práctica, es posible sumar el conocimiento de estudios particulares, pero no generalizarlo. Podría sostenerse que la misma crítica de especificidad local se aplica a la investigación etnográfica y de operaciones. Como se expone en el Cuadro 7, la pregunta en la investigación-acción participativa es, por lo tanto, si sus resultados generan

Cuadro 7: Criterios y preguntas para evaluar la calidad de la investigación

Diseños fijos	Diseños fijos	Investigación-acción participativa
Confiabilidad: ¿Es confiable la medición de la variable?	Verificabilidad: ¿Los datos confirman los resultados generales y conducen a sus implicaciones?	¿Se describe correctamente el proceso a través del cual la comunidad examinó y validó las evidencias? ¿Se revisaron los resultados después de las acciones?
Validez de constructo: ¿Se está midiendo lo que se piensa que se está midiendo?	Confiabilidad: ¿Fue lógico y bien documentado el proceso de investigación?	¿ Participaron todos los miembros clave del grupo homogéneo en el proceso de investigación? ¿Fue lógico y bien documentado?
Validez interna: ¿Demuestra el estudio convincentemente una relación causal?	Credibilidad: ¿Existe correspondencia entre los puntos de vista de los participantes y la reconstrucción que realiza el investigador de ellos?	¿Participaron todos los miembros clave del grupo homogéneo en el proceso de validación y análisis? ¿Se revisaron correctamente los valores atípicos y las diferencias?
Validez externa ¿Los resultados son estadísticamente generalizables?	Transferibilidad: ¿Los resultados generan perspectivas transferibles a otros contextos?	Los resultados generan perspectivas o motivaciones para la acción o reflexión que son transferibles a otros contextos?

Fuente: Gilson (2012) con contribución del autor

ideas, conceptos, teorías, aprendizaje o motivaciones para la acción que son transferibles a otros contextos, aunque los resultados específicos no lo sean.

Existen opciones para abordar estas cuestiones en la investigación-acción participativa. El proceso debe incluir una evaluación del contexto y proporcionar evidencias de validación colectiva, revisión por pares y evidencias de apoyo sobre cuestiones tales como la viabilidad, factibilidad y capacidad de adaptación. Esto puede proporcionar información que apoya las conclusiones sobre lo que funciona y las condiciones bajo las cuales lo hace. Varios artículos reproducidos en esta guía proporcionan dicha información, tales como Falabella (2002: *Parte cinco, documento 3*) y Garwick y Auger (2003: *Parte cinco, documento 8*).

Otra aproximación a la generalización es usar los métodos para el meta-análisis de los datos cualitativos, como se discute en la sección 2.6. La investigación etnográfica ha planteado otras formas de generalización que se pueden aplicar en la investigación-acción participativa. La generalización teórica también es utilizada, y se refiere a cómo las nociones pueden ser transpuestas de un contexto a otro, por ejemplo al extraer lecciones comunes de estudios de caso. La generalización provocativa mide el grado en el cual un trabajo investigativo provoca a los lectores o público de distintos contextos para repensar los arreglos existentes actuales y si motiva a que la gente actúe (Cammarota y Fine, 2006).

Otra forma de abordar la generalización del conocimiento es por medio de la investigación plurinacional, la cual identifica conocimiento común a lo largo de diferentes sitios de investigación-acción participativa. También es posible triangular con otras técnicas para obtener datos complementarios. Por lo tanto, la investigación-acción participativa ha sido complementada por otras formas de investigación comunitaria, como son los cuestionarios o los exámenes clínicos basados en el muestreo probabilístico (Laurell *et al.*, 1992). En este caso, los cuestionarios, las técnicas de medición y el procesamiento son simplificados y estandarizados cuidadosamente para hacer accesibles las interpretaciones a los miembros de la comunidad para que así puedan aplicarlas ellos mismos.



Aldeanos comentando la participación en un programa de investigación, El Salvador

© C Hogstedt, 2006

3.5 Aspectos logísticos

Esta sección discute las cuestiones logísticas que se deben considerar en la investigación-acción participativa.

Aunque la ubicación de las capacidades y procesos de investigación dentro de las comunidades y los sistemas de salud locales permita superar los retos logísticos en el acceso de los conocimientos y recursos, la aplicación de la investigación-acción participativa también plantea problemas logísticos. El trabajo puede tener una duración impredecible y a veces larga. Para las comunidades esto puede absorber recursos limitados y requerir un pensamiento creativo para mantener la participación activa, en particular cuando se presenta un conflicto o si los recursos son reducidos. Los informes de la investigación-acción participativa frecuentemente exponen los retos logísticos a los cuales se enfrentan los investigadores (*Cuadro 2*).

En otros programas que involucran la participación social se encuentran desafíos similares y estos trabajos pueden proporcionar aprendizajes a aquellos que lidian con los retos logísticos en la investigación-acción participativa. Nathan *et al.* (2013) estudiaron el impacto de involucrar a “coordinadores de participación comunitaria” en un distrito en Australia. Encontraron que los coordinadores tienen mayor capacidad de apoyo y promoción de las acciones comunitarias en las políticas y prácticas de los servicios de salud cuando:

- construyen sus capacidades y su confianza;
- involucran a las comunidades en los programas de acción;
- ayudan a que la comunidad entienda y se abra paso en el sistema de salud; y
- respaldan las recomendaciones ante las autoridades y el personal de salud

Los involucrados en la investigación acción participativa necesitan invertir tiempo y brindar atención a la construcción de relaciones de confianza. Al igual que en otras áreas de investigación, el trabajo con grupos vulnerables o desfavorecidos puede aumentar las exigencias sobre los involucrados, como encontró Maalim (2006: *Parte cinco, documento 10: 187*) en su trabajo con los nómadas somalíes:

Igualmente, la larga distancia entre los pueblos fue bastante agotadora tanto para el investigador como para sus asistentes. Esto se vio empeorado aún más por la ausencia tanto de transporte público como privado debido a los caminos intransitables en la mayoría de los centros de investigación. Adicionalmente, el investigador se vio obligado a utilizar guardias de seguridad armados en sus largos viajes entre los sitios de investigación. Esto era muy común en la división del norte de Mbalambala debido a los bandidos de países vecinos que son bastante comunes en el distrito.



Recuadro 29: Explorando los retos de la instrumentación de la investigación-acción participativa en el contexto del VIH y la pobreza

Este estudio explora los desafíos involucrados en la aplicación de la investigación-acción participativa en el contexto del VIH/SIDA y la pobreza en Sudáfrica. El autor describe un proyecto con un grupo de personas que vive con VIH/SIDA en Masiphumelele, Cape Town que se realizó en el 2003/2004.

El estudio buscaba crear una oportunidad para que los participantes se involucraran en un proceso participativo dirigido a la auto-conciencia y el empoderamiento y construir aprendizaje en el proceso. Se encontraron retos tanto desde el punto de vista del investigador, quien tenía que “soltar el control”, y de los participantes, quienes tenían que tomar el control. Los participantes batallaron con problemas de baja autosuficiencia y de indefensión aprendida. Las fluctuaciones en su salud también contribuyeron a periodos alternantes entre esperanza y desesperación y estos problemas tuvieron un impacto en su motivación para participar en el estudio.

Es de resaltar que aquellos con mayor necesidad resultaron ser los menos propensos a participar.

Fuente: Rosenthal (2010)

Aunque el trabajo puede ser más necesario en las comunidades más desfavorecidas, cuyas voces pueden ser menos oídas dentro de los sistemas, estos individuos frecuentemente tienen menor probabilidad de estar en una posición para dar su tiempo y energía. Incluso cuando se proporciona cuidado de niños y transporte, existen diferencias de gastos en la participación entre los grupos, incluyendo entre géneros (Minkler, 2005).

La investigación participativa exige incentivos (tiempo y recursos) para la actuación de la comunidad y del investigador. También requiere de un mecanismo de financiamiento que es sensible a las oportunidades y las exigencias del proceso que no siempre se pueden anticipar y programar al inicio de la investigación (Viswanathan *et al.*, 2004). La obtención de recursos desde fuera de la comunidad puede ser problemático y puede enfatizar el poder y el control de los que suministran los fondos en lugar de el de los participantes (Rosenthal, 2010). Si los facilitadores externos a las comunidades también financian las reuniones comunitarias o los reembolsos a los participantes, esto puede afectar su papel e introducir otras fuentes de poder en su relación con las comunidades. Si no son los investigadores ni las comunidades los que tienen los fondos, esto puede someter el proceso a procedimientos externos y a programaciones que pueden tener un impacto en la investigación.

Estas exigencias logísticas crean una contradicción aparente entre las necesidades que este proceso de investigación busca resolver y la facilidad de aplicarlo. Al comparar dos proyectos en Canadá en una comunidad con un servicio relativamente bueno y cerca de los investigadores y otro en una comunidad remota y con un servicio insuficiente, el proceso participativo se siguió con mayor facilidad en la comunidad con mejor servicio y en mayor proximidad a los investigadores y fue más desafiante en la comunidad con servicio insuficiente

(Ritchie *et al.*, 2013). Aunque fue planteado como una “paradoja de proximidad” en este estudio, en cualquier forma de investigación es más probable que un entorno marginado y desfavorecido sea un ambiente de trabajo más difícil y esto puede generar un riesgo de enfoque inverso, donde aquellos con mayor necesidad son los que menos se involucran, incluso en la investigación-acción participativa.

Una manera de enfrentar estos retos es integrar la investigación-acción participativa en el trabajo de las organizaciones involucradas. Sin embargo, la incorporación de estos procesos participativos en el sector público puede crear dificultades e imponer los límites inherentes al proceso burocrático. Aquellos más comprometidos con un resultado burocrático tienen poco incentivo para ceder el poder en la toma de decisiones (Chung y Lounsbury, 2006).

El tiempo y los recursos para estas cuestiones se pueden incluir en los protocolos y financiamiento de investigación. Algunas veces existe, no obstante, la falta de apoyo institucional a la investigación-acción participativa—tanto para las comunidades como para los investigadores—debido a una valoración inadecuada de sus métodos. Esto también es un problema en los sistemas de recompensas formales. Los financiadores retienen el financiamiento de los procesos y resultados impredecibles o pueden establecer plazos y objetivos que son incompatibles con el propio proceso (Springett y Wallerstein, 2008).

Por lo tanto, aunque los estudios individuales deben tomar en cuenta estos desafíos, este tipo de trabajo necesita fuentes de apoyo más estables y a largo plazo.

La sección 4.3 explora el papel de las redes de aprendizaje y las comunidades de práctica en el suministro de este apoyo.



© Amuda Baba Dieu Merci, 2009

Parte cuatro: **Evidencias y acción**

Foto de portada de la Parte cuatro:

Construcción comunitaria de puentes para superar las barreras de atención identificadas en la investigación-acción participativa, República Democrática del Congo



Parte cuatro

Evidencias y acción

Esta sección trata la presentación de informes, la difusión y el uso de la investigación-acción participativa. Examina el proceso formal de las publicaciones con revisión por pares utilizados para difundir una gran parte de la investigación en sistemas de salud y explora otras formas en las que los resultados de la investigación, las acciones tomadas y el cambio institucional producido son divulgados, incluyendo en el ámbito de la política.

Dado que la acción se encuentra incorporada a la investigación-acción participativa, existe una conexión local inmediata entre el conocimiento y la acción. La utilización a gran escala del aprendizaje de esta aproximación y los procesos dentro de ella dependen, sin embargo, de un conjunto complejo de factores contextuales, socio-políticos y otros. Cuando los procesos de investigación-acción participativa se extienden horizontalmente de sitio a sitio, como se describe por ejemplo en Mbwili-Muleya *et al.* (2008: *Parte cinco, documento 6*) la propagación puede ser lenta al principio y volverse más rápida al aumentar el número de individuos que adoptan la innovación. Rogers propone la teoría de difusión de la innovación, donde se sostiene que cinco características influyen en el ritmo con el cual se adopta una innovación:

- ventaja relativa (se considera que es mejor que la idea o práctica que le precede);
- compatibilidad (es consistente con las necesidades y los valores existentes);
- complejidad (qué tan compleja es su aplicación);
- posibilidad de poner a prueba (si puede ser piloteado);
- observabilidad (su visibilidad ante otros) (Rogers, 1995; Tandon *et al.*, 2007).

Por otro lado, un cambio significativo en las condiciones socio-políticas puede llevar a una propagación más rápida de los procesos de investigación-acción participativa y el conocimiento derivado de los mismos, como es descrito en diversos momentos de la historia y en varias regiones en la sección 1.2. Esta sección explora algunas de las formas en las cuales

se han presentado los informes y se ha utilizado la investigación-acción participativa y las condiciones que lo han permitido y bloqueado. Como un punto de partida, explora cómo el conocimiento y el aprendizaje a partir de la investigación-acción participativa se puede presentar en informes y compartir más allá de la comunidad inmediata involucrada.

4.1 Presentación de informes

La investigación participativa hace un esfuerzo por involucrar de forma genuina a las comunidades en la presentación de informes y la publicación del trabajo y para que los participantes tengan un papel auténtico en esto. Esta sección explora las opciones para la presentación de informes en este tipo de investigación y los problemas que se presentan al hacerlo.

Como se indica en la sección 3.1, la presentación de informes es una de las cuestiones éticas de la investigación-acción participativa y necesita ser discutida y planeada desde el inicio. Como señalan Smith, Rosenzweig y Schmidt (2010: *Parte cinco, documento 21*), la investigación-acción participativa es un proceso fluido, multifacético, co-creado e idiosincrático que no corresponde necesariamente a las convenciones establecidas para la redacción de informes. Algunos autores sugieren que un proceso lineal y técnico en la publicación formal sobre-simplifica las realidades comunitarias y las excluye del proceso (Young y Wharf Higgins, 2010). Adicionalmente se añade la dimensión política de la comunicación de la investigación-acción participativa. Como se señaló anteriormente, los desplazamientos de poder en este tipo de investigación y su papel en el desafío de sistemas de pensamiento, poder y legitimación puede

VER PARTE 5: DOCUMENTO 21

Smith, Rosenzweig y Schmidt (2010) exploran maneras de fortalecer la presentación de informes en la investigación-acción participativa, presentando sugerencias sobre las mejores prácticas basándose en un análisis de artículos de investigación-acción participativa publicados entre el 2000 y el 2008 (véase también el *Cuadro 30*).

hacer que sea un reto su publicación en los medios de comunicación más formales y académicos.

La investigación-acción participativa y otras formas de investigación participativa se publican en trabajos revisados por pares, como se ejemplifica en esta guía de métodos. No obstante, muchas no lo son a pesar de su importancia para el desarrollo de este campo. La investigación participativa con frecuencia se refiere a preguntas muy aplicadas cuya importancia es subestimada por las publicaciones científicas, particularmente cuando el paradigma de investigación es poco entendido. Como se hizo notar en la sección 2.3, los estudios que utilizaron el Modelo Obrero en Italia fueron publicados en una revista especializada, *Medicina dei Lavoratori (Medicina de los Obreros)*, que tenía el formato de una publicación científica convencional y fue iniciada por el Centro de Investigación y Documentación sobre los Riesgos de Trabajo y Daños a la Salud de los sindicatos en 1974.

Mucha de la investigación-acción participativa se realiza en ciclos iterativos de teoría o análisis y acción y muchos de los procesos se dirigen a impulsar cambios institucionales y del sistema, especialmente en las etapas iniciales, en lugar de producir resultados cuantitativos. Ante esto, una gran cantidad de trabajos se publica en la literatura gris como “trabajos en curso” o son publicados en revistas que aún no son indexadas en las bases de datos bibliográficas. Esto significa que las evidencias citadas están sesgadas hacia las publicaciones más accesibles de los países de alto y mediano ingreso, a pesar de que las revisiones sistemáticas intentan encontrar e incluir los estudios no publicados.

La información publicada sobre los países de bajo y mediano ingreso no siempre refleja cómo ha afectado la historia, la cultura, el desarrollo económico y las estructuras institucionales de estos países a sus respuestas a las iniciativas de política y programas (Loewenson, 2010). Para los investigadores académicos involucrados en la investigación-acción participativa, la publicación en revistas científicas es necesaria para la divulgación de conocimiento, el financiamiento y para sus carreras. Para la comunidad involucrada directamente, dicha publicación es vista como menos importante que la publicación necesaria para un compromiso constante o para la ampliación de las alianzas en torno al trabajo y su instrumentación.

Sin embargo, algún tipo de publicación es esencial para que los nuevos investigadores puedan aprender y se puedan desarrollar profesionalmente a partir de las trayectorias pioneras de sus predecesores y para que el trabajo pueda ser revisado por pares. Es así necesario que tanto los involucrados en los procesos de la investigación-acción participativa como los editores de las publicaciones identifiquen un formato y estilo, una

forma, un lenguaje y un contenido que sea relevante y accesible para los académicos y las comunidades.

Para hacer esto se debe reconocer que la investigación-acción participativa no se ajusta necesariamente a las convenciones establecidas de redacción de informes. Puede que no utilice el formato tradicional de las publicaciones con revisión por pares de antecedentes, métodos, resultados, análisis de datos y discusión. Sin embargo, las nuevas revistas en línea ofrecen mayores oportunidades de incluir apéndices para narraciones más detalladas y evidencias visuales. Amplían las oportunidades de comunicación de resultados y son de libre acceso para la publicación y lectura de los trabajos de este tipo de investigación.

De esta forma, los autores de la investigación-acción participativa tienen, en gran medida, que guiar con sus propios recursos a los lectores a través de los procesos descritos en la sección 2.1. Al incluir citas directas o materiales del proceso, tales como mapas y gráficas, se ofrecen formas adicionales de representar la voz comunitaria y una descripción más directa del proceso y las evidencias, particularmente cuando los métodos incluyen herramientas visuales. Esto se hizo, por ejemplo en Young y Barrett (2001: *Parte cinco, documento 14*), Maalim (2006: *Parte cinco, documento 10*) y Terry y Khatri (2009: *Parte cinco, documento 11*).

Smith, Rosenzweig y Schmidt (2010: *Parte cinco, documento 21*) observaron una amplia variación en la forma de presentar informes de los proyectos de investigación-acción participativa, con algunos artículos describiendo el proceso, los resultados y las voces de manera más adecuada que otros, algunos reflejando la creatividad y la pasión de los autores y otros teniendo una rica cualidad narrativa que incluía la voz comunitaria. En una revisión de los artículos de investigación-acción participativa publicados entre el 2000 y el 2008, encontraron mayor claridad cuando los artículos incluían una discusión de siete parámetros:

- 1 cómo se inició el trabajo;
- 2 los periodos de tiempo del trabajo;
- 3 quiénes eran los participantes;
- 4 su grado de participación;
- 5 el método o proceso que se produjo en el trabajo;
- 6 los resultados y/o acciones que emergieron; y
- 7 posibles direcciones futuras del trabajo (si estaba en curso).

Es útil e importante explicar el papel de los investigadores participantes para aclarar quién hizo qué y cuándo, especialmente porque las actuaciones pueden cambiar con el tiempo. Los autores necesitan identificar y explicar lo que su equipo considera que han sido sus resultados y acciones hasta ese momento, incluyendo los cambios de conciencia y en el poder (Smith, Rosenzweig y Schmidt, 2010).



Recuadro 30: Lineamientos para mejores prácticas en la presentación de informes

- 1 Planear por adelantado la estructura organizativa—posibles opciones:
 - Adaptar los apartados organizativos convencionales.
 - Considerar el derivar la estructura organizativa de los elementos de diseño de proyectos o temas emergentes.
 - Considerar un marco cronológico o narrativo.
- 2 Transmitir los elementos clave del proyecto:
 - ¿Cómo inició el proyecto?
 - ¿Cuáles fueron los periodos de tiempo del proyecto?
 - ¿Quiénes fueron los participantes y / o co-investigadores?
 - ¿Cuál fue su participación y la naturaleza de ésta?
 - ¿Cuál fue el proceso dentro del proyecto y / o su metodología?
 - ¿Cuáles fueron los resultados del proyecto y / o las acciones emprendidas?
 - ¿Qué viene a continuación (si el proyecto sigue en marcha)?
 - Se deben considerar gráficas, cronogramas, cuadros u otros gráficos para transmitir la totalidad o parte del diseño del proyecto.
- 3 Transmitir las experiencias de co-investigadores:
 - Prestar atención a quién escribe el artículo y cómo se representan las diferentes voces y experiencias.
 - Prestar atención a quién no escribe el artículo y cómo se representan sus voces y experiencias.
 - ¿Cuáles fueron los resultados a nivel personal del proyecto?
- 4 Tratar los retos, obstáculos y limitaciones del proyecto:
 - ¿Cuáles fueron?
 - ¿Cómo se superaron?
 - ¿Qué podemos aprender de él?

Fuente: Smith, Rosenzweig y Schmidt (2010: Parte cinco, documento 21)

Ellos sugirieron una serie de mejores prácticas para escribir sobre la investigación-acción participativa, lo cual se muestra en el Recuadro 30.

Más allá de la estructura, la forma y el contenido de la publicación, el proceso de su producción puede, en sí mismo, desplazar el equilibrio de poder lejos de las comunidades, especialmente si son menos educados y menos familiarizados con las publicaciones o cuando la publicación está en un idioma diferente al suyo. El proceso de publicación, por lo tanto, tiene que equilibrar los intereses de las revistas y las comunidades y puede requerir de tiempo y procesos para garantizar que cumpla con las expectativas de ambos. Chung y Lounsbury (2006: 2136) describen una situación en la que el proceso de edición del informe de un proyecto de evaluación rural participativa para hacerlo menos amenazante a su público llevó a que se omitiera información que la comunidad sentía que era clave. Un participante dijo:

Lo que pudimos describir en el [documento] fue que había problemas en el sistema. Inmediatamente llegamos a la conclusión de que el sistema era el problema. Y esto era amenazante. Es una falta de respeto... Sabes, vamos a criticar lo que dijiste por completo. Esto es peor que el paternalismo.

La comunidad en este estudio estaba determinada a recuperar el poder sobre el proceso y regresó a las reglas negociadas de co-investigación que la empodera. Se produjeron luego dos versiones del informe, una versión “oficial” editada y una segunda versión sin editar que fue el “documento fuente”. Este último documento incluyó información más rica y fue la devolución que la comunidad quería. Cuando los dos documentos finalmente fueron puestos a votación en el consejo comunitario que regulaba el trabajo, la aprobación unánime del segundo informe fue seguida por una gran ovación (Chung y Lounsbury, 2006).

Pueden haber posibilidades de extender la publicación de la investigación-acción participativa, dado el crecimiento en la información y medios para la comunicación. Además, la comprensión de la gente sobre la investigación en políticas y sistemas de la salud ha cambiado y ahora incluye conceptos más amplios de contextos sociales, culturales y económicos y una gama más amplia de métodos (Joint HSR Project, 1996), enfocándose en la experiencia vivida y la distribución del poder, ingresos y otros recursos a nivel macro (WHO, 2008).

4.2 Usando la investigación en políticas y sistemas de salud

La investigación-acción participativa ha tenido un impacto directo en los sistemas de salud, como se detalla en la sección 2.7 y en los ejemplos citados a lo largo de esta guía de métodos. Esta sección argumenta que los sistemas de salud se beneficiarían si se comunicara el trabajo empírico conducido por la investigación-acción participativa a los formuladores de política.

La Investigación-acción participativa genera conocimiento único basado en la riqueza de información de los que están involucrados directamente. Reconoce la causalidad compleja y construye el conocimiento a partir de la acción. Sostenemos que esto la hace invaluable para la formulación efectiva de políticas (Loewenson *et al.*, 1994; Loewenson *et al.*, 2010).

Esta sección da ejemplos de cómo la investigación-acción participativa ha contribuido a los cambios de política o institucionales en los sistemas de salud. Analiza las estrategias de cómo se logró y explora los retos en el uso de este tipo de investigación en la política de los sistemas de salud.

La crítica de la investigación-acción participativa a cómo se produce y enmarca el conocimiento, su alternativa epistemológica y su transformación de la relación sujeto-objeto conducen a la generación de nuevas preguntas, nuevas perspectivas y, en última instancia, nuevo conocimiento (Loewenson, Laurell y Hogstedt, 1994).

La centralidad de la participación comunitaria en cada etapa del proceso de investigación de esta aproximación hace de la investigación un quehacer menos elitista y produce una gran cantidad de información interna y perspectivas que la estructuración externa de la cuestión podría perder de vista (Loewenson *et al.*, 2010; Minkler *et al.*, 2012).

Esto se ejemplifica por Aryeetey *et al.* (2013: *Parte cinco, documento 18*) en su estudio que utilizó técnicas participativas para clasificar la riqueza en

Ghana. Mostraron una conceptualización comunitaria multidimensional de la pobreza que toma en cuenta diversos factores, incluyendo la apariencia física y la marginación social. También destacan cómo se conceptualiza la pobreza de diferente manera en diferentes comunidades, incluso dentro de la misma región de Ghana. Un marco de referencia que considera a la pobreza en términos estrictamente monetarios no identifica a aquellos que la comunidad percibe como los más necesitados (Aryeetey *et al.*, 2013).

Otras investigaciones utilizando los procesos de la investigación-acción participativa en África Oriental y Meridional han demostrado que las comunidades plantean más determinantes estructurales de la salud y la enfermedad que los trabajadores de salud e identifican factores sociales, culturales y familiares de la salud que pueden requerir de un conocimiento particular que otros métodos simplemente no pueden producir (Loewenson *et al.*, 2010).

El énfasis en la experiencia vivida y la primacía del contexto conducen a que la investigación-acción participativa rechace modelos de un solo factor causal y que busque modelos más integrales que reconozcan el papel de múltiples factores y causas en la explicación de la realidad (Loewenson *et al.*, 1994). Este tipo de investigación, por lo tanto, explora los efectos e interacciones entre los elementos sociales, políticos, económicos y ambientales en la producción de resultados de salud (Minkler *et al.*, 2012). Al reconocer que ningún método por sí solo puede reflejar esta complejidad, este tipo de investigación abarca cada vez más métodos mixtos para alcanzar sus metas. Aprovechando las alianzas, junta el conocimiento y percepciones locales con la investigación cuantitativa para hacer cambios significativos en política, como se destaca en los ejemplos de California que se detallan más adelante (Minkler *et al.*, 2012).

Como se observó anteriormente, podría decirse que los modelos que tienen como objetivo determinar cuidadosamente la causa y el efecto proporcionan una visión más parcial del mundo. Al aceptar la complejidad, la investigación-acción participativa puede ser útil para los formuladores de políticas que necesitan respuestas concretas para resolver problemas del mundo real, en contraposición a las estimaciones del impacto de intervenciones particulares, desprovistas de consideraciones contextuales y otras influencias.

Esta ventaja se ve reforzada por el énfasis que la investigación-acción participativa da al conocimiento como la base para la acción en lugar de ser un fin en sí mismo, lo que aumenta en gran medida su relevancia para las políticas. Como se discutió en la sección 1.3, esta investigación se centra en cuestiones que tienen una relación directa con las necesidades sociales y los

problemas del mundo real y su objetivo es lograr lo que Minkler *et al.* llaman “un equilibrio entre la generación de conocimiento y la intervención” en beneficio tanto de la comunidad científica como de la comunidad involucrada en el proceso mismo de la investigación-acción participativa (Minkler *et al.*, 2012:12).

Además, los procesos de la investigación-acción participativa construyen capacidades que permiten a las comunidades identificar los problemas y desarrollar soluciones “prácticas” para “inspirar el cambio de políticas” proporcionando un aprendizaje potencial para los formuladores de políticas (Loewenson *et al.*, 2010:15). Esta guía de métodos y los artículos empíricos proveen numerosos ejemplos de esto. Los trabajos presentados dan voz a los de la base que a menudo se encuentran en la posición óptima para determinar cuales son sus necesidades. La información basada en este tipo de procesos de investigación permite que los formuladores de políticas ajusten sus programas y decisiones de política a las necesidades y exigencias percibidas a nivel local, algunas veces ahorrando recursos (Loewenson *et al.*, 2010).

Aunque es difícil establecer una relación causal definitiva entre la “voz” y el cambio de políticas, las revisiones de evidencias en países de bajos y medianos ingresos sugieren que, al involucrar a los miembros de la comunidad y al personal local en el establecimiento de prioridades y en la investigación, mejoran el

rendimiento de los sistemas de salud y los resultados de salud de la población, especialmente en relación con las actividades de salud pública y promoción de la salud (Loewenson, 2010).

Al mismo tiempo, la investigación-acción participativa y los procesos participativos han sido acusados de descuidar problemas tales como la captura por la élite o el “fracaso de la sociedad civil” (Mansuri y Rao, 2012). La investigación-acción participativa reconoce la posibilidad de captura por la élite a nivel local y reconoce el papel del conflicto social en el conocimiento, aceptando que las comunidades no son homogéneas, como se comentó en la sección 1.5. La investigación aborda específicamente cuestiones de clase y raza y las dimensiones de poder en el conocimiento y en los sistemas. Pone en relieve las perspectivas de grupos que no suelen ser oídos o que serían acalladas en el uso de otros métodos de investigación, perspectivas que son esenciales para que las políticas aborden de manera más efectiva sus preocupaciones (Loewenson *et al.*, 2010).

Por lo tanto, la investigación-acción participativa tiene un gran potencial para ser útil a los formuladores de políticas. Sin embargo, para desarrollar este potencial, los formuladores de políticas necesitan ser sensibilizados a una conceptualización alternativa de las comunidades para verlas como almacenes de conocimiento, el cual se basa en experiencia vivida en lugar de ser fuentes de “problemas y retos” que deben ser enfrentados (Minkler *et al.*, 2012:12).



© IRRI Images Creative Commons licence 2011

Resumiendo los resultados de las discusiones del grupo focal, Filipinas

Cuadro 8: Temas de política tratados en documentos publicados e incluidos en la Parte cinco de la Guía de métodos

Autores y Año	Tema de políticas abordado	Lugar del estudio	Cambios en políticas o gestión que resultaron
Wang <i>et al.</i> (1996)	El empoderamiento femenino usando foto-novelas	China	Prestación local de guardería, servicios de partera y becas para niñas
Minkler (2000)	La acción comunitaria para formar comunidades sanas	USA	Mejora de la infraestructura sanitaria, cambios en la reglamentación ambiental
Garwick y Auger (2003)	Las necesidades de salud de niños Nativos-americanos con padecimientos crónicos	Minneapolis, USA	Desarrollo y difusión de material culturalmente adecuado sobre el manejo del asma
Kawakami <i>et al.</i> (2006)	La sensibilización sobre la seguridad laboral para los trabajadores informales	Cambodia, Mongolia, Thailand, Laos y Vietnam	Cambios en los programas de seguridad laboral y desarrollo de las políticas de seguridad y salud de las empresas
Rasmussen <i>et al.</i> (2006)	La salud laboral en fábricas de turbinas	Denmark	Cambios gerenciales para hacer de la seguridad una responsabilidad colectiva, tanto como intervención, como resultado
Mbwili-Muleya <i>et al.</i> (2008)	El diálogo comunitario sobre la planeación y elaboración del presupuesto a nivel de la atención primaria	Zambia	Cambios gerenciales para incorporar las aportaciones comunitarias con uso de herramientas IAP para abordar los problemas
Terry y Khatri (2009)	El manejo de residuos porcinos a nivel del aldea	Fiji	Montaje de un nuevo sistema de manejo porcino
Estacio <i>et al.</i> (2010)	La generación de conocimiento comunitario para estimular la acción social para mejorar la salud	Ayta community, Philippines	El gobierno local incluyó las recomendaciones en la planeación local y construyó un centro de alfabetización
Inmuong <i>et al.</i> (2011)	El desarrollo de regulaciones para controlar riesgos para la salud pública	Thailand	Desarrollo de normas para controlar los riesgos para la salud
Borgia <i>et al.</i> (2012)	La priorización de servicios de salud en áreas rurales	Uruguay	Un programa piloto utilizando IAP desarrolló un modelo para servicios de salud participativa en 12 regiones
Minkler <i>et al.</i> (2012)	La iniciativa comunitaria para la prevención de la obesidad	California, USA	Mejoras infraestructurales que incluyen mejor iluminación pública, senderos seguros, sistemas de telefonía para comunicar los riesgos detectados
Othieno <i>et al.</i> (2009)	La creación de conciencia en torno a la salud mental	Kenya	Los psiquiatras de los hospitales y las enfermeras de salud comunitaria aumentaron el suministro de información a las reuniones comunitarias y a los grupos comunitarios. Un terapeuta ocupacional empezó a trabajar con niños con discapacidad intelectual en una de las organizaciones comunitarias.
Aryeetey <i>et al.</i> (2013)	La conceptualización comunitaria de la pobreza y exenciones de la prima en el Modelo de Seguro Nacional de Salud	Ghana	Ninguno
Laurell <i>et al.</i> (1992)	La salud laboral en una fábrica de acero	Mexico	Redefinición de reglas de negociación colectiva

El Cuadro 8 añade a la discusión de la sección 2.7 sobre el uso de la investigación-acción participativa en los sistemas de salud dando ejemplos de diferentes países de todas las regiones.

Estos ejemplos demuestran el uso de estas aproximaciones para lograr el cambio en políticas o gestión en sistemas de salud, basándose en el contenido de los artículos publicados. Una limitación a la que se enfrentan los informes de la investigación-acción participativa es que no siempre incluyen detalles sobre los cambios que se produjeron, pues se pueden haber dado después de la publicación del artículo como parte de un proceso más a largo plazo. El cuadro, entonces, incluye exclusivamente artículos donde los cambios en la política o la gestión se reportaron o fueron evidentes y no hace suposiciones sobre los artículos en los que no se reportan, salvo para señalar que esta información importante no se incluye en el artículo publicado.

Estos artículos sugieren que es más probable que se utilice la investigación-acción participativa en políticas de salud que incluyen la participación comunitaria como un componente principal, como fue el caso con la estrategia adoptada para las “Comunidades o Ciudades Sanas” en cuanto a una política de promoción de la salud en las Américas (Minkler, 2000; Pan American Health Organization, undated). Las experiencias más exitosas de colaboración entre las autoridades locales y la población local organizada parecen estar basadas en una agenda común fundamentada en el derecho a la participación social.

Un ejemplo de esto se da en el caso de Bogotá, el cual se describe en esta sección (Grupo G. Fergusson y Secretaría Distrital de Salud, 2007). Algunos artículos muestran la intención de influir en las políticas aunque no siempre indican el resultado. Liu *et al.* (2006: Recuadro 24) usó procesos de investigación participativa en China para establecer tanto un diálogo democrático entre un grupo de ciudadanos ancianos, funcionarios gubernamentales y líderes del pueblo como un plan de acción del gobierno local para la promoción de salud que satisficiera las necesidades de salud de los ancianos. Byrne y Sahay (2007: Recuadro 26) propusieron un modelo para involucrar a los usuarios de un sistema de información y aquellos afectados por éste en su diseño.

Minkler *et al.* (2012) destacan algunas prácticas para facilitar la incorporación de la investigación-acción participativa en las políticas. En primer lugar, mencionan la necesidad de construir y mantener asociaciones efectivas que incluyan una variedad de gente interesada. Además de los investigadores y a las comunidades, sugieren que una estrategia eficaz para asegurar el resultado deseado es involucrar a los líderes

locales con una visión compartida (Minkler *et al.*, 2012). Lo demuestran con el ejemplo de una comunidad en California que se involucró exitosamente con los funcionarios de la ciudad para crear espacios para caminar a fin de enfrentar la obesidad en la comunidad (Minkler *et al.*, 2012). Otros ejemplos que enfatizan la importancia de este factor incluyen el artículo de Minkler sobre la construcción de comunidades sanas en los Estados Unidos (2000), así como el trabajo de Inmuong *et al.* (2011: Parte cinco, documento 9) sobre el desarrollo de regulaciones para controlar los riesgos de salud pública en Tailandia.

En consonancia con su conceptualización de las comunidades como almacenes de conocimiento y sabiduría, subrayan que las comunidades deben ser alentadas tanto a identificar los problemas como a encontrar las soluciones a dichos problemas (Minkler *et al.*, 2012). Además del ejemplo de California que se mencionó arriba, esta aproximación ha sido aplicada con éxito en otros casos en los Estados Unidos (Minkler, 2000). Otros ejemplos incluyen los de las zonas rurales de China y Fiji. En el primero, los ancianos desfavorecidos utilizaron la investigación-acción participativa con éxito para influir en la política en cuestiones que les afectaban directamente (Liu *et al.*, 2006). En el ejemplo de Fiji, Terry y Khatri (2009) informan sobre el uso de estos procesos para resolver el problema de los residuos porcinos a nivel aldea.

Otra práctica importante, teniendo la especificidad cultural en mente, es la de reflejar las perspectivas comunitarias y garantizar la sustentabilidad a largo plazo de la colaboración. Esto requiere armonizar el enfoque de la investigación y el proceso con la cultura de la comunidad, incluso cuando esto significa que el proyecto se vuelva más lento. Esto es particularmente importante en comunidades tribales donde es clave para el éxito acercarse a los ancianos de la tribu y explicar la investigación y el deseo de la colaboración (Minkler *et al.*, 2012). Proyectos de investigación-acción participativa exitosos han seguido esta ruta, por ejemplo en el proyecto examinado por Garwick y Augur (2003: Parte cinco, documento 8) sobre el desarrollo de intervenciones apropiadas culturalmente para tratar el asma entre los niños Nativo-americanos.

Al igual que otros autores, (Loewenson *et al.*, 2010) Minkler *et al.* (2012) abogan por el uso de múltiples métodos para facilitar la acción política, incluyendo cifras, experiencias personales y presentaciones simples pero llamativas tales como gráficas y cuadros. La importancia de métodos variados es reconocida ampliamente y es una característica de la mayoría de los trabajos empíricos que ha tenido impacto en las políticas (Minkler, 2000; Rasmussen *et al.*, 2006; Inmuong *et al.*, 2011).



Recuadro 31: Resumen de los factores que permiten e impiden el uso de la investigación-acción participativa en la política de los sistemas de salud

Ventajas

Recurriendo al texto de la guía de métodos, los formuladores de políticas pueden beneficiarse del conocimiento de la investigación-acción participativa porque:

- proporciona una gran cantidad de información y perspectivas de aquellos involucrados directamente en los sistemas de salud que de otra manera se perderían de la vista de los formuladores de políticas;
- reconoce el papel de múltiples factores y causas para explicar la realidad. Es, por lo tanto, útil para los formuladores de políticas que necesitan respuestas para resolver problemas del mundo real en los sistemas, considerando el contexto, en lugar de intervenciones específicas que intentan controlar por la influencia del contexto;
- involucra y reúne conocimiento a partir de la acción y así aborda cuestiones de la instrumentación de las políticas;
- ofrece visibilidad a la experiencia, conocimiento y perspectivas de grupos diversos, incluyendo aquellos cuyas voces no serían oídas de otro modo, lo que es esencial para que las políticas aborden con eficacia las preocupaciones de estos grupos; y
- permite a los formuladores de políticas adaptar sus decisiones a las necesidades, exigencias y capacidades percibidas localmente.

Algunos contextos o áreas socio-políticas son especialmente favorables para la investigación-acción participativa y su impacto en las políticas y sistemas de salud, como se muestra en esta guía de métodos. Los entornos institucionales democráticos en general tienden a promover la participación social en la toma de decisiones, particularmente cuando es parte del marco legal, como en Brasil. Del mismo modo, la investigación-acción participativa se convierte en una poderosa herramienta para las organizaciones sólidas de la sociedad civil y los sindicatos que adoptan los valores de la justicia social y el derecho a la salud, la participación popular y la democracia participativa. Como se muestra en los ejemplos de esta guía, la investigación-acción participativa (y de investigación con base comunitaria) ha desempeñado un papel en las políticas relativas a los derechos, la autonomía, la discriminación o identidad y a los determinantes sociales de la salud que requieren de un entendimiento compartido y una acción coordinada entre las comunidades, los científicos, los expertos, los formuladores de políticas y los servicios en diferentes sectores.

Estrategias

Ciertas estrategias facilitan el uso de evidencias de la investigación-participativa en las políticas, incluyendo:

- comunidades organizadas e involucradas que usan activamente el espacio político, institucional y social para influir en la política;
- alianzas efectivas y culturalmente apropiadas entre las comunidades, los líderes locales y los investigadores;
- medidas que desmitifican, explican y hacen más comprensibles y accesibles los procesos de formulación de políticas a las comunidades;
- uso de múltiples fuentes y tipos de evidencias en el desarrollo de políticas, incluyendo cifras, información visual y experiencias concretas

Retos

Al mismo tiempo, se identifican diversas barreras en la guía, que incluyen:

- actores técnicos y políticos que se resisten a aceptar diferentes formas de conocimiento o que se sienten incómodos con la idea y no consideran la formulación de problemas y la generación de conocimiento como un resultado de las relaciones sociales y de poder;
- una pobre comprensión y presentación de informes sobre los métodos utilizados en la investigación-acción participativa;
- desafíos logísticos, incluyendo plazos de tiempo largos e impredecibles;
- especificidad contextual del conocimiento generado

El papel que desempeñan los medios visuales para facilitar un impacto en las políticas está respaldado por evidencias empíricas de una serie de estudios (Minkler *et al.*, 2012). Estas incluyen un proyecto en China que usó foto-novelas para lograr un cambio en las políticas que empoderan a las mujeres (Wang *et al.*, 1996: *Parte cinco, documento 13*) y el trabajo de Kawakami *et al.* (2006: *Parte cinco, documento 12*) sobre el uso de medios visuales, entre otros procesos, para conseguir mejoras laborales en el sector informal en cinco países asiáticos.

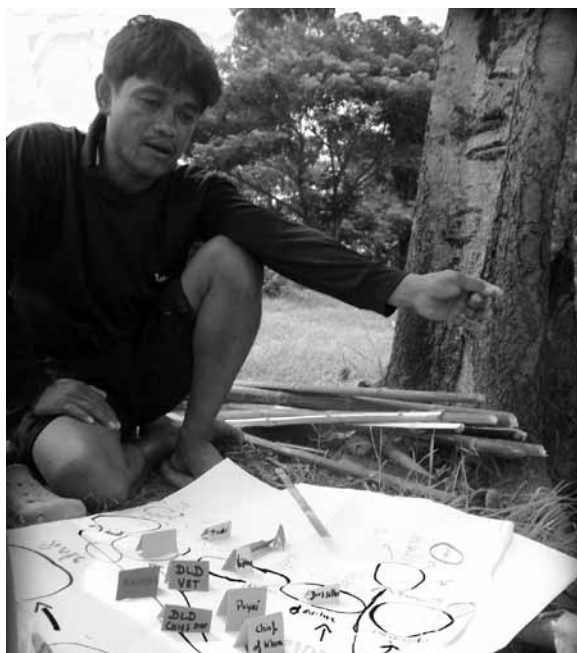
Por último, Minkler *et al.* (2012) abogan por que los investigadores que trabajan en las comunidades “desmitifiquen” y expliquen el proceso de formulación de políticas. Las comunidades pueden entonces identificar oportunidades donde sus contribuciones pueden hacer una diferencia así como entender las limitaciones para las incorporaciones de su retroalimentación (Minkler *et al.*, 2012). Tal aproximación se muestra en el trabajo en los Estados Unidos (Minkler, 2000; Minkler *et al.*, 2012) así como por el trabajo de Mbwili-Muleya *et al.* (2008: *Parte cinco, documento 6*) en Zambia. Este último es un buen ejemplo del papel potencial del proceso de “desmitificación” en la organización de una participación significativa de la comunidad en los procesos de planeación y presupuestación para los establecimientos de atención de primer nivel.

Aunque los factores resumidos en el *Recuadro 31* hacen posible la incorporación de los procesos específicos de la investigación-acción participativa a las políticas, existen otros elementos facilitadores más generales. La presencia, la fuerza y el funcionamiento democrático de organizaciones comunitarias y sindicatos y asociaciones laborales pueden facilitar el cambio, especialmente si actúan en un contexto sociopolítico o legal favorable. Dos ejemplos de esto son descritos en el Modelo de Obreros en la sección 1.2 y en el Plan de Gestión Social Integral en Bogotá, Colombia, que se describe en el *Recuadro 33*.

Aquellos que instrumentan la investigación-acción participativa deben tomar la iniciativa de explicar los métodos y las bases del conocimiento generado pero también las agencias que financian la investigación y las instituciones académicas cumplen una función. Estas instituciones pueden facilitar la investigación-acción participativa dependiendo de cómo priorizan los diferentes tipos de investigación para su financiamiento. Un aumento de financiamiento para los campos emergentes como lo es la investigación-acción participativa puede contribuir a que se utilice una gama más amplia de aproximaciones en la investigación en políticas y sistemas de la salud. De esta forma, se abordarían las limitaciones de las jerarquías existentes, donde las evidencias de ensayos controlados aleatorios y estudios cuasi-experimentales son privilegiadas por encima de aquellas generadas por aproximaciones post-positivistas, incluyendo la investigación-acción participativa.

Los elementos expuestos aumentan la posibilidad de que los resultados de la investigación-acción participativa se conviertan en política. Es vital, no obstante, agregar una nota de cautela sobre la atribución de cambios socio-políticos o de política a la investigación-acción participativa. El cambio en la política es complejo, al depender en una serie de factores que se juntan en un momento particular apropiado (Kingdon, 1995). En una situación así, es imposible hacer la atribución causal a un solo factor o proceso independientemente de los métodos utilizados o los marcos analíticos adoptados. En la investigación-acción participativa, no obstante, existe una capa adicional de complejidad, debido a que el éxito de la investigación tiene tanto que ver con cambios en los procesos de las instituciones y de las políticas como con cambios en los resultados. La necesidad de identificar y desentrañar su papel simultáneamente tanto en el cambio en la política como en los procesos hace que la atribución causal sea más desafiante.

La bibliografía ofrecida en esta guía utiliza la investigación-acción participativa para lograr un cambio en las políticas principalmente a nivel local, antes que a nivel regional o nacional. Cuando su principal objetivo es el fortalecimiento del poder social y el control social sobre el conocimiento así como la acción y el aprendizaje a partir de las transformaciones directas de instituciones y procesos, no sorprende que este tipo de investigación se ubica al nivel comunitario. Los ejemplos de la incorporación del trabajo son más comunes, por lo tanto, a nivel del gobierno local. Ejemplos de ello son los servicios de salud en Lusaka (Mbwili-Muleya *et al.*, 2008: *Parte cinco, documento 6*) o en el uso de la evaluación participativa del impacto en la salud en Tailandia (Inmuong *et al.*, 2011: *Parte cinco, documento 9*) donde las comunidades tienen una mayor posibilidad de participar de forma más directa en el cambio.



Mapeando flujos de información a través de los actores, Tailandia

© Grease network-CIRAD-Thailand/ Sophie Valeix



Recuadro 32: La investigación-acción participativa en un momento crucial: apoyando la atención primaria de salud en Zimbabwe

En el 2008, en medio de la crisis económica y una epidemia de cólera, parecía ser particularmente adecuada la atención primaria de salud integral para abordar los desafíos y necesidades de salud en Zimbabwe. Sin embargo, no se garantizaba que la atención primaria de salud fuera central en la estrategia nacional de salud. Los poderosos grupos de presión médicos y la población urbana de ingresos medios igualmente estaban interesados en que los recursos fueran utilizados para restaurar los hospitales centrales que también habían decaído durante los cinco años precedentes.

Para apoyar la voz de las comunidades en los debates sobre la política nacional de salud que se llevaron a cabo con la formación del gobierno de unidad nacional, el Centro de Formación y Apoyo a la Investigación (TARSC en inglés) en un trabajo conjunto con el Grupo de Trabajo Comunitario en Salud (CWGH en inglés) realizó una evaluación participativa de la situación de la atención primaria de salud en 20 distritos en Zimbabwe en marzo del 2009. La evaluación proporcionó evidencias sobre las condiciones de salud comunitaria a nivel primario del sistema de salud y expuso los puntos de vista y aspiraciones de las comunidades y trabajadores de salud de primera línea. Proporcionó las bases y la inspiración para reconstruir el sistema de salud de Zimbabwe desde abajo hacia arriba. Los problemas y opciones a nivel local estaban disponibles para una discusión más amplia y fueron introducidos en la estrategia nacional de atención primaria de salud. De forma más importante, la investigación misma fue implementada por equipos de las comunidades y trabajadores de la salud de primera línea a nivel comunitario y local en distritos que, en el proceso, dieron más relieve a sus puntos de vista en el diálogo sobre la estrategia nacional de salud.

En una reunión de revisión con los interesados, los resultados de la evaluación se presentaron por personal de los 20 distritos involucrados a las partes interesadas en las políticas y sectoriales a nivel nacional. La reunión proponía que se le diera prioridad a la atención primaria de salud como una estrategia clave para la recuperación de la salud de la población y para la recuperación del sector salud en general. Se realizaron propuestas concretas específicas respecto a cómo llevar a cabo esto y se creó un equipo de trabajo para estimular la aplicación de las propuestas.

La Estrategia Nacional de Salud de 2010-2013 se refirió a esta investigación y el Sumario de Inversiones del Sector de Salud (2010-2012) dejó claro que el gobierno se centraría en revitalizar la atención primaria de salud para atender las necesidades de salud de la nación. La investigación se citó en dicho documento como sigue:

Lo mismo se reforzó en la Evaluación de la Atención Primaria en Zimbabwe (2009) que expresa claramente la necesidad de poner en marcha una estrategia nacional de atención primaria de salud, respaldada por claros derechos a los servicios, con los recursos aplicados eficazmente a nivel comunitario y de atención primaria del sistema de salud como un punto de entrada a cambios más amplios a la atención primaria de salud.

Una combinación de evidencias oportunas vinculadas a la voz comunitaria, la participación de las partes interesadas nacionales y los vínculos entre los investigadores, la sociedad civil y el personal sensibilizado dentro de los ámbitos de las políticas y de alta dirección del Ministerio de Salud se juntaron para asumir la investigación como un puente entre las aspiraciones comunitarias y las políticas y planes nacionales en un momento crucial.

Fuente: TARSC, CWGH (2009)



Trabajadores de enfermería y comunidades revisan conjuntamente el progreso en la atención primaria de salud, Zimbabwe

© CWGH 2008



Recuadro 33: Usando la investigación-acción participativa en el programa de atención primaria de salud de Bogotá

En el 2002, el gobierno de Bogotá adoptó una política social basada en los derechos sociales, económicos, culturales, civiles y políticos. El Grupo Guillermo Fergusson desarrolló durante varias décadas un proceso continuo que pasó por etapas de trabajo comunitario directo en áreas pobres, estableciendo una escuela para capacitar a los líderes populares de salud populares (www.grupofergusson.org/index.php/escuela). Miembros del grupo llegaron a ser funcionarios de la Secretaría de Salud del gobierno de Bogotá y aplicaron la Gestión Integrada Social.

Durante todas las etapas se aplicaron sistemáticamente metodologías de investigación-acción participativa que fueron la base de la gestión social integral como política de gobierno. Se diseñó un método específico para extraer y organizar evidencias sobre las necesidades de la comunidad. El sistema de gestión social integral se integró al programa de salud de Bogotá llamado “Salud en Tu Casa” y se conceptualizó como una estrategia de atención primaria de salud para trabajar directamente con las comunidades en torno a los centros de salud, particularmente en barrios pobres con múltiples problemas de salud y sociales. Para hacer esto, los trabajadores comunitarios realizaron “círculos existenciales” de las familias utilizando aproximaciones de investigación-acción participativa freireana para identificar y desarrollar condiciones para el bienestar físico, mental y social.

Estos “círculos existenciales” constituyeron el grupo homogéneo de acción de las familias para consolidar las prácticas relacionadas con la salud, el entorno y el bienestar social y para construir la organización necesaria para exigir mejor su derecho a la salud y a una vida digna. Su escala fue amplia—297 “círculos existenciales” funcionaron durante el año 2011, con 30,169 participantes. Tenían el apoyo de las autoridades para las iniciativas comunitarias y los grupos identificaron 71 diferentes temas, que abarcaban desde la educación en salud hasta las relaciones de género.

Fuentes: Grupo G. Fergusson y Secretaría Distrital de Salud (2007)

Los intentos de incorporar los resultados de la investigación-acción participativa en las políticas nacionales se ven obstaculizados por cuestiones de su especificidad contextual, de subjetividad y de la posibilidad de generalización, como se discute en la sección 3.4, o por preocupaciones respecto a su uso sólo para validar decisiones ya tomadas (Deng y Wu, 2010). La aproximación epistemológica de este tipo de investigación es una barrera potencial para su uso en las políticas. Aunque el énfasis en la solución de problemas del mundo real y su acercamiento interdisciplinario hacen que esta investigación sea relevante para los formuladores de políticas, también puede no adaptarse a las estructuras compartimentadas que dominan la toma de decisiones (Rifkin, 2009).

La conceptualización de conocimiento como un resultado de las relaciones sociales y de poder lleva a examinar cuestiones supuestamente neutrales y técnicas involucradas en el sistema de salud con una perspectiva de clase, raza y etnicidad—algo que no gusta a los tecnócratas o que ellos asocian con intereses políticos antes que científicos (Loewenson *et al.*, 2010). Los debates sobre los métodos utilizados y los diferentes criterios para juzgar la validez y confiabilidad junto con un pobre entendimiento y comunicación de estas cuestiones agrava sus reticencias, como se comenta en la sección 3.3. El predominio de disciplinas como la epidemiología y la economía basadas en el paradigma

positivista en la investigación sobre sistemas de salud también obra contra la inclusión de este tipo de investigación en la formulación de políticas de alto nivel (Rifkin, 2009; Loewenson *et al.*, 2011: *Parte cinco, documento 1*).

La falta de comprensión de los paradigmas alternativos ha llevado a que los procesos de investigación-acción participativos sean caracterizados a veces como “intervenciones” que son “exitosos” o que “fracasan”. Esto ignora el papel directo de los procesos de generación de conocimiento en la transformación de las instituciones y el papel de la acción transformadora en la generación del conocimiento (Morgan, 2001; Rifkin, 2009).

Las limitaciones mencionadas anteriormente, por ejemplo el conocimiento específico generado sobre un lugar y contexto, también puede conducir a que los formuladores de política ignoren esta aproximación en su búsqueda de lecciones generalizables (Morgan, 2001). La investigación-acción participativa puede ocasionar problemas logísticos para los formuladores de políticas, como lo hace para los investigadores, lo cual se expone en la sección 3.5. Los plazos más largos y los resultados impredecibles pueden no adaptarse a los plazos y procesos rígidos de la formulación de políticas (Morgan, 2001; Parry y Wright, 2003; Loewenson *et al.*, 2011).



Recuadro 34: Modelo Integrado de Salud en Guatemala: un esquema de participación continua

El Modelo Integrado de Salud (MIS) en Guatemala tenía como objetivo fortalecer la atención primaria de salud a lo largo del sistema público de salud basándose en cinco principios: el derecho a la salud, instituciones públicas fuertes, pertinencia intercultural, género y ambiente. Este modelo se basa en la colaboración de una institución no estatal, el Instituto de Salud Incluyente (ISI) y el Ministerio de Salud. Los trabajadores de salud vienen de las comunidades de donde trabajan y son apoyados por los equipos locales y un grupo nacional. Las clínicas en doce departamentos de salud regionales con 24 territorios y 89 clínicas de salud abarcan una población de alrededor de 200,000 a los cuales se les proporciona atención personal individual y visitas familiares. Trabajan con las organizaciones comunitarias sobre las actividades comunitarias tales como las acciones sobre el ambiente o sociales. El programa ha reducido la desnutrición y mortalidad infantil y la mortalidad materna y ha mejorado la aceptación de la vacunación y la atención médica.

Este modelo ha aplicado la investigación-acción participativa en la toma de decisiones con los trabajadores de salud y funcionarios locales, grupos comunitarios y líderes y terapeutas y parteros mayas. Un proyecto de investigación inicial que se llevó a cabo por un grupo de profesionales y trabajadores de salud en los años 200/2001 incluyó 13 grupos focales y entrevistas extensas con trabajadores de la salud, sindicatos, grupos y dirigentes comunitarios, así como terapeutas y parteras Mayas. Esta investigación proporcionó los principios básicos del modelo con una prueba piloto que involucró activamente trabajadores de la salud, curanderos indígenas (parteras y terapeutas Mayas), grupos, dirigentes y consejos comunitarios.

Los métodos participativos no se usaron exclusivamente en el diseño y la toma de decisiones. En la evaluación del modelo, en 2013, también se aplicó un acercamiento participativo y se instrumentaron 13 grupos focales con grupos y trabajadores de la comunidad y entrevistas a profundidad. La evaluación trianguló información cualitativa, información cuantitativa administrativa y cálculos de costos para validar los resultados lo que reveló un alto grado de concordancia. La evaluación demostró que el sistema ha sido altamente exitoso en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, debido principalmente a la organización de las capacidades y el trabajo del personal de primera línea y sus relaciones sistemáticas con la población y los terapeutas mayas.

Fuentes: INS (2002); ISI, MMN (2012); Feo y Tobar (2013)

Al mismo tiempo, cambios en los procesos a nivel nacional se han asociado con el trabajo con investigación-acción participativa, como se detalla, por ejemplo, en el *Recuadro 31*. También se han reportado cambios en las políticas que cruzan las fronteras internacionales asociados con esta aproximación, como se expone en el *Recuadro 20* de la sección 2.5.

Los procesos de la investigación-acción participativa que inician como un medio para transformar la situación de un grupo o comunidad en torno a un problema específico tienen el potencial de influir o transformar procesos institucionales o sistemas de salud nacionales. Esto podría ocurrir cuando:

- su contenido es relevante y generalizable a un contexto más amplio;
- su trabajo está dirigido a una transformación más amplia;
- la participación y el control social son parte del marco institucional y legal.

Es más probable que suceda en entornos institucionales democráticos que generan nuevas relaciones de poder y establecen el terreno para y producen cambios en

instituciones y políticas. Pueden proporcionar espacio para asociaciones de la sociedad civil u organizaciones políticas que adoptan los valores inherentes al derecho a la salud, la justicia social, la participación popular y la democracia participativa.

Un ejemplo de esto se puede encontrar en Bogotá, Colombia, un lugar con fuertes influencias de educación popular freireana y el hogar de Fals Borda (ver *Recuadro 33*). El Modelo Integrado de Salud en Guatemala que se cita en el *Recuadro 34* proporciona lecciones adicionales sobre la incorporación de la investigación-acción participativa a las políticas e instituciones.

Borgia *et al.* (2012: *Parte cinco, documento 17*) describen un proyecto que buscaba la transformación de un sector del sistema del sistema de salud mediante la investigación-acción participativa. Su objetivo era cambiar la marginación inaceptable de los centros de salud rurales en Uruguay después de que el Sistema Nacional Integrado de Salud fue creado en el 2007. También aplicó la aproximación de la investigación-acción participativa freireana como una estrategia política para presionar al Ministerio de Salud y al gobierno.

Las evidencias recopiladas de las comunidades y los trabajadores de la salud se presentaron y discutieron en los foros regionales en 19 provincias. Los 900 participantes de 50 localidades discutieron y acordaron propuestas para la salud rural que fueron presentadas y discutidas con las autoridades de salud. La investigación-acción participativa fue respaldada por la difusión intensiva de las conclusiones y propuestas. El estudio planteó la falta de visibilidad de la salud rural y las autoridades de salud anunciaron su intención de poner en marcha un plan de salud rural como una de sus prioridades. Esto fue en parte debido a su compromiso con políticas para abordar la desigualdad social y en parte debido a los resultados de la investigación y la movilización de las comunidades (Borgia *et al.*, 2012). Batista *et al.* (2010: *Parte cinco, documento 15; Recuadro 35*) describen la forma en la que la participación social y procesos de participación son institucionalizados en los consejos de salud en Brasil. Los consejos de salud representan un esfuerzo masivo de participación social pero también apuntan a los desafíos en el uso de esta aproximación a gran escala. Aunque integran algunas características de la investigación-acción participativa, como son sus ciclos de diálogo, conflicto y consenso, no siguen plenamente el proceso de investigación-acción participativa (Labra y Giovanella, 2007).

Estos ejemplos muestran en diferentes países y contextos cómo la investigación-acción participativa puede catalizar otras prácticas participativas en los sistemas de salud. También muestran que los procesos participativos, como lo es la investigación-acción participativa, necesitan ser renovados y revisados para evitar la pérdida de su conexión con las comunidades. Al ser un paradigma que vincula el conocimiento con el cambio a través de actores que están involucrados directamente

en estos procesos, la incorporación de la investigación-acción participativa en los sistemas de salud nacionales se aborda solamente de forma parcial por medio de los métodos utilizados. Incluso en entornos donde existe apoyo y espacio político para la transformación participativa dentro de los sistemas de salud persiste la asimetría en el conocimiento y poder como sugiere la experiencia de Brasil, mostrada en el *Recuadro 35*. Aunque la investigación-acción participativa se ha utilizado para contribuir a la innovación de los sistemas de salud, también puede ser necesaria para mantener y profundizar la participación social.

Para tratar estas cuestiones con éxito, la investigación-acción participativa necesita abordar seriamente la tarea de desarrollar metodologías y técnicas para pasar de “experiencia local” a “sistemas de salud nacionales” y para mejorar su relevancia cotidiana para los formuladores de políticas (Loewenson *et al.*, 2010). Para ello se pueden aprovechar los contextos políticos que proporcionan apoyo y recursos para tal aplicación nacional, como se detalla en el *Recuadro 32*. También puede cultivarse las oportunidades para esto de nuevas tecnologías de la información, lo que se comenta en la sección 2.4, y los métodos para el meta-análisis, delineados en la sección 2.6.

Al mismo tiempo, existen maneras de reducir o superar las barreras identificadas y de hacer mejor uso de las oportunidades para que la investigación-acción participativa genere conocimiento en las políticas y sistemas de salud. Los métodos necesitan comunicarse más eficientemente, conocerse más ampliamente y ser aplicados de forma más rigurosa. Como se discute en la sección 3-4, explicando detalladamente los métodos, la ética, la calidad y validez de los datos, así como la triangulación de las evidencias de este tipo de



Recuadro 35: Los consejos de salud de Brasil como una plataforma institucional para métodos participativos

La Constitución brasileña fue aprobada en 1988 tras un proceso altamente participativo. Estipula la obligación del Estado de proporcionar universalmente la atención a la salud por medio del Sistema Único de Salud, público y descentralizado. La ley de salud establece que deben de haber consejos de salud a nivel municipal, estatal y nacional conformados por representantes del gobierno, profesionales de salud, trabajadores de salud y miembros electos de organizaciones de usuarios (sindicatos, barrios u otras organizaciones sociales e iglesias). Estos consejos deberían ser canales de control social para la planeación, la toma de decisiones y las actividades en los servicios de salud.

Una evaluación de las evidencias de los años 2003/2005 sobre su rendimiento reveló deficiencias en la cultura participativa. Había menos intercambio de información y conocimiento entre los representantes del gobierno y los de las comunidades que entre los representantes del gobierno y los de los servicios de salud. Así, los esfuerzos para cambiar los procedimientos y construir procesos más participativos no escapan por completo la estructura desigual y asimétrica de la sociedad.

Fuentes: Batista et al. (2010: Parte cinco, documento 15)

investigación con otras fuentes de evidencias—como se hizo en el trabajo de cuestionarios colectivos en América Latina (Laurell *et al.*, 1992)—resulta aún más importante en un campo donde los resultados no pueden ser verificados por otros estudiosos utilizando el mismo conjunto de datos, a diferencia de la investigación más positivista (Loewenson *et al.*, 2010).

La siguiente sección discute de forma adicional el papel de las redes de aprendizaje y las comunidades de práctica para apoyar prácticas exitosas, fortalecer capacidades, la revisión por pares, los intercambios y el desarrollo de métodos de la investigación-acción participativa.

4.3 Redes de aprendizaje y comunidades de práctica

La mayoría de la investigación-participativa se lleva a cabo a nivel local y las relaciones primarias se dan entre las comunidades y las organizaciones que proporcionan el apoyo de las capacidades, la facilitación y los recursos en el proceso. La institucionalización del trabajo dentro del contexto local requiere de una cuidadosa consideración sobre la forma y el proceso y usa las redes locales para construir puentes a largo plazo entre los investigadores participativos y las comunidades. Estas conexiones tienden a ser limitadas a la duración de la obra, pero también pueden llegar a formalizarse con mecanismos conjuntos de gobernanza y tiempo dedicado y financiamiento a los procesos de colaboración (Cheadle *et al.* 2002; Williams *et al.*, 2009).

La mayor parte de esta investigación se produce a nivel local de los sistemas de salud, pero cuando las evidencias se utilizan a nivel nacional, algunas cuestiones requieren de análisis y acción a niveles más generales. Adicionalmente, los esfuerzos y resultados locales pueden involucrarse con las luchas y contribuciones a cambios de niveles más amplios. Como se hizo notar anteriormente, esto se ha vuelto más evidente a medida que:

- los determinantes de la salud y la influencia sobre el diseño y el funcionamiento de los sistemas de salud son crecientemente plurinacionales e internacionales;
- la información circula y las conexiones sociales se hacen cada vez más globales; y
- las desigualdades entre las necesidades de salud y los recursos y servicios en el sector de salud incrementan y la brecha entre el conocimiento y la práctica aumenta, con grupos sociales marginados dentro de los países compartiendo la experiencia de los mismos grupos en otros países.

Al llevar formas institucionales locales a nivel internacional se introducen muchas complejidades. No obstante, al aplicarse más ampliamente los métodos de la investigación-acción participativa, aquellos que los utilizan construyen redes de aprendizaje para intercambiar experiencia, recibir consejos y revisiones y para construir formas de meta-análisis de resultados comunes y conocimiento más generalizable.

Un ejemplo de esto es la red de aprendizaje PRA4equity de la Red Regional para la Equidad en Salud en África Oriental y Meridional (EQUINET; www.equinet africa.org). Se inició en la década del 2000 como una red de centros de investigación-acción participativa en diez países. Tenía como objetivo construir conocimiento sobre: las interacciones de la comunidad y los trabajadores de salud en los sistemas de salud locales; aproximaciones de atención primaria de salud en los servicios de VIH/ SIDA; y otras áreas del funcionamiento del sistema de salud con una relevancia más general para la equidad en salud dentro de la región. Dado que todos los estudios tuvieron un diseño similar, se utilizaron intercambios en la red de aprendizaje para identificar resultados comunes y conocimiento generalizable sobre los sistemas de salud entre los centros y para proporcionar apoyo mutuo y orientación sobre los métodos, compartir experiencias y revisar los métodos entre pares (Loewenson, 2010). Existen otras redes similares a ésta como las comunidades de práctica, redes de aprendizaje electrónico, foros web de discusión, comunidades de aprendizaje y grupos temáticos. Proporcionan un foro para profesionales que comparten un interés en el desarrollo de capacidades y el intercambio de experiencias.

Estos ejemplos incluyen:

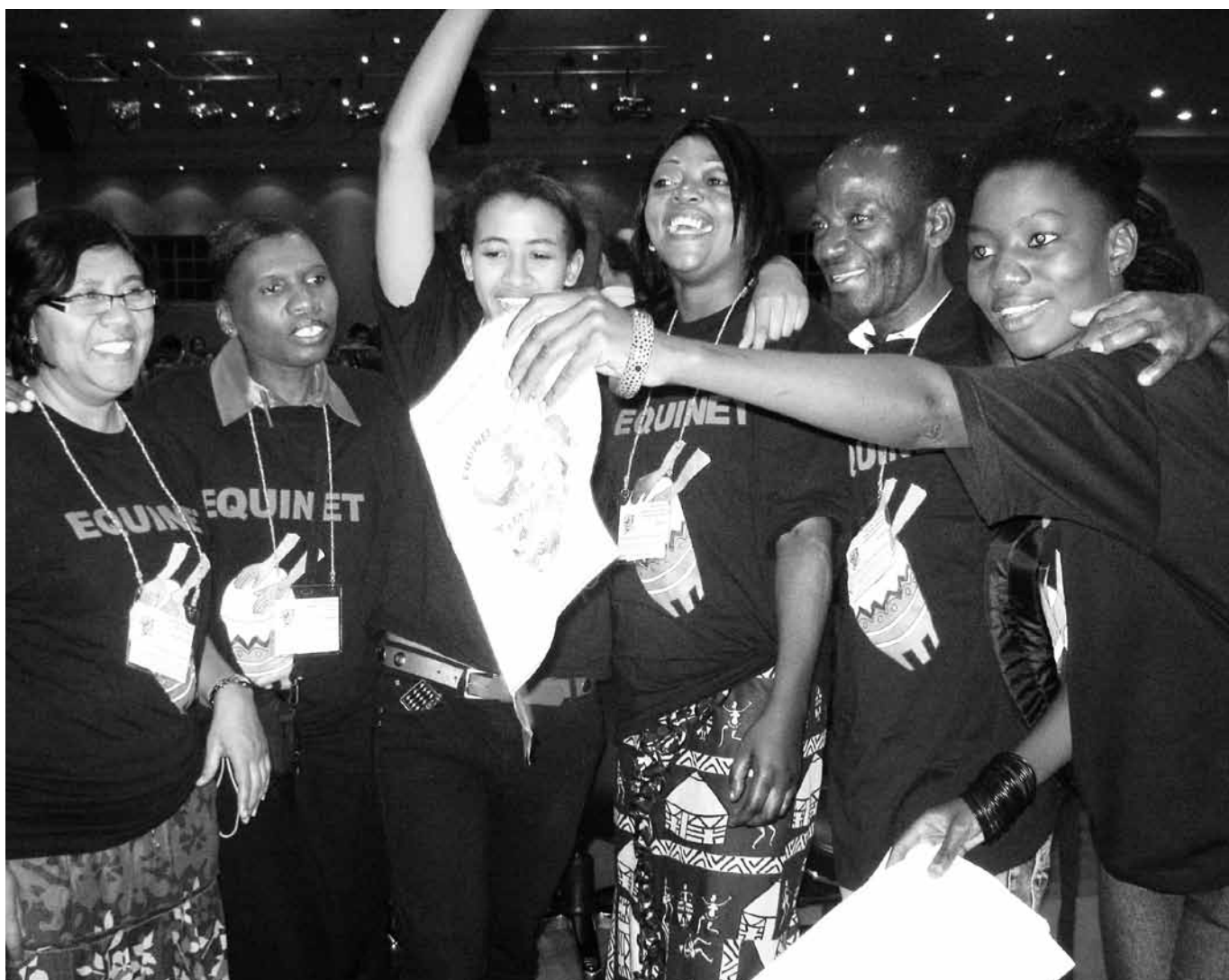
- La Red de Investigación-Acción Participativa (www.pran-bd.org/)
- El Grupo de Investigación-Acción Participativa de Nepal (PRAG en inglés) (www.healthynewbornnetwork.org/partner/participatory-research-and-action-group-nepal-prag)
- El movimiento de *taller de ciencia* en Europa
- PRIA (La Sociedad para la Investigación Participativa en Asia), India (www.pria.org)
- El Instituto Praxis para las Prácticas Participativas (www.praxisindia.org)
- Las Redes vinculadas al equipo IDS Participar, Poder y Cambio Social (www.ids.ac.uk/team/participation-power-and-social-change) y a la Iniciativa Participativa IDS (www.participatorymethods.org)

Los involucrados en la investigación-acción participativa han solicitado la ampliación de este tipo de redes. En el Simposio Global sobre Investigación

en Sistemas de Salud de 2010, los investigadores dedicados a la investigación-acción participativa sugirieron que una red de aprendizaje podría facilitar el intercambio de métodos y trabajo al reunir a los investigadores de diferentes centros de investigación-acción participativa. Podría proporcionar oportunidades para compartir aprendizaje local y un foro para crear una comunidad de práctica, como parte importante de la construcción de un grupo de apoyo, credibilidad y capacidad para la investigación en políticas y sistemas de salud globalmente (Loewenson *et al.*, 2011: *Parte cinco, documento 1*). Esto se reflejó también en el llamado de Etiayo Lambo, el ex Ministro de Salud de Nigeria, durante la sesión plenaria de clausura del simposio de 2010. Pidió que todo refuerzo de la investigación en políticas y sistemas de salud involucrara a las comunidades de política y práctica en el proceso de investigación “utilizando aproximaciones que solucionaran problemas y se orientaran a la acción tales como la investigación de operaciones y la acción participativa” (Lambo, 2011).

Los documentos publicados integralmente en la *Parte cinco* y aquellos en la lista de referencia indican la gama de trabajos en curso. Dan una idea del importante cuerpo de trabajo en la investigación-acción participativa, la gran variedad de este trabajo y el aprendizaje, las experiencias y las reflexiones cruciales en las aplicaciones o intentos de instrumentación de la investigación-acción participativa, particularmente en la investigación en políticas y sistemas de salud. Los documentos proporcionan información más detallada sobre los métodos, los debates, los desafíos y las limitaciones, como son descritas en diferentes partes de esta guía. También proporcionan una ventana a la gente involucrada en la investigación y su papel en el uso del poder de transformación de esta aproximación—inevitablemente con diferentes grados de éxito.

Sin la gente, no hay investigación-acción participativa. De esta forma, esperamos que esta guía de métodos no se mantenga en un librero sino que se encuentre en lugares donde la gente se reúna, participe, debata y de forma a la acción, con las portadas desgastadas y evidencias de que muchas manos les dieron vuelta a sus páginas.



Miembros de la red de EQUINET pra4equity, Uganda

Referencias de las Partes uno a la cuatro

- Alliance for Health Policy and Systems Research (2013) What is HPSR? Overview (<http://www.who.int/alliance-hpsr/en/>, accessed October 2013).
- Anderson G and Herr K (1999) The new paradigm wars: is there room for rigorous practitioner knowledge in schools and universities?, *Educational Researcher* 28(5):12–21.
- Angwenyi V *et al.* (2013) Working with community health workers as ‘volunteers’ in a vaccine trial: practical and ethical experiences and implications, *Developing World Bioethics* 13(1): 38–47.
- Arnstein SR (1969) A ladder of citizen participation, *Journal of the American Institute of Planners* 35(4): 216–224 July.
- Aryeetey GC *et al.* (2013) Community concepts of poverty: an application to premium exemptions in Ghana’s National Health Insurance Scheme, *Globalization and Health* 9:12.
- Association of Canadian Universities for Northern Studies (ACUNS) (1997) *Ethical principles for the conduct of participatory research in the north* (<http://acuns.ca/website/ethical-principles/>, accessed 18 November 2013).
- Asthana S and Oostvogels R (1996) Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras, *Social Science & Medicine* 43(2): 133–148.
- Atkins S *et al.* (2008) Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt, *BMC Medical Research Methodology* 8:21.
- Australia National Health Medical Research Council (NHMRC) and Consumers health Forum of Australia (2001) *Statement on consumer and community participation in health and medical research*, NHMRC, Canberra.
- Baatiema L *et al.* (2013) Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana, *BMC Health Services Research* 13:233
- Bagnara S, Misti R, Wintersberger H (eds) (1985) *Work and health in the 1980s. Experiences of direct workers’ participation in occupational health*, Sigma Rainer Bohn Verlag, Berlin.
- Batista A *et al.* (2010) A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS (A contribution of evaluation research to the process of the implementation of social control in the SUS) *Saúde e Sociedade* 19(4):784–793.
- Baum F, MacDougall C, Smith D (2006) Participatory action research, *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(10):854–7 (<http://jech.bmj.com/content/60/10/854.full>).
- Bélangera E *et al.* (2012) Examining the evidence of the impact of health information technology in primary care: an argument for participatory research with health professionals and patients, *International Journal of Medical Informatics* 81: 654–661 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22910233>).
- Bennett S *et al.* (2010) *What must be done to enhance capacity for health systems research? Background paper for the First Global Symposium on Health Systems Research 16–19th November 2010, Montreux, Switzerland* (<http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/c4ccb675-f6f8-47de-8552-e032d4c3fc20.pdf>).
- Berlinguer G (1977) *La Salute nelle Fabbriche* (7th ed), De Donato, Bari.
- (1979) *Una Riforma per la Salute*, De Donato, Bari.
- Bergh A (2004) The universal welfare state: theory and the case of Sweden, *Political Studies* 52:745–766.
- (2010) Towards a new Swedish model? In: Bengtsson T (ed) *Population ageing – a threat to the welfare state?*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg (Demographic Research Monographs, doi: 10.1007/978-3-642-12612-3_7, #).
- Bergh A and Erlingsson G (2009) Liberalization without retrenchment: Understanding the consensus on Swedish welfare state reforms, *Scandinavian Political Studies* 32: 71–93.
- Bergold J and Thomas S (2012) Participatory research methods: a methodological approach in motion, *Forum: Qualitative Social Research* 13(1):1–20.
- Bioca M and Schirripa P (1981) *Esperienze di lotta contra la nocività*, CENSAPI, Rome.
- Bonnefoy J, Morgan A *et al.* (2007) *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*, National Institute for Clinical Excellence, Facultad de Medicina, Santiago and London.
- Boote J, Wong R and Booth A (2012) ‘Talking the talk or walking the walk?’ *A bibliometric review of the literature on public involvement in health research published between 1995 and 2009*, *Health Expectations*, Oct 4 (epublication ahead of printing; doi: 10.1111/hex.12007).
- Boothroyd RI, Fawcett SB and Foster-Fishman PG (2004) Community development: enhancing the knowledge base through participatory action research. In: Jason LA *et al.* (eds) *Participatory community research: theories and methods in action*, American Psychological Association Washington, DC.
- Borgia F *et al.* (2012) De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública (From the invisibility of rural policlinics to rural health as a public policy), *Saúde em Debate* 36(94): 421–435 Jul/Set.
- Bourdieu P (1998) The essence of neoliberalism. *Le Monde Diplomatique* December (Online English edition, *Le Monde*, Paris (<http://mondediplo.com/1998/12/08bourdieu>, accessed 12 November 2013).
- Bourdieu P, Passeron JC and Chamboredon JC (2013) *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*, second edition, Siglo XXI Editores, Madrid.
- Bourke L (2009) Reflections on doing participatory research in health: participation, method and power, *International Journal of Social Research Methodology* 12(5): 457–474.

- Breilh J (1979) *Epidemiología: Economía, medicina y política*, SESPAS, Santo Domingo.
- (2011) *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. In: *Eibenschutz C y otros. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, Mexico City.
- Britten N *et al.* (2002) Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example, *Journal of Health Services Research & Policy* 7:209-215.
- Buchanan DR, Miller FG, and Wallerstein N (2007) Ethical issues in community-based participatory research: balancing rigorous research with community participation in community intervention studies, *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, Action* 1.2:153-160.
- Buse K and Hawkes S (2013) Health post-2015: evidence and power, *Lancet* (Comment; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61945-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61945-5) (accessed 12 November 2013).
- Byrne E and Sahay S (2007) Participatory design for social development: a South African case study on community-based health information systems, *Information Technology for Development* 13(1): 71-94 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/itdj.20052/abstract>; accessed 13 October 2013).
- California Walk to School Headquarters website, *Walkability checklist for students and adults* (<http://www.cawalktoschool.com/checklists.html>).
- Cammarota J and Fine M (eds) (2006) *Revolutionizing education*, Routledge, London.
- Campbell-Page RM and Shaw-Ridley M (2013) Managing ethical dilemmas in community-based participatory research with vulnerable populations, *Health Promotion Practice* 14(4):485-490.
- Carr W and Kemmis S (eds) (2003) (first published in 1986) *Becoming critical: education, knowledge and action research*, Routledge, London.
- Catalani C and Minkler M (2010) Photovoice: a review of the literature in health and public health, *Health Education & Behavior* 37(3):424-451.
- Catalani C *et al.* (2012) Videovoice: community assessment in post-Katrina New Orleans, *Health Promotion Practice* 13:18.
- CGIL CISL UIL (1972) *Fabbrica e salute (Actas del Convenio de Rimini)*, SEUSI, Rome.
- Chambers R (1994) Participatory rural appraisal (PRA): analysis of experience, *World Development* 22(9):1253-1268.
- Chambers R (2007) *Who counts? The quiet revolution of participation and numbers*, IDS Sussex (IDS working paper 296).
- Cheadle A *et al.* (2002) Using a participatory approach to provide assistance to community-based organizations: the Seattle Partners Community Research Center, *Health Education & Behavior* 29 (3):383-394.
- Chung K and Lounsbury DW (2006) The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming, *Social Science & Medicine* 63:2129-2140.
- Cini M (1982) Sapere operaio e produzione di scienza, *Sapere* 345:53-69.
- Community Tool Box website, Evaluating the initiative (http://ctb.ku.edu/en/dothework/tools_tk_1.htm).
- Consiglio di Fabbrica Montedison Castellanza (1974) *La Salute in Fabbrica*, Savelli, Rome.
- Cornish F and Ghosh R (2007) The necessary contradictions of 'community-led' health promotion: A case study of HIV prevention in an Indian red light district, *Social Science & Medicine* 64:496-507.
- Cornwall A and Jewkes R (1995) What is participatory research?, *Social Science & Medicine* 41(12):1667-1676.
- Cornwall A and Coelho VS (2007) *Spaces for change?: the politics of citizen participation in new democratic arenas*, Zed Books, London.
- Cornwall A (2008) Unpacking 'participation': models, meanings and practices, *Community Development Journal* 2008 43(3):269-83.
- Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson (2012) *Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad*, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá: Bogotá.
- Couto R (1987) Participatory research: methodology and critique, *Clinical Sociology Review* 5(1):83-90.
- Cruz E (2012) Subversión, investigación acción participativa y socialismo raizal: vigencia de la utopía en el pensamiento de Orlando Fals Borda, *Revista Izquierdas* (14):126-150.
- Davies EC *et al.* (2012) Designing adverse event forms for real-world reporting: participatory research in Uganda, *PLOS ONE* 7(3): e32704 (doi:10.1371/journal.pone.0032704).
- Deng, CY. and Wu CL (2010) An innovative participatory method for newly democratic societies: the 'civic groups forum' on national health insurance reform in Taiwan, *Social Science & Medicine* 70(6):896-903.
- Dennis Jr SF *et al.* (2009) Participatory photo mapping (PPM): Exploring an integrated method for health and place research with young people, *Health & Place* 15(2):466-473.
- Denis JL and Lomas J (2003) Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research, *Journal of Health Services Research & Policy* 8 (S2)1-3 October.
- Dixon-Woods M, Booth A and Sutton AJ (2007) Synthesizing qualitative research: a review of published reports, *Qualitative Research* 7:375-422.
- Durham University website (2012) *Community-based participatory research: a guide to ethical principles and practice* (www.dur.ac.uk/beacon/socialjustice/ethics_consultation, accessed 18 November 2013).
- Earl S, Carden F and Smutylo T (2001) *Outcome mapping: building learning and reflection into development programs*, International Development Research Centre, Ottawa.
- Ellingson LL (ed) (2009) *Engaging crystallization in qualitative research: an introduction*, Sage Publications, California.
- Emanuel EJ *et al.* (2004). What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research, *Journal of Infectious Diseases* 189(5):930-937.
- Emmel ND and O'Keefe P (1996) Participatory analysis for redefining health delivery in a Bombay slum, *Journal of Public Health Medicine* 18(3):301-307.

- Estacio EV and Marks DF (2010) Critical reflections on social injustice and participatory action research: the case of the indigenous Ayta community in the Philippines, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5: 548–552.
- Facchini LA and Gastal A (1992) Padronização de dados qualitativos e Modelo Operario: una propuesta de instrument, *Proceedings II Epidemiological Congress*, Abrasco, Brazil (page 121)
- Fals Borda O (1979) Investigating reality in order to transform it: the Colombian experience, *Dialectical Anthropology* 4(1):33–55.
- (1987) The application of participatory action-research in Latin America, *International Sociology* 2(4):329–347
 - (1995) Research for social justice: some north-south convergences, Plenary address at the Southern Sociological Society Meeting, Atlanta, 8 April (<http://comm-org.wisc.edu/si/falsborda.htm>).
- Falabella G (2002) Experiencias y metodología de la investigación participativa (Experience and methodology in participatory research). In: Durston J and Miranda F (eds) *Experiencias y metodología de la investigación participativa*, CEPAL, Santiago de Chile (SERIE Políticas sociales 58 ECLAC-CEPAL, pages 19–32).
- Faria de Aguiar K and Lopes da Rocha M (2007) Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise, *Psicologia Ciência e Profissão* 27 (4):648–663.
- Fedozzi LJ (2011) Democracia participativa, luchas por la igualdad e inequidades de la participación. In: Fleury S, Costa Lobato LV org (2011) *Participación, democracia y salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires (pages 255–285).
- Feo O and Tobar K (2013) *Informe evaluación MIS Guatemala* (<http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/informes/Informe%20Evaluacion%20MIS.pdf>, accessed 9 November 2013).
- Fleury S and Costa Lobato LV org (2011) *Participación, democracia y salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires (available in Portuguese at http://www.cebes.org.br/media/File/livro_particioacao.pdf. Consulted 22/11, 2013).
- Federazione lavoratori metalmeccanici (FLM) (1975) *Rilancio della Lotta per la Salute e l'Ambiente*, Ed Sapere, Rome.
- Federazione lavoratori metalmeccanici (FLM) di Bologna (1978) Bilancio delle iniziative sull'ambiente di lavoro, *Medicina dei Lavoratori* 5(3).
- Flores W, Yavich N and Bascolo E (2010) Juan Lazarte Institute from Rosario, Argentina: a successful case of knowledge translation in health systems research, (unpublished report).
- Foucault M (1977) *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972–1977*, Vintage Books, New York (edited by Gordon C).
- Freire P (1970) *The pedagogy of the oppressed*, Penguin Books, London.
- Gardell B (1982) Worker participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the workplace, *International Journal of Health Services* 12(4):527–558.
- Garwick AW and Auger S (2003) Participatory action research: the Indian Family Stories Project, *Nursing Outlook* 51(6):261–266.
- Gaventa J and McGee R (2013) The impact of transparency and accountability initiatives, *Development Policy Review* 2013, 31 (S1):s3–s28
- Gibbon M (2002) Doing a doctorate using a participatory action research framework in the context of community health, *Qualitative Health Research* 12(4):546–558.
- Gilson L *et al.* (2008) *Challenging inequity through health systems*, Final report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health, Centre for Health Policy, EQUINET, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Johannesburg and London (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)
- Gilson L, Doherty J and Loewenson R (2011) Challenging inequity through health systems. In: Lee J and Sadana R (eds) (2011) *Improving equity in health by addressing social determinants*, WHO, Geneva.
- Gilson L (ed) (2012) *Health policy and systems research: a methodology reader*, Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, Geneva.
- Glaser BG, Strauss AL (1967) *The discovery of grounded theory*, Aldine, Chicago.
- Green D (2013) *Twaweza, one of the world's cutting edge accountability NGOs*, Oxfam blog (<http://oxfamblogs.org/fp2p/a-fascinating-conversation-with-twaweza-one-of-the-worlds-cutting-edge-accountability-ngos/>, accessed December 2013).
- Greenhalgh T *et al.* (2005) Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review, *Social Science & Medicine* 2005; 61(2):417–30
- Grupo G Fergusson and Secretaría Distrital de Salud (2007) *Lectura integral de necesidades de salud*, Grupo G Fergusson, Secretaría Distrital de Salud, Bogota.
- Guba EG. and Lincoln YS (1994) Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK and Lincoln YS (eds) *Handbook of qualitative research*, Sage, Thousand Oaks, CA (pages 105–117).
- (2005) Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In: Denzin NK and Lincoln YS (eds) *The Sage handbook of qualitative research* Sage Publications Ltd, London (pages 191–215).
- Hall BL (1997) Reflections on the origins of the International Participatory Research Network and the Participatory Research Group in Toronto, Canada, paper presented to the Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing and Community Education, Michigan State University East Lansing, Michigan, 15–17 October.
- Harden A *et al.* (2004) Applying systematic review methods to studies of people's views: an example from public health, *Journal of Epidemiology and Community Health* 58:794–800.
- Hassan MM (2005) Arsenic poisoning in Bangladesh: spatial mitigation planning with GIS and public participation, *Health Policy* 74(3):247–260 (Amsterdam, Netherlands).
- Hatton DC and Fisher AA (2011) Using participatory methods to examine policy and women prisoners' health, *Policy, Politics, & Nursing Practice* 12(2):119–125 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21903718>).

- Hendriksen A *et al.* (2011) Participatory decision making for sanitation improvements in unplanned urban settlements in East Africa, *Journal of Environment Development* March 2012 21(1):98–119 (doi: 10.1177/1070496511426778).
- Heron J and Reason P (1997) A participatory inquiry paradigm, *Qualitative Inquiry* 3(3):274–294.
- Herr K, Anderson GL (2005) *The action research dissertation: a guide for students and faculty*, Sage Publications, California.
- Hodson R (1999) *Analysing documentary accounts*, Sage Publications, London.
- Institute of Development Studies (IDS) (2013) *Participatory methods*, IDS, Brighton (<http://www.participatorymethods.org/task/communicate>, accessed November 14 2013)
- Inmuong U *et al.* (2011) Participatory health impact assessment for the development of local government regulation on hazard control, *Environmental Impact Assessment Review* 31(4):412–414.
- Instancia Nacional de Salud (INS) (2002) *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*, Medicus Mundi, Gobierno de Navarra, F Ebert Stiftung, Guatemala.
- Instituto de Salud Incluyente and Medicus Mundi Navarra (ISI and MMN) (2012) *Transformando el sistema público de salud desde el primer nivel de atención*, Serviprensa, S.A, Guatemala (http://www.isis.org.gt/images/publicaciones/ISIS_Transformando.pdf, accessed 18 November 2013).
- Israel BA *et al.* (eds) (2005) *Methods in community-based participatory research for health*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Joint Project on Health Systems Research for Eastern and Southern Africa (1996) *Health systems research: does it make a difference?*, Joint HSR Project, Harare (<http://www.healthresearchweb.org/files/hsr-95en.pdf>, accessed 15 November 2013).
- Johnson CM *et al.* (2013) Promotoras as research partners to engage health disparity communities, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 113(5):638–642 (<http://www.andjml.org/article/S2212-2672%2812%2901921-1/fulltext>).
- Jongudomsuk P (2010) *Case-studies and lessons learned on translating health systems knowledge in Thailand*, Health Systems Research Institute (HSRI) Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand.
- Kaim B (2013) Who are we to care? *Exploring the relationship between participation, knowledge and power in health systems*, TARSC, Zimbabwe, and COPASAH, Harare.
- Kaim B *et al.* (2000) *Participatory approaches in HIV/AIDS community work: a facilitators' guide*, Pact, Zimbabwe.
- Kawakami T (2006) Networking grassroots efforts to improve safety and health in informal economy workplaces in Asia, *Industrial Health* 44(1):42–47.
- Keith M *et al.* (2002) *Barefoot research: A workers manual for organizing on work security*, ILO and TUC, London.
- Kesby M (2000) Participatory diagramming as a means to improve communication about sex in rural Zimbabwe: a pilot study, *Social Science & Medicine* 50 (2000):1723–1741.
- Khanlou N and Peter E (2005) Participatory action research: considerations for ethical review, *Social Science & Medicine* 60 (10):2333–40.
- Kingdon J (1995) *Agendas, alternatives and public policies*, second edition, Addison-Wesley Education Publishers Inc., New York.
- Kirkwood B and Bahl R (2013) Can women's groups reduce maternal and newborn deaths?, *Lancet* 381(9879):e12–e14.
- Koch T and Kralik D (2006) *Participatory action research in health care*, Blackwell, Oxford.
- Korpi W (2007) The power resources model. In: Pierson C, Castles FG (eds) *The welfare state reader*, Polity Press, Cambridge (pages 76–87).
- Krieger N (1994) Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine* 39(7):887–903.
- (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, *International Journal of Epidemiology* 30(4):668–677.
- Kwiatkowski RE (2011) Indigenous community-based participatory research and health impact assessment: a Canadian example, *Environmental Impact Assessment Review* 31(4):445–450.
- Labra M, Giovanella L (2007) *Construcción del sistema único de Salud y participación de la sociedad civil* (<http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud/index.htm>, accessed 26 March 2014).
- Lambo E (2011) *Key evidence-informed policy messages for accelerating universal health coverage (UHC) First Global Symposium on Health Systems Research, 16-19 November 2011, Montreux, Switzerland*, Steering Committee of the First Global Symposium on Health Systems Research, Montreux.
- Lazarus S *et al.* (2012) Public health research and action: reflections on challenges and possibilities of community-based participatory research. In: Maddock J (ed) *Public health – social and behavioral health*, InTech (Open access publisher) (ISBN: 978-953-51-0620-3; doi: 10.5772/38411).
- Laurell AC (1984) Ciencia y experiencia obrera (Science and workers' experience), *Cuadernos Políticos* 41:63–83.
- Laurell AC and Noriega M (1987) *Trabajo y salud en SICARTSA* (Work and health at SICARTSA), Sección 271 del Sindicato Minero, México DF.
- Laurell AC *et al.* (1992) Participatory research on workers' health, *Social Science & Medicine* 34(6):603–13.
- Laurell AC and Herrera Ronquillo J (2010) La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios (The second health reform. Health insurance and payer-provider split) *Salud Colectiva* 6(2):137–148.
- Leung MW, Yen IH and Minkler M (2004) Community-based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century, *International Journal of Epidemiology* 33 (3):499–506.
- Lincoln YS, Lynham S and Guba EG (2011) Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds), *The Sage handbook of qualitative research*, fourth edition, Sage Publications, London.
- Liu M *et al.* (2006) Using participatory action research to provide health promotion for disadvantaged elders in Shaanxi Province, China, *Public Health Nursing* 23(4):332–38.

- Loewenson R, Laurell AC and Hogstedt C (1994) *Participatory approaches in occupational health research*, Arbetste Oeh Hals, Göteborg (working paper 38).
- Loewenson R *et al.* (2006) *Organizing people's power for health: participatory methods for a people-centred health system*, TARSC and Ifakara Health Development Centre with EQUINET, Harare (PRA toolkit).
- Loewenson R *et al.* (2010) *Experiences of participatory action research in building people centred health systems and approaches to universal coverage, report of the Sessions at the Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, Switzerland*, TARSC, Harare.
- Loewenson R *et al.* (2011) Raising the profile of participatory action research at the 2010 Global Symposium on Health Systems Research, *MEDICC Review* July 13(3):35–38.
- Loewenson R (2010) *Connecting the streams: using health-systems research knowledge in low- and middle-income countries*, Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research, WHO, Geneva.
- Loewenson R and Gilson L (2011) The health system and wider social determinants of health. In: Smith R, Hanson K (eds) *Health systems in low and middle income countries: an economic and policy perspective*, Oxford University Press, Oxford (chapter 10, pages 219-242).
- Loewenson R (2013) *Dreaming the future of health in the next 100 years: white paper from the Global Health Summit Beijing China, January 26-27 2013*, TARSC for Rockefeller Foundation, New York (<http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/1b8843cc-0d4c-4d5e-bf35-4c7b2fbbb63d-the.pdf> accessed March 24 2014).
- Lord CG, Ross L and Lepper MR (1979) Biased assimilation and attitude polarization: the effects of prior theories on subsequently considered evidence, *Journal of Personality and Social Psychology* 37:2098–2109.
- Loyola A (2008) Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente (Drugs and public health in the age of AIDS: the metamorphosis of a dependent policy), *Ciencia & Saúde Colectiva* 13(supl): 763-778.
- Lucas PJ *et al.* (2007) Worked examples of alternative methods for the synthesis of qualitative and quantitative research in systematic reviews, *BMC Medical Research Methodology* 7(4)(doi:10.1186/1471-2288-7-4).
- Lykes MB (2001) Creative arts and photography in participatory action research in Guatemala. In: Reason P and Bradbury H (eds.), *Handbook of action research*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA (pages 363-371).
- Maalim AD (2006) Participatory rural appraisal techniques in disenfranchised communities: a Kenyan case study, *International Nursing Review* 53:178–188.
- Macaulay AC *et al.* (2001) The community's voice in research, *Canadian Medical Association Journal* 164(12):1661–1662.
- Machingura F *et al.* (2011) *Evidence from participatory research on community health systems for HIV treatment and support in east and southern Africa*, COBASYS and TARSC, Harare.
- Madon S and Sahay S (2002) An information-based model of NGO-mediation for the empowerment of slum dwellers in India, *The Information Society* 18(1):13–19.
- Maguire P (1987) *Doing participatory research: A feminist approach*, Centre for International Education, Amherst, MA.
- Mansuri G and Rao V (2013) *Localizing development: does participation work?*, World Bank, Washington DC.
- Marmot M (1986) Epidemiology and the art of the soluble, *Lancet* April 19: 897-900.
- Marston C *et al.* (2013) Effect of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review, *PLOS One* 8(2):e55012.
- Martin M (1996) Issues of power in the participatory research process. In: Koning K and Martin M (eds) *Participatory research in health*, Zed Books, London.
- Masters J (1995) The history of action research. In: Hughes I (ed) *Action research electronic reader*, University of Sydney, Sydney (<http://www.behs.cchs.usyd.edu.au/arow/Reader/rmasters.htm>).
- Matheson A, Howden-Chapman P and Dew K (2005) Engaging communities to reduce health inequalities: Why partnership?, *Social Policy Journal of New Zealand* 26 (<http://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj26/26-pages1-16.pdf>, accessed 13 Oct 2013).
- Mbwili-Muleya C *et al.* (2008) *Consolidating processes for community–health centre partnership and accountability in Zambia*, Lusaka District Health Team and Equity Gauge Zambia, EQUINET, Harare (EQUINET PRA project report).
- McDonald MA (2009) *Ethics and community-engaged research*, Duke University, Durham, USA.
- McIntosh P (1990) White privilege: unpacking the invisible knapsack, *Independent School*, Winter 1990 (www.nymbp.org/reference/WhitePrivilege.pdf).
- Medicus Mundi Navarra (2013) *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina* (http://www.medicusmundi.es/index.php/famme/publicaciones/libros/claves_para_la_transformacion_de_los_sistemas_de_salud_en_america_latina, accessed 8/11, 2013).
- Mercer S *et al.* (2008) Appendix C: Reliability-tested guidelines for assessing participatory research projects. In: Minkler *et al.* (2012) *Community-based participatory research: a strategy for building healthy communities and promoting health through policy change*, Policy Link, Oakland CA.
- Mergler D (1987) Workers participation in occupational health research: theory and practice, *International Journal of Health Sciences* 17(1):151–167.
- Minkler M (2000) Using participatory action research to build healthy communities, *Public Health Reports* 2000 Mar-Jun 115(2-3):191–197 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308710/>, accessed 13 Oct 2013).
- (2005) Community-based research partnerships: challenges and opportunities, *Journal of Urban Health* 82(2 Suppl 2):ii3-12 (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888635)
- Minkler M *et al.* (2012) *Community-based participatory research: a strategy for building healthy communities and promoting health through policy change*, Policy Link, Oakland CA.
- Misti R and Bagnara S (1983) La partecipazione dei lavoratori al controllo e alla prevenzione dei rischi alla salute nei luoghi di lavoro, *Medicina dei Lavoratori* 10(2)

- Morgan L (2001) Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge, *Health Policy and Planning* 16(3):221-230.
- Morrow R and Torres C (1995) *Social theory and education: a critique of theories of social and cultural reproduction*, SUNY Press, Albany.
- Mourão Vasconcelos E (2004) Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde, *Revista de Saúde Coletiva* 14(1):67–83.
- Murthy RK and Klugman B (2004) Service accountability and community participation in the context of health sector reforms in Asia: implications for sexual and reproductive health services, *Health Policy and Planning* 19(Suppl 1): i78–i86.
- Napolitano DA and Jones COH (2006) Who needs ‘pukka anthropologists’? A study of the perceptions of the use of anthropology in tropical public health research, *Tropical Medicine & International Health* 11(6):1264–1275.
- Nathan S, Stephenson N and Braithwaite J (2014) Sidestepping questions of legitimacy: how community representatives manoeuvre to effect change in a health service, *Health* 18(1):23-40.
- Nathan S, Braithwaite J and Stephenson N (2013) Facilitating the action of community representatives in a health service: the role of a community participation coordinator, *BMC Health Services Research* 2013, 13:154 (doi:10.1186/1472-6963-13-154, accessed April 2014).
- Navarro V (2009) What we mean by social determinants of health, *International Journal of Health Services* 39(3):423–431.
- Navarro V and Shi L (2001) The political context of social inequalities and health, *Social Science & Medicine* 52(3):481–491.
- Noriega M (1995) Paradigmas de investigación en salud ocupacional (Research paradigms in occupational health), *Salud de los Trabajadores* 3(1):13-20.
- Obando-Salazar OL (2006) La investigación acción participativa (IAP) en los estudios de psicología política y de género (Participant action research in political, psychological and gender studies) *Forum: Qualitative Social Research* 7(4):art 3 (<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/164>).
- Oddone I (undated) *The work environment*, FIOM-CGIL, Rome.
- (1977) *Ambiente di Lavoro: la Fabbrica nel Territorio*, Editrice Sindacale Italiana, Rome.
- Oslender U (2013). De fracaso y frustración en el trabajo de campo: cómo asumir la ética de la representación en la investigación participativa (Of failure and frustration in field work – how to assume the ethics of representation in participatory research), *Rev. Tabula Rasa. Bogotá – Colombia* 19: 355–371. Julio – Diciembre.
- Othieno C *et al.* (2009) Use of participatory, action and research methods in enhancing awareness of mental disorders in Kariobangi, *Kenya International Psychiatry* 6(1).
- Ozanne JL and Saatcioglu B (2008) Participatory action research, *Journal of Consumer Research* 35: 423-439
- Pan American Health Organization (undated) *Healthy municipalities and communities – mayors’ guide* (http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaeng/MCS_Guide.pdf, accessed 20 November 2013).
- Parry J. and Wright J (2003) Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult, *Bulletin of the World Health Organization* 81(6):388.
- Paterson BL *et al.* (2001) *Meta-study of qualitative health research. A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Peacock N *et al.* (2011) An innovative method to involve community health workers as partners in evaluation research, *American Journal of Public Health* 101(12):2275–2280.
- Pearce, N. (1996) Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health, *American Journal of Public Health* 86(5): 678-683.
- Peters DH, Tran NT and Adam T (2013) *Implementation research in health: a practical guide*, Alliance for Health Policy and Systems Research/ WHO, Geneva.
- Ponic P, Reid C and Frisby W (2010) Cultivating the power of partnerships in feminist participatory action research in women’s health, *Nursing Inquiry* 17: 324–35.
- Popay J *et al.* (2006) *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*, ESRC Research Methods Programme, Lancaster.
- Pope C, Mays N and Popay J (2007) *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: a guide to methods*, Open University Press, Maidenhead.
- Pretty J (1995) Participatory learning for sustainable agriculture, *World Development* 23(8):1247–1263.
- Prost A *et al.* (2013) Women’s groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis, *Lancet* 381(9879)1736-1746.
- Puffer E *et al.* (2013) Developing a family-based HIV prevention intervention in rural Kenya: challenges in conducting community-based participatory research, *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* April 8(2):119–128 (doi:10.1525/jer.2013.8.2.119).
- Ragin CC (1987) *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*, University of California Press, Berkeley, CA.
- Rahman A (2004). Globalization: the emerging ideology in the popular protests and grassroots action research, *Action Research* March 2004 2(1):9–23.
- Rahman MA (2008) Some trends in the praxis of participatory action research. In: Reason P and Bradbury H (eds) *The Sage handbook of action research: participative inquiry and practice*, Sage Publications, London.
- Raphael D (2011) A discourse analysis of the social determinants of health, *Critical Public Health* 21(2):221–236.
- Rasmussen K *et al.* (2006) Worker participation in change processes in a Danish industrial setting, *American Journal of Industrial Medicine* 49:767–779.

- Reason P and Bradbury H (2008) *The Sage handbook of action research: participative inquiry and practice*, second edition, Sage Publications, London.
- Rifkin S (2009) Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience, *International Health* 1(1):31–36.
- Ritchie J and Spencer L (2002) Qualitative data analysis for applied policy research. In: Huberman AM and Miles MB, *The qualitative researcher's companion*, Sage Publications, London.
- Ritchie SD *et al.* (2013) Community-based participatory research with indigenous communities: the proximity paradox, *Health & Place* 24:183–189.
- Rogers EM (1995) *Diffusion of innovations*, fourth edition, The Free Press, New York.
- Rosenthal WA (2010) Exploring the challenges of implementing participatory action research in the context of HIV and poverty, *Curationis* 33(2):69–78.
- Roskam E *et al.* (2009) *Stressed and fatigued on the ground and in the sky: changes from 2000 – 2007 in civil aviation workers' conditions of work: a global study of 116 countries in Africa, Asia/Pacific, Middle East, North America, Latin/South America, and Europe in the post – 9/11 era*, International Transport Workers' Federation, Civil Aviation Section, London.
- Sandelowski M and Barroso J (2007) *Handbook for synthesizing qualitative research*, Springer, New York.
- Schattan P *et al.* (2010) Mobilização e participação: um jogo de soma zero?, *Novos Estudos* 86:121–139.
- Schulz AJ, Krieger J, Galea S (2002) Addressing social determinants of health: community-based participatory approaches to research and practice, *Health Education & Behavior* 29 (3):287–295.
- Schwartz S *et al.* (1999) A future for epidemiology?, *Annual Review of Public Health* 20(1):15–35.
- Scott V *et al.* (2008) Research to action to address inequities: the experience of the Cape Town Equity Gauge, *International Journal on Equity in Health* 7(6) (doi:10.1186/1475-9276-7-6).
- Smith S and Blumenthal D (2012) Community health workers support community-based participatory research ethics: lessons learned along the research-to-practice-to-community continuum, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23(4 suppl):77–87.
- Smith L, Rosenzweig L and Schmidt M (2010) Best practices in the reporting of participatory action research: embracing both the forest and the trees, *The Counseling Psychologist* 38(8):1115–1138.
- Springett J. and Wallerstein N (2008) Issues in participatory evaluation. In: Minkler M and Wallerstein N, *Community based participatory research in health*, second edition, Jossey Bass, San Francisco.
- Stake R and Schwandt TA (2006) On discerning quality in evaluation. In: Shaw I. Greene J and Mark M, *The Sage handbook of evaluation*, Sage Publications, Thousand Oaks (pages 404–18).
- Stiglitz J (2002) *Globalization and its discontents*, Penguin, London.
- Strauss A and Corbin J (1998) *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, second ed. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Susman G and Evered R (1978) An assessment of the scientific merits of action research, *Administrative Science Quarterly* December 1978 23:582–603.
- Susser M and E Susser (1996) Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology, *American Journal of Public Health* 86(5):674–677.
- Tandon R (1981) Participatory research in the empowerment of people, *Convergence* 14(3)20–29.
- Tandon, SD *et al.* (2007) A vision for progress in community health partnerships, *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education and Action* 1(1): 11–30.
- Task Force on Health Research for Development (1991) *A strategy for action in health and human development*, COHRED, Geneva.
- Task Force on Health Research for Development Secretariat (1991) *Essential national health research: a strategy for action in health and human development*, UNDP, Geneva.
- Terry J P and Khatri K (2009) People, pigs and pollution – experiences with applying participatory learning and action (PLA) methodology to identify problems of pig-waste management at the village level in Fiji, *Journal of Cleaner Production* 17(16):1393–1400.
- Thomas J and Harden A (2008) Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews, *BMC Medical Research Methodology* 8(45).
- Thorne S *et al.* (2004) Qualitative meta-synthesis. Reflections on methodological orientation and ideological agenda, *Qualitative Health Research* 14:1342–1365.
- Tilley N (2000) *Realistic evaluation: an overview, presented at the Founding Conference of the Danish Evaluation Society, September 2000* (online data: http://evidence-basedmanagement.com/wp-content/uploads/2011/11/nick_tilley.pdf, accessed 25 March 2014).
- Training and Research Support Centre (TARSC), Community Working Group on Health (CWGH) (2009) *Health where it matters most: an assessment of primary health care in Zimbabwe*, TARSC, Harare.
- TARSC *et al.* (2009) *Keeping an eye on equity: community visions of equity in health*, TARSC EQUINET, Harare.
- Torres M (2013) *30 años de un sueño y proyecto colectivo por la salud del pueblo* (<http://viva.org.co/cajavirtual/svc0377/articulo13.html>, accessed 20 November 2013).
- Tutu D quoted in Quigley WP (2003) *Ending poverty as we know it: guaranteeing a right to a job at a living wage*, Temple University Press, Philadelphia (page 8).
- United States Department of Human and Health Services (1979) *The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, Washington DC.
- Vaughan C (2010) ‘When the road is full of potholes, I wonder why they are bringing condoms?’ Social spaces for understanding young Papua New Guineans’ health-related knowledge and health-promoting action, *AIDS Care* 22(suppl 2):1644–1651.

- Vaughan LM, Wagner E and Jacquez F (2013) A review of community-based participatory research in child health, *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing* 38(1):48–53.
- Vega-Romero R and Torres-Tovar M. (2011) El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos (The role of the civil society in the building of equitable health systems), *Rev Cubana Salud Pública* 37(2).
- Victora CG and Barros FC (2013) Participatory women's groups: ready for prime time?, *Lancet* 381(9879):1693–1694.
- Viswanathan M *et al.* (2004) *Community-based participatory research: assessing the evidence*, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville, MD (publication 04-E022-2).
- Wadsworth Y, Wierenga A and Wilson G (2007) *Writing narrative action evaluation reports in health promotion – manual of guidelines, resources, case studies and QuickGuide*, second edition, State of Victoria, Department of Human Services and the University of Melbourne, Melbourne.
- Waitzkin H (2011) *Medicine and public health at the end of empire*, Paradigm Publisher, London.
- Wallerstein N (1992) Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs, *American Journal of Health Promotion* 6(3):197–205.
- Wallerstein I (2005) *Análisis de sistemas-mundo: una introducción*, Siglo XXI, México DF.
- Wallerstein NB and Duran B (2006) Using community-based participatory research to address health disparities, *Health Promotion Practice* 7(3):312–323.
- (2010) Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity, *American Journal of Public Health* 100(S1):S40–S46.
- Wang CC (1999) Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health, *Journal of Women's Health* 8(2):185–192.
- Wang C *et al.* (1996) Chinese village women as visual anthropologists: a participatory approach to reaching policy-makers, *Social Science & Medicine* 42(10):1391–1400.
- Waterman H *et al.* (2001) Action research: a systematic review and guidance for assessment, *Health Technology Assessment* 5:23.
- Watson M and Douglas F (2012) It's making us look disgusting...and it makes me feel like a mink...it makes me feel depressed!: using photovoice to help 'see' and understand the perspectives of disadvantaged young people about the neighbourhood determinants of their mental well-being, *International Journal of Health Promotion and Education* 50:6, 278–295.
- Williams R, Shelley B and Sussman A (2009) The marriage of community-based participatory research and practice-based research networks: can it work? – a research involving outpatient settings network (RIOS Net) study, *Journal of the American Board of Family Medicine* 22:428–35.
- Winter R and Munn-Giddings C (2001) *A handbook for action research in health and social care*, Routledge, London and New York.
- World Health Organization (WHO) (2007) Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, WHO, Geneva (www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- (2008) *The world health report 2008. Now more than ever: primary health care*, WHO, Geneva.
- WHO CSDH (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, WHO, Geneva (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 17 November 2013).
- World Medical Association (2000) Declaration of Helsinki, *Journal of the American Medical Association* 284(23):3043–3045.
- Yin RK (1994) *Case study research: design and methods*, second edition, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Young L and Barrett H (2001) Adapting visual methods: action research with Kampala street children, *Area* 33(2): 141–152 (June).
- Young L and Wharf Higgins J (2010) Using participatory research to challenge the status quo for women's cardiovascular health, *Nursing Inquiry* 17: 346–358.
- Zavala M (2013) What do we mean by decolonizing research strategies? Lessons from decolonizing indigenous research projects in New Zealand and Latin America, *Decolonization: Indigeneity, Education & Society* 2(1):55–71.



© Alex Rio Brazil Creative Commons licence



Parte cinco

Documentos empiricos

Foto de cubierta de la Parte cinco
Reunión de trabajadores en una empresa de diseño ecológico de acero inoxidable, Brasil



Parte cinco

Documentos empíricos

Esta sección ofrece enlaces electrónicos a la selección de veintidós documentos en la versión web que muestran los conceptos y métodos de la investigación-acción participativa y su aplicación explicada en esta guía de métodos. El Cuadro 9 enumera los documentos seleccionados bajo los títulos de las secciones y proporciona el título, el autor, la fecha y la región geográfica que aborda. Todos los detalles bibliográficos y de derechos de autor se dan por separado antes de los documentos de cada sección. Para cumplir con la autorización de las publicaciones, proporcionamos los documentos completos solamente en la versión impresa de la guía de métodos. En la versión electrónica de la guía proporcionamos enlaces url directamente a los trabajos en las publicaciones bajo cada cita del documento indicado de la página 114 en adelante. Al pegar el url proporcionado en el navegador, se llevará al documento. Si no funciona algún enlace, favor de notificar a: admin@equinetafrica.org.

Esta sección incluye informes publicados y revisados por pares y artículos de revistas. Estos están destacados en secciones específicas de esta guía y se presentan aquí de la misma manera aunque algunas se presentan en más de una sola sección.

Aunque los documentos no cubren un rango de tiempo específico, la mayoría de ellos se publicaron después del 2000. Tratan diferentes regiones (América del Norte, América Latina, Europa, Asia, el Pacífico, África) y cubren dimensiones de sistemas de salud y políticas de salud, incluyendo políticas y acción respecto a los determinantes sociales de la salud.

En cada documento, se tuvo como objetivo abarcar el mayor número de los siguientes elementos pero algunos artículos claramente muestran solamente una o más de las características clave:

- definir de forma clara problemas relevantes para los sistemas de salud
- incluir el ciclo de los procesos de la investigación-acción participativa, incluyendo la acción y la reflexión;
- proporcionar información clara sobre los métodos utilizados;
- presentar informes sobre resultados y acciones;
- evaluar y comunicar los impactos de las acciones sobre la salud, los sistemas de salud y el poder social;
- reflexionar sobre el trabajo y los métodos o su papel en la investigación en políticas y sistemas de salud y evaluarlos; y/o
- proporcionar evidencias de institucionalización del/ los método/s.

Estos documentos ejemplifican los diferentes aspectos de la investigación-acción participativa. Existen muchos otros documentos enumerados en la lista de referencias al final de la Parte cuatro de la guía de métodos y en los ejemplos expuestos en los recuadros y alentamos a los lectores a que lean estos documentos también.

Tabla 9: Lista de los documentos empíricos

Número de documento y título	Autores y año	Región
Documentos para la Parte uno: Conceptos		
1 Raising the profile of participatory action research at the 2010 Global Symposium on Health Systems Research	Loewenson R, Flores W, Shukla A, Kagis M, Baba A, Ryklief A, Mbwili-Muleya C y Kakde D (2011)	Mundial
2 The application of participatory action research in Latin America	Fals Borda O (1987)	Latinoamérica
3 Experiencias y metodología de la investigación participativa	Falabella G (2002)	Latinoamérica
4 Critical reflections on social injustice and participatory action research: The case of the indigenous Ayta community in the Philippines	Estacio EV y Marks DF(2010)	Sureste de Asia
5 Use of participatory, action and research methods in enhancing awareness of mental disorders in Kariobangi, Kenya	Othieno C, Kitazi N, Mburu J, Obondo A, Mathai M y Loewenson R (2009)	África Oriental
6 Consolidating processes for community–health centre partnership and accountability in Zambia	Mbwili-Muleya C, Lungu M, Kabuba I, Zulu Lishandu I y Loewenson R (2008)	África del Sur
Documentos para la Parte dos: Métodos		
7 Participatory research on workers’ health	Laurell AC, Noriega M, Martinez S y Villegas J (1992)	Norteamérica
8 Participatory action research: the Indian Family Stories Project	Garwick AW and Auger S (2003)	Asia del Sur
9 Participatory health impact assessment for the development of local government regulation on hazard control	Inmuong U, Rithmak P, Srisookwatana S, Traithin N y Maisuporn P (2011)	Asia del Sureste
10 Participatory rural appraisal techniques in disenfranchised communities: a Kenyan case study	Maalim AD (2006)	África Oriental
11 People, pigs and pollution – experiences with applying participatory learning and action (PLA) methodology to identify problems of pig-waste management at the village level in Fiji	Terry JP y Khatri K (2009)	Melanesia – Pacífico Sur
12 Networking grassroots efforts to improve safety and health in informal economy workplaces in Asia	Kawakami T (2006)	Asia Oriental
13 Chinese village women as visual anthropologists: A participatory approach to reaching policymakers	Wang C, Burris MA y Yue Ping X (1996)	Asia Oriental
14 Adapting visual methods: action research with Kampala street children	Young L y Barrett H (2001)	África Oriental
15 A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS	Batista A, Muniz JN, Neto JAF y Cotta RMM (2010)	Sudamérica
16 Worker participation in change processes in a Danish industrial setting	Rasmussen K, Glasscock D, Hansen O, Carstensen O, Jepsen J y Nielsen K (2006)	Europa del Norte
17 De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública	Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Corneo M, Giménez H, Arraras M y González S (2012)	Sudamérica
18 Community concepts of poverty: an application to premium exemptions in Ghana’s National Health Insurance Scheme	Aryeetey GC, Jehu-Appiah C, Kotoh AM, Spaan E, Arhinful DK, Baltussen R, van der Geest S y Agyepong IA (2013)	África Meridional
19 Using participatory action research to build healthy communities	Minkler M (2000)	Norteamérica
Documento para la Parte tres: Cuestiones y retos		
20 Participatory action research: considerations for ethical review	Khanlou N y Peter E (2005)	Mundial
Documento para la Parte cuatro: Evidencias & acción		
21 Best practices in the reporting of participatory action research: Embracing both the forest and the trees	Smith L, Rosenzweig L y Schmidt M (2010)	Mundial

Documentos seleccionados para la Parte uno: Conceptos

La Parte uno presenta un panorama general de la investigación-acción participativa en los sistemas de salud y la investigación en políticas y sistemas de salud. Los documentos seleccionados comentan las características clave de la investigación-acción participativa y resaltan las diferentes formas adoptadas y sus orígenes. Discuten cómo la investigación-acción participativa ha abordado las cuestiones de poder y participación en los sistemas de salud y ha desplazado el control sobre la producción de conocimiento hacia las comunidades afectadas.

Permisos de referencia y copyright para los documentos 1-6:

Los documentos seleccionados fueron reimpresos con el permiso de las siguientes fuentes:

Documento 1

Loewenson R et al. (2011) **Raising the profile of participatory action research at the 2010 Global Symposium on Health Systems Research**, *MEDICC Review* 13(3):35–38

www.scielosp.org/pdf/medicc/v13n3/08.pdf

Reproducido con la amable autorización del *Medicc Review* conforme a Creative Commons Licence (Copyright 2011 by MEDICC).

Documento 2

Fals Borda O (1987) **The application of participatory action-research in Latin America**, *International Sociology* 2: 329–347

<http://iss.sagepub.com/content/2/4/329.short>

Copyright © 1987 Publicaciones Sage. Reproducido con la amable autorización de Sage.

Documento 3

Falabella G (2002) **Experiencias y metodología de la investigación participativa** (*Experience and methodology in participatory research*), pages 19–32 in Durston J and Miranda F (eds) *Experiencias y metodología de la investigación participativa*, CEPAL-SERIE Políticas sociales N° 58 ECLAC-CEPAL, Santiago de Chile Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo de 2002. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.26.

www.eclac.org/publicaciones/xml/4/10204/lcl1715-p.pdf

Copyright © 2002. Reproducido con la amable autorización de CEPAL.

Documento 4

Estacio EV and Marks DF (2010) **Critical reflections on social injustice and participatory action research: The case of the indigenous Ayta community in the Philippines**, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5:548–552

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810015144

Copyright © Elsevier 2010. Reproducido con la amable autorización de Elsevier.

Documento 5

Othieno C et al. (2009) **Use of participatory, action and research methods in enhancing awareness of mental disorders in Kariobangi, Kenya**, *International Psychiatry* 6 (1):18–19

www.rpsych.ac.uk/pdf/ipv6n1.pdf

Copyright © 2009 International Psychiatry.. Reproducido con la amable autorización del Real Colegio de Psiquiatras.

Documento 6

Mbwili-Muleya C et al. (2008) **Consolidating processes for community – health centre partnership and accountability in Zambia**, Lusaka District Health Team and Equity Gauge Zambia, [Internet] EQUINET, Harare.

www.equinet africa.org/bibl/docs/PRAequitygauge2008.pdf

Copyright © 2008 EQUINET: Editado y reproducido con permiso de EQUINET.

Documentos Seleccionados para la Parte dos: Métodos

La Parte dos trata la instrumentación y los documentos seleccionados proporcionan ejemplos de los procesos y métodos para aplicar la investigación-acción participativa y las herramientas para recopilar pruebas, a lo largo de un amplio rango de países y contextos.

Permisos de referencia y copyright para los documentos 7–19

Los documentos seleccionados fueron reproducidos con el permiso de las siguientes fuentes:

Documento 7

Laurell AC et al. (1992) **Participatory research on workers' health**, *Social Science & Medicine* 34(6):603–613

www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369290188V

Copyright © Elsevier 1992. Reproducido con permiso de Elsevier.

Documento 8

Garwick AW y Auger S (2003) **Participatory action research: the Indian Family Stories Project**, *Nursing Outlook* 51(6):261–266

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655403002008

Copyright © Elsevier 2003. Reproducido con permiso de Elsevier.

Documento 9

Inmuong U et al. (2011) **Participatory health impact assessment for the development of local government regulation on hazard control**, *Environmental Impact Assessment Review* 31(4): 412–414

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195925510000594

Copyright © Elsevier 2011. Reproducido con permiso de Elsevier.

Documento 10

Maalim AD (2006) **Participatory rural appraisal techniques in disenfranchised communities: a Kenyan case study**, *International Nursing Review* 53:178–188

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00489.x/abstract>

Copyright © *International Nursing Review*, Blackwell 2006. Reproducido con permiso de Blackwell Publishing Ltd.

Documento 11

Terry JP and Khatri K (2009) **People, pigs and pollution – Experiences with applying participatory learning and action (PLA) methodology to identify problems of pig-waste management at the village level in Fiji**, *Journal of Cleaner Production* 17(16):1393–1400

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095965260900184X

Copyright © Elsevier 2009. Reproducido con permiso de Elsevier.

Documento 12

Kawakami T (2006) **Networking grassroots efforts to improve safety and health in informal economy workplaces in Asia**, *Industrial Health* 44(1):42–47

www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/44/1/44_1_42/_pdf

Copyright © *Industrial Health* 2006. Reproducido con permiso de Salud Industrial.

Documento 13

Wang C, Burris MA and Yue Ping X (1996) **Chinese village women as visual anthropologists: a participatory approach to reaching policymakers**, *Social Science & Medicine* 42(10): 1391–1400

www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953695002871

Copyright © Elsevier 1996. Reproducido con permiso de Elsevier.

Documento 14

Young L and Barrett H (2001) **Adapting visual methods: action research with Kampala street children**, *Area* 33(2):141–152

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-4762.00017/abstract>

Copyright © Royal Geographical Society (with the Institute of British Geographers) 2001. Reproducido con permiso de John Wiley and Sons.

Documento 15

Batista A et al. (2010) **A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS** (*The contribution of evaluation research for the process of implementation of social control in SUS [National Health System]*), *Saúde e Sociedade* São Paulo 19(4):784–793

www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/06.pdf

Copyright © Saúde e Sociedade 2010. Reproducido con permiso de Saúde e Sociedade.

Documento 16

Rasmussen K et al. (2006) **Worker participation in change processes in a Danish industrial setting**, *American Journal of Industrial Medicine* 49:767–779

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajim.20350/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

Copyright © 2006 Wiley-Liss, Inc. Reproducido con permiso de John Wiley and Sons.

Documento 17

Borgia F et al. (2012) **De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública** (*From the invisibility of the situation of rural and community health services in Uruguay towards the prioritization of rural health as public policy*) *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 36(94):421–435

www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a14v36n94.pdf

Copyright © Saúde em Debate 2012. Reproducido con permiso de Saúde em Debate.

Documento 18

Aryeetey GC et al. (2013) **Community concepts of poverty: an application to premium exemptions in Ghana's National Health Insurance Scheme**, *Globalization and Health* 9:12

www.globalizationandhealth.com/content/9/1/12

Copyright © *Globalización y salud* 2013.

Reproducido con permiso de Globalización y salud.

Documento 19

Minkler M (2000) **Using participatory action research to build healthy communities**, *Public Health Report* 115(2-3):191–197

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308710/pdf/pubhealthrep00022-0089.pdf

Copyright © Public Health Reports 2000.

Reproducido con permiso de Informes de salud pública.

Documentos seleccionados para la Parte tres: problemas y retos y para la Parte cuatro: evidencias y acción

Parte tres: problemas y retos

La Parte tres plantea diversas cuestiones de la aplicación de los métodos de la investigación-acción participativa, lo cual incluye enfrentar los desafíos logísticos, manejar la calidad y validez de los datos y generalizar los resultados. El documento seleccionado examina la forma en la cual las cuestiones éticas se abordan al realizar la investigación-acción participativa.

Permisos de referencia y copyright:

Los documentos seleccionados fueron reimpresos con el permiso de las siguientes fuentes:

Documento 20

Khanlou N and Peter E (2005) **Participatory action research: considerations for ethical review**, *Social Science & Medicine* 60:2333–2340

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604005106>

Copyright © Elsevier 2005. Reproducido con permiso de Elsevier.

Parte cuatro: evidencias y acción

La Parte cuatro presenta opciones y experiencias en la comunicación y uso de evidencias de la investigación-acción participativa, incluyendo a través de redes de aprendizaje. El documento seleccionado ofrece orientación sobre la comunicación del conocimiento generado en la investigación-acción participativa en políticas y sistemas de salud.

Permisos de referencia y copyright:

Los documentos seleccionados fueron reimpresos con el permiso de las siguientes fuentes:

Documento 21

Smith L, Rosenzweig L and Schmidt M (2010) **Best practices in the reporting of participatory action research: e-mbracing both the forest and the trees**, *The Counseling Psychologist* 38(8):1115–1138

<http://tcp.sagepub.com/content/38/8/1115.abstract>

Copyright © 2010 de Publicaciones SAGE Publications. Reproducido con permiso de SAGE.

“La guía de métodos es una publicación útil y bien escrita. Nosotros compartimos el espíritu de la guía y el intento de democratizar la investigación y hacerla más inclusiva, al hacerla participativa, bajo el control de la gente local, y asegurando, en particular, que las voces de la gente más pobre y de las comunidades sean incluidas.”

Mirai Chatterjee, Director, Self-Employed Women's Association Social Security, India

“Es un momento propicio para que el trabajo participativo detenga la anestesia que se está instalando en nuestro cuerpo colectivo. Los proyectos IAP sintetizan la crítica social y la indignación, la ambivalencia y el deseo como formas de conocimiento. La interrogación es como oxígeno para el mantenimiento de la democracia... Con la innovación y el legado orgulloso de investigadores sociales activistas, los colectivos de investigación participativa pueden interrumpir la alimentación a goteo, plantear preguntas críticas, producir nuevo conocimiento, provocar un público más extenso, y nos permite preguntarnos como académicos, en las palabras de la poeta Marge Piercy (1982) ¿Cómo podemos “ser de utilidad”?”

Michelle Fine, City University of New York

La investigación-acción participativa busca entender y mejorar el mundo cambiándolo. Transforma el papel de aquellos que generalmente ‘participan’ siendo investigados. De esta manera aquellos afectados por los problemas se convierten en investigadores activos y promotores del cambio que actúen y produzcan colectivamente el cambio y el nuevo conocimiento.

