



**INVESTIGACIÓN  
DE INTERVENCIONES  
EN SALUD  
POBLACIONAL**

*Conceptos, métodos y aplicaciones*

François Alla  
Linda Cambon  
Valéry Ridde

  
Éditions

**INVESTIGACIÓN  
DE INTERVENCIONES  
EN SALUD  
POBLACIONAL**

---

*Conceptos, métodos y aplicaciones*



collection  
[santé globale]

**INVESTIGACIÓN  
DE INTERVENCIONES  
EN SALUD  
POBLACIONAL**

---

*Conceptos, métodos y aplicaciones*

François Alla  
Linda Cambon  
Valéry Ridde

  
Éditions

### **Coordinación editorial**

IRD/Romain Costa

### **Traducción**

Carlos Adrian Vargas, Sua Amaya y Ximena Wellman

### **Diseño gráfico**

Alan Guilvard — Format Tygre

### **Diseño de página**

Desk

### **Fotograbado**

IGS-CP

En portada: © IRD/J.-M. Boré  
Circulación Vial, Vietnam (Hanoi, Vietnam, 2017).



Esta publicación de acceso abierto se pone a disposición del público bajo los términos de la licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0, que se puede consultar en la siguiente dirección: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>. Esta licencia permite la difusión de la obra original en su totalidad, siempre que se mencionen los autores y editores y se incluya un enlace a la licencia CC BY-NC-ND 4.0. No se permiten modificaciones ni explotaciones comerciales.

© IRD, 2023

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA EL DESARROLLO

ISBN PDF: 978-2-7099-3049-9

ISBN epub: 978-2-7099-3050-5

ISSN: 3036-3276

# RESUMEN

INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1 Investigación de intervenciones en salud poblacional (IISP)	11
Capítulo 2 Las preguntas de investigación en IISP	35
Capítulo 3 Enfoques metodológicos en IISP	51
Capítulo 4 Los métodos de producción y análisis de datos en IISP	77
Capítulo 5 Los actores de la IISP	93
Capítulo 6 La IISP, un enfoque para sustentar las decisiones e intervenciones	121
REFERENCIAS	151
AUTORES	181
GLOSARIO	183
ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS	185



# INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto una ambivalencia en el diseño y la implementación de intervenciones (políticas, estrategias, acciones) de salud. Si bien existe un creciente entendimiento de que estas intervenciones deben ir más allá del ámbito del sistema de atención médica para involucrar a todos los sectores y partes interesadas, la crisis ha resaltado el afianzamiento del enfoque biomédico en la salud pública, el cual resulta inadecuado en este contexto. Este enfoque se caracteriza por: “hacer la guerra” a un virus sin considerar los impactos sociales, imponer medidas a toda la población sin modularlas según las necesidades y riesgos específicos, priorizar la vacunación de los más vulnerables en el sentido biológico sin desplegar acciones para llegar a los más desfavorecidos, etc.

Además, se han presentado dificultades reales para apoyar el desarrollo y estudio de estas intervenciones bajo un enfoque pluridisciplinario, basado en evidencia y anclado en la diversidad de realidades territoriales y poblacionales. La crisis ha movilizado procesos de toma de decisiones que no involucran a las poblaciones y, con demasiada frecuencia, carecen de la experiencia interdisciplinaria necesaria. Ha sido impulsada por medios, en esta ocasión sin límites, en lugar de por objetivos respaldados científicamente y orientados hacia la equidad, más allá de la eficiencia. Estos procesos no han integrado las vulnerabilidades de las personas y las poblaciones, más allá de las vulnerabilidades biomédicas, y a menudo han contribuido a mantener, si no a reforzar, las desigualdades sociales de salud preexistentes.

Sin embargo, el campo de investigación sobre las intervenciones en salud poblacional está bien establecido a nivel internacional y podría haber contribuido a nutrir las reflexiones y decisiones en salud pública. No obstante, esta investigación y su uso en la toma de decisiones siguen siendo marginales en el mundo de habla francesa, de Norte a Sur y de Este a Oeste. La crisis que acabamos de vivir demuestra cuán esencial

es explicar mejor qué es la Investigación de Intervenciones en Salud Poblacional (IISP) y cómo, por su interdisciplinariedad y rigor, puede contribuir a respaldar las decisiones políticas y las prácticas para mejorar la salud poblacional y reducir las desigualdades sociales de salud a escala local e internacional.

La IISP es un campo emergente. Existe una fuerte demanda de formación y apoyo para diseñar, aplicar y evaluar este tipo de intervenciones en el contexto francófono internacional por parte de los investigadores, los responsables de la toma de decisiones, los profesionales y los estudiantes.

Para responder a esta necesidad, presentamos esta guía a la vez teórica y práctica para todas las partes interesadas. Definimos la IISP como un proceso científico multidisciplinar para producir conocimiento acumulativo e iterativo sobre intervenciones en salud poblacional. Combina métodos complementarios para responder a una serie de preguntas con el fin de comprender la complejidad de las intervenciones, su base contextual y la utilidad social de sus conclusiones, teniendo en cuenta al mismo tiempo la reducción de las desigualdades sociales en salud. Este libro aporta una contribución original al análisis de las intervenciones sanitarias. Se presenta como contrapeso a la proliferación de libros y publicaciones científicas en el ámbito de la salud que, hasta ahora, se han centrado en enfoques experimentales derivados de la investigación clínica, poco adecuados para este tipo de intervenciones.

Este libro se basa en veinte años de experiencia en investigación realizada por los tres autores en varios continentes, en diversos campos de la salud y utilizando una gran variedad de enfoques: acciones dentro del sistema de atención médica (movilización de servicios de atención primaria) y fuera de él (distribución de espacios verdes en una ciudad); enfoques individuales (vacunación, tabaquismo) o colectivos (condiciones laborales); desarrollo de innovaciones organizativas o técnicas por parte de los investigadores, o análisis de intervenciones implementadas en el contexto de políticas públicas. Presenta de manera accesible los fundamentos y conceptos de la IISP a partir de múltiples ejemplos de su aplicación en varios países.

La obra busca demostrar que este enfoque se aplica a todas las intervenciones, ya sea que se implementen en Burdeos, París, Bamako o Uagadugu. Si bien los contextos cambian, los enfoques metodológicos deben poder adaptarse y ofrecer soluciones óptimas para obtener datos

empíricos que permitan responder a las preguntas de investigación originales. Los ejemplos de este libro permiten comprender cómo estos enfoques se utilizan para estudiar la vacunación contra el COVID-19 en Francia, el dengue o el paludismo y su vector en Burkina Faso, o el acceso a la atención médica en Malí y Níger.

Los textos que componen la obra están acompañados de veintitrés tablas y figuras, así como de treinta recuadros que permiten comprender mejor los retos específicos de la IISP en diversos contextos. Por último, este libro intenta aclarar y distinguir las particularidades de esta investigación y lo que exige en términos de apertura, anclaje contextual, participación de las poblaciones, pluridisciplinariedad e intercambio de conocimientos para una toma de decisiones informada. Está sólidamente referenciado y estructurado en seis capítulos que abordan aspectos conceptuales y metodológicos de la IISP.

El primer capítulo define la IISP y la caracteriza en relación con otros enfoques de investigación en el campo de la salud en cuanto a sus especificidades de objetos, enfoques, métodos y también, por su doble finalidad, cognitiva (como toda investigación) y connotativa (utilidad social). Esta finalidad de utilidad social interroga no sólo las perspectivas, los objetivos y los métodos, sino también el enfoque en sí mismo, que no puede ser más que anclado en un contexto (a menudo local) y participativo. El segundo capítulo aborda las preguntas de investigación y la forma de formularlas en un contexto de IISP. El tercer capítulo presenta los principales métodos afines que deben permitir responder a estas preguntas. La diversidad de métodos utilizados en la IISP y provenientes de diversas tradiciones de investigación refleja este cruce pluridisciplinario, pero también la diversidad de objetos y preguntas de investigación. La eficacia, central en la investigación biomédica en un contexto controlado, es una de las preguntas de investigación junto a otras, igualmente fundamentales para la IISP, como los procesos, la pertinencia o el escalamiento de las intervenciones y sus impactos. El cuarto capítulo explicita los enfoques de producción de datos y análisis, ya sean en una perspectiva cualitativa, cuantitativa o mixta. Finalmente, la IISP no es solo un proceso técnico y no se centra únicamente en cuestiones de métodos. Así, el quinto capítulo muestra cómo se inscribe en cuestiones de poder entre una miríada de actores que deben ser considerados e involucrados, al mismo tiempo que se preocupa por la inclusión y la diversidad. Finalmente, el sexto capítulo pone de relieve la finali-

dad última de una IISP, es decir, el hecho de que los resultados puedan ser no solo rigurosos y útiles, sino también mínimamente utilizados. Sin embargo, esto no se logra de manera mágica, es necesario prever y organizar actividades específicas favorables a la transferencia de conocimientos. Actores y transferencia de conocimientos se unen, ya que la utilización de los resultados no es un “servicio postventa” de la investigación, sino un proceso riguroso, permanente e inclusivo que también depende de la forma de llevar a cabo la investigación y, en particular, de las formas de movilización de los socios.

Así, esperamos que la lectura de esta obra alimente las reflexiones actuales sobre la forma de producir conocimientos científicos sobre las intervenciones en salud pública, que son por naturaleza complejas y que, por lo tanto, no pueden reducirse a estudios anclados en un enfoque biomédico, necesariamente reduccionista. Se vuelve urgente que la comunidad francófona internacional, desde Dakar a Quebec pasando por Marsella y Tánger, pueda apropiarse, financiar, organizar y publicar mejor el enfoque de la IISP. Esa es toda la ambición de esta obra introductoria.

# INVESTIGACIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUD POBLACIONAL (IISP)

Investigación-acción, investigación intervencionista, evaluación, investigación aplicada, experimentación: la ciencia dedicada a la intervención de la salud poblacional adopta diferentes formas, nombres, conceptos, ya sea en Europa, África o en otros lugares. Detrás de cada uno de ellos, los paradigmas, los enfoques, los métodos, las disciplinas se cruzan o no, y los debates permanecen sobre cómo diferenciarlos.

Este capítulo pretende presentar las diferentes formas de investigación intervencionista, lo que las caracteriza, sus diferencias, pero también su complementariedad. El objetivo es identificar, si no una definición, al menos un conjunto de atributos para distinguir esta práctica de investigación de otras formas de investigación. También se trata de ofrecer un contrapeso a una tendencia histórica de salud pública y trabajos de salud global que, por el momento, se han centrado principalmente en métodos experimentales y epidemiológicos a expensas de una visión más abierta, holística y diversa de los enfoques paradigmáticos y metodológicos.

## | EL CONCEPTO DE INTERVENCIONES EN LA SALUD POBLACIONAL

El concepto de salud poblacional surge de la consideración de los límites de ver los fenómenos de salud únicamente desde el punto de vista biomédico individual. Es decir, explicar los estados de salud por factores individuales, especialmente conductuales (tabaquismo, actividad física)

y proponer medidas, nuevamente individuales, que generalmente movilizan el sistema de atención (vacunación) (SZRETER, 2003). En efecto, si la orientación de las intervenciones en salud pública (objetivos de salud, planes temáticos) se facilita con esta visión, su impacto es limitado ya que cada individuo se inscribe en un sistema donde numerosos parámetros, como la posición social (BURTRAM, 1996), el nivel educativo (BERKMAN y KAWACHI, 2014), las condiciones de vida (MARMOT y WILKINSON, 2005; KAWACHI *et al.*, 1999; LEON y WALT, 2000; ECKERSLEY, 2001), así como las interacciones con otros individuos que conforman la población, influyen en su salud y su evolución (HOSSEINI SHOKOUH *et al.*, 2017). Así, sin oponer salud de los individuos y salud poblacional, la de las poblaciones resulta de las relaciones dinámicas e interactivas entre los individuos, entre los individuos y sus contextos, y entre los individuos y los servicios a los que acceden y que utilizan o no (DIEZ ROUX, 2016).

Esto lleva a considerar dos principios fundadores de la salud poblacional: i) la necesidad de tener en cuenta factores que intervienen en múltiples niveles de organización para comprender la salud y actuar para mejorarla (implicando tanto procesos sociales como biológicos); y ii) una preocupación explícita por la equidad en salud, ya que no es posible mejorar sustancialmente la salud de la población en su conjunto sin abordar las desigualdades en salud (DIEZ ROUX, 2016). Así, aunque este enfoque de salud poblacional no excluye los servicios de atención de la salud (por ejemplo, las prácticas clínicas preventivas, especialmente en el marco de la reorganización hacia la atención primaria de salud solicitada durante la declaración de Alma Ata en 1978 o la Carta de Ottawa en 1989), incluye numerosos sectores. La salud poblacional, de hecho, busca un equilibrio de salud invitando a considerar todos los determinantes de la salud y su interinfluencia. Por ejemplo, desde el punto de vista de la salud pública, si se entienden las medidas de confinamiento establecidas para limitar las hospitalizaciones por formas graves de COVID-19 en personas mayores y enfermas, plantean preguntas desde el punto de vista de la salud poblacional con respecto a las consecuencias que pueden tener para toda la población (incluidos los más jóvenes o vulnerables) en términos de degradación de la salud mental, el acceso a la atención, el nivel y la calidad de vida y la equidad en salud (CAMPEAU *et al.*, 2018; TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2017; CAMBON *et al.*, 2021). En este sentido, la noción de salud poblacional se aproxima a la promoción de la salud, que añade un objetivo claro de fortalecimiento del poder de acción (capacidad de las personas o grupos para actuar sobre las condiciones sociales, económicas, políticas

o ecológicas a las que se enfrentan). Hemos visto en África, por ejemplo, que son las poblaciones más jóvenes, mayoritarias, las que a menudo se han expresado, a veces violentamente, contra estas medidas restrictivas, ya que no se sentían afectadas por la pandemia. Además, los debates actuales son intensos sobre los objetivos de vacunación masiva contra la COVID-19, en lugar de centrarse en las personas más vulnerables en un contexto de escasez de insumos para África Occidental, mientras que la mayoría de la población ya ha sido inmunizada naturalmente. Finalmente, la salud poblacional se interesa directamente en la traducción de la ciencia en acciones (los factores y sus determinantes) y considera que la ciencia y la acción están íntimamente relacionadas y se refuerzan mutuamente (DIEZ ROUX, 2016).

La Tabla 1 propone una clarificación de los diferentes enfoques y sus intersecciones, mostrando su complejidad en un contexto donde aún no existe consenso al respecto.

**Tabla 1** | Propuestas de aclaración de los diferentes conceptos.

	Proceso subyacente	Objetivo principal
Salud pública	Visión tecnocrática (vertical), organizada por patología, centrada en los sistemas sanitarios extendidos a la prevención y la seguridad sanitaria	Mejorar la salud de las personas
Salud comunitaria	Centrado en la participación de todos y el enfoque comunitario	Promover la autosuficiencia en salud
Promoción de la salud	Defensores de la visión macroscópica y combinada de la intervención según cinco ejes complementarios (políticas públicas, entornos favorables, acciones comunitarias, competencias individuales, reorientación de los servicios de salud)	Mejorar el poder de actuar y los determinantes estructurales, sociales y físicos de la salud
Salud poblacional	Integra plenamente la acción fuera del sistema de salud y la integración de la ciencia en la definición de esta acción	Fortalecimiento de la equidad en materia de salud

Fuente: Adaptado de RIDDE (2007).

En consecuencia, en el marco de la salud poblacional, la noción de intervención adopta una forma diferente a las definiciones clásicas. Por ejemplo, la clasificación de intervenciones en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define *intervención sanitaria* como “un acto realizado para, con o en nombre de una persona o población, cuyo objetivo es evaluar, mejorar, mantener, promover o modificar la salud, el funcionamiento o el

estado de salud” (OMS, 2023). De hecho, traduce un objetivo directo sobre el estado de salud, donde la salud poblacional invita a objetivos centrados en determinantes más distales, calificados de estructurales. Algunos describen la intervención como “el conjunto de medios (físicos, humanos, financieros, simbólicos) organizados en un contexto particular, en un momento dado, para producir bienes o servicios con el fin de modificar una situación problemática” (BROUSSELLE *et al.*, 2018). PLANTE (1994) describe el programa como “un conjunto coherente, organizado y estructurado de objetivos, medios y personas para impulsarlo. Se justifica sobre la base de necesidades definidas como una carencia o falta que afecta a individuos, una colectividad o una sociedad y está bajo el control de una o varias personas responsables de la calidad de su formulación y funcionamiento. Se pone en marcha para transformar cosas o el estado de una cosa”. Al igual que las definiciones clásicas de políticas públicas, ambas definiciones postulan como principio básico tener un problema a resolver alrededor del cual se organizan los recursos, insistiendo PLANTE (1994) en la noción de transformación. Esto es, a menudo, un desafío en el contexto de países dependientes de la ayuda pública internacional, donde se suelen ofrecer soluciones estándar antes de conocer los detalles de los problemas e implicar a las personas afectadas en la reflexión. Sin embargo, excluyen, de hecho, una concepción más salutogénica (es decir, no esperar a que haya un problema de salud) (BRUCHON-SCHWEITZER & BOUJUT, 2014) y contextual de la intervención. Finalmente, HAWE y POTVIN (2009) mencionan más bien “políticas o programas que modifican la distribución de los riesgos sanitarios abordando las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes”. Para ellas, “estas intervenciones pueden ser programas o políticas diseñadas y desarrolladas en el sector de la salud, pero es más probable que se ubiquen en otros sectores, como la educación, la vivienda o el empleo”. Así, trasladan el objetivo individual a un objetivo poblacional, centrándose en la reducción de las disparidades en salud dentro de la población (en lugar de la salud de los individuos) e insisten en la necesidad de estudiar respuestas situadas fuera del sistema de atención. Como mencionan RIDDE y Guichard (2008), este desplazamiento no está exento de debates sobre las mejores estrategias para frenar estas desigualdades (intervenir sobre los determinantes sociales de la salud a escala de la población, focalizar acciones en las poblaciones más vulnerables, combinar estrategias, etc.) y plantea desafíos en términos de evaluación. En particular, esta última ya no puede considerarse de manera clásica mediante métodos provenientes de la evaluación clínica.

Esta noción de intervención se vuelve entonces muy rica y cada vez más compleja de definir. Una solución consiste en definir sus atributos, que deben considerarse como tantos marcadores de su diferenciación con la intervención vista desde el punto de vista de la salud pública. Esta marcación es tanto más interesante cuanto permite legitimar, posteriormente, las opciones metodológicas que se imponen en el marco de la investigación sobre estas intervenciones.

Por lo tanto, proponemos los siguientes atributos de una intervención en salud poblacional.

## UNA VISIÓN POBLACIONAL

La intervención en salud poblacional integra un concepto poblacional considerando el carácter colectivo y sistémico del proceso de salud en una población y no el estado de salud de una población considerado como la suma de los estados de salud de los individuos que la constituyen. Esto implica considerar objetivos a la intervención a veces muy indirectos (aumentar la autonomía, la alfabetización, el vínculo social) y teniendo en cuenta las disparidades que enfrentan los individuos, ya sean relacionadas con recursos personales, el acceso a los servicios o la presencia de entornos favorables o desfavorables (incluso muy indirectamente) para la salud.

## UNA NOCIÓN INTERSECTORIAL Y OPERACIONAL

Si su objetivo es mantener, aumentar y apoyar la equidad en salud y bienestar dentro de la población, la intervención de salud poblacional puede movilizar o aprovechar múltiples estrategias caracterizadas por la diversidad sectorial (educación, empleo, ingresos, equidad de género, planificación territorial) y operacional (medidas de acceso, regulaciones, entornos construidos o naturales, acción de comunicación, educación, etc.), caracterizadas por actividades y recursos claramente identificables y concretos (rastreables, reconocibles).

## UNA BASE CONTEXTUAL

La intervención en salud poblacional se apoya y se relaciona con un contexto que la modela, la transforma. Una intervención desplegada

para adaptarse a la ciudad de Marsella no necesariamente será aceptada por los habitantes de Bamako. En otras palabras, los elementos de este contexto, ya sean relacionados con las características de las partes interesadas, incluyendo la población, sus relaciones, sus entornos, sus historias individuales y colectivas, participan en un sistema de intervención a considerar, siempre que se hable de intervención en salud poblacional (CAMBON *et al.*, 2019). Esto implica, de hecho y como requisito previo, que la población sea una de las, o la principal, partes interesadas en esta intervención, adoptando así los principios de la salud comunitaria, ampliamente desarrollada en África desde los años 1970. Las organizaciones, sean cuales sean (comunitarias, profesionales, etc.), forman parte de este contexto, pero no constituyen propiamente intervenciones en salud poblacional.

## MÚLTIPLES ACTORES

Por su naturaleza y su anclaje contextual, la intervención en salud poblacional moviliza a una multitud de actores (incluyendo a la población) que desempeñan múltiples roles que influyen tanto en su desarrollo como en su efecto (como donantes de ayuda internacional). Pueden observar, acompañar, frenar, contribuir, e incluso todo a la vez, según el desarrollo de la intervención y el contexto de su organización (véase Capítulo 5).

## OBJETIVOS PARA MEJORAR LA SALUD Y EQUIDAD SANITARIA

Si bien una intervención de salud poblacional tiene obviamente por objeto mantener y mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria, estos objetivos pueden centrarse más o menos directamente en esta última, dependiendo de los determinantes a los que se dirijan las estrategias e intervenciones. Además, la interdependencia de estos últimos puede inducir, por naturaleza, efectos inesperados relacionados con la evolución de su equilibrio que deben tenerse en cuenta.

## UN CARÁCTER PLURALISTA

En términos no solo de su objetivo y medios de acción, sino también de su fundamentación y la influencia de los actores que se movilizan,

la intervención de salud poblacional adquiere niveles muy variables de complejidad (simple, complicada, compleja) que deben considerarse y abordarse (BROWNSON *et al.*, 2017). Esto incluye aceptar un nivel significativo de incertidumbre sobre las relaciones entre lo que se toca, se observa, se recibe y/o se sufre. Esta característica, una vez más, tiene implicaciones en cuanto a los métodos necesarios para comprender estas intervenciones y los efectos que producen. El uso no sólo de datos científicos, sino también de conocimientos experienciales y locales, para construir el contenido de la intervención de salud poblacional es también una dimensión clave de su naturaleza pluralista. A esta pluralidad de enfoques, métodos, procedimientos y contextos debe recurrirse durante todos los procesos que intervienen en el desarrollo de la intervención, desde su diseño, ejecución y evaluación (véase Capítulo 3) hasta los métodos para utilizar los conocimientos producidos por esta evaluación (véase Capítulo 6).

Así, estos atributos nos recuerdan que es ilusorio intentar aislar una intervención de su contexto y que sería mejor privilegiar la noción de sistema de intervención (CAMBON *et al.*, 2019) durante un proceso de investigación. Esta noción de “sistema” es importante, ya que da cuenta, no solo de que una misma causa no produce siempre los mismos efectos, sino de que un sistema aprende, se adapta, se transforma y cambia con el tiempo. Así, esta noción de sistema de intervención toma en cuenta, en particular, i) las interrelaciones entre los diferentes elementos intervencionistas, históricos, procesuales y contextuales; y ii) la noción de cascada de efectos, en particular a través de la explicación de los mecanismos de efectos, pero también de los múltiples efectos que pueden observarse a más o menos largo plazo. Por ejemplo, una intervención puede ralentizar la propagación de una enfermedad (el confinamiento por la COVID-19), pero tener consecuencias sobre otros factores de salud, relacionados con los contextos de vida, y degradar aún más la salud que se quería proteger (efecto del confinamiento sobre la salud mental, el aprendizaje, la violencia intrafamiliar, el retraso en la atención, etc.). Algunas intervenciones pueden tener un beneficio individual, pero socialmente diferenciado, aumentando así las desigualdades dentro de una misma población, y por lo tanto generando otros problemas de salud en una fracción de esta última. Así, considerar una intervención de manera aislada puede contribuir a desplazar la carga a más o menos largo plazo, o de manera más o menos visible, en función de los “resultados” que se deseen obtener.

## **I INVESTIGACIÓN EN INTERVENCIONES DE SALUD POBLACIONAL**

Partiendo de estos atributos, es más fácil comprender las características de la investigación que se interesa en estas intervenciones: la IISP. Algunos han propuesto definirla como la “ciencia de las soluciones” (POTVIN *et al.*, 2014) en oposición a la “ciencia de los problemas” relativa a los estudios que caracterizan el estado de salud en las poblaciones y analizan sus determinantes. Preferimos hablar de la “ciencia del estudio de las soluciones” para marcar el hecho de que no se trata de producir soluciones consideradas como unívocas, sino de analizarlas desde todos los ángulos, incluyendo su capacidad para romper el equilibrio de los determinantes mencionados anteriormente.

Esta investigación intervencionista tiene características que queremos destacar aquí.

### **EFFECTOS POSITIVOS O NEGATIVOS**

La primera es que busca comprender cómo los diferentes atributos de la intervención se asocian para producir efectos positivos o negativos, esperados o inesperados, directos o indirectos sobre la salud y la distribución de la salud en las poblaciones, y por qué mecanismos estos efectos aparecen y se mantienen en el tiempo. En efecto, como se presenta en la Figura 1 por TURCOTTE-TREMBLAY *et al.* (2017), a partir de su tesis realizada en Burkina Faso, cuatro categorías de elementos pueden interactuar e influir en las consecuencias de una intervención: i) sus características intrínsecas (grado de complejidad, compatibilidad con las necesidades, ventaja, etc.); ii) las características de los miembros del sistema social en el que se implementa (estatus socioeconómico, estado de salud, acceso a los recursos disponibles, percepciones y actitudes, etc.); iii) la naturaleza de este sistema social, incluyendo las normas locales, el entorno; iv) la implementación de la intervención.

Esta dificultad para comprender cómo estos elementos funcionan juntos para producir un efecto requiere liberarse de los “mitos” de la investigación experimental (HAWE y POTVIN, 2009) y, en particular de pensar que el objetivo de la investigación es analizar exclusivamente

los efectos, que excluye de hecho la participación de las comunidades y las poblaciones, o finalmente que necesita apoyarse en ensayos comparativos por asignación aleatoria (a menudo mal llamados “ensayos controlados aleatorios”), considerados como los únicos garantes de la demostración de la causalidad (véase Capítulo 3). Además, las especificidades propias de la investigación clínica son, en primer lugar, incompatibles con los atributos de la intervención en salud poblacional. Por ejemplo, la situación experimental puede perjudicar la consideración del anclaje contextual. Además, estas especificidades no permiten comprender cómo funciona la intervención o por qué alcanza (o no) sus objetivos. Esta comprensión convoca una multitud de preguntas sobre los efectos y los mecanismos, así como sobre las condiciones en las que aparecen. No se trata en este libro de posicionarse en una visión parcial, o de negar alguna utilidad a este último tipo de enfoque evaluativo que se ha destacado históricamente en salud pública y en salud global, especialmente para la investigación clínica, sino de mostrar que no es el más apropiado en el contexto de intervención compleja, de sistema de intervención, como es el caso en salud poblacional. Esto es particularmente cierto en la investigación en salud global, donde los contextos son tan variables y las intervenciones tan múltiples debido a la presencia permanente de una miríada de donantes, que aislar efectos, o incluso realizar tales ensayos, es casi imposible.

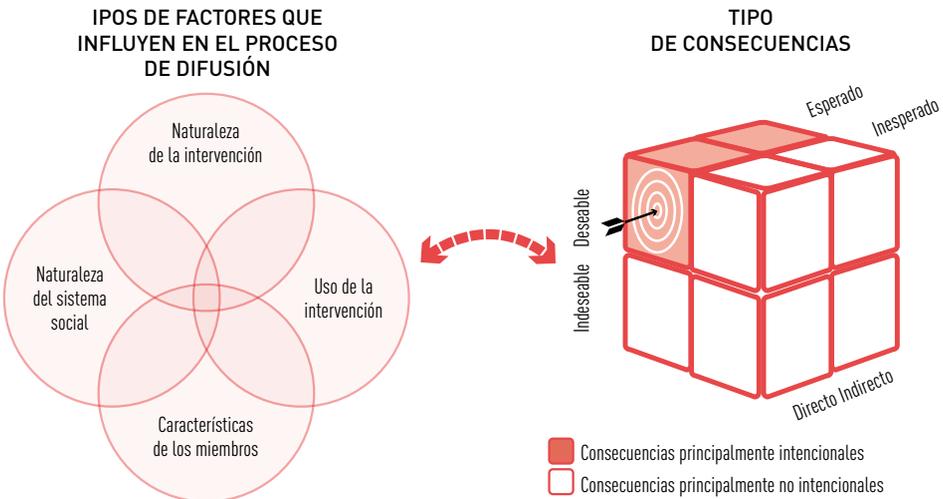


Figura 1 | Marco de Estudio de Consecuencias Inesperadas.

Fuente: TURCOTTE-TREMBLAY *et al.* (2017).

## UNA UTILIDAD SOCIAL

La segunda particularidad de la IISP reside en su utilidad social. En efecto, si la IISP constituye una ciencia del estudio de las soluciones, entonces la finalidad última es transformar el sistema haciendo que pueda adoptar las soluciones elaboradas. La IISP debe permitir apoyar y orientar las decisiones políticas, las prácticas profesionales y, en su caso, los cambios de comportamiento de las poblaciones. Este mandato tiene implicaciones directas en la forma en que se conduce la investigación, ya que debe permitir llegar a conclusiones concretas y directamente utilizables por los actores de este sistema (véase Capítulo 5), es decir, aceptables, adaptables, viables y sostenibles (véase Capítulo 3). En este contexto, las nociones de transferibilidad (WANG *et al.*, 2006) (capacidad de una intervención para obtener los mismos resultados en otro contexto) o de viabilidad (CHEN, 2010) (capacidad de una intervención para responder a las necesidades de las partes interesadas) deben ser consideradas en las opciones metodológicas adoptadas para diseñar y analizar una intervención y en las conclusiones a formular. Estas opciones metodológicas se refieren tanto a las opciones de recolección de datos y su análisis como a la manera en que se lleva a cabo la investigación y a la participación de las partes interesadas en esta última (véase Capítulo 4).

## UNA PLURALIDAD DE MÉTODOS

La tercera característica está relacionada con la pluralidad de métodos invocados en una IISP (véase Capítulo 4), mientras que para los ensayos comparativos de asignación aleatoria, a menudo son únicos y cuantitativos. De hecho, en un IISP se trata de una multitud de preguntas (véase Capítulo 2) que son formuladas por los actores y los investigadores y cada una de estas preguntas requiere métodos particulares (véanse Capítulos 2 y 3). La pregunta debe guiar el método y no al revés. Por lo tanto, si el objetivo es el estudio de soluciones (por ejemplo, la lucha contra la malaria o los accidentes de tráfico), y su funcionamiento, entonces los métodos deben ser múltiples, porque algunos cuantifican cuando otros tratan de entender, algunos se relacionan cuando otros disocian la parte relativa de cada elemento en la producción de un mecanismo o efecto. Por lo tanto, el cruce de estos métodos es necesario para la aprehensión del sistema intervencionista estudiado. Esta pluralidad metodológica requiere un enfoque multidisciplinar de IISP sin el cual el

fenómeno intervencionista solo puede ser visto de manera fragmentaria, produciendo conclusiones erróneas.

## UN CRUCE PARADIGMÁTICO

La cuarta particularidad se refiere al cruce paradigmático convocado por la IISP. Los métodos elegidos dependen, en efecto, del paradigma en el que se inscribe el investigador, es decir, su campo epistemológico (su visión del mundo, la distancia que tiene con sus análisis y la legitimidad que les otorga para describir lo que ve), su campo ontológico (la comprensión del mundo vivido a través de una única realidad en oposición a varias), su campo metodológico (las técnicas para comprender el mundo vivido), su campo teleológico (los fines e intereses de la IISP) (Gendron, 2001). La multiplicidad de preguntas inherentes a la ambición de comprender “cómo funciona” en lugar de observar “qué funciona” implica este cruce paradigmático, reforzando, una vez más, la necesaria pluridisciplinariedad de esta investigación. El tema aquí es concretamente observar la intervención y sus efectos (esperados o no) a través de una red de análisis y posturas diferenciadas en lugar de privilegiar una.

Además, dado que la intervención en salud poblacional está constituida por actividades (a menudo) identificables y concretas dirigidas a las poblaciones, las investigaciones que se interesan, por ejemplo, en las organizaciones de atención (investigación en servicios de salud), en las terapéuticas (investigación clínica) o en las tecnologías (investigación en tecnologías de la salud) no forman realmente parte de ella. En efecto, estas investigaciones (aunque también pueden ser intervenciones) se interesan menos en las poblaciones y sus subgrupos que en los enfermos o pacientes, lo cual es otro tipo de investigación, igualmente esencial para la ciencia, pero que no consideramos en este libro como relevante para la IISP. Sin embargo, son ellas, y sus enfoques experimentales, las que reciben la mayor parte de los financiamientos de la investigación en salud, como es el caso en Francia, por ejemplo. Esto muestra todos los desafíos y necesidades de desarrollar la IISP en el mundo de la francofonía.

Finalmente, cabe aquí distinguir la investigación en salud poblacional de la evaluación de intervenciones en salud. Para algunos, ambas son idénticas a través de un vocabulario común – la investigación aplicada en salud – con el argumento de que utilizan los mismos métodos y llegan a las mismas conclusiones (una realidad reforzada por la dimensión

de utilidad social de la IISP) (DONALDSON *et al.*, 2015; BARKER *et al.*, 2016). HAWE y POTVIN (2009) recordando dos intereses en distinguir la evaluación y la investigación intervencionista. El primero es que la IISP abarca múltiples preguntas de investigación que van más allá de las relacionadas con los resultados y el proceso a las que a menudo se limita la evaluación. Estas preguntas buscan comprender todos los atributos de las intervenciones en salud poblacional en el contexto en el que se sitúan. El segundo interés radica en que las conclusiones de la investigación intervencionista en salud poblacional son mucho más amplias que las de la evaluación de una intervención. Producen un corpus de conocimientos cuya aplicación es más amplia, ya que es menos específica que la de una evaluación. Sin embargo, las fronteras pueden parecer delgadas y porosas si se observa principalmente los métodos y análisis, siempre que la evaluación se realice con rigor y sin ser vaga en algunos aspectos, dada la dimensión de utilidad social de la IISP. En efecto, la IISP puede i) dar lugar a publicaciones científicas para la comunidad internacional (por ejemplo, alimentar los debates sobre los objetivos de desarrollo sostenible) y a un informe interno que responda a preguntas clave planteadas por los tomadores de decisiones (como la evaluación de una intervención); ii) perseguir un objetivo de producción de conocimientos que respondan también a preguntas/desafíos de la sociedad (como la evaluación); iii) culminar en perspectivas de investigación y recomendaciones para la acción (como la evaluación); iv) ser financiada por convocatorias de proyectos de investigación, organizaciones internacionales de salud mundial (Unitaid, Fondo Mundial, Echo, OMS, etc.) y subvenciones de operadores de salud u organizaciones no gubernamentales (como la evaluación) en el marco de una política basada en datos probados. En consecuencia, la distinción residiría quizás más en los fundamentos de la ciencia que guían la postura y el enfoque científicos de una IISP, en particular el hecho de:

- producir únicamente **conocimientos originales y contributivos** que puedan hacer avanzar la ciencia y el estado de los conocimientos en el campo;
- apoyarse en un **análisis previo de este estado del arte** (en particular mediante una revisión – sistemática – de la literatura científica);
- basar sus hipótesis y análisis en **fundamentos teóricos** y marcos conceptuales probados;
- ser **objetivo y transparente en la elección de métodos** (cada uno justificado en vista de sus fortalezas y debilidades científicas);

- ser **riguroso** en su manipulación y análisis;
- y permanecer **neutral** en la interpretación y presentación de los resultados (resultados no truncados, ni transformados, ni ocultos).

Evidentemente, estos fundamentos también se aplican a otros enfoques científicos en salud pública que no son la IISP.

## **| LAS DIFERENTES FORMAS DE INVESTIGACIÓN EN INTERVENCIONES**

Debido a la complejidad de las intervenciones estudiadas y la multiplicidad de preguntas que pueden plantearse, la implementación de una IISP enfrenta numerosos desafíos. Así, los investigadores interesados han contribuido a hacer evolucionar los tipos de enfoques evaluativos confrontando, asociando, hibridando e incluso a veces “improvisando” paradigmas y métodos.

Así, existen varios tipos de investigación. No se trata aquí de ser exhaustivo, sino de presentar los más conocidos y utilizados, así como sus especificidades, para comprender este campo de investigación en sus contradicciones, pero también en sus complementariedades, e incluso en sus imbricaciones.

### **ENSAYO COMPARATIVO**

El ensayo comparativo sigue siendo considerado en muchos equipos de investigación en el ámbito de la salud y por numerosos financiadores de investigación como el mejor diseño de investigación para identificar una relación de causalidad entre una intervención y un efecto, todo lo demás siendo igual. Por ejemplo, la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD) acaba de lanzar un Fondo para la innovación de intervenciones destinadas a los países más pobres, donde recomienda muy fuertemente el uso de estos ensayos comparativos en conglomerados.

El enfoque se centra en la evaluación de la eficacia de la intervención tratando de estandarizar tanto las modalidades de intervención como el efecto que puede tener el contexto (incluyendo las características de

la población) en los resultados. El contexto se considera entonces una variable, luego un sesgo que debe eliminarse para producir conclusiones generalizables de causalidad. Del mismo modo, los elementos de la intervención, al igual que la forma en que la población está “expuesta”, están bajo el control del equipo de investigación para comparar los resultados con una población que no estaría “expuesta”. El diseño con la mayor validez interna según los defensores de este enfoque es el ensayo comparativo por asignación aleatoria individual (CAMPBELL y STANLEY, 1966).

Debido a que este diseño de estudio está modelado a partir del campo clínico (por ejemplo, en ensayos terapéuticos de medicamentos), presenta numerosas limitaciones en salud poblacional a nivel ético o metodológico (TARQUINIO *et al.*, 2015). Así, se han creado adaptaciones de este diseño de investigación para tener en cuenta sus limitaciones (véase el Capítulo 3), y nuestro objetivo en este libro no es denigrar su uso, sino explicar su baja adaptación a las intervenciones en salud poblacional, ya sea en Europa, en África o en otros lugares.

A pesar de estos ajustes, los principios mismos en los que se basa este tipo de diseño, y en particular el de elaborar leyes universales privándose deliberadamente de elementos contextuales y de la heterogeneidad de los efectos, plantea interrogantes cuando es necesario considerar, como es el caso en la IISP, las cuestiones de viabilidad y transferibilidad. En otras palabras, ¿de qué sirve producir conclusiones sobre una intervención en condiciones que nunca se reproducirán o serán muy diferentes? La inferencia causal ciertamente está validada, pero como las condiciones en las que esta intervención funciona no se estudian ni se tienen en cuenta en las conclusiones, es poco probable que, durante la generalización, se observen los mismos resultados. Así, si el ejercicio intelectual tiene sentido, su interés en la IISP es bajo, ya que no puede orientar las decisiones y prácticas. Una de las respuestas a esta limitación mayor es apoyar los estudios experimentales con una evaluación de los procesos (incluyendo los mecanismos) que permita comprender cómo funciona esta intervención (véase Capítulo 3).

## INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

La investigación evaluativa (*evaluation research*) busca producir conocimientos sobre una intervención específica con el objetivo de iluminar una decisión. Por lo tanto, hay un vínculo muy estrecho entre el objeto de la investigación y la decisión a tomar (PATTON, 1990; COLLINS *et al.*,

2004; CLARKE, 1999). Esta investigación es, muy a menudo, el resultado de una solicitud externa al equipo de investigación realizada por gestores de salud o actores que implementan intervenciones de campo. Busca movilizar los métodos y herramientas científicas para estudiar una decisión, una transformación o una práctica de salud pública.

El objeto de la investigación puede ser múltiple: la eficacia de una intervención, la eficiencia o rentabilidad de esta intervención en comparación con otras, la viabilidad de implementación, la aceptabilidad de la intervención, las condiciones para su sostenibilidad, etc. En consecuencia, esta investigación puede llevarse a cabo en diferentes momentos del proceso de intervención.

Puede ser útil para mejorar un programa o dispositivo, centrándose entonces en el diseño de la intervención. Este tipo de investigación generalmente se lleva a cabo durante la acción para permitir un mejor ajuste a los objetivos buscados. Puede ser, por ejemplo, completar la elaboración de un programa o un servicio analizando su funcionamiento en la realidad (COLLINS *et al.*, 2004). Involucra a personas externas al diseño y ejecución de la intervención, pero también puede movilizar a actores que participan activamente en la acción. También puede permitir validar una intervención o compararla con otra, orientándose entonces hacia la decisión de continuar o detenerla. Se lleva a cabo al final de la intervención y, generalmente, se confía a una persona u organización externa que no está directamente involucrada en la elaboración de la acción o del dispositivo. Es una investigación que busca iluminar una decisión dependiente de cuestiones políticas, como detener, continuar una financiación o reorientar una intervención.

Las limitaciones de este tipo de evaluación radican en el difícil equilibrio entre una postura de investigador, cuya curiosidad natural y necesidad de conocimientos pueden llevarlo más allá de las preguntas planteadas por el tomador de decisiones, y la difícil convergencia de las agendas de investigación y decisión, ampliamente estudiada en la investigación sobre asociaciones entre actores e investigadores (BAKER *et al.*, 2004; BRYANT, 2002; DAGENAIS *et al.*, 2009).

## INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

La investigación-acción (*action research*) se define como un proceso iterativo que implica la colaboración entre investigadores, practicantes y

poblaciones para actuar juntos en un ciclo de actividades que incluye la identificación del problema, la planificación, la implementación y la evaluación de las soluciones, así como la reflexión sobre el proceso (AVISON *et al.*, 1999). Sus fundamentos filosóficos deben mucho a pensadores de América Latina y África como el brasileño Freire, el colombiano Fals Borda o el burkinés Ki-Zerbo.

Este tipo de investigación se inscribe en un paradigma pragmático donde la investigación busca una explicación, pero también un cambio social, a través de una articulación teoría/práctica cíclica (donde la investigación tradicional es a menudo más lineal): la teoría apoya o surge de la acción y permite comprender y actuar sobre los problemas reales que se encuentran en el terreno (HART y BOND, 1995; SYLVESTRE *et al.*, 2019).

Este proceso se basa en una fuerte participación de las personas afectadas, ya que implica un consenso entre todas las partes interesadas (los actores, incluida la población y los investigadores) sobre los objetivos y los medios. Se interesa sobre todo en las preocupaciones de los actores permitiéndoles transformar sus prácticas a través de la imbricación de la investigación y la acción (HAGGER *et al.*, 2020). Baum habla de investigación-acción participativa para insistir en esta característica de movilización (BAUM *et al.*, 2006) como se ve en muchas investigaciones en India o África, por ejemplo.

Es, por lo tanto, un tipo de investigación particularmente interesante en la promoción de la salud donde la participación de la comunidad es un objetivo en sí mismo, más allá de la intervención (WHITEHEAD *et al.*, 2003). En este contexto, el investigador es un agente de cambio al mismo nivel que las otras partes interesadas (REASON y BRADBURY, 2008).

## EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

La evaluación del desarrollo (*developmental evaluation*) se centra en la utilización de los resultados por los actores (PATTON, 2021). Su objetivo es hacer que la evaluación sea pertinente y directamente útil para los principales usuarios favoreciendo la utilización efectiva de los resultados. El evaluador es entonces capaz de apoyar la mejora de los programas, siendo una de sus principales actividades, en el corazón del proceso de evaluación.

Este tipo de evaluación implica, por lo tanto, una colaboración activa del evaluador con los principales usuarios esperados de la evaluación y, sobre todo, con los actores involucrados en la organización de las actividades. Permite preparar el cambio relacionado con la utilización de los resultados, apoyar la toma de decisiones y el desarrollo de intervenciones (PATTON y LABOSSIERE, 2012; GAMBLE, 2011). Al igual que en la investigación-acción, la teoría subyacente (lo que la convierte en un tipo de investigación aunque se llame “evaluación”) se modifica con la aparición de nuevos conocimientos evaluativos para favorecer la adaptación al cambio de la intervención. Se ocupa de los elementos del contexto y da cuenta de ellos durante el desarrollo. Nuevamente, el proceso no es lineal, sino dinámico. Los usuarios reaccionan continuamente a los datos, ajustan la intervención con el apoyo de los investigadores y se comprometen en un trabajo reflexivo sobre la experiencia vivida (FAGEN *et al.*, 2011).

Este tipo de evaluación es, por lo tanto, adecuado para intervenciones implementadas en entornos complejos como las intervenciones en salud poblacional. El investigador (y su equipo) se alimenta constantemente en su reflexión por estos elementos contextuales y por las necesidades de los usuarios. En este tipo de evaluación, la combinación de métodos y puntos de vista es, por lo tanto, una condición *sine qua non*, ya que se trata de comprender la dinámica relacionada con el contexto, la complejidad de la intervención en este marco y, sobre todo, imaginar en un proceso iterativo estrategias innovadoras que apoyen el desarrollo de esta última (DOZOIS *et al.*, 2010; PATTON, 2010).

## INVESTIGACIÓN INTEGRADA

La investigación integrada (*embedded research*) está, al igual que la investigación-acción y la evaluación desarrollativa, basada en la ambición de favorecer la integración de datos probatorios en la práctica (MCGINITY y SALOKANGAS, 2014). Recientemente, ha sido muy destacada por la OMS para la investigación sobre sistemas de salud en América Latina o Medio Oriente. En el marco de este tipo de investigación, los investigadores trabajan dentro de las organizaciones gestoras de salud, para identificar, diseñar y llevar a cabo estudios y compartir resultados que respondan a las necesidades y estén en sintonía con los objetivos y contextos profesionales de los agentes de la organización. Esta investigación está, por lo tanto, directamente relacionada con el mandato de la

organización (McGINITY y SALOKANGAS, 2014; MARSHALL *et al.*, 2014). Esta inserción del investigador dentro de la organización le permite compartir la visión del mundo de esta última y de sus socios, entablar una interacción estrecha con los usuarios de los resultados de la investigación, ya que estos últimos están involucrados en el proceso reflexivo y tienen un acceso rápido a los datos emergentes de la investigación.

Es, por lo tanto, una estrategia particularmente eficaz de transferencia de conocimientos, ya que favorece una coproducción de pruebas (ARMSTRONG *et al.*, 2013; BUFFETT *et al.*, 2007; GERVAIS *et al.*, 2013; SOUFFEZ y LAURENDEAU, 2011). El investigador no está menos obligado a anclar a esta colaboración, y en particular a esta visión del mundo, una reflexividad teórica académica, diferenciándose en esto de los *brokers* de conocimiento (véase el Capítulo 6) que favorecen en la organización la puesta en relación y el intercambio de conocimientos y el fortalecimiento de las capacidades para utilizarlos (BURNETT *et al.*, 2002; CHSRF, 2003). Aunque, al igual que los *brokers* de conocimiento, están en la frontera de dos mundos (LEWIS y RUSSELL, 2011), los “investigadores imbricados” se centran en la (co)producción de conocimientos, no dependiendo de ellos la utilización efectiva. Para ello, los investigadores y el personal de las organizaciones de acogida trabajan juntos para cocrear, refinar, implementar y evaluar el impacto de los conocimientos nuevos y existentes en relación con el contexto (LANGLOIS *et al.*, 2017). Este enfoque se diferencia de la investigación-acción, ya que los investigadores tienen un papel un poco más importante en el proceso y la finalidad no es necesariamente el cambio social y el fortalecimiento del poder de acción.

La dificultad aquí para el investigador es mantener una reflexividad independiente del contexto y de la agenda política de la organización que planifica la intervención en salud poblacional, aunque debe tenerlos en cuenta en el sentido de que el programa de investigación es común con la organización en el marco de una relación beneficiosa.

## EXPERIMENTACIÓN NATURAL

Las experimentaciones naturales (*natural experiment*) son estudios en los que la intervención no es decidida ni organizada por los investigadores (CRAIG *et al.*, 2012a). Por ejemplo, el estudio del efecto de una decisión de prohibición de fumar en lugares públicos sobre la salud de

la población en Francia o una prohibición de circular entre regiones durante la pandemia de COVID-19 en Senegal. Son particularmente interesantes, ya que permiten ampliar la gama de intervenciones que pueden ser evaluadas útilmente cuando no es ético, o no es posible, implementar la intervención específicamente para una investigación (BENMARHNIYA y FULLER, 2019).

Estas investigaciones deben entonces seguir las buenas prácticas en la conducción de estudios de observación, como la especificación previa de hipótesis, definiciones claras de las poblaciones objetivo, criterios de muestreo explícitos y medidas válidas y confiables de las exposiciones y los resultados (WEST, 2009). Necesitan una comparación de los grupos expuestos y no expuestos (o de los grupos con niveles de exposición variables) para identificar el efecto de la intervención (MEYER, 1995). Cuando se trata de estudiar la eficacia, los desafíos de la causalidad pueden ser superados mediante métodos estadísticos de control de factores de confusión.

La ausencia de manipulación de la intervención introduce, de hecho, sesgos que limitan la validez interna del estudio, y por lo tanto la fuerza de la prueba de la inferencia causal, como se puede observar en los estudios experimentales. Es por eso que se llevan a cabo cuando se puede razonablemente esperar que la intervención tenga un impacto significativo en la salud poblacional, pero que persista una incertidumbre científica sobre la magnitud o la naturaleza de los efectos, y que la intervención y los principios que la sustentan puedan ser reproducidos, ampliados o generalizados (CRAIG *et al.*, 2012a).

Así, PETTICREW *et al.* (2005) consideran este tipo de investigación como particularmente adecuada para estudiar las intervenciones sobre los determinantes estructurales de la salud (empleo, viviendas, fijación de precios de productos nocivos, etc.), en el corazón de la salud poblacional.

## **| CONCLUSIÓN**

La diferencia más notable entre estos tipos de estudios, de los cuales obviamente no hemos agotado el recuento y que son objeto de numerosos libros, radica en el estudio experimental que tiene la particularidad de ambicionar la producción de leyes universales e inmutables, mientras que

los otros se dotan de una visión más pragmática, anclada en los contextos, de lo que observan para favorecer la toma de decisiones operativas. En esto, coinciden con las ambiciones de otras dos corrientes de investigación: i) la ciencia de la implementación que busca comprender cómo las intervenciones producen sus efectos poniendo al descubierto los factores asociados a una implementación efectiva y la capacidad de la intervención para adaptarse a los actores y contextos (*implementation science*); y ii) la investigación en “implementación” (*implementation research*) que busca producir conocimientos sobre cómo las intervenciones tienen en cuenta e integran datos probatorios en la formulación de su contenido para ser más eficaces (RIDDE y TURCOTTE-TREMBLAY, 2019).

Luego es evidente que estos diferentes tipos de investigación cruzan y descruzan una serie de características que no permiten diferenciarlos de manera absoluta, ya que estas diferencias pueden ser sutiles. Hasta donde sabemos, no existe un consenso internacional al respecto. Por ejemplo, la investigación-acción, al igual que la evaluación desarrollativa y la investigación integrada, se basan en una colaboración muy fuerte de los actores presentes (investigadores, población, usuarios), pero la primera la considera como un objetivo en sí mismo de transformación de prácticas y situaciones (es la participación la que cambia más que los resultados producidos), mientras que en las otras dos la transformación viene del uso de los resultados cuya génesis está alineada con la agenda de los actores. Algunos diseños de estudio son más propensos a permitir la evaluación de intervenciones “simples”, e incluso complicadas, mientras que otros permiten abordar el análisis de la complejidad, relacionada tanto con los tipos de intervención y sus efectos más o menos directos, la maleabilidad de los componentes intervencionistas en el contexto, el efecto de este contexto sobre los últimos, pero también el lugar de los actores y la población en el proceso de investigación que solo puede influir en la reflexividad del investigador.

La Tabla 2 propone definir las principales características de cada tipo de diseño de investigación según seis parámetros de una IISP: i) el papel de los actores en la investigación (incluida la población); ii) el objetivo; iii) la finalidad; iv) el lugar del contexto; v) el tipo de validez privilegiada; vi) los métodos de recolección de datos (véase la Tabla 1). Esta especificación sigue siendo arbitraria, ya que en realidad los problemas, como los métodos, pueden hibridarse. Por ejemplo, las

**Tabla 2 | Características principales de los tipos de investigación en salud poblacional.**

	<b>Papel de no-investigadores</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Matices para los fines</b>	<b>Lugar contexto</b>	<b>Validez preferida</b>	<b>Enfoque metodológico</b>	<b>Métodos</b>
<b>Estudio comparativo</b>	No asociada sistemáticamente	Evaluar la eficacia de una intervención todo lo demás es igual	Producir conocimientos generalizados	Considerado un sesgo	Validez interna	Contrafactual aleatorizado	Cuantitativa
<b>Investigación evaluativa</b>	Patrocinadores de la investigación	Generar conocimiento sobre una intervención para fundamentar una decisión	Apoyo a la toma de decisiones sobre la intervención	Depende de la cuestión	Depende de la cuestión	Depende de la cuestión	Depende de la cuestión
<b>Investigación-acción</b>	Patrocinadores involucrados en investigación	Estudiar y analizar prácticas y su evolución durante una intervención	Cambios en las prácticas y condiciones sociales	Esencial	Validez externa	Observacional	Mixtos, especialmente cualitativos
<b>Evaluación del desarrollo</b>	Patrocinadores y usuarios de los resultados	Producir conocimientos que apoyen la toma de decisiones y desarrollo de intervenciones	Apoyo a la toma de decisiones	Importante	Validez externa	Observacional	Mezclado
<b>Investigación integrada</b>	Dirigir la búsqueda y utilizar los resultados	Fomentar dentro de una organización coproducción de pruebas en fase con sus mandatos	Apoyo a la toma de decisiones	Importante	Validez externa	Observacional	Mezclado
<b>Experimentación natural</b>	Patrocinador y utilizar los resultados	Evaluación del efecto de las intervenciones organizadas sin la participación de investigadores	Producir conocimiento	Importante	Equilibrio entre validez interno y externo	Generalmente contrafactual	Cuantitativa o mixta

evaluaciones desarrollativas e integradas no difieren finalmente más que por la posición del investigador (externo en una, agente de la organización en la otra) llevando para la primera a conclusiones propias de una intervención, y en la segunda a conclusiones sobre una intervención en una visión organizacional específica. Las organizaciones de la sociedad civil o aquellas no gubernamentales (ONG) que trabajan en el campo de la ayuda al desarrollo a menudo favorecen estos dos últimos enfoques. En el mismo sentido, la investigación evaluativa no excluye una participación activa de los actores que podrían, durante el proceso, permitir una reflexividad y un cambio de prácticas, como se observa en la investigación-acción. Las organizaciones internacionales de salud mundial a menudo establecen comités de seguimiento de las evaluaciones, pero prefieren enfoques de expertos donde la participación de las personas afectadas es reducida. Del mismo modo, en cada uno de los diseños, a excepción quizás del estudio experimental, se puede introducir la participación de los actores como la producción de recomendaciones concretas para los tomadores de decisiones.

Así, en el marco de la IISP, cada tipo de estudio presenta un interés, siempre que se conciban su desarrollo o hibridación a través de las siguientes características.

**La conciliación de la originalidad de los conocimientos producidos y la utilidad social:** se trata de combinar en los objetivos, la ambición de producir conocimientos originales y el necesario pragmatismo a observar en la producción, e incluso en el acompañamiento de las recomendaciones que surgen del proceso de esta investigación (véase Capítulo 6).

**La consideración del contexto como un determinante de los resultados:** esto convoca el abandono de los métodos que buscan eliminar de las conclusiones la influencia de los elementos que constituyen este contexto y considerar las cuestiones de transferibilidad y sostenibilidad como una necesidad (véase Capítulo 3).

**La dimensión participativa de la investigación:** pasa por el reconocimiento de la pluralidad de actores involucrados en la investigación y el interés de su papel para estudiar la complejidad de la intervención, descartando el fantasma de una neutralidad u objetividad individual (el investigador externo y fuera de la acción) para privilegiar una neutralidad y objetividad colectivas (la combinación de puntos

de vista y subjetividades) en la interpretación del fenómeno estudiado (véase Capítulo 5).

**La necesidad de considerar una pluralidad de preguntas interdependientes y, por lo tanto, la pluridisciplinaridad:** se trata de descentrar el objeto de investigación de la sola eficacia de las intervenciones, como se hace en la investigación clínica o con los métodos de ensayos comparativos, considerando que esta noción de eficacia solo tiene sentido si está condicionada a otras preguntas igualmente importantes (¿cómo? ¿en qué condiciones? ¿con quién? ¿en qué medida? etc.). Esto implica la necesidad de desarrollar esta investigación de manera pluridisciplinar para combinar las visiones e interpretaciones de un mismo fenómeno (véase Capítulo 2).

La aceptación de todos los métodos: la hibridación metodológica es necesaria, siempre que los métodos utilizados sean justificados y rigurosamente implementados, para estudiar el conjunto del sistema de intervención (véanse Capítulos 3 y 4).

La definición de la IISP que proponemos es un proceso científico pluridisciplinar de producción de conocimientos acumulativos e iterativos sobre las intervenciones en salud poblacional. Combina métodos complementarios para responder a un conjunto de preguntas que permiten comprender tanto la complejidad de las intervenciones, su anclaje contextual y la utilidad social de sus conclusiones considerando la reducción de las desigualdades sociales de salud.

Así, la IISP solo puede llevarse a cabo y tiene sentido si puede ejercerse sin dogmatismo (lo que a menudo ocurre en los debates sobre métodos), en la pluridisciplinaridad y con pragmatismo, conciliando las particularidades de las intervenciones en salud poblacional, por un lado, y las especificidades de la ciencia, por otro. La Figura 2 presenta así las particularidades de la IISP por el equilibrio que crea en la combinación de estas últimas.

Es a partir de este texto introductorio que se describen en los capítulos siguientes las preguntas de investigación posibles (véase Capítulo 2), los enfoques (véase Capítulo 3), los métodos (véase Capítulo 4), los tipos de actores involucrados y su papel (véase Capítulo 5), así como las modalidades de utilización de los resultados de la IISP (véase Capítulo 6).

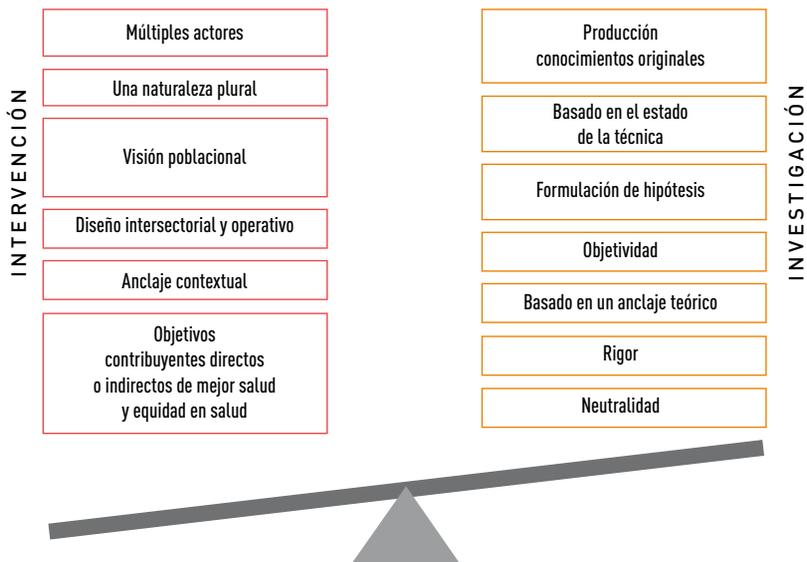


Figura 2 | Investigación de Intervenciones en Salud Poblacional.

# LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN EN IISP

La IISP, como cualquier proceso científico, parte de una pregunta de investigación a la que el estudio debe intentar responder. En este marco, la demanda expresada por las partes interesadas (decisores, población, financiadores de la investigación, practicantes, investigadores, etc.) se centra a menudo y legítimamente en los resultados (eficacia de la intervención). Sin embargo, es erróneo considerar que la eficacia es la única, o incluso la principal, pregunta de investigación en IISP. Si consideramos el objetivo de utilidad social de la IISP (véanse los Capítulos 1 y 6), otras preguntas de investigación son igualmente importantes a considerar. Evidentemente, la elección de la pregunta debería ser objeto de un proceso de concertación entre todas las partes interesadas y tener en cuenta múltiples cuestiones de datos, presupuesto, pertinencia, tiempo, etc. (BAMBERGER y MABRY, 2007). Esta elección no es neutral. Por ejemplo, una misma IISP, como otras formas de investigación, puede llegar a conclusiones diferentes según se elija basarse en un resultado formulado globalmente para la población o en un resultado que tenga en cuenta las diferencias entre grupos sociales.

Este capítulo tiene como objetivo presentar e ilustrar las principales preguntas de investigación en IISP. Estas preguntas no son ni exclusivas ni exhaustivas; una misma investigación puede a veces responder a varias preguntas. Además, una IISP puede ser una etapa en un programa de investigación que incluye varias etapas, y cada una de estas etapas puede contribuir a responder a una u otra de las preguntas. La lista de preguntas potenciales podría ser muy larga; PATTON (2008) propuso más de cien en uno de sus libros sobre evaluación. Para no hacer este capítulo indigesto, nos limitaremos a las preguntas de investigación principales y

las más frecuentemente encontradas en la IISP y en nuestras experiencias. Hay varias formas de clasificar estas preguntas de investigación. Hemos optado por presentarlas en función de la etapa del proceso de desarrollo de la intervención en la que intervienen con mayor frecuencia (véase la Figura 3), aunque somos conscientes de que un proceso por etapas o lineal no refleja suficientemente la complejidad y adaptación de este desarrollo. Finalmente, este esquema se aplica a las intervenciones *de novo*, desarrolladas en el marco de la investigación. Así, algunas etapas no conciernen a las intervenciones ya existentes que pueden ser objeto de investigación.



Figura 3 | Pasos en el Desarrollo de la Intervención en la Salud de la Población y Cuestiones Evaluativas.

## DESIGNAR LA INTERVENCIÓN: CONSTRUIR, AFINAR, VALIDAR LA TEORÍA DE LA INTERVENCIÓN

La concepción de la intervención puede ser un objeto de investigación durante una IISP. Este objeto puede ser bastante complejo de comprender si no se considera la intervención como separada del contexto, sino como parte de un sistema intervencionista (CAMBON *et al.*, 2019), es decir, asumiendo, por un lado, una permeabilidad de los componentes intervencionistas y contextuales y, por otro, una dinámica de acciones y efectos compleja.

Para estructurar este enfoque, la aproximación basada en la teoría tiene múltiples ventajas: justificar y argumentar las estrategias y actividades movilizadas por la intervención, describir la cascada de efectos esperados (por qué mecanismos causales cada actividad/estrategia y su interacción contribuye a los resultados), y tener en cuenta los factores poblacionales o contextuales que pueden interactuar con estas actividades. Así, la concepción de la intervención debería comenzar con la de una teoría de intervención. Esto solo es posible prestando atención a la definición de lo que llamamos teoría (MOORE *et al.*, 2019; CAMBON y ALLA, 2021), que no debe limitarse, como suele ser el caso, a las teorías causales clásicas como la teoría de la motivación para protegerse (MADDUX y ROGERS, 1983) o la *teoría* social cognitiva (BANDURA, 1989). Estas teorías clásicas suelen tener una perspectiva generalmente descontextualizada y a menudo monodisciplinaria sobre un tema. La teoría debe, por el contrario, integrar elementos concretos y relacionados con el contexto de implementación. La teoría de intervención debe integrar múltiples constructos que describan las hipótesis constitutivas del sistema intervencionista que se desea estudiar durante una IISP. Un ejemplo de definición para cada tipo de enfoque teórico se presenta en la Tabla 3.

**Tabla 3 |** Teorías y cuatro modelos de causalidad.

1. Teoría de la intervención	“Teorías sobre las que las personas construyen consciente o inconscientemente sus intervenciones” (WEISS, 1998).
2. Marco	Una estructura, una visión general, un esquema, un sistema o un plano compuesto por varias categorías descriptivas, por ejemplo conceptos, construcciones o variables, y las relaciones entre ellas que se supone que explican un fenómeno” (NILSEN, 2015).
3. Teoría del alcance medio	“Teorías que se encuentran entre hipótesis de trabajo menores pero necesarias que evolucionan en abundancia durante la investigación diaria y los esfuerzos globales sistemáticos para desarrollar una teoría unificada” (MERTON, 1968).
4. Gran teoría	“Teoría que explicará todas las uniformidades observadas de comportamiento social, organización social y cambio social” (MERTON, 1968).

Fuente: según RIDDE *et al.* (2020.a).

En la continuidad de los trabajos de Chen, CAMBON y ALLA (2021), definieron la teoría de intervención como la combinación de:

**La teoría causal** que explica los mecanismos (Tabla 1) de efectos activados por los componentes de la intervención y su hibridación con el conjunto de determinantes contextuales susceptibles de intervenir como obstáculos o facilitadores de los efectos esperados (o no).

## RECUADRO 1 MECANISMOS. ¿DE QUÉ SE HABLA?

El concepto de mecanismo tiene varias definiciones según disciplinas y enfoques epistemológicos. M. ACHAMER *et al.* (2000) las define como “entidades y actividades organizadas de tal manera que producen cambios regulares”. Otros los definen como requisitos previos para los resultados, como en el enfoque realista: un mecanismo es “un elemento del razonamiento y reacción de un agente a una intervención productiva de un resultado en un contexto dado” (LACOUTURE *et al.*, 2015). En el campo de la psicología de la salud, se definen como “los procesos por los cuales una técnica de cambio de comportamiento regula el comportamiento” (MICHIE *et al.*, 2013). Esto puede incluir, por ejemplo, cómo los practicantes perciben la utilidad de una intervención, o cómo los individuos perciben su capacidad para cambiar su comportamiento.

Debido a las combinaciones de componentes contextuales e intervencionales, el proceso de cambio produce mecanismos, que a su vez producen efectos (resultados finales e intermedios). Por ejemplo, podemos considerar que una entrevista motivacional para dejar de fumar podría producir diferentes mecanismos psicosociales, como la intención de parar en el corto plazo, la percepción de la utilidad de dejar de fumar y la sensación de poder hacerlo (autoeficacia percibida). Estos mecanismos influyen en el cese del tabaco. Esto constituye cadenas causales, definidas aquí como la forma en que una secuencia ordenada de eventos en la cadena causa el siguiente evento. Estos mecanismos también pueden afectar a sus propios componentes contextuales o intervencionistas como sistema. Por ejemplo, la autoeficacia podría influir en la elección de ayudas para dejar de fumar.

Fuente: CAMBON *et al.* (2019).

**El modelo de acción** proporciona elementos concretos para la implementación de los componentes de la intervención destinados a guiar el proceso para alcanzar los objetivos. El aspecto esencial del modelo de acción es que se centra, no solo en las actividades relacionadas con los resultados, sino también en las secuencias, los recursos, los actores y las condiciones previas necesarias para su implementación.

La Figura 4 presenta la teoría de la intervención del sistema intervencionista.

No puede concebirse sin las partes interesadas involucradas, movilizandovarias fuentes de información: i) marcos teóricos preexistentes (por ejemplo, modelos de cambio de comportamiento); ii) elementos de la literatura científica o estudios anteriores o concomitantes (sobre los vínculos de causalidad, sobre el efecto de las intervenciones, sobre la influencia del contexto); y iii) la experiencia de las partes interesadas (¿Qué cambio potencial se logrará al implementar esta actividad y cómo y por qué ocurrirá?).

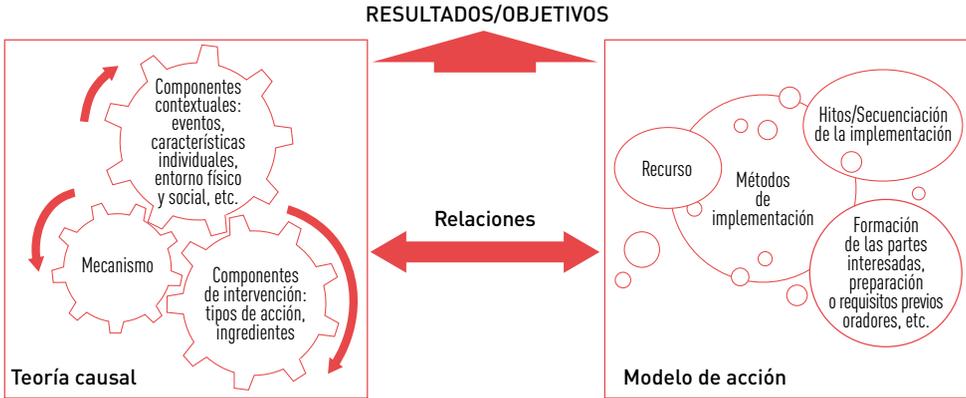


Figura 4 | Teoría de la intervención del sistema de intervención.

Fuente: según Cambon, ALLA (2021).

Las etapas posteriores (Figura 3) pueden permitir afinar y validar empíricamente la teoría de intervención, especialmente en el estudio piloto. Esta validación también puede llevarse a cabo durante la evaluación desde una perspectiva de análisis de la eficacia de la intervención en condiciones reales y análisis de los mecanismos que conducen a esa eficacia (véase el Capítulo 3) utilizando métodos cualitativos o cuantitativos.

Este trabajo de construcción de la teoría de la intervención también puede realizarse *a posteriori* de la implementación de las intervenciones. Este es el caso de las evaluaciones realizadas para intervenciones ya existentes. En este contexto, disponer de una teoría de intervención también puede permitir cuestionar los elementos clásicos de la evaluación de las intervenciones como la pertinencia (si la intervención y sus componentes son susceptibles de responder a las necesidades de salud en un contexto determinado) y, sobre todo, la coherencia (si las actividades son coherentes con los objetivos de la intervención entre ellos) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2011).

## | EVALUAR LA VIABILIDAD

La viabilidad (descrita por Chen como la validez de viabilidad “*Viability validity*”, complementando las validez interna y externa) se define como la medida en la cual una evaluación proporciona evidencia de que una

## Recuadro 2

### DISEÑO DE UNA TEORÍA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA VACILACIÓN VACUNAL POR COVID-19

Como parte del estudio Covamax (Promotor: Chu de Bordeaux, ANR Funding), el primer paso fue desarrollar una teoría de intervención antes de la implementación de una campaña de vacunación contra la COVID-19.

Para su desarrollo, el equipo de investigación, con la ayuda de un grupo de partes interesadas en la salud, llevó a cabo un análisis cruzado de la encuesta Covapred sobre la aceptabilidad de las medidas contra la COVID-19 (SCHWARZINGER *et al.*, 2021), una revisión de los metaanálisis y revisiones sistemáticas de los factores involucrados en la toma de decisiones sobre vacunas (incluida la gripe estacional) y las teorías de comportamiento predictivo.

Sobre esta base, el equipo pudo desarrollar una teoría de intervención que abogaba por los elementos clave de acción de una futura campaña de vacunación:

– **los componentes de intervención:** una comunicación positiva basada en la inmunidad colectiva y no en la vulnerabilidad individual de las personas que no corren riesgo de forma grave; II) movilización de relés y actores locales en una estrategia para avanzar;

– **las modalidades, recursos y secuencias de aplicación:** profesionales de la salud, puntos focales de la campaña de vacunación (médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos) en la comunicación y en el acto de vacunación en lugar de en los centros de vacunación; formación de profesionales de la salud para responder a las inquietudes y preguntas de los pacientes;

– **las condiciones contextuales para el éxito:** acceso individual, gratuito y sin demora; un acto de vacunación realizado en el momento de la información;

– activando los siguientes **mecanismos:** confianza en la vacuna y en el habla del profesional, sentimiento de control, percepción de vulnerabilidad a la enfermedad, adherencia a la norma.

Esta teoría de la intervención se puede utilizar para diseñar una intervención basada en la teoría o para evaluar a posteriori la campaña de vacunas que realmente se ha puesto en marcha.

intervención es exitosa en el mundo real (CHEN, 2010). Esta noción de “éxito” se refiere a las siguientes dimensiones de la intervención desde el punto de vista de las partes interesadas:

– Útil: ¿las partes interesadas perciben la intervención como útil para mitigar los problemas o mejorar el bienestar?

– Asequible: ¿los financiadores consideran que la intervención es factible en vista de su capacidad para financiarla?

- Práctica: ¿los profesionales de campo pueden implementarla con sus medios y conocimientos?
- Adaptada: ¿las organizaciones existentes pueden coordinar y llevar a cabo las actividades relacionadas con la intervención de manera rutinaria?
- Evaluable: ¿es posible evaluar los resultados de esta intervención? (implicando, ¿hay una hipótesis del vínculo entre los componentes de la intervención y los potenciales efectos en la salud?).

La viabilidad va más allá de la factibilidad (posibilidad de implementar una intervención), enfocándose en su capacidad de ser implementada, mantenida, ampliada y realizada de manera rutinaria por los actores habituales (y no, por ejemplo, en un contexto de investigación con financiamiento específico, un marco jurídico adaptado, intervenciones *ad hoc*, etc.).

Cuestionar la viabilidad de una intervención debería ser un requisito previo a cualquier estudio de eficacia para evitar el riesgo de concluir sobre la eficacia de una intervención que finalmente no será “viable” en el mundo real al final del proceso de investigación (CHEN, 2010). Así, la evaluación de la viabilidad debería realizarse lo antes posible en el proceso de desarrollo de una intervención. Este es uno de los objetivos de los estudios piloto (THABANE *et al.*, 2019) en IISP (Recuadro 3).

## **| EVALUAR LA EFICACIA**

### EFICACIA TEÓRICA VS CONDICIONES REALES

El inglés dispone de dos términos para referirse a la eficacia: *efficacy* para la eficacia en condiciones llamadas ideales (o teóricas, donde los factores de influencia están muy controlados) y *effectiveness* para la eficacia en condiciones reales (PORTA, 2008). La eficacia en condiciones ideales se determina generalmente mediante un ensayo comparativo por asignación aleatoria “clásico”, mientras que la eficacia en condiciones reales se evalúa mediante un ensayo comparativo pragmático, un estudio cuasi-experimental o un estudio observacional (experimentación natural).

### RECUADRO 3 ESTUDIO DE VIABILIDAD EN EL ENSAYO COMPARATIVO 5A-QUI-N

5A-QUIT-N es una innovación organizacional diseñada para gestionar los recursos locales disponibles en la región de Nouvelle-Aquitaine (Francia) para apoyar el abandono del tabaquismo en mujeres embarazadas.

La primera versión de la organización fue desarrollada por el equipo de investigación sobre la base de escritos científicos, recomendaciones institucionales y sociedades académicas, entrevistas con las partes interesadas, y el análisis de la organización actual de cese del tabaquismo de las mujeres embarazadas y las herramientas existentes. Sobre la base de esta primera versión de la organización, se estudió la viabilidad:

- primero *a priori* (antes de la implementación en el campo) basado en entrevistas con profesionales y una revisión de escritos científicos sobre factores limitantes y promoción de la implementación de tales organizaciones;
- luego, durante un estudio piloto sobre un área de salud que describió su implementación y analizó sus frenos y palancas, y recopiló las opiniones de las partes interesadas, profesionales y mujeres embarazadas.

Por ejemplo, desde la perspectiva de las parteras, la utilidad se reflejó en la visibilidad de resultados concretos en sus pacientes (por ejemplo, dejar de fumar); asequibilidad a través de la cobertura completa del viaje por el seguro de salud; practicidad mediante la posibilidad de integrar el programa en sus organizaciones de trabajo habituales; adaptación mediante la integración del programa con las organizaciones territoriales existentes.

La reciente crisis de la COVID-19 nos ha familiarizado con la diferencia entre los dos a través de la evaluación de la eficacia de la vacuna: ensayos comparativos por asignación aleatoria evaluando la *efficacy* comparados con estudios en “vida real”, realizados principalmente a partir de bases de datos médico-administrativas evaluando la *effectiveness*.

En el campo de la IISP, los estudios son más frecuentemente estudios de eficacia en situación real. De hecho, debido a la naturaleza de las intervenciones, es muy raro situarse en un contexto experimental, lo que es más propio de intervenciones relativamente simples, técnicas, como el acto de vacunar, por ejemplo.

La eficacia de una intervención en salud poblacional se juzga en base a resultados de salud (morbilidad, mortalidad, bienestar, etc.). Esta

eficacia corresponde al objetivo general o meta de una intervención en el enfoque de planificación. Por defecto, puede juzgarse en base a resultados distales relacionados con determinantes de salud (disminución de una exposición ambiental, cambio de comportamiento, etc.) o resultados proximales de acceso a la atención o uso de las actividades y servicios ofrecidos por la intervención.

Esto corresponde a los objetivos específicos de la intervención en el enfoque de planificación.

A menudo es imposible o no pertinente evaluar el efecto de una intervención en los resultados de salud, especialmente cuando son a largo plazo (por ejemplo, una intervención destinada a fortalecer las habilidades psicosociales del niño puede tardar décadas en producir resultados observables en términos de salud). En el caso de que los resultados no sean de salud, es necesario argumentar sobre el interés de los resultados relacionados con los determinantes (es decir, tener elementos factuales que indiquen que un cambio en la exposición a determinado determinante conducirá en última instancia a un cambio en términos de salud). Esto también puede ser uno de los usos de la teoría de intervención abordada en el párrafo anterior.

## IMPACTO

Existen muchas acepciones del término “impacto” en el ámbito de la investigación en salud. Las más relevantes parecen ser las siguientes (ver el ejemplo en el Recuadro 4):

- Resultados a largo plazo cuando no son medibles en el marco del estudio y se necesita mucho tiempo para observar su aparición (por ejemplo, en un programa destinado a reducir el consumo de tabaco en adolescentes, el resultado puede ser la prevalencia del tabaquismo y el impacto, no medible pero modelizable, una reducción de la incidencia de cánceres);
- Resultados en salud cuando el objetivo del estudio no está formulado en esos términos. Este caso se presenta, en particular, en el marco de los proyectos que se inspiran en el enfoque de la salud en todas las políticas. Cada una de las políticas tiene objetivos propios no sanitarios que pueden tener efectos indirectos (o impactos) en el ámbito de la salud;

#### RECUADRO 4

#### EL IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA CRISIS DE COVID-19

Un ejemplo de estos impactos resulta de las consecuencias de las medidas anti-COVID en todo el mundo. En efecto, para reducir la mortalidad de las personas vulnerables a la COVID-19, se tomaron medidas universales que buscaban reducir las interacciones físicas humanas. Ahora se sabe que estas medidas han tenido un impacto negativo en la salud mental de las poblaciones, el aumento de las desigualdades sociales de salud, los retrasos en la atención de otras patologías, el aumento de la inseguridad alimentaria de los hogares vulnerables, el aumento de la violencia intrafamiliar, etc. (CAMBON *et al.*, 2021).

– Consecuencias inesperadas, favorables o desfavorables, de una intervención (que se distinguen así del resultado que es la consecuencia esperada correspondiente a la pregunta de investigación) (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2021). Para dar un ejemplo de impacto favorable inesperado, se puede pensar en un programa de actividad física destinado a aumentar el bienestar de las personas mayores (resultado esperado) que puede tener como impacto sanitario favorable una disminución de la morbilidad cardiovascular y como impacto social favorable un fortalecimiento de los lazos comunitarios. Para dar un ejemplo de impacto desfavorable inesperado:

El aumento de las zonas verdes en una ciudad para fomentar la actividad física puede conducir al aumento de la incidencia de síntomas alérgicos en los niños. El Recuadro 5 propone una lista de 12 preguntas que pueden guiar las reflexiones sobre los efectos inesperados.

## I EFICIENCIA

La eficacia puede expresarse en relación con los recursos movilizados para obtenerla (humanos, financieros, etc.), esto es lo que se llama eficiencia (*efficiency*). Este campo de los estudios médico-económicos cuenta con tres enfoques principales (LE PEN y LEVY, 2018) que corresponden a tres tipos de resultados (Recuadro 6):

#### Recuadro 5

### ALGUNAS PISTAS PARA TENER EN CUENTA LOS EFECTOS INESPERADOS DE LAS INTERVENCIONES

A partir de varios trabajos empíricos y una revisión de la literatura, se ha propuesto una lista de 12 consideraciones para que los equipos de investigación e intervención se preocupen más por los efectos inesperados (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2021).

1. Establecer un objetivo o una pregunta de investigación explícita que se centre en los efectos inesperados
2. Elegir y definir su terminología.
3. Adoptar una teoría o un marco conceptual.
4. Determinar la perspectiva del estudio.
5. Aclarar la teoría de la intervención.
6. Anticipar posibles efectos inesperados.
7. Centrarse en los efectos inesperados, tanto deseables como indeseables, e incluso neutros.
8. Incluir métodos flexibles y exploratorios.
9. Recopilar datos de manera amplia.
10. Seguir la evolución de los efectos inesperados en el tiempo.
11. Tener en cuenta las cuestiones de equidad.
12. Validar la clasificación de los efectos deseados y no deseados con las partes interesadas.

- El enfoque de costo-efectividad utiliza un indicador de resultado expresado en términos de salud o determinante de salud (por ejemplo, el costo de un infarto evitado);
- El enfoque de costo-utilidad utiliza un indicador de resultado genérico y compuesto que integra el efecto de una intervención en términos de cantidad y calidad de vida. El año de vida ajustado por calidad (QALY: *quality-adjusted life year*) es el indicador de referencia en este ámbito. Este enfoque presenta las ventajas de, por un lado, integrar todos los efectos de una intervención y, por otro lado, permitir comparar intervenciones diferentes en distintos temas entre sí;
- El enfoque de costo-beneficio también utiliza un indicador genérico, pero expresado en términos monetarios y no de salud.

## RECUADRO 6

### LA SÍNTESIS “ASSESSING COST EFFECTIVENESS (ACE) PREVENTION”

*ACE Prevention* fue una amplia síntesis, financiada por el Consejo Nacional de Investigación en Salud y Medicina (NHMRC), cuyo informe final se presentó el 8 de septiembre de 2010. El objetivo general de este proyecto era proporcionar un análisis completo del informe costo-efectividad incremental de las opciones de intervención preventiva para combatir las enfermedades no transmisibles en Australia. Los expertos movilizados evaluaron 123 medidas de prevención de enfermedades para identificar aquellas que permitirán evitar la mayor cantidad de enfermedades (costo-efectividad) y muertes prematuras (costo-utilidad) y aquellas que presentan la mejor relación costo-beneficio.

Fuente: VOTOS *et al.* (2010).

## I IMPLEMENTACIÓN

La descripción de la implementación de una intervención es un aspecto importante de la evaluación (RIDDE y TURCOTTE-TREMBLAY, 2019). Esta descripción puede contribuir a explicar los resultados y su heterogeneidad. Esto permite, por ejemplo, diferenciar si los resultados negativos están relacionados con la ineficacia intrínseca de la intervención (fallo de la teoría de intervención), una implementación inadecuada o incompleta (fallo de la implementación) o una falta de fidelidad o adhesión a la intervención. El análisis de la implementación otorga un lugar central al papel de los actores sociales, a las cuestiones de poder y a las dinámicas internas y externas de la intervención. Las teorías de ciencias sociales son frecuentemente convocadas para comprender adecuadamente estos procesos de implementación. Se utilizan numerosos indicadores de implementación (“*implementation outcomes*”), tales como la cobertura (porcentaje de la población objetivo efectivamente alcanzada o participante), la dosis de intervención (cantidad de intervención entregada), la fidelidad, la calidad de la organización (cumplimiento de normas, referentes, buenas prácticas), la satisfacción de las partes interesadas, etc. (PROCTOR *et al.*, 2011; HOFFMANN *et al.*, 2014).

## ANÁLISIS DE MECANISMOS

Para las intervenciones complejas (que es el caso de la mayoría de las intervenciones en salud poblacional), el análisis de los mecanismos es necesario para comprender cómo se obtuvo un resultado: ¿cómo fue producido, bajo qué condiciones, para quién, cómo? (CRAIG *et al.*, 2012b). Esta comprensión es crucial para estudiar la implementación, pero también para acompañar la sostenibilidad, la transferencia o la ampliación de la intervención. Esto está directamente relacionado con la característica de utilidad social de la IISP.

Este análisis consiste en caracterizar las cadenas causales (¿por qué tal actividad produce tal mecanismo, tal resultado y cómo?), analizar los factores relacionados con la implementación de una intervención (¿qué hace que un actor se apropie de ella o no?) y, finalmente, comprender la contribución de los factores contextuales y poblacionales sobre la intervención y los resultados (esto permite, por ejemplo, explicar el efecto diferencial que pueden tener ciertas intervenciones en las desigualdades sociales y territoriales de salud). Este trabajo de análisis contributivo de los mecanismos puede realizarse, en particular, en el marco de una evaluación basada en la teoría (véase el Capítulo 3).

## ANALIZAR LOS FACTORES DE DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓN

Una intervención se evalúa en un momento dado en un contexto dado. Un desafío, y todo el interés social de la IISP, es poder acompañar un proceso de difusión de la intervención en la medida en que ha demostrado ser eficaz, que esta difusión se realice mediante sostenibilidad (en el tiempo), transferencia o generalización (en el espacio).

Así, la IISP puede, e incluso debe, integrar preguntas de investigación que aborden la descripción y el análisis de:

- La transferencia de la intervención de un contexto experimental a la vida real, y de los factores relacionados con la adopción de la intervención por parte de los actores y los responsables de la toma de decisiones;
- La aplicabilidad y transferibilidad de la intervención en otros contextos distintos a aquel en el que fue evaluada (CAMBON *et al.*, 2013; SCHLOEMER y SCHRÖDER-BÄCK, 2018) (Recuadro 7);

## RECUADRO 7 LOS CRITERIOS DE TRANSFERIBILIDAD

La portabilidad difiere de la aplicabilidad, ya que se centra en los resultados, mientras que la aplicabilidad se centra en los criterios de implementación. Los criterios de portabilidad tienen en cuenta los elementos que pertenecen a la intervención (componentes y condiciones de implementación), pero también los elementos del contexto que pueden influir no solo en esta implementación, sino también en los resultados más directamente. Estos elementos son las características de las poblaciones, las partes interesadas y el contexto en el que se pone en marcha la intervención. Por lo tanto, esta noción de transferibilidad integra plenamente la noción de sistema de intervención desarrollado en la medida en que otorga una parte significativa de la contribución al efecto debido al contexto.

En el contexto de un programa de reducción del riesgo de alcohol experimentado en una asociación de Marsella en Francia, un análisis de la portabilidad mostró, por ejemplo, que el programa de acompañamiento establecido era eficaz en los indicadores de recuperación, siempre y cuando se cumplieran determinadas condiciones contextuales, como la disposición de los locales donde se realizaron las entrevistas (en forma de feria, teniendo una recepción con alcohol), los procesos de acompañamiento (en el hogar o en el área local) o la formación y el apoyo de las partes interesadas (trabajo social más que trabajador sanitario, apoyo psicológico regular de los trabajadores). Estas condiciones son importantes a tener en cuenta, ya que influyen fuertemente en la posibilidad de implementar este acompañamiento en otros lugares (aplicabilidad), así como en su éxito, porque actúan directamente en ciertos mecanismos (como la deconstrucción del sentimiento de vergüenza).

- Los procesos y las condiciones para la ampliación de la intervención;
- Los factores de sostenibilidad de la intervención (permanencia, durabilidad).

Cabe señalar que este análisis de los factores de difusión se nutre de todas las etapas anteriores: desarrollar una teoría de intervención, analizar la viabilidad, analizar los procesos y los mecanismos que permiten proporcionar elementos de comprensión y predictores de la capacidad de la intervención para ser difundida, en qué condiciones y, en su caso, con qué adaptaciones. Así, si conceptualmente se considera la difusión de una intervención una vez que ha demostrado su viabilidad y eficacia, la recopilación de los elementos que permiten este análisis se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso de investigación.

## CONCLUSIÓN

Este capítulo muestra que las preguntas de investigación en IISP son múltiples. No son mutuamente exclusivas y pueden articularse de manera concomitante o secuencial. Las preguntas de investigación de la Tabla siguiente se presentan a modo de ejemplo e indicación. De hecho, cada IISP es un caso particular y las preguntas a las que responde dependen del contexto de la investigación, de sus limitaciones de tiempo y de datos, y del punto de vista de las partes interesadas.

Tabla 4 | Preguntas de investigación.

Dimensiones de la evaluación	Ejemplos de subdimensiones	Ejemplos de preguntas de investigación
Diseño de la intervención	Componentes de intervención Elementos contextuales a considerar Efectos y mecanismos de proceso Resultados esperados	¿Cómo pueden tener efecto los elementos de intervención? ¿En qué condiciones puede tener efecto esta intervención?
Diseño de la intervención	Componentes de intervención Elementos contextuales a considerar Efectos y mecanismos de proceso Resultados esperados	¿Cómo pueden tener efecto los elementos de intervención? ¿En qué condiciones puede tener efecto esta intervención?
Evaluación de la viabilidad	Utilidad Asequibilidad Práctica y adaptabilidad Evaluabilidad	Útil (personas y otras partes) ¿Consideran que la intervención es útil para mitigar problemas o mejorar? ¿su bienestar?) Asequible (los responsables de la toma de decisiones consideran ¿que el programa de intervención es financieramente sostenible?) Práctico y adaptado (¿puede integrarse la intervención en los modos de organización de las comunidades profesionales?) Evaluable (¿es posible evaluar la intervención?)
Evaluación de la eficacia y la eficiencia	Impactos de Eficiencia Eficiencia	¿Qué tan efectiva es esta intervención? ¿Cuáles son los impactos imprevistos de esta intervención? ¿Cuál es la rentabilidad de esta intervención? ¿Cuál es la rentabilidad de esta intervención? ¿Qué tan eficiente es esta intervención?

Tabla 4 | (continuación)

Dimensiones de la evaluación	Ejemplos de subdimensiones	Ejemplos de preguntas de investigación
<b>Evaluar la aplicación</b>	Cobertura (porcentaje de la población objetivo realmente alcanzada) Dosis de intervención ("cantidad" de la intervención administrada) Mecanismos de fidelización Calidad de la entrega (cumplimiento de las normas, índices de referencia, mejores prácticas) Satisfacción de las partes interesadas	¿En qué condiciones tiene efecto esta intervención? ¿Qué aporta esta intervención a las partes interesadas? ¿Por qué mecanismos produce efecto esta intervención? ¿Cómo tiene efecto esta intervención?
<b>Evaluar la portabilidad o las condiciones de difusión</b>	Transferencia de intervención un contexto experimental de la vida real, factores relacionados con la adopción intervención de las partes interesadas y los responsables de la toma de decisiones La aplicabilidad y transferibilidad de la intervención en contextos distintos de aquel en el que se evaluó Procesos y condiciones escalado; Factores de sostenibilidad (sostenibilidad, sostenibilidad)	¿En qué medida esta intervención puede lograr los mismos resultados en este otro contexto? ¿Cómo se puede adaptar esta intervención? ¿a nuevos contextos sin perder su efectividad? ¿Cómo puede implementarse esta intervención en otro contexto? ¿Cuáles son las condiciones para la sostenibilidad? ¿de esta intervención y cuál es el grado de sostenibilidad?

# CAPÍTULO 3

## ENFOQUES METODOLÓGICOS EN IISP

### DIFFERENTES ENFOQUES PARA ABORDAR DIFFERENTES PROBLEMÁTICAS DE IISP

Existen muchos enfoques (diseños) para evaluar las intervenciones en salud poblacional.



Figura 5 | Criterios para elegir el enfoque metodológico.

Estos enfoques no deben considerarse como una simple caja de herramientas. La elección del diseño de la investigación es una actividad científica basada en: 1) la postura epistemológica (véase el Capítulo 4); 2) el contexto de la evaluación y la fase del proceso de innovación; 3) la pregunta planteada (véase el Capítulo 2); 4) la naturaleza de la intervención que se evalúa y su grado de complejidad; y 5) los aspectos prácticos de la evaluación (incluida la disponibilidad de datos).

## POSTURA EPISTEMOLÓGICA

Esquemáticamente, en la evaluación de la eficacia pueden distinguirse dos visiones epistemológicas de la causalidad.

La primera es una visión lineal (la misma causa produce el mismo efecto). Esta visión lineal es la fuente del paradigma experimental, que se basa en un enfoque contrafactual (inferir el impacto de la intervención por comparación con una situación en la que la intervención no está presente). Este paradigma asume: 1) una estabilidad en la relación para poder presentarla, y 2) que todo lo demás es igual (conseguido mediante la aleatorización).

En la segunda visión, más sistémica, se considera que una misma causa puede producir efectos diferentes según las condiciones en las que se movilece. Este es el principio en el que se basa el enfoque de evaluación realista establecido por PAWSON y TILLEY (1997): los enfoques realistas consideran que las acciones humanas y las interacciones sociales están en el centro mismo del cambio. Cualquier cambio en los comportamientos, los acontecimientos y las condiciones sociales se produce a través del funcionamiento de sistemas completos de relaciones sociales. Por lo tanto, un requisito clave de una evaluación realista es tener en cuenta las diferentes capas de la realidad social que conforman y rodean los programas. En este marco hemos propuesto la noción de sistema de intervención que incluye, más allá de los componentes de la intervención, parámetros contextuales preexistentes que pueden estar bajo el control de los diseñadores y las personas que organizan la intervención o fuera de él. Por lo tanto, cualquier evaluación debe asumir: 1) que se evalúan las contribuciones de todos los componentes de este sistema de intervención, así como el efecto de su combinación, 2) que las conclusiones del estudio se basan en el contexto, incluso si 3) algunas de las conclusiones (es decir, las funciones clave) pueden ser transferibles a otros contextos (CAMBON y ALLA, 2021).

Esta distinción no es insignificante; estas posturas epistemológicas han anclado las culturas científicas durante décadas. ¿Se trata de algo irreconciliable? Es un tema a debatir, como lo demuestran las fuertes reacciones a la propuesta de Bonell de realizar ensayos aleatorios controlados, realistas, que combinen las dos posturas en un diseño de investigación integrado (MARCHAL *et al.*, 2013). Sin embargo, conseguir integrarlas en un enfoque global es un reto importante para el enfoque multidisciplinar en IISP.

## EL CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN Y LA FASE DEL PROCESO DE INNOVACIÓN

La evaluación puede tener lugar en dos contextos. Por un lado, en un contexto de innovación, con una intervención creada *de novo*, posiblemente por los equipos de investigación. Por otro lado, en un contexto de observación, en el que el investigador va a evaluar una intervención preexistente desarrollada por las partes interesadas, a menudo durante un largo periodo de tiempo.

En un contexto de innovación, el desarrollo y la evaluación de una intervención implican varias fases, que a veces se prolongan durante varios años. Esquemáticamente, podría considerarse que el proceso de innovación consta de cuatro fases principales (véase el capítulo anterior):

- el desarrollo de una intervención y su teoría;
- el estudio piloto de esta intervención y el análisis de su viabilidad;
- la aplicación a mayor escala, evaluación de la eficacia y de las condiciones de la eficacia (análisis de procesos y mecanismos);
- la generalización/escala (y análisis de los factores de capacidad de transferencia, obstáculos y palancas para el desarrollo y sostenibilidad).

Cabe señalar que este proceso por fases es teórico e incluso simplista. En la práctica, las preguntas de investigación pueden articularse en distintas fases. Por ejemplo, la teoría de la intervención puede desarrollarse, refinarse y validarse durante el proceso. Los diseños de investigación que se adaptan mejor a cada fase son diferentes. El ensayo clínico, en particular, puede utilizarse para analizar la eficacia. En general, no es apropiado durante las demás fases.

En un contexto observacional, en el que el equipo de investigación evalúa una intervención preexistente, el método experimental no suele ser posible por su propia naturaleza, razones prácticas o por motivos éticos (puede considerarse poco ético retirar de un grupo una intervención que ya se ha difundido y que es objeto de un consenso profesional con el objetivo de evaluarla).

## LA PREGUNTA PLANTEADA

La pregunta de investigación es la principal motivación para elegir el plan de investigación. Por ejemplo, si el investigador está interesado en la eficacia, puede resultar adecuado un método contrafactual. También es posible una evaluación realista. Si el investigador está interesado en los mecanismos (incluidas las condiciones para la eficacia), sería más apropiada una evaluación basada en la teoría. Por último, si está más interesado en la aplicación, sería apropiado un estudio de un caso sobre una situación rutinaria. Estas distinciones son muy esquemáticas y los diseños pueden combinarse (OAKLEY *et al.*, 2006).

La Figura 6 muestra los principales diseños de investigación utilizados para evaluar las intervenciones en salud poblacional según dos ejes: i) la búsqueda de validez interna frente a la externa; ii) la investigación centrada en los resultados o en los procesos y mecanismos.

En cuanto al concepto de validez, es importante señalar que su interpretación suele ser radicalmente distinta en función de las posiciones epistemológicas de los equipos de investigación. La Figura 6 utiliza los conceptos campbellianos generalmente empleados en la investigación clínica y epidemiológica para simplificar la presentación de los esquemas de investigación. En realidad, estos conceptos son objeto de mucho debate, ya que los criterios científicos son múltiples y no se limitan a la validez interna y externa. Mientras que los enfoques cuantitativos se basan rigurosamente en las cuatro dimensiones de validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad, los defensores de los enfoques cualitativos han propuesto avanzar hacia la declaración de principios de calidad con respecto a las cuatro dimensiones de credibilidad, transferibilidad, imputabilidad procesal y confirmación (REGRAGUI *et al.*, 2018). Para aquellos que utilizan métodos cualitativos, el trabajo de LAPERRIÈRE (1997) sobre estos criterios de científicidad será de innegable ayuda.

En la Figura 6, se muestran los conceptos de validez interna y externa formalizados por Donald Campbell (CAMPBELL y STANLEY, 1966). La validez interna refleja la relación causal en una situación experimental, mientras que la validez externa se refiere a la generalizabilidad de los resultados obtenidos en un contexto experimental a otros contextos y otras poblaciones. Ambos conceptos deben considerarse como los extremos de un continuo que evoluciona en direcciones opuestas. En otras palabras, en un estudio, cuanto más fuerte es la validez interna, más débil es la validez externa, y viceversa. Por ejemplo, algunos consideran que la condición experimental del ensayo clínico aleatorio es el diseño con mayor validez interna (por su capacidad de demostrar una relación causal en igualdad de condiciones), pero con una validez externa débil, porque las condiciones y poblaciones incluidas en el ensayo controlado no son representativas de la vida real. Por el contrario, se considera que los estudios observacionales tienen una validez interna baja (un fenómeno observado puede estar vinculado a elementos distintos de la intervención, elementos que no controla el investigador) y una validez externa alta, ya que por su propia naturaleza los estudios observacionales observan la realidad.

Un estudio puede centrarse en los resultados o en los procesos y mecanismos de la intervención. En el primer caso, el objetivo es demostrar que la intervención produce un resultado, sin preguntarse cómo (por ejemplo, muchos programas evaluados como eficaces en el extranjero se duplican en Francia sin considerar previamente si son transferibles a un contexto diferente). En el segundo caso, vamos más allá de los resultados para entender cómo se han obtenido, quién los ha obtenido y en qué condiciones. Estos análisis de los procesos y mecanismos son especialmente importantes en el caso de las intervenciones complejas, como la mayoría de las intervenciones de salud de la población. Esto es válido tanto desde el punto de vista de la investigación (para explicar por qué produjo un resultado positivo o, a la inversa, para distinguir, en el caso de un resultado negativo o inesperado, si este está vinculado a la ineficacia de la intervención *per se* o a las condiciones y los métodos de su aplicación) como desde el punto de vista operativo (si queremos transponer, sostener o generalizar una intervención, es necesario contar con estos elementos de comprensión) (CRAIG *et al.*, 2012b). Un ensayo comparativo puede ser una posible herramienta para responder a una pregunta sobre la eficacia. Un enfoque de evaluación realista será más pertinente si nos interesan los mecanismos implicados.

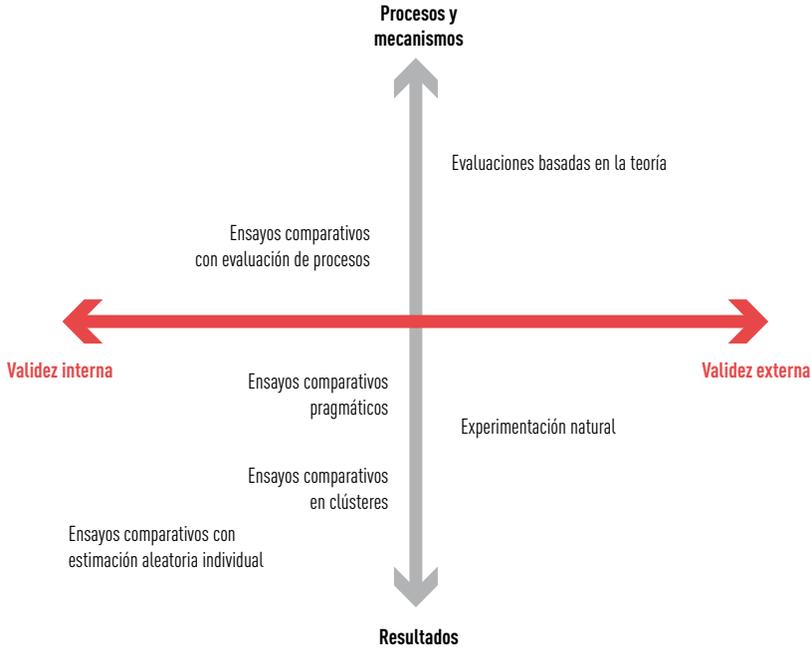


Figura 6 | Planes de investigación más utilizados en IISP y preguntas de investigación relacionadas.

Fuente: adaptación de MINARY *et al.* (2019).

## LA NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA Y SU GRADO DE COMPLEJIDAD

La naturaleza de la intervención influirá en la elección del diseño de la investigación. En concreto, algunas intervenciones no pueden integrarse en procesos experimentales. Por ejemplo, en general no es posible asignar aleatoriamente un espacio verde. Para un objeto de este tipo, una evaluación sólo puede ser observacional.

Otros casos importantes a tener en cuenta son las acciones en las que la unidad de intervención no puede individualizarse, sino que es colectiva, como un cambio en el entorno, una campaña de comunicación sanitaria, una acción para modificar las prácticas de los profesionales, etc. En este caso, una selección aleatoria individual sólo puede llevarse a cabo en función de los resultados obtenidos. En este caso, la selección aleatoria individual no tiene sentido (no se puede seleccionar dentro de una ciudad quién puede o no utilizar un carril bici, o quién puede o no ver

un cartel). En este caso, preferimos los enfoques en los que la intervención que se compara no está formada por individuos, sino por grupos de individuos (una ciudad, una escuela, una población de pacientes), lo que se conoce como *conglomerado*. El mismo problema se plantea en el caso de las intervenciones individuales con posibles efectos colectivos (por ejemplo, contaminación), como la vacunación (la inmunidad de una persona vacunada puede proteger indirectamente a las personas de su entorno) o la educación sanitaria (un cambio de comportamiento puede propagarse dentro de un grupo social). Para estas intervenciones, también se considera utilizar un enfoque por grupos.

La complejidad de la intervención evaluada también es un factor determinante en la elección del método. No es una situación binaria entre una intervención simple o compleja (Recuadro 8). La complejidad depende de las dimensiones que se le den. En el caso de las intervenciones, interactúan múltiples componentes (CRAIG *et al.*, 2012b); en el caso del contexto, existe una interacción dinámica entre los componentes de la intervención y los factores contextuales (CAMBON *et al.*, 2019). Por lo que una intervención considerada simple según algunas definiciones puede ser considerada compleja según otras.

## ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA EVALUACIÓN

Los planes de investigación propuestos tienen diferentes limitaciones en cuanto al marco jurídico, los costes, la viabilidad, el acceso a los datos, el tiempo de ejecución, la aceptabilidad social, etc.

### RECUADRO 8 INTERVENCIÓN SIMPLE O COMPLEJA

El acto de la vacunación es una intervención simple, mientras que una campaña de vacunación es una intervención compleja si se tienen en cuenta los aspectos organizativos y sociales asociados a la aceptación de la vacuna en la población.

Una intervención compleja puede beneficiarse de una evaluación simple, dependiendo de la pregunta formulada. Por ejemplo, una política urbana para promover la movilidad blanda es extremadamente compleja, pero puede evaluarse simplemente mediante una medida comparativa del comportamiento (actividad física) (SZRETER, 2003; MOORE *et al.*, 2017).

Estos elementos también forman parte de los criterios para elegir un plan de investigación. Por lo tanto, la elección se ve, a veces, limitada por contingencias externas, más allá de las necesarias discusiones con las partes interesadas.

Los planes de investigación son también, por su propia naturaleza, facilitadores de un proceso de investigación en colaboración (véase el Capítulo 5) o de la transferencia de conocimientos de los resultados de la investigación a la práctica y la toma de decisiones (véase el Capítulo 6). Estos factores también forman parte de los criterios de selección. Por ejemplo, los planes de investigación que se centran en procesos y mecanismos, o que utilizan herramientas de creación de consenso (Delphi, mapas conceptuales) facilitan la participación de las partes interesadas desde el inicio de la investigación (véase el Capítulo 4).

## **| PRINCIPALES PLANES DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS**

Los planes de investigación se presentan de acuerdo con la pregunta principal a la que responden:

- enfoques contrafactuales, experimentales, cuasi-experimentales y observacionales, centrados generalmente en los resultados;
- enfoques más completos, integrando análisis de procesos, mecanismos y evaluaciones basadas en la teoría.

Los planes de investigación no se excluyen mutuamente. Pueden combinarse (evaluaciones de procesos integradas en ensayos comparativos) o utilizarse simultáneamente o sucesivamente en el proceso de innovación. Por ejemplo, una evaluación realista utilizada como parte de un estudio piloto seguida de un ensayo comparativo para evaluar los resultados. O, por el contrario, un ensayo comparativo seguido de un estudio de caso para analizar las condiciones de efectividad, o una evaluación basada en la teoría seguida por un experimento natural realizado como parte del proceso de escala del proyecto.

Estos planes de investigación pueden incluir métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos de recogida y análisis de datos (véase el Capítulo 4).

Por último, algunos de estos planes de investigación pueden implicar el uso de estudios de casos. Un estudio de caso es un análisis en profundidad de una intervención concreta. Se utilizan mucho en las ciencias humanas y sociales para casos individuales (por ejemplo, en psicología) o colectivos (por ejemplo, en sociología). En la IISP, se utilizan más a menudo casos poblacionales en los que se organizan intervenciones, correspondientes a la unidad de intervención (una zona de influencia, una escuela, un establecimiento, etc.). El método de estudio de casos permite analizar una intervención en su contexto para responder a las distintas preguntas de la investigación (véase el Capítulo 2). Un estudio de caso es un enfoque científico que puede incluir métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos (véase el Capítulo 4). En IISP, el estudio puede basarse en un solo caso (como en un estudio piloto y de viabilidad, por ejemplo) o en una serie de casos concurrentes o sucesivos (como en una evaluación realista, por ejemplo) utilizando el enfoque de estudio de caso múltiple (YIN y RIDDE, 2012).

Algunos diseños de investigación también pueden incluir la modelización, total o parcial (véase el Capítulo 4).

## EL ENFOQUE DE ENSAYO EXPERIMENTAL CON ASIGNACIÓN ALEATORIA INDIVIDUAL

En la evaluación de las intervenciones sanitarias poblacionales, el ensayo controlado aleatorio a menudo se considera presentando como el mejor método (*gold standard*). Esta representación puede explicarse por la transposición de los principios de la medicina basada en la evidencia a la salud pública a finales de la década de 1990 (JENICEK, 1997). También puede estar vinculada a la corriente de experimentación social, que prevalece desde los años sesenta en Norteamérica (CAMPBELL y STANLEY, 1966) y que recientemente ha vuelto gracias a los trabajos de algunos economistas del desarrollo (JATTEAU, 2021; EVANS, 2021).

Un ensayo comparativo es un diseño de investigación experimental basado en el principio de comparar los resultados (sanitarios) entre un grupo que participa en una intervención y un grupo de control (sin la intervención o sometido a otra intervención). La asignación a uno de los dos grupos se realiza de forma aleatoria mediante sorteo individual (es decir, una persona cada vez). Algunos consideran que este método es el mejor método para evaluar la eficacia de las intervenciones, porque la

asignación aleatoria equilibra las características (demográficas, sociales, etc.) de los dos grupos. Así, si se observa una diferencia en el resultado, sólo puede atribuirse a la intervención. Este tipo de estudio sería el más pertinente para demostrar la causalidad. Sin embargo, existen condiciones para ello (BÉDÉCARRATS *et al.*, 2022). En particular, debe mantenerse la comparabilidad inicial conferida por la asignación aleatoria, y el comportamiento de los participantes en el estudio y las condiciones en las que son controlados por los investigadores deben ser similares, de ahí la práctica del doble cegamiento (ni el participante ni el investigador deben saber en qué grupo se encuentra el participante). Para respetar este doble cegamiento se utilizan fármacos placebo en los ensayos farmacológicos.

El ensayo comparativo es uno de los diversos diseños de investigación que pueden utilizarse para evaluar la eficacia de las intervenciones en salud poblacional. Sin embargo, esto no significa que deba considerarse el método de referencia, al igual que los ensayos terapéuticos con medicamentos. De hecho, cuando se aplica al campo de las intervenciones en salud poblacional, este enfoque puede criticarse desde tres ángulos: el objeto, el epistemológico y el metodológico.

– **El objeto.** Un ensayo comparativo responde a la pregunta de la eficacia. Sin embargo, la pregunta evaluativa en IISP puede ser bastante diferente (véase el Capítulo 2). Un ensayo no es el mejor método para responder a preguntas sobre el proceso, la viabilidad, la aceptabilidad, etc. Además, no todas las intervenciones se prestan a una asignación aleatoria; por ejemplo, es difícil (si no imposible) asignar aleatoriamente la legislación.

– **La naturaleza epistemológica.** Un estudio comparativo responde a la pregunta sobre la eficacia de una intervención “en igualdad de condiciones”. Por tanto, esta perspectiva implica “descontextualizar” el punto de vista situándose en una situación experimental que pretende observar un efecto “puro” de la intervención, es decir, sin la influencia de factores externos. Sin embargo, si consideramos el resultado de una intervención como el producto de la interacción de elementos de intervención y elementos contextuales (véanse los capítulos anteriores) (CAMBON *et al.*, 2019), ¿qué significa una relación causal obtenida en condiciones nunca observadas en una situación real? (ZWARENSTEIN y TREWEEK, 2009). Por el contrario, un resultado negativo obtenido en un ensayo comparativo puede no deberse a la ineficacia *per se* de la intervención, sino a

las condiciones experimentales en las que se aplicó la intervención. En otras palabras, la conclusión de un ensayo comparativo puede no ser válida en este campo, o puede ser válida pero poco relevante.

– **La naturaleza metodológica.** Cuando se aplican al campo de las intervenciones de salud de la población, los ensayos comparativos pueden verse perjudiciados por importantes sesgos que reducen la validez de sus resultados.

## Sesgo de los ensayos controlados aleatorios aplicado a la IISP

Los sesgos descritos en esta sección no son específicos de la IISP. Sin embargo, pueden ser tan fuertes en este campo que cuestionan la elección misma de un plan de investigación experimental.

Estos sesgos están fundamentalmente relacionados con la naturaleza de los efectos esperados, que generalmente se refieren al comportamiento: el comportamiento de aquellos que administran la intervención o de aquellos que la reciben; el comportamiento como efecto directo de la intervención (por ejemplo, en educación para la salud) o como efecto indirecto (para acciones destinadas a proporcionar condiciones ambientales para un cambio de comportamiento, como la instalación de carriles bici). Un supuesto importante del ensayo comparativo en el campo clínico es que los efectos biológicos observados en los participantes son un reflejo de estos efectos en la población en general. Este supuesto tiene sentido en el ámbito clínico. Por ejemplo, la hipótesis de que la inmunidad proporcionada por una vacunación en el contexto de un ensayo comparativo no es diferente de la inmunidad proporcionada por la misma vacunación en la población en general es plausible. Por el contrario, cuando se trata de comportamientos humanos durante la IISP, este supuesto no es sostenible. De hecho, el simple hecho de participar en un ensayo comparativo, así como las condiciones en las que se lleva a cabo, pueden ser en sí mismos determinantes del comportamiento o estar asociados con determinantes del comportamiento (por ejemplo, un ensayo comparativo puede reclutar a personas más atentas a su salud). Por lo tanto, lo que se observa en el ensayo comparativo puede estar muy alejado de lo que se observaría en condiciones reales. Para hacer una analogía, los ensayos comparativos son en IISP lo que los estudios animales son en investigación clínica. Pueden contribuir a generar hipótesis, pero generalmente no son suficientes para obtener conclusiones operativas. De manera esquemática, se pueden distinguir tres tipos principales de

sesgos en los ensayos comparativos en IISP (TARQUINIO *et al.*, 2015): el sesgo de reclutamiento, los sesgos relacionados con las condiciones experimentales, los sesgos relacionados con la falta de cegamiento.

### *Sesgos de reclutamiento*

Esta familia de sesgos está relacionada con el hecho de que los sujetos que participan en la intervención son diferentes de los sujetos que no participan en ella. Esto es particularmente importante cuando el efecto causal de una intervención puede variar según los individuos. Por ejemplo, en las intervenciones de cambio de comportamiento, la misma dosis de intervención tendrá menos efecto si la necesidad de las personas es menor (VICTORA *et al.*, 2004). Entre estos sesgos, cabe destacar el sesgo de voluntariado. Está relacionado con el hecho de que los factores que inducen la participación del sujeto en un ensayo comparativo también tienen factores que contribuyen al resultado (como la atención prestada a su salud, la alfabetización en salud, los factores socioculturales y económicos).

### *Sesgos relacionados con las condiciones experimentales*

Las condiciones experimentales (profesional especialmente formado, intervención enmarcada por procedimientos operativos estándar, etc.) son específicas. Pueden ser determinantes del comportamiento que difieren de los de la vida real. En particular, el seguimiento de los participantes en un ensayo (observaciones, cuestionarios, etc.) puede llevar a comportamientos particulares de estos participantes. Aquí encontramos el efecto Hawthorne, bien descrito en psicología, donde se observó que los participantes cambiaron de comportamiento porque sabían que estaban siendo observados. De hecho, el simple hecho de responder a un cuestionario sobre sus comportamientos puede ser un factor que influya en el comportamiento (de hecho, es una herramienta de intervención identificada como una técnica de cambio de comportamiento [MICHIE *et al.*, 2013]). Esto contribuye a explicar que, incluso en los grupos de control sin intervención durante los ensayos comparativos, los comportamientos son diferentes de los de la población en general. Además, la estandarización de las intervenciones, inherente al enfoque experimental, es por naturaleza opuesta a la necesaria adaptación de las intervenciones complejas a su contexto de implementación (CRAIG *et al.*, 2013). Sin embargo, sabemos que esta adaptación al contexto es un factor importante de eficacia. Así, el resultado negativo de un ensayo comparativo puede no estar relacionado con la falta de eficacia del componente

de intervención *per se*, sino con el hecho de que se haya implementado de manera estandarizada en un contexto restringido, lo que puede limitar el compromiso de los actores.

### *Sesgos relacionados con la falta de cegamiento*

El conocimiento de la intervención en la que se participa y la percepción de esta pueden influir en las respuestas y comportamientos de los participantes y en el juicio del investigador. Esto justifica el doble cegamiento (o doble ciego). En particular, existe en IISP el riesgo de desmoralización resentida (sesgo de desmoralización). Puede ocurrir en los participantes del grupo de control cuando el hecho de que crean que no están participando en una intervención deseable afecta negativamente su actitud y comportamiento, y por lo tanto los resultados del ensayo comparativo.

Del mismo modo, al comparar varias intervenciones, una de ellas puede ser preferida por un participante u otro. Sin embargo, el resultado de la evaluación puede depender de la interacción entre las preferencias y la intervención asignada (es decir, que mejores resultados se obtienen con personas que tienen preferencia por la intervención a la que están asignadas). Este fenómeno se observa en todos los ensayos comparativos para los cuales el cegamiento no es posible, como en IISP, pero también para algunas intervenciones clínicas sin medicamentos. Por ejemplo, en una comparación entre una intervención breve y fisioterapia en cervicalgias, los resultados fueron opuestos según las preferencias de las personas: en aquellos que tenían preferencia por la fisioterapia, esta fue más efectiva que la intervención breve, y viceversa (MOORE *et al.*, 2015). Es particularmente importante tener en cuenta este sesgo, ya que las modalidades de reclutamiento para el ensayo comparativo pueden seleccionar personas con preferencias y esto influirá fuertemente en los resultados en una dirección u otra (por ejemplo, un ensayo comparativo que quiera comparar una aplicación de salud con un seguimiento tradicional no tendrá los mismos resultados, e incluso resultados opuestos, si los participantes son reclutados en línea con un incentivo para probar una nueva aplicación, o por su médico tratante). También es importante tener en cuenta en una lógica de transferencia de resultados a la vida real: ¿cuál es el interés de evaluar una intervención que no tiene en cuenta las preferencias, cuando generalmente, en la vida real, las personas eligen la intervención que prefieren? Además, sabemos que las preferencias de una comunidad también pueden influir en los resultados de las personas que participan en una intervención (OUÉDRAOGO *et al.*, 2019).

Estos sesgos específicos de la IISP contribuyen a explicar la brecha frecuentemente observada entre la eficacia de las intervenciones en salud poblacional medida durante los ensayos comparativos y la observada en situaciones reales. Esto resalta los límites del enfoque experimental derivado de la investigación clínica en IISP.

## OTROS ENFOQUES EXPERIMENTALES CONTRAFACTUALES

En esta sección se presentan enfoques experimentales (intervenciones *de novo* asignadas aleatoriamente), pero adaptadas en comparación con el modelo clásico del ensayo comparativo con asignación aleatoria individual para tener en cuenta las limitaciones relacionadas con las intervenciones en salud poblacional. Estas adaptaciones tienen como objetivo abordar dos desafíos: 1) permitir el uso de un plan de investigación experimental (es decir, con selección aleatoria) para intervenciones que no se prestan a la aleatorización individual, estos son los ensayos comparativos con asignación aleatoria en grupos, y 2) situarse en una situación más cercana a la vida real (es decir, tratar de maximizar la relación entre validez interna/externa), estos son los ensayos comparativos pragmáticos y los ensayos comparativos que tienen en cuenta las preferencias.

Estos tres tipos de ensayos comparativos no son mutuamente excluyentes y se desglosan en subtipos (por ejemplo, los ensayos aleatorizados por grupo de manera escalonada *stepped wedge cluster randomized control trials*).

### Ensayos comparativos pragmáticos

SCHWARTZ y LELLOUCH (1967) propusieron distinguir entre los ensayos comparativos “explicativos”, realizados en condiciones ideales, con el objetivo de confirmar una hipótesis, y los ensayos comparativos “pragmáticos”, realizados en condiciones reales, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones. En otras palabras, una intervención se evalúa en comparación con otras intervenciones en situaciones de rutina. Recordemos que en inglés hay dos palabras para “eficacia”, para distinguir entre la eficacia obtenida en condiciones reales (*effectiveness*, en el contexto de ensayos pragmáticos) y la eficacia obtenida en condiciones experimentales (*efficacy*, en el contexto de ensayos clásicos) (COCHRANE, 1972).

Por supuesto, no hay una separación binaria entre los dos tipos de ensayos comparativos, sino un continuo y varias dimensiones a tener en cuenta. Más que el ensayo comparativo en sí, es el enfoque el que se califica de más o menos pragmático según la forma en que se lleva a cabo. Para tomar un ejemplo del continuo, veamos la naturaleza de las partes interesadas involucradas en la investigación, desde la menos pragmática hasta la más pragmática: i) personas del equipo de investigación; ii) personas habituales seleccionadas según criterios estrictos (en términos de competencias profesionales, etc.); iii) personas habituales no seleccionadas específicamente formadas con una guía de buenas prácticas a seguir en el marco de la investigación; iv) personas habituales en el marco de sus prácticas habituales. Este enfoque pragmático es una excepción en el campo de la investigación clínica (menos de un ensayo de cada 100 000) (ZWARENSTEIN y TREWEEK, 2009), pero es bastante natural para las intervenciones en salud poblacional, que generalmente no se llevan a cabo en lugares de investigación, sino en los entornos de vida e implican (o deberían implicar) a las partes interesadas de estos entornos.

Para llevar a cabo de la mejor manera posible un enfoque pragmático, es importante involucrar a las partes interesadas en la elaboración del protocolo y en la realización del ensayo comparativo. Esto permite obtener resultados inherentemente más “rutinizables” y capaces de ser escalados.

Estos ensayos comparativos son cada vez más raros ya que son más difíciles de llevar a cabo. En particular, es más difícil objetivar un resultado en condiciones pragmáticas, porque la variabilidad inducida por la situación (mayor heterogeneidad de las personas, mayor variabilidad en las prácticas de los profesionales, diversidad de contextos, etc.) genera un “ruido” que hace más difícil observar el resultado específico de la intervención. Por lo tanto, se necesitan incluir más sujetos que en los ensayos clásicos, lo que hace que los ensayos sean más costosos.

### Ensayos comparativos con asignación aleatoria en grupos

En estos ensayos, la unidad de asignación de la intervención en la investigación no es una persona como en el ensayo comparativo individual clásico, sino un grupo (*cluster*). Por ejemplo, la unidad de asignación puede ser una ciudad, una escuela, un hospital, una población de pacientes, etc.

Para evaluar el efecto de la reorganización de los horarios escolares en la actividad física de los estudiantes, la asignación debe realizarse por clase, escuela o ciudad, ya que la reorganización afecta *de facto* a todos los estudiantes que comparten el mismo entorno escolar.

Estos ensayos comparativos tienen limitaciones metodológicas conocidas (sesgo de selección, dilución del efecto, efecto de grupo, desequilibrio de características entre los grupos, falta de cegamiento, etc.) (MINARY *et al.*, 2019). Además, plantean problemas éticos y regulatorios. En particular, plantean la cuestión del consentimiento. Uno de los principios cardinales de la investigación en salud es el consentimiento individual de las personas que participan en ella. Pero ¿cómo consentir cuando la intervención es colectiva y se está sujeto a ella en su lugar de vida, trabajo o atención médica? Se han desarrollado otras opciones y se están reflexionando a nivel internacional (WEIJER *et al.*, 2012).

Existen varias variantes metodológicas. Una cada vez más utilizada en IISP es la de los ensayos comparativos con asignación aleatoria graduada en grupos de manera escalonada (*stepped wedge*) (HEMMING *et al.*, 2015). En estos ensayos, todos los grupos se benefician de la intervención a evaluar. Lo que se asigna aleatoriamente no es la intervención sí/no, sino el orden en que los diferentes grupos recibirán la intervención, lo que permite comparar los períodos con intervención y sin intervención. Hay dos grandes ventajas en este tipo de ensayos: i) al beneficiarse todos los grupos de la intervención, es más fácil obtener la adhesión de las comunidades (por ejemplo, es difícil en un ensayo comparativo clásico explicar a una comunidad educativa que no se beneficiarán de la intervención innovadora, porque fueron asignados al grupo de control); ii) en términos operativos, esto permite implementar la intervención de manera progresiva a medida que avanza el tiempo y, por lo tanto, suavizar las necesidades de personal en el tiempo. La desventaja principal de este tipo de ensayos comparativos es que este plan de investigación prolonga la duración total del estudio debido a esta implementación progresiva.

### Ensayos comparativos con consideración de las preferencias

Para mitigar los sesgos relacionados con las preferencias de las personas por una u otra de las intervenciones comparadas, se han propuesto varios planes de investigación (TORGERSON *et al.*, 1996).

Los principales son (Figura 7):

- **El plan de investigación centrado en la preferencia de las personas**, que consiste en preguntar a las personas sobre sus preferencias y formar dos pares de grupos y, por lo tanto, dos comparaciones: i) una comparación entre los “indiferentes” que reciben o no la intervención

mediante asignación aleatoria; ii) una comparación entre aquellos que han expresado una preferencia y están asignados al grupo de preferencia sin asignación aleatoria.;

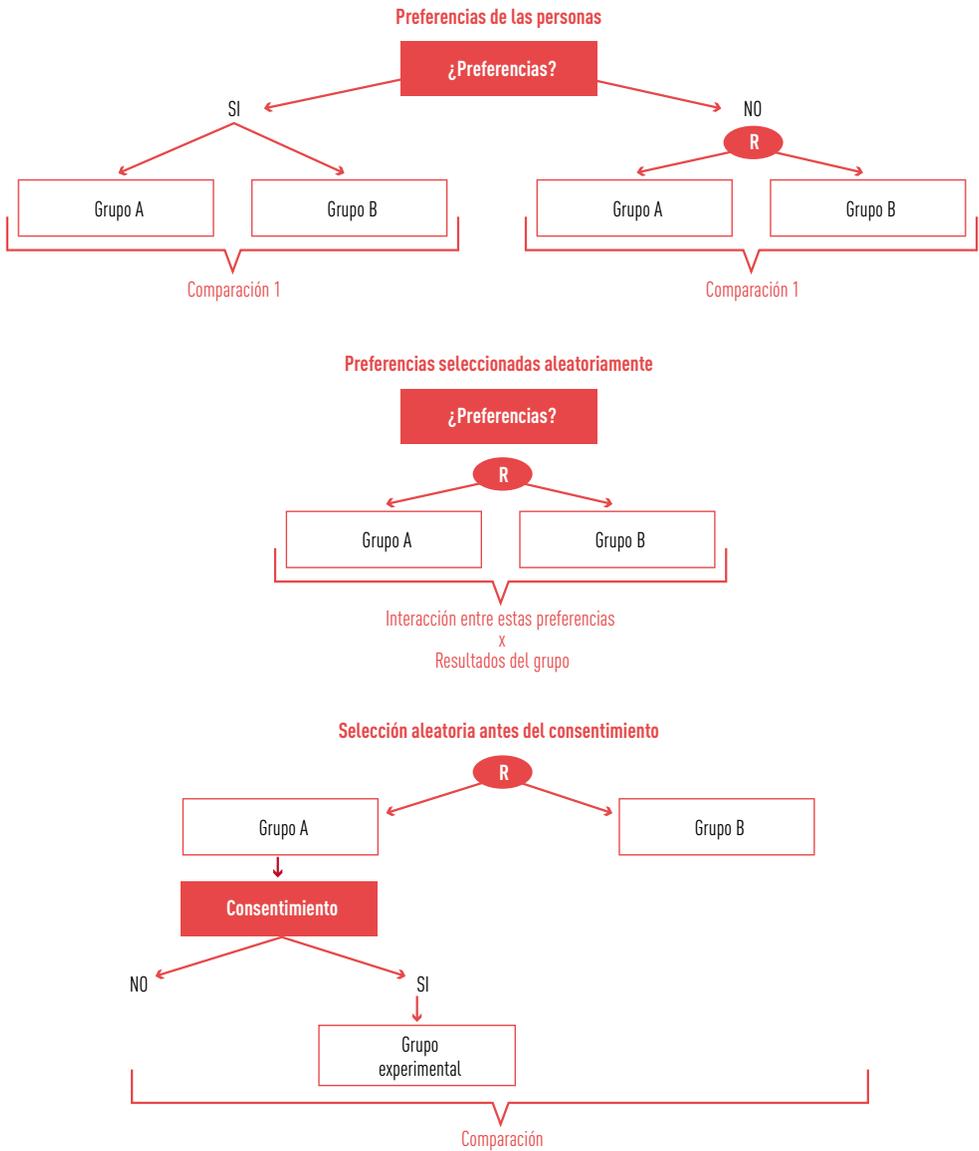


Figura 7 | Los principales planes de investigación teniendo en cuenta las preferencias. Grupos A y B = los dos brazos con intervenciones alternativas; R= Aleatorización.

Fuente: D. J. TORGERSON y C. J. TORGERSON (2008).

- **el plan de investigación se centró en preferencias seleccionadas aleatoriamente** en el cual las preferencias de los pacientes se registran después de que los participantes han dado su consentimiento de la manera habitual y antes de la asignación aleatoria. La interacción entre estas preferencias y los resultados se analiza luego estadísticamente;
- **el plan de investigación con selección aleatoria antes del consentimiento** (o esquema Zelen) consiste en asignar aleatoriamente a los pacientes antes del consentimiento. El consentimiento se solicita solo a aquellos que son asignados al grupo experimental (y no al grupo de control), y solo aquellos que aceptan este tratamiento se incluyen en el grupo experimental, los demás serán asignados al grupo de control.

Estos diferentes tipos de ensayos comparativos tienen la ventaja de describir las preferencias, analizar su impacto y utilizar esta información para la interpretación del resultado. Esta consideración de las preferencias es particularmente interesante desde una perspectiva pragmática, ya que refleja la realidad (en la realidad, nuestros actos no son el resultado de un sorteo, sino de una elección o preferencia, aunque estén más o menos influenciados).

## ENFOQUES CONTRAFACTUALES CUASI Y NO EXPERIMENTALES CENTRADOS EN LOS RESULTADOS

En primer lugar, es importante destacar que la terminología no es unívoca y depende de las tradiciones científicas. Los estudios cuasi experimentales generalmente definen ensayos comparativos (estudios experimentales en los cuales el investigador tiene el control total o parcial de la intervención) en los cuales la asignación de la intervención no es aleatoria. Los estudios observacionales son aquellos en los cuales el investigador observa una intervención existente en la cual no interviene (por ejemplo, la implementación de una nueva regulación). El término “experimentación natural” a veces se utiliza para referirse a estudios observacionales, a veces a estudios cuasi experimentales, a veces a ambos. Además, algunos utilizan el término “estudios cuasi experimentales” para referirse a estudios observacionales (DE VOCHT *et al.*, 2021). En este contexto, optamos por llamar “estudios cuasi experimentales” a los ensayos comparativos en los cuales el investigador tiene una influencia (aunque sea parcial) en la exposición, y “estudios observacionales” a los ensayos en los cuales no la tiene.

## Estudios cuasi experimentales

Los estudios cuasi experimentales reciben este nombre porque tienen un formato híbrido entre ensayos comparativos y estudios observacionales (CAMPBELL y STANLEY, 1966). Se consideran experimentales porque se implementa una intervención desde cero para su evaluación, y “cuasi” porque no hay asignación aleatoria. Los dos diseños de investigación típicos en este contexto son:

- estudios “antes/después”, donde se compara dentro de una población una situación antes y después de la implementación de la intervención.
- estudios “aquí/allí”, donde se compara una situación entre el grupo que recibe la intervención y otro grupo sin intervención (“allí”).

Existen otros tipos de estudios cuasi experimentales derivados de estos dos diseños de investigación. Por ejemplo, combinando ambos (una medición antes/después y una medición aquí/allí en el grupo de intervención y el grupo de control) o en un diseño de investigación con retirada de la intervención y tres mediciones (antes de la implementación, después de la implementación, después de la retirada), etc. Las series temporales son otro derivado. Consisten en una serie de mediciones antes y después de la implementación de la intervención. El análisis consistirá en comparar las dinámicas de evolución en el tiempo antes y después de la implementación de la intervención; cabe destacar que las series temporales también son un método utilizado en estudios observacionales (véase más abajo).

Estos estudios cuasi experimentales son interesantes, a menudo por razones prácticas o de aceptabilidad. Por ejemplo, si un municipio está dispuesto a financiar una intervención nueva, esta intervención debe implementarse en su territorio (no podría financiar la intervención en otro lugar), lo que impide cualquier asignación aleatoria.

Sin embargo, tienen la desventaja, según algunos, de tener una validez interna más débil que los ensayos comparativos, porque otros factores además de la implementación de la intervención pueden explicar un resultado (por ejemplo, la evolución simultánea de otros factores contextuales en los diseños de investigación antes/después, una intervención intercurrente, un cambio legislativo, etc.). Sin embargo, hay múltiples formas de reforzar su validez interna mediante métodos estadísticos o contextuales.

## RECUADRO 9 SERIES TEMPORALES PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UNA POLÍTICA

La recopilación de datos empíricos originales a veces es muy costosa y a veces imposible de realizar cuando una intervención ha comenzado antes de que se implemente un dispositivo de investigación de rutina, cuya calidad se ha evaluado previamente, para evaluar una intervención mediante series temporales interrumpidas (por la intervención y controladas con un grupo de control y variables contextuales). La figura 8 muestra los efectos de dos intervenciones (línea punteada 1: subvención al 80 % del precio de los partos en ambos grupos; línea punteada 2: subvención al 100 % del precio solo en el grupo de distritos azules) en la proporción de partos realizados en un centro de salud de cuatro distritos de una misma región. Los modelos estadísticos permiten medir la magnitud y la duración de estos efectos.

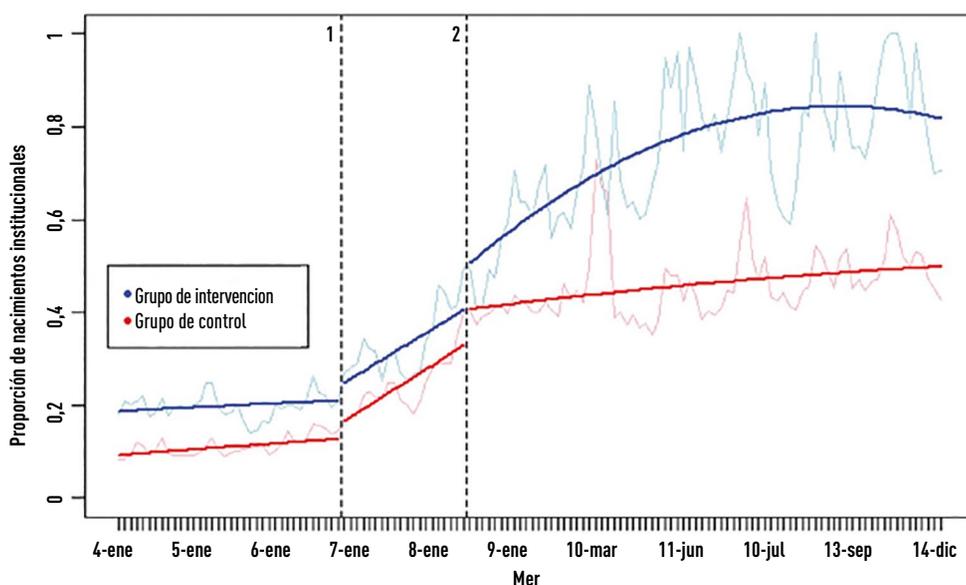


Figura 8 | Evolución de la proporción mensual de nacimientos institucionales entre enero de 2004 y diciembre de 2014 (líneas de observación y líneas ajustadas).

Fuente: según NGUYEN *et al.* (2018).

## Estudios observacionales (“experimentos naturales”)

En los estudios denominados observacionales, el investigador no provoca una intervención, sino que observa un fenómeno existente. Estos estudios, a veces llamados experimentos naturales (PETTICREW *et al.*, 2005), tienen la ventaja de tener una gran validez externa, ya que observan resultados en condiciones reales y permiten evaluar intervenciones ya implementadas. El costo de este tipo de investigación suele ser menor, ya que el investigador no tiene que asumir el costo de la intervención, a diferencia de los ensayos y estudios cuasi experimentales.

Su principal inconveniente radica en una menor validez interna. Si se observa un efecto, puede estar relacionado con otros factores además de la intervención. Las razones que justificaron la implementación de la intervención, por ejemplo, pueden contribuir al resultado, al igual que otras intervenciones concurrentes. Por ejemplo, en Francia, en los últimos años se ha observado una importante disminución en el número de fumadores. Es difícil atribuirlo a una intervención en particular, ya que la lucha contra el tabaquismo ha integrado numerosos mecanismos implementados simultáneamente durante mucho tiempo.

## ENFOQUES INTEGRADOS, ANÁLISIS DE PROCESOS Y MECANISMOS

### Evaluaciones de procesos integrados en ensayos comparativos

Este tipo de ensayo comparativo podría haber sido incluido en la primera parte, ya que se centran en los resultados, pero ofrecen un enfoque complementario al prestar atención a los procesos (OAKLEY *et al.*, 2006). Su objetivo es explicar los resultados mediante la comprensión de los mecanismos de acción (¿qué componentes intervinieron en los resultados y cómo lo hicieron?). También pueden ayudar a explicar la ausencia de resultados (ya sea relacionada con la intervención en sí misma o con sus modalidades de implementación). Por último, contribuyen a explicar las variaciones en los resultados entre sitios o entre grupos sociales.

La principal limitación de estos análisis integrados en el ensayo comparativo es que los procesos en condiciones experimentales probablemente son diferentes de los procesos en condiciones reales, y por lo tanto, la observación no siempre es reproducible.

## Evaluaciones basadas en la teoría

Como se mencionó, las intervenciones y los elementos contextuales están intrínsecamente relacionados en lo que se denomina “sistema intervencionista”. Dentro de este sistema, el concepto central son los mecanismos de efecto, que se convierten en las verdaderas funciones clave transferibles (CAMBON *et al.*, 2019). Estos mecanismos son el resultado de la combinación de factores humanos (conocimientos, actitudes, representaciones, habilidades psicosociales y técnicas, etc.) o materiales dentro del sistema. Este concepto de mecanismo puede definirse como la reacción de un agente en un contexto determinado (LACOUTURE *et al.*, 2015). Caracteriza y puntúa el proceso de cambio (reacción de un agente, procesos cognitivos o sociales) que lleva a un resultado. Estos mecanismos pueden ser psicológicos (motivación, autoeficacia, control de sí mismo, habilidades, etc.) en una intervención conductual o sociales (por ejemplo, valores compartidos en una comunidad, percepción del poder compartido, etc.) en una intervención socioecológica.

Por lo tanto, en la evaluación se trata de entender cómo funciona este sistema: ¿sobre quién, cómo y en qué condiciones este sistema produce efectos? Por lo tanto, los enfoques que favorecen un análisis contributivo de los diferentes elementos (MAYNE, 2001; 2010) del sistema para la producción de resultados, como las evaluaciones basadas en la teoría (EBT) (CAMBON *et al.*, 2021; DE SILVA *et al.*, 2014; CHEN, 1990; WEISS, 1997), cobran todo su sentido. Se trata de explorar el proceso de aparición de un fenómeno, por ejemplo, el efecto de salud deseado, mediante la exploración de la cadena causal involucrada. En otras palabras, en lugar de “¿funciona la intervención?”, la pregunta de la IISP se convierte en “dado el número de componentes que influyen en el resultado, ¿cómo cada uno contribuyó significativamente al resultado observado?”. Para comprender cómo cada elemento del sistema, solo o en combinación, produce un resultado, es necesario desentrañar el sistema intervencionista. Una solución consiste en caracterizar este entramado explicando y validando las hipótesis causales que revela. Se trata de comprender el funcionamiento del sistema intervencionista (¿cuáles son las combinaciones de parámetros que provocan estos mecanismos?) y las condiciones de su transferibilidad (¿qué mecanismos deben reproducirse en otro contexto?).

Las evaluaciones pueden llevarse a cabo solas (por ejemplo, una evaluación realista), o combinadas con un plan experimental clásico (BONELL *et al.*, 2012). Las más utilizadas en la investigación en salud

son la evaluación realista (PAWSON y TILLEY, 1997) y la teoría del cambio (DE SILVA *et al.*, 2014; CHEN, 1990).

En la primera, la efectividad de la intervención depende de los mecanismos subyacentes en juego en un contexto dado. La evaluación consiste en identificar las configuraciones contexto-mecanismo-efecto (CME) que explican cómo (por qué mecanismo M) aparece un fenómeno (el efecto deseado o no E) en un contexto específico (C), incluidos en este contexto los elementos intervencionistas. Estas configuraciones se denominan “teorías de rango medio”. Su recurrencia se observa en estudios de casos sucesivos.

En la segunda, los componentes o ingredientes de la intervención se explican y examinan por separado de los del contexto, para estudiar cómo contribuyen a producir resultados. Como en las evaluaciones realistas, la hipótesis inicial (la intervención en teoría) se basa en hipótesis empíricas (es decir, derivadas de evaluaciones anteriores) o teóricas (es decir, derivadas de teorías sociales o psicosociales). Lo que se valida (o no) es el grado en que la teoría explicativa, incluidos los parámetros de implementación, coincide con las observaciones. En ambas categorías, el objetivo es formular hipótesis sobre combinaciones de componentes basándose en una teoría respaldada por evidencia científica, experiencia multidisciplinaria e investigaciones empíricas. Si la teoría es confirmada por evidencia empírica, es posible establecer una inferencia de causalidad.

Finalmente, la parte más difícil del proceso es definir esta o estas teorías, que deben basarse necesariamente en un argumento científico específico. En efecto, una teoría es un conjunto organizado de constructos y variables diseñados para estructurar nuestra observación, comprensión y explicación del mundo. Para ser utilizable, la teoría debe explicar cómo un programa produce efectos (por qué y cómo funciona la intervención) definiendo un conjunto de hipótesis explícitas o implícitas. En el enfoque del sistema intervencionista, esta teoría supone integrar los procesos de implementación, los elementos contextuales, los vínculos entre las actividades y los mecanismos que desencadenan, y los vínculos entre los mecanismos y los elementos contextuales. Esta “teoría del sistema intervencionista” (CAMBON *et al.*, 2021): i) es explicativa, al considerar qué camino causal se supone que alcanza el objetivo; ii) formula hipótesis sobre acciones y secuencias de implementación específicas que contribuyen a este camino; y iii) considera que los elementos contextuales y su influencia existen y deben ser tenidos en cuenta. Por lo tanto, es tanto una teoría causal como un modelo de acción.

## RECUADRO 10 Ejemplo en un proyecto

El estudio TC-REG tiene como objetivo evaluar las condiciones de éxito de las estrategias de transferencia de conocimientos en prevención llevadas a cabo dentro de asociaciones locales y agencias regionales de salud (AFFRET *et al.*, 2020; CAMBON *et al.*, 2017a). En el estudio TC-REG, las teorías de rango medio finales definidas tras la recopilación de datos incluyen:

- Factores externos, denominados CE (contexto externo): por ejemplo, formación inicial de los intervinientes, interés en la difusión de programas de transferencia de conocimientos, perfil de los líderes, apoyo político dentro de las organizaciones, tiempo necesario para estudiar los datos empíricos, tamaño de los equipos;
- Componentes intervencionales, denominados CI (contexto intervencional): por ejemplo, acceso a datos empíricos, capacitaciones, seminarios, actividades de intermediación de conocimientos, etc.;
- Mecanismos (M) desencadenados por la combinación de ambos: percepción de la utilidad del uso de datos empíricos, motivación para tomar decisiones basadas en datos empíricos, autoeficacia para analizar y adaptar los datos empíricos en la práctica, etc.;
- Resultados (O): el uso de datos empíricos en la práctica y en la toma de decisiones.

Este enfoque de la teoría del sistema intervencionista no es incompatible con la teoría del cambio o la evaluación realista. Por ejemplo, según la teoría del cambio, se enfatiza en los vínculos entre los componentes de la intervención, la implementación y los resultados. Para adoptar la noción de sistema intervencionista, solo es necesario integrar los mecanismos de efecto y los elementos del contexto. En la evaluación realista, los elementos contextuales y los mecanismos se consideran elementos centrales en las teorías de rango medio, no así los componentes intervencionistas.

Los ensayos realistas son planes de investigación híbridos propuestos por Bonell y sus colegas con la ambición de combinar los beneficios respectivos de los enfoques experimentales y realistas (BONELL *et al.*, 2012). Se trata de integrar la evaluación realista dentro de un plan de investigación experimental para asegurar que la evaluación refina y prueba las hipótesis sobre cómo interactúa el contexto con los mecanismos de intervención para generar resultados. Este plan de investigación híbrido ha sido criticado tanto desde un punto de vista

epistemológico (véase la introducción de este capítulo) como operativo: ¿se puede, dentro de un ensayo aleatorio, tener una gama suficientemente heterogénea de situaciones para construir y validar los CME? (MARCHAL *et al.*, 2012).

Finalmente, el estudio de esta teoría es importante en todo el proceso de innovación, desde el estudio piloto hasta la difusión de la intervención, pasando por su diseño y evaluación de las condiciones de eficacia. En el estudio Ocaprev (AROMATARIO *et al.*, 2019), por ejemplo, el enfoque basado en la teoría permitió diseñar una aplicación de salud basada en evidencia y teorías en el contexto de un estudio piloto, antes de desarrollar la aplicación y evaluarla. En el estudio EE-TIS (CAMBON *et al.*, 2017b), el ensayo controlado aleatorio incluye un análisis de contribución que evalúa una aplicación para dejar de fumar (Tabac Info Service). Nos encontramos en la etapa de evaluación. Además de la recopilación de resultados, el estudio buscaba comprender cómo funcionan cada una de las actividades propuestas por la aplicación para dejar de fumar mediante los mecanismos desencadenados (autoeficacia, percepción de utilidad, confianza en la aplicación, etc.) y los parámetros contextuales que pueden influir en dejar de fumar (el estado de fumador del compañero doméstico, la existencia de hijos, el apoyo de otras personas para dejar de fumar, la familia y los eventos sociales o laborales, etc.).

La validación de la teoría definida se realiza mediante la recopilación múltiple de datos. Esta puede ser cualitativa, cuantitativa o mixta (CRESWELL, 2009). No hay reglas específicas, la elección depende del diseño del estudio o del deseo de combinar varios. Por ejemplo, los resultados o los objetivos de cambio pueden recopilarse mediante cuestionarios o mediante el uso secundario de datos de salud como en cualquier otro estudio. Los mecanismos y las condiciones contextuales, por otro lado, suelen recopilarse de manera cualitativa mediante entrevistas (especialmente para los mecanismos) u observación (especialmente para las condiciones contextuales). Pero si una encuesta cualitativa primaria permite identificar elementos contextuales y mecanismos que deben validarse en una muestra amplia, se pueden aplicar métodos mixtos (Qual-Quan) o incluso métodos de análisis como el modelado de ecuaciones estructurales (BERAN y VIOLATO, 2010) para validar la teoría.

## **| CONCLUSIÓN**

En este capítulo, el objetivo era mostrar los distintos enfoques que pueden ser movilizados en el contexto de la IISP. La elección del plan de investigación más adecuado es un proceso riguroso que articula tanto el posicionamiento epistemológico, la precisión de las preguntas de investigación planteadas, la viabilidad y el pragmatismo que permiten llevar a cabo la investigación en las mejores condiciones mientras se validan las hipótesis, y el deseo de producir resultados socialmente útiles. Por lo tanto, los planes de investigación se sitúan en un continuo de graduación de estas diferentes dimensiones, y su combinación representa una buena opción para responder a los diferentes requisitos de la IISP (véase el Capítulo 1): la conciliación de la originalidad y la utilidad social, la consideración del contexto como un elemento que influye en el resultado, la dimensión participativa de la investigación (véase el Capítulo 5), la pluralidad de preguntas, sin jerarquía, y por lo tanto la multidisciplinariedad, y la aceptación de todos los métodos.

# LOS MÉTODOS DE PRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS EN IISP

La investigación intervencionista en salud poblacional es fundamentalmente empírica (véase el Capítulo 1). Por lo tanto, el enfoque se basa en la recopilación y el análisis de datos primarios o secundarios, independientemente de su naturaleza o fuente.

El tipo de datos a utilizar y sus modalidades de análisis se definen en función de la pregunta de investigación (véase el Capítulo 2). Estos elementos también pueden depender de las tradiciones de investigación y los enfoques disciplinarios (hay varias formas de responder a la misma pregunta). Finalmente, la identificación, génesis, transformación y análisis de datos deben respetar principios metodológicos, éticos y legales, así como buenas prácticas.

En este capítulo, se propone recordar estos principios (Figura 9) y detallar algunos métodos de recopilación y análisis de datos que son los más utilizados en la IISP, sin pretender ser exhaustivos en cuanto a las prácticas.

## | LOS PRINCIPIOS

### PROBLEMATIZACIÓN

El primer principio a considerar en el marco de la IISP es la problematización, es decir, el ámbito de las preguntas a las cuales la investigación propone responder con respecto a la intervención. Como hemos

visto en los capítulos anteriores, la IISP tiene como objetivo principal comprender cómo funcionan las acciones más que producir resultados universales, lo que conlleva múltiples preguntas posibles e interdependientes entre sí.

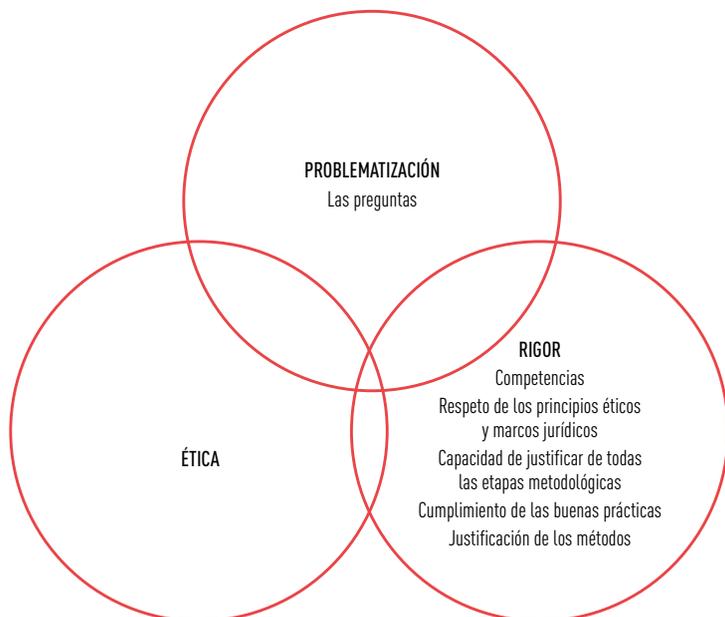


Figura 9 | Algunos principios clave.

La IISP intenta proponer, utilizar, validar o ajustar teorías explícitas o implícitas (RIDDE *et al.*, 2020a): i) teorías de intervención (hipótesis sobre las cuales las personas, consciente o inconscientemente, construyen sus planes de programa y sus acciones); ii) marcos explicativos (una estructura, una visión general, un esquema, un sistema o un plan compuesto por diversas categorías descriptivas; describe fenómenos empíricos al categorizarlos sin proporcionar explicaciones sobre sus interacciones); iii) teorías de alcance medio (teorías que vinculan hipótesis específicas y claras, pero muy adaptables y en un esfuerzo de generalización y abstracción); o iv) grandes teorías (teorías que explican todas las uniformidades observadas en el comportamiento social, la organización social y el cambio social).

Así, la diversidad de preguntas a las que la IISP intenta responder requiere asociar pertinencia (¿cuáles son los métodos más adecuados

para responder a la pregunta<sup>2</sup>), rigor (¿cómo aplicar estos métodos de la manera más rigurosa posible para obtener datos válidos?) y sensibilidad a los efectos no deseados y a los contextos (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2017). Por lo tanto, la elección de los métodos de recopilación y análisis debe tener en cuenta estas características.

## EL RIGOR

Independientemente del enfoque de recopilación de datos, su implementación requiere rigor. En primer lugar, es importante señalar que, a diferencia de lo que las controversias disciplinarias han sugerido durante demasiado tiempo, no hay métodos inherentemente rigurosos ni menos rigurosos (clásicamente la oposición entre métodos cuantitativos y cualitativos) (OLIVIER DE SARDAN, 2008). No hay una metodología más objetiva que otra, ni un enfoque metodológico más influenciado por valores que otro (HASSALL *et al.*, 2020). Todo el proceso de llevar a cabo una IISP debe ser lo más riguroso posible, independientemente del método o enfoque utilizado, para ofrecer resultados que tengan sentido, que sean válidos y validados, independientemente de los criterios de cientificidad aplicados (véase el Capítulo 3). Como hemos explicado anteriormente, dado que el pragmatismo es fundamental en los enfoques de IISP, las personas que adoptan este enfoque consideran que “la subjetividad y la objetividad pueden ser útiles en diferentes momentos de una evaluación o estudio de investigación aplicada” (DONALDSON *et al.*, 2009). Por lo tanto, en cada enfoque, hay una forma rigurosa de llevar a cabo una investigación.

Si sintetizáramos para la IISP, podríamos considerar que el rigor implica las siguientes dimensiones:

- competencia del investigador/equipo en relación con la naturaleza de los datos utilizados;
- respeto de los principios éticos y los marcos jurídicos;
- capacidad para justificar todos los pasos metodológicos (¿cómo se desarrolló un cuestionario o guía de entrevistas? ¿a partir de qué fuentes? ¿cómo fue probado? ¿por quién?, etc.);
- cumplimiento de las mejores prácticas inherentes al tipo de investigación (doble entrada para datos cuantitativos, transcripción de entrevistas e inmersión prolongada en el terreno para datos cualitativos, etc.);
- justificación de los métodos utilizados para alcanzar el objetivo.

Por ejemplo, a menudo se considera que los métodos cuantitativos son más rigurosos porque son más objetivos, mientras que los métodos cualitativos producen resultados más sensibles a la subjetividad del analista. Sin embargo, la realidad es que la subjetividad atribuida a los analistas cualitativos se traslada a menudo a los métodos cuantitativos y al diseño de herramientas de recolección a menudo restringidas (número limitado de preguntas, modalidades de respuesta cerradas). Estas restricciones limitan el campo de las respuestas posibles, lo que induce una subjetividad en la fase inicial, donde se expresa en los planes de estudio cualitativos. En realidad, la cuestión del rigor no se trata de una comparación de métodos, sino del respeto, para cada uno de ellos, de criterios específicos y circunstanciados que les confieran solidez y validez. Se trata de criterios de cientificidad, como:

- el criterio de transferibilidad, que se refiere a la reproducibilidad de los resultados y su aplicabilidad en otras situaciones;
- el criterio de fiabilidad, que se refiere a la reproducibilidad de los resultados si se observan las mismas condiciones de recopilación;
- el criterio de confirmabilidad, que reposiciona la noción de juicio neutral en función de los hechos y no de los valores del investigador;
- el criterio de credibilidad, que asegura que lo que se produce refleja correctamente la naturaleza de los datos y no una interpretación del investigador.

Existen numerosos libros sobre el tema, ya sea en el registro cuantitativo (OLIVIER DE SARDAN, 2008), cualitativo (BUJOLD *et al.*, 2018) o mixto (LAPERRIÈRE, 1997).

## LA ÉTICA

La ética no es solo una cuestión legal de procedimientos a seguir. La ética es ante todo un conjunto de principios fundamentales para la investigación en salud, incluidas las investigaciones basadas en cuestionarios y entrevistas. De hecho, la recopilación de datos puede no ser inocua y, más allá de las cuestiones metodológicas que plantea, debido a la influencia en los comportamientos (de los investigadores y los encuestados) que genera, plantea cuestiones éticas como cualquier intervención, siempre que pueda generar sentimientos negativos, contribuir a la estigmatización o generar expectativas que no puedan cumplirse.

En este sentido, una investigación sólo debe emprenderse si es potencialmente útil (un requisito previo es el estado del arte para justificar la relevancia de la pregunta de investigación), si cumple con los criterios de rigor que permiten utilizar los resultados y si los riesgos generados por la investigación son mínimos o compensados por beneficios para las personas que participan en ella. La ética o falta de ética de una investigación no debe basarse en la interpretación personal del investigador, sino en un procedimiento colegiado independiente.

## **I MÉTODOS DE RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

### **MÉTODOS CUANTITATIVOS, CUALITATIVOS Y MIXTOS**

En general, se distinguen diferentes enfoques (cuantitativo, cualitativo, mixto) y fuentes de datos (secundarios [datos de rutina], o primarios [cuestionarios, entrevistas, observaciones, etc.]). No es el objetivo aquí entrar en detalle sobre el amplio espectro de métodos ampliamente desarrollados en numerosos libros de referencia (CAMPBELL y STANLEY, 1966; CRESWELL, 2009; MALTERUD, 2001; MASON, 2005; CANDY *et al.*, 2011; PATTON, 1990; SANDELOWSKI *et al.*, 2009), sino recordar los principales aspectos en la siguiente tabla (Tabla 5).

Presentamos las características principales de las diferentes categorías de métodos de recolección de datos en función de tres aspectos: i) la postura epistemológica (cada método produce discursos diferentes sobre una misma realidad, reflejando una cierta concepción del mundo); ii) el enfoque interpretativo (los principios de interpretación de los datos); iii) el enfoque de análisis (el medio, el proceso o el procedimiento a través del cual se accede a lo que se considera que representa la realidad). Para mayor claridad, esta presentación asume un inevitable maniqueísmo, aunque en realidad los debates y controversias, así como las líneas medianas y las sutilezas, son numerosos y aún alimentan los escritos científicos hasta el día de hoy. Se propone un ejemplo de enfoque en métodos mixtos en el Recuadro 11.

## RECUADRO 11

### ¿Cuántas vidas se salvaron gracias a una intervención?

En la opción secuencial, el investigador busca explicar o desarrollar los resultados obtenidos mediante un método utilizando otro método posteriormente. Por ejemplo, un estudio cualitativo (exploración) seguido de un estudio cuantitativo (generalización de los resultados). Los diferentes tipos de datos se recopilan uno después del otro.

En la opción simultánea o convergente, los datos cuantitativos y cualitativos se combinan para proporcionar un análisis completo de la pregunta de investigación. Ambas formas de datos se recopilan al mismo tiempo e se integran en la interpretación de los resultados globales. Por ejemplo, en un proyecto de evaluación de un dispositivo de acompañamiento para personas vulnerables, desarrollamos un enfoque convergente multicaso. El objetivo es evaluar dentro de una estructura que atiende a una población de usuarios de drogas altamente vulnerables, marginados y estigmatizados, cómo permite reenfoque la posición del usuario en su entorno sanitario, social y cívico aplicando enfoques como el empoderamiento y la construcción comunitaria. Se trata especialmente de identificar los procesos y mecanismos involucrados (transferibilidad y sostenibilidad). Para ello, el estudio despliega una serie de investigaciones que incluyen entrevistas con usuarios y partes interesadas, observaciones, análisis documentales y cuestionarios. Los datos recopilados se analizan juntos para llegar a una conclusión sobre el efecto y las condiciones de este efecto.

En la tercera opción, denominada cuasi-método mixto o plan de conversión, el investigador recopila un solo tipo de datos (cualitativos o cuantitativos) y los convierte en otro (por ejemplo, datos cualitativos [entrevistas] cuantificados [conteo del número de palabras, por ejemplo]).

## MODELOS Y MÉTODOS QUE UTILIZAN DATOS EXISTENTES

El desarrollo de grandes bases de datos, cuyo uso se ve facilitado por el avance de las capacidades de procesamiento informático, representa una oportunidad para la IISP. Tales datos pueden integrarse en trabajos empíricos e incluso pueden sustituirlos. Esto es importante tenerlo en cuenta para los investigadores en IISP, ya que estas modelizaciones pueden ayudar a responder preguntas que serían difíciles de abordar sin estas herramientas. También permite reducir los costos y las limitaciones logísticas de la investigación (especialmente mediante el uso de datos existentes en lugar de la generación de nuevos datos).

Tabla 5 | Los diferentes métodos.

MÉTODO CUANTITATIVO	MÉTODO CUALITATIVO	MÉTODOS MIXTOS
<b>Postura filosófica</b>		
<p><b>La visión del mundo social:</b> El mundo social tiene una existencia independiente de los humanos. Los hechos sociales son objetivables en la medida en que siguen reglas/leyes aprehendidas mediante la medición.</p> <p><b>El objetivo de la investigación:</b> Definir las leyes a las que obedece este mundo social. Este conocimiento científico se basa en el principio de la reproducibilidad de los hechos, poco compatible con la IISP.</p> <p><b>Paradigma de referencia:</b> Enfoque positivista.</p>	<p><b>La visión del mundo social:</b> La realidad está construida socialmente, es decir, según el significado que le dan los actores.</p> <p><b>El objetivo de la investigación:</b> Acceder a la comprensión, sin pretender generalizar los sistemas de valores, creencias y cultura que constituyen la base de los comportamientos, formas de acción y pensamiento de las personas en la sociedad.</p> <p><b>Paradigma de referencia:</b> Enfoque interpretativista o constructivista.</p>	<p><b>La visión del mundo social:</b> Los objetos de investigación en IISP suelen ser complejos. Esto implica no estudiar una pequeña parte del sistema de manera aislada o intentar simplificarlo demasiado. El investigador debe desarrollar un plan de investigación y recopilar datos que le permitan responder a todas sus preguntas de investigación.</p> <p><b>El objetivo de la investigación:</b> Formular interpretaciones mediante la integración, en la recopilación o análisis de datos, de las fuerzas combinadas de un enfoque cuantitativo y cualitativo para comprender problemas de investigación.</p> <p><b>Paradigma de referencia:</b> Enfoque pragmático.</p>
<b>Enfoque interpretativo</b>		
<p>El análisis de los fenómenos se basa en un enfoque deductivo de interpretación, de hipótesis a probar. Se basa en relaciones causales entre variables caracterizadas por atributos cuantificables y medibles. La objetividad en la investigación es reivindicada mediante el dominio de los roles entre estas diferentes variables en la prueba de hipótesis, en particular a través de la comparación y el principio de "todo lo demás igual".</p>	<p>El análisis de los fenómenos se basa en la interpretación del significado que los actores otorgan a un fenómeno. Los actos dentro de este fenómeno no se reducen a atributos cuantificables y medibles. Comprenderlos requiere una aproximación entre el actor y el investigador, ya que este último busca mediar el significado atribuido por los actores a estos actos.</p>	<p>Los enfoques metodológicos son determinados por la pregunta de investigación más que por hipótesis epistemológicas. La combinación metodológica permite renovar las formas de comprender y estudiar el mundo: permite controlar y medir los fenómenos teniendo en cuenta el contexto en el cual se arraigan y que ellos mismos moldean.</p>
<b>Enfoque analítico</b>		
<p>La estadística es la herramienta por excelencia que permite medir la asociación entre una exposición (una intervención) y un efecto. Los diseños de estudio se basan en procedimientos experimentales estructurados sobre el principio de la comparación, lo que fortalece la mecánica de la causalidad respetando el principio de "todo lo demás igual".</p>	<p>Se buscan las significaciones dadas a las acciones y comportamientos por parte de los actores (incluyendo sus propias acciones y comportamientos) y no sus iteraciones o recurrencias para poner de manifiesto la complejidad de los procesos mediante los cuales se construyen los hechos. El objetivo es desentrañar los fenómenos sociales a partir de las formas en que los actores les otorgan sentido a través de diversas técnicas: observación participante, entrevista, grupo de discusión, narrativa de vida, etc. El análisis se centra en la singularidad y la disparidad.</p>	<p>Las metodologías mixtas suelen clasificarse según tres dimensiones (Recuadro 8): la temporalidad (simultánea o secuencial), la ponderación (estatus equitativo o estatus dominante) y el procedimiento de combinación (fusión, integración y conexión) (Recuadro 6).</p>

Detrás de estos términos genéricos de modelización y bases de datos, se encuentran numerosos objetivos y usos potenciales. Aquí enumeramos los principales.

### Construir y validar teorías de intervención

Literalmente, una modelización es la construcción de un modelo destinado a describir/explicar un sistema complejo. La elaboración y validación de una teoría de intervención son, por naturaleza, una modelización. Como hemos visto, su desarrollo puede hacer uso de diversas fuentes y su validación puede basarse en métodos cualitativos y cuantitativos.

### Utilizar los datos existentes en los diferentes planes de investigación experimentales y no experimentales

En salud, existen muchos datos “de rutina”, relacionados, por ejemplo, con la producción de atención médica (bases de reembolso, seguimiento de actividades), las características sociodemográficas de la población, los factores ambientales, etc. Estos datos pueden ser individuales (la ocupación de una persona) o colectivos (el índice de desventaja de un área). Antes de generar datos nuevos, lo cual es complejo, costoso y puede plantear cuestiones éticas o legales, es importante considerar el uso de los datos existentes. Este uso puede tomar varias formas: i) **para describir una población**. Por ejemplo, en un ensayo comparativo con asignación aleatoria en grupos, estos pueden ser emparejados según las características de las poblaciones disponibles en las bases sociodemográficas (como el INSEE en Francia); ii) **para complementar una recolección específica**. Por ejemplo, el seguimiento de eventos de salud a medio plazo puede ser pasivo (es decir, sin recolección específica), mediante la explotación de las bases de reembolso; iii) **para reemplazar una recolección específica**. Por ejemplo, varias evaluaciones de la efectividad de las intervenciones para combatir la epidemia de COVID-19 se basaron enteramente en datos existentes (utilizando encuestas preexistentes sobre la implementación de estas medidas en diferentes áreas y correlacionándolas con los datos de salud relacionados con la epidemia – incidencia, hospitalizaciones, muertes – obtenidos de las bases hospitalarias o de los sistemas de vigilancia sanitaria).

### Modelar datos inexistentes

No es posible recolectar todos los resultados de una intervención durante una investigación, especialmente para los efectos e impactos a

## Recuadro 12

### ¿Cuántas vidas se salvaron gracias a una intervención?

Al igual que en muchos países, en África Occidental, aún hay muchos responsables de tomar decisiones que creen en la importancia de hacer que los pacientes paguen cuando consultan en los centros de salud. Sin embargo, este pago en el punto de servicio impone una barrera insuperable para la mayoría de las personas, especialmente para las más pobres. Por lo tanto, se implementaron intervenciones para demostrar la eficacia de eliminar el pago directo para mejorar el acceso a la atención médica. Múltiples investigaciones han demostrado que esto ha aumentado la utilización de los centros de salud públicos y ha reducido los gastos de salud de las familias. Pero los responsables de tomar decisiones querían, antes de expandir esta intervención a gran escala, que se demostrara que esto permitía reducir la mortalidad y, por lo tanto, salvar vidas. Sin embargo, en el contexto de estas intervenciones, es casi imposible disponer de este tipo de datos, especialmente cuando se sabe que el esquema causal entre el acceso a la atención médica y la mortalidad es largo (¿cinco a diez años?) y sinuoso debido a la gran cantidad de determinantes de la salud. Sin embargo, para alimentar el debate, un equipo decidió modelar los efectos de esta intervención en la salud de los niños para proporcionar a los responsables de tomar decisiones datos sin esperar el tiempo prolongado de estas investigaciones. Gracias al enfoque de “Herramienta para Salvar Vidas” (List) que utiliza, entre otras cosas, medidas de la evolución de la cobertura de servicios esenciales y varios escenarios de sus impactos, el estudio mostró que la expansión nacional de la intervención, suponiendo la producción de los mismos efectos, podría salvar la vida de 14 000 a 19 000 niños y reducir la mortalidad en un 16 % a 17 % para los niños menores de cinco años (JOHRI *et al.*, 2014).

largo plazo de una intervención. La estimación de estos efectos e impactos puede realizarse mediante modelización a partir de conocimientos previos (Recuadro 12). Por ejemplo, la OMS ha desarrollado la herramienta Heat que permite a una entidad territorial estimar el número de vidas salvadas a partir de datos comportamentales (práctica del ciclismo y caminata)<sup>1</sup>.

1. Véase <https://www.villes-sante.com/thematiques/heat/>

## Uso de la modelización en un plan de investigación como alternativa a la recolección de datos

Estos métodos se han desarrollado especialmente en economía de la salud para responder a preguntas sobre eficacia o eficiencia cuando no estaba disponible una observación directa empírica. Se trata especialmente de los modelos de toma de decisiones, que consisten en modelar estadísticamente toda la información disponible para estimar el efecto de una intervención en la salud, comparar indirectamente dos estrategias entre sí o trasladar resultados a otra población con características diferentes. Estas técnicas se utilizan especialmente para realizar evaluaciones *a priori* como ayuda para la toma de decisiones.

## MÉTODOS QUE FAVORECEN LA GENERACIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE LA GENERACIÓN DE CONSENSO

El objetivo de comprender la complejidad de las intervenciones en la IISP, más allá de invocar la línea pragmática mencionada en los métodos mixtos, también invita muy fuertemente a considerar a los intervinientes y la población como actores de la investigación. De hecho, tanto en la formulación de las intervenciones, las hipótesis que las sustentan o en la producción de datos que pueden refinarlas y validarlas, la cuestión del punto de vista de los actores es central y requiere el uso de métodos específicos para tenerla en cuenta (véase el Capítulo 5).

Los proyectos de IISP integran, por lo tanto, diversos métodos de recolección y convergencia de estos puntos de vista con el fin de hacer avanzar el proyecto de investigación, por ejemplo, para construir/validar la teoría de intervención, para priorizar las estrategias a implementar, para compartir los hallazgos sobre los factores que facilitan y limitan la implementación del programa, etc. Se pueden aplicar diversas metodologías como el método Delphi y la técnica del grupo nominal. Existen muchas variantes de estas dos principales metodologías. Además, los avances tecnológicos, así como las intersecciones entre los aspectos cualitativos y cuantitativos de estas dos técnicas, permiten desarrollar otros métodos como la cartografía conceptual (PÉLADEAU *et al.*, 2017). Estos tres métodos de consenso pueden inscribirse, pero no necesariamente, en enfoques de investigación participativa donde todos los procesos relacionados con la IISP se llevan a cabo en una coconstrucción (véase el Capítulo 3). En este capítulo, presentamos estos métodos como medios

para fomentar, junto con análisis cuantitativos, la participación de los actores. El objetivo es mostrar que la participación de las personas involucradas no se limita ni a los enfoques de investigación-acción participativa ni a los métodos cualitativos, y que el uso de números y cifras también puede organizarse dando espacio a las partes interesadas en las intervenciones.

## EL MÉTODO DELPHI

El método Delphi (AB LATIF *et al.*, 2016; BOOTO EKIONEA *et al.*, 2011; NIEDERBERGER y SPRANGER, 2020; WILLIAMS y WEBB, 1994) tiene como objetivo determinar en qué medida las personas están de acuerdo sobre una determinada cuestión para obtener una opinión consensuada. Puede utilizarse para diversos fines, por ejemplo, para identificar el estado actual del conocimiento, mejorar las hipótesis de una intervención, resolver situaciones controvertidas, formular recomendaciones operativas, desarrollar herramientas o indicadores de seguimiento.

El método Delphi generalmente se lleva a cabo mediante cuestionarios. Puede organizarse con la presencia de las personas o a distancia por correo. Mientras que los grupos de discusión utilizan deliberadamente la dinámica de grupo para generar un debate sobre un tema, Delphi preserva el anonimato de los participantes y limita los debates durante las diferentes rondas de producción de datos (véase el Recuadro 13). El método Delphi puede seguir cuatro etapas: i) preparación (elaboración de criterios de selección de personas, asignación de un número anónimo, contacto con las personas seleccionadas); ii) administración de las preguntas: cada persona recibe una serie de preguntas sobre el tema del estudio (por ejemplo, sobre el objeto de evaluación de la intervención); iii) consolidación de las respuestas para elaborar el informe de cada ronda hasta obtener el consenso; iv) clasificación de los subtemas (si es necesario) que ayuda a producir el informe final y su validación con los participantes.

Este método presenta varias ventajas: un consenso rápido, libre expresión sin influencia grupal, un bajo costo de administración y análisis, la posibilidad de obtener grandes cantidades de datos. Sin embargo, puede ser largo y restrictivo (varias rondas de encuestas), ya que solo las personas que se apartan de la norma deben justificar su posición. Además, no se tienen en cuenta las posibles interacciones entre las hipótesis consideradas.

### Recuadro 13

#### CASO PRÁCTICO DE OCAPREV

En el contexto de un proyecto de investigación destinado a desarrollar una teoría de intervención sobre las condiciones de eficacia de las aplicaciones nutricionales para acompañar un cambio de comportamiento, se utilizó un método Delphi híbrido (en línea y presencial) con dos grupos de expertos: profesionales y pacientes.

El objetivo final del proceso fue alcanzar un consenso para obtener una lista de técnicas de cambio de comportamiento (como presentar los beneficios y desventajas de la actividad física) y uno o más mecanismos de efecto (como sentirse motivado, sentirse capaz de ponerlo en práctica).

El trabajo se organizó en cuatro etapas: i) en tres series de preguntas en línea, se pidió al grupo profesional que asignara uno o más mecanismos (tomar conciencia de la vulnerabilidad, activar la intención de cambiar, reforzar la autoeficacia percibida) a cada técnica (presentar los beneficios del cambio, motivar a cambiar el entorno para que sea favorable al cambio, anticipar las dificultades y soluciones para mantener el cambio a largo plazo). Sobre esta base, se seleccionaron las conexiones mecanismo(s)/técnicas elegidas por al menos la mitad de los expertos; ii) se organizó una segunda ronda pidiendo al grupo que validara o ajustara esta lista. Nuevamente, se seleccionaron las conexiones elegidas por la mitad de los encuestados; iii) en persona, durante un seminario con pacientes, se les pidió que validaran o ajustaran las conexiones mecanismos-técnicas producidas por los profesionales. Todos las validaron y agregaron varios comentarios que se añadieron al software e-Delphi; iv) en la tercera ronda del procedimiento e-Delphi, el grupo de profesionales validó la lista de conexiones así modificadas por los pacientes.

Fuente: AROMATARIO *et al.* (2019).

## EL GRUPO NOMINAL

El grupo nominal (DELBECQ *et al.*, 1975) consiste en generar proposiciones sobre una pregunta que concierne a un pequeño número de personas sin que necesariamente haya consenso. Permite responder a preguntas abiertas que implican un punto de vista u opinión, o recopilar sugerencias o soluciones. La pregunta nominal es la pregunta presentada al grupo. Debe ser precisa, clara y unívoca. Debe generar respuestas de la misma especificidad.

Esta técnica requiere una preparación sólida y una estructuración precisa. La pregunta nominal debe ser validada previamente por personas con características similares a las invitadas a la reunión, de modo que se generen informaciones basadas en una comprensión común de la pregunta.

Puede constar de cinco etapas: i) producción de declaraciones: cada participante produce individualmente una lista de declaraciones que respondan a la pregunta nominal (una respuesta = una idea); ii) recolección de datos: el moderador invita a cada uno a compartir con el grupo una sola de sus ideas, las reformula asegurándose de numerarlas (un participante debe proponer una declaración que no esté ya registrada o explicar su diferencia); iii) aclaración de las declaraciones: se trata de retomarlas y hacerlas concisas, claras y comprensibles para todos, de manera que sean entendidas por todo el grupo sin buscar un acuerdo; iv) votación individual y anónima: cada uno elige las declaraciones que, según él, mejor responden a la pregunta nominal y las ordena según su importancia, de la más importante a la menos importante; v) análisis y presentación de resultados: se realiza un acumulado de la ponderación de las declaraciones para todo el grupo mediante la suma de las ponderaciones recibidas por cada una de las declaraciones (es interesante incluir para cada una el número de participantes que la eligieron, así como el peso total otorgado por el grupo).

El grupo nominal tiene la ventaja de permitir que cada uno se exprese y produzca un punto de vista colectivo sin que los participantes tengan que llegar a un consenso (por lo tanto, no hay juego de influencias). Los defensores de la *evaluación del empoderamiento* como FETTERMAN (2000) a menudo han propuesto utilizar un enfoque similar para fomentar la expresión y el intercambio de los interesados en una intervención.

## LA CARTOGRAFÍA CONCEPTUAL

La cartografía conceptual (KANE y TROCHIM, 2006) tiene como objetivo producir un consenso colectivo en torno a la respuesta a una pregunta que puede permitir, por ejemplo (véase el encuadre 14), desarrollar un marco conceptual que sirva para orientar la planificación o evaluación de intervenciones, pero también disponer de datos empíricos para evaluar una acción (por ejemplo: ¿cuáles son los factores que favorecen la sostenibilidad de su intervención?). Este método combina la creatividad

#### RECUADRO 14

### ILUSTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CREADORA DE ASTAIRE

Para desarrollar una herramienta de análisis en promoción de la salud llamada Astaire, se diseñó un método de cartografía conceptual para definir los criterios a tener en cuenta para analizar la transferibilidad de las intervenciones (el término fue previamente definido mediante una revisión de la literatura y compartido con los expertos).

El proceso involucró a 18 expertos y condujo en la primera etapa a la generación de 234 criterios, que fueron reformulados, estandarizados, clasificados y reducidos mediante el proceso de puntuación y categorización, resultando en el desarrollo de dos matrices: i) la primera matriz, a utilizar durante el diseño y la descripción de una intervención primaria, que incluye 18 criterios y 56 subcriterios; y ii) la segunda matriz, con 23 criterios y 69 subcriterios, destinada a ser utilizada cuando se está considerando la transferencia de una intervención primaria a un contexto diferente, o cuando se trata de evaluar retrospectivamente lo que causó una diferencia en los efectos entre la intervención primaria y la intervención finalmente implementada en el nuevo contexto.

Fuente: CAMBON *et al.* (2013).

mediante el *brainstorming* (como en el grupo nominal) y el análisis estadístico multivariado para elaborar colectivamente declaraciones (en respuesta a la pregunta) agrupadas en categorías. Confiere una fuerte credibilidad a los resultados del consenso mediante este enfoque en métodos mixtos. Fue diseñado para permitir que un panel de personas, a través de un enfoque participativo e iterativo, identifique los principales componentes y dimensiones de un concepto y describa cómo cada uno de estos componentes está relacionado con los demás. Con este método, los datos cualitativos pueden ser analizados de manera inductiva, pero también estudiados mediante análisis estadísticos multivariados que combinan las ideas expresadas por los participantes en categorías y en forma de mapas conceptuales. Se pueden aplicar ponderaciones y los resultados se pueden presentar gráficamente. Puede realizarse en línea o alternar fases presenciales y en línea.

El proceso puede agruparse en seis grandes etapas: i) preparación, que incluye también la selección de participantes y el desarrollo del objetivo de la conceptualización; ii) generación de declaraciones mediante el *brainstorming* en relación con la pregunta planteada (una respuesta = una idea, por ejemplo: ¿cuáles son los desafíos de la implementación de la

intervención?); iii) estructuración de las declaraciones por ponderación y categorización; iv) representación de las declaraciones en forma de mapa conceptual mediante análisis multivariados y de conglomerados o cálculo del puntaje promedio de relevancia de cada criterio; v) interpretación de los mapas por parte de las personas interesadas; vi) utilización de los resultados.

Este método tiene la ventaja de llegar relativamente rápido a una respuesta a la pregunta y proporcionar una representación gráfica de todas las ideas principales y sus interrelaciones.

## **| CONCLUSIÓN**

El objetivo de este capítulo no es producir una lista exhaustiva de métodos de recopilación y análisis de datos utilizables en el contexto de IISP, sino presentar las líneas generales de aquellos que se utilizan más comúnmente, resaltando tanto sus ventajas como sus limitaciones. También es esencial considerar nuestros objetos de IISP desde una perspectiva de métodos mixtos y reflexionar sobre cómo podemos innovar en nuestros análisis. Hemos presentado algunos principios clave de los métodos de IISP y, más allá de la rigurosidad, sin duda es su relevancia lo que debe destacarse. A diferencia de la práctica habitual, las preguntas de investigación deben guiar la elección de los métodos, y no al revés.

Por lo tanto, es importante considerar la elección de métodos en función de su capacidad para responder a las preguntas de investigación y para integrarse en el tipo de plan de investigación (véase el Capítulo 3) en el que nos encontramos. Esto implica, dada la multiplicidad de preguntas en IISP, privilegiar, desde un enfoque pragmático, su combinación o secuenciación en diferentes fases del proyecto de investigación. Además, más allá de recopilar y organizar la información en beneficio del proyecto de investigación, los métodos mencionados aquí deberían permitir, por un lado, crear un clima de confianza y reciprocidad entre las partes interesadas de un proyecto de investigación (por ejemplo, métodos participativos) y, por otro lado, fomentar la interdisciplinariedad necesaria en este campo de investigación.



# LOS ACTORES DE LA IISP

Como se mencionó en el Capítulo 1, una intervención en salud poblacional no se limita a una simple lista de actividades a implementar. Es un proceso mucho más complejo en el que el papel de los contextos y los actores es fundamental para el éxito de la intervención (CRAIG *et al.*, 2018), tal como lo destaca el enfoque realista que se ha discutido anteriormente. Los defensores de este enfoque incluso argumentan que si una intervención es efectiva, no se debe únicamente a la correcta implementación de las actividades, sino principalmente a que los actores (sociales) han decidido que es posible. Nos explican que son las personas, a través de sus decisiones, voluntades y razonamientos, quienes determinan si una intervención en salud poblacional funciona o no (PÉREZ *et al.*, 2021; ROBERT y RIDDE, 2014). En este capítulo no abordaremos los aspectos metodológicos y epistemológicos de esta visión del mundo (PAWSON, 2013), pero sí es útil resaltar que los actores son el núcleo de las intervenciones en salud poblacional (GILSON, 2012). Al igual que los sistemas de salud, las intervenciones en salud poblacional son, sin duda, objetos sociales donde el papel de los individuos es central (WHYLE y OLIVIER, 2020). Por lo tanto, es fundamental comprender estas diferentes categorías de actores y, en el marco de la IISP, los diversos roles que pueden desempeñar.

## | LA CATEGORIZACIÓN DE LOS ACTORES DE LAS ISSP

Nuestra obra no pretende ser una reflexión sociológica o politológica (CROZIER y FRIEDBERG, 1977; LIPSKY, 2010) sobre los actores sociales en el corazón de la IISP. Nuestro objetivo principal es brindar herramientas a las personas interesadas en este tema para que lo comprendan mejor. Sin embargo, ser capaz de comprender a las partes interesadas

en una intervención, categorizarlas, analizarlas y dialogar con ellas es también una competencia esencial en evaluación y en salud poblacional (STEVANH *et al.*, 2005). De hecho:

“No tener en cuenta los intereses, necesidades, preocupaciones, poderes, prioridades y perspectivas de las partes interesadas representa un grave defecto de análisis o acción que, con demasiada frecuencia y previsibilidad, conduce a malos resultados, un fracaso total o incluso a una catástrofe.” (BRYSON *et al.*, 2011).

Si bien este conocimiento debe movilizarse a lo largo de todo el proceso de una IISP (BRYSON *et al.*, 2011), será especialmente esencial durante su inicio, particularmente en la fase de preevaluación (*evaluability assessment*) (BEAUDRY y GAUTHIER, 1992; SOURA *et al.*, 2019). Por lo tanto, para este capítulo y para la práctica de la IISP, resulta útil mostrar cómo diferentes personas pueden proponer enfoques distintos para categorizar a los actores. Cada uno podrá, según las circunstancias, los objetivos y sus habilidades, elegir los métodos más adecuados para este ejercicio de mapeo de las partes interesadas (*stakeholder analysis*) (BRUGHA y VARVASOVZKY, 2000; HURTEAU *et al.*, 2012). Bryson y sus colegas proponen algunas herramientas muy útiles (BRYSON *et al.*, 2011). Además, esta lista no pretende ser exhaustiva (como en el Capítulo 1), sino simplemente iluminar las posibilidades a partir de algunos enfoques disciplinarios (véase la Tabla 6).

**Tabla 6** | Ejemplo de grupos de actores de la IISP según tres disciplinas.

Evaluación	Políticas Públicas	Antropología
Legitimadores	Gerentes	Grupos estratégicos
Actantes	Agentes	
Reaccionantes	Interesados Individuales	

En el ámbito de la evaluación, y particularmente en lo que respecta a la toma de decisiones que implica, algunos autores han propuesto la existencia de tres grupos de personas: Los actantes, son las personas que implementan las intervenciones. Los reaccionantes, son aquellas que deberían beneficiarse de las acciones y para quienes estas fueron diseñadas originalmente y finalmente, los legitimadores, son las personas que, en última instancia, oficializarán las decisiones (MONNIER y SPENLEHAUER, 1992). En el campo de la ciencia política, KINGDON

(1995) y LEMIEUX (2002) propusieron clasificar a los actores en cuatro grupos según su posición con respecto al gobierno y su experiencia en el tema en cuestión. Por lo tanto, proponen la presencia de los responsables (en el gobierno, pero no especialistas), los agentes (en el gobierno y especialistas), los interesados (fuera del gobierno y especialistas) y los particulares (fuera del gobierno y no especialistas). Estos son grupos dentro de los cuales es posible ubicar a los actores sociales, entendiendo, por supuesto, que estas categorías son permeables y que las personas son móviles. En el contexto de las reformas de los sistemas de salud, ROCHER (2004) propone una serie un poco diferente de actores involucrados. Sugiere así la existencia de los diseñadores de reformas, luego de los promotores y de los modeladores que tendrán la responsabilidad de transformar las ideas en planes de acción. Luego, describe la existencia de los “passeurs”, intermediarios difusores de las ideas de la reforma, en particular a los actores de primera línea (LIPSKY, 2010), como los “entrepreneurs de la diffusion” analizados por Lara Gautier en una intervención de salud en Malí (GAUTIER *et al.*, 2019). Finalmente, Rocher propone la presencia de los operadores de la reforma, aquellos que la implementarán, pero también de los opositores, quienes utilizarán su energía y posición para contrarrestar y resistir la reforma. Esta perspectiva sociológica se inscribe en la reflexión clásica de los politólogos y el papel del poder en los análisis de intervenciones (BÉLAND, 2010). De hecho, sabemos muy bien que “es a través del ejercicio del poder que se realizan o no” (LEMIEUX, 2002) las intervenciones en salud poblacional. REICH y CAMPOS (2020) han sugerido recientemente un método para analizar a los actores de las reformas de salud en función de su posición frente a los cambios propuestos, pero también de su poder (o influencia) al respecto. Este enfoque permite, en particular, agrupar a los actores según si apoyan, se oponen o son neutrales a la reforma, así como su posible nivel de influencia. Interés, posición y poder son dimensiones clásicas en el análisis de los actores involucrados en una intervención en salud (BALANE *et al.*, 2020). A partir de una revisión de la literatura científica, una consulta a expertos y un ejercicio de consenso grupal, Balane y sus colegas proponen que el análisis de las partes interesadas examine a los actores involucrados en torno a cuatro dimensiones que pueden tener un impacto en la intervención: el conocimiento (su alcance), los intereses (y motivaciones), el poder (político, financiero, técnico, liderazgo) y las posiciones (apoyo, oposición, neutralidad) (BALANE *et al.*, 2020). Finalmente, un último ejemplo es el del campo

de la antropología del desarrollo, donde BIERSCHEK y OLIVIER DE SARDAN (1994) propusieron, siguiendo a un sociólogo alemán (Evers), grupos lábiles de actores que denominan “grupos estratégicos”. Estos grupos son puntos de partida para análisis empíricos, particularmente en torno a conflictos y controversias (un poco a la imagen de la teoría del actor-red), sin que necesariamente se conviertan en grupos de llegada.

Esta visión general de los posibles enfoques para identificar y analizar a las partes interesadas en una intervención de salud es útil después de este capítulo 5 para describir a las actrices y actores involucrados en la IISP. Comenzaremos por presentar los grupos de personas involucradas, luego analizaremos su lugar dentro de la IISP y finalmente enfatizaremos la importancia de los actores de primera línea y los desafíos de la asociación, un enfoque central y consustancial a la IISP.

## LOS ACTORES DE LA IISP

La definición de la IISP propuesta en el capítulo 1 muestra el alcance de su complejidad y, por lo tanto, de las personas movilizadas y afectadas. Sin prejuizar su importancia o precedencia, y recordando la porosidad de estos grupos y la movilidad de las personas, las principales partes interesadas de la IISP se categorizan en siete (Figura 10).

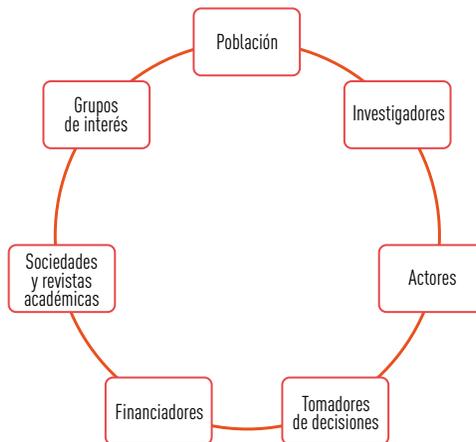


Figura 10 | Siete grupos de actores de la IISP.

## ACTORES

Se trata de las personas que llevan a cabo las actividades de las intervenciones en salud poblacional. En ocasiones participan en la formulación previa y, a veces, en los procesos de evaluación e investigación, pero son principalmente responsables de la organización y la ejecución.

Pueden participar en diversos grados según sus conocimientos y competencias, y con una intensidad variable según las necesidades de la intervención y sus recursos. Pueden ubicarse en todos los niveles de las organizaciones responsables de la intervención (desde el local hasta el nacional), así como estar asociados con instituciones y socios más relacionados (ONG, asociaciones, etc.).

## INVESTIGADORES

Los investigadores en las intervenciones en salud poblacional (IISP) son actores clave en la evaluación e implementación de intervenciones en salud pública. Se encargan de apoyar la formulación de la intervención con base en el estado actual del conocimiento, así como de generar conocimiento nuevo sobre la efectividad de la intervención en la salud poblacional. A diferencia de la investigación clínica, donde abundan los puestos de apoyo (gestores de bases de datos, ingenieros, técnicos de investigación, etc.), en la IISP aún falta personal de apoyo que facilite el trabajo de los investigadores. Los investigadores en la IISP suelen trabajar de forma independiente, pero también pueden actuar como consultores y expertos remunerados para evaluar la intervención. En la mayoría de los casos, trabajan en equipos interdisciplinarios para aportar una perspectiva diversa a la evaluación. Estos equipos pueden poner a disposición de otros, en función de las preguntas planteadas sobre la intervención, métodos, marcos conceptuales y teorías indispensables para comprender las acciones emprendidas.

## TOMADORES DE DECISIONES

Si bien el término “responsables” puede sonar fuerte y usado en exceso, ya que rara vez una sola persona toma una decisión, en este contexto nos referimos a los líderes de las organizaciones que deciden actuar para responder (normalmente) a una necesidad de salud de la población. En un contexto democrático, los responsables rinden cuentas a la población,

y por lo tanto, a las personas que se beneficiarán de las intervenciones evaluadas. Se esforzarán por obtener los recursos humanos y materiales necesarios para que la intervención sea viable y pueda ser organizada. Son estas mismas personas las que deberían poder beneficiarse de los resultados de la investigación sobre la intervención para comprenderla mejor y tomar decisiones sobre su adaptación, sostenibilidad (o cese) y difusión. Aunque todavía es poco común, pueden existir actores intermedios (RIDDE *et al.*, 2013) que actúen como puente entre los responsables y los interventores para facilitar el uso de los datos de la investigación. Este punto se desarrollará con más detalle en el Capítulo 6.

## POBLACIÓN

La población en general, ya sea como paciente, beneficiaria de una intervención o simplemente residente en la región donde se implementa, está ampliamente involucrada en la IISP. Como se ha mencionado anteriormente, las fronteras entre estos grupos son difusas, y las personas que se benefician de la acción también pueden ser expertas en el tema o tener responsabilidades en las instancias gubernamentales. Sin embargo, estas personas suelen participar menos en las etapas iniciales de la construcción de la intervención y, posteriormente, en su evaluación e investigación.

## FINANCIADORES

Si bien en ocasiones pueden confundirse con los responsables, las organizaciones que financian la IISP suelen tener una menor presencia en los órganos de dirección o gobernanza. La financiación puede destinarse específicamente a la intervención, a la investigación únicamente o, en raras ocasiones, a la IISP en su conjunto. Estos organismos de financiación están presentes en todos los niveles y escalas gubernamentales, desde el ámbito local hasta el internacional.

## RESPONSABLES DE SOCIEDADES, DE REVISTAS CIENTÍFICAS Y LOS ORGANISMOS DE EXPERTOS ENCARGADOS DE PRODUCIR RECOMENDACIONES

La investigación de intervenciones en salud poblacional (IISP) contribuye a la construcción del conocimiento sobre la salud poblacional y, al

mismo tiempo, debe promover el uso de evidencia científica para definir e implementar intervenciones. Por lo tanto, es fundamental compartir los resultados de la IISP con las sociedades científicas y las revistas científicas. Estas dos instituciones tienen un poder normativo real sobre cómo se comparten los conocimientos de la IISP (en forma de síntesis, revisiones y artículos científicos) y cómo se percibe la científicidad de este tipo de enfoque, que aún está poco desarrollado en el campo de la salud.

## GRUPOS DE INTERÉS

Una última categoría de actores está formada por los grupos de intereses múltiples, que pueden introducir conflictos de interés (véase el Capítulo 6) en los procesos de utilización de los resultados de la investigación. Basta pensar en los determinantes comerciales de la salud (DE LACY-VAWDON y LIVINGSTONE, 2020) para comprender los efectos potenciales de estos actores, que aún no se tienen en cuenta en la IISP, a diferencia de la investigación clínica, por ejemplo.

## **| EL ANÁLISIS DE LOS ACTORES EN LOS TRES MOMENTOS ESENCIALES DEL IISP**

En esta sección, nos proponemos mostrar cómo estos múltiples actores desempeñan un papel fundamental en las diferentes etapas y procesos de la IISP. Los posicionamientos y los juegos de poder de estos actores dependerán, por supuesto, en gran medida del contexto y los momentos de su movilización, así como de la historia de su encuentro. Sin embargo, para este capítulo, sugerimos un análisis global para ilustrar el tenor de lo posible y las situaciones, con el fin de que pueda ser una fuente de inspiración para el compromiso de los lectores con la IISP.

Obviamente, las siete categorías de actores que proponemos pueden extenderse indefinidamente, al igual que los desafíos en torno a los cuales creemos que es útil organizar la reflexión. Sin embargo, nos parece que los elementos importantes para elaborar nuestra reflexión se refieren a los roles y desafíos que encuentran estas categorías de actores en torno a los momentos de la intervención (aparición, implementación,

evaluación), pero también de la investigación (diseño, implementación, transferencia de conocimiento), siendo ambos obviamente entrelazados como hemos visto en la definición de IISP propuesta en el Capítulo 1. Es por ello que resulta imposible representar en dos dimensiones estas siete categorías de actores frente a esta triple perspectiva por el doble entrelazamiento de la intervención y la investigación en el corazón de la IISP (¡7x3x2!). Así, para hacer la reflexión más legible, agrupamos estos procesos en tres momentos centrales (Figura 11) que deben entenderse como subprocesos a menudo concomitantes (a imagen de la teoría de las corrientes [KINGDON, 1995]) y no como etapas lineales: diseño, implementación, transferencia de conocimiento (RIDDE y DAGENAIS, 2019) como se ha simplificado, en particular, en el Capítulo 3.

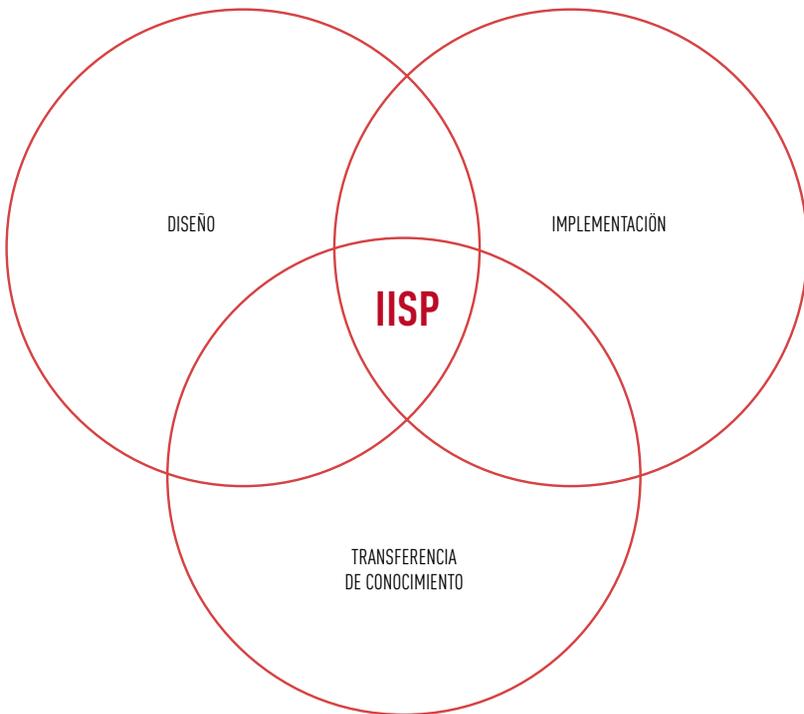


Figura 11 | Tres momentos esenciales de la IISP.

## DISEÑO DE LA IISP

El diseño de la IISP representa un punto crítico para establecer una sólida alianza entre todos los actores involucrados. Esta alianza tiene

como objetivo comprender a fondo el problema que se pretende abordar mediante una intervención de salud poblacional y, en consecuencia, definir el contenido de la intervención, la investigación asociada y los mecanismos para transferir el conocimiento generado.

**Tabla 7 |** Roles y desafíos de los actores en el diseño de la IISP.

	<b>Roles</b>	<b>Desafíos</b>
<b>Actores</b>	Determinar los factores del problema Movilizar a los actores locales Tener en cuenta las pruebas Explicar la disponibilidad de datos Participar en la adaptación de las herramientas de recolección de datos Búsqueda de financiación	Orientación de los debates y las acciones Ocultar los conflictos y el historial Romper con las rutinas Considerar los desafíos de evaluación y científicos Implicar a los investigadores Centrarse en la eficacia
<b>Poblaciones</b>	Explicar el problema y sus determinantes Participar en la elección de las acciones Participar y validar la teoría de la intervención	Percepción general del problema Representación de la diversidad Lugar de expertos
<b>Equipo de Investigación</b>	Producir la teoría de la intervención Explicar los desafíos de la evaluación Proponer métodos adaptados Responder a preguntas operativas y producir conocimiento científico Buscar financiación	Comprender la lógica de la intervención Comprensión de los contextos locales Dualidad operativa vs. científica Adaptación a los socios Compartir la toma de decisiones metodológicas Organizar un equipo interdisciplinario
<b>Responsables de la toma de decisiones y financiadores</b>	Identificar las necesidades de acción Finanzas Implicación en la elección de los instrumentos Explicar los desafíos y procesos de toma de decisiones	Voluntad de involucrarse Apertura a la complejidad Uso de la evidencia como fuente para la toma de decisiones
<b>Grupos de interés</b>	Favorecer los intereses de sus miembros	Influir en la percepción de los problemas y, por lo tanto, de las soluciones

Los *actores* involucrados normalmente tienen un conocimiento profundo del contexto y las necesidades de las poblaciones en relación con el problema a abordar. Por lo tanto, su función será, en particular, explicar los determinantes del problema y proponer las acciones a implementar.

Para ello, pueden solicitar la ayuda de equipos de investigación para comprender mejor el estado del conocimiento sobre el tema en cuestión, así como sobre las intervenciones a organizar. Para facilitar los procesos de evaluación y, en particular, las elecciones metodológicas, deben poder

explicar la disponibilidad de datos y las preguntas que se plantean sobre la intervención (BAMBERGER y RUGH, 2012). Los actores involucrados también pueden desempeñar un papel esencial en la movilización de los actores locales y en la adaptación de las soluciones a los contextos, que a menudo dominan mucho mejor que todas las demás partes interesadas. En particular, pueden apoyar la búsqueda de financiación, pero también pueden participar en la adaptación de las herramientas que propondrán los investigadores. Los desafíos están relacionados con su profundo conocimiento de los contextos, lo que significa que pueden orientar los debates y las intervenciones más allá de los intereses de la población y hacer caso omiso de los problemas de poder y los conflictos previos que las personas externas pueden no comprender de manera rápida o fácil. Los actores involucrados también pueden a veces tender a decidir el contenido de las acciones sin considerar los fundamentos científicos o teóricos de antemano y simplemente alinearse con sus rutinas establecidas. También pueden comenzar a pensar en colaborar con un equipo de investigación para la IISP, incluso cuando la intervención ha estado en marcha durante mucho tiempo y, por lo tanto, es imposible o difícil recopilar datos de comparación. Estas personas también pueden tender a estar más interesadas en analizar la efectividad de sus intervenciones que en comprender los procesos que han conducido (o no) al logro de sus objetivos. Este desafío es aún más importante ya que tienden a olvidar o minimizar los costos de las dimensiones de evaluación de la IISP y carecen de la disponibilidad o la experiencia para colaborar con los investigadores.

Las *poblaciones* serán el primer público objetivo de la intervención, como usuarios o pacientes, y deben poder participar desde el principio en la comprensión del problema (y sus determinantes) y en las soluciones a aportar para solucionarlo. Esta implicación puede ser directa, participando en reflexiones y talleres de formulación de la intervención, o indirecta a través del equipo de investigación que organizará una recolección de datos para relevar sus percepciones.

En la medida de lo posible, se debe encontrar una manera de involucrar a las poblaciones en la producción y validación de la teoría de la intervención. Existen múltiples métodos participativos para ello. La cuestión de la representación de las personas y la diversidad (RIDDE *et al.*, 2021) es un desafío importante, ya que si bien, por un lado, existen representantes de barrio o responsables de asociaciones de enfermos, por otro lado, no es el caso para todas las problemáticas y, además, plantea la

cuestión de la representatividad de las personas que se involucran en los procesos (SAILLANT, 2004). Además, estas personas a veces tienen una visión limitada del problema abordado, centrada en su contexto local sin tomar conciencia del estado del conocimiento científico. Por el contrario, puede suceder que los representantes de las poblaciones sean también personas expertas en el dominio abordado (un médico o un científico jubilado), lo que plantea un desafío diferente en su capacidad para tener en cuenta saberes con más experiencia.

En el marco de una IISP, los *equipos de investigación* tendrán, entre otras, la función de apoyar la explicitación de la teoría de la intervención a partir de la experiencia de los actores involucrados y otras personas afectadas, así como de sus propios conocimientos científicos (y de los escritos disponibles) sobre la forma en que podría abordarse el problema. De este modo, podrán enriquecer esta teoría de la acción con elementos que, a veces, los actores de campo olvidan o de los que no siempre son conscientes. También deberán explicitar los retos de evaluación que plantean las preguntas que interesan a las demás partes interesadas. En particular, tendrán que explicar lo que es factible desde el punto de vista metodológico, pero también viable desde el punto de vista presupuestario, al tiempo que se comprometen en la búsqueda de financiación. Se tratará de proponer métodos adaptados al contexto y a las necesidades, y no necesariamente aquellos con los que los investigadores están más familiarizados. Para los investigadores, los desafíos serán comprender bien el contexto local, la intervención y su lógica causal. Deberán aceptar organizar un equipo interdisciplinario para responder a las preguntas y compartir su poder para dar cabida a una discusión abierta sobre los retos epistemológicos, disciplinarios y metodológicos. Los equipos deberán centrarse menos en la investigación fundamental y más en la movilización de métodos de investigación rigurosos, pero útiles para comprender una intervención (y, por lo tanto, responder a las preguntas de los actores involucrados) al mismo tiempo que persiguen sus agendas de investigación para el desarrollo del conocimiento científico. Por lo tanto, los equipos de investigación se enfrentan al desafío de tener dos caras de una misma moneda a la hora de movilizar métodos, por un lado, para responder a preguntas relativamente operativas y, por otro, para desarrollar el estado del conocimiento y participar en la construcción del campo. El desafío de la búsqueda de financiación será importante, ya que la IISP todavía no son una norma en el mundo científico y en las convocatorias habituales.

RECUADRO 15  
EL DISEÑO DE UNA IISP  
CONTRA EL VECTOR DEL DENGUE EN BURKINA FASO

En Burkina Faso, como en otras partes de África Occidental, el paludismo es una de las enfermedades contra las que se implementan con mayor frecuencia intervenciones. Sin embargo, otras enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, quedan relegadas a un segundo plano, a pesar de que su vector, *Aedes aegypti*, está presente en la región. Por lo tanto, se planificó una IISP en la capital del país para evaluar la eficacia de una intervención comunitaria de control del dengue mediante el control de su vector. Para decidir el contenido de la intervención a implementar, el equipo utilizó cuatro fuentes de información: i) Una revisión sistemática del estado del conocimiento científico; ii) Modelos conceptuales para guiar la selección de la teoría de la intervención; iii) Un análisis del contexto local y un estudio cuantitativo y cualitativo de las preferencias de la población con respecto a algunas actividades prometedoras; iv) Un análisis de las posibilidades de acción según los actores involucrados (OUÉDRAOGO *et al.*, 2019). La evaluación mostró que la intervención fue efectiva (OUÉDRAOGO *et al.*, 2018).

*Los responsables de la toma de decisiones y los financiadores* deben tener el papel de informar sobre las necesidades detrás de IISP y participar, en la medida de lo posible, en su diseño inicial, que se sabe que es un factor propicio para la sostenibilidad y el uso posterior de los resultados (véase más adelante) (SEPPEY *et al.*, 2021). Deberán aclarar los procesos de toma de decisiones en torno a IISP para que todas las partes interesadas los tengan en cuenta para su posterior participación. Por supuesto, también se espera (uno puede soñar) que los tomadores de decisiones tengan en cuenta las últimas pruebas al definir el contenido de las intervenciones que desean ver probadas por el IISP planificado. Uno de los desafíos es que deben aceptar que las cuestiones políticas no son las únicas consideradas en la formulación de las intervenciones y que le dan al IISP los medios financieros. Su disponibilidad y apertura a la complejidad (que la política pretende simplificar) son otros desafíos a considerar en las interacciones con ellos (Recuadro 16).

A menudo de naturaleza privada, pero no solo, los *grupos de interés* pueden intentar influir en las agendas del mundo de la investigación. Por ejemplo, podemos pensar en la definición de planes estratégicos.

## RECUADRO 16

### LA PARTICIPACIÓN DE FINANCIADORES EN LA FORMULACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA UN ALEGATO BASADO EN PRUEBAS CIENTÍFICAS

La desnutrición es un problema de salud pública de gran importancia en Burkina Faso, especialmente en la región norte del país. Diversos estudios han demostrado que el acceso a la atención médica es un determinante fundamental de la nutrición infantil, como lo modeló UNICEF en la década de 2000. Sin embargo, en África Occidental, el acceso al sistema de salud es costoso para todos, incluidos los más pobres, quienes son precisamente los que enfrentan mayores desafíos alimentarios. Lamentablemente, los gobiernos no habían mostrado interés en implementar políticas de exención de pago de atención médica. Ante esta situación, a mediados de la década de 2000, la Oficina de Ayuda Humanitaria (ECHO) de la Unión Europea tomó la iniciativa de financiar intervenciones para eliminar el pago de atención médica para niños menores de cinco años. El objetivo era demostrar que mejorar el acceso a la atención médica tendría un impacto positivo en la lucha contra la desnutrición. Además de financiar intervenciones de ONG, como parte de su mandato, ECHO destinó más de 1.2 millones de euros a lo largo de ocho años para apoyar investigaciones y generar conocimiento sobre este enfoque. El objetivo era obtener evidencia científica sólida para respaldar su defensa de un cambio de política, algo que esta organización nunca había hecho antes. Diez años después de la iniciativa de ECHO, la estrategia de exención de pago se convirtió en una política nacional financiada por el Estado (RIDDE y YAMÉOGO, 2018). Este logro demuestra el poder de la evidencia científica y la defensa basada en datos para impulsar cambios positivos en las políticas públicas de salud.

La investigación en áreas muy específicas (nutrición, salud laboral, cáncer, etc.) a menudo involucra a múltiples grupos que desean influir en cómo se aborda y comprende el problema y, en consecuencia, cómo se estudia. A medida que los gobiernos se involucran cada vez más en la definición de prioridades de investigación nacionales (a veces, pero no lo suficiente, a nivel regional), esto puede generar riesgos en la forma en que se comprende el problema (y, por lo tanto, en las soluciones que se contemplan a través de las intervenciones estudiadas) si estos grupos pueden estar presentes directamente o influir indirectamente. Basta pensar en los grupos de interés económicos (determinantes comerciales de la salud, influencia en las estrategias de lucha contra el alcohol, por ejemplo), comunitarios (asociaciones de pacientes) o ideológicos/

confesionales (estrategias en salud sexual). La construcción social de un problema es un tema clásico en el estudio de las políticas públicas (COBB y COUGHLIN, 1998) y no hay razón para que no se aplique al campo de la IISP.

## IMPLEMENTACIÓN DE LA IISP

La organización de la IISP abarca tanto la implementación de intervenciones en beneficio de la población como la movilización de actividades de investigación para comprenderlas mejor, así como las estrategias para promover el uso de los resultados (véase la Tabla 8).

**Tabla 8 |** Roles y desafíos de los actores de la IISP durante la implementación.

	Roles	Desafíos
<b>Responsables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar y adaptar el plan de intervención</li> <li>Informar sobre las evoluciones del contexto y las (nuevas) acciones</li> <li>Facilitar el acceso al campo y colaborar con los investigadores</li> <li>Interactuar con los responsables de la toma de decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apegarse demasiado al plan</li> <li>Distorsionar los datos o sesgar la investigación</li> <li>Instrumentalizar la intervención</li> </ul>
<b>Poblaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participar en la implementación</li> <li>Involucrarse en la selección de instrumentos y actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad</li> <li>Capacidades y Competencias</li> <li>Movilidad</li> <li>Desafíos de poder y diversidad</li> </ul>
<b>Equipo de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Movilizar métodos apropiados</li> <li>Producir conocimientos válidos, útiles y en tiempo oportuno</li> <li>Gestionar los datos en transparencia y accesibles a todos</li> <li>Fortalecer las capacidades de los socios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajar en interdisciplinariedad y métodos mixtos</li> <li>Compartir el poder simbólico académico</li> <li>Embarcarse en un enfoque aún poco valorada por las universidades</li> <li>Adoptar una aproximación reflexiva</li> </ul>
<b>Responsables de la toma de decisiones y financiadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguir el proceso de forma regular</li> <li>Participar en la toma de decisiones</li> <li>Facilitar el acceso al campo</li> <li>Adaptar los desafíos éticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación de procesos</li> <li>Recuperación política de la Intervención</li> </ul>

En este enfoque, *los implementadores* tienen la función de garantizar un equilibrio difícil entre la fidelidad al plan de implementación planificado, que a menudo es olvidado por los investigadores que utilizan

enfoques experimentales (PÉREZ *et al.*, 2018), y la adaptación continua al contexto, las necesidades y las reacciones de los actores de primera línea y las poblaciones (véase debajo). Deben asegurarse de informar a los equipos de investigación y a los responsables de la toma de decisiones sobre estos cambios o, al menos, organizarse para conservarlos en la memoria para que la evaluación no estudie una intervención que no existe (o solo en el papel) o que ha cambiado fundamentalmente (lo que puede ser bueno... o no), el famoso error de tipo 3 (RIDDE y HADDAD, 2013). La llegada de nuevas intervenciones o la presencia de eventos perturbadores importantes deben ser explicados rápidamente por los implementadores para permitir a los evaluadores considerarlos en los procesos de evaluación o a los responsables de la toma de decisiones en sus reflexiones. Los implementadores deben poder facilitar el acceso y la comprensión del terreno para los equipos de investigación a fin de fortalecer la calidad de los métodos que implementan. En el contexto de esta recopilación de datos, deben comprometerse a proporcionar respuestas justas y no distorsionar la realidad para instrumentalizar la intervención, en particular. Sin embargo, la IISP no emite juicios sobre las personas o las competencias individuales, sino sobre las intervenciones en su conjunto, lo que obviamente plantea un desafío de comprensión para los implementadores involucrados en las acciones con las que se asocian sus puestos y salarios.

Los pacientes y participantes en intervenciones de salud poblacional deben tener la posibilidad de decidir sobre su implicación en la implementación. Su papel en este proceso no debe percibirse como meramente receptivo, sino también como participativo e incluso como cocreador (de instrumentos y actividades) cuando sea pertinente y necesario (DAIGNEAULT y JACOB, 2012). Deben poder ser actores clave no solo en la intervención, sino también en la evaluación, es decir, en todos los procesos de la IISP (RIDDE, 2006). Evidentemente, más allá de los desafíos de disponibilidad de esta participación, debe entenderse como una posibilidad y no como una obligación. Por lo tanto, es fundamental asegurarse de que las personas tengan los medios (técnicos, humanos, financieros) y el tiempo (disponibilidad y movilidad) para participar. Si no es así, el papel de los demás actores de la IISP es hacer que esto sea posible (Recuadro 17). Esto puede materializarse en instancias de participación (véase debajo) o en actividades de fortalecimiento de capacidades, por ejemplo. Los problemas de poder a veces pueden exacerbar cuando se incluye a las poblaciones en el juego de la IISP,

## RECUADRO 17

### IMPLICACIÓN DE LAS POBLACIONES VULNERABLES EN UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

En el recuadro anterior, explicamos cómo el acceso a la atención en África se vio limitado por una barrera financiera importante. Esta barrera es insuperable para los más pobres, que las políticas públicas en África occidental llaman “los indigentes”. En Burkina Faso y Malí, hemos emprendido varias acciones de investigación para encontrar soluciones operativas para su acceso a la atención. El principal desafío que nunca hemos podido superar es su participación en el proceso. De hecho, estas personas viven la mayor parte del tiempo en condiciones de extrema privación material y social y están totalmente al margen de las sociedades locales. Las condiciones para su participación en la definición de intervenciones siempre han sido objeto de debate entre los actores de las diversas investigaciones de acción: desafío ético, desafío del estigma, cuestión de poder, etc. (YAOGO *et al.*, 2012). Conscientes de estos problemas, los equipos de investigación de acción decidieron no organizar una agrupación colectiva de estas personas para tener su punto de vista, sino más bien contrarrestarlas individualmente para tomarse el tiempo para intercambiar en condiciones favorables a la expresión de su necesidad. El análisis de estos discursos, estilos de vida y dificultades en el uso del cuidado ha complementado así los análisis contextuales y la revisión de escritos científicos para definir el contenido de las intervenciones que deben mobilizarse con las partes interesadas (KADIO *et al.*, 2020; BONNET *et al.*, 2019).

donde los implementadores, los responsables de la toma de decisiones y los investigadores a menudo tienen un capital simbólico imponente y desestabilizador si no prestan atención. Esta cuestión es aún más importante cuando se trata de tener en cuenta los desafíos de la diversidad en la IISP para garantizar que todos los miembros de la sociedad estén presentes y sean considerados (RIDDE *et al.*, 2021).

*Los equipos de investigación* deben asegurarse de poder mobilizarse en un tiempo breve y cercano al de la intervención. El tiempo extenso de la investigación no es el de la IISP. El rigor de los métodos debe ser equilibrado con el tiempo relativamente corto que esperan los demás colegas de la IISP y los contextos en constante evolución (véase el Capítulo 1).

Su papel es ponerse al servicio de las preguntas de evaluación sobre la intervención y no imponer un método en particular, el que prefieren los investigadores. El principio es recopilar los datos que se necesitan

para responder a las preguntas de evaluación sin embarcarse en un proceso largo y costoso de recolección de datos a granel que luego no se sabrá qué hacer con ellos (véase el Capítulo 4). Evidentemente, no se trata de dejar de lado, cuando sea posible y la intervención lo permita, el desarrollo de conocimientos más teóricos, más académicos o menos evaluativos y pragmáticos. El desafío para los equipos de investigación es poder mantener un equilibrio entre estas dos facetas de un mismo oficio específico de la IISP. La gestión de datos, tanto desde el punto de vista de la parsimonia como de su transparencia, es un papel central que recae en los equipos de investigación (que necesitan personal de apoyo). Todas las partes interesadas de la IISP deberían tener acceso a estos datos. La solidez de estos métodos y del uso de los datos debe explicarse a todos, sin prejuzgar la incapacidad de unos u otros para comprenderlos. También se trata de compartir el poder y contribuir, en la medida de lo posible, al fortalecimiento de las capacidades de los actores en el ámbito de la evaluación, e incluso de los responsables de la toma de decisiones y las poblaciones. El desafío para estos equipos es estar dispuestos a trabajar de forma interdisciplinaria, ya que la IISP es fundamentalmente una aventura de varias disciplinas que deben colaborar sin complacencia y en total complementariedad (PLUYE, 2019).

De este modo, el trabajo en equipo, utilizando métodos mixtos complementarios y enfoques disciplinarios diversos (PLUYE, 2019), respetuosos entre sí, es un desafío crucial que debe abordarse en el marco de la IISP, así como un enfoque reflexivo para avanzar en sus procesos (Recuadro 18). En segundo lugar, cuando los investigadores actúan como consultores remunerados por el presupuesto de la intervención del mismo financiador que la misma, pueden surgir vínculos y conflictos de interés en el proceso de la IISP.

Si bien no todos los vínculos de interés se transforman en conflictos de interés, es fundamental hacerlos públicos, como lo hacen ahora (casi todos) los equipos de investigación clínica. Finalmente, los imprevistos relacionados con la intervención en sí, al igual que los relacionados con la movilización de los actores, hacen que las IISP sean fundamentalmente dinámicas. Esto presenta un interés, pero también exige a los investigadores encontrar un equilibrio entre el rigor y los métodos a menudo predeterminados, por un lado, y la necesidad de ajustar la producción de conocimientos, por otro (Recuadro 19).

## RECUADRO 18

### CONCILIACIÓN EPISTEMOLÓGICA ENTRE INVESTIGADORES

En Francia, se inicia un programa de IISP sobre las desigualdades sociales de salud. La originalidad del proyecto radica en reunir a investigadores que no han trabajado juntos anteriormente, pero que poseen competencias muy complementarias, sobre el papel, y *a priori* útiles para comprender el complejo tema de las intervenciones que buscan reducir las desigualdades. Se conocen de lejos, por encuentros, coloquios o lecturas de sus artículos. Hay un médico epidemiólogo, una socióloga y tres investigadores en salud pública y promoción de la salud. Estos últimos abogan por la utilización de un plan de investigación inspirado en la evaluación realista (Capítulo 3), aún muy novedosa en Francia y poco conocida por los demás. Los debates son interminables, ya que la distancia epistemológica es grande, incluso irreconciliable. Durante las tensas reuniones, los estudiantes presentes no lo pueden creer y, aunque no se atreven a hablar de ello, se envían mensajes de texto en directo para expresar su sorpresa ante la virulencia de los comentarios. Los debates se centran principalmente en la definición del concepto de “mecanismo” (LACOUTURE *et al.*, 2015), que es fundamental para el enfoque realista y ampliamente debatido en el campo de la sociología, e incluso de la antropología (OLIVIER DE SARDAN, 2021). Finalmente, el programa terminará sin ninguna colaboración posible y cada grupo avanzará en sus reflexiones por su lado (BRETON *et al.*, 2017).

Por lo tanto, preguntas de investigación como los métodos de investigación pueden evolucionar durante el proyecto IISP (Recuadro 20), como un plan de investigación flexible (ROBSON, 2011).

*Los responsables de la toma de decisiones y los financiadores deberían poder seguir de forma regular la implementación de la intervención y participar en la toma de decisiones sobre la evolución del contenido de la IISP a lo largo del tiempo. Para ello, deberían organizarse espacios de debate (véase más adelante). Según los contextos, también podrán facilitar el acceso al terreno, especialmente para los equipos de investigación, y asegurarse de que se dispongan de recursos suficientes. Los retos en este caso se relacionan con el riesgo de querer orientar las intervenciones hacia problemáticas menos pertinentes para las poblaciones que para los intereses políticos u organizativos. Los responsables de la toma de decisiones también deberían prestar atención a las normas éticas de la IISP, que no pueden replicar las de la investigación en salud, a menudo biomédica, y adaptarse a las necesidades de las personas afectadas por las intervenciones, especialmente en contextos de vulnerabilidad (RIDDE *et al.*, 2016).*

## RECUADRO 19

### INVESTIGADORES OBSESIONADOS Y ACADÉMICOS

El mundo de la investigación está plagado de una miríada de personas muy diferentes. Sin embargo, cuando se trata de embarcarse en una IISP, los equipos de investigación deben ser capaces de adaptarse a las necesidades, buscando un equilibrio entre su rigor científico y el intercambio de resultados en tiempo oportuno. A pesar de conocer perfectamente estos desafíos, dos investigadores no han podido nunca realmente conciliar esta cuestión a pesar de haber estado muy a menudo involucrados en IISP. Se trata de médicos formados en epidemiología o economía de la salud que siempre han estado obsesionados con la precisión de sus análisis. Siempre han presionado por planes de investigación experimentales imposibles de financiar y, en el análisis estadístico de los efectos de las intervenciones, siempre han buscado validarlos durante meses, incluso años. Diez años después, algunos de los análisis aún no se han publicado y una tesis doctoral en epidemiología nunca se ha completado. A menudo se han negado a publicar resultados preliminares para los actores interesados hasta que no se publicaran en una revista científica, lo que, como se sabe, suele requerir varios años. No se trata de un caso exclusivo de los cuantitativistas, ya que un médico antropólogo acaba de negarse a escribir una nota de política sobre sus resultados hasta que su artículo no sea publicado en una revista académica, lo que ocurrió un año después, incluso eligiendo una revista con una tasa de aceptación del 40 %.

Desde esta perspectiva, el desafío radica en que la mayoría de los comités de ética y sus miembros suelen ser clínicos o éticos con poco conocimiento de los aspectos específicos de la ética de la IISP (YAOGO *et al.*, 2012; HAMELIN *et al.*, 2018; 2020). Como consecuencia, sus consejos o recomendaciones pueden, en ocasiones, introducir sesgos importantes en la aceptabilidad de las intervenciones por parte de las personas afectadas.

## TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS Y LA IISP

La IISP se preocupa fundamentalmente por la utilización de sus resultados, su función social descrita en el Capítulo 1, más allá de la mera difusión de conocimientos en revistas académicas (véase arriba). Por lo tanto, la cuestión de la transferencia de conocimientos, un término consagrado que no prejuzga en absoluto el carácter interactivo y multidireccional

## RECUADRO 20 DE LA EFICIENCIA A LA ACEPTIBILIDAD

En Nueva Aquitania, una RISP tiene como objetivo evaluar en un estudio piloto la transferibilidad (eficacia en otro contexto) de una estrategia de reducción de riesgos (RDR) relacionados con el consumo de alcohol en diferentes contextos de atención y acompañamiento de pacientes (centros de tratamiento de adicciones, hogares, asociaciones, etc.).

Se diseñó un protocolo de evaluación mixto para evaluar tanto el efecto de la estrategia en el consumo de alcohol, la adicción y los indicadores de calidad de vida y recuperación (estudio cuantitativo), como también las adaptaciones realizadas a la estrategia RDR en cada contexto de atención y acompañamiento (estudio cualitativo). A medida que se organizaba la estrategia de RDR, finalmente resultó poco propuesta a los pacientes por los profesionales en comparación con otras estrategias. También fue poco aceptada por los pacientes a pesar de que tuvo un gran éxito en el contexto inicial donde se desarrolló.

Por lo tanto, el equipo reorientó sus preguntas de investigación ya no trabajando en las condiciones de efectividad en otros contextos (transferibilidad), sino en las condiciones de su adopción o no (factibilidad, aceptabilidad, etc.).

del saber y las estrategias (DAGENAIS *et al.*, 2013), se encuentra en el corazón de la IISP. Se abordará en detalle en el Capítulo 6.

Los actores deben ser capaces no sólo de considerar el estado del conocimiento para desarrollar su intervención (véase arriba), sino también de explicitar sus necesidades al respecto para obtener el apoyo de los equipos de investigación o de los agentes de conocimiento (RIDDE *et al.*, 2013) que tendrán un papel de intermediación (véase el Capítulo 6). Su participación debe ser activa en todas las estrategias de transferencia de conocimiento derivadas de su intervención, ya que si bien los responsables de la toma de decisiones son a menudo los principales destinatarios de estos procesos, los actores también tienen mucho que ganar con el fortalecimiento de sus acciones. Deben ser capaces de facilitar estos procesos, identificar las necesidades y los retos de los responsables de la toma de decisiones y de las personas que deben beneficiarse de ellos para apoyar su adaptación a fin de que sean lo más eficaces posible.

Los desafíos están relacionados con la necesidad de disponibilidad y financiamiento para estas actividades de transferencia de conocimientos que los actores a menudo olvidan planificar en sus presupuestos de intervención. A menudo tienden a desconfiar de los equipos de investi-

gación, especialmente cuando estos últimos adoptan comportamientos de superioridad que dejan poco espacio para el intercambio de conocimientos. Es necesario superar este desafío para que la colaboración sea fructífera. Los actores a veces también tienden a pensar que no tienen ningún papel que desempeñar en las actividades de investigación o en la influencia de los responsables de la toma de decisiones, cuando en realidad su participación es esencial y su implicación en este sentido puede ser muy útil. Algunos desean distanciarse mucho de los responsables de la toma de decisiones y de los financiadores por miedo a una recuperación política y a la instrumentalización de sus intervenciones en los contextos locales.

**Tabla 9 |** Roles y desafíos de los actores de la IISP en la transferencia de conocimientos (TC)

	<b>Roles</b>	<b>Desafíos</b>
<b>Actores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar la ciencia para la intervención</li> <li>Explicitar sus necesidades de TC</li> <li>Participación activa y facilitación de las actividades de TC</li> <li>Identificar a los tomadores de decisiones y los espacios de decisión pertinentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad</li> <li>Financiamiento de la TC</li> <li>Desconfianza en la investigación y la TC</li> <li>Distancia con los tomadores de decisiones</li> </ul>
<b>Poblaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estar involucrado desde el principio</li> <li>Participar en la interpretación de los resultados</li> <li>Influenciar a los tomadores de decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad</li> <li>Alfabetización Científica</li> <li>Corporativismo/comunitarismo</li> <li>Selección de resultados</li> </ul>
<b>Equipo de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Otorgar importancia a la TC</li> <li>Producir conocimiento en un tiempo razonable</li> <li>Hacer que el conocimiento sea accesible</li> <li>Participación en el proceso de TC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprender los procesos de toma de decisiones</li> <li>Querer involucrarse más allá de los aspectos científicos</li> <li>Reconocimiento académico</li> </ul>
<b>Responsables de la toma de decisiones y financiadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interesarse en la TC y estar disponible</li> <li>Participar en la interpretación de los resultados</li> <li>Financiar la TC</li> <li>Reflexionar sobre el posible uso de los resultados</li> <li>Informar a los demás sobre los desafíos de la toma de decisiones</li> <li>Abrir espacios de decisión</li> <li>Interactuar con los responsables de la TC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntad política de utilizar los resultados</li> <li>Distorsión y selección de resultados</li> <li>Alfabetización científica</li> <li>Temporalidad de la toma de decisiones</li> <li>Politización de los resultados</li> </ul>

*Las poblaciones* rara vez se asocian a las actividades de transferencia de conocimientos y a menudo se limitan a ser los destinatarios de sesiones de divulgación científica o de presentación de resultados. Sin embargo, los pacientes expertos y otras personas movilizadas en sus comunidades pueden ser actores clave para el éxito de estas estrategias (LANGER *et al.*, 2016). Por lo tanto, es importante involucrarlos, desde el principio, en la planificación de las actividades de transferencia de conocimientos y, posteriormente, en todo el proceso. Pueden desempeñar un papel importante en la influencia de los responsables de la toma de decisiones en los contextos locales, ya que las poblaciones también son las que votan y tienen relaciones privilegiadas con los representantes electos. Sin embargo, son muchos los desafíos de su implicación en la transferencia de conocimientos: su disponibilidad, su experiencia en el tema tratado, los medios y recursos para implicarse, su voluntad de influir en los responsables de la toma de decisiones y su preocupación por el mayor número posible de personas más allá de sus propios intereses.

*Los equipos de investigación* deben ser capaces de comprender, desde el inicio de la IISP, la importancia de las actividades de transferencia de conocimientos y el hecho de que su producción de conocimientos está al servicio de la intervención antes que de su carrera académica. Su función es generar pruebas útiles para la intervención y accesibles a todos. No deben terminar su participación en la IISP una vez que la investigación haya concluido, sino que, por el contrario, deben participar en los procesos a lo largo de la transferencia de conocimientos. Su responsabilidad es también compartir con el mayor número posible y con la comunidad científica resultados válidos en un plazo razonable para facilitar su uso, en particular por parte de los responsables de la toma de decisiones y en el marco de las intervenciones. El reto para los investigadores es adaptar su lenguaje, evitar el tecnicismo y hacer accesibles sus métodos y conocimientos sin utilizar su poder simbólico, lo que crearía una distancia innecesaria con las demás partes interesadas de la IISP (Recuadro 21).

En ocasiones, los investigadores pasan de un proyecto a otro sin tomarse el tiempo de finalizar sus informes o análisis, publicando los resultados mucho tiempo después, lo que supone un reto importante para la IISP, cuyos resultados deben ser rápidamente utilizables. También puede ser difícil para los equipos de investigación comprender los espacios de toma de decisiones, querer participar en ellos y comprender que los responsables de la toma de decisiones se enfrentan a múltiples influencias,

## RECUADRO 21 DEL TECNICISMO DE LOS INVESTIGADORES Y SUS EFECTOS EN LOS ACTORES

En el marco de una IISP centrada en la lucha contra el paludismo, el equipo decidió organizar numerosas actividades de transferencia de conocimientos. Para ello, se ofrecieron primero varias formaciones a investigadores y actores, ya que sabíamos que los primeros a veces tienen dificultades para adaptar sus métodos y lenguajes a los segundos. Se trataba, en particular, de mejorar la calidad y la legibilidad de las diapositivas utilizadas por los investigadores en los talleres para los actores, y de redactar notas sobre políticas accesibles al mayor número posible, proporcionando recomendaciones operativas. En esta ocasión, tuvimos que constatar la persistencia de la arrogancia de algunos académicos, que creen saberlo todo mejor que los demás y son incapaces de hablar de forma clara y sencilla. La socialización de algunos de ellos hace que internalicen el uso de un tecnicismo incomprensible para algunos actores de campo, pero indispensable para su estatus y los juegos de poder. Se negaron a adaptar su lenguaje y su forma de escritura o presentación, haciendo que los mensajes fueran finalmente poco comprendidos por actores aterrorizados, intimidados o simplemente dubitativos para atreverse a hacer preguntas y comprender mejor lo que se les presenta sobre su intervención (Mc SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2017).

más allá de los datos probatorios derivados de la intervención (CAIRNEY, 2016). Además, los sistemas académicos aún no valoran lo suficiente la implicación de los investigadores en estos procesos de transferencia de conocimientos, lo que crea, para algunos, pocos incentivos para participar en estas actividades que requieren tiempo y que no aportan mucho a su carrera profesional (RIDDE, 2009).

*Los responsables de la toma de decisiones y los financiadores* deben ser capaces de dar especial importancia a la transferencia de conocimientos, especialmente en la financiación que otorgan a la IISP. Con demasiada frecuencia, estos aspectos se olvidan y es al final de la intervención cuando nos preguntamos cómo hacer que los resultados de una IISP sean útiles, como con demasiada frecuencia se piensa en la sostenibilidad al final de la acción (PLUYE *et al.*, 2000). También deben ser capaces de interesarse por los resultados, de implicarse en los procesos de transferencia de conocimientos y de estar disponibles para reflexionar sobre cómo los resultados de la IISP son útiles para su toma de decisiones. Por lo tanto, deben tenerlo en cuenta e informar a los demás socios de la IISP, incluidos los equipos de investigación, sobre los momentos y espacios que consideran

oportunos para la presentación de los resultados. Además, deben interactuar con quienes se encargan de este intercambio para asegurarse de que las pruebas sean comprensibles y se presenten de manera fáctica y convincente. Su participación en la interpretación de los resultados puede ser un factor favorable a la toma de decisiones posterior, siempre que la calidad intrínseca del estudio (validez interna, principalmente bajo la responsabilidad del equipo de investigación) y la capacidad de extrapolar los resultados a otros contextos sean de su responsabilidad (validez externa). Los desafíos son evidentemente de naturaleza política, en la forma y capacidad de los responsables de la toma de decisiones para utilizar los resultados y ver cómo se pueden tener en cuenta sin elegir lo que les conviene. Cabe destacar su deseo de compartir la toma de decisiones y la implicación con las demás partes interesadas de la IISP. La disponibilidad de los responsables de la toma de decisiones/financiadores, pero también su formación (alfabetización) en métodos de investigación y transferencia de conocimientos, es un reto para su implicación y comprensión de la IISP.

*Los responsables de las sociedades y revistas científicas* están, por otro lado, menos implicados en el diseño y la implementación de las intervenciones que en la transferencia de conocimientos. De hecho, tienen un papel importante que desempeñar al dar más cabida a la IISP. En efecto, especialmente en el ámbito de la salud, son numerosos los retos de una IISP interdisciplinaria y aplicada para poder existir y ser tenida en cuenta. La salud, y en particular la salud poblacional francófonas (RIDDE *et al.*, 2021), aún no está muy abierta a estos retos, ya que está dominada por un enfoque biomédico y pasteuriano al que se enfrentan las lógicas y enfoques de la complejidad de la IISP, como la crisis de la pandemia de COVID-19 acaba de volver a demostrar (PAUL *et al.*, 2020). Las sociedades científicas deben dar más cabida a los debates y la formación sobre la IISP, cuyas competencias esenciales están cada vez más normalizadas (RILEY *et al.*, 2015). Las revistas científicas deben dar más valor e importancia a la IISP, tanto para compartir resultados como para ofrecer análisis reflexivos sobre estos procesos (ALEXANDER *et al.*, 2020) y sobre los retos que conducen a crear una asociación eficaz entre una miríada de actores en torno a una intervención. Un grupo de investigadores ha pedido, en particular, que se dé más cabida a la presentación de los contextos en las revistas científicas, ya que estos elementos son esenciales para comprender las pruebas de la IISP (CRAIG *et al.*, 2018). Por último, como hemos mencionado anteriormente, los vínculos y conflictos de intereses deberían ser una preocupación constante de las

revistas científicas para que los lectores de los artículos científicos de la IISP puedan comprender las circunstancias, especialmente financieras, de la colaboración entre investigadores e interventores.

## **I LA IMPORTANCIA DE LOS ACTORES DE PRIMERA LÍNEA**

Para quienes están acostumbrados a leer sobre políticas públicas, no les sorprenderá leer sobre la importancia que queremos destacar de los actores de primera línea, a quienes LIPSKY (2010) denominó en inglés “street-level workers”. Para él, estos son los verdaderos tomadores de decisiones de las intervenciones, más allá de las personas que tienen responsabilidades en la formulación o financiación de las acciones en una etapa anterior. Estas personas, en la interfaz entre quienes van a (deberían) beneficiarse de la intervención y quienes decidieron que debería organizarse, están en el corazón de la eficacia potencial. El apoyo que se les debe brindar y su implicación en la organización son a menudo una garantía de éxito y factores de calidad en la implementación (MEYERS *et al.*, 2012).

Sin embargo, los investigadores y actores de la salud poblacional aún prestan demasiada poca atención al papel de estas personas, a diferencia de los politólogos, sociólogos o antropólogos para quienes las intervenciones sólo pueden entenderse “desde abajo” (OLIVIER DE SARDAN, 2021), sin que este término sea, evidentemente, peyorativo (ERASMUS, 2014). Los evaluadores conocen bien el concepto de fidelidad de la intervención, ya que sabemos que lo que se formula en los documentos del proyecto rara vez se implementa realmente en el terreno. No se cambia una sociedad por decreto, decía Michel CROZIER (1979), ni se organizan intervenciones con marcos lógicos (GIOVALUCCHI y OLIVIER DE SARDAN, 2009). La fidelidad y la adaptación de las intervenciones son, por lo tanto, las dos caras de la moneda de la eficacia de la implementación de las acciones (PÉREZ *et al.*, 2016). Sin embargo, estas piezas se encuentran en el bolsillo de los actores de primera línea, quienes decidirán en última instancia si la intervención estará disponible y será útil para las personas afectadas. Por ejemplo, en Burkina Faso, las investigaciones han demostrado que, si bien existían regulaciones desde hace mucho tiempo para que los más pobres pudieran

acceder a la atención médica gratuita, los enfermeros de primera línea las conocían poco y las aplicaban aún menos (RIDDE *et al.*, 2018). A pesar de esto, y muchos dirían que es un truismo o simplemente sentido común, todavía vemos muchas intervenciones formuladas sin ninguna participación de las personas que tendrán que implementarlas más tarde y sin hablar de la implicación de las que tendrán que beneficiarse o sufrir las consecuencias como se vio en la crisis del COVID-19. Del mismo modo, todavía vemos muchos equipos de investigación que deciden, sin los interventores, las preguntas de evaluación a las que buscarán responder movilizando sus métodos sofisticados. Sin inscribirse necesariamente en procesos de investigación-acción (véase el Capítulo 1) donde todas las decisiones son tomadas por y para las personas afectadas (SYLVESTRE *et al.*, 2019; REASON y BRADBURY, 2001), la IISP debe otorgar un papel preponderante a los actores de primera línea, más allá de la importancia esencial de las personas a quienes se dirige la intervención.

Como se habrá entendido, la IISP implica la movilización de múltiples actores y, por lo tanto, requerirá la organización de alianzas cuyos desafíos son inmensos y para los cuales los investigadores rara vez están capacitados.

## **| CONCLUSIÓN: LOS DESAFÍOS DE LAS ASOCIACIONES**

Emprender una IISP requiere la participación de una amplia gama de actores, como hemos visto. Se trata de orquestrar a jugadores de múltiples disciplinas científicas y experiencia intersectorial en el ámbito de la intervención y la movilización de la población. Para los científicos, los desafíos de la interdisciplinariedad son conocidos, pero rara vez se abordan (RESWEBER, 2011), especialmente en la formación en salud de la población (RIDDE *et al.*, 2021). En cuanto a las intervenciones, los retos de la intersectorialidad se han abordado desde hace tiempo, especialmente en el ámbito de la promoción de la salud (CORBIN, 2017) y cuando se trabaja con comunidades (BOUTILIER *et al.*, 2000). Por supuesto, no se pueden ignorar los problemas de poder en los procesos de asociación. De hecho, la asociación se entiende como “un espacio de interacción entre actores diferentes y socialmente desiguales que defienden una visión de la reali-

dad que depende de su identidad, posición social e historia” (BILODEAU *et al.*, 2003). Estos problemas afectan a casi todas las situaciones de la IISP. De este modo, las diferencias generan problemas de poder en relación con las disciplinas de los equipos de investigación (ciencias sociales frente a ciencias básicas), el estatus de las personas (funcionarios frente a becarios y contratados precarios; universitarios frente a asociativos) o el género y el origen social de los individuos movilizados, etc. La lista de diferencias que generan problemas de poder es infinita.

Por lo tanto, nos parece importante comprender bien cómo funcionan las asociaciones para garantizar una IISP ética, respetuosa con la diversidad y eficaz para responder a las preguntas planteadas. Los consejos de Angèle Bilodeau a este respecto son especialmente útiles para compartir (BILODEAU *et al.*, 2003; 2011). Ella y su equipo han propuesto una herramienta que permite diagnosticar el contexto de la asociación (en curso o por organizar) para luego apoyar los esfuerzos de trabajo conjunto, en torno a la IISP en nuestro caso. La herramienta propone un enfoque tridimensional, no necesariamente lineal (Recuadro 22).

## RECUADRO 22 DESARROLLAR LA ASOCIACIÓN

### **Comprender mejor a los actores en juego y a los que deben formar parte de la asociación:**

- Explorar todos los aspectos importantes de la situación que se quiere cambiar.
- Identificar a los actores que ya están comprometidos y a los que se debe solicitar su participación.
- Examinar todos los puntos de vista y todas las perspectivas.
- Movilizar a los actores estratégicos y neurálgicos.

### **Buscar soluciones a las controversias:**

- Definir un proyecto de RISP común provisional.
- Elaborar un cuadro de controversias para centrar los debates en litigios específicos.
- Identificar las posibles evoluciones/desplazamientos de los actores para resolver las controversias.

### **Proponer nuevas soluciones:**

- Adaptar e innovar.

Fuente: Basado en BILODEAU *et al.* (2003; 2011).

En el contexto de una asociación, la calidad de la implementación de una IISP podría resumirse en tres factores, siguiendo a Bilodeau y sus colegas (BILODEAU *et al.*, 2003): una dinámica de participación de todos suficiente, una consideración de la igualdad de las relaciones de poder y una combinación de conocimientos.

En efecto, las cuestiones de poder, como ya hemos mencionado, están en el centro de estos procesos, por lo que la idea es encontrar formas de establecer una relación lo más equilibrada posible entre las partes interesadas asociadas. No se trata de crear restricciones, sino de crear un entorno favorable en el que cada uno pueda movilizar sus activos y conocimientos (¡y de los que todos disponen!) para el bien de la comunidad, aquí movilizada para la IISP. Es fundamental reconocer que todos tienen fortalezas, pero también responsabilidades. Uno de los desafíos, según Angèle Bilodeau, es mantener una atención constante a estas cuestiones de poder y competencias a lo largo del proyecto de una IISP. Es necesario encontrar formas de trabajar juntos incluso si tenemos lógicas diferentes. Esta cuestión debe abordarse lo antes posible en una IISP, sin limitarse al momento de su formulación y a lo largo de las etapas de su implementación. En este sentido, pueden mobilizarse instancias de discusión e intercambio en todas las etapas para apoyar estas reflexiones (BILODEAU *et al.*, 2006). En particular, se piensa en los conflictos permanentes entre los investigadores a la hora de decidir los firmantes y su lugar en las producciones científicas derivadas de una IISP (RIDDE *et al.*, 2016).

# LA IISP, UN ENFOQUE PARA SUSTENTAR LAS DECISIONES E INTERVENCIONES

## | LA PERTINENCIA SOCIAL EN EL NÚCLEO DE LA IISP

En el campo de la investigación en general, la relevancia científica, junto con el rigor metodológico, es el núcleo de los criterios de evaluación. Se trata de demostrar que la investigación permitirá mejorar el conocimiento sobre un tema en particular. Por lo tanto, los equipos de investigación deben demostrar que no desplegarán sus métodos para describir un fenómeno cuya existencia se conoce desde hace décadas (¿Fumar provoca cáncer?) o para probar una hipótesis que ya no es original (¿Las intervenciones para dejar de fumar benefician primero a los menos pobres?). La IISP es una forma de investigación (véase el Capítulo 1), por lo que debe responder necesariamente a los criterios de relevancia científica y rigor metodológico (responder a las preguntas con métodos apropiados y rigurosos). Sin embargo, debido a su carácter aplicado y contextual, también debe ser analizada en función de su relevancia social. En otras palabras, los equipos (véase el Capítulo 5) que se embarcan en un enfoque de IISP también deben preguntarse sobre la finalidad de su trabajo para mejorar las prácticas, las acciones y las políticas, algunos incluso proponen la idea de un cambio social.

Si la relevancia social es el núcleo de la IISP, sabemos por las antiguas reflexiones sobre la relación entre el científico y el político (WEBER, 1963) que estas interacciones no son ni evidentes ni lineales, y mucho menos automáticas (PARKHURST *et al.*, 2018). Una idea errónea ampliamente difundida sería que “la presentación de pruebas científicas ayuda a los responsables de la toma de decisiones a actuar racionalmente” (OUMET y BÉDARD, 2015). La toma de decisiones para cambiar las prácticas a partir de los resultados de una IISP no es, obviamente, un camino de rosas. Por lo tanto, la utilización de los resultados de la investigación no es automática. Puede ocurrir que los responsables políticos o estratégicos se apropien de los resultados de la IISP, pero es más la excepción que la regla, como se vio durante la pandemia de COVID-19.

Por lo tanto, se vuelve necesario que los equipos que se embarcan en una IISP tomen conciencia muy pronto de la importancia de reflexionar y planificar actividades *a priori* favorables a la utilización de los resultados. Como veremos más adelante, el estado del conocimiento sobre estas actividades comienza a estar ampliamente disponible (LANGER *et al.*, 2016; DAGENAIS y ROBERT, 2012). Al igual que la sostenibilidad de las intervenciones (PLUYE *et al.*, 2005), la utilización de los resultados de la investigación debe concebirse al mismo tiempo que la planificación de la IISP. Las posibilidades de que los resultados sean útiles y se utilicen serán tanto mayores cuanto antes se prevean al inicio de la IISP y se presupuesten y pongan en marcha actividades específicas y potencialmente favorables a su uso. El clásico taller final de difusión de resultados de una IISP a los responsables de la toma de decisiones tendrá poca influencia en la toma de decisiones si no va acompañado, de antemano, por una mirada de actividades de transferencia de conocimientos (Mc SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2017). Uno de los instrumentos útiles para esta planificación es la elaboración, en el momento de la planificación de la IISP, de un plan de transferencia de conocimientos, al igual que un protocolo de evaluación o un plan de escalamiento que se debe proponer de antemano. Evidentemente, las formas de la IISP como la investigación-acción (REASON y BRADBURY, 2001) o la evaluación del desarrollo (PATTON, 2010) también pueden aumentar considerablemente las posibilidades de que se utilicen sus resultados, más allá de la elaboración de un plan de transferencia de conocimientos, ya que este objetivo es consustancial a su despliegue.

Este plan de transferencia de conocimientos podrá ser mejorado con la ayuda de un experto en el área una vez que la IISP esté financiada y

en marcha. Sin embargo, puede desarrollarse durante la redacción del proyecto IISP con la colaboración de todos los actores involucrados, incluso si no se tienen todas las habilidades para ello. En particular, deberá especificar lo siguiente:

- conocimientos de la IISP a compartir: seleccionar *a priori* los mensajes clave; qué dimensiones particulares del estudio se deben destacar.
- las personas y organizaciones a las que se dirigirían estos conocimientos para tomar decisiones o influir en ellas;
- los objetivos de transferencia de conocimientos, según los actores clave;
- quién y cómo organizaría el proceso de transferencia de conocimientos;
- cuándo se organizarían estas actividades.

Si bien definir qué conocimientos compartir y para quién puede resultar complejo al iniciar una IISP, un plan de transferencia de conocimientos no es un documento final ni un mero trámite. Debe verse como un proceso en constante evolución, adaptándose a la ejecución de la IISP, a las necesidades emergentes, a los conocimientos generados, a las oportunidades para difundir los resultados y a los contextos local y nacional. Adoptar una postura proactiva hacia la transferencia de conocimientos desde el inicio, mediante un enfoque colectivo y participativo, permite involucrar a todas las partes interesadas en el proceso de influencia de las decisiones a partir de los resultados de la IISP. El plan de transferencia de conocimientos no es una solución mágica, sino una herramienta que debe adaptarse a las necesidades y hacerse útil en sí misma. Su seguimiento y evaluación deben realizarse durante la IISP, guiados por indicadores, y posteriormente, para aprender de las prácticas y mejorar. La práctica reflexiva, al igual que la pertinencia social, es un valor fundamental de la IISP (TREMBLAY y PARENT, 2014) y una competencia esencial para la transferencia de conocimientos, como se verá a continuación.

## **| PROCESOS FAVORABLES A LA UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En el ámbito de la evaluación, existe un debate añejo sobre el papel de los equipos evaluadores. Algunos, como antropólogos o epidemiólogos,

abogan por un rol limitado a la generación de datos rigurosos sobre la intervención, mientras que otros consideran que su implicación en el apoyo a la toma de decisiones para mejorar las acciones es inherente a su profesión. Michael Quinn PATTON (2008), reconocido por su enfoque de “Evaluación Centrada en la Utilización” (véase el Capítulo 1), propone que las preguntas clave que los equipos de evaluación deben plantear a patrocinadores e interventores son: ¿qué se quiere hacer con los resultados? ¿Para qué servirán? La “utilización” es una rama fundamental en la historia de la evaluación (LEMIRE *et al.*, 2020). Para Patton, los debates en torno a las respuestas a estas preguntas influirán en las decisiones de evaluación y, por lo tanto, en la organización de la IISP. Si bien Patton no menciona explícitamente el plan de transferencia de conocimientos, su enfoque de evaluación se preocupa en gran medida por este tema. Al centrarse en la utilidad de los resultados, Patton promueve un proceso de evaluación que facilita la transferencia de conocimientos y la utilización de los hallazgos para la toma de decisiones informada y la mejora de las acciones. BAMBERGER y RUGH (2012) proponen que la selección de opciones de evaluación en la IISP se basa en cuatro factores esenciales, que a su vez representan limitaciones para el proceso deliberativo entre los actores involucrados: tiempo (la duración de la investigación y la intervención); datos (la disponibilidad, calidad y uso potencial de los datos, condicionando la elección de enfoques y métodos, presentados en los Capítulos 3 y 4); presupuesto (los recursos financieros disponibles y su alcance); y política (los desafíos relacionados con la toma de decisiones y la utilización de los resultados).

Este último punto sitúa la cuestión del uso de los resultados de la IISP en el ámbito estratégico y político, evitando limitarla a un aspecto puramente técnico y metodológico, sin caer por ello en el activismo militante. Esto no significa, por supuesto, que las organizaciones cuyo mandato es el activismo no puedan apropiarse de los resultados de la IISP o colaborar con equipos de IISP para cambiar prácticas y políticas (Recuadro 23). La IISP sigue siendo una forma de investigación sobre intervenciones en salud pública (véase el Capítulo 1). Como tal, tiene, sin duda, implicaciones prácticas y políticas –muchas revistas de salud pública ahora piden a los autores que añadan una sección específica sobre estas implicaciones. Sin embargo, la movilización de la investigación-acción participativa con una perspectiva de cambio social – por ejemplo, feminista o indígena (WEHIPEIHANA, 2019) – sigue siendo (demasiado) rara.

## RECUADRO 23

### EJEMPLO DE INCIDENCIA EFECTIVA A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LA IISP

En Montreal, Canadá, las asociaciones civiles habían denunciado durante años la injusticia que vivían los hijos de padres migrantes sin seguro médico. La ley de Quebec establecía que estos niños, incluso si nacían en la provincia, no tenían derecho a acceder a la atención médica en las estructuras públicas de salud, ya que sus padres, a menudo sin documentos administrativos, no estaban asegurados en el régimen público.

Para dar cuenta de estas situaciones con un enfoque científico, un equipo de investigación se movilizó junto a estas asociaciones para generar conocimiento sobre los desafíos y las consecuencias del acceso a la atención médica para los migrantes sin seguro médico (BELAID *et al.*, 2020; RIDDE *et al.*, 2020b). Se organizó una asociación, se movilizaron fondos y se produjeron artículos científicos y de divulgación. El equipo de investigación produjo videos para compartir el conocimiento sobre la situación y una fundación elaboró un amplio dossier de incidencia (<https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-desante-migrants>) para influir en los parlamentarios. La fundación movilizó todos estos recursos y una amplia coalición de actores para impulsar un cambio en la ley. Finalmente, en 2021, la ley se modificó para permitir que estos niños accedan a la atención médica, aunque el acceso para las mujeres embarazadas aún no está resuelto y las asociaciones se han movilizado nuevamente. Queda mucho trabajo por hacer en cuanto a la transferencia de conocimientos sobre el acceso a la atención médica de los migrantes en Canadá (MERRY y PELAEZ, 2021).

Pero, ¿podemos decir realmente que estos parlamentarios de Quebec utilizaron este conocimiento científico para tomar decisiones? ¿No sería más complejo que eso, como la pandemia de COVID-19 acaba de confirmar de nuevo? ¿De qué usos y conocimientos estamos hablando? ¿Qué determina su elección o ignorancia (Recuadro 24)?

## I DE LA UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS A LA INFLUENCIA EN EL CONOCIMIENTO

En el ámbito de la reflexión sobre la utilización de la investigación (PARKHURST *et al.*, 2018), se citan frecuentemente los trabajos de Carol H. WEISS (1979), quien propuso tres formas de utilización que

## RECUADRO 24

### LA COMPLEJA DEFINICIÓN DE “CONOCIMIENTO” EN SALUD PÚBLICA

En la gestión de la crisis de la COVID-19, la mayoría de los países establecieron comités científicos para asesorar sobre las medidas a adoptar (RAJAN *et al.*, 2020). Sin embargo, estos comités, compuestos principalmente por infectólogos y clínicos, pasaron por alto la dimensión social y estructural de la pandemia.

Las medidas implementadas se centraron en evitar la saturación hospitalaria y se basaron en la lógica de reducir el contacto físico entre las personas. Esto llevó a confinamientos, restricciones a la interacción social y una comunicación a menudo ansiogénica, con el objetivo de que la población cumpliera las normas.

Estas medidas tuvieron consecuencias negativas significativas: agotamiento de la población, impacto en la salud mental, reducción del acceso a la atención no relacionada con la COVID-19 y aumento de las desigualdades de salud. Además, desplazaron el impacto de la enfermedad hacia los más jóvenes, quienes sufrieron las consecuencias de las medidas de manera desproporcionada en comparación con su vulnerabilidad al virus (CAMBON *et al.*, 2021).

Ante esta situación, los responsables políticos justificaron sus decisiones basándose en las recomendaciones de los expertos científicos, sin cuestionar nunca la selección y composición de estos comités ni su representatividad del problema.

Como resultado, se prestó poca atención a la evidencia sobre la aceptabilidad a largo plazo de las medidas, su impacto negativo en la salud general y las desigualdades, las estrategias de comunicación menos perjudiciales o las medidas ambientales de reducción de riesgos (por ejemplo, purificadores de aire y detectores de CO<sub>2</sub>).

Este caso ilustra los peligros de un enfoque monodisciplinar en salud pública. La selección de datos y expertos de una sola disciplina, en este caso la infectología y la medicina clínica, condujo a una política de salud con consecuencias negativas importantes.

El uso de evidencia científica no es en sí mismo beneficioso si la pregunta no se formula correctamente, las respuestas no son interdisciplinarias y los procesos de toma de decisiones no están bien definidos. La inclusión de expertos en salud pública de diversas áreas, como prevención, psicología, sociología y representantes de la comunidad, habría permitido considerar medidas menos perjudiciales y más eficaces.

han tenido una amplia difusión. Weiss sugería que los resultados de la investigación pueden ser utilizados de las siguientes maneras:

- utilidad instrumental: cambiar prácticas, acciones o políticas;
- utilidad conceptual: fortalecer la comprensión de un fenómeno;
- utilidad simbólica: legitimar una decisión, a veces (o a menudo) ya tomada.

La trilogía de Weiss sobre la utilización de la investigación (instrumental, conceptual y simbólica) ha generado numerosos debates y refinamientos (ALKIN y TAUT, 2002), impulsando un auge de estudios sobre este tema (COUSINS y SHULHA, 2006). Algunos autores han propuesto ampliar el enfoque más allá de la utilización de los resultados de la investigación (*finding use*) para abarcar también los procesos de investigación (*process use*). Argumentan que la investigación puede ser utilizada por las partes interesadas en una IISP durante la implementación de las intervenciones (COUSINS, 2008). Esta perspectiva se aproxima al enfoque de evaluación del desarrollo propuesto por PATTON (2010), donde el equipo de evaluación no es externo, sino que forma parte de la intervención. Su objetivo es garantizar que la intervención se guíe por los resultados de la evaluación y que estos se compartan a medida que avanzan, sin esperar el largo proceso de producción de análisis e informes. En cierto modo, este enfoque se asemeja a la *implementation research*, pero con la particularidad de que se aplica a lo largo de toda la vida de la intervención, no solo en su fase de formulación, como proponen los defensores de este concepto (PETERS *et al.*, 2013).

Así, en un famoso artículo, Karen KIRKHART (2000) propuso un cambio de enfoque en el debate sobre la utilización de la investigación, reemplazando el término *utilización* por el de *influencia*. Este cambio refleja la capacidad de los resultados de la IISP de generar efectos en la toma de decisiones de manera indirecta y sutil, en contraste con la visión instrumental y directa a menudo asociada con el término *utilización*. Al emplear el término *influencia*, Kirkhart propone ampliar el alcance de los efectos de la investigación, considerando una perspectiva multidireccional (múltiples fuentes), temporal (a lo largo de la vida de la intervención) e intencional (intencional o no). Además, la literatura sobre el tema también ha abordado la cuestión de la no utilización, e incluso del uso indebido de la investigación (COUSINS, 2004).

Dado que la IISP también busca que el conocimiento sea útil para la toma de decisiones, es necesario reflexionar sobre este último

concepto. ¿De qué tipo de conocimiento hablamos en el contexto de la IISP? Evidentemente, en el sector sanitario, el instinto es pensar en las pruebas, las evidencias y los resultados de la investigación, todas ellas traducciones del concepto anglosajón “*evidence*”. Esta cuestión sobre la *evidencia* no es nueva en la IISP, ya que ha sido objeto de numerosos debates, especialmente por parte de los actores de la promoción de la salud (O’NEILL, 2003; UIPES, 2004) que han tenido que luchar, y siguen haciéndolo, para demostrar que el conocimiento derivado de sus enfoques, diferentes de las ciencias de la salud y la medicina basada en pruebas (SACKETT *et al.*, 1996) (véase el Capítulo 1) y otros métodos experimentales, es igualmente válido para apoyar e influir en la toma de decisiones. Estas pruebas también pueden calificarse de conocimientos tácitos o explícitos, procedentes de la investigación, pero también de la evaluación o de las bases de datos de salud pública. Por ejemplo, los datos de rutina, aquellos que se recopilan diariamente en los centros de salud, pueden ser una fuente de información poderosa para evaluar experimentos naturales (PETTICREW *et al.*, 2005; SHADISH *et al.*, 2002) en el contexto de la IISP utilizando diseños cuasi-experimentales (véase el Capítulo 1) y series temporales. Un ejemplo reciente de la relevancia de estos datos de rutina es la evaluación de la eficacia de una intervención de salud materna financiada por la Agencia Francesa de Desarrollo en Chad (MANOUFI *et al.*, 2021), incluso en un contexto difícil como este país, sacudido por disturbios políticos recurrentes. Sin embargo, es fundamental que estos datos estén disponibles en el momento oportuno para la IISP, sin contar con los desafíos inherentes a la ética (y su burocracia) de su uso, que requieren la solicitud de autorizaciones a la administración y a los comités de ética.

Sin embargo, como bien afirma CATINAUD (2015), “no existe un conocimiento explícito en sí mismo”. Todo conocimiento es contextual y está influenciado por factores sociales, como lo han demostrado estudios sobre las políticas de salud en África (FILLOL *et al.*, 2020). Por lo tanto, la utilización de los resultados de la investigación y la transferencia de conocimientos deben enmarcarse necesariamente en esta contextualización de las pruebas. En este sentido, más allá del conocimiento derivado de la investigación, también es fundamental comprender y tener en cuenta los conocimientos experienciales y el saber hacer de los profesionales de la salud pública. A pesar de su importancia, estos conocimientos no siempre se ponen de manifiesto de manera sistemática.

**RECUADRO 25**  
**CURSOS EN LÍNEA GRATUITOS EN FRANCÉS**  
**PARA CAPACITARSE EN TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO**

El equipo Renard de Quebec (<https://www.equiperenard.org>), un equipo de investigación en colaboración sobre transferencia de conocimiento, ha desarrollado tres cursos en línea gratuitos y en francés en colaboración con el Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD). En respuesta a la creciente demanda de capacitación en transferencia de conocimiento para los actores de la Investigación de Intervenciones en Salud Poblacional (IISP) (véase el Capítulo 5), han decidido implementar estas capacitaciones a gran escala para hacerlas accesibles a la mayor cantidad de personas posible en el mundo francófono. El contenido de estos cursos en línea ha inspirado en gran medida este capítulo. Actualmente hay tres cursos disponibles: uno para introducir la transferencia de conocimiento (20 horas), uno para producir notas de política (15 horas) y uno para capacitar a los actores en el corretaje de conocimiento (15 horas).

Finalmente, no podemos evitar el análisis político de la producción de conocimiento y las injusticias epistémicas y cognitivas que puede generar (PIRON *et al.*, 2016). Los enfoques de la IISP, donde los intereses de poder pueden ser importantes, deben necesariamente tener en cuenta esta problemática, especialmente (pero no solo) cuando se trabaja con poblaciones que viven en situaciones difíciles, como migrantes sin estatus administrativo, personas racializadas<sup>2</sup> o poblaciones indígenas, por citar solo algunos ejemplos. La IISP también debe ser más inclusiva. Nada debe hacerse para ellos sin ellos, como proponen Émilie Robert y sus colegas (ROBERT *et al.*, 2018).

Existen, por tanto, muchos tipos de resultados en la IISP, y su uso en intervenciones o al final de los análisis para influir en decisiones y prácticas no es sencillo ni obvio. La necesidad de formación de las partes interesadas en la transferencia de conocimientos es tan urgente como esencial para institucionalizarla (Recuadro 25). De hecho, la investigación y la experiencia han demostrado que múltiples factores pueden influir en su utilización (DAGENAIS *et al.*, 2013), lo que resumimos en la siguiente sección.

---

2. Simona Tersigni explica que “una persona racializada es objeto de un proceso de categorización y diferenciación basado en características somatopsicológicas hereditarias instituidas socialmente como naturales” (CRENN y TERSIGNI, 2012).

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las estrategias implementadas para promover el uso de los resultados de la IISP son uno de los factores esenciales que influyen en la utilización de estos resultados, y los discutiremos en detalle en la siguiente sección. Sin embargo, aquí podemos destacar la importancia de elegir la estrategia más pertinente en función de las necesidades y las ventanas de oportunidad. Un café por la mañana con un ministro puede ser a veces más útil que un taller de tres días con 300 personas, pero no siempre. En segundo lugar, es necesario poder establecer contactos regulares, sostenidos y directos con los usuarios potenciales de los resultados de la IISP a largo plazo. Se requiere tenacidad y resiliencia. En tercer lugar, es importante adaptar los conocimientos producidos para facilitar su consideración, pero también para poder, lo que nunca es fácil, hacerlos operativos para que sean potencialmente utilizables. Por último, y existen numerosos debates al respecto, algunos proponen que los equipos de investigación no limiten su función a la producción de conocimientos, incluso en un proceso de coconstrucción (DUPIN *et al.*, 2015), sino que continúen apoyando a los responsables de la toma de decisiones y a los actores acompañándolos en los cambios de prácticas o políticas que deseen organizar. En este sentido, se puede observar fácilmente cómo la organización actual y tradicional del mundo de la investigación (por ejemplo, sus modos de contratación, evaluación o financiación) dificulta la implementación de estos procesos (RIDDE, 2009).

No todos los actores involucrados en la IISP (véase el Capítulo 5) tienen necesariamente el deseo o las habilidades para participar en procesos de transferencia de conocimiento. De hecho, estas habilidades son múltiples y una comunidad de práctica ha propuesto una lista de habilidades esenciales ([https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1012\\_animertransfertconn\\_bilan.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1012_animertransfertconn_bilan.pdf)). Este trabajo destaca los conocimientos y las fortalezas requeridos para llevar a cabo la transferencia de conocimiento, así como los comportamientos que se deben observar en este sentido. Estas habilidades se organizan en torno a cinco dimensiones de un proceso de transferencia de conocimiento, similares a los procesos *a priori* efectivos según un trabajo de síntesis realizado hace algunos años sobre la ciencia del uso de la ciencia (LANGER *et al.*, 2016):

- adaptación del conocimiento y producción de herramientas de transferencia de conocimiento;

- difusión e intercambio de conocimiento;
- apoyo a la organización de las prácticas y a la apropiación del conocimiento;
- apoyo a la evaluación de productos, actividades o estrategias de transferencia de conocimiento;
- apoyo al desarrollo de la capacidad organizacional en materia de transferencia de conocimiento.
- Habilidades esenciales para la transferencia de conocimiento en la investigación en salud pública:
  - establecer y mantener relaciones y colaboraciones entre las partes interesadas;
  - identificar las necesidades en transferencia de conocimiento;
  - planificar y gestionar proyectos de transferencia de conocimiento;
  - desarrollar herramientas específicas y pertinentes;
  - recopilar, analizar y sintetizar información y pruebas;
  - escribir y presentar los conocimientos de forma accesible;
  - adoptar un enfoque reflexivo.

Es evidente que los *equipos de investigación*, tanto por sus características propias como por sus actitudes y competencias, ejercen una influencia en la utilización de los resultados. Abundan los investigadores que no desean implicarse más allá de la producción de artículos científicos o los profesores arrogantes que no son capaces de hablar y comunicar sin jerga (desde el uso del concepto de epistemología hasta el *odds ratio*) y con suficiencia a los actores de terreno, a menudo deseosos de contribuir a la investigación (DAGENAIS y RIDDE, 2020). La humildad es una competencia poco común en la investigación (THE LANCET GLOBAL HEALTH, 2021), pero fundamental para navegar y construir junto a los actores de la IISP (véase el Capítulo 5). Esta última, siendo de naturaleza interdisciplinaria, exige un espíritu de apertura a otras disciplinas científicas y a otros métodos. En efecto, para disponer de datos para compartir en este ámbito, es necesario poder estudiar las intervenciones en su globalidad. Por ejemplo, los debates entre estadísticos y sociólogos sobre la naturaleza de la causalidad o la prueba en una IISP pueden ser interminables. Si no dan lugar a compromisos y decisiones pragmáticas, resulta difícil proponer diseños pertinentes (véase el Capítulo 3) para evaluar la eficacia de las intervenciones. En una región francesa, los investigadores de una IISP que deseaban probar el valor heurístico del concepto de mecanismo (LACOUTURE *et al.*, 2015) de

la evaluación realista (véase el Capítulo 3) en el contexto de una IISP nunca lograron ponerse de acuerdo, ya que los sociólogos y los epidemiólogos tenían una visión diferente del concepto que los expertos en salud pública y evaluación (BRETON *et al.*, 2017). Es necesario que los investigadores sean favorables a la IISP, es decir, que sean investigadores interesados en el uso de métodos rigurosos, pero no solo en eso. Deben estar dispuestos a aventurarse en investigaciones para responder a preguntas relativamente operativas. Los análisis teóricos, conceptuales o metodológicos son esenciales para la ciencia, pero en general son menos prioritarios en la IISP. Por lo tanto, los equipos de investigación deben querer y poder mantener vínculos regulares con los actores y los responsables de la toma de decisiones, y deben estar dispuestos a salir tanto de su zona de confort científico como de su torre de marfil (aunque esta imagen siga siendo un mito). Las habilidades humanas son tan importantes como las competencias técnicas.

Del mismo modo, *las organizaciones* responsables de la implementación de las intervenciones deben estar abiertas a la investigación y dar tiempo a sus colaboradores para trabajar con los equipos de investigación. La implicación del mundo de la investigación en las organizaciones de intervención de salud pública requiere a veces tiempos diferentes, un rigor más importante y también una implicación en las actividades que permiten disponer o recopilar datos para la IISP. Basta pensar en la disponibilidad que esto exige a los actores cuando los equipos de investigación necesitan datos para evaluar la fidelidad de la implementación de una intervención (PÉREZ *et al.*, 2019) o en los grupos de discusión que los investigadores propondrán a los equipos para comprender la teoría de la intervención o los desafíos de la implementación. Este tiempo dedicado a la investigación podría ser visto como perdido para la intervención, pero ganado para la IISP y, por lo tanto, *a la larga*, para la intervención. Estos retos también conciernen a las organizaciones que toman decisiones sobre la base de los resultados de la IISP. También deben disponer de procesos y políticas para valorar los productos de la investigación y la toma de decisiones basada en pruebas, aunque nadie se engañe sobre la influencia real de la ciencia. Sin embargo, hay que reconocer que la ciencia es a veces útil y que no hay que desesperar, o mejor dicho, que hay que hacer todo lo posible para que esto perdure. La resiliencia es también una cualidad que se exige tanto a los investigadores – el ejemplo de los que trabajan en las desigualdades sociales de salud es elocuente (RIDDE, 2019) – como a los responsables de la toma de decisiones. Como bien lo demuestra la crisis de la pandemia de COVID-19, la cultura científica no está muy arraigada en los esquemas

de pensamiento de las personas que están en el centro de las decisiones políticas en muchos países.

En cuanto a las partes interesadas, *los actores de primera línea* – los verdaderos responsables de las políticas (LIPSKY, 2010) – están en contacto directo con las personas a las que se dirigen las acciones, su actitud hacia el mundo de la investigación y la voluntad de romper con las rutinas son un factor importante en la utilización de la evidencia. Al igual que los responsables de la toma de decisiones, pueden ser más o menos favorables a la investigación y tener conocimientos básicos sobre cómo se producen las pruebas en el contexto de la evaluación de intervenciones. Percibir la investigación como una actividad de control de sus acciones puede no favorecer su implicación en la IISP, al igual que un cuestionamiento del interés de la ciencia en la fase previa, a la hora de formular sus intervenciones. Evidentemente, nunca es fácil para nadie ponerse en cuestión o querer innovar cambiando las prácticas habituales. Además, muchas personas implicadas en las intervenciones han tenido experiencias negativas con equipos de investigación que, por ejemplo, las han tratado con condescendencia o nunca han vuelto a compartir sus análisis de los datos que, sin embargo, se han recogido en colaboración.

Los *organismos que financian* la investigación o la intervención también desempeñan un papel importante en la utilización de los resultados. En efecto, estos financiadores siguen estando demasiado compartimentados: los que apoyan financieramente las intervenciones son reacios a ver líneas presupuestarias demasiado importantes para la investigación (a veces incluso la rechazan), y los que se centran en la investigación no comprenden muy bien por qué los investigadores están también tan cerca de las acciones. Por lo tanto, estos organismos deben comprender mejor el papel de la IISP: el de la intervención, al comprender que la ciencia (y no la consulta) es útil para formular y evaluar intervenciones, y el de la investigación, al considerar que la IISP es tan útil y rigurosa como la investigación biomédica o clínica (véase el Capítulo 3 sobre la cientificidad de los enfoques).

A la espera de que haya más organizaciones de financiación específicas para la IISP, ambos tipos de financiadores deben aceptar que los investigadores soliciten un presupuesto para actividades de transferencia de conocimientos y que las intervenciones planifiquen gastos para realizar investigaciones con sus colaboradores universitarios. Algunos organismos de financiación de la investigación están empezando a aceptar estos gastos y a exigir planes de transferencia de conocimientos en los protocolos propuestos en respuesta a sus convocatorias propuestas. Pero deben comprender que hay que innovar

y que las estrategias no pueden limitarse a una decena de líneas al final del protocolo en las que los equipos de investigación dicen planificar un taller final de difusión de resultados y la publicación de artículos científicos. Así pues, se debe tener una mayor sensibilidad, e incluso una obligación, de los financiadores hacia la transferencia de conocimientos la cuál podría influir en las prácticas y en el uso de la ciencia en la toma de decisiones. Desgraciadamente, el dinero suele ser, aunque no solo, un incentivo eficaz.

La pandemia de COVID-19 ha recordado el papel importante que desempeñan los medios de comunicación a la hora de tener en cuenta los datos de investigación para tomar decisiones a nivel individual (por ejemplo, la vacunación) o colectivo (por ejemplo, la gestión de las medidas gubernamentales) (CAMBON *et al.*, 2021). La situación varía mucho en el mundo, ya que algunos países cuentan con una prensa independiente con algunos periodistas científicos, mientras que otros no tienen nada de eso, con una prensa a veces a las órdenes de los gobernantes (Recuadro 19) o esencialmente guiada por el efecto de los anuncios que hay que producir. En Senegal, el ensayo clínico de la vacuna contra la meningitis en 2007 dio lugar a numerosas controversias entre la población y los investigadores, lo que puso de manifiesto la falta de cultura científica de los periodistas y un intento de instrumentalización política (OUVRIER, 2015). En otros lugares, durante la pandemia de COVID-19 se han multiplicado las formaciones en epidemiología para dotar a los periodistas de herramientas para el tratamiento de la información, dada la centralidad de su papel. También se ha visto en Francia cómo médicos, sin verdaderas competencias en epidemiología, se jactaban de hacer predicciones en los medios de comunicación frente a periodistas que no tenían los conocimientos necesarios para discutir o cuestionar la pertinencia de sus afirmaciones, o incluso periodistas que se dedicaban a hacer sus propios cálculos predictivos<sup>3</sup>. Por lo tanto, una mejor utilización de la investigación pasa, entre otras cosas, por un mayor conocimiento de los actores y los canales mediáticos para difundir mejor los resultados de la IISP. No se trata de caer en la defensa comercial, sino de compartir conocimientos con equipos de periodistas que deben ser capaces de informar a la sociedad de manera justa y rigurosa. Por ejemplo, en los últimos años se ha insistido en la importancia de tener en cuenta, a la hora de formular políticas públicas, el peso de la influencia de las industrias comerciales que van en detrimento de la salud poblacional (DE LACY-VAWDON y LIVINGSTONE, 2020). Desde el análisis de

---

3. Véase: [https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/06/18/le-lourd-cout-humain-d-un-troisieme-confinement-tardif-en-france\\_6084619\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/06/18/le-lourd-cout-humain-d-un-troisieme-confinement-tardif-en-france_6084619_3244.html)

las estrategias de las empresas tabacaleras (BRETON *et al.*, 2008), en particular, sabemos cómo estas industrias pueden manipular o distorsionar los resultados de la investigación a través de ciertos medios de comunicación y periodistas. También sabemos que las redes sociales pueden ser poderosos vectores, que favorecen o no la difusión de datos probados y debates sobre las noticias falsas (Recuadro 26). Por ejemplo, en Francia, durante la primera parte de la crisis de la COVID-19, fueron las redes sociales las que transmitieron el interés por el uso de mascarillas cuando el discurso oficial era el contrario y probablemente estaba diseñado para proteger la información sobre la falta de existencias nacionales. Numerosos proyectos de IISP intentan ahora actuar con *influencers* presentes en las redes sociales para llegar a determinados públicos objetivos, especialmente a los más jóvenes.

#### RECUADRO 26

#### LA CIENCIA VISTA POR LA PRENSA EN MALÍ

En Malí, un estudio realizado en 2017, que examinó un centenar de periódicos y entrevistó a 14 periodistas, ofrece una perspectiva interesante sobre cómo la prensa de este país de África Occidental aborda la ciencia. Los hallazgos revelan que, de las 2500 páginas impresas de 242 ediciones encontradas en quioscos durante dos semanas, sólo 101 artículos utilizaron datos de tipo científico. La salud y la economía fueron los dos sectores que más recurrieron a la ciencia, principalmente en el ámbito de la salud, donde se enfatizaron temas médicos. En contraste, la ciencia estuvo prácticamente ausente en el ámbito político, que dominó las columnas de opinión, con sólo 15 artículos que la mencionaron.

El estudio destaca que “la mitad de los artículos utilizan ‘mal’ el material científico”, lo que se traduce en datos no presentados o imprecisos, un bajo nivel de análisis y la ausencia de citas de fuentes confiables. Además, se revela que los periodistas que redactan artículos con un uso correcto y comprensivo de la ciencia son aquellos que poseen una mejor formación inicial y continua, independientemente de su trayectoria profesional. Por otro lado, los periodistas que carecen de esta formación suelen conformarse con documentos oficiales o con información proporcionada por las personas o entidades involucradas en los eventos o temas que cubren, sin verificar su veracidad o buscar datos científicos adicionales. En general, se observa una cultura científica limitada entre los periodistas, donde la noción de ciencia se confunde con las matemáticas, las cifras y otros porcentajes. Esta situación no es exclusiva de Malí, ya que estudios similares en Canadá han demostrado la deficiencia de conocimientos en investigación cualitativa entre investigadores biomédicos, lo que subraya la necesidad universal de formación en este campo (ALBERT *et al.*, 2008).

Fuente: ESCOT (2019).

Ante la multitud de factores que influyen en la utilización de los resultados de la investigación de intervenciones en salud poblacional, no podemos rendirnos y dejar que las cosas sigan su curso. Como ya hemos dicho, el núcleo de la investigación en la IISP reside en su pertinencia social. Por lo tanto, es fundamental emprender acciones y procesos que aumenten las posibilidades de que los resultados de la IISP sean utilizados.

## **| PROCESOS Y HERRAMIENTAS PARA FORTALECER LA UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En lugar de centrarse en herramientas o actividades específicas, resulta más apropiado abordar los procesos de transferencia de conocimientos en investigación en salud pública. Estos procesos deben ser multidireccionales, interactivos y prácticamente permanentes. Recordemos la definición presentada al inicio de este capítulo, donde se enfatiza que el término “transferencia” no implica una relación de saber-no saber o una transmisión unidireccional de conocimiento. Por el contrario, el concepto de transferencia evoca la idea de intercambio y la necesidad de interacciones múltiples. La investigación ha demostrado que los procesos unidireccionales, ya sea el enfoque de la ciencia hacia la práctica (*science-push*) o de la práctica hacia la ciencia (*demand-pull*), no son los más efectivos. Aunque aún se requieren avances en el estado del conocimiento sobre este tema, el enfoque interactivo se presenta como un compromiso prometedor entre estas dos prácticas tradicionales (LANDRY *et al.*, 2006). Este enfoque destaca la necesidad de una colaboración constante y sostenida entre los equipos de investigación, los responsables de la toma de decisiones, los interventores y otros actores relevantes para lograr una mejor utilización de los resultados de la investigación en salud pública. El análisis de un proceso de transferencia de conocimientos para utilizar resultados de investigación y reducir las consecuencias de los accidentes de tráfico en Burkina Faso permitió formular cinco recomendaciones (DAGENAIS *et al.*, 2021):

- producir datos de investigación útiles para los actores de campo;
- asegurar la aceptabilidad de las tecnologías utilizadas para la recopilación de datos;

- utilizar enfoques colaborativos para la investigación y la aplicación de conocimientos;
- dar visibilidad a los actores de campo para proporcionarles mecanismos de acción más eficaces;
- implicar más a los responsables de la toma de decisiones de alto nivel en el proceso para maximizar los impactos de la investigación.

Sin embargo, navegar por la multitud de enfoques interactivos para la transferencia de conocimientos puede ser un desafío, dada la gran cantidad de modelos y marcos conceptuales que buscan explicar cómo facilitar el paso de la investigación a la acción (GRAHAM *et al.*, 2006). Por ejemplo, el Institut National de la Santé Publique du Québec (INSPQ) propone un proceso de transferencia de conocimientos compuesto por siete etapas (o subprocesos, si no se cree en la linealidad): (co)producción de conocimiento, adaptación, difusión, recepción, adopción por parte de los usuarios, apropiación y finalmente, utilización. El INSPQ también enfatiza la distinción entre las estrategias de difusión y apropiación del conocimiento, y destaca que la interacción entre los productores de investigación y los usuarios a lo largo del proceso es fundamental para la eficacia del enfoque (LEMIRE *et al.*, 2009). En este punto, surge la cuestión de las personas u organizaciones que se encuentran en la interfaz entre estos dos mundos, ya que a menudo parecen pertenecer a culturas y realidades distintas. Por lo tanto, organizar una interacción efectiva entre estos dos entornos puede ser complejo, y recurrir a intermediarios puede ser una estrategia más eficaz.

Sin embargo, la figura del intermediario puede adoptar múltiples dimensiones y su rol no siempre es claro. En este sentido, algunos autores han propuesto organizar las funciones de los intermediarios en un continuo, que va desde un rol informativo hasta una función más sistémica dentro de una organización. Este continuo incluye una función relacional que busca conectar a los actores de la IISP y fortalecer la coproducción del conocimiento (SHAXSON *et al.*, 2012). Según este modelo, cuatro tipos de intermediarios, no excluyentes entre sí (NEAL *et al.*, 2021), podrían participar en estos procesos según los enfoques propuestos:

- difusor de información: facilita el acceso a los resultados de investigación (informa, recopila datos);
- divulgador de conocimientos: ayuda a las personas a comprender y aplicar los resultados de investigación (comparte, traduce, comunica);

- agente del conocimiento: mejora la utilización de los resultados de investigación para la toma de decisiones, facilita la coproducción del conocimiento (crea vínculos, organiza encuentros y relaciones sostenidas, *networking*);
- agente de innovación: influye en el contexto más ampliamente para facilitar las innovaciones (negocia, desarrolla, colabora).

El tercer tipo de intermediario, el agente del conocimiento, está ganando cada vez más atención en la literatura sobre transferencia de conocimientos (RIDDE *et al.*, 2013; MUNEROL *et al.*, 2013), aunque no es un concepto completamente nuevo (MEYER, 2010). Se están realizando diversas experiencias y evaluaciones para determinar su eficacia y comprender los desafíos de su implementación, tanto en América del Norte como en África Occidental (DOBBINS *et al.*, 2009; Mc SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2019).

Los agentes del conocimiento representan sin duda una profesión de intermediación (NEAL *et al.*, 2021) con un gran potencial en el ámbito de la IISP. Como sabemos, los dos mundos que interactúan en este contexto, la investigación y la práctica, no siempre comparten la misma realidad, y las personas u organizaciones que actúan como intermediarios pueden aportar un valor significativo.

Esta función puede ser desempeñada por una persona o por un equipo dentro de una organización, e incluso por un investigador que tenga el tiempo y las habilidades necesarias. Algunos autores incluso argumentan que los investigadores poseen mayor legitimidad para este rol que los profesionales externos, lo que pone de relieve los desafíos de la humildad en la investigación y la importancia de colaborar con personas especializadas en este ámbito. De esta manera, los equipos de investigación pueden dedicar su tiempo a funciones más científicas para las que han sido mejor formados. Las tareas del corredor de conocimiento serán múltiples, variadas y evolucionarán con el tiempo en función de las necesidades y los contextos específicos. Por lo tanto, es fundamental encontrar personas para este rol que posean conocimientos científicos básicos, pero también, y quizás incluso más importante, habilidades sociales esenciales para las funciones de intermediación.

Evidentemente, la credibilidad del agente del conocimiento ante los usuarios potenciales es crucial, y no siempre es fácil encontrar a alguien que reúna todas estas cualidades. Es importante destacar que estos

profesionales no pueden trabajar solos, y su colaboración con investigadores expertos en el tema, quienes a menudo tienen mayor legitimidad para hablar sobre él, debería ser posible. Sin embargo, es sabido que los equipos de investigación suelen tener dificultades para encontrar tiempo para estas interacciones, ya que su principal enfoque está en la investigación propiamente dicha y en las tareas administrativas.

Un proyecto piloto ilustra las dificultades que enfrenta el agente del conocimiento para desempeñar su rol de manera efectiva. A pesar de haber recibido formación y acompañamiento durante dos años por parte de expertos en transferencia de conocimientos, el agente se vio obligado a abandonar su función debido a la falta de apoyo y reconocimiento por parte de las autoridades del Ministerio de Salud. Los responsables del Ministerio consideraban que la formación del agente, una maestría en sociología y experiencia en investigación, no era suficiente para otorgarle la credibilidad necesaria para abordar el tema de transferencia de conocimientos en salud pública. Incluso un médico sin doctorado científico, según su criterio, tendría mayor legitimidad para este rol. Si bien un Ministro de Salud reconoció la importancia de la transferencia de conocimientos y creó una unidad de apoyo para la movilización de conocimientos, las regulaciones existentes lo obligaron a contratar médicos para ocupar estos puestos. Estos profesionales, sin embargo, no tenían la formación ni el interés necesarios para desempeñar estas funciones y nunca se involucraron en la implementación de la unidad. Como resultado, la unidad solo existió en el papel y finalmente fue olvidada tras el cambio de ministro (DAGENAIS, 2021). Este caso de estudio destaca la importancia de considerar no solo los recursos financieros, sino también los factores de poder (simbólicos o no) y el contexto al analizar la implementación del rol del corredor de conocimiento. Si bien encontrar a la persona ideal para este rol puede ser un desafío, el trabajo en equipo puede ser una alternativa viable.

Lamentablemente, el agente del conocimiento mencionado anteriormente no contó con el apoyo del médico de salud pública senior que debía asistirlo en sus funciones. Este médico no mostró interés en participar en el proceso de intermediación con las altas autoridades, posiblemente para evitar poner en riesgo sus lucrativas actividades de consultoría en un contexto donde la crítica es delicada (OLIVIER DE SARDAN, 2011). En este escenario, la credibilidad científica de los investigadores podría ser movilizada de manera específica y puntual por el



- búsqueda de consenso sobre cuestiones de investigación en salud pública relevantes para los tomadores de decisiones y adaptación del conocimiento en consecuencia;
- fortalecimiento de la comunicación y el acceso a los datos probatorios;
- facilitación de las interacciones entre los tomadores de decisiones y los equipos de investigación;
- desarrollo de competencias para el acceso y la comprensión de los datos probatorios;
- influencia en las estructuras y procesos de toma de decisiones.

#### RECUADRO 27

### EL USO DE CARICATURAS PARA COMPARTIR RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

En Burkina Faso, un equipo de investigadores, con la ayuda de un agente del conocimiento y miembros de una asociación que organizó la intervención analizada en el marco de una IISP sobre la eliminación del pago directo de la atención médica para los niños, se asoció con un caricaturista para difundir los resultados. El uso de caricaturas se enmarca como un elemento entre las diversas actividades de transferencia de conocimiento organizadas por el equipo (talleres, notas de política, sitio web, prensa, etc.). Las caricaturas fueron un recurso muy innovador, ya que la idea era compartir resultados de investigación serios y rigurosos, pero de una manera accesible y humorística. Se realizó un trabajo importante de antemano para que los investigadores explicarán los resultados de la investigación al dibujante, quien así pudo comprender el contenido y caricaturizar. Un investigador y un corredor de conocimiento trabajaron extensamente con el dibujante, especialmente en varios borradores, para garantizar la relevancia científica y contextual del contenido presentado. También se solicitó a los actores de la intervención que verificarán la aceptabilidad social de los dibujos, ya que el humor es evidentemente cultural. La colaboración con un dibujante muy conocido en Burkina Faso y África Occidental favoreció en gran medida la pertinencia de las propuestas y su posterior difusión. El humor permitió, en numerosas ocasiones (pero no siempre), iniciar un debate sobre los resultados de la IISP. Por ejemplo, la idea de que eliminar el pago de la atención médica por parte de los usuarios iba a costar demasiado caro al Estado, que tendría que subvencionarlo, se ilustró comparando este costo con el de comprar tres cervezas. Estas caricaturas se utilizaron en un álbum impreso y disponible en Internet<sup>1</sup>, y se presentaron en conferencias de prensa, talleres nacionales y conferencias internacionales.

1. Ver: <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2015/04/caricatures-partagesavoirs-contrer-ouliipo-academique>



Figura 13 | Financiar el acceso a la atención médica para niños en África Occidental: Menos de \$5 por niño por año y una cuestión de voluntad política.



Figura 14 | El uso de caricaturas como herramienta de transferencia de conocimientos.

En una revisión reciente, un equipo de investigación identificó 38 estrategias diferentes que podrían ser efectivas para la utilización de los resultados de la investigación (ZHAO *et al.*, 2020). Esta diversidad de estrategias resalta la complejidad del proceso de transferencia de conocimientos y la necesidad de adaptar las intervenciones a las características específicas del contexto y los actores involucrados. Adicionalmente, en el marco de una IISP realizada en Francia, se desarrolló y evaluó una taxonomía de actividades de transferencia de conocimientos. Esta taxonomía fue considerada pertinente para su implementación en contextos locales de desarrollo e implementación de políticas de prevención. La taxonomía incluye 18 actividades estandarizadas (con objetivos y descripciones precisas) agrupadas en 11 categorías (AFFRET *et al.*, 2020).

Si bien no podemos detallar aquí las extensas listas de herramientas y recursos disponibles en los artículos mencionados, es importante destacar la importancia de recurrir a diversos materiales para facilitar el transferencia de conocimientos. Entre estos recursos se encuentran las infografías, caricaturas, videos, sitios web, comunidades de práctica y muchos más. Dentro de la amplia gama de herramientas disponibles, las notas de políticas y los talleres deliberativos se destacan como métodos innovadores que merecen ser utilizados con mayor frecuencia.

Las notas de políticas son documentos concisos, escritos en un lenguaje claro y presentados en un formato atractivo (DAGENAIS et RIDDE, 2018). Su objetivo principal es sintetizar los hallazgos de una investigación y formular recomendaciones prácticas para los tomadores de decisiones y los actores involucrados en el ámbito de la salud pública. Estas recomendaciones se basan en las soluciones identificadas durante la IISP y tienen como propósito mejorar las prácticas, intervenciones o políticas existentes. A diferencia de los resúmenes de investigación y otras notas de investigación o *research snapshots*, en inglés, las notas de políticas no se limitan a presentar los resultados de la investigación. Su valor fundamental radica en la traducción de estos resultados en recomendaciones prácticas que pueden ser utilizadas para orientar la toma de decisiones. Por ejemplo, las notas de políticas pueden servir como base para el desarrollo de debates y reflexiones colectivas en talleres deliberativos, facilitando la comprensión y la apropiación del conocimiento por parte de los participantes. La estructura de una nota de políticas puede seguir el formato propuesto en el Recuadro 28. Es importante que este documento sirva como punto de partida para iniciar un diálogo con las partes

## RECUADRO 28

### ESQUEMA DE UNA NOTA DE POLÍTICAS

**Tamaño:** Máximo de 4 páginas impresas por ambas caras, de 1 000 a 1 500 palabras, dependiendo del uso de imágenes.

**Título:** Breve, impactante e informativo.

**Resumen:** Persuadir al lector para que continúe leyendo.

**Puntos destacados:** 3 o 4 mensajes en un recuadro.

**Introducción:** Explicar por qué este tema es importante, por qué el lector debe preocuparse por él; cuáles eran los objetivos de la IISP.

**Enfoques y resultados:** Resumir los hechos, el contexto y los datos disponibles; reducir los detalles a lo que el lector debe saber de la IISP; proporcionar ejemplos concretos para respaldar las afirmaciones y las recomendaciones operativas.

**Conclusión:** Basada en los resultados presentados; propone conclusiones concretas y afirmaciones sustentadas.

**Fuentes consultadas o sugeridas:** Informes de investigación o artículos en los que se basa la nota (enlace de Internet).

**Recomendaciones para la acción:** Las medidas o acciones esenciales que se sugieren implementar (¿por quién, cuándo, dónde?) y que sean tanto realistas como factibles.

Fuente: DAGENAIS y RIDDE (2018).

interesadas o afectadas por la temática abordada en la investigación. Es fundamental invertir tiempo en la preparación y redacción de las notas de políticas con mucha anticipación. Asimismo, es esencial probar el contenido y la forma de la nota con una muestra de personas objetivo para garantizar la pertinencia de las recomendaciones y el nivel de lenguaje adecuado. Si no se toman estas precauciones, se corre el riesgo de que el día de su uso, por ejemplo, durante un taller deliberativo, un alto funcionario no involucrado en la elaboración previa se detenga en detalles de forma (el título es demasiado impactante, cuestiona mi estructura, etc.) para denigrar el fondo (que no habrá leído), ya que los resultados de la IISP no coincidirán con lo que él o ella quería escuchar o hacer.

El diálogo entre los actores de la IISP puede organizarse de diversas maneras, incluyendo talleres deliberativos. La distribución previa de notas de políticas y su análisis en profundidad durante estos talleres es una práctica recomendada para fomentar un intercambio de conocimientos constructivo y efectivo. Los talleres deliberativos se definen como “un proceso de diálogo deliberativo, basado en evidencia, entre múltiples partes

interesadas, para una toma de decisiones sólida y completa en materia de políticas y prácticas” (NABYONGA-OREM *et al.*, 2016). Nosotros estamos en el centro de un enfoque interactivo que reúne a todas las personas afectadas por el problema abordado por la IISP y considerando que la inteligencia colectiva será más efectiva en la búsqueda de soluciones que la inteligencia de unas pocas personas. Como hemos intentado en Níger, por ejemplo (HAMANI SOULEY *et al.*, 2017), el objetivo es establecer el diálogo y la deliberación, no un debate.

#### RECUADRO 29

#### LECCIONES APRENDIDAS DE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES DELIBERATIVOS

- Presentar una variedad de datos provenientes de experiencias prácticas e investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas.
- Asegurar la presencia de una diversidad de partes interesadas relacionadas con la IISP.
- Informar y preparar a los participantes con anticipación sobre las expectativas y objetivos del taller.
- Presentar los datos y las presentaciones de manera clara, visible y accesible tanto en forma como en contenido.
- Dedicar suficiente tiempo a la deliberación, los debates y los intercambios de ideas.
- Crear pequeños grupos de trabajo para profundizar en temas específicos o explorar diferentes perspectivas.
- Producir recomendaciones operativas sólidamente fundamentadas en los datos de investigación y las experiencias prácticas.
- Considerar los aspectos de poder en la preparación, organización y seguimiento del taller.
- Evitar transformar el taller en un espacio de cabildeo a favor de un proyecto o solución en particular.
- Planificar con anticipación todos los aspectos del taller, incluyendo los contactos previos con los tomadores de decisiones, los presentadores, la preparación de notas de política, etc.
- Preparar resúmenes de datos concisos y claros en forma de notas, utilizando un lenguaje adaptado a la audiencia.
- Dedicar tiempo al final del taller para precisar el contenido de las recomendaciones y presentarlas a todos los participantes antes de finalizar la sesión.
- Crear un comité de seguimiento de las recomendaciones y mejoras.

Fuente: RIDDE y DAGENAIS (2017).

Es fundamental crear un contexto que permita a las partes interesadas colaborar, discutir el contenido de los resultados de la investigación a la luz de sus propios conocimientos empíricos, comprender y aprender juntos para tomar decisiones informadas con la IISP. En este sentido, a veces es necesario contar con personas que posean habilidades reales de gestión de grupos y animación profesional para tener en cuenta los desafíos de poder inherentes a estos modos de consenso grupal. Basándonos en nuestra experiencia colectiva en la organización de estos procesos deliberativos, ofrecemos en el Recuadro 29 algunas lecciones aprendidas para aquellos que deseen embarcarse en este tipo de iniciativas.

## **I EL MANEJO DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES EN LA IISP**

Para concluir este capítulo, es necesario abordar un tema delicado y poco discutido públicamente: la independencia de la investigación y los conflictos de intereses en el contexto de la IISP. Como hemos visto en los capítulos anteriores, la IISP es un proceso que involucra a múltiples actores de diversos horizontes y culturas, pero que se basa en el principio de asociar la práctica de la ciencia con la acción. En este contexto, existe un gran riesgo de que los participantes busquen orientar la investigación, incluso a través del concepto de *enclichage* descrito por OLIVIER DE SARDAN (1995), hacia lo que consideran que funciona bien, en detrimento de los desafíos reales que se enfrentan durante la intervención. De igual manera, los financiadores pueden incentivar a los equipos de investigación a mostrar una eficacia donde no la hay (GORMAN, 2018). Estas cuestiones se vuelven cruciales en contextos con escasez de recursos o que dependen de la ayuda internacional o de las finanzas públicas nacionales (Recuadro 23). Esto es aún más cierto cuando los financiadores pretenden difundir modelos de intervención “listos para usar” sin siempre presentar pruebas de su eficacia o de su capacidad para adaptarse al contexto local (OLIVIER DE SARDAN, 2021; GAUTIER *et al.*, 2020). De manera similar, las poblaciones y las personas que se benefician de una intervención o de sus supuestos beneficios no siempre ven con buenos

ojos a un equipo de investigación que cuestiona su utilidad o efectividad (véase el Capítulo 2). Este “cartel del éxito” acecha, como lo señala ΡΑΙΚΟΤΙΑ (2018). En este contexto, investigadores han hecho un llamado en revistas de salud pública a aumentar la vigilancia sobre la independencia de la investigación (STORENG *et al.*, 2019), especialmente en un entorno donde los fondos públicos son cada vez más competitivos y escasos.

En la IISP las influencias pueden ser diversas y los conflictos de interés no se limitan a las industrias farmacéuticas, del tabaco, del alcohol o agroalimentarias. ¿Qué pensar de los conflictos de interés cuando, por ejemplo, un director de una asociación que negocia y luego dispone de amplios fondos de una organización internacional para realizar una IISP, se convierte, unos meses más tarde, en miembro del personal de dirección de esa organización? ¿Qué pensar de un grupo de investigadores en salud mundial que afirma querer influir de forma independiente en la política de su país, pero que acepta financiación del banco de desarrollo de ese mismo país y organiza sus reuniones en las oficinas de una agencia de financiación de la investigación de ese país? Los investigadores y evaluadores en el campo de la evaluación de intervenciones también están afectados (Recuadro 30). Este tipo de conflictos de interés fue abordado hace mucho tiempo por SCHEIRER (1978), quien mencionaba los mecanismos cognitivos que pueden empujar a los evaluadores a resaltar los efectos positivos de las acciones. Citó una revisión de la literatura de la década de 1970 que mostraba los desafíos de las evaluaciones internas (que desde entonces han sido ampliamente abandonadas en favor de las evaluaciones externas), ya que “los evaluadores que estaban afiliados a la intervención evaluada tenían muchas más probabilidades de informar del éxito del programa (58 %) que los investigadores no afiliados (14 %)”. No hay recetas mágicas para contrarrestar estos conflictos o intereses, pero es esencial hablar de ellos en equipo, entre las partes interesadas de la IISP, para convertirlos en un tema de debate sereno y apaciguado a fin de encontrar las soluciones adecuadas, como también se recomienda cuando se trata de decidir quién firma (o no, y en qué orden) los artículos científicos derivados de la IISP. Sin embargo, es conveniente ser transparente y honesto fuera de estos grupos para que los lectores de los escritos que se publicarán tras la IISP o que escuchen una conferencia sobre estos resultados, comprendan los retos que se plantean y analicen los resultados a la luz de estos conflictos de interés.

### RECUADRO 30

## DOS EJEMPLOS DE INTENTOS DE INFLUENCIA DE UN FINANCIADOR DE UNA IISP

Un banco de desarrollo realizó una evaluación de impacto de una intervención por más de 2 millones de USD. Financió la intervención y la evaluación en su totalidad. Sus propios expertos contratados fueron coautores de varios artículos científicos basados en la evaluación. Los resultados no concluyentes no se habían hecho públicos más de dos años después del final de la intervención. Sin embargo, se conocían desde hacía mucho tiempo. No se celebró ningún taller oficial sobre los resultados finales, y el financiador nunca quiso organizarlo. Sí se celebró un taller para compartir los resultados preliminares, pero no se entregó ningún documento a los participantes y éstos nunca tuvieron acceso a las diapositivas presentadas. Sin duda, esta estrategia debe atribuirse al hecho de que este banco estaba negociando con el gobierno para convencerle de que continuara con este enfoque más de 18 meses después del final del proyecto anterior. El informe se publicó finalmente en línea más de dos años después de su redacción.

Un médico de salud pública apoyó una intervención como consultor durante muchos, muchos años. Uno de sus primeros informes de evaluación sobre su eficacia fue bastante positivo, aunque la metodología empleada no era lo bastante rigurosa para respaldar tal afirmación, que nadie en la organización cuestionó. Posteriormente, la entidad financiadora encargó a investigadores una evaluación independiente. Nombró a una de sus empleadas, también formada en investigación pero sin cargo académico, para que hiciera un seguimiento del asunto. Con el paso del tiempo, se fue inmiscuyendo cada vez más en las ideas y los métodos propuestos por los investigadores. Se volvió más intrusiva, corrigiendo todos los detalles, cuestionando todas las soluciones y, sobre todo, buscando soluciones estadísticas para que los resultados de la evaluación fueran positivos. Sin embargo, nada funcionaba; la intervención era realmente poco eficaz a pesar de los millones invertidos. Poco después, nuevos datos, tras múltiples intentos, mostraron un resultado positivo pero relativamente débil. Se organizó un taller para planificar la siguiente fase de la intervención, al que no se invitó a los investigadores. El consultor asistió y denigró los resultados de la investigación sobre "su" intervención. A nivel local, nadie se atrevió a cuestionar la sostenibilidad de la intervención, que continuó, y se recurrió de nuevo al consultor para que apoyara el proceso. Esto no impidió que el financiador afirmara más tarde en un libro (¡coordinado por su empleado!) que el trabajo del equipo de investigación había sido útil y se tuvo en cuenta para cambiar radicalmente la intervención.

## **| CONCLUSIÓN**

Este capítulo se centra en la relevancia del traslado de conocimientos en el ámbito de la IISP. La utilización de los resultados de la IISP es un indicador fundamental de su eficacia. Más allá del rigor metodológico implementado para fortalecer la credibilidad de los resultados, resulta esencial planificar y organizar actividades específicas que aumenten el potencial de su uso.

Es importante reconocer que el traslado de conocimientos no es una tarea sencilla. La utilización de los resultados no siempre es sistemática ni directa, ya que existen numerosas limitaciones a nivel organizacional, institucional, personal, contextual y cultural. En este sentido, el capítulo ofrece una revisión de los conocimientos existentes sobre la eficacia de ciertas intervenciones y herramientas que pueden guiar las decisiones para fortalecer el uso de las investigaciones.



# REFERENCIAS

AB LATIF R., MOHAMED R., DAHLAN A., MAT NOR M. Z., 2016 – Using Delphi Technique: Making Sense of Consensus in Concept Mapping Structure and Multiple Choice Questions (MCQ). *Education in Medicine Journal*, 8 (3) : 89-98. [http://eduimed.usm.my/EIMJ20160803/EIMJ20160803\\_08.pdf](http://eduimed.usm.my/EIMJ20160803/EIMJ20160803_08.pdf)

AFFRET A., PRIGENT O., PORCHERIE M., AROMATARIO O., CAMBON L., 2020 – Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: a participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy and Systems*, 18 (91). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00602-z>

ALBERT M., LABERGE S., HODGES B. D., REGEHR G., LINGARD L., 2008 – Biomedical scientists' perception of the social sciences in health research. *Social Science & Medicine*, 66 (12) : 2520-2531. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608000804>

ALEXANDER S. A., JONES C. M., TREMBLAY M.-C., BEAUDET N., ROD M. H., WRIGHT M. T., 2020 – Reflexivity in Health Promotion: A Typology for Training. *Health Promotion Practice*, 21 (4) : 499-509. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1524839920912407>

ALKIN M. C., TAUT S. M., 2002 – Unbundling evaluation use. *Studies in Educational Evaluation*, 29 : 1-12. [https://escholarship.org/content/qt2q69w6z6/qt2q69w6z6\\_noSplash\\_e9eafe2fd6ed5c583f4d838123c0fe71.pdf](https://escholarship.org/content/qt2q69w6z6/qt2q69w6z6_noSplash_e9eafe2fd6ed5c583f4d838123c0fe71.pdf)

ARMSTRONG R., WATERS E., DOBBINS M., ANDERSON L., MOORE L., PETTICREW M., CLARK R., PETTMAN T. L., BURNS C., MOODIE M., CONNING R., SWINBURN B., 2013 – Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision-making in local government: intervention design and implementation plan. *Implementation Science*, 8 : 121.

AROMATARIO O., VAN HOYE A., VUILLEMIN A., FOUCAUT A.-M., POMMIER J., CAMBON L., 2019 – Using theory of change to develop an intervention theory

for designing and evaluating behavior change SDApps for healthy eating and physical exercise: the OCAPREV theory. *BMC Public Health*, 19 (1435). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7828-4>

AVISON D. E., LAU F., MYERS M. D., NIELSEN P. A., 1999 – Action research. *Communications of the ACM*, 42 (1) : 94-97.

**B**AKER G. R., GINSBURG L., LANGLEY A., 2004 – “An organizational science perspective on information, knowledge, evidence and organizational decision-making”. In Lemieux-Charles L., Champagne F. (ed) : *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto, University of Toronto Press : 86-114.

BALANE M. A., PALAFOX B., PALILEO-VILLANUEVA L. M., MCKEE M., BALABANOVA D., 2020 – Enhancing the use of stakeholder analysis for policy implementation research: towards a novel framing and operationalised measures. *BMJ Global Health*, 5 (11) : e002661. <https://gh.bmj.com/content/5/11/e002661.long>

BAMBERGER M., MARBY L., 2007 – *Real World Evaluation: Working under budget, time, data and political constraints*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

BAMBERGER M., RUGH J., 2012 – « 9. Une stratégie pour composer avec les contraintes inhérentes à la pratique ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 161-177. <https://books.openedition.org/pum/5986>

BANDURA A., 1989 – Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9) : 1175-1184.

BARKER C., PISTRANG N., ELLIOTT R., 2016 – *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. 3<sup>e</sup> éd., Hoboken, Wiley-Blackwell.

BAUM F., MACDOUGALL C., SMITH D., 2006 – Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (10) : 854-857.

BEAUDRY J., GAUTHIER B., 1992 – « L'évaluation de programme ». In Gauthier B. (dir.) : *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. 2<sup>e</sup> éd., Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec : 425-452.

BÉDÉCARRATS F., GUÉRIN I., ROUBAUD F. (dir.), 2022 – *Expérimentations aléatoires dans le champ du développement : une perspective critique*. coll. Synthèses, Marseille, IRD Éditions. <https://www.editions.ird.fr/produit/665/9782709929486/experimentations-aleatoires-dans-le-champ-dudeveloppement>

BELAID L., BENOIT M., AZARI L., KAUR N., RIDDE V., 2020 – Population health intervention implementation among migrants with precarious status in Montreal: underlying theory and key challenges. *SAGE Open*, 10 (2). <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244020917957>

BÉLAND D., 2010 – The Idea of Power and the Role of Ideas. *Political Studies Review*, 8 (2) : 145-154. [https://www.researchgate.net/publication/227376768\\_The\\_Idea\\_of\\_Power\\_and\\_the\\_Role\\_of\\_Ideas](https://www.researchgate.net/publication/227376768_The_Idea_of_Power_and_the_Role_of_Ideas)

BENMARHIA T., FULLER D., 2019 – « 9. Les méthodes quasi expérimentales : l'effet de l'âge minimum sur la consommation d'alcool chez les jeunes aux États-Unis ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 241-264. <https://books.openedition.org/irdeditions/33638>

BERAN T. N., VIOLATO C., 2010 – Structural equation modeling in medical research: a primer. *BMC Research Notes*, 3 (267). <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-3-267>

BERKMAN L. F., KAWACHI I., 2014 – “A Historical Framework for Social Epidemiology: Social Determinants of Population Health”. In Berkman L. F., Kawachi I., Glymour M. M. (ed): *Social Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press : 1-16.

BIERSCHENK T., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1994 – ECRIS : Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques... In « Les sciences sociales et l'expertise en développement (I) », *Bulletin de l'APAD*, 7. <http://journals.openedition.org/apad/2173>

BILODEAU A., LAPIERRE S., MARCHAND Y., 2003 – *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal Centre. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/55159>

BILODEAU A., ALLARD D., GENDRON S., POTVIN L., 2006 – Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21 (3) : 257-282. <http://labos.ulg.ac.be/apes/wpcontent/uploads/sites/4/2014/05/Bilodeau-CPE2006-Bilodeau.pdf> Bilodeau A., Galarneau M., Fournier M., Potvin L., 2011 – L'outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation. *Canadian Journal of Public Health*, 102 (4) : 298-302. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973713/pdf/41997\\_2011\\_Article\\_BF03404054.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973713/pdf/41997_2011_Article_BF03404054.pdf) Bonell C.,

Fletcher A., Morton M., Lorenc T., Moore L., 2012 – Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine*, 75 (12) : 2299-2306. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.032>

BONNET E., KADIO K., LOUART S., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2019 – Demographics in the service of Universal Health Coverage: examples in West Africa. *Humanitarian Alternatives*, 12 : 33-48. <https://www.alternativeshumanitaires.org/en/2019/11/14/demographics-in-the-service-of-universalhealth-coverage-examples-in-west-africa/>

BOOTO EKIONEA J.-P. B., BERNARD P., PLAISENT M., 2011 – Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. In « Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages II », *Recherches qualitatives*, 29 (3) : 168-192. <https://id.erudit.org/iderudit/1085878ar>

BORNBAUM C. C., KORNAS K., PEIRSON L., ROSELLA L. C., 2015 – Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10 (162). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0351-9>

BOUTILIER M., CLEVERLY S., LABONTÉ R., 2000 – “Community as a setting for health promotion”. In Poland B. D., Green L. W., Rootman I. (ed) : *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks, SAGE Publications : 250-270.

BOYKO J. A., LAVIS J. N., ABELSON J., DOBBINS M., CARTER N., 2012 – Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science & Medicine*, 75 (11) : 1938-1945. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612005114>

BRETON E., RICHARD L., GAGNON F., JACQUES M., BERGERON P., 2008 – Health promotion research and practice require sound policy analysis models: the case of Quebec's Tobacco. *Social Science & Medicine*, 67 (11):1679-1689. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608003973>

BRETON E., RIDDE V., GUICHARD A., LACOUTURE A., 2017 – « L'évaluation réaliste des programmes en santé publique : décrypter l'ADN des interventions pour mieux en expliquer les effets ». In Haschar-Noé N., Lang T. (dir.) : *Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation*. Toulouse, Presses universitaires du Midi : 116-224.

BROUSSELLE A., CONTANDRIOPOULOS A.-P., HARTZ Z., CHAMPAGNE F. (éd.), 2018 – *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, coll. Paramètres. <http://books.openedition.org/pum/6284>

BROWNSON R. C., COLDITZ G. A., PROCTOR E. K., 2017 – *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*. Oxford, Oxford University Press.

BRUCHON-SCHWEITZER M., BOUJUT E., 2014 – *Psychologie de la santé – concepts, méthodes et modèles*. 2e éd., Paris, Dunod.

BRUGHA R., VARVASOVSKY Z., 2000 – Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 15 (3) : 239-246. <https://academic.oup.com/heapol/article/15/3/239/573296>

BRYANT T., 2002 – Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17 : 89-98.

BRYSON J. M., PATTON M. Q., BOWMAN R. A., 2011 – Working with evaluation stakeholders: A rationale, step-wise approach and toolkit. *Evaluation and Program Planning*, 34 (1) : 1-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718910000637?via%3Dihub>

BUFFETT C., CILISKA D., THOMAS H., 2007 – *Can I Use This Evidence in my Program Decision? Assessing Applicability and Transferability of Evidence*. Hamilton, National Collaborating Centre for Methods and Tools.

BUJOLD M., HONG G. N., RIDDE V., BOURQUE C. J., DOGBA M. J., VEDEL I., PLUYE P., 2018 – *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Cahiers scientifiques de l'Acfas, 117, Montréal, ACFAS.

BURNETT S., BROOKES-ROONEY A., KEOGH W., 2002 – Brokering knowledge in organizational networks: The SPN approach. *Knowledge and Process Management*, 9 : 1-11.

BURTRAM S. G., 1996 – Why Are Some People Healthy and Others Are Not? The Determinants of Health of Populations: Robert G. Evans, Moms L. Barer, and Theodore R. Marmor (eds). *The Journal of Rural Health*, 12 (3) : 240-241.

CAIRNEY P., 2016 – *The politics of evidence-based policy making*. Londres, Palgrave Macmillan.

CAMBON L., ALLA F., 2019 – Current challenges in population health intervention research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73 (11) : 990-992.

CAMBON L., ALLA F., 2021 – Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Research Policy and Systems*, 19 (95). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-021-00743-9>

CAMBON L., MINARY L., RIDDE V., ALLA F., 2013 – A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, 13 (1184). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/14712458-13-1184>

CAMBON L., PETIT A., RIDDE V., DAGENAI S., PORCHERIE M., POMMIER J., FERRON C., MINARY L., ALLA F., 2017a – Evaluation of a knowledge transfer scheme to improve policy making and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: a realist study protocol. *Implementation Science*, 12 (83). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0612-x>

CAMBON L., BERGMAN P., LE FAOU A., VINCENT I., LE MAITRE B., PASQUEREAU A., ARWIDSON P., THOMAS D., ALLA F., 2017b – Study protocol for a pragmatic randomised controlled trial evaluating efficacy of a smoking cessation e-‘Tabac Info Service’ : ee-TIS trial. *BMJ Open*, 7 (2) : e013604. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013604>

CAMBON L., TERRAL P., ALLA F., 2019 – From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, 19 (339). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6663-y>

CAMBON L., BERGERON H., CASTEL P., RIDDE V., ALLA F., 2021 – Quand la réponse mondiale à la pandémie de Covid-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28 (2) : 92-95. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/17579759211015131>

CAMPBELL D. T., STANLEY J. C., 1966 – *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, Rand McNally.

CAMPEAU L., DEGROOTE S., RIDDE V., CARABALI M., ZINSZER K., 2018 – Containment measures for emerging and re-emerging vector-borne and other infectious diseases of poverty in urban settings: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 7 (95). <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-018-0478-4>

CANDY B., KING M., JONES L., OLIVER S., 2011 – Using qualitative synthesis to explore heterogeneity of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 11 : 124. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-124>

- CATINAUD R., 2015 – Sur la distinction entre les connaissances explicites et les connaissances tacites. *Philosophia Scientiae*, 19 (2) : 197-220. <https://www.cairn.info/revue-philosophia-scientiae-2015-2-page-197.htm>
- CHEN H. T., 1990 – *Theory-driven evaluations*. Newbury, SAGE Publications.
- CHEN H. T., 2010 – The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33 : 205-214.
- CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation), 2004 – *Summary Report of Knowledge Brokering Workshop*. Ottawa, CHSRF.
- CLARKE A., 1999 – *Evaluation Research: An Introduction to Principles, Methods and Practice*. Londres, SAGE Publications.
- COBB R. W., COUGHLIN J. F., 1998 – Are elderly drivers a road hazard?: Problem definition and political impact. *Journal of Aging Studies*, 12 (4) : 411-427.
- COCHRANE A. L., 1972 – *Effectiveness and efficiency: random reflection on health services*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- COLLINS A., JOSEPH D., BIELACZYK K., 2004 – Design Research: Theoretical and Methodological Issues. *Journal of Learning Sciences*, 13 (1) :15-42.
- CONTANDRIOPOULOS A.-P., REY L., BROUSSELLE A., CHAMPAGNE F., 2011 – Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26 (3) :1-16.
- CORBIN J. H., 2017 – Health promotion, partnership and intersectoral action. *Health Promotion International*, 32 (6) : 923-929. <https://academic.oup.com/heapro/article/32/6/923/4677254>
- COUSINS J. B., 2004 – Commentary: Minimizing Evaluation Misuse as Principled Practice. *American Journal of Evaluation*, 25 (3) : 391-397. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/109821400402500311>
- COUSINS J. B. (ed), 2008 – *Process Use in Theory, Research and Practice*. San Francisco, Jossey Bass.
- COUSINS J. B., SHULHA L. M., 2006 – “A Comparative Analysis of Evaluation Utilization and its Cognate Fields of Inquiry: Current Issues and Trends”. In Shaw I., Greene J. C., Mark M. M. (ed) : *The SAGE Handbook of Evaluation*. Thousand Oaks, SAGE Publications : 267-291. <https://methods.sagepub.com/book/the-sage-handbook-of-evaluation>

CRAIG P., COOPER C., GUNNELL D., HAW S., LAWSON K., MACINTYRE S., OGIIVIE D., PETTICREW M., REEVES B., SUTTON M., THOMPSON S., 2012a – Using natural experiments to evaluate population health interventions: new MRC guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (12) : 1182-1186.

CRAIG P., DIEPPE P., MACINTYRE S., MICHIE S., NAZARETH I., PETTICREW M., 2012b – *Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance*. Londres, Medical Research Council. [https://www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/Complex%20Interventions%20Guidance%2029-9-08\\_0.pdf](https://www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/Complex%20Interventions%20Guidance%2029-9-08_0.pdf)

CRAIG P., DIEPPE P., MACINTYRE S., MICHIE S., NAZARETH I., PETTICREW M., 2013 – Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (5) : 587-592. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912003069?via%3Dihub>

CRAIG P., DI RUGGIERO E., FROHLICH K. L., MYKHALOVSKIY E., WHITE M., CIHR, NIHR, 2018 – *Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research*. Southampton, NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498645/pdf/Bookshelf\\_NBK498645.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498645/pdf/Bookshelf_NBK498645.pdf)

CRENN C, TERSIGNI S., 2012 – Entretien avec Éric Fassin. *Corps*, 10 (1) : 21-27.

CRESWELL J. W., 2009 – *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3e éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

CROZIER M., 1979 – *On ne change pas la société par décret*. Paris, Grasset.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977 – *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du Seuil.

DAGENAIS C., 2021 – Research use at the Ministry of Health in Burkina Faso: the decision-makers' perspective. *Implementation Science Communications*, 2 (22). <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00126-9>

DAGENAIS C., RIDDE V., 2018 – Policy brief as a knowledge transfer tool: to “make a splash”, your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*, 32 (3) : 203-205. <https://www.gacetasanitaria.org/en-policy-brief-as-knowledgetransfer-articulo-S021391118300360>

DAGENAIS C., RIDDE V., 2020 – Le transfert des connaissances scientifiques, « c'est bien, mais c'est pas encore arrivé... ». *Revue francophone de recherche sur le*

*transfert et l'utilisation des connaissances*, 4 (1). <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/download/16/tuc.2020.4.1.16/>

DAGENAIS C., ROBERT É. (dir.), 2012 – *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

DAGENAIS C., RIDDE V., LAURENDEAU M.-C., SOUFFEZ K., 2009 – Knowledge translation research in population health: establishing a collaborative research agenda. *Health Research Policy and Systems*, 7 : 28. <https://health-policysystems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-28>

DAGENAIS C., MALO M., ROBERT E., OUMET M., BERTHELETTE B., RIDDE V., 2013 – Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health: A Scoping Study. *PLoS One*, 8 (12) : e80233. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080233>

DAGENAIS C., PROULX M., Mc SWEEN-CADIEUX E., NIKIEMA A., BONNET E., RIDDE V., SOMÉ P.-A., 2021 – Collaborative research and knowledge translation on road crashes in Burkina Faso: the police perspective 18 months on. *Health Research Policy and Systems*, 19 (3). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12961-020-00654-1.pdf>

DAIGNEAULT P.-M., JACOB S., 2012 – « Conceptualiser et mesurer la participation à l'évaluation ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programme*. 2<sup>e</sup> éd., Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 233-254. <https://books.openedition.org/pum/5997>

DE LACY-VAWDON C., LIVINGSTONE C., 2020 – Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC Public Health*, 20 (1022). <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09126-1> Delbecq A. L., Van de Ven A. H., Gustafson D. H., 1975 – *Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes*. Northbrook, Scott Foresman.

DE SILVA M. J., BREUER E., LEE L., ASHER L., CHOWDHARY N, LUND C, PATEL V., 2014 – Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*, 15:267. <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-15-267> de Vocht F., Katikireddi S. V., McQuire C., Tilling K., Hickman M., Craig P., 2021 – Conceptualising natural and quasi experiments in public health. *BMC Medical Research Methodology*, 21 (32). <https://bmcmredresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-021-01224-x>

DIEZ ROUX A. V., 2016 – On the Distinction —or Lack of Distinction— Between Population Health and Public Health. *American Journal of Public Health*, 106 (4) : 619-620.

DOBBINS M., ROBESON P., CILISKA D., HANNA S., CAMERON R., O'MARA L., DECORBY K., MERCER S., 2009 – A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science*, 4 (23). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-23>

DONALDSON S. I., CHRISTIE C. A., MARK M. M. (ed), 2009 – What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice? Thousand Oaks, SAGE Publications. <http://methods.sagepub.com/book/what-countsas-credible-evidence-in-applied-research-and-evaluation-practice>

DONALDSON S. I., CHRISTIE C. A., MARK M. M. (ed), 2015 – *Credible and Actionable Evidence: The Foundation for Rigorous and Influential Evaluations*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

DOZOIS E., LANGLOIS M., BLANCHET-COHEN N., 2010 – *A Practitioner's Guide to Developmental Evaluation*. Montréal/Victoria, The J. W. McConnell Family Foundation/International Institute for Child Rights and Development. [https://www.betterevaluation.org/en/resources/guides/developmental\\_evaluation/prac\\_guide](https://www.betterevaluation.org/en/resources/guides/developmental_evaluation/prac_guide)

DUPIN C. M., BRETON É., KIVITS J., MINARY L., 2015 – Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé publique*, 27 (5) : 653-657. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01573908/document>

ECKERSLEY R., 2001 – “Culture, health and well-being”. In Eckersley R., Dixon J., Douglas B. (ed) : *The Social Origins of Health and Well-being*. Cambridge, Cambridge University Press : 51-70.

ERASMUS E., 2014 – The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: a meta-ethnographic synthesis. *Health Policy and Planning*, 29 (suppl. 3) : iii70-iii78. [https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl\\_3/iii70/2912238](https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_3/iii70/2912238)

ESCOT F., 2019 – *Usage par la presse malienne de la documentation scientifique : résultats d'étude qualitative*. Bamako, MISELI. [https://www.miselimali.org/index.php?option=com\\_dropfiles&task=frontfile.download&id=119&catid=11](https://www.miselimali.org/index.php?option=com_dropfiles&task=frontfile.download&id=119&catid=11)

EVANS D., 2021 – *The Role of Randomization in Development Research: A Book Review of “Randomized Control Trials in the Field of Development”*. Washington/ Londres, Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/rolerandomization-development-research-book-review-randomized-controltrials-field-development>

FAGEN M. C., REDMAN S. D., STACKS J., BARRETT V., THULLEN B., ALTENOR S., NEIGER B., 2011 – Developmental Evaluation: Building Innovations in Complex Environments. *Health Promotion Practice*, 12 (5) : 645-650.  
Fetterman D., 2000 – *Foundations of Empowerment Evaluation*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

FILLOL A., KADIO K., GAUTIER L., 2020 – L’utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d’une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. *Revue française des affaires sociales*, 4 : 103-127. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-20204-page-103.htm>

GAMBLE J. A. A., 2008 – *A Developmental Evaluation Primer*. Montréal, The J. W. McConnell Family Foundation. [https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/A\\_Developmental\\_Evaluation\\_Primer\\_-\\_EN.pdf](https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/A_Developmental_Evaluation_Primer_-_EN.pdf)

GAUTIER L., COULIBALY A., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2019 – From Amsterdam to Bamako: a qualitative case study on diffusion entrepreneurs’ contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34 (9) : 656-666.

GAUTIER L., TOSUN J., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2020 – Comment les entrepreneurs de la diffusion propagent-ils leurs politiques ? *Revue francophone de recherche sur le transfert et l’utilisation des connaissances*, 4 (1). <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/download/17/tuc.2020.4.1.02/>

GENDRON S., 2001 – *La pratique participative en santé publique : l’émergence d’un paradigme*. Thèse en santé publique, Montréal, université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6803>

GERVAIS M.-J., GAGNON F., BERGERON P., 2013 – *Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques : L’apport de la littérature sur le transfert des connaissances*. Montréal : Chaire d’étude sur l’application des connaissances, UQAM. [https://chairecjmiu.uqam.ca/upload/files/Gervais-Rapport2013-Mise\\_a\\_profit\\_connaissances.pdf](https://chairecjmiu.uqam.ca/upload/files/Gervais-Rapport2013-Mise_a_profit_connaissances.pdf)

GILSON L. (dir.), 2012 – *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie. Version abrégée*. Genève, Alliance pour la recherche sur

les politiques et les systems de santé/OMS. [https://apo.who.int/docs/libraries-provider11/publications/supplementary-material/alliancehpsr\\_readerabridgedfrench.pdf?sfvrsn=e685f8ce\\_5](https://apo.who.int/docs/libraries-provider11/publications/supplementary-material/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?sfvrsn=e685f8ce_5)

GIOVALUCCHI F., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2009 – Planification et gestion dans l'aide au développement : le cadre logique, outil et miroir des développeurs. *Revue Tiers Monde*, 198 (2) : 383-406. <https://www.cairn.info/revue-tiersmonde-2009-2-page-383.htm>

GORMAN D. M., 2018 – Can We Trust Positive Findings of Intervention Research? The Role of Conflict of Interest. *Preventive Science*, 19 : 295-305. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-016-0648-1>

GRAHAM I. D., LOGAN J., HARRISON M. B., STRAUS S. E., TETROE J., CASWELL W., ROBINSON N., 2006 – Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26 : 13-24. [https://www.ktpathways.ca/system/files/resources/2019-02/Lost\\_in\\_knowledge\\_translation\\_\\_Time\\_for\\_a\\_map\\_.3.pdf](https://www.ktpathways.ca/system/files/resources/2019-02/Lost_in_knowledge_translation__Time_for_a_map_.3.pdf)

HAGGER M. S., CAMERON L. D., HAMILTON K., HANKONEN N., LINTUNEN T. (ed), 2020 – *The Handbook of Behavior Change*. Cambridge/New York, Cambridge University Press.

HAMANI SOULEY I., MC SWEEN-CADIEUX E., MOHA M., CALVÈS A. E., RIDDE V., 2017 – Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur. *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 2 (2). <https://www.researchgate.net/publication/323599423>

HAMELIN A.-M., CAUX C., DÉSY M., GUICHARD A., OUÉDRAOGO S., TREMBLAY M.-C., VISSANDJÉE B., GODARD B., 2018 – Développer une culture de l'éthique en recherche interventionnelle en santé des populations. *Éthique publique*, 20 (2). <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/3687>

HAMELIN A.-M., CAUX C., DÉSY M., GUICHARD A., OUÉDRAOGO S., TREMBLAY M.-C., VISSANDJÉE B., GODARD B., 2020 – Developing the culture of ethics in population health intervention research in Canada. *Global Health Promotion*, 27 (4) : 69-77. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1757975920913547>

HART E., BOND M., 1995 – *Action Research for Health and Social Care: A Guide to Practice*. Buckingham, Open University Press.

HASSALL K., GULLICKSON A. M., BOYCE A. S., HANNUM K., 2020 – Editorial. *Evaluation Journal of Australasia*, 20 (2) : 63-67.

HAWE P., POTVIN L., 2009 – What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100 (1) : I8-I14.

HEMMING K., HAINES T. P., CHILTON P. J., GIRLING A. J., LILFORD R. J., 2015 – The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*, 350 : h391. <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h391>

HOFFMANN T. C., GLASZIOU P. P., BOUTRON I., MILNE R., PERERA R., MOHER D., ALTMAN D., BARBOUR V., MACDONALD H., JOHNSTON M., LAMB S., DIXON-WOODS M., MCCULLOCH P., WYATT J., CHAN A., MICHIE S., 2014 – Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348 : g1687. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24609605/>

HOSSEINI SHOKOUH S. M., ARAB M., EMAMGHOLIPOUR S., RASHIDIAN A., MONTAZERI A., ZABOLI R., 2017 – Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iran Journal of Public Health*, 46 (4) : 435-446.

HURTEAU M., HOULE S., MARCHAND M.-P., 2012 – « La sélection des parties prenantes : un enjeu important, parce que toujours problématique ». In Hurteau M., Houle S., Guillemette F. (dir.) : *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible*. Québec, Presses de l'université du Québec :132-153.

JATTEAU A., 2021 – « Chapitre 2. Le développement des expérimentations sociales aléatoires ». In Jatteau A. : *Faire preuve par le chiffre ? : Le cas des expérimentations aléatoires en économie*. Vincennes, Institut de la gestion publique et du développement économique, coll. Gestion publique : 133-222. <http://books.openedition.org/igpde/12277>

JENICEK M., 1997 – Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7 : 187-197.

JOHRI M., RIDDE V., HEINMÜLLER R., HADDAD S., 2014 – Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: an impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92 (10) : 706-715. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4208477/>

KADIO K., LOUART S., DABIRÉ S., KAFANDO Y., SOMÉ P-A, RIDDE V., 2020 – L'accès aux services de santé au Burkina Faso : une revue de l'interaction entre

les capacités des individus et les caractéristiques du système de santé. *Ramres (série sciences humaines)*, 14 :13-42.

KANE M., TROCHIM W. M., 2006 – *Concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

KAWACHI I., KENNEDY B. P., WILKINSON R. G. (ed), 1999 – *The Society and Population Health Reader. Volume 1: Income Inequality and Health*. New York, The New Press.

KINGDON J. W., 1995 – *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2<sup>e</sup> éd., New York, Harper Collins.

KIRKHART K. E., 2000 – Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence. *New Directions for Evaluation*, 88 : 5-23. <https://www.upeval.org/wp-content/uploads/2021/02/Kirkhart-2000-NDE-on-ReconceptualizingEvaluation-Use-An-Integrated-Theory-of-Influence-2.pdf>

LACOUTURE A., BRETON E., GUICHARD A., RIDDE V., 2015 – The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*, 10 : 153. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0345-7>

LANDRY R., AMARA N., PABLOS-MENDEZ A., SHADEMANI R., GOLD I., 2006 – The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 : 597-602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627427/>

LANGER L., TRIPNEY J., GOUGH D., 2016 – *The science of using science: researching the use of research evidence in decision-making*. Rapport final, Londres, EPPICentre/University College of London. <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/Science%20Technical%20report%202016%20Langer.pdf?ver=2016-04-18-142648-770>

LANGLOIS E. V., NHAN T. T., GHAFAR A., REVEIZ L., BECERRA-POSADA F., 2017 – Embedding research in health policy and systems in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41 : e68. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34037/v41a682017-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

LAPERRIÈRE A., 1997 – « Les critères de scientificité des méthodes qualitatives ». In Poupart J., Deslauriers J.-P., Groulx L.-H., Laperrière A., Mayer R., Pires A. P. (dir.) : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur : 376-389.

LEMIEUX V., 2002 – *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. 2<sup>e</sup> éd., Québec, Les Presses de l'Université Laval.

LEMIRE N., SOUFFEZ K., LAURENDEAU M.-C., 2009 – *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-processus-de-transfert-des-connaissances>

Lemire S., Peck L. R., Porowski A., 2020 – The Growth of the Evaluation Tree in the Policy Analysis Forest: Recent Developments in Evaluation. *Policy Studies Journal*, 48 (S1) : S47-S70. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/psj.12387>

LEON D., WALT G. (ed), 2000 – *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford, Oxford University Press.

Le Pen C, Levy P., 2018 – *L'évaluation médico-économique : concepts et méthodes*. Rouen, Éditions Le Grand Métier.

LEWIS S. J., RUSSELL A. J., 2011 – Being embedded: A way forward for ethnographic research. *Ethnography*, 12 (3) : 398-416. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1466138110393786>

LIPSKY M., 2010 – *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russell Sage Foundation.

MACHAMER P., DARDEN L., CRAVER C. F., 2000 – Thinking about Mechanisms. *Philosophy of Science*, 67 (1) : 1-25. <http://mechanism.ucsd.edu/teaching/w10/machamer.darden.craver.pdf>

MADDUX J. E., ROGERS R. W., 1983 – Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19 : 469-479.

MALTERUD K., 2001 – Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358 (9280) : 483-488. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601056276?via%3Dihub>

MANOUFI D., KABORE W. C., YAHANNON C. N., DUMONT A., RIDDE V., 2021 – Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi expérimentale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 69 (4) : 193-203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762021002157/>

MARCHAL B., VAN BELLE S., VAN OLMEN J., HOERÉE T., KEGELS G., 2012 – Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies

in the field of health systems research. *Evaluation*, 18 (2) : 192-212. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1356389012442444>

MARCHAL B., WESTHORN G., WONG G., VAN BELLE S., GREENHALGH T., KEGELS G., PAWSON R., 2013 – Realist RCTs of complex interventions – an oxymoron. *Social Science & Medicine*, 94 : 124-128.

MARMOT M., WILKINSON R. (ed), 2005 – *Social Determinants of Health*. 2<sup>e</sup> éd, Oxford/New York, Oxford University Press.

MARSHALL M., PAGEL C., FRENCH C., UTLEY M., ALLWOOD D., FULOP N., POPE C., BANKS V., GOLDMANN A., 2014 – Moving improvement research closer to practice: the Researcher-in-Residence model. *BMJ Quality & Safety*, 23 (10) : 801-805.

MASON P., 2005 – Visual data in applied qualitative research: lessons from experience. *Qualitative Research*, 5 (3) : 325-346. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794105054458>

MAYNE J., 2001 – Addressing Attribution through Contribution Analysis: Using Performance Measures Sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16 (1) : 1-24. <https://www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cjpe.016.001>

MAYNE J., 2010 – “Contribution analysis: addressing cause and effect”. In Forss K., Marra M., Schwartz R. (eds) : *Evaluating the Complex: Attribution, Contribution and Beyond*. Piscataway, Transaction Publishers : 53-96.

McGINITY R., SALOKANGAS M., 2014 – Introduction: ‘embedded research’ as an approach into academia for emerging researchers. *Management in Education*, 28 (1) : 3-5. [https://www.researchgate.net/publication/273611281\\_Introduction\\_'Embedded\\_research'\\_as\\_an\\_approach\\_into\\_academia\\_for\\_emerging\\_researchers](https://www.researchgate.net/publication/273611281_Introduction_'Embedded_research'_as_an_approach_into_academia_for_emerging_researchers)

Mc SWEEN-CADIEUX E., DAGENAIS C., SOMÉ P.-A., RIDDE V., 2017 – Research dissemination workshops : observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy & Systems*, 15 (43). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-017-0205-9>

Mc SWEEN-CADIEUX E., DAGENAIS C., RIDDE V., 2018 – A deliberative dialogue as a knowledge translation strategy on road traffic injuries in Burkina Faso: a mixed-method evaluation. *Health Research Policy and Systems*, 16 (113). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0388-8>

MC SWEEN-CADIEUX E., DAGENAIS C., SOMÉ D. T., RIDDE V., 2019 – A health knowledge brokering intervention in a district of Burkina Faso: a qualitative retrospective implementation analysis. *PLoS One*, 14 (7) : e0220105. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220105>

MERRY L., PELAEZ S., 2021 – La transmission des connaissances et l'amélioration de la santé et des soins pour les migrants au Canada : quelle est la responsabilité des bailleurs de fonds et des chercheurs en santé ? *Canadian Family Physician*, 67 : 411-413. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8202737/pdf/0670411.pdf>

MERTON R. K., 1968 – “On social theories of the middle range”. In R. K. Merton : *Social Theory and Social Structure*. New-York, The Free Press : 39-72.

MEYER B. D., 1995 – Natural and Quasi-Experiments in Economics. *Journal of Business & Economic Statistics*, 13 (2) : 151-161. <https://www.jstor.org/stable/1392369>

MEYER M., 2010 – Les courtiers du savoir, nouveaux intermédiaires de la science. *Hermès*, 57 (2) : 165-171. <https://www.cairn.info/revue-hermes-larevue-2010-2-page-165.htm>

MEYERS D. C., DURLAK J. A., WANDERSMAN A., 2012 – The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50 (3-4) : 462-480. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1007/s10464-012-9522-x>

MICHIE S., RICHARDSON M., JOHNSTON M., ABRAHAM C., FRANCIS J., HARDEMAN W., ECCLES M., CANE J., WOOD C. E., 2013 – The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46 (1) : 81-95.

MINARY L., TROMPETTE J., KIVITS J., CAMBON L., TARQUINIO C., ALLA F., 2019 – Which design to evaluate complex interventions? Toward a methodological framework through a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 19 (92). <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-019-0736-6>

MONNIER E., SPENLEHAUER V., 1992 – L'évaluation dans le triangle de la décision – Opinions singulières et processus pluraliste. *Politique et Management Public*, 10 (3) : 61-82. [https://www.persee.fr/doc/pomap\\_0758-1726\\_1992\\_num\\_10\\_3\\_3064](https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1992_num_10_3_3064)

MOORE G. F., AUDREY S., BARKER M., BOND L., BONELL C., HARDEMAN W., MOORE L., O'CATHAIN A., TINATI T., WIGHT D., BAIRD J., 2015 – Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350 : h1258. <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>

MOORE G., EVANS R. E., HAWKINS J., LITTLECOTT H. J., TURLEY R., 2017 – All interventions are complex, but some are more complex than others: using iCAT\_SR to assess complexity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 : ED000122. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000122/full>

MOORE G., CAMBON L., MICHIE S., ARWIDSON P., NINOT G., FERRON C., POTVIN L., KELLOU N., CHARLESWORTH J., ALLA F., 2019 – Population health intervention research: the place of theories. *Trials*, 20 (285).

MUNEROL L., CAMBON L., ALLA F., 2013 – Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. *Santé publique*, 25 (5) : 587-597. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-587.htm>

NABYONGA-OREM J., DOVLO D., KWAMIE A., NADEGE A., GUANGYA W., KIRIGIA J.M., 2016 – Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: what are the issues and way forward? *BMC Health Services Research*, 16 (217). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1450-2>

NEAL J. W., NEAL Z. P., BRUTZMAN B., 2021 – Defining brokers, intermediaries, and boundary spanners: a systematic review. *Evidence & Policy : A Journal of Research, Debate and Practice*, 18 (1) : 7-24. <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/evp/18/1/article-p7.xml>

NGUYEN H. T., ZOMBRÉ D., RIDDE V., DE ALLEGRI M., 2018– The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: a controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 33 (8): 948-956. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>

NIEDERBERGER M., SPRANGER J., 2020 – Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Frontiers in Public Health*, 8 (457). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00457/full>

NILSEN P., 2015 – Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10 (53). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

OKLEY A., STRANGE V., BONELL C., ALLEN E., STEPHENSON J., RIPPLE Study Team, 2006 – Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ Clinical Research*, 332 (7538) : 413-416.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995 – La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 1 : 71-109. <https://journals.openedition.org/enquete/263>

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008 – *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve, Academia Bruylant.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2011 – Promouvoir la recherche face à la consultation. Autour de l'expérience du Lasdel (Niger-Bénin). *Cahiers d'études africaines*, 202-203 (2-3) : 511-528. <https://journals.openedition.org/etudes-africaines/16759>

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2021 – *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Paris, Karthala.

O'NEILL M., 2003 – Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? *Sozial und Präventivmedizin*, 48 (5) : 317-326. <https://www.utep-besancon.fr/content/uploads/2021/12/Pourquoi-se-preoccupe-t-on-tant-des-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante-89.pdf>

OMS (Organisation mondiale de la santé), 2023 – International Classification of Health Interventions (ICHI). Genève, OMS. <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

OUÉDRAOGO S., BENMARHNIYA T., BONNET E., SOMÉ P.-A., BARRO A. S., KAFANDO Y., SOMA D. D., DABIRÉ R. K., SARÉ D., FOURNET F., RIDDE V., 2018 – Evaluation of Effectiveness of a Community-Based Intervention for Control of Dengue Virus Vector, Ouagadougou, Burkina Faso. *Emerging Infectious Diseases*, 24 (10) : 1859-1867. [http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/24/10/18-0069\\_article.htm](http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/24/10/18-0069_article.htm)

OUÉDRAOGO S., DEGROOTE S., BARRO S. A., SOMÉ P.-A., BONNET E., RIDDE V., 2019 – Épidémies récurrentes de la dengue au Burkina Faso : préférences communautaires pour une intervention de prévention de la maladie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 67 (6) : 375-382. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762019304778>

OUIMET M., BÉDARD P.-O., 2015 – « 46. La présentation de preuves scientifiques aide les décideurs à agir rationnellement ». In Ridde V., Ouattara F.

(dir.) : *Des idées reçues en santé mondiale*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 230-234. Disponible sur : <https://books.openedition.org/pum/3718>

OUVRIER M.-A., 2015 – *Faire de la recherche médicale en Afrique : ethnographie d'un village-laboratoire sénégalais*. Marseille/Paris, IRD Éditions/Karthala.

PARKHURST J., ETTTEL S., HAWKINS B. (ed), 2018 – *Evidence Use in Health Policy Making: An International Public Policy Perspective*. Cham, Springer International Publishing. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-93467-9>

PATSOPOULOS N. A., 2011 – A pragmatic view on pragmatic trials. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13 (2) : 217-224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181997/>

PATTON M. Q., 1990 – *Qualitative evaluation and research methods*. 2<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

PATTON M. Q., 2008 – *Utilization-Focused Evaluation*. 4<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

PATTON M. Q., 2010 – *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York, Guilford Press.

PATTON M. Q., 2021 – *Utilization-Focused Evaluation*. 5<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

PATTON M. Q., LABOSSIERE F., 2012 – « 8. L'évaluation axée sur l'utilisation ». In Ridde V., Dagenais C., (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. 2<sup>e</sup> éd., Montréal : Presses de l'Université de Montréal, coll. Paramètres : 145-160. <http://books.openedition.org/pum/5983>

PAUL E., BROWN G. W., RIDDE V., 2020 – Covid-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ Global Health*, 5 (4) : e002622. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/4/e002622.full.pdf>

PAWSON R., 2013 – *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

PAWSON R., TILLEY N., 1997 – *Realistic Evaluation*. Londres, SAGE Publications.

PÉLADEAU N., DAGENAIS C., RIDDE V., 2017 – Concept mapping internal validity: A case of misconceived mapping? *Evaluation and Program Planning*, 62 : 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.02.005>

PÉREZ D., VAN DER STUYFT P., ZABALA M. C., CASTRO M., LEFÈVRE P., 2016 – A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, 11 (91). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0457-8>

PÉREZ M. C., MINOYAN N., RIDDE V., SYLVESTRE M.-P., JOHRI M., 2018 – Comparison of registered and published intervention fidelity assessment in cluster randomised trials of public health interventions in low- and middle-income countries: systematic review. *Trials*, 19 (410). <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-2796-z>

PÉREZ D., CASTRO M., LEFÈVRE P., 2019 – « 16. L'évaluation de la fidélité et de l'adaptation ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 403-432. <https://books.openedition.org/irdeditions/33738>

PÉREZ D., ROBERT E., PÉREZ E. J., VANLERBERGHE V., LEFÈVRE P., RIDDE V., 2021 – A Realist Synthesis of Community-Based Interventions in VectorBorne Diseases. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104 (4) : 1202-1210. <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/aop/article-10.4269ajtmh.20-0944/article-10.4269-ajtmh.20-0944.xml>

PETERS D. H., ADAM T., ALONGE O., AGYEPONG I. A., TRAN N., 2013 – Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ*, 347 : f6753. <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6753.long>

PETTICREW M., CUMMINS S., FERRELL C., FINDLAY A., HIGGINS C., HOY C., KEARNS A., SPARKS L., 2005 – Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health*, 119 (9) : 751-757. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350605000296>

PIRON F., REGULUS S., DIBOUNJE MADIBA M. S. (dir.), 2016 – *Justice cognitive, libre accès et savoirs locaux. Pour une science ouverte juste, au service du développement local durable*. Québec, Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/justicecognitive1/>

PLANTE J., 1994 – *Évaluation de programme (français, anglais, espagnol)*. Québec, Presses de l'Université Laval.

PLUYE P., 2019 – « L'intégration en méthodes mixtes. Cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale :*

*méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 187-212. <https://books.openedition.org/irdeditions/33608>

PLUYE P., POTVIN L., DENIS J.-L., 2000 – La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures : revue transdisciplinaire en Santé*, 7 (1) : 99-113. <https://escholarship.mcgill.ca/downloads/q237hw577?locale=en>

PLUYE P., POTVIN L., DENIS J.-L., PELLETIER J., MANNONI C., 2005 – Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28 : 123-137. <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2015/07/4.-Pluye-et-al-2005-EPP-Sustainability-first-events.pdf>

PORTA M., 2008 – *A dictionary of epidemiology*. Oxford, Oxford University Press.

POTVIN L., BILODEAU A., GENDRON S., 2008 – Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education*, 15 (1) : 17-21.

POTVIN L., PETTICREW M., COHEN E. R. M., 2014 – Population health intervention research: developing a much needed science of solutions. *Preventive Medicine*, 61 : 114-115.

PROCTOR E., SILMERE H., RAGHAVAN R., HOVMAND P., AARONS G., BUNGER A., 2011 – Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38 (2) : 65-76.

RAJAN D., KOCH K., ROHRER K., BAJNOCZKI C., SOCHA A., VOSS M., NICOD M., RIDDE V., KOONIN J., 2020 – Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*, 5 (5) : e002655. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/5/e002655.full.pdf>

RAJKOTIA Y., 2018 – Beware of the success cartel: a plea for rational progress in global health. *BMJ Global Health*, 3 : e001197. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/6/e001197.full.pdf>

REASON P., BRADBURY H. (ed), 2001 – *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. Londres/Thousand Oaks/New Delhi, SAGE Publications.

REASON P., BRADBURY H. (ed), 2008 – *The SAGE handbook of action research: participative inquiry and practice*. 2<sup>e</sup> éd., Londres/Thousand Oaks, SAGE Publications.

REGRAGUI S., LECLERC A.-M., ROCH G., 2018 – « Défis pratiques et méthodologiques de trois expériences doctorales avec devis mixte ». In Bujold M., Hong Q. N., Ridde V., Bourque C. J., Dogba M. J., Vedel I., Pluye P. (dir.) : *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Montréal, ACFAS, coll. Cahiers scientifiques de l'Acfas, 117 : 100-119. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers18-05/010072876.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-05/010072876.pdf)

REICH M. R., CAMPOS P. A., 2020 – *A Guide to Applied Political Analysis for Health Reform*. India Health Systems Project, working paper no 1. Cambridge, Harvard T.H. Chan School of Public Health. <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2216/2020/08/Guide-Applied-Political-Analysis-final-2020.08.29-FINAL.pdf>

RESWEBER J.-P., 2011 – Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19 : 171-200. <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/2661>

RIDDE V., 2006 – Segment thématique : Programmes communautaires et innovations méthodologiques : participation, accompagnement, et *empowerment*/ Thematic Segment: Community programs and methodological innovations: Participation, coaching, and empowerment. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21 (3) : 133-136.

RIDDE V., 2007 – Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Éducation* : XIV (2) : 111-114.

RIDDE V., 2009 – Le transfert de connaissances et les règles de fonctionnement du système universitaire : besoin de changements. *Global Health Promotion*, 16 (3) : 70-72. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975909339769>

RIDDE V., 2019 – « Les inégalités : de la (dé)mesure aux théories de la justice sociale en passant par la résilience... des chercheurs ». In Gérard E., Henaff N. (dir.) : *Inégalités en perspectives*. Paris, Éditions des archives contemporaines : 3-9. <https://doi.org/10.17184/eac.1616>

RIDDE V., GUICHARD A., 2008 – « 4 – Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis ». In Niewiadomski C., Aiach P. (dir.) : *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, coll. Recherche, santé, social : 57-80. <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante--9782859529840-p-57.htm>

RIDDE V., HADDAD S., 2013 – Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (2) : S95-S106. [http://equitesante.org/documents/articles/Ridde-Haddad\\_2013\\_Pragmatisme\\_et\\_realisme.pdf](http://equitesante.org/documents/articles/Ridde-Haddad_2013_Pragmatisme_et_realisme.pdf)

RIDDE V., DAGENAIS C., 2017 – What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health*, 2 : e000432. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/4/e000432.full.pdf>

RIDDE V., YAMÉOGO P., 2018 – How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 4 (119). <http://www.nature.com/articles/s41599-018-0173-x>

RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.), 2019 – Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions. <https://books.openedition.org/irdeditions/33393>

RIDDE V., TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., 2019 – « 14. L'analyse des processus de mise en œuvre. Une intervention complexe au Burkina Faso : le financement basé sur les résultats ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 355-381. <https://books.openedition.org/irdeditions/33703>

RIDDE V., ROBERT E., GUICHARD A., BLAISE P., VAN OLMEN J., 2012 – L'approche réaliste à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26 (3) : 37-59. <https://www.erudit.org/fr/revues/mee/2013-v36-n3-mee01461/1025741ar/>

RIDDE V., DAGENAIS C., BOILEAU M., 2013 – Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique. *Santé publique*, 25 (2) : 137-145. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-2-page-137.htm>

RIDDE V., HUNT M., DAGENAIS C., AGIER I., NIKIEMA A., CHIOCCHIO F., BONNET E., SOMÉ P.-A., 2016 – Une politique concernant les données issues d'un programme de recherches interventionnelles en santé mondiale. *Bioéthique Online*, 5. <http://id.erudit.org/iderudit/1044267ar>

RIDDE V., LEPPERT G., HIEN H., ROBYN P. J., DE ALLEGRI M., 2018 – Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: evidence from a cross-sectional survey. *International Journal for Equity*

in *Health*, 17 (5). <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0717-5>

RIDDE V., PÉREZ D., ROBERT E., 2020a – Using implementation science theories and frameworks in global health. *BMJ Global Health*, 5 (4). <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/4/e002269.full.pdf>

RIDDE V., AHO J., NDAO E. M., BENOIT M., HANLEY J., LAGRANGE S., FILLOL A., RAYNAULT, M.-F., CLOOS P., 2020b – Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global Public Health*, 15 (11) : 1603-1616. <https://www.researchgate.net/publication/341687635>

RIDDE V., OUEDRAOGO S., YAYA S., 2021 – Closing the diversity and inclusion gaps in francophone public health: a wake-up call. *BMJ Global Health*, 6 (2) : e005231. <https://gh.bmj.com/content/6/2/e005231>

RILEY B., HARVEY J., DI RUGGIERO E., POTVIN L., 2015 – Building the field of population health intervention research: The development and use of an initial set of competencies. *Preventive Medicine Reports*, 2 : 854-857. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4721454/>

ROBERT E., RIDDE V., 2014 – L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en Éducation*, 36 (3) : 79-108. <https://id.erudit.org/iderudit/1025741ar>

ROBERT E., MERRY L., BENOÎT M., GUIMARAES D. B., RUIZ-CASARES M., 2018 – Rien ne doit se faire pour eux sans eux : renforcer la participation des demandeurs d'asile, réfugiés et migrants sans statut et des organismes communautaires dans la recherche en santé. *Canadian Journal of Public Health*, 109 (3) : 312-315. <http://link.springer.com/10.17269/s41997-018-0042-9>

ROBSON C., 2011 – *Real world research: a resource for users of social research methods in applied settings*. 3e éd., Chichester, Wiley.

ROCHER G., 2004 – *Les réformes : une perspective sociologique*. Montréal, Centre de recherche en droit public, université de Montréal.

SACKETT D. L., ROSENBERG W. M., GRAY J. A., HAYNES R. B., RICHARDSON W. S., 1996 – Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312 :71-72. <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>

SAILLANT F., 2004 – « Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables ». In Saillant F., Clément M., Gaucher C. (dir.) : *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec, Éditions Nota bene : 19-42.

SANDELOWSKI M., VOILS C. I., KNAFL G., 2009 – On Quantitizing. *Journal of Mix Methods Research*, 3 (3) : 208-222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768355/>

SCHEIRER M. A., 1978 – Program Participants' Positive Perceptions: Psychological Conflict of Interest in Social Program Evaluation. *Evaluation Quarterly*, 2 (1) : 53-70. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0193841X7800200102>

SCHLOEMER T, SCHRÖDER-BÄCK P., 2018 – Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*, 13 (88). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0751-8>

SCHWARTZ D., LELLOUCH J., 1967 – Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutic trials. *Journal of Chronic Diseases*, 20 : 637-648. <https://www.jameslindlibrary.org/schwartz-d-lellouch-j-1967/>

SCHWARZINGER M., WATSON V., ARWIDSON P., ALLA F., LUCHINI S., 2021 – Covid-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health*, 6 (4) : e210-e221. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00012-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00012-8/fulltext)

SEPPEY M., SOMÉ P.-A., RIDDE V., 2021 – Sustainability determinants of the Burkinabe performance-based financing project. *Journal of Health Organization and Management*, 35 (3) : 306-326. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0137>

SHADISH W. R., COOK T. D., CAMPBELL D. T., 2002 – *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, Houghton Mifflin.

SHAXSON L., BIELAK A. T., AHMED I., BRIEN D., CONANT B., FISHER C., GWYN E., KLERKX L., MIDDLETON A., MORTON S., PANT L., 2012 – *Expanding our understanding of K\* (KT, KE, KTT, KMb, KB, KM, etc.). A concept paper emerging from the K\* conference held in Hamilton, Ontario, Canada, April 12*. Hamilton, United Nations University, Institute for Water, Environment and Health (UNU-INWEH). <https://www.researchgate.net/publication/235930863>

SIRON S., DAGENAIS C., RIDDE V., 2015 – What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: a scoping review. *International Journal of Public Health*, 60 : 849-863. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-015-0716-5>

SOUFFEZ K., LAURENDEAU M. C., 2011 – *Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/outil\\_pour\\_soutenir\\_1\\_elaboration\\_d\\_un\\_plan\\_de\\_transfert\\_des\\_connaissances.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/outil_pour_soutenir_1_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf)

SOURA B. D., FALLU J. S., BASTIEN R., BRIÈRE F., 2019 – « L'étude d'évaluabilité : une intervention de prévention de l'usage de drogues à l'école au Québec ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 3-32. <https://books.openedition.org/irdeditions/33483>

STEVAHN L., KING J. A., GHERE G., MINNEMA J., 2005 – Establishing Essential Competencies for Program Evaluators. *American Journal of Evaluation*, 26 (1) : 43-59. [https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u58/2015/Establishing\\_Essential\\_Compencies.pdf](https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u58/2015/Establishing_Essential_Compencies.pdf)

STORENG K. T., ABIMBOLA S., BALABANOVA D., MCCOY D., RIDDE V., FILIPPI V., ROALKVAM S., AKELLO G., PARKER M., PALMER J., 2019 – Action to protect the independence and integrity of global health research. *BMJ Global Health*, 4 : e001746. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590965/pdf/bmjgh-2019-001746.pdf>

SYLVESTRE A. B. R., RIDDE V., QUEUILLE L., 2019 – « 5. L'analyse d'une recherche-action : combinaison d'approches dans le domaine de la santé au Burkina Faso ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 125-153. <https://books.openedition.org/irdeditions/33568>

SZRETER S., 2003 – The Population Health Approach in Historical Perspective. *American Journal of Public Health*, 93 (3) : 421-431.

TARQUINIO C., KIVITS J., MINARY L., COSTE J., ALLA F., 2015 – Evaluating complex interventions : perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health*, 30 : 35-51.

THABANE L., CAMBON L., POTVIN L., POMMIER J., KIVITS J., MINARY L., NOUR K., BLAISE P., CHARLESWORTH J., ALLA F. 2019 – Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*, 20 (1) : 309.

THE LANCET GLOBAL HEALTH, 2021 – Editorial: Lessons in humility. *The Lancet Global Health*, 9 (7) : e880. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2821%2900268-0>

THORPE K. E., ZWARENSTEIN M., OXMAN A. D., TREWEEK S., FURBERG C. D., ALTMAN D. G., TUNIS S., BERGEL E., HARVEY I., MAGID D. J., CHALKIDOUK., 2009 – A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62 (5) : 464-475. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435609000481?via%3Dihub>

TORGERSON D. J., KLABER-MOFFETT J., RUSSELL I. T., 1996 – Patient preferences in randomised trials: threat or opportunity? *Journal of Health Services Research and Policy*, 1 (4) : 194-197. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/135581969600100403>

TORGERSON D. J., TORGERSON C. J., 2008 – *Designing Randomised Trials in Health, Education and the Social Sciences*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

TREMBLAY M.-C., PARENT A.-A., 2014 – Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105 (3) : e221-e223. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6972395/pdf/41997\\_2014\\_Article\\_105030221.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6972395/pdf/41997_2014_Article_105030221.pdf)

TROCHIM W. M. K., 1989 – An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12 : 1-16. <http://www.billtrochim.net/research/epp89/Trochim1.pdf>

TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., GALI-GALI I. A., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2017 – The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 191 : 226-236.

TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., GALI-GALI I. A., RIDDE V., 2021 – The Unintended Consequences of Covid-19 Mitigation Measures Matter: Practical Guidance for Investigating Them. *BMC Medical Research Methodology*, 21 (28). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01200-x>

UIPES (dir.), 2004 – *Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES*. Paris, IUHPE/UIPES.

VICTORA C. G., HABICHT J.-P., BRYCE J., 2004 – Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 94 (3) : 400-405. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448265/pdf/0940400.pdf>

VOS T., CARTER R., BARENDREGT J., MIHALOPOULOS C., VEERMAN L., MAGNUS A., COBIAC L., BERTRAM M., WALLACE A., 2010 – *Assessing cost-effectiveness in prevention: ACE-Prevention. Final report*. Brisbane/Melbourne,

University of Queensland/Centre for Burden of Disease and Cost Effectiveness/  
Deakin University. [https://public-health.uq.edu.au/files/571/ ACE-Prevention\\_final\\_report.pdf](https://public-health.uq.edu.au/files/571/ACE-Prevention_final_report.pdf)

WANG S., MOSS J. R., HILLER J. E., 2006 – Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, 21 : 76-83.

WEBER M., 1963 – *Le savant et le politique*. Paris, Plon 10/18.

WEHPEIHANA N., 2019 – Increasing Cultural Competence in Support of Indigenous-Led Evaluation: A Necessary Step toward Indigenous-Led Evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 34 (2) : 368-384. <https://journalhosting.ualgary.ca/index.php/cjpe/article/view/68444>

WEIJER C., GRIMSHAW J. M., ECCLES M. P., McRAE A. D., WHITE A., BREHAUT J. C., TALJAARD M., 2012 – The Ottawa Statement on the Ethical Design and Conduct of Cluster Randomized Trials. *PLoS Medicine*, 9 (11) : e1001346. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001346>

WEISS C. H., 1979 – The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39 (5) :426-431. <https://doi.org/10.2307/3109916>

WEISS C. H., 1997 – Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 76 : 41-55. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ev.1086>

WEISS C. H., 1998 – *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2<sup>e</sup> éd., Upper Saddle River, Prentice Hall.

WEST S. G., 2009 – Alternatives to Randomized Experiments. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (5) : 299-304.

WHITEHEAD D., TAKET A., SMITH P., 2003 – Action research in health promotion. *Health Education Journal*, 62 (1) : 5-22. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/001789690306200102>

WHYLE E., OLIVIER J., 2020 – Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map. *Health Policy and Planning*, 35 (6) : 735-751. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7294246/>

WILLIAMS P. L., WEBB C., 1994 – The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (1) : 180-186.

YAOGO M., RIDDE V., KAFANDO Y., KADIO K., 2012 – « Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action concernant l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso ». In Mondain N., Bologo A. É. (dir.) : *La recherche en contexte de vulnérabilité : engagement du chercheur et enjeux éthiques*. Paris, L'Harmattan : 65-85.

YIN R. K., RIDDE V., 2012 – « Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes ». In Ridde V., Dagenais C. (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programme*. 2<sup>e</sup> éd., Montréal, Presses de l'Université de Montréal :177-193.

ZHAO N., KOCH-WESER S., LISCHKO A., CHUNG M., 2020 – Knowledge translation strategies designed for public health decision-making settings: a scoping review. *International Journal of Public Health*, 65 : 1571-1580. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00038-020-01506-z.pdf>

ZWARENSTEIN M., TREWEEK S., 2009 – What kind of randomized trials do we need? *CMAJ*, 180 (10) : 998-1000. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679816/pdf/1800998.pdf>

# AUTORES

## I FRANÇOIS ALLA

Es profesor de salud pública en la Universidad de Burdeos y jefe del servicio de prevención del Centro Hospitalario Universitario de Burdeos. Sus investigaciones se centran en las políticas de salud y en la movilización de los actores del sistema sanitario para la prevención y la promoción de la salud. Fue fundador de la acción coordinada nacional para la investigación intervencionista en salud poblacional. Su enfoque de investigación se nutre y nutre a su vez una práctica de la acción y la toma de decisiones en salud pública a nivel nacional y regional.

## I LINDA CAMBON

Es responsable del eje “Métodos para la investigación de intervenciones en salud poblacional” (MIISP, equipo Phares) en el centro Inserm/Universidad de Burdeos U1219, Bordeaux Population Health. Además, dirige una cátedra en el seno del Instituto de Epidemiología de Salud Pública y Desarrollo (Isped) dedicada a la prevención. Sus trabajos de investigación se centran en las condiciones de eficacia, transferibilidad y escalabilidad de las intervenciones en prevención y promoción de la salud, así como en las intervenciones que abordan los determinantes estructurales de la salud. La Dra. Cambon desarrolla una metainvestigación sobre los métodos de evaluación y su hibridación para comprender la complejidad de estas intervenciones. También codirige la primera red de investigación nacional en este campo (So-Risp).

## I VALÉRY RIDDE

Es director de investigación en el CEPED, una unidad de investigación conjunta de la Universidad Paris Cité y el Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD). Anteriormente, fue profesor de salud mundial en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal. Actualmente, tiene su sede en el Instituto de Salud y Desarrollo (Ised) de la Universidad Cheikh-Anta-Diop de Dakar (Senegal). Sus trabajos de investigación y evaluación se centran en la cobertura universal de salud, el financiamiento de servicios de salud, la evaluación, las políticas de salud pública y la promoción de la salud.

# GLOSARIO

En el ámbito de la investigación y la evaluación, existen numerosos glosarios e índices. Sin embargo, este libro no pretende proponer nuevos glosarios, sino simplemente presentar las definiciones de los conceptos principales que se utilizan en él.

## **Categorías de intervenciones**

Sectores de intervención definidos por su naturaleza (p. ej.: comunicación, educación, coacción, regulación, incentivos, etc.) o su entorno de aplicación (por ejemplo: intervenciones escolares).

## **Componentes**

Se refiere a los constituyentes de un sistema. Pueden ser contextuales (preextranjeros e independientes de la intervención) o intervencionistas (manipulados por los actores con el fin de responder al objetivo intervencionista).

## **Durabilidad**

Estado o grado de sostenibilidad (foto).

## **Estrategias**

Programa de intervenciones compuesto por múltiples actividades.

## **Herramientas**

Producto/objeto para la recopilación de datos: cuestionarios, guías de entrevista u observación, cuestionarios delphi, etc.

## **Intervenciones sanitarias**

Múltiples actividades llevadas a cabo para, con o en nombre de una población, cuyo propósito es evaluar, mejorar, mantener, promover o modificar la salud o sus determinantes.

## **Mecanismos**

Reacciones de un agente humano en un contexto dado.

### **Método**

Proceso de análisis estadístico, cualitativo o mixto.

### **Metodología**

Estudio de métodos.

### **Niveles de intervención**

Políticas/estrategias (programa)/intervenciones/actividades.

### **Proceso**

Dinámica de implementación de una intervención, actores y acciones.

### **Sostenibilidad**

Proceso para promover la sostenibilidad (película).

### **Rutinizable**

Capacidad para ser implementada en las condiciones reales de ejercicio, respetando las limitaciones y con los recursos que tienen los actores dentro de un entorno de práctica determinado.

### **Sistema de intervención**

Un conjunto de agentes contextuales humanos y materiales interdependientes, presentados en un espacio-tiempo dado, generando mecanismos de efecto. La intervención se convierte en una disposición de parámetros contextuales preexistentes que influyen en su propia evolución a lo largo del tiempo.

### **Teoría de la intervención**

Hipótesis sobre las cuales las personas, consciente o inconscientemente, construyen sus intervenciones.

# ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS

**ACE:** Evaluación de la rentabilidad

**AFD:** Agencia Francesa de Desarrollo

**ANR:** Agencia Nacional de Investigación

**AQUÍ:** Contexto intervencionista

**Astaire:** Una herramienta para analizar la transferibilidad y acompañar la adaptación de las intervenciones en promoción de la salud

**CALIDAD:** Año de vida ajustado a la calidad

**CE:** Contexto externo

**CHSRF:** Fundación Canadiense de Investigación de Servicios de Salud

**CME:** Contexto-mecanismo-efecto

**Covamax:** Estudio para definir un modelo conductual de vacunación pandémica (CHU Bordeaux)

**Covapred:** Estudio sobre la aceptación de nuevas vacunas contra la COVID-19 (Inserm/CHU Bordeaux)

**CSP:** Categoría socioprofesional

**Eco:** Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea

**EPA:** Evaluación basada en la teoría

**IISP:** Investigación de intervenciones en salud poblacional

**INSEE:** Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos

**INSPQ:** Institut de la Santé publique du Québec

**ISED:** Instituto de Salud y Desarrollo (Senegal)

**ISPED:** Instituto de Epidemiología, Salud Pública y Desarrollo (Francia)

**Lista:** *Herramienta salvavidas*

**Merisp:** Métodos para la Investigación Intervencional de la Salud de la Población (Eje de Investigación Isped)

**NHMRC:** Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica (Australia)

**Ocaprev:** Eficacia de los objetos y aplicaciones conectados en la prevención de la salud (proyecto de investigación)

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONG:** Organización no gubernamental

**RDR:** Reducción del riesgo

**SO-Risp:** Red Internacional de Investigación en Salud de la Población

**TC:** Transferencia de conocimientos

**UIPES:** Unión Internacional para la Promoción de la Salud y la Educación en Salud

**UNITAID:** Agencia Mundial de la Salud

# TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	7
--------------	---

## Capítulo 1

<b>Investigación de intervenciones en salud poblacional (IISP)</b>	<b>11</b>
<b>El concepto de intervenciones en la salud poblacional</b>	<b>11</b>
Una visión poblacional	15
Una noción intersectorial y operacional	15
Una base contextual	15
Múltiples actores	16
Objetivos para mejorar la salud y equidad sanitaria	16
Un carácter pluralista	16
<b>Investigación en intervenciones de salud poblacional</b>	<b>18</b>
Efectos positivos o negativos	18
Una utilidad social	20
Una pluralidad de métodos	20
Un cruce paradigmático	21
<b>Las diferentes formas de investigación en intervenciones</b>	<b>23</b>
Ensayo comparativo	23
Investigación evaluativa	24
Investigación-acción	25
Evaluación del desarrollo	26
Investigación integrada	27
Experimentación natural	28
<b>Conclusión</b>	<b>29</b>

## Capítulo 2

<b>Las preguntas de investigación en IISP</b>	35
Diseñar la intervención: construir, afinar, validar la teoría de la intervención	36
Evaluar la viabilidad	39
Evaluar la eficacia	41
Impacto	43
Eficiencia	44
Implementación	46
Análisis de mecanismos	47
Analizar los factores de difusión de intervención	47
Conclusión	49

## Capítulo 3

<b>Enfoques metodológicos en IISP</b>	51
Diferentes enfoques para abordar diferentes problemáticas de IISP	51
Postura epistemológica	52
El contexto de la evaluación y la fase del proceso de innovación	53
La pregunta planteada	54
La naturaleza de la intervención evaluada y su grado de complejidad	56
Aspectos prácticos de la evaluación	57
Principales planes de investigación utilizados	58
El enfoque de ensayo experimental con asignación aleatoria individual	59
Otros enfoques experimentales contrafactuales	64
Enfoques contrafactuales cuasi y no experimentales centrados en los resultados	68
Enfoques integrados, análisis de procesos y mecanismos	71
Conclusión	76

## Capítulo 4

<b>Los métodos de producción y análisis de datos en IISP</b>	77
Los principios	77
El rigor	79
La ética	80

<b>Métodos de recopilación y análisis de datos</b>	81
Modelos y métodos que utilizan datos existentes	82
Métodos que favorecen la generación de datos a través de la generación de consenso	86
El método Delphi	87
El grupo nominal	88
La cartografía conceptual	89
<b>Conclusión</b>	91

## Capítulo 5

<b>Los actores de la IISP</b>	93
<b>La categorización de los actores de las ISSP</b>	93
<b>Los actores de la IISP</b>	96
Actores	97
Investigadores	97
Tomadores de decisiones	97
Población	98
Financiadores	98
Responsables de sociedades, de revistas científicas y los organismos de expertos encargados de producir recomendaciones	98
Grupos de interés	99
<b>El análisis de los actores en los tres momentos esenciales del IISP</b>	99
Diseño de la IISP	100
Implementación de la IISP	106
Transferencia de conocimientos y la IISP	111
<b>La importancia de los actores de primera línea</b>	117
<b>Conclusión: los desafíos de las asociaciones</b>	118

## Capítulo 6

<b>La IISP, un enfoque para sustentar las decisiones e intervenciones</b>	121
<b>La pertinencia social en el núcleo de la IISP</b>	121
<b>Procesos favorables a la utilización de los resultados</b>	123
<b>De la utilización de los resultados a la influencia en el conocimiento</b>	125

Factores que influyen en la utilización de los resultados	130
Procesos y herramientas para fortalecer la utilización de los resultados	136
El manejo de los conflictos de intereses en la IISP	146
Conclusión	149
REFERENCIAS	151
AUTORES	181
GLOSARIO	183
ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS	185

## collection [santé globale]

En la investigación en salud, los enfoques biomédicos y epidemiológicos no permiten comprender la complejidad de las intervenciones en salud poblacional. Sin embargo, es esencial estudiarlas con enfoques adaptados a su complejidad, a la pluralidad de sus mecanismos y a la diversidad de actores y contextos locales. Este es el objetivo de la investigación en salud poblacional (IISP), de la que este libro ofrece una primera síntesis en lengua francesa. Mediante una clarificación conceptual y metodológica y una ilustración con numerosos ejemplos de todo el mundo, los autores se proponen responder a una necesidad de formación de los investigadores y, en general, de los actores de la salud sobre este enfoque científico, abordando las cuestiones esenciales de eficacia, equidad, pertinencia, implementación o escalamiento.

