

Más allá de la diseminación: lecciones de la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones en un proyecto de investigación en Bogotá, Colombia

Beyond dissemination: lessons from the interaction between researchers and decision-makers during a research project in Bogotá, Colombia

Amparo Hernández-Bello ¹
Román Vega-Romero ¹

Abstract

This paper discusses the experiences and conceptual and theoretical lessons learned during interaction between researchers, policy-makers, program beneficiaries, and other actors in a research project on social protection, health, and forced displacement in Bogotá, Colombia. The article begins by presenting the methodological approach and a description of interaction between various actors. This experience provides the basis for a conceptual discussion on the factors and determinants of research use. The article also highlights the need for taking an epistemological view beyond the positivist and rationalist underpinnings of the dominant explanations concerning interaction between researchers and decision-makers.

Social Interaction; Policy Making; Health Manager; Research Personnel

¹ Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Correspondencia

A. Hernández-Bello
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana, Calle 40, n. 6-23, piso 8, Bogotá, Colombia.
ahernand@javeriana.edu.co

Introducción

En Colombia más de tres millones de personas han sido desplazadas por la violencia en la última década. El país ocupa el segundo lugar en desplazamiento en el mundo luego de Sudán ¹. Bogotá (el Distrito Capital) es el primer municipio receptor con aproximadamente 250 mil personas ².

La población en situación de desplazamiento es víctima de violación sistemática de los principios del derecho internacional, excluida de los derechos sociales básicos y discriminada social, política y culturalmente. Muchos de los graves y frecuentes problemas de salud que sufren los desplazados son consecuencia del desplazamiento al que se han visto forzados, que los expone – más que a otras poblaciones pobres y vulnerables – a factores de riesgo para la salud, como consecuencia de las privaciones materiales, afectivas y del ahondamiento de las disparidades sociales ^{3,4}. Pese a que el Estado reconoce los derechos de las víctimas, en la práctica su realización es distante, ya que existen barreras al acceso dentro y fuera del sector salud que profundizan la ya lamentable situación de exclusión.

Para responder a algunos de estos problemas, la investigación *Mejorar la Efectividad de las Políticas de Protección Social en Salud para la Población en Situación de Desplazamiento Forzado por la Violencia Asentada en Bogotá*,

Colombia, 2004-2006, tiene como objetivo identificar los factores que condicionan el acceso y uso equitativo – por parte de la población desplazada – de los servicios de salud, fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria y de los servicios para intervenir eficazmente en los determinantes sociales, y factores de riesgo prioritarios, que afectan a la salud. Se desarrolla en el marco de una iniciativa de investigación sobre extensión de la protección social en salud, que busca aportar evidencias y desarrollar estrategias para la formulación de políticas de salud en América Latina, facilitando la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones, tanto en la definición de objetivos y métodos de investigación, fase I, como en la realización de las propuestas, fase II.

Este artículo centra su atención en la interacción en las distintas fases del proyecto, y en sus lecciones sobre la utilización de la investigación en la formulación de políticas.

El enfoque de investigación-intervención

Se ha venido abordando una situación compleja en la que los desplazados son víctimas de los hechos de violencia, propiciados por distintos actores de un largo conflicto armado interno, con contextos nacionales e internacionales cambiantes.

El proyecto ha contado con la participación de múltiples agentes en etapas distintas, orientadas por un horizonte general de intervención. Como se busca que los que pueden usar los resultados para tomar decisiones y poner en práctica las intervenciones formen parte del proceso de la investigación, dar voz a los afectados y tomar en cuenta el saber de actores en los niveles jerárquicos inferiores de las instituciones involucradas, se ha utilizado un enfoque participativo, sistémico y multi-método que ha facilitado la interacción y disminuido la incertidumbre.

Los métodos cuantitativos se han utilizado desde una perspectiva situada (la de los desplazados), según lo que Haraway⁵ llama objetividad parcial. Los métodos cualitativos han sido usados para promover la participación, explorar, sacar a flote situaciones y puntos de vista difícilmente abordables con otros métodos, así como propiciar la interacción entre población, investigadores y tomadores de decisiones. El riesgo de exclusión o marginación de algunos actores o problemas relevantes se ha reducido usando el enfoque sistémico de Midgley⁶, que ha permitido reflexionar de forma crítica sobre los límites de los juicios.

En este proyecto se entiende por intervención tanto la fase de implementación del ciclo de la política, como el proceso de investigación/intervención en su conjunto. Se basa en una postura teórica según la cual, la observación está mediada por los marcos conceptuales, valorativos y emocionales de los participantes, y es concebida como una forma de intervención, o que predetermina su sentido, en tanto implica una acción para generar cambios⁶.

El proceso de investigación-intervención ha estado influido por el enfoque ontológico y epistemológico que cada actor tiene de la realidad. La interacción entre investigadores y tomadores de decisiones ha puesto en juego múltiples visiones, no siempre compartidas y en muchos casos antagónicas, para explicar y dar respuesta a los problemas. Ello ha generado dilemas que han sido resueltos en virtud de la calidad de las relaciones, de la sinceridad, el grado de apertura de las posiciones de los actores y de la creación de escenarios propiciadores del diálogo, la reflexión y el consenso.

Un elemento importante ha sido el reconocimiento del contexto económico, político, sociocultural en que se desenvuelve el proyecto. Esto influye en la voluntad de los actores, la posibilidad de producción y uso de las evidencias, así como la oportunidad y contenido de las decisiones. Para el caso, los investigadores han asumido una postura de solidaridad con el extremo sufrimiento y deterioro de las condiciones de vida de los desplazados, además de hacer visible su apoyo a los valores de equidad y pluralidad que ellos defienden.

En todo esto ha ayudado el supuesto teórico según el cual la interacción sirve para ampliar los límites de los juicios e interpretaciones de los actores, mejorar el uso de evidencias por los tomadores de decisiones, y por la idea de que la acción debe ser para mejorar^{6,7}.

Las etapas y los actores en el proceso de interacción

En este proyecto la interacción ha tenido dos grandes etapas: la de formulación de las preguntas de investigación (fase I) y la de construcción de la línea de base, diseminación y facilitación del proceso de toma de decisiones (fase II). Ambas han involucrado a distintos actores: los tomadores de decisiones de distintos niveles jerárquicos de la autoridad sanitaria (Secretaría Distrital de Salud y Ministerio de Protección Social); niveles intermedios y operativos de las instituciones prestadoras de servicios sociales y de salud de la ciudad (hospita-

les públicos, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento Administrativo de Bienestar Social, Red de Solidaridad Social, Unidad de Atención Integral a la Población Desplazada); principalmente niveles operativos de las Aseguradoras del Régimen Subsidiado de Salud; líderes de las organizaciones y comunidades de base de la población desplazada y receptora; delegados de agencias estatales e internacionales defensoras de derechos (Defensoría del Pueblo, Personería Distrital, Organización Panamericana de la Salud, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), y otros actores como las ONGs (Pastoral Social, Consejería para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, Médicos Sin Fronteras) que han participado como vigilantes, testigos o interesados en el proceso.

La interacción en la fase I de la investigación

Esta fase estuvo encaminada a la identificación de los problemas de investigación y de los retos para las políticas públicas de protección social en salud de ellos derivados.

Se desarrolló en un escenario de incremento del conflicto armado interno y de la magnitud del desplazamiento forzado⁸. En un momento de cambio en la orientación de la política de atención del nuevo gobierno del país, que ha hecho énfasis en el retorno, al tiempo que ha aumentado el desplazamiento, facilitado la exclusión, restringido los derechos de los incluidos, y ha enmarcado el acceso a la atención y a los beneficios de salud en las reglas y límites del sistema de aseguramiento para la población pobre y vulnerable tradicional, limitando el enfoque diferencial y de discriminación positiva^{9,10}.

La interacción en esta etapa se desarrolló en un marco amplio de relaciones entre tomadores de decisiones, investigadores y otros actores. Los primeros fueron varios y orientados en mucho por la misma lógica política y ética del gobierno distrital frente al tema de estudio. Los investigadores tampoco tenían una sola posición, ni sus intenciones se expresaron sin fricciones, como tampoco fueron iguales las de los afectados y otros interesados. Cada uno defendió sus puntos de vista, se articuló al proceso y participó en los acuerdos y consensos, sin detrimento de sus particulares enfoques epistemológicos, metodológicos o de pensamiento político y ético.

El trabajo se apoyó en dos escenarios propiciadores: un Comité Directivo compuesto por autoridades de las entidades involucradas en

el convenio, cuya función fue brindar apoyo político a la propuesta, y un Grupo Funcional de Investigación en el que participaron investigadores de la universidad, delegados de la Secretaría de Salud y representantes de la población desplazada.

La indagación de campo estuvo orientada a la recolección y análisis de información para la definición de los problemas prioritarios, la formulación de las preguntas y objetivos de investigación, de acuerdo con las dimensiones de exclusión y funciones del sistema de salud^{11,12}. Todo ello teniendo en cuenta la perspectiva y expectativas de los distintos actores.

Los individuos, familias y líderes de organizaciones de desplazados fueron involucrados mediante mesas redondas y talleres realizados a nivel local. En ellos fueron consultados sobre sus condiciones de vida, problemas de salud, de protección social y las circunstancias derivadas del desplazamiento. Con los hospitales del primer nivel de atención de la red pública se realizó un taller que permitió ordenar y priorizar, desde la mirada institucional, los retos en salud de los desplazados, identificar el peso relativo de sus determinantes y riesgos, además de analizar las respuestas de la redes de servicios. Un escenario semejante, pero menos productivo, se dio con las aseguradoras del régimen subsidiado cuyos resultados, sin embargo, ayudaron a cimentar la perspectiva del proyecto. De la interacción con otras instituciones y agencias se obtuvo información relevante sobre programas de atención, normas, aspectos legales y financieros y bases de datos sobre demografía, condiciones socioeconómicas y de salud de la población desplazada de la ciudad. Se destaca la relación con la Unidad de Atención Integral a la Población Desplazada y la Red de Solidaridad Social, responsables del sistema de atención integral a los desplazados por la violencia, con las cuales el intercambio de experiencias e iniciativas fue amplio, cooperante y constructivo.

La información obtenida en los diferentes espacios fue triangulada y sistematizada en matrices y núcleos problemáticos. Se desarrolló una metodología de definición de prioridades que dio como resultado un conjunto de problemas. Estos fueron seleccionados, según sus posibilidades de intervención desde una perspectiva sectorial, a partir de un intenso diálogo entre investigadores y tomadores de decisiones de nivel directivo y operativo de la Secretaría, y validados en un ejercicio en el que participaron los distintos actores. Los acuerdos alcanzados fueron incluidos en su totalidad en la propuesta de investigación.

El proceso con el principal tomador de decisiones tuvo su propio espacio a través de entrevistas con el Grupo Funcional de Investigación, que permitieron conocer las estrategias previstas por la Secretaría para la atención a la población desplazada. Asimismo, se enunciaron algunas directrices del rumbo del proyecto. El interés en el tema y las relaciones de amistad con los investigadores facilitaron la interacción con el secretario, quien delegó en la dirección de aseguramiento la interacción, definió los representantes para el Grupo Funcional de Investigación y propició la mediación con hospitales y aseguradores.

Las expectativas del secretario giraban en torno a la necesidad que el proyecto apoyara aspectos como la caracterización precisa de la población, la exploración de cómo las personas veían su inclusión en la ciudad y cuáles eran sus expectativas en materia de salud; así como la construcción de un modelo de atención basado en el aseguramiento y en el fortalecimiento de la promoción y la prevención, que recogiera las particularidades de los desplazados en temas como nutrición, salud mental, salud sexual y reproductiva y redes sociales.

Con base en los resultados de la recolección de información se discutieron los objetivos de investigación propuestos por los investigadores. Además, se exploraron posibles repercusiones en el plano de la formulación de políticas. Hubo acuerdo en la inclusión de los temas de aseguramiento, prestación de servicios, salud pública y divergencias en la perspectiva de equidad que debía darse al proyecto y al proceso de intervención. La inquietud del secretario tenía que ver con si era justificable un enfoque diferencial de la atención en un marco de orientación de las políticas y programas de la ciudad, que promulgaba responder a todos los ciudadanos con una lógica de “iguales dentro de los iguales”, posición que era defendida por los investigadores delegados. En contraste, los investigadores de la Universidad hicieron énfasis en la necesidad de adoptar una postura en concordancia con la percepción de los desplazados, que reconociera las particularidades en necesidades y condiciones culturales de la población. Se acordó que tales diferencias se dirimieran en el proceso de investigación/intervención.

Esta interacción se materializó y fortaleció, aunque no libre de tensiones. Algunos investigadores temían que el proyecto quedara reducido a un instrumento de los tomadores de decisión. Éstos temían quedar presos de la lógica de los investigadores, pero el intercambio sobre algunas evidencias permitió madurar las posiciones, preservar las diferencias y elaborar

un perfil de los objetivos, marco teórico y metodológico de la propuesta. Una vez se vislumbró el rumbo, los investigadores académicos tomaron cierta distancia, centraron su atención en el desarrollo del protocolo, hasta el momento en el cual fue sometido a consideración del secretario de salud, quien lo acogió en su integridad, lo institucionalizó y dio su apoyo financiero. Entre otras razones, para garantizar su viabilidad de cara a la coyuntura de cambio de gobierno de la ciudad.

La apertura de la administración distrital contrastaba con la visión del Ministerio de la Protección Social, que restringió la atención sólo en lo “inherente al desplazamiento”, con las consecuencias en desprotección y falta de acceso de las víctimas, de la que los investigadores fueron críticos.

De manera general, en la primera fase estuvieron en juego diversos saberes articulados a posturas valorativas, políticas y éticas, distintas. El reconocimiento de esta pluralidad y de la necesidad de construir acuerdos perfiló las posibilidades de éxito. Sobre todo fue decisivo el uso de un enfoque metodológico participativo y sistémico crítico que ayudó a orientar el proceso, construyó escenarios de participación, diálogo y permitió construir lazos de confianza.

La interacción en la fase II de la investigación

Siguiendo el enfoque sistémico y participativo del diseño, en la ejecución el proyecto propone tres partes: una de recolección y análisis de información – para la construcción de líneas de base; otra de toma de decisiones y una última de seguimiento y formulación de recomendaciones. Aunque interrelacionadas, hasta el momento la investigación ha dado cuenta de la primera y ha iniciado la segunda.

Como era de esperarse, en esta segunda fase, los procesos durante el diseño han sido profundizados y las relaciones se han mantenido, aunque en la búsqueda de evidencias sobre la magnitud de los problemas, la más fuerte interacción se produjo con las distintas fuentes de información, antes que con los tomadores de decisiones que han sido convocados nuevamente en el proceso de disseminación de sus resultados. No obstante, se ha ampliado la participación de los actores en distintos niveles jerárquicos de decisión del gobierno de la ciudad, fortalecido las relaciones con los afectados y los caminos para la concertación de los cambios – necesarios en las políticas – son propicios, pero no libres de amenazas e incertidumbres que se han traducido en

dificultades para la fase de ejecución, en mucho explicadas por el contexto político nacional y distrital.

El fenómeno del desplazamiento persiste. El conflicto se ha urbanizado y las localidades de la ciudad (particularmente las zonas de asentamiento objeto de estudio) son territorios en disputa por el control de los actores armados. La respuesta institucional es insuficiente e incluso algunos niegan la existencia de un conflicto armado interno y sus graves implicaciones humanitarias ¹³. A esto se suma la incertidumbre por el contenido de la reforma del sistema de seguridad social en salud, que puede llevarlo a profundizar sus tendencias empresariales y de mercado con graves implicaciones en cobertura y salud pública.

A pesar de este escenario político nacional, simultáneamente ha habido un cambio favorable en la administración del distrito capital, que reconoce la necesidad de responder efectivamente a las demandas de los desplazados por mayor inclusión y materialización de sus derechos ¹⁴.

En materia de protección social en salud, fueron importantes las decisiones de política iniciadas en el 2004 por el Dr. Román Vega-Romero (investigador principal en la fase I de este proyecto quien, con el cambio en la administración distrital, fue nombrado Secretario de Salud). En el papel de tomador de decisiones definió los nuevos procesos de planeación que transformaron el modelo de atención y formuló el programa de salud a su Hogar ¹⁵, cuyo objetivo principal es mejorar la equidad en el acceso, la integralidad, continuidad, coordinación de la atención y los resultados en salud de la población pobre de la ciudad. Justamente en las zonas donde habita gran parte de la población víctima del desplazamiento forzado.

Empero, las posibilidades de éxito de estas iniciativas se han visto amenazadas por los cambios frecuentes en la máxima autoridad sanitaria de la ciudad. En el transcurso entre la formulación del proyecto y su ejecución, ha sido necesaria la negociación con cinco diferentes secretarios, y aunque la interacción ha sido estable con los niveles técnicos, el grado de compromiso con el proyecto y con el tema ha sido variable, ha requerido una renovación permanente.

En el trabajo de campo, los primeros contactos con la población y sus líderes fueron difíciles, porque ocurrieron en un momento en que los desplazados demandaban mayor impacto de las intervenciones del gobierno. Eran pesimistas acerca de los estudios e investigaciones, por considerar que malgastaban recur-

sos para la solución de sus necesidades inmediatas. No obstante, se realizaron múltiples talleres, mesas redondas y entrevistas con las comunidades desplazadas y receptoras de base. Las interacciones con los líderes de sus organizaciones redundaron en generación de confianza, visibilización del tema y desarrollo de un diálogo de saberes, que permitió precisar los problemas, prioridades y mejorar sus capacidades de diálogo y participación.

La interacción con la red pública de prestadores de servicios de salud del primer nivel de las seis localidades en estudio se profundizó involucrando distintos niveles jerárquicos: el nivel gerencial, el nivel intermedio de los referentes sobre desplazamiento y el operativo de los responsables de la atención, funcionarios administrativos y asistenciales. El trabajo estuvo encaminado a construir una mejor visión de los problemas y del papel de los hospitales en su solución. Hizo visible los fallos de información para captar la realidad de la población, cuya presencia era marginal en la planificación. Permitted discutir sobre las limitaciones derivadas de los incentivos financieros del sistema de aseguramiento para promover cambios en el modelo de atención y mejorar la respuesta.

Si bien las relaciones con los aseguradores del régimen subsidiado no tuvieron mayor desarrollo a lo logrado en la primera fase, y la respuesta a la convocatoria fue baja, se logró una identificación y priorización sobre barreras al acceso a los servicios de salud. Se esbozaron cursos de acción, según categorías y niveles de intervención de los problemas, aunque las empresas no asumieron responsabilidad frente al tema.

Con los demás actores, se mantuvo y se cualificó la interacción mediante una estrategia de colaboración con otros proyectos, promovida por los investigadores, tendiente a optimizar recursos, mejorar la intervención, ejercer abogacía y lograr mayor participación en la agenda política. Se construyeron estrategias conjuntas para la operación local, se estableció un puente con las autoridades e instituciones de gobierno y demás interesados, con el que se sentaron las bases para la construcción de una red distrital y local, iniciativa que hoy es liderada por la Secretaría de Salud.

Algunos subproductos de la investigación (los resultados de la línea de base) han promovido cambios en materia de sistemas de información; han estimulado debates sobre la necesidad de reconocimiento de la población no registrada en las bases oficiales y sobre la operación del enfoque diferencial. En las instituciones esto ha generado la necesidad de un mayor

conocimiento y sensibilización sobre la situación. En la población desplazada y sus líderes, comprensión sobre los niveles de problemas, contenidos valorativos de los argumentos, técnicas para las demandas por materialización de sus derechos y mayor empoderamiento. Esto ha hecho que, por ejemplo, las definiciones relacionadas con equidad, enfoque diferencial y participación hayan sido elaboradas conjuntamente con los desplazados, para representar sus posturas al respecto. Además, el proyecto ha servido de enlace entre la población, las instituciones y organismos no gubernamentales, para la solución de problemas concretos. También de apoyo de las discusiones tendientes a la definición de lineamientos de políticas de atención en salud para la población en situación de desplazamiento.

Reflexiones y lecciones sobre el proceso de interacción en este estudio

La interacción entre investigadores, tomadores de decisiones y demás actores en este proyecto no ha estado influida sólo por relaciones racionales, ni por las posturas valorativas y emocionales del micro espacio que se constituye entre unos y otros, sino también por factores contextuales más amplios, por los debates políticos, éticos y jurisprudenciales en el curso del conflicto armado interno que causa el desplazamiento y que han determinado la forma y el contenido de las políticas públicas formuladas para dar respuesta a sus consecuencias.

Algunos modelos conceptuales de interacción, elaborados en el marco de las experiencias de toma de decisiones políticas y organizacionales en el sector salud, podrían ayudar a comprender los factores y características que se han venido dando en el desarrollo de este proceso.

Distintos autores sostienen que en el sector salud el proceso de toma de decisiones y de uso de evidencias no es puramente racional ^{16,17,18}. En la experiencia en discusión, ha sido claro que la interacción ha estado influida por las valoraciones e intereses de los distintos actores, por las posiciones de los investigadores y tomadores de decisiones frente a los paradigmas del conocimiento, y por el contexto, las relaciones de poder y saber en que todos se han visto inmersos. Ha dependido también de la cultura y del sistema político del país, del grado de interés y apertura hacia las demandas y expectativas de los desplazados.

Para ilustrar la naturaleza y características de este proceso se ha tomado el marco diseña-

do por Kothari et al. ¹⁹ para explicar los determinantes de la utilización de los resultados por los tomadores de decisiones. Partiendo de las etapas del proceso de investigación definidas por Rich ²⁰, supone que para que la utilización sea óptima, la interacción debe darse en las etapas de formulación de las preguntas de investigación, conducción, producción de los hallazgos y en la de disseminación de los resultados.

A diferencia de lo que reconocen estos autores, en este estudio la interacción no se ha dado de esa forma lineal. Ha tenido un contexto que ha influido a los actores, tanto en el proceso, como en el uso de los hallazgos de investigación que ha estado mediado por las emociones, demandas, limitaciones normativas, valoraciones, reflexiones, aprendizajes, diálogos y presiones entre distintos y múltiples actores, quienes han puesto o no en la agenda de los que toman decisiones los problemas de la población, de la política pública de atención integral a los desplazados, de las políticas de salud y del sistema de atención en salud, o las posibilidades de su solución.

La utilización aquí no se entiende como un evento final y distinto de la investigación que sigue a su disseminación y es exclusivo de los tomadores de decisiones, sino que puede ocurrir en distintas fases, en la medida en que la toma de decisiones no se concibe como una etapa separada, sino como un proceso con nexos en distintos niveles (sistémico, programático, organizacional, instrumental) que puede comprometer el propio desarrollo de investigación ^{17,18}.

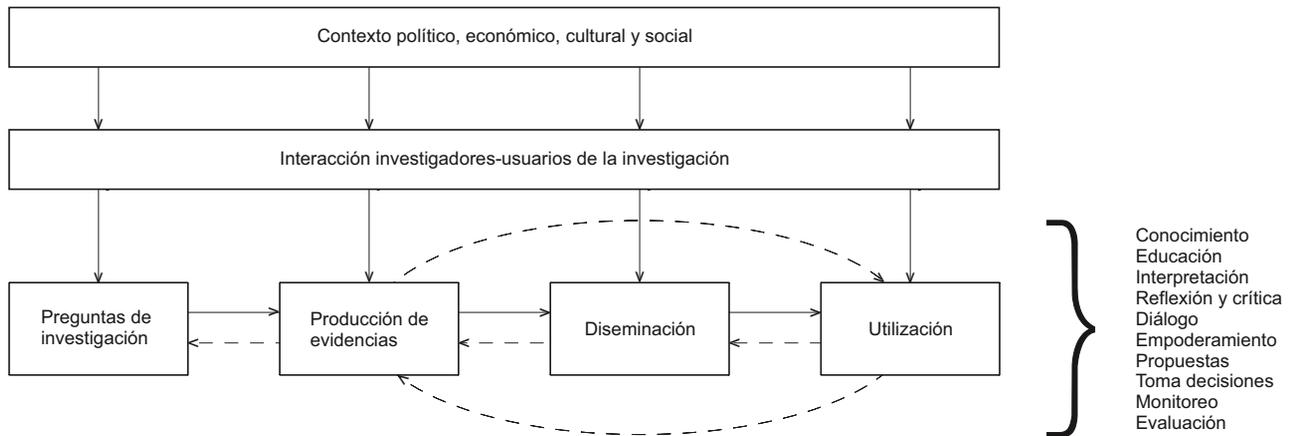
Como se ilustra en la Figura 1, el proceso no es unidireccional, sino interrelacionado y cíclico y abarca la utilización. En él la interacción toma la forma de intercambio, reflexión, crítica, comprensión y/o reinterpretación de los resultados, creándose las condiciones para la generación de acuerdos y compromisos, o conflictos entre los actores, según sus valores e intereses. Además, el tomador de decisiones no se percibe como un actor libre y racional al momento de usar las evidencias en la formulación de las políticas y programas, o en el desarrollo de actividades, sino como un agente estimulado por nuevas oportunidades o limitado por su propio marco de interpretación y por presiones políticas, económicas, morales o jurisprudenciales.

¿Cómo comprender este proceso desde una perspectiva teórica? Varios investigadores han tratado de explicar el carácter de esta interfase desde distintos enfoques.

Dickinson ²¹, por ejemplo, señala la existencia de por lo menos tres modelos sociológicos de transferencia de conocimientos hacia los to-

Figura 1

Modelo de interacción investigación-usuarios.

Fuente: Adaptado de Kothari et al. ¹⁹ y modificado por los autores.

madores de decisiones: los modelos de los oferentes (*push*), los de los usuarios (*pull*) y los de interacción entre unos y otros (*linkage*). De estos últimos reconoce tres variantes: el modelo tecnocrático, el de toma de decisiones y el pragmático. El primero separa en forma absoluta la ciencia de la política, en la toma de decisiones profesionales y en la formulación de políticas públicas; el de las decisiones supone que la mejor manera en que los políticos alcanzan sus objetivos está determinada por las alternativas efectivas que les ofrecen los científicos y expertos. Finalmente, el modelo pragmático reconoce la existencia de una relación plural entre conocimientos, valores e intereses y supone la participación democrática del público en la formulación e implementación de las políticas.

Desde un cierto enfoque de la ciencia política, Lavis ²² reconoce distintos modelos de toma de decisiones, el basado en coaliciones entre oficiales del Estado y actores sociales y los que suponen el diálogo entre un mayor número de actores. Por su parte, Baker et al. ¹⁶, en una perspectiva organizacional, develan el carácter de interacción social y política implícito en las decisiones de las organizaciones de salud y ponen un interrogante sobre el nuevo enfoque racional de “toma de decisiones basada en la evidencia”, tanto en el campo clínico como en el organizacional y político.

En este proyecto, según el nivel jerárquico del Estado, del gobierno y las organizaciones, ha habido factores estructurales, de carácter

normativo, económico y político que han limitado o generado oportunidades para el uso de las evidencias aportadas por los investigadores. Ello es claro en el caso del contenido de las políticas del sistema colombiano de seguridad social en salud, cuya racionalidad hace énfasis en el mercado, establece límites a las decisiones en materia de justicia social y a las posibilidades de universalidad del acceso, integralidad y continuidad de la atención, y no pueden ser traspasadas por las autoridades o los profesionales de salud, a riesgo de caer en la ilegalidad o ser sancionados. También es claro en los pronunciamientos de la Corte Constitucional ²³, al declarar inconstitucional el estado de cosas de los desplazados y su imperativo al gobierno y a la sociedad para responder al drama de los desplazados con recursos financieros suficientes, políticas públicas integrales y capacidad institucional adecuada.

Debido a la continua y cambiante interacción entre los factores y relaciones de poder, conocimiento e identidad de los actores involucrados, al contexto y circunstancias en las que se produce el conocimiento y se establece la interacción, es una ilusión pensar que cualquier conocimiento puede ser usado por los tomadores de decisiones simplemente porque es verdadero.

Desde una perspectiva crítica se ha reconocido ampliamente que en el campo de la toma de decisiones, así como de la formulación de políticas de salud, tanto la producción como el

uso del conocimiento están entrelazados por relaciones de poder^{6,24}. Las verdades generalmente se construyen en el marco de racionalidades políticas, sociales y económicas impregnadas por posturas valorativas y teóricas que se generalizan como consecuencia de las relaciones de poder entre distintos actores, en cuyas visiones se enmarcan y a cuyos intereses sirven⁷.

Ello no significa que el conocimiento no sea un elemento de la toma de decisiones, sino que no es el único. De ahí la necesidad de una comprensión que tenga en cuenta las relaciones de poder y saber – propias del microespacio entre investigadores y tomadores de decisión – y las del contexto más amplio que los influye.

Por último, un factor clave de esta experiencia ha sido el papel de los investigadores para propiciar la participación y la reflexión crítica. Admitiendo que no son seres neutrales ni jueces imparciales, su papel se parece cada vez

más al de un facilitador (Gregory & Rondón 1999, *apud* Vega-Romero⁷) o al de un intérprete, que, más allá de las racionalidades del saber científico, deja espacio para la expresión de los deseos, sentimientos y emociones de los sujetos de la interacción social y ayuda a los tomadores de decisiones y a la población desplazada a encontrar soluciones justas a los problemas, desde sus propios compromisos de solidaridad y marcos de interpretación. En este sentido, los investigadores, en la medida en que comprenden que los actores sociales no son sujetos pasivos de las racionalidades dominantes, pueden y deben actuar construyendo las condiciones desde las cuales los sujetos proyectan sus propias verdades perspectivas e históricas, entran en diálogo con los otros, reflexionan y posibilitan situaciones de apertura entendimiento y acuerdos⁷.

Resumen

El objetivo de este ensayo es mostrar la experiencia, enseñanzas conceptuales y teóricas del proceso de interacción vivido entre investigadores, tomadores de decisiones y otros actores en el marco del proyecto sobre protección social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá, Colombia. Inicia con la presentación de los elementos centrales del enfoque de investigación-intervención, describe la interacción en el proyecto y muestra que el uso de las evidencias es un proceso que compromete a diversos actores. A partir de la experiencia, plantea una discusión conceptual sobre los factores y determinantes del uso de resultados. Muestra la necesidad de asumir una postura epistemológica sobre la investigación y la formulación de políticas que supere las limitaciones de los enfoques positivistas, así como de los actores racionales, que hasta ahora han dominado la explicación de la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones.

Interacción Social; Formulación de Políticas; Gestor de Salud; Investigadores

Colaboradores

R. Vega-Romero fue el investigador principal durante la fase I de diseño de la propuesta, en la que se definieron objetivos, marco teórico y enfoque metodológico general. A. Hernández-Bello ha sido la investigadora principal de la ejecución y resultados desde su inicio en 2004 hasta la fecha y co-responsable de la propuesta. La elaboración del artículo, tanto en la descripción sobre las fases, como en la discusión teórica fue compartida entre los dos autores.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por una iniciativa conjunta del International Development Research Centre/Canadá y la Organización Panamericana de la Salud, con el soporte de la AcademyHealth, de Estados Unidos como parte del Programa de Investigación *Building and Bridging Health Services Research and Health Policy in the Americas: Extension of Social Protection in Health*.

Referencias

1. Global IDP. Internal displacement: global overview of trends and developments in 2004. Geneva: Global IDP; 2005.
2. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Monitoreo de población desplazada, Sisdhes. <http://www.codhes.org.co> (accedido el 19/Jul/2005).
3. Mogollón-Pérez AS, Vázquez-Navarrete ML, García-Gil MM. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:257-66.
4. Organización Panamericana de la Salud/Universidad de Antioquia. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades, 2002-2003. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2005. (Serie Salud y Desplazamiento en Colombia, módulo 1).
5. Haraway D. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Fem Stud* 1988; 14:575-99.
6. Midgley G. Systemic intervention: philosophy, methodology and practice. London: Kluwer Academic-Plenum Publishers; 2000.
7. Vega-Romero R. El papel de los investigadores y el uso de metodologías participativas en los procesos de formulación de políticas: una perspectiva pos-estructuralista. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2001; 1:103-14.
8. Red de Solidaridad Social. Magnitud y tendencias del desplazamiento forzado en Colombia. Enero 2000-junio 2002. http://www.red.gov.co/Programas/Apoyo_Integral_Desplazados/Registro_SUR/Registro_SUR_Marzo_2006/Registro_SUR_05042006_web_semestres.htm (accedido el 02/Ago/2002).
9. Gómez-Buendía H. Atender a las víctimas: retorno, reparación y reconciliación. In: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, organizador. El conflicto, callejón con salida. Informe nacional de desarrollo humano – Colombia 2003. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2003. p. 215-31.
10. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Balance de la política de atención al desplazamiento interno forzado en Colombia 1999-2002. Bogotá: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados/United States Agency for International Development; 2002.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la OPS-OIT (26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana). <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26.r19-s.pdf> (accedido el 30/Ene/2003).
12. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y El Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (Serie Extensión de la Protección Social en Salud).
13. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. La política del avestruz. *Boletín Codhes* 2005; 58:1-3.
14. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2004-2008. Bogotá: sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. Proyecto de acuerdo. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2004.
15. Secretaría de Hacienda Distrital. Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá: diagnóstico y políticas de salud en el Distrito Capital. Bogotá: Secretaría de Hacienda Distrital; 2005. (Cuadernos de la Ciudad. Serie Equidad y Bienestar, 6).
16. Baker R, Ginsburg G, Langley AL. An organizational science perspective on information, knowledge, evidence, and organizational decision-making. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, editors. *Using knowledge and evidence in health care*. Toronto: University of Toronto Press; 2004. p. 86-114.
17. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. London: Zed Books; 1994.
18. Barker C. The health care policy process. London: Sage Publications; 1996.
19. Kothari A, Birch S, Charles C. "Interaction" and research utilization in health policies and programs: does it work? *Health Policy* 2005; 71:117-25.
20. Rich RF. Measuring knowledge utilization: processes and outcomes. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 1997; 3:11-24.
21. Dickinson HD. A sociological perspective on the transfer and utilization of social scientific knowledge for policy-making. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, editors. *Using knowledge and evidence in health care*. Toronto: University of Toronto Press; 2004. p. 41-69.
22. Lavis JN. A political science perspective on evidence-based decision making. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, editors. *Using knowledge and evidence in health care*. Toronto: University of Toronto Press; 2004. p. 70-85.
23. Colombia. Sentencia T-025. Por la cual se declara la situación de los desplazados en el país como un "estado de cosas inconstitucional" y se imparten órdenes específicas para la protección de los derechos de los desplazados y se fijan plazos breves para que se remedie la vulneración de sus derechos fundamentales. Bogotá: Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión, República de Colombia 2004; feb 6.
24. Navarro VL. Concepto actual de la salud pública. In: Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marsset P, Navarro VL, editors. *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1998. p. 49-54.

Recibido el 27/Ene/2006

Versión final presentada el 24/Abr/2006

Aprobado el 26/Abr/2006