

La epidemiología culturalmente segura: ¿Oxímoron o imperativo científico?¹

Mary Cameron, Neil Andersson, Ian McDowell, Robert J. Ledogar

[Traducción² del artículo "Culturally safe epidemiology: oxymoron or scientific imperative?" *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. 8(2), 2010.]

Desde comienzos del siglo XX, la investigación epidemiológica ha aportado beneficios y problemas a las comunidades aborígenes de Canadá. Muchos miembros de las primeras naciones, métis e inuit siguen viendo a la investigación occidental con desconfianza, los métodos cuantitativos se perciben como especialmente inconsistentes con las cosmovisiones indígenas. Sin embargo, está aumentando el reconocimiento de que la investigación epidemiológica rigurosa puede producir evidencia que llama la atención y atrae recursos a problemas sanitarios urgentes en comunidades aborígenes. Presentamos un marco para la epidemiología culturalmente segura, desde la identificación de las prioridades de la investigación, a través del trabajo de campo y el análisis y hasta la comunicación y el uso de la evidencia. La epidemiología moderna y los conocimientos indígenas no son intrínsecamente inintegrables; muchas oportunidades de salud pública surgen de este intercambio y un buen enfoque científico también debe comenzar por este punto.

Palabras clave: seguridad cultural, métodos de investigación, cosmovisión indígena, conocimientos indígenas, validez, epidemiología intercultural.

¹Agradecimientos: Les damos las gracias a Anisnabe Kekendazone Network Environments for Aboriginal Health Research, el Inuit Community Action Research Team y las comunidades que participaron en los proyectos *Rebuilding from Resilience* y *Aboriginal Community Resilience to AIDS*. Este artículo es el producto del trabajo financiado bajo la subvención 84489: *Rebuilding from Resilience — research framework for a randomized controlled trial of community-led interventions to prevent domestic violence in Aboriginal Communities*, de CIHR.

² Traducido por Francisco Laucirica.

Introducción

Los epidemiólogos y otros científicos occidentales han estudiado los problemas de salud de las comunidades aborígenes canadienses durante más de un siglo. A veces mejor intencionado que otras, estas investigaciones han resultado en beneficios y problemas para las comunidades de Primeras Naciones, mestizos e inuit; muchos todavía perciben a la investigación con desconfianza y sospechas.

Para restaurar la confianza y la pertenencia a la comunidad del proceso investigativo, algunos académicos han explorado enfoques alternativos que pueden ser más adecuados culturalmente, incluyendo esquemas de sensibilidad cultural y métodos participativos. Estos enfoques requieren que los investigadores aumenten su conciencia cultural e integren las perspectivas de las comunidades al proceso de investigación. Estos enfoques, sin embargo, normalmente no logran cuestionar ciertas suposiciones implícitas sobre la superioridad del paradigma científico occidental.

Las discusiones sobre la adaptación de los métodos de investigación al contexto cultural de los sujetos investigados son prominentes en el área de la investigación cualitativa, pero no tanto en la de la investigación cuantitativa, la cual por lo tanto se percibe como poco o nada receptiva hacia epistemologías alternativas. Como resultado de esto, las investigaciones cuantitativas, incluyendo la epidemiología, se han visto poco beneficiadas por el desarrollo de metodologías culturalmente adecuadas. Sin embargo, se reconoce que la investigación cuantitativa rigurosa es el foco de atención y recursos para tratar prioridades de salud en comunidades aborígenes. Además, la investigación cuantitativa rigurosa trata varias de las preguntas que las comunidades aborígenes plantean sobre la salud de su gente.

Este artículo traza un esquema para investigaciones culturalmente seguras, comenzando con un breve resumen de enfoques previos de la investigación en salud aborigen y la emergencia de preocupaciones por la seguridad cultural, para luego pasar a la discusión de temas en los que los conocimientos indígenas y científicos pueden encontrarse o divergir.

Enfoques previos de la investigación en comunidades aborígenes

Los servicios sanitarios y la investigación en salud en comunidades aborígenes de Canadá han cambiado sustancialmente a lo largo de las últimas décadas. A comienzos del siglo XX, cuando el gobierno canadiense comenzó a recolectar sistemáticamente datos estadísticos sobre la mortalidad y morbilidad indígena, había disparidades marcadas entre la salud de los aborígenes y la de la población canadiense en general. En ese momento, los esfuerzos por resolver las desigualdades sanitarias fueron mínimos, ya que los gobiernos provinciales y el federal no estaban de acuerdo sobre quién tenía la responsabilidad legal de encargarse de la salud de las poblaciones indígenas (Young, 1998). La responsabilidad por la salud aborígen no había sido claramente establecida en los distintos tratados, el Acta Indígena o el Acta de la Norteamérica Británica, por lo cual no existía una base clara para acciones gubernamentales que proveyeran servicios sanitarios para los indígenas.

Después de 1994, cuando los Servicios Sanitarios Indígenas fueron incorporados al nuevo Departamento de Salud y Bienestar Nacional (*Department of National Health and Welfare*), el gobierno de Canadá comenzó a cumplir un papel mucho mayor en la salud de los aborígenes. Esto aumentó los gastos en servicios sanitarios, así como las encuestas científicas y otras investigaciones en salud (McInnes, 1946).

El aumento en investigación en salud aborígen, fomentado por el gobierno tras la Segunda Guerra Mundial, arguye Young, no tenía intenciones totalmente altruistas. El autor propone que la acción gubernamental contra las epidemias que arrasaban a las comunidades indígenas a principios del siglo XX se debía más a un deseo de proteger a las comunidades blancas vecinas. La manera en que la provisión de servicios sanitarios e investigaciones en salud era vista como un componente integral de la política de asimilación de la población indígena canadiense es evidente en el informe de un agente gubernamental (*Indian Agent*) en 1912: ‘nada tiene un efecto más civilizador sobre ellos [los aborígenes] que una demostración de las capacidades para sanar del hombre blanco’ (Canadá, 1913, citado por Young, 1984). Young (1984) describió a las primeras intervenciones para mejorar la salud de los indígenas canadienses como un ‘paternalismo benevolente’.

No es sorprendente que gran parte de las primeras investigaciones en salud aborígen eran dirigidas por académicos no aborígenes o agentes del gobierno; los aportes o la participación de las comunidades estaban limitados a proveer información. Esto coincidió con una falta de capacidades indígenas en la metodología epidemiológica y de otras ciencias. Varios académicos han criticado las actitudes paternalistas y colonizadoras que permearon las relaciones de investigación en su momento (Bartlett et al, 2007; Browne et al, 2005; Castellano, 2004); Cochran et al, 2008; Mohammed, 2006).

Con el tiempo, la investigación epidemiológica ha realizado algunas contribuciones importantes a la mejora de la salud de los indígenas canadienses. Por ejemplo, la investigación epidemiológica fue

esencial para detectar y llamar la atención sobre las tasas cada vez más elevadas de enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, en la población aborigen de Canadá a comienzos del siglo XX; este reconocimiento llevó a intervenciones gubernamentales extensivas y disminuciones substanciales en las tasas de enfermedades infecciosas (Hackett, 2005; Wilson y Young, 2008).

El impacto de la investigación epidemiológica y de otros campos, sin embargo, no siempre ha sido positivo. La Afirmación de Políticas de los Tres Consejos sobre las Éticas de Conducta para la Investigación sobre Humanos describe un equilibrio sensible entre daños y beneficios en la investigación con comunidades aborígenes:

Existen razones históricas por las que los pueblos indígenas o aborígenes pueden sentirse justificadamente preocupados por las actividades de los investigadores. En varios casos, la investigación se ha realizado de manera respetuosa y ha contribuido al bienestar de las comunidades aborígenes. En otros, los pueblos aborígenes no han sido tratados con un alto nivel de respeto por los investigadores. La investigación imprecisa o insensible ha causado una estigmatización. En ciertas ocasiones, la propiedad cultural y los restos humanos de aborígenes han sido expropiados por investigadores para exhibirlos o almacenarlos en institutos o venderlos.

A veces, los investigadores han tratado a grupos como meras fuentes de datos y en ocasiones han hecho correr peligro a indígenas disidentes al actuar inconscientemente como recaudadores de información para regímenes represivos. Estas conductas han causado daño a las comunidades participantes y han arruinado futuras oportunidades de investigación (The Inter-Agency Advisory Panel on Research Ethics, 2009).

Gran parte de la investigación epidemiológica sobre las Primeras Naciones, mestizos e inuit sigue arraigada en un paradigma científico occidental rígido, que categoriza a estas poblaciones de manera colectiva como un grupo de ‘riesgo elevado’. Esto refuerza los estereotipos negativos y la discriminación, a menudo enmarcando a las comunidades aborígenes como ‘enfermas, desorganizadas y dependientes’ (Browne et al, 2005; O’Neil et al, 1998).

El ‘esencialismo cultural’ es un término empleado por Narayan para describir grupos humanos heterogéneos como si fueran homogéneos e invariados; de hecho, los valores, intereses, modos de vida, y compromisos morales y políticos de las comunidades son internamente plurales y divergentes (Narayan, 1998). La perspectiva del esencialismo cultural le atribuye conductas de salud complejas a ‘factores’ resumidos— como la etnicidad—, minimizando la heterogeneidad de estas categorías (Lynam y Young, 2000). Según Dyck y Kearns (1995, p. 139), ‘el reconocimiento de la fluidez de la cultura y la etnicidad y la construcción social de la “raza” como una categoría de diferencia desafía el uso continuo de este tipo de conceptos como variables explicativas y estáticas’, lo cual puede perpetuar las representaciones estereotípicas de ‘estilos de vida’ y la atribución de culpas a la cultura en los análisis de

los estudios. Las perspectivas de esencialismo cultural en la investigación también tienden a inducir a creadores de programas y políticas de salud a cometer errores, como el de concentrarse en intervenciones a nivel de las prácticas culturales al mismo tiempo que no se tiene en cuenta el papel de los procesos políticos en la perpetuación de la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y otros recursos (Dyck y Kearns, 1995).

La estratificación de resultados según la etnicidad o la cultura puede ayudar a demostrar algunas de las inequidades de salud entre comunidades aborígenes y la población general de Canadá. El análisis de este tipo ha ayudado a llamar la atención y dirigir recursos hacia el campo de la salud aborigen (King et al, 2009).

Incluso desde una perspectiva tradicional de investigación cuantitativa, la estratificación de grupos heterogéneos puede plantear un dilema con respecto al tamaño de la muestra y el poder estadístico. Por lo tanto, es tentador abandonar los métodos cuantitativos por un enfoque más antropológico que se concentra en las peculiaridades de pequeños grupos, lo cual proveería aportes y perspectivas importantes sobre el funcionamiento humano.

Existe un reconocimiento cada vez mayor de que la investigación excluyente, en la cual ‘expertos’ externos realizan la investigación *sobre* una comunidad al mismo tiempo que excluyen a quienes la investigación tiene la intención de beneficiar, no logra rendir cuentas por los contextos culturales y las diferencias epistemológicas, y por lo tanto es éticamente viciada e inaceptable para las comunidades aborígenes. También es poco probable que mejore la comprensión de los problemas de salud a los que se enfrentan los aborígenes en Canadá. Algunos académicos rechazan la ‘autoridad epistémica de los científicos occidentales’ (Kuokkanen, 2000; Mohammed, 2006; Smith, 1999) y promueven metodologías de investigación de ‘descolonización’ culturalmente adecuadas, que reconocen una ‘necesidad urgente de que se adopte y valore la perspectiva de los indígenas en el proceso de investigación’ (Bartlett et al, 2007).

Algunos enfoques contemporáneos

El reconocimiento de que la investigación entre culturas puede causar más daños que beneficios ha inspirado muchas discusiones académicas sobre el desarrollo de enfoques teóricos y metodológicos más adecuados. La ‘sensibilidad cultural’ constituyó una etapa de transición en la evolución de los enfoques de investigación sobre aborígenes. Rogler definió la investigación culturalmente sensible como el ‘entrelazado de componentes culturales y concientización cultural con todas las etapas del proceso investigativo’ (Rogler, 1989). El enfoque de sensibilidad cultural es mayormente un llamado a investigadores visitantes para que aumenten sus conocimientos sobre las creencias y prácticas de la cultura anfitriona (NAHO, 2008). Si bien esto es importante, la Organización de Salud Aborigen Nacional (NAHO, *National Aboriginal Health Organization*) de Canadá recientemente subrayó que la sensibilidad es solamente el ‘primer paso hacia el aprendizaje sobre uno mismo dentro del contexto de la propia interacción o relación con gente de una cultura diferente’ (NAHO, 2008).

Algunos académicos no están satisfechos con el enfoque de sensibilidad cultural. Polaschek (1998), por ejemplo, argumenta que la sensibilidad cultural requiere tener en cuenta a la ‘otra’ cultura sin desafiar a los investigadores para que reflexionen sobre cómo sus propias culturas, posiciones sociales o sesgos pueden influenciar sus investigaciones. Para Plaschek, la sensibilidad cultural es superficial en el análisis porque no requiere que el investigador reconozca la posición social o política de un grupo cultural dentro de una sociedad o los desequilibrios de poder que pueden existir entre el investigador y el investigado.

Los investigadores visitantes pueden reforzar una diferencia de poder entre ellos y la comunidad sin quererlo, al asumir un estado autoritativo de 'experto' en la relación entre el investigador y el investigado. Esto reduce inevitablemente la receptividad del investigador hacia aportes locales y aumenta potencialmente el riesgo cultural al dificultar el control de la comunidad sobre los objetivos de la investigación. Wilson y Neville (2009) sugieren que los investigadores pueden mitigar el riesgo cultural al poseer un sentido de humildad; escuchar y observar antes de hablar; estar dispuestos a reconocer la experiencia de quienes están siendo investigados; y estar dispuestos a incluir los protocolos, aspiraciones y necesidades de la comunidad en el diseño de la investigación.

La seguridad cultural es una alternativa más reciente al esquema de sensibilidad cultural. Anclada en la teoría poscolonial, la seguridad cultural analiza los desequilibrios de poder, la discriminación institucional, la colonización y las relaciones coloniales dentro del contexto de los servicios y las políticas sanitarias y las investigaciones en salud (NAHO, 2008). Las prácticas culturalmente seguras implican reconocer las diferencias de poder subyacentes en las interacciones culturales y los orígenes históricos de las disparidades, incluyendo las maneras en las que el colonialismo sigue influyendo en las vidas y oportunidades de los grupos marginados.

La teoría de la seguridad cultural surgió entre los maorí de Nueva Zelanda y se expandió para incluir grupos indígenas a nivel mundial, así como inmigrantes y otros grupos étnicos minoritarios. Hasta tiempos recientes, la incorporación de la seguridad cultural se había limitado principalmente a la enfermería como una manera de mejorar la calidad de la atención en contextos interculturales (Brascoupé y Waters, 2009; Dyck y Kearns, 1995; Kirkham, 2006; Nursing Council of New Zealand, 2005).

Los partidarios del enfoque de seguridad cultural en la enfermería creen que los profesionales de la salud que tienen prejuicios culturales y hacen otras suposiciones pueden poner en riesgo la salud de sus pacientes y poner en jaque la calidad de la atención (Kirkham, 2006; Nursing Council of New Zealand, 2005; Papps y Ramsden, 1996). Por lo tanto, la atención culturalmente segura requiere que el enfermero reflexione sobre su propia identidad cultural y reconozca cómo puede influir sobre su práctica de enfermería (Papps y Ramsden, 1996). La seguridad cultural reconoce que las acciones e interacciones pueden afirmar (culturalmente seguras) o disminuir, degradar o desempoderar (culturalmente inseguras) la identidad cultural y el bienestar del individuo (Nursing Council of New Zealand, 2005). Por ende, en la práctica de la enfermería, el receptor de la atención es quien juzga si es culturalmente segura o no (Kirkham, 2006).

El movimiento de enfermería culturalmente segura ha influido sobre otros practicantes de la salud que trabajan con diferentes culturas, como dirigentes y creadores de políticas, para que adopten un enfoque culturalmente seguro. La siguiente sección se concentrará sobre la aplicación de la teoría de la seguridad cultural a la investigación en salud.

Investigación culturalmente segura

La seguridad cultural abarca más que la sensibilidad cultural, de modo que examina la función de la edad o la generación, el sexo, la orientación sexual, el estado de empleo y socioeconómico, el origen étnico o la experiencia migratoria, las creencias religiosas o espirituales; y la discapacidad (Nursing Council of New Zealand, 2005). Por lo tanto, la seguridad cultural en la investigación reconoce que el estado de salud no puede atribuirse simplemente a una identidad cultural; una compleja red de factores

entrelazados influye sobre la salud. Por ejemplo, identificar la ‘aboriginalidad’ como un factor de riesgo independiente en el estado seropositivo de un inuit provee poca información real. La seguridad cultural nos motiva a considerar los múltiples factores subyacentes que pueden aumentar la infección de VIH entre los inuit, como el género, la violencia de género, las gradientes de poder en una economía de mercado y otras inequidades.

Esta perspectiva más amplia de la causalidad está alineada con la transición reciente del enfoque de modelos lineales a uno de sistemas en el que los determinantes de la salud se perciben como sistemas que interactúan entre sí. Alejándose de la ‘caja negra’ asociada con atribuirle una enfermedad a un único factor de riesgo, McDowell (2008) percibió que el análisis epidemiológico necesitaba descubrir capas causales que interactúan entre sí y que contienen distintos caminos, incluyendo mecanismos dañinos y protectores.

La preocupación por la seguridad cultural busca disipar los estereotipos culturales y la discriminación actuales. Esto se aleja de los enfoques del esencialismo cultural que representan incorrectamente a los pueblos indígenas de Canadá como homogéneos, cuando esta población incluye unas 600 Primeras Naciones reconocidas, veintenas de métis y docenas de grupos inuit provenientes de distintas situaciones históricas, culturales y geográficas.

Un número cada vez mayor de investigadores se han referido a la lente de la seguridad cultural —si es que no la han usado— para reflexionar sobre sus propias prácticas de investigación (Browne et al, 2005; Dyck y Kearns, 1995; Kirkham et al, 2002; Lynam y Young, 2000; Wilson y Neville, 2009). Los partidarios de la investigación culturalmente segura están de acuerdo en que los investigadores deberían reflexionar sobre sus propias suposiciones culturales y analizar de manera crítica el impacto de su posición teórica sobre los conocimientos que generan. Esto incluye reexaminar cómo enmarcamos a la salud y sus determinantes. Los investigadores culturalmente seguros están al corriente de la relación histórica entre la investigación y las comunidades aborígenes y, a través del proceso de investigación, son conscientes de que algunas comunidades indígenas pueden seguir asociando la investigación con una historia de colonialismo y sospechas.

Puede que privilegiar a las epistemologías y métodos occidentales en la investigación de modo que se excluyan otros enfoques sea inefectivo para tratar los problemas de salud a los que se enfrentan las comunidades aborígenes. Puede ser dañino si los investigadores malinterpretan los resultados y llegan a conclusiones que presentan a los investigados de manera imprecisa o errónea (Wilson y Neville, 2009). Para evitar esto, la preocupación por la seguridad cultural de la comunidad investigada debería estar presente a lo largo de todo el proceso investigativo, desde que se establece la pregunta de investigación hasta que se diseminan los resultados (Wilson y Neville, 2009).

La función de los investigadores visitantes no es juzgar qué es culturalmente seguro o inseguro; esto sólo pueden determinarlo los participantes o beneficiarios del estudio. Wilson y Neville señalan que en realidad esto rara vez ocurre y a menudo el investigador es quien decide o determina si el estudio ha cumplido con los criterios de seguridad cultural (Wilson y Neville, 2009). Para asegurarse de que la comunidad tenga la oportunidad de evaluar la seguridad cultural de la investigación, los académicos de la escuela de la seguridad cultural concuerdan en que los investigadores deben permitir y fomentar la participación de la comunidad en todo el proceso investigativo.

El reconocimiento de la importancia de la participación de las comunidades en la investigación no es nada nuevo. Durante muchos años, tanto los investigadores como los aborígenes han identificado un

aumento en la participación comunitaria como un componente crucial de la investigación culturalmente adecuada, tal como queda demostrado por la extensa defensa y promoción de los principios de propiedad, control, acceso y posesión (OCAP, *ownership, control, access and possession*) (Schnarch, 2004) y por la cantidad cada vez mayor de estudios que adoptan un esquema de 'investigación participativa con bases en las comunidades' (IPBC). La IPBC, que abarca la investigación-acción participativa (IAP) y otros enfoques participativos, es un proceso de colaboración que involucra por igual a todos los socios del proceso investigativo y reconoce las fortalezas únicas que cada cual aporta. La IPBC comienza con un tema de investigación importante para la comunidad con el objetivo de combinar los conocimientos y la acción para el cambio social (Minkler, 2004).

Los partidarios de estos enfoques participativos pueden exagerar sus ventajas y fundir los conceptos de IPBC e IAP con el de la investigación culturalmente adecuada. También es posible realizar IPBC culturalmente inseguras, usándolas para disimular investigaciones que siguen métodos excluyentes (Hagey, 1997). Consultar con un líder comunitario o contratar a un asistente de investigación local puede parecer suficiente para satisfacer los requisitos de la IPBC (Hagey, 1997). Además de los límites de los métodos cualitativos que dominan actualmente la práctica de IPBC, el aumento en el uso de un léxico participativo en la investigación con comunidades indígenas puede, si no se ve acompañado por cambios en las relaciones de poder, dañar aún más la fe en el proceso investigativo y reforzar las sospechas hacia investigadores externos.

La noción de participación comunitaria de la seguridad cultural requiere explícitamente que los conocimientos, valores y epistemologías locales o indígenas se valoren de igual a igual con las epistemologías y métodos científicos occidentales, y no simplemente que se la 'integre' dentro de un paradigma dominado por la ciencia occidental (Dyck y Kearns, 1995). Por lo tanto, la investigación culturalmente segura busca dismantelar la estructura de poder convencional que existe entre los investigadores y los investigados, en la cual los primeros actúan como recaudadores de información y los últimos como meras fuentes de datos.

Un lugar para los métodos cuantitativos

La investigación cualitativa tiene en cuenta la creencia de que existen múltiples realidades en lugar de una sola verdad y que los conocimientos se construyen en lugar de descubrirse (Sale et al, 2002). Por esto, los métodos cualitativos a menudo se perciben como flexibles, abiertos a cosmovisiones y maneras de saber alternativas, fácilmente adaptables a contextos culturales y fomentadores de altos niveles de control comunitario sobre el proceso de investigación (Baum, 1995; Hines, 1993; Johnson y Onwuegbuzie, 2004; Kenny et al, 2004; Sale et al, 2002). Implementada de este modo, la investigación cualitativa puede ser culturalmente segura. El hecho de que casi toda la literatura sobre la seguridad cultural sea cualitativa (Brascoupé y Waters, 2009) refleja la creencia común, explícitamente planteada por Kenny et al. (2004, p. 12), de que

Los métodos de investigación cualitativa que incluyen entrevistas individuales y grupales, grupos focales y observaciones de los participantes a menudo son más compatibles con la cultura aborígen [que los métodos cuantitativos].

Pero no todas las preguntas relacionadas con la salud pueden responderse de manera convincente mediante investigaciones cualitativas.

La investigación cuantitativa, incluyendo la epidemiología, a menudo es asociada con el positivismo y otros métodos que siguen protocolos rígidos y estructurados, reconocen una única verdad o realidad y son llevados a cabo de manera controlada por ‘investigadores objetivos’ para minimizar la influencia o el sesgo indebido (Baum, 1995; Hines, 1993; Johnson y Onwuegbuzie, 2004; Kenny et al, 2004; Sale et al, 2002). Dentro de este marco, la epidemiología parece antitética a la seguridad cultural. Kenny et al. (2004, p. 12) afirman que aunque

Los datos cuantitativos ayudan en la asignación de recursos escasos [...] el pasado ha demostrado que los métodos de investigación que se concentran solamente en metodologías cuantitativas no siempre son propicios para ‘la forma de hacer las cosas’ en contextos aborígenes.

Algunos autores cuestionan el uso de métodos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio. Sale cree que el enfoque de ‘métodos mixtos’ —la combinación de inconmensurables métodos cualitativos y cuantitativos— que se está tornando cada vez más popular, es un esfuerzo fallido por armonizar filosofías opuestas sobre la naturaleza de la verdad y la realidad. La autora argumenta que la mezcla de métodos investigativos de distintos paradigmas no logra cumplir con los requisitos de ninguno de los dos enfoques. Para ella, los intentos de introducir rigidez y objetividad a los métodos cualitativos va en contra del principio cualitativo según el cual el saber es subjetivo y tan solo refleja la lente interpretativa del investigador. Al mismo tiempo, aceptar la subjetividad en métodos cuantitativos inevitablemente introduce un sesgo, el cual los epidemiólogos intentan minimizar lo más que pueden (Sale et al, 2002).

Estos dilemas pueden surgir cuando los investigadores adoptan lo que McDowell y McLean llamaron un enfoque ‘jerárquico’ al combinar métodos cualitativos y cuantitativos. Esta jerarquía implica tratar a un método como primario y al otro como secundario o complementario, al que se incluye para amplificar la impresión creada por el primario (McDowell y MacLean, 1998).

No todos perciben la diferencia entre los métodos cualitativos y cuantitativos en términos tan contrastados. Andersson y colegas (1989) describieron un proceso de investigación fundamentalmente epidemiológico que consiste de varios momentos, algunos requieren un enfoque cualitativo y otros uno cuantitativo. Propusieron que la cuestión cualitativa-cuantitativa se aborda mejor al percibir el proceso de investigación por momentos, algunos cualitativos y otros cuantitativos. Esto puede verse como una ‘sociedad’ en la que los métodos cualitativos y cuantitativos son tratados como socios iguales pero contrastados (McDowell y MacLean, 1998).

Creemos que la selección de métodos de estudios debería ser dirigida por la pregunta de investigación; el basarse en métodos exclusivamente cualitativos o cuantitativos es inadecuado para satisfacer la mayoría de las preguntas de investigación. El estudio de un único fenómeno mediante múltiples enfoques metodológicos requiere claridad sobre cuándo está en juego cada método; la metodología mixta se refiere a momentos de alta calidad cualitativa seguidos por momentos de alta calidad cuantitativa. Esto no se trata de un híbrido de lo cualitativo y lo cuantitativo.

El desafío de la epidemiología culturalmente segura le agrega complejidad al tema. En paralelo con el debate cuantitativo-cualitativo se encuentra la división entre los conocimientos científicos occidentales

y los indígenas, que a menudo son asociados con características cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Mientras que algunos investigadores creen que los conocimientos científicos occidentales y los indígenas son incompatibles, Agrawal argumenta que la distinción puede ser algo artificial (Agrawal, 1995). Si bien hay

diferencias marcadas entre filosofías y cosmovisiones comúnmente percibidas tanto como indígenas o como occidentales [...] también podemos descubrir que elementos separados por esta división artificial comparten similitudes substanciales (Agrawal, 1995, p. 3).

La existencia de distinciones importantes entre sistemas epistemológicos no quiere decir que no exista un lugar para el uso de métodos científicos occidentales en protocolos indígenas, o viceversa.

Un principio inicial de la investigación intercultural es que los sistemas epistemológicos raramente se excluyen mutuamente en todos los aspectos. Si los diferentes sistemas se encuentran en un ambiente de respeto mutuo, incluyendo la no interferencia con conocimientos sagrados y el reconocimiento de la propiedad intelectual, es posible establecer un intercambio en el cual ni los protocolos indígenas ni los de la ciencia occidental se ven comprometidos. Esto podría denominarse un *espacio culturalmente seguro*, similar a lo que otros han llamado *espacio ético* (Poole, 1972). Con un objetivo común de adquirir entendimiento y conocimientos que puedan aplicarse directamente a la mejora de la salud de la comunidad, los científicos occidentales pueden apoyar a las comunidades indígenas con métodos investigativos y protocolos que no pasen por alto la integridad cultural.

Hay varias razones teóricas y prácticas por las cuales la investigación científica cuantitativa, incluyendo la epidemiología, debería de ser culturalmente segura. Algunas cuestiones de investigación planteadas por las comunidades requieren métodos cuantitativos. Las preguntas recientes planteadas por las comunidades en el programa de apoyo comunitario de CIET incluyen: ‘¿La industria local está aumentando nuestro riesgo de cáncer?’; o ‘¿Qué tan prevalentes son las infecciones de transmisión sexual en nuestra comunidad?’; o ‘¿Lo que estamos haciendo para prevenir la violencia doméstica en nuestra comunidad está funcionando?’

Todos estos pedidos de apoyo para investigaciones incluyen cuantificar sucesos y explorar causas y efectos mediante mediciones cuantitativas de asociación. Ya que estos procesos se iniciaron por un pedido de las comunidades, esta información puede ser esencial para mejorar la salud y para ayudar a llamar la atención a las necesidades y prioridades sanitarias de la comunidad.

La supuesta incompatibilidad absoluta entre los conocimientos indígenas y los occidentales también puede ser infundada porque ‘busca separar y fijar en el tiempo y el espacio (separar como independientes y fijar como estáticos e invariantes) sistemas de conocimientos que nunca pueden estar tan separados o fijos’ (Agrawal, 1995, p. 3). No cabe duda de que los conocimientos científicos avanzan y evolucionan constantemente y hay pocas razones para suponer que los conocimientos indígenas no lo hacen. La creencia de que los conocimientos indígenas están fijos en el tiempo y el espacio resulta de una perspectiva incompleta de la etnogénesis de los indígenas —el proceso por el cual los grupos indígenas han sido vistos por sí mismos y por los demás como una etnia particular (Roosens, 1989; Taylor, 1979) —.

Yancey y otros académicos (Nagel, 1994; Roosens, 1989; Yancey et al, 1976) denuncian la suposición

de que la etnicidad se ve influida y definida puramente por una herencia, tradición o nacionalidad comunes que un grupo lleva consigo de una generación y lugar a otros. Estos académicos proponen alternativamente que las fronteras y los rasgos étnicos, incluyendo los conocimientos indígenas, también pueden ser formados, modificados y reconstruidos por procesos demográficos, políticos, sociales y económicos contemporáneos y por lo tanto no pueden considerarse como fijos en el tiempo y el espacio.

Un esquema de investigaciones culturalmente seguras

Para comprender las posibilidades de emprender una epidemiología culturalmente segura es útil dividir el proceso de investigación en distintos momentos metodológicos: planteamiento y marco del tema; revisión ética; financiamiento; diseño del estudio; revisión de los conocimientos existentes; desarrollo de cuestionarios; muestreo y reclutamiento; recaudación y administración de datos; análisis de datos; interpretación de los resultados; comunicación y aplicación de la evidencia. Las siguientes secciones esquematizan estos momentos, de la identificación de las prioridades de la investigación a la aplicación de la evidencia, resaltando áreas en las que los intereses científicos e indígenas pueden funcionar en conjunto o divergir.

Marco del tema

La investigación culturalmente segura normalmente comenzaría con una solicitud de la comunidad o, cuando la investigación la inicia una agencia externa, consultas con miembros de la comunidad para comprender cómo enmarcan la cuestión. La mayoría de las investigaciones epidemiológicas en comunidades aborígenes, publicadas, han sido iniciadas por instituciones académicas o agencias gubernamentales externas, que tienen sus propios propósitos investigativos y sus propios marcos para el tema. Entre otras cosas, esto a menudo implica que los investigadores entren en la comunidad para comprender ‘un problema de salud entre aborígenes’. Esto inmediatamente plantea cuestiones de seguridad cultural y de validez científica.

Al enmarcar el problema de manera esencialista (‘aborigen’) generaliza de forma inadecuada a las Primeras Naciones, los métis y los inuit. La investigación culturalmente segura responde a los pedidos de investigaciones que provienen de cada grupo en particular y se diseñan específicamente para ellos, sea ya una Primera Nación o un grupo de Primeras Naciones, métis o inuit, cada uno con sus experiencias y prioridades únicas. Esto hace que sea mucho más probable que las intervenciones basadas en los resultados de los estudios sean significativas y relevantes para la comunidad o comunidades que las solicitaron. También se aumenta la validez científica de la investigación, garantizando que los resultados reflejen con mayor precisión las realidades de la población y de las diversas subpoblaciones a las que se busca ayudar.

Enmarcar temas como ‘problemas’ con ‘factores de riesgo’ también puede reforzar estereotipos inútiles de las Primeras Naciones, inuit o métis como una población enferma y aquejada de problemas que depende de ayuda eterna. Esto no resuena bien con comunidades que trabajan para obtener una mayor autodeterminación y controlar sus propios asuntos. Un enfoque sobre la resiliencia, definida como ‘los medios por los cuales la gente opta por usar las fortalezas individuales y comunitarias para protegerse contra resultados adversos y construir su futuro’ (Andersson et al, 2008, p. 97), es más aceptable para los participantes de la investigación, quienes pueden sentirse más cómodos cumplimentando un cuestionario que enfatiza sus fortalezas en lugar de sus riesgos. Un enfoque basado en las fortalezas puede aumentar la seguridad cultural de la investigación y disminuir el sesgo de selección al mejorar

las tasas de respuestas simultáneamente.

Enmarcar el tema es un momento de la investigación preeminentemente apropiado para métodos cualitativos. En el proceso de consulta no debería faltar nada en términos de la meticulosidad que puede lograrse por la investigación cualitativa mejor administrada. El mapeo cognitivo, por ejemplo, permite a los miembros de las comunidades expresar sus perspectivas y enmarcar sus cuestiones en sus propios términos al mapear conceptos y vínculos causales que contribuyen al resultado de interés. En la etapa de planificación este ejercicio permite que los socios de la investigación identifiquen prioridades y objetivos. Discutiremos los mapas cognitivos ponderados con clausura transitiva en una sección posterior. (“mapeo cognitivo ponderado con clausura transitiva”)

Revisión ética

Otra consideración en la investigación culturalmente segura es la evaluación del estudio por un comité de revisión ética (CRE) al corriente de la seguridad cultural. La investigación académica que trata con humanos y toda investigación financiada por el Tesoro de Canadá (por ejemplo, a través de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud) debe recibir la aprobación de un CRE antes de que pueda comenzar el estudio. Los comités éticos de investigación buscan proteger los derechos y el bienestar de los participantes y se concentran principalmente en el consentimiento libre e informado, la privacidad y la confidencialidad, y una distribución justa de los beneficios, las responsabilidades y los problemas.

La validez científica es un factor crítico en la revisión ética, ya que la investigación debe ser científicamente sensata antes de que se la pueda considerar éticamente aceptable (Freedman, 1987). Por ejemplo, si los métodos no pueden contestar a la pregunta de investigación, los resultados se tornan insignificantes y ciertamente no proveen beneficio alguno para los participantes o la comunidad.

En el caso de investigaciones que involucran a aborígenes, muchos CRE han agregado consideraciones y pautas especiales a las que se espera que los investigadores se atengan (The Interagency Advisory Panel on Research Ethics, 2009). Cada vez más comunidades aborígenes están formando sus propios CRE para aprobar las propuestas de investigación, independientemente de que ésta haya sido aprobada o no por otro comité. Esto es análogo con la dirección establecida por las Pautas Internacionales Para la Revisión Ética de Estudios Epidemiológicos desarrolladas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, que recomiendan que los estudios respaldados y financiados en un país pero realizados en otro satisfagan los requisitos éticos del país en el que se llevarán a cabo además de los de los países que los respaldan (CIOMS, 2002).

Los comités locales de revisión a menudo examinan factores que un comité de una institución académica puede considerar o no. Esto incluye la relevancia de la pregunta de investigación para las prioridades locales, la posible carga que puede implicar sobre los recursos comunitarios, la adecuación cultural de la metodología y otras consideraciones de la seguridad cultural.

El equilibrio entre requisitos contradictorios de comités de revisión institucionales y los comités aborígenes locales puede ser difícil de lograr. Mientras que un CRE universitario puede esperar que los métodos e instrumentos se finalicen y presenten junto con la solicitud de aprobación ética, un proceso aborígen puede requerir un mayor nivel de flexibilidad y apertura ante los aportes de las partes interesadas locales, así como la capacidad de adaptarse al contexto cultural a lo largo de todo el proceso investigativo. Puede que sea difícil de convencer a un comité de ética universitario de que la

comunidad cumplirá una función activa en el desarrollo del cuestionario, por ejemplo, cuando están acostumbrados a ver cuestionarios completamente desarrollados antes de dar el visto bueno a los investigadores para que inicien el contacto con la comunidad. Esto normalmente requiere una aprobación condicional aparte para consultas de diseño.

Si no se armonizan los procesos de revisión ética institucionales y aborígenes, puede resultar desafiante satisfacer los requisitos de validez científica y seguridad cultural. A pesar de ciertos cambios en la Afirmación de Políticas de los Tres Consejos que reflejan la preocupación general sobre la investigación inadecuada en comunidades aborígenes, a menudo los CRE reconocen muy poco la complejidad que implica realizar investigaciones con sensatez ética, rigurosidad científica y seguridad cultural (Flicker et al, 2007; Khanlou y Peter, 2005). Las pautas de los Tres Consejos están dirigidas totalmente hacia los investigadores que 'van a' las comunidades, en lugar de a investigadores involucrados con sus propias comunidades.

Financiamiento

Las condiciones para financiar investigaciones constituyen un factor importante en el equilibrio de la seguridad cultural y la validez científica. Las decisiones de los cuerpos científicos que proveen grandes subvenciones se basan mayormente en la credibilidad del investigador principal, la importancia de la pregunta de investigación y si los métodos propuestos son los adecuados para contestar a la pregunta de investigación. Los financiadores de investigaciones epidemiológicas esperan que los investigadores seguirán el protocolo científico determinado en la propuesta original para recibir fondos, de modo que las preocupaciones sobre la seguridad cultural tienen que tratarse de antemano, en la etapa de protocolo.

Para reconocer las circunstancias únicas de la investigación con comunidades aborígenes, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR, *Canadian Institutes for Health Research*) recientemente publicaron sus *Pautas para Investigación sobre Salud que Involucren Aborígenes (Guidelines for Research Involving Aboriginal People)* (CIHR, 2007). Para permitirles a los investigadores que cumplan con estas pautas, las políticas de financiamiento de CIHR necesitarán permitir que los requisitos de recursos adicionales que a menudo acompañan los protocolos de investigación diseñados sean tanto culturalmente seguros como científicamente sensatos. Algunos investigadores han citado una discrepancia entre el tiempo y los recursos financieros requeridos para realizar investigaciones de modo culturalmente seguro y la cantidad de fondos que se ponen a disposición para estos proyectos (Andersson et al, 2003; Castellano, 2004; Greenhill y Dix, 2008; Shreffler, 1999).

Si bien los subsidios de investigación a menudo incluyen fondos para contratar asistentes de investigación o recaudadores de datos locales temporariamente o a medio tiempo, los fondos rara vez alcanzan para permitir una participación a tiempo completo, lo cual puede hacer que la comunidad se sienta desempoderada y pierda interés. Afortunadamente, hay algunas indicaciones de que la situación está mejorando, ya que los CIHR han comenzado a invertir en el proceso de investigación mediante subsidios de desarrollo que ayudan a financiar el desarrollo de asociaciones y la planificación de investigaciones. El trabajo de CIET en Canadá ilustra cómo una serie de proyectos apoyados por diferentes fuentes de financiamiento puede coordinarse para que las comunidades les saquen las mayores ventajas posibles (Andersson y Ledogar, 2008). Aún así, hace falta mucho progreso antes de que los investigadores y las comunidades tengan los recursos necesarios para mantener la seguridad cultural a lo largo de todo el proceso de investigación.

Otra consideración que debe tenerse en cuenta es la presión adicional que la investigación culturalmente segura puede ejercer sobre los recursos de la comunidad. La distribución equitativa de poder, que es la clave para la investigación culturalmente segura, trae consigo oportunidades al mismo tiempo que costos para las comunidades y los investigadores (Brascoupé y Waters, 2009). Cuanto mayor es el control sobre el proceso de investigación, mayor es la responsabilidad que se adquiere, lo cual puede ser una carga adicional para la comunidad. Esto debe ser compensado por las ventajas que la investigación implica para la comunidad, que a menudo son más tangibles en las investigaciones iniciadas por comunidades que por entidades externas.

En el pasado, los investigadores han usado esta realidad como una excusa para seguir adelante con sus proyectos sin que las comunidades locales pudieran ofrecer aportes (Hagey, 1997). En realidad, debería motivar a los investigadores para que tomen en consideración la posibilidad de adquirir recursos adicionales, si las actividades deben posponerse hasta que la comunidad esté lista o si el estudio es apropiado o necesario.

Diseño del estudio

La naturaleza de la pregunta de investigación planteada por la comunidad debería establecer el diseño del estudio. Existen suficientes razones para cuestionar la idea de que la investigación culturalmente segura debe aplicar métodos cualitativos o que la investigación cualitativa es de forma inherente culturalmente segura. Supongamos, por ejemplo, que una comunidad está preocupada por el impacto de sus esfuerzos por reducir la violencia doméstica. Si su interés es saber cómo los programas pueden afectar las vidas de sobrevivientes individuales de la violencia doméstica, un diseño cualitativo que use entrevistas estructuradas es una opción obvia. Si el interés es demostrarles al gobierno y otros tomadores de decisiones que los programas redujeron la ocurrencia de violencia doméstica, y que requieren más financiamiento, un diseño cuantitativo robusto sería adecuado.

Dentro de los diseños cuantitativos, se considera que los ensayos controlados aleatorizados (ECA) producen la evidencia de mayor calidad en la jerarquía de diseños de investigación (Concato et al, 2000). Los ECA no son adecuados para la investigación de problemas de salud ambiental, pero son especialmente útiles para demostrar la efectividad de intervenciones para atraer recursos (Johnson, 1997). Pero el protocolo riguroso de los estudios científicos con este diseño requiere tener en cuenta especialmente cuestiones de seguridad cultural. Una revisión sistemática de la investigación en comunidades aborígenes de Australia encontró que muy pocos estudios habían empleado un diseño de ensayo controlado aleatorizado (Morris, 1990). El autor de la revisión sugiere como posibles explicaciones la falta de experiencia local, los recursos e infraestructura inadecuados y los tamaños de muestras insuficientes en comunidades rurales y remotas.

El artículo de Andersson y colegas de este número discute un ensayo controlado aleatorizado comunitario sobre la violencia doméstica que es liderado por 12 centros de ayuda para mujeres aborígenes en todo Canadá (Andersson et al, 2010). El ensayo evalúa las intervenciones diseñadas a nivel local para reducir la violencia doméstica en comunidades aborígenes. Con tal de influir a dirigentes y obtener los recursos necesarios, las comunidades reconocieron que se necesitaba evidencia cuantitativa concreta para demostrar que los programas eran efectivos y merecedores de apoyo financiero. Las directoras de los centros sacaron números aleatorios de un sombrero y se asignaron a dos olas de intervención, con la segunda ola como grupo de control y la primera de intervención. Este ejemplo ilustra cómo los ECA pueden ser dirigidos por comunidades aborígenes para investigar un tema que consideran como una prioridad principal, con total seguridad cultural.

Revisión de los conocimientos existentes

La mayoría de las investigaciones de alta calidad implican una revisión de literatura publicada sobre el tema de interés. Parece razonable cuestionar la seguridad cultural de una revisión que está limitada a los conocimientos científicos occidentales. La mayoría de las revisiones de trabajos publicados, por definición, se limitan al saber científico occidental, cuando gran parte de conocimientos valiosos existen a nivel comunitario.

Así como uno puede seguir un protocolo riguroso para revisar la literatura científica, una revisión de los conocimientos indígenas requiere su propio protocolo riguroso. Un método prometedor es el mapeo cognitivo —una representación gráfica de conocimientos de expertos sobre las relaciones entre los elementos de un sistema o tema, que comprende nodos conceptuales y vínculos causales, que puedan ser ponderados según su importancia relativa (Khan y Quaddus, 2004). Ponderados así, introduciendo un aspecto ‘transitivo’, los mapas cognitivos ponderados (MCP) pueden ofrecer una representación útil de conocimientos sobre causalidades no estructurados de otro modo (Khan y Quaddus, 2004).

El mapeo cognitivo ponderado comúnmente se aplica como una herramienta de apoyo de decisiones grupales para entender mejor la complejidad de factores que contribuyen a un resultado o decisión en particular. Los MCP han ayudado a evaluar tareas de toma de decisiones clínicas, como diagnósticos médicos, en hospitales y otros entornos de servicios sanitarios donde los ‘expertos’ son médicos y otros profesionales de la salud (Papageorgiou et al, 2009; Stylios et al, 2008).

En la investigación epidemiológica culturalmente segura, los MCP pueden ser una herramienta efectiva para revisar los conocimientos y creencias locales acerca de un tema de salud comunitario. Por ejemplo, Giles y colegas (2007) aplicaron los MCP para comprender la epidemiología de la diabetes en una comunidad Mohawk, contrastando el sistema de creencias locales acerca de la diabetes con el de la ciencia occidental. Estos conocimientos de expertos, basados en una comprensión íntima de las realidades locales, pueden proveer información para varias etapas del proceso de investigación, incluyendo la formulación de hipótesis, el desarrollo de cuestionarios y hasta el análisis de datos.

Desarrollo de cuestionarios

La información con la que se desarrolla un cuestionario de investigación a menudo proviene de investigaciones previas; los beneficios incluyen la validación previa y la compatibilidad implícita en instrumentos con bases estandarizadas. El cuestionario resultante puede tomar en cuenta determinantes de salud asociados con el resultado de interés en estudios epidemiológicos previos.

A menudo, sin embargo, las comunidades participantes tienen sus propias hipótesis que no han sido tenidas en cuenta, mucho menos medidas y puestas a prueba. Los miembros de la población del estudio probablemente se enfrenten a diario a las realidades del tema investigado y, como resultado, tienen un entendimiento bien informado de los factores y contextos asociados y posiblemente contribuyentes. Sin embargo, pocos investigadores consultan con los miembros de las comunidades durante el desarrollo de cuestionarios.

Cuando ocurre la consulta, la participación se ve a menudo limitada a un comité de revisión ética local que evalúa el borrador final del cuestionario para asegurarse de que sea culturalmente adecuado y éticamente sensato. Sin embargo, una vez que se llega a este punto los investigadores ya han finalizado

el objetivo y gran parte del contenido del cuestionario y puede que sea demasiado tarde para que los investigadores tengan en cuenta las preocupaciones más fundamentales de la comunidad. Si la comunidad está involucrada con los investigadores y trabaja con ellos desde el principio, los objetivos y el desarrollo del cuestionario pueden ser culturalmente seguros al mismo tiempo que científicamente sensatos.

La división del desarrollo del cuestionario en varias etapas permite que la comunidad participe en el planteamiento de la pregunta de investigación o del esquema conceptual de la investigación; cuando se logra esto, las preguntas estandarizadas existentes pueden aplicarse a muchas de las categorías lideradas por la comunidad. La relevancia de la pregunta estandarizada puede verificarse con la ayuda de consultas adicionales seguidas por traducciones y retrotraducciones.

Muestreo y reclutamiento

La sabiduría científica occidental convencional propone que una muestra grande seleccionada aleatoriamente normalmente será representativa para los propósitos de un estudio epidemiológico. En muchas comunidades aborígenes, particularmente en regiones rurales o remotas, surgen problemas logísticos inmediatos con esta estrategia de muestreo. La situación es aún más complicada cuando el ‘acceso cultural’ es una cuestión importante. La gente que es fácil de alcanzar, que tiene mayores probabilidades de responder y que se muestra abierta a la investigación científica pocas veces es la más afectada. Algunos miembros de una población son a menudo difíciles de alcanzar mediante métodos de muestreo aleatorizado convencionales. En muchos casos, esta población oculta es de la mayor importancia para comprender la cuestión de salud.

En el caso del ensayo controlado aleatorizado por conglomerados sobre la violencia doméstica (Andersson et al, 2010), por ejemplo, será importante incluir miembros de las comunidades difíciles de alcanzar, como los discapacitados, migrantes temporales o infractores violentos. Una razón para esto es que alcanzar a esta población ‘oculta’ puede ser esencial para comprender las causas y los efectos de la violencia doméstica en la comunidad. Otra razón es que la inclusión en el estudio de poblaciones difíciles de alcanzar es importante para capturar la diversidad de la comunidad, logrando así una muestra más representativa.

El submuestreo de algunos subgrupos implica que no siempre se puede lograr una muestra representativa. El razonamiento para el muestreo aleatorizado puede ser difícil de explicar a una comunidad, sea ya aborigen o no. Los investigadores científicamente rigurosos y culturalmente seguros pueden necesitar métodos alternativos —como la cobertura universal— para aumentar el tamaño y la representatividad de una muestra y apreciar la experiencia local sobre composición y distribución de la población para mejorar la validez científica y la seguridad cultural del proceso de muestreo y reclutamiento.

Recolección y administración de datos

Con las entrevistas y encuestas hogareñas, la mayor interacción entre los investigadores y los participantes ocurre durante la recaudación y administración de datos, lo cual hace que esta etapa del proceso investigativo sea especialmente propensa a las amenazas a la validez interna y a la seguridad cultural. Por ejemplo, un entrevistador puede inconscientemente sesgar la respuesta de un participante al influir sobre cómo se plantea o aclara la pregunta. Del mismo modo, durante la entrada de datos, el registro de respuestas poco claras puede quedar a merced de la interpretación del investigador. La

investigación convencional sigue un protocolo estandarizado para captar las respuestas de los participantes de manera precisa y sin ejercer influencias o sesgar a los participantes. Sin embargo este protocolo también debe respetar las diferencias individuales en la comprensión, así como respetar las preferencias de las comunidades.

Un enfoque para lograr este equilibrio es entrenar a investigadores con bases en las comunidades (IBC) que tengan una perspectiva interna de la cultura local. Esto presenta ventajas y desventajas. Los miembros de las comunidades que emprenden investigaciones en sus propias comunidades pueden sentirse más implicados en el éxito de la investigación y por lo tanto pueden estar más comprometidos en seguir los protocolos locales. Sin embargo, los IBC pueden tener dificultades para mantenerse imparciales en sus propias comunidades e inconscientemente introducir sesgos al proceso de investigación. Además, cuando se trata de investigar temas de alta sensibilidad, como la violencia doméstica, la presencia de entrevistadores locales puede reducir la apertura de los participantes. CIET resuelve este problema mediante un intercambio de IBC entre comunidades, lo cual permite que los participantes sean entrevistados por alguien como ellos, pero de una comunidad distante a pesar de ser similar.

Un enfoque participativo no es adecuado en todas las etapas de la investigación. Algunas etapas deben cerrarse ante los aportes u opiniones de los participantes. En la entrada de datos, por ejemplo, el investigador debe registrar los datos según un protocolo rígido desarrollado con consultas previas, incluyendo la entrada doble y la validación de las entradas, sin interpretaciones.

Análisis de datos

El análisis de datos es una de las etapas más importantes y desafiantes al llevar a cabo investigaciones científicamente rigurosas y culturalmente seguras. Los métodos estadísticos convencionales pueden no ser apropiados o relevantes en el entorno comunitario. Una razón para esto es que las estadísticas convencionales (frecuentistas) no integran formalmente los conocimientos indígenas o locales al análisis estadístico, lo cual las comunidades pueden percibir como excluyente y culturalmente inseguro. El enfoque convencional que combina el análisis y la inferencia —rechazando una hipótesis nula mediante la evaluación de significancia— no es intuitivo, participativo o consciente de conocimientos que van más allá de las variables evaluadas.

Los enfoques bayesianos incorporan formalmente la evidencia y las creencias preexistentes como una distribución previa de probabilidades; esto ofrece una estrategia útil para unir formalmente los conocimientos locales y científicos en un análisis estadístico. Se están haciendo varios esfuerzos para traducir los mapas cognitivos ponderados a redes de creencias bayesianas, usando conocimientos locales y ponderando conceptos para generar distribuciones previas informadas a nivel local, de manera tal que los investigadores puedan intergrarlos formalmente al análisis de datos. Esto permitiría que el análisis continúe, en un sentido muy real del término, mediante conocimientos indígenas.

Incluso cuando esto no es posible, casi siempre se puede separar al análisis de la interpretación. Esto implica abordar por un lado el análisis como la ‘comprensión’ mecánica (aunque capacitada) de datos dentro de parámetros resumidos y, por otro, su interpretación es decir el acto de darle un sentido a estos resúmenes. Esto cuadra con el enfoque bayesiano del análisis —etapas separadas para el análisis y la interpretación— incluso si no se aplican las estadísticas bayesianas.

Interpretación de los resultados

Cuando las comunidades buscan la experiencia de los epidemiólogos, a menudo quieren responder a una pregunta de causalidad. Pero es difícil, y en la mayoría de los casos imposible, determinar la causa de resultados de salud. Aunque la detección de asociaciones entre variables es clave para la ciencia epidemiológica, no existen criterios fijos para determinar si una asociación es causal; incluso la ‘prueba de certeza’ del ensayo controlado aleatorizado puede ser insuficiente. Los epidemiólogos reconocen desde hace mucho que no existe una única serie de criterios para demostrar una causalidad, pero la mayoría está de acuerdo sobre una mínima lista de medidas que aumentan la confianza en una asociación que se presenta como una hipotética causalidad. Estas incluyen minimizar la posibilidad de que la asociación se deba al azar, a la confusión o a los sesgos —consideraciones del análisis más que de la interpretación.

La epidemiología culturalmente segura implica un análisis maduro cuando estos temas han recibido la atención debida. A partir de ese punto, normalmente interactuando con el epidemiólogo de apoyo, las comunidades y otras partes interesadas deberían estar involucradas en la interpretación de los resultados de la investigación para informar la toma de decisiones relevantes a nivel local. Una ventaja de esto es que las recomendaciones emergentes tienen más probabilidades de reflejar las verdaderas necesidades de la comunidad y de lo que es posible hacer dentro de su entorno.

Comunicación y aplicación de la evidencia

Si las comunidades no tienen control sobre la investigación, los datos y los resultados pueden ser utilizados incorrectamente, lo cual resultaría en una comunicación y aplicación culturalmente insegura de la evidencia. Esto podría perpetuar la preocupación de que la investigación constantemente presenta a las comunidades desde una perspectiva negativa. Pocos miembros, representantes y defensores de las comunidades estarían de acuerdo en que las investigaciones terminen con conferencias académicas y publicaciones en revistas académicas. Si bien puede que vean el mérito de comunicar los resultados para abogar por más programas y recursos, una preocupación común es que los resultados negativos estigmaticen a la comunidad. No es inusual que las Primeras Naciones, métis e inuit prefieran restringir la aplicación de la evidencia al interior de sus propias comunidades.

CIET ha denominado a esta etapa de la investigación SEPA (socialización de la evidencia para la acción participativa, *socializing evidence for participatory action*), un proceso de comunicación y planificación que permite integrar diferentes voces de la comunidad a la planificación para apoyar una movilización y participación en cuestiones prioritarias para la comunidad cada vez más informadas (<http://ciet.org/es/sepa/>). SEPA se diferencia del marketing social, la promoción y la defensa social, y la movilización social. Ciertas herramientas del marketing social pueden usarse en la etapa de diseminación de SEPA, pero no son un aparte inherente del proceso. Algunos elementos de la movilización social están presentes en SEPA —el diálogo y la acción a nivel del gobierno, los servicios públicos y las comunidades, tanto entre como dentro de estas esferas— pero esta movilización busca evitar los riesgos de la manipulación social. Es una manera de aumentar la concientización y el interés colectivo sobre los temas y la evidencia, de modo que contribuya a un ambiente cada vez más informado y autosostenido para la acción participativa y el cambio.

La clave de la comunicación y el uso culturalmente seguro de la evidencia se encuentra en el diseño. Ningún protocolo para la comunicación de la evidencia puede definirse como culturalmente seguro *a priori*. Las comunidades deberían tener la oportunidad de participar en la interpretación y discusión de los productos e la investigación y, basándose en esto, establecer cómo los resultados deberían

comunicarse e integrarse a la toma de decisiones.

Conclusión

Argumentamos que la epidemiología moderna debería cumplir una función en el tratamiento de temas y cuestiones de salud a los que se enfrentan las comunidades aborígenes, y que debería incluirse en el movimiento hacia la investigación culturalmente segura. Planteamos que los conocimientos y las cosmovisiones indígenas y científicas no se excluyen mutuamente y que la investigación epidemiológica en comunidades aborígenes podría y debería ser tanto culturalmente segura como científicamente sensata. La validez de un estudio moderno a menudo puede depender de conocimientos indígenas. Proponemos que el rigor y la disciplina metodológica son esenciales para la seguridad cultural. Mientras que la literatura sobre la seguridad cultural normalmente se preocupa por los sesgos epistemológicos y los métodos de los investigadores no indígenas, los investigadores indígenas podrían considerar las mismas preocupaciones como relevantes en su adaptación de métodos científicos occidentales a sus propias preocupaciones prioritarias. Es en el punto de encuentro donde ni los protocolos indígenas ni los de la ciencia occidental se ven comprometidos que se puede lograr un espacio culturalmente seguro.

El desafío, por supuesto, consiste en desarrollar métodos y protocolos de investigación que localicen estos espacios culturalmente seguros. En una revisión reciente de la literatura sobre la seguridad cultural y su aplicabilidad al contexto canadiense, Brascoupé y Waters concluyeron que ‘los aspectos prácticos de la seguridad cultural como un resultado más que como un concepto todavía no se han hecho realidad’ (Brascoupé y Waters, 2009, p. 27). En efecto, la literatura sobre la seguridad cultural se ha concentrado principalmente en la teoría más que en sus aplicaciones prácticas. Ahora, tanto los investigadores cualitativos como los cuantitativos deben colaborar con las comunidades para desarrollar juntos métodos y protocolos específicos y culturalmente seguros. Esto puede ser un desafío mayor para los investigadores cuantitativos, pero no quiere decir que no pueda lograrse. Hemos esquematizado algunos de los desafíos y oportunidades para los protocolos de investigación culturalmente seguros al mismo tiempo que identificamos las áreas que necesitan de mayor investigación.

Tras la dificultosa relación histórica entre las comunidades aborígenes y la investigación científica, la aplicación de la teoría de la seguridad cultural a la investigación puede ayudar a restaurar la confianza y aumentar la participación y posibles beneficios de los aborígenes en sus propias investigaciones. Los principios de la investigación culturalmente segura también pueden ser relevantes para otras poblaciones que se sienten menospreciadas, desempoderadas o malentendidas a lo largo de investigaciones. Por ejemplo, la metodología de la investigación sobre temas de salud que afectan a inmigrantes, jóvenes o trabajadores del sexo raramente se ve informada por contribuciones de la comunidad a la que se busca ayudar.

Bibliografía

Agrawal, A. (1995). Indigenous and scientific knowledge: Some critical comments. *Development and Change*, 26(3), 413-439.

Anderson, J., Perry, J.A., Blue, C., Browne, A., Henderson, A., Khan, K.B., et al. (2003). "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: Toward new epistemologies of healing. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 196-214.

Andersson, N., Martinez, E., Cerrato, F., Morales, E. y Ledogar, R. J. (1989). The use of community-based data in health planning in Mexico and Central America. *Health Policy and Planning*, 4(3), 197-206.

Andersson, N., Shea, B., Archibald, C., Wong, T., Barlow, K., y Sioui, G. (2008). Building on the resilience of aboriginal people in risk reduction initiatives targeting sexually transmitted infections and blood borne viruses. *Pimatisiwin: Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2), 89-110.

Andersson, N. y Ledogar, R. J. (2008). The CIET Aboriginal youth resilience studies: 14 years of capacity building and methods development in Canada. *Pimatisiwin: Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2), 65-88.

Andersson, N., Sioui, G., Shea, B., Harper, A., McGuire, P., et al. (2010) Rebuilding from resilience: Research framework for a randomized controlled trial of community-led interventions to prevent domestic violence in Aboriginal communities. *Pimatisiwin: Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(2), 95-124.

Bartlett, J.G., Iwasaki, Y., Gottlieb, B., Hall, D., y Mannell, R. (2007). Framework for aboriginal-guided decolonizing research involving Métis and First Nations persons with diabetes. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2371-2382.

Baum, F. (1995). Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine*, 40(4), 459-468.

Brascoupe, S. y Waters, C. (2009). Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2), 6-41.

Browne, A. J., Smye, V.L., y Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4), 16-37.

Canada. (1913). Sessional papers. 27, p. 130.

Castellano, M.B. (2004). Ethics of aboriginal research. *Journal of Aboriginal Health*, (enero), 99.

Canadian Institutes for Health Research (CIHR). (2007). *CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People*. Ottawa, ON. Obtenido de: www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/ethics_aboriginal_guidelines_e.pdf

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2002). *International*

Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva. Obtenido de: http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm

Cochran, P.A.L., Marshall, C.A., Garcia-Downing, C., Kendall, E., Cook, D., McCubbin, L., et al. (2008). Indigenous ways of knowing: Implications for participatory research and community. *American Journal of Public Health*, 98(1), 22.

Concato, J., Shah, N., y Horwitz, R.I. (2000). Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *The New England Journal of Medicine*, 342(25), 1887.

Dyck, I. y Kearns, R. (1995). Transforming the relations of research: Towards culturally safe geographies of health and healing. *Health and Place*, 1(3), 137–147.

Flicker, S., Travers, R., Guta, A., McDonald, S., y Meagher, A. (2007). Ethical dilemmas in community-based participatory research: Recommendations for institutional review boards. *Journal of Urban Health*, 84(4), 478–493.

Freedman, B. (1987). Scientific value and validity as ethical requirements for research: A proposed explication. *IRB: Ethics and Human Research*, 9(6), 7–10.

Giles, B.G., Findlay, C.S., Haas, G., LaFrance, B., Laughing, W., y Pembleton, S. (2007). Integrating conventional science and aboriginal perspectives on diabetes using fuzzy cognitive maps. *Social Science & Medicine*, 64(3), 562–576.

Greenhill, J. y Dix, K. (2008). Respecting culture: Research with rural aboriginal community. In: P. Liamputtong, ed., *Doing Cross-cultural Research: Ethical and Methodological Perspectives*. Attadale, AU: Springer, pp. 49–60.

Hackett, P. (2005). From past to present: Understanding first nations health patterns in an historical context. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 17–21.

Hagey, R.S. (1997). Guest editorial: The use and abuse of participatory action research. *Chronic Diseases in Canada*, 18(1), 1–4.

Hines, A.M. (1993). Linking qualitative and quantitative methods in cross-cultural survey research: Techniques from cognitive science. *American Journal of Community Psychology*, 21(6), 729–746.

Johnson, K.C. (1997). Randomized controlled trials as authoritative knowledge: Keeping an ally from becoming a threat to North American midwifery practice. In: R.E. Davis-Floyd y C.F. Sargent, eds., *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press, pp. 350–365.

Johnson, R.B. y Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14.

Kenny, C., Faries, E., Fiske, J.A., y Voyageur, C. (2004). *A Holistic Framework for Aboriginal Policy Research*. Ottawa: Status of Women Canada.

Khan, M.S. y Quaddus, M. (2004). Group decision support using fuzzy cognitive maps for causal

reasoning. *Group Decision and Negotiation*, 13(5), 463–480.

Khanlou, N. y Peter, E. (2005). Participatory action research: Considerations for ethical review. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2333–2340.

King, M., Smith, A., y Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76–85.

Kirkham, S.R. (2006). Cultural safety in Aotearoa, New Zealand. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 22(2), 333–334.

Kirkham, S.R., Smye, V., Tang, S., Anderson, J., Blue, C., Browne, A., et al. (2002). Rethinking cultural safety while waiting to do fieldwork: Methodological implications for nursing research. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 222–232.

Kuokkanen, R. (2000). Towards an “Indigenous paradigm” from a Sami perspective. *Canadian Journal of Native Studies*, 10(2), 411–436.

Lynam, M. J. y Young, R.A. (2000). Towards the creation of a culturally safe research environment. *Health*, 4(1), 5.

MacInnes, T.R.L. (1946). History of Indian administration in Canada. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 12(3), 387–394.

McDowell, I. (2008). From risk factors to explanation in public health. *Journal of Public Health*, 30(3), 219.

McDowell, I. y MacLean, L. (1998). Blending qualitative and quantitative study methods in health services research. *Health Informatics Journal*, 4(1), 15.

Minkler, M. (2004). Ethical challenges for the “outside” researcher in community-based participatory research. *Health Education & Behavior*, 31(6), 684.

Mohammed, S.A. (2006). Moving beyond the “exotic”: Applying postcolonial theory in health research. *Advances in Nursing Science*, 29(2), 98–109.

Morris, P.S. (1999). Randomised controlled trials addressing Australian-Aboriginal health needs: A systematic review of the literature. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35(2), 130–135.

Nagel, J. (1994). Constructing ethnicity: Creating and recreating ethnic identity and culture. *Social Problems*, 41(1), 152–176.

National Aboriginal Health Organization (NAHO). (2008). *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.

Narayan, U. (1998). Essence of culture and a sense of history: A feminist critique of cultural essentialism. *Hypatia*, 3(2), 86–106.

Nursing Council of New Zealand. (2005). Guidelines for cultural safety: The treaty of Waitangi y

Maori health in nursing education and practice. Wellington, NZ: Nursing Council of New Zealand.

O'Neil, J.D., Reading, J.R., y Leader, A. (1998). Changing the relations of surveillance: The development of a discourse of resistance in aboriginal epidemiology. *Human Organization*, 57(2), 230–237.

Papageorgiou, E.I., Papandrianos, N., Karagianni, G., Kyriazopoulos, G., y Sfyas, D. (2009). Fuzzy cognitive map based approach for assessing pulmonary infections. In: *Lecture Notes in Computer Science*. Berlin: Springer, pp. 109–118).

Papps, E. y Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491–497.

Polaschek, N.R. (1998). Cultural safety: A new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 452.

Poole, R. (1972). *Towards Deep Subjectivity*. New York: Harper & Row.

Rogler, L.H. (1989). The meaning of culturally sensitive research in mental health. *American Journal of Psychiatry*, 146(3), 296–303.

Roosens, E. (1989). *Creating Ethnicity: The Process of Ethnogenesis*. Newbury Park, CA: SAGE publications.

Sale, J.E.M., Lohfeld, L.H., y Brazil, K. (2002). Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality and Quantity*, 36(1), 43–53.

Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research. *Journal of Aboriginal Health*, (January), 81.

Shreffler, M. J. (1999). Culturally sensitive research methods of surveying rural/frontier residents. *Western Journal of Nursing Research*, 21(3), 426.

Smith, L.T. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books.

Stylios, C.D., Georgopoulos, V.C., Malandraki, G.A., y Chouliara, S. (2008). Fuzzy cognitive map architectures for medical decision support systems. *Applied Soft Computing Journal*, 8(3), 1243–1251.

Taylor, R.L. (1979). Black ethnicity and the persistence of ethnogenesis. *The American Journal of Sociology*, 84(6), 1401–1423.

The Interagency Advisory Panel on Research Ethics. (2009). *Tri-council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans*. 2010, from <http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/tcps-epc/section6-chapitre6/>

Wilson, D. y Neville, S. (2009). Culturally safe research with vulnerable populations. *Contemporary Nurse*, 33(1), 69–79.

Wilson, K. y Young, T.K. (2008). An overview of aboriginal health research in the social sciences: Current trends and future directions. *International Journal of Circumpolar Health*, 67, 2–3.

Yancey, W.L., Ericksen, E.P., y Juliani, R.N. (1976). Emergent ethnicity: A review and reformulation. *American Sociological Review*, 41(3), 391–403.

Young, T.K. (1988). *Health Care and Cultural Change: The Indian Experience in the Central Subarctic*. Toronto: University of Toronto Press.

——— (1984). Indian health services in Canada: A socio-historical perspective. *Social Science & Medicine*, 18(3), 257–264.

Mary Cameron es candidata de Maestría de Ciencias en el Departamento de Epidemiología y Medicina Comunitaria de la Universidad de Ottawa.

El **Dr Neil Andersson** es el director ejecutivo de CIET y Profesor Adjunto de Medicina en la Universidad de Ottawa. Tiene tres décadas de experiencia en el diseño, la implementación y la administración de iniciativas de planificación de salud con bases en la evidencia. Como epidemiólogo médico, ha apoyado la formación de investigadores en más de 200 comunidades canadienses de Primeras Naciones, métis e inuit durante los últimos 15 años. <http://www.ciet.org>

Ian McDowell, PhD, es un profesor en el Departamento de Epidemiología y Medicina Comunitaria de la Universidad de Ottawa. Es el Director de la Integración Curricular para la Facultad de Medicina, donde coordina el componente curricular médico de pregrado sobre la Sociedad, el Individuo y la Medicina. También da clases en el programa de Maestría en Ciencias Epidemiológicas.

Robert J. Ledogar es el Director Ejecutivo Asociado de CIETCanada.