

Nota metodológica

Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud



Francisco Francés-García* y Daniel La Parra-Casado

Departamento de Sociología II, Universidad de Alicante, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de febrero de 2021
 Aceptado el 30 de marzo de 2021
 On-line el 24 de mayo de 2021

Palabras clave:

Participación social
 Investigación participativa
 Métodos
 Planificación en salud
 Comunidad

Keywords:

Social participation
 Community-based participatory research
 Methods
 Health planning
 Community

R E S U M E N

Las estrategias, los programas y las acciones en salud han sido históricamente el resultado de prácticas institucionales con un componente participativo limitado. La acción institucional ha venido determinada sobre todo por el criterio de actores políticos y, en el mejor de los casos, por el criterio de profesionales de la salud. Nuevas formas de gobernanza para la equidad en salud abogan por la inclusión de la comunidad en el diseño de estrategias, programas y actividades en salud. Por ello, una preocupación creciente en el campo de la participación en salud es la medición de la calidad participativa de los nuevos diseños de prácticas institucionales. Este artículo tiene como objetivo desarrollar una propuesta operativa para diseñar, medir o describir el alcance en términos participativos de los procesos de planificación en salud. La propuesta elabora seis dimensiones para la medición y la evaluación del proceso participativo: inclusividad, flujo de información, calidad deliberativa, toma de decisiones, compromiso institucional y empoderamiento comunitario.

© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A multidimensional tool to measure quality of social participation in health

A B S T R A C T

Health strategies, programs and activities have historically been the result of institutional practices with a limited participatory component. Traditionally, institutional action is mainly determined by the criteria of the political actors and, in the best of cases, by the criteria of healthcare professionals. New forms of governance for health equity advocate for the inclusion of the community in the design of strategies, programmes and activities in health. For this reason, a growing concern in the field of participation in health is the measurement of the participatory quality of new designs of institutional practices. This article aims to develop an operational proposal to design, measure or describe the scope in participatory terms of the health planning processes. The proposal elaborates six dimensions for the measurement and assessment of participatory process: inclusivity, information flow, deliberative quality, decision making, institutional commitment and community empowerment.

© 2021 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Una preocupación creciente en el campo de la participación en salud es la medición de la calidad participativa de nuevas apuestas institucionales articuladas a partir de un mayor protagonismo comunitario, tanto instrumental como expresivo, en estrategias, programas y acciones de salud.

De hecho, cada vez es más frecuente encontrar en las recomendaciones para el diseño de estrategias de equidad en salud alineamientos en torno a principios de gobernanza participativa, en los que uno de los principales objetivos es la inclusión de la comunidad en la planificación, la implementación y la evaluación de acciones. Estos enfoques requieren necesariamente asumir la participación como principio articulador de los diseños, entendiendo

en este caso el concepto de participación en el ámbito de la salud como procesos de reflexividad colectiva en los cuales la población, en colaboración con las instituciones responsables, analiza, delibera y toma decisiones significativas en torno a asuntos relacionados con su salud, pudiendo implicarse también en las posteriores planificación e implementación de las decisiones alcanzadas¹.

Este texto aporta una propuesta que integra la valoración de la forma en que las instituciones responsables conciben la participación y, al mismo tiempo, de las dinámicas participativas que estas posibilitan. La herramienta consiste en la medición y la descripción de seis dimensiones clave de los procesos participativos en salud.

Método

Los criterios que integran la propuesta de medición anclan su pertinencia en el análisis de las prácticas institucionales de innovación participativa, que ya albergan un acervo suficiente de producción teórica, metodológica y empírica, tanto en el ámbito de

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: Francisco.frances@ua.es (F. Francés-García).

Tabla 1
Dimensiones e ítems de la propuesta de medición

A. Inclusividad	
A.1.	Antes de iniciar el programa se ha identificado a todos los actores potencialmente implicados o afectados por el tema a tratar.
A.2.	La participación en el programa no se realiza por invitación, sino que están habilitadas para participar las personas y las entidades que se pueden sentir afectadas.
A.3.	Se han diseñado estrategias específicas para implicar a la población tradicionalmente excluida de los procesos de toma de decisiones en relación con los programas de salud.
A.4.	Existe concordancia entre la estructura de participantes y la estructura real de la población, tanto en términos sociodemográficos como de representación de necesidades o intereses.
A.5.	Todos los actores participantes tienen la misma capacidad de acción y decisión dentro de los programas.
B. Flujo de información	
B.1.	Las personas participantes disponen de información técnica sobre la materia de salud a tratar.
B.2.	Las personas participantes conocen los objetivos, la metodología, las fases y el alcance real de los resultados esperados del proceso.
B.3.	La información sustancial ha sido suficiente y ha fluido tanto verticalmente (niveles de responsabilidad) como horizontalmente (dentro de un mismo nivel) entre los actores implicados.
B.4.	Las estrategias de comunicación se han adaptado a la población afectada.
B.5.	El proceso ha sistematizado la documentación y la información generadas para producir transferibilidad y divulgación.
C. Calidad deliberativa	
C.1.	Ha existido suficiente tiempo en el proceso para el debate y para alcanzar consensos en torno a las decisiones a adoptar o las acciones a emprender.
C.2.	Los espacios de interacción dentro de los programas han permitido expresar y valorar equilibradamente todos los posicionamientos, sin que nadie monopolice la expresión de intereses.
C.3.	La participación dentro del programa ha permitido la modificación de intereses particulares de los actores en favor de la identificación de metas comunes.
C.4.	Los conflictos surgidos a lo largo del diseño y la implementación del programa de salud se han resuelto mediante mecanismos consensuados entre los actores implicados.
C.5.	Ha existido apoyo técnico para resolver consultas y aclarar dudas de las personas participantes.
D. Toma de decisiones	
D.1.	Los criterios tenidos en cuenta para valorar y priorizar las distintas acciones del programa de salud son conocidos con antelación a la toma de decisiones.
D.2.	Las personas participantes definen las alternativas a considerar en la toma de decisiones.
D.3.	Las personas participantes toman parte en todas las fases del diseño y de la ejecución del programa.
D.4.	Los acuerdos en las decisiones se alcanzan de manera pública y transparente, y no son el resultado de negociaciones privadas entre los actores implicados.
D.5.	Se explicita la viabilidad técnica, legal o económica de las posibles alternativas a decidir.
E. Compromiso institucional	
E.1.	Existe un compromiso formal para fomentar la participación en el programa en el tiempo, al margen de posibles cambios del gobierno responsable.
E.2.	Existe un cronograma explícito para la implementación de los diferentes acuerdos participativos alcanzados en el proceso, con una asignación de recursos adecuada.
E.3.	Existe suficiente coordinación interinstitucional e intrainstitucional en las áreas institucionales involucradas.
E.4.	Las decisiones tomadas por las personas participantes son vinculantes y asumidas por las instituciones promotoras para su implementación.
E.5.	Se asignan recursos económicos y humanos suficientes para posibilitar la participación.
F. Empoderamiento comunitario	
F.1.	El programa de salud contribuye a generar alianzas o una estructura de relaciones más rica entre los actores sociales afectados por los objetivos y los contenidos del programa.
F.2.	Los actores sociales afectados participan en el diseño de la metodología.
F.3.	La agenda (secuencias y temas tratados en el programa de salud) es decidida por la comunidad.
F.4.	Las organizaciones cívicas participan en la implementación o la cogestión de acciones, servicios o actividades.
F.5.	La comunidad está habilitada para fiscalizar o monitorear el cumplimiento de los compromisos del programa.

la gobernanza participativa en general²⁻⁵ como en el más específico de la gobernanza en políticas de salud⁶⁻⁹.

En términos operativos, la orientación de esta herramienta tiene su origen en la propuesta dimensional de la participación planteada por Fung² y en la revisión sistemática de diferentes propuestas evaluadoras aplicadas al campo general de la participación ciudadana en políticas públicas, entre las que destacamos, para el caso de España, la *Guía para la detección de buenas prácticas en procesos participativos* elaborada por la Organización Internacional de la Democracia Participativa, la *Guía viaje Participación* elaborada por el Gobierno Vasco, y la *Guía de evaluación de políticas de participación* del Ayuntamiento de Pamplona. Por otro lado, la adaptación al ámbito de la participación en salud, así como el tratamiento concreto de propuestas para su medición, fueron desarrollados en publicaciones para la Organización Mundial de la Salud^{1,10}.

Propuesta

La propuesta empírica de medición y descripción, una vez implementada, queda concretada en cinco indicadores en forma de ítems (tabla 1) propios para cada una de las seis dimensiones participativas consideradas: inclusividad, flujo de información,

calidad deliberativa, toma de decisiones, compromiso institucional y empoderamiento comunitario (fig. 1). La herramienta se propone como una guía de referencia para una medición cualitativa y a la vez como un instrumento cuantificable en un ejercicio de medición cuantitativa; igualmente podría emplearse como una lista de comprobación al diseñar un proceso participativo. En el primero de los casos, las dimensiones configuran un guion sobre el que articular la planificación o evaluación del proceso, abierto a la interpretación de los actores involucrados, y proponiendo un ejercicio de reflexividad sobre los diferentes ítems que aparecen ligados a cada dimensión. En el caso de una medición cuantitativa, la herramienta adquiere la forma de un índice sumativo de calidad participativa. La valoración de cada ítem se propone dicotomizada: sumaría 1 punto si el criterio se considera cumplido, y 0 en caso contrario. De este modo permite su cálculo en términos tanto dimensionales como totales. Si se opta por el análisis dimensional, cada dimensión contiene cinco ítems o indicadores, de manera que presentará un rango entre 0 (no cumple ninguno de los ítems de la dimensión) y 5 (los cumple todos). El resultado conjunto de este ejercicio multidimensional sería un espacio participativo variable según el alcance de la puntuación en cada componente o dimensión. Si la medición cuantitativa se realiza prescindiendo de la consideración aislada de sus

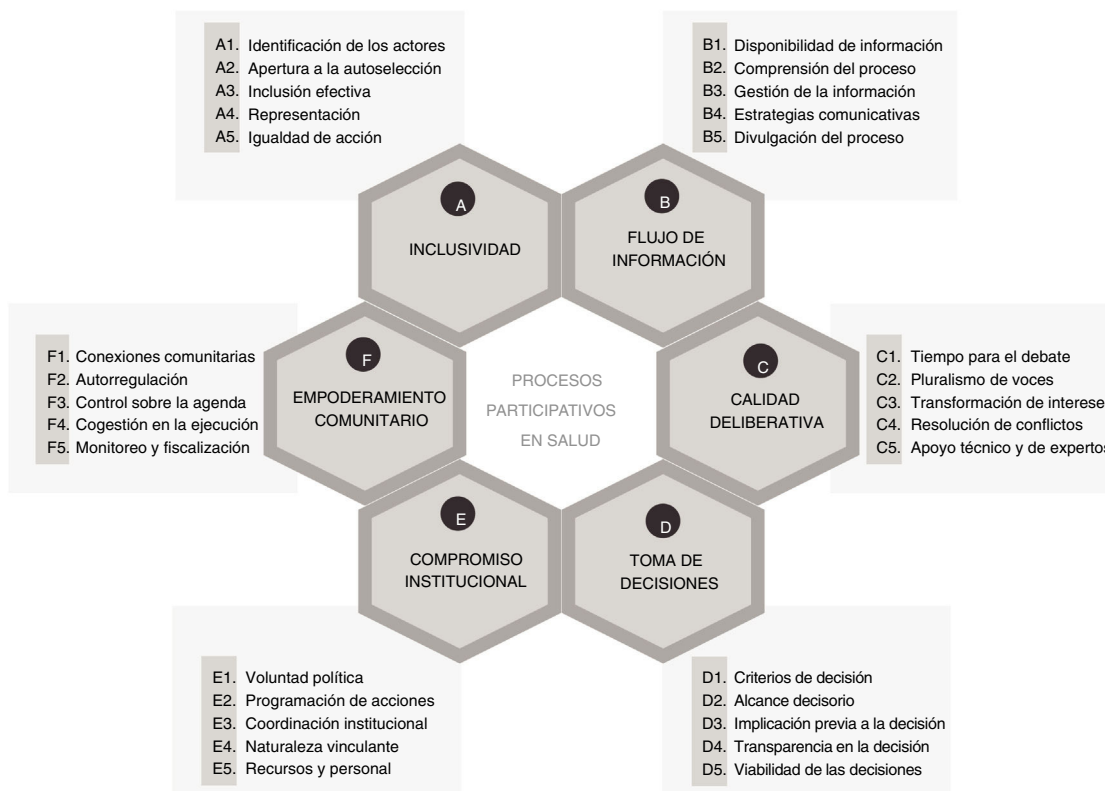


Figura 1. Propuesta operativa para la medición de la participación en salud.

dimensiones internas, el resultado será un índice unidimensional con un rango entre 0 (proceso con ninguna calidad participativa) y 30 puntos (proceso con excelente calidad participativa).

La determinación del cumplimiento o no de cada ítem puede ser abordada a partir de diferentes opciones, y conviene que se adapten a la naturaleza y las características del proceso; además, es muy recomendable que los actores involucrados conozcan con antelación quién y con qué reglas se decidirá. La decisión puede ser valorada por agentes internos o externos al proceso, puede realizarse de manera aislada por cada actor o a partir de consensos deliberativos, puede otorgarse o no un peso valorativo diferencial para los diferentes actores involucrados, y finalmente cabe asignar un peso equitativo a cada ítem en la valoración final o bien establecer ponderaciones de acuerdo con la trascendencia concedida a cada uno de ellos.

Conclusiones

La propuesta apuntada para la medición de la calidad de la participación en salud ofrece un afrontamiento operativo innovador. Permite aunar, por un lado, el registro de los logros institucionales en el impulso y el soporte de la experiencia participativa, y por otro, el grado de implicación comunitaria que se deriva de su puesta en marcha. Se trata de un instrumento diseñado principalmente para procesos impulsados desde los diferentes niveles o áreas institucionales, que puedan estar dirigidos tanto a la sociedad civil organizada como a segmentos de población no organizados formalmente. En concordancia con esta naturaleza, puede suponer un elemento de referencia en la fase de diseño o de planificación, y no solo en la evaluación de programas o estrategias orientadas a la equidad en salud, en especial en el ámbito de la salud pública o comunitaria, pero no exclusivamente. Así, la propuesta, en primer

lugar, constituye una herramienta para establecer los principios orientadores que tendrá el proceso antes de su puesta en marcha, lo que ayudará a fijar las expectativas de los actores implicados y los posibles alcances pragmáticos. Y en segundo lugar, puede ser utilizada como mecanismo de evaluación al finalizar los procesos, posibilitando la valoración del impacto real que han tenido tanto en términos de implementación y resultados como de generación de capital social comunitario en relación con la materia de salud tratada.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Contribuciones de autoría

Las dos personas firmantes han concebido el artículo. La parte referida a la justificación de la necesidad de la propuesta de medición y descripción desde el ámbito de la planificación en salud ha sido coordinada por D. La Parra-Casado, y la referida al diseño dimensional y la generación de indicadores por F. Francés García. La primera versión del manuscrito fue elaborada por F. Francés García y revisada, discutida, modificada y finalmente aprobada por ambos autores.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Francés F, La Parra D, Martínez M, et al. Toolkit on social participation. Copenhagen: World Health Organization; 2016.
2. Fung A. Putting the public back into governance: the challenges of citizen participation and its future. *Public Adm Rev.* 2015;75:513–22.
3. Elstub E, Escobar O. Handbook of democratic innovation and governance. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2019.
4. Elstub E, Escobar O. A typology of democratic innovations. 67th Political Studies Association Annual International Conference. Glasgow. 2017. April 10–12.
5. Gustafson P, Hertting N. Understanding participatory governance: an analysis of participants' motives for participation. *Am Rev Public Adm.* 2017;47:1–17.
6. Powell K, Barnes A, Anderson de Cuevas R, et al. Power, control, communities and health inequalities III: participatory spaces – an English case. *Health Promot Int.* 2020:daaa059, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daaa059>. Online ahead of print.
7. Popay J, Whitehead M, Ponsford R, et al. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promot Int.* 2020:daaa133, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daaa133>. Online ahead of print.
8. Farmer J, Taylor J, Stewart E, et al. Citizen participation in health services co-production: a roadmap for navigating participation types and outcomes. *Aust J Prim Health.* 2017;23:509–15.
9. Oetzel J, Wallerstein N, Duran B, et al. Impact of participatory health research: a test of the community-based participatory research conceptual model. *Biomed Res Int.* 2018;2018:1–12.
10. Francés F, La Parra D. Participation as a driver of health equity. Copenhagen: World Health Organization; 2019.