

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO GRUPAL SOBRE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN LA COMUNA DE EL BOSQUE, SANTIAGO DE CHILE

ADAPTATION AND VALIDATION OF A GROUP QUESTIONNAIRE ON COMMUNITY HEALTH PARTICIPATION IN EL BOSQUE MUNICIPALITY, SANTIAGO, CHILE.

RESUMEN

La participación comunitaria ha sido uno de los aspectos fundamentales en las políticas sanitarias en Chile desde 1990. Sin embargo, aun reconociéndose la importancia de la participación comunitaria en el trabajo de los equipos de salud, esta estrategia ha presentado dificultades en su implementación, derivadas tanto de aspectos prácticos como de problemas teóricos. La ausencia de definiciones conceptuales claras y compartidas acerca de la participación resulta en tensiones ideológicas y políticas que se expresan a su vez en una interpretación, aplicación y evaluación distinta de las actividades de participación. Así, se hace necesario desarrollar herramientas de evaluación de la participación que, utilizándose transversalmente, fortalezcan el trabajo de los equipos de salud, al mismo tiempo que promuevan el desarrollo teórico del área. Un instrumento de evaluación de la participación comunitaria, diseñado especialmente para ser utilizado en atención primaria de salud, lo constituye el Spidergram, o mapa en tela de araña, que incorpora la evaluación de cinco dimensiones del proceso participativo. El presente estudio tiene por objetivo adaptar y validar este instrumento en un contexto urbano en Chile. Se evaluó la validez del cuestionario grupal traducido al español basado en la revisión de la literatura, la aplicación del instrumento piloto y las discusiones sostenidas por parte del equipo de investigación. Este instrumento alcanzó un adecuado nivel de consistencia interna y de concordancia interobservador en la mayoría de las variables al ser aplicado por moderadores externos, permitiéndose su recomendación como herramienta de trabajo para los equipos de atención primaria de salud.

Palabras clave: Participación comunitaria, evaluación, atención primaria de salud.

ESTEBAN HADJEZ^{1,2}

RAFAEL CRISOSTO¹

CATALINA ARAVENA¹

ANA MARÍA SÁNCHEZ¹

XIMENA GONZÁLEZ¹

MÓNICA CATALÁN³

CARLOS HENRÍQUEZ³

¹ Dirección de Salud Municipal de la comuna de El Bosque, Santiago de Chile.

² Departamento de Salud Pública, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

³ Instituto de Estadística, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

Apoyo económico: Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, Ministerio de Salud. Dirección de Salud Municipal de la comuna de El Bosque.

Agradecimientos: Agradecemos especialmente a Anselmo Cancino, jefe del Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana del Ministerio de Salud, y Cecilia González, directora de la Dirección de Salud Municipal de la comuna de El Bosque, por su apoyo permanente para la realización de este proyecto de investigación. Agradecemos además a todas las organizaciones comunitarias de la comuna de El Bosque que nos permitieron desarrollar en terreno esta investigación.

Conflicto de interés: No hay conflictos de interés declarado por parte de ningún investigador.

ABSTRACT

Community participation has been one of the fundamental aspects of Chilean health care policies since 1990. Though the importance of health care teams' community participation should be recognized, this strategy has nevertheless faced a number of obstacles during its implementation, due to practical and theoretical problems. The absence of a clear and common conceptual definition of community participation results in ideological and political tensions that are, in turn, expressed in different interpretations, applications, and assessments of participatory activities. Thus, it is necessary to develop methods for the assessment of community participation that can be used across the board, and which may allow health care workers to strengthen their work with local communities, while promoting theoretical advances in the area. One instrument for measuring community participation, especially designed to be used in primary health care settings, is the Spidergram, which includes the evaluation of 5 variables related to the participatory process. This study aims to adapt and validate this assessment method in an urban context in Chile. The validity of the instrument was assessed through a literature review, a pilot application of a version translated into Spanish, and multiple discussions within the multidisciplinary research team. This instrument achieved adequate internal consistency and inter-observer concordance in most variables when applied by external observers, supporting its recommendation as a valuable tool for primary health care workers.

Keywords: Community participation, evaluation, primary healthcare.

INTRODUCCIÓN

La participación comunitaria en salud, entendida como la estrategia de promoción de salud orientada hacia la inclusión de las personas y comunidades en la toma de decisiones en salud, ha sido uno de los aspectos discursivos fundamentales en las políticas sanitarias en nuestro país desde 1990, durante los períodos de transición y consolidación del capitalismo democrático (Anigstein, 2008; Donoso, 2009; Méndez y Vanegas, 2010; Salinas, 1996; Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto, 2007). Específicamente, la participación comunitaria ha sido comprendida como uno de los principios orientadores de la reforma sanitaria y del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en atención primaria de salud, tanto por constituirse como la “instancia más sensible para detectar necesidades no abordadas” de salud de las comunidades (MINSAL, 2008, p. 65), como por configurarse en un derecho de las personas que favorece “la consolidación del sistema democrático, la construcción de ciudadanía y el capital social, el logro del bienestar y la inclusión e integración social” (MINSAL, 2011, p. 72).

Sin embargo en Chile, aun reconociéndose la importancia de la participación comunitaria en el trabajo de los equipos de salud, esta estrategia ha presentado una serie de dificultades prácticas en su implementación derivadas de la insuficiencia de recursos y coordinación del trabajo comunitario en los equipos de atención primaria (Salinas, 1996; Salinas et al., 2007; Téllez, 2006), de la exigencia de actividades y metas no relacionadas con el modelo de salud familiar (Anigstein, 2008; Gideon, 2002, 2005; Salinas, 1996; Téllez, 2006), y de la instrumentalización de la participación comunitaria por parte de los equipos de salud (Bolados, 2009; Gideon, 2002, 2005; Greaves, 2005, 2007; Paley, 2001). Del mismo modo, la ausencia de definiciones conceptuales claras y compartidas acerca de la participación comunitaria por parte de los múltiples actores involucrados se constituye en otro problema fundamental para la incorporación de esta estrategia en el trabajo de los equipos de salud, reconociéndose tensiones ideológicas y políticas en el tratamiento de este término, que se expresan a su vez en una interpretación, aplicación y evaluación distinta de las actividades de participación (Anigstein, 2008;

Bronfman y Gleizer, 1994; Draper, Hewitt, y Rifkin, 2010; Fassin, 2008; Marston, Renedo, McGowan y Portela, 2013; Menéndez, 2008).

De acuerdo con lo anterior, y considerando las múltiples perspectivas ideológicas acerca de la participación comunitaria que existen en la actualidad, diversos autores han señalado la necesidad de desarrollar herramientas de evaluación de la participación que, pudiendo utilizarse de manera transversal, fortalezcan el trabajo de los equipos de salud, al mismo tiempo que promuevan el desarrollo teórico y conceptual del área (Delgado y Vásquez, 2009; Draper et al., 2010; Moreno, Ríos y Vallejo, 2013; Reyes, Sanabria, Medina y Báez, 1996; Schultz, Israel y Lantz, 2003). Uno de los instrumentos de evaluación de la participación comunitaria, diseñado especialmente para ser utilizado en atención primaria de salud, lo constituye el *Spidergram*, o mapa en tela de araña, publicado por Rifkin, Muller, and Bichmann (1988). Estos autores definen la participación comunitaria en salud como un proceso colectivo mediante el cual un grupo de personas que comparte condiciones socioeconómicas y sanitarias –situadas además en un territorio definido– deliberadamente evalúan su situación de salud, toman decisiones y establecen mecanismos para mejorar la salud de la comunidad (Rifkin et al., 1988, p. 933). El instrumento propuesto, sustentado en la revisión de un centenar de experiencias de participación comunitaria, incorpora la evaluación de cinco variables de los procesos de participación: i) evaluación de necesidades, ii) organización, iii) gestión, iv) movilización de recursos, y v) liderazgo, reconociéndose para cada variable cinco niveles (ver Tabla 1). De acuerdo a sus autores, este instrumento corresponde a una escala de medición ordinal, es flexible en su aplicación y permite la evaluación de un mismo programa por distintos observadores, con diferentes participantes, y/o en momentos sucesivos de la experiencia (Rifkin et al., 1988).

En forma coherente con las sucesivas aplicaciones del instrumento *Spidergram* en distintos países y regiones (Anexo 1), diversos autores han señalado algunas de sus limitaciones, como la dificultad en la acepta-

ción general y comprensión de las variables evaluadas y sus niveles respectivos (Naylor, Wharf-Higgins, Blair y O'Connor, 2002; Schmidt y Rifkin, 1996), la exclusión del punto de vista de las personas que no participan en los programas comunitarios (Eyre y Gauld, 2003), y la obtención de respuestas inducidas por los evaluadores o por la presencia de otros participantes, resaltando el carácter subjetivo de la evaluación (Batiema, Skovdal, Rifkin y Campbell, 2013; Blevins, Morton y McGovern, 2008; Eyre y Gauld, 2003; Schmidt y Rifkin, 1996). Por otra parte, en ocasiones se ha incorporado el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión de los resultados con el propósito de comparar distintas experiencias de participación, reconociéndose sin embargo la falta de representatividad de las respuestas, no existiendo investigaciones que determinen la validez ni la confiabilidad en la aplicación del cuestionario (Chilaka, 2005; Eyre y Gauld, 2003; Naylor et al., 2002; Toledo et al., 2006; Vanlerberghe et al., 2009). Si bien el instrumento *Spidergram* ha permitido evaluar algunas experiencias de participación comunitaria en Honduras (Draper et al., 2010) y en Cuba (Toledo et al., 2006; Vanlerberghe et al., 2009), no existe información publicada acerca de los procesos de traducción o adaptación del instrumento al idioma español.

En concordancia con lo anterior, e insistiendo en la necesidad de implementar estrategias de evaluación de los procesos de participación comunitaria a nivel nacional, el presente estudio tiene por objetivo proporcionar un instrumento de evaluación de la participación comunitaria en salud orientado especialmente a los equipos de atención primaria, que permita fortalecer el trabajo comunitario y sistematizar las experiencias de participación a nivel local. Específicamente, se propone i) traducir y adaptar culturalmente el instrumento *Spidergram* a un contexto urbano en Chile, ii) explorar la validez y la confiabilidad del instrumento, iii) evaluar las experiencias de participación comunitaria en salud de distintas organizaciones en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, y iv) elaborar recomendaciones generales para

la aplicación del instrumento en otros lugares del país, tanto por equipos de atención primaria de salud como por otros actores relevantes en el trabajo comunitario.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal de adaptación y validación del cuestionario grupal *Spidergram* para evaluación de la participación comunitaria en salud (Rifkin et al., 1988) en un contexto urbano en Santiago de Chile. Para lo anterior, se constituyó un equipo de investigación multidisciplinario compuesto por dos psicólogas, una trabajadora social, un sociólogo y un médico salubrista, todos con experiencia en promoción de salud y participación comunitaria, además de dos estadísticos con experiencia en validación de instrumentos en salud. Se realizaron dos traducciones independientes del instrumento original por parte de dos traductores bilingües que pertenecen al equipo de investigación, cuyos resultados fueron sometidos a revisión por parte de todo el equipo, redactándose una versión preliminar de consenso que correspondió al cuestionario piloto (Callejaro, Figueredo, y Ruschel, 2012; Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011; Guillemin, Bombardier y Beaton, 1993). Posteriormente, se realizó una sesión de capacitación en la aplicación del instrumento piloto a trabajadores de atención primaria y de las ciencias sociales que estuvieran interesados en su utilización como moderadores, con el objetivo de someter el proceso de evaluación a condiciones reales de su uso. En forma paralela, y utilizando un muestreo intencionado basado en el trabajo en salud que realizan diversos grupos comunitarios en coordinación con los centros de salud familiar de la comuna de El Bosque, se contactó a algunos dirigentes sociales de manera telefónica o directa, informando acerca del propósito de la investigación, y solicitando la participación de los grupos en el estudio.

Para la presente investigación, y a diferencia de otras estrategias de evaluación de participación de carácter individual, es el grupo

comunitario el que se constituye como unidad de observación y análisis, entendiendo que el proceso de participación comunitaria es colectivo y distinto a la suma de las percepciones individuales de cada participante (Kincaid, 1994). Por lo anterior, y con el propósito de evaluar la concordancia de resultados entre distintos observadores, cada grupo comunitario fue dividido en dos subgrupos de manera intencionada, procurando que existiera homogeneidad en el grado de involucramiento de las personas en la experiencia de participación, y estableciendo a priori un número mínimo de tres personas por subgrupo, con la intención de favorecer la discusión grupal acerca de las variables a evaluar. Con el objetivo de organizar la discusión, los moderadores previamente capacitados en el instrumento aplicaron una pauta de entrevista grupal semiestructurada que contenía los elementos esenciales de cada variable, y se determinó que cada subgrupo establecería su propia respuesta del cuestionario, comparándose posteriormente las respuestas obtenidas con el subgrupo complementario. Por otra parte, los moderadores, actuando como observadores externos, también establecieron de manera individual el nivel de cada variable para el subgrupo, una vez guiada la discusión grupal.

Durante todo el proceso de aplicación del instrumento piloto se planificaron tres grupos focales con los moderadores capacitados, con la intención de obtener información acerca de las dificultades en el uso del cuestionario, de responder preguntas que surgieran en relación a su aplicación, y de recibir sugerencias que facilitarían la comprensión del instrumento, posibilitando la realización de los cambios necesarios para la elaboración del cuestionario grupal final. Con motivo de sistematizar el proceso de validación del cuestionario y comprender eventuales discrepancias entre los subgrupos analizados, todas las discusiones grupales fueron grabadas, previa aceptación y registro de consentimiento informado individual por parte de los participantes, procurando en todo momento, asegurar la confidencialidad y el anonimato en las respuestas entregadas tanto por los moderadores como por cada subgrupo comunitario. Finalmente,

es necesario mencionar que la presente investigación se enmarca en el trabajo cotidiano de los equipos de atención primaria de salud de la comuna de El Bosque, expresado en el cuidado del bienestar de los participantes del estudio, y teniendo como marco regulatorio fundamental la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó la validez lógica y de contenido del cuestionario grupal basados en la revisión de la literatura realizada, la aplicación del instrumento piloto y las discusiones sostenidas por parte del equipo de investigación (Carvajal et al., 2011; García, Rodríguez y Carmona, 2009), mientras que la evaluación de la confiabilidad incorporó la medición de la consistencia interna a través del cálculo del alfa de Cronbach (Oviedo y Campo, 2005; Tavakol, 2011), y la concordancia en las respuestas por parte de distintos observadores a través del cálculo del coeficiente de kappa ponderado (Cerdea y Villarreal, 2008; García et al., 2009). El proceso de adaptación cultural del cuestionario grupal implicó la modificación sustantiva de las definiciones categoriales de cada variable, basado en las numerosas discusiones sostenidas durante la aplicación inicial del instrumento. Antes de la obtención del cuestionario grupal definitivo, el instrumento de evaluación se aplicó a nueve grupos comunitarios, correspondiendo en total a 18 subgrupos de discusión, donde se pudo comprobar de manera empírica la baja concordancia en las respuestas por parte de la comunidad y de los moderadores, calculándose además la baja consistencia interna del instrumento, alcanzando un alfa de Cronbach de 0,5 para la evaluación por los mismos subgrupos comunitarios. Las variables que presentaron mayor dificultad en su comprensión por parte de los grupos comunitarios fueron 'evaluación de necesidades' y 'liderazgo'.

Una vez obtenido el instrumento de evaluación definitivo, luego de la clarificación en las definiciones de cada variable y en la descripción de cada nivel respectivo, éste se

aplicó a siete grupos comunitarios, obteniéndose un total de 14 subgrupos de análisis. Las características generales de los grupos participantes en el estudio se presentan en la Tabla 2. El cálculo de la consistencia interna del cuestionario final alcanzó un alfa de Cronbach de 0,62 para la aplicación por parte de los mismos grupos, mientras que su aplicación por los observadores externos aumentó el mismo índice a 0,72, reflejando una consistencia interna elevada del instrumento en este último caso. Por otra parte, el cálculo del coeficiente de kappa ponderado para la variable 'evaluación de necesidades' alcanzó a 0,02 y 0,74 para la aplicación grupal y del observador externo, respectivamente; para la variable 'organización' alcanzó a 0,11 y 0,63; para la variable 'gestión', 0,57 y 0,26; para la variable 'movilización de recursos', 0,55 y 0,67; y la variable 'liderazgo' alcanzó un coeficiente de kappa de 0,44 y 0,5, para la aplicación grupal y del observador externo, respectivamente. Los resultados de las pruebas de confiabilidad obtenidos para la aplicación del instrumento de evaluación permiten apreciar diferencias importantes entre la aplicación de los grupos comunitarios y los moderadores como observadores externos, y son estos últimos los que alcanzan niveles altos de consistencia interna y buena concordancia entre observadores para tres de las cinco variables, concordancia moderada para una variable (liderazgo), y solamente concordancia débil para una de ellas (gestión). Los resultados obtenidos para un grupo específico (grupo 10) durante la aplicación del instrumento se presentan en la Figura 2.

Respecto a las diferencias obtenidas en la aplicación del instrumento, y de acuerdo a las discusiones sostenidas entre el equipo de investigación y los moderadores, se reconocen una serie de problemas que explicarían la menor consistencia y reproducibilidad en las respuestas por parte de los grupos comunitarios, algunas de ellas ya mencionadas por otros autores. La primera de ellas se relaciona con la dificultad en distinguir cuáles son las actividades que se enmarcan en el trabajo en salud desde la perspectiva de la comunidad y de los moderadores, estos últimos vinculados

en su mayoría a los centros de salud del sector. Otro problema expresado en múltiples ocasiones por parte de la comunidad y los moderadores es que el trabajo en promoción de salud solo es visibilizado en la persona encargada del programa de promoción de cada centro, no existiendo para la comunidad la idea de 'equipo de salud' al referirse al trabajo promocional y comunitario que se desarrolla localmente. Por otra parte, y desde un punto de vista metodológico, uno de los problemas en el diseño del estudio consistió en la idea preconcebida de que las respuestas de cada subgrupo analizado reflejaban a su vez al grupo completo, situación que en ocasiones no se correspondía con los resultados de la evaluación. A pesar de la división intencionada de cada grupo en dos subgrupos de manera homogénea, la existencia de fuertes liderazgos en alguno de los grupos y la presencia de tensiones al interior de las mismas organizaciones comunitarias derivó en la creación de dos subgrupos de características diferentes que se expresan a su vez en respuestas disímiles frente a una misma experiencia de participación.

No obstante las diferencias entre los resultados alcanzados por parte de los grupos comunitarios y los moderadores al aplicar un mismo instrumento, la información obtenida resulta de gran utilidad para el trabajo de los equipos de salud involucrados en experiencias de participación comunitaria, permitiendo caracterizar el grado de desarrollo de las variables incorporadas al estudio para cada uno de los grupos comunitarios. A modo de ejemplo, y utilizando solamente los resultados de los moderadores debido a su adecuada consistencia interna y reproducibilidad, es posible observar que las actividades en salud desarrolladas por una junta de vecinos correspondiente al grupo 10 (Figura 2) se caracterizan por alcanzar máximos niveles de movilización de recursos, con existencia de liderazgos democráticos y control activo de éstos por parte de la comunidad. La organización y la gestión interna del grupo comunitario alcanzan importantes grados de autonomía, contando además con la asesoría y apoyo del equipo de salud para el desarrollo de sus actividades. A pesar de lo anterior, ha sido el equipo de salud el que

ha impuesto prioridades en relación al trabajo promocional y comunitario. Sería muy beneficioso para esta junta de vecinos que en una siguiente etapa pueda fortalecerse el proceso comunitario de evaluación de necesidades, ya sea a través de la entrega de mejor información sobre el trabajo en promoción por parte del equipo de salud (nivel 2), o desde un trabajo conjunto entre el equipo de salud y la comunidad (nivel 3), al mismo tiempo que deben mantenerse y consolidarse las otras variables que caracterizan el proceso de participación.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió la traducción, adaptación cultural y validación del instrumento *Spidergram* para evaluación de la participación comunitaria en salud, desarrollado por Rifkin et al. (1988) en un contexto urbano en Santiago de Chile. Este instrumento alcanzó un adecuado nivel de consistencia interna y de concordancia interobservador en la mayoría de las variables al ser aplicado por moderadores externos a los grupos comunitarios, permitiéndose su recomendación como herramienta de trabajo confiable tanto para los equipos de atención primaria de salud, como para otros sujetos sociales involucrados en experiencia de participación comunitaria. La utilidad del instrumento radica en la posibilidad de caracterizar el nivel de las variables de 'evaluación de necesidades', 'organización', 'gestión', 'movilización de recursos' y 'liderazgo' de los grupos comunitarios, al mismo tiempo que explicita la posibilidad de avance en cada una de estas dimensiones, con el objetivo de fortalecer la participación y empoderamiento de la comunidad en temas de salud. Si bien los resultados del instrumento obtenidos por parte de los mismos grupos comunitarios evaluados no poseen suficiente consistencia interna ni reproducibilidad, se reconoce la importancia de la discusión grupal como proceso pedagógico al interior de las organizaciones en torno a los resultados de la evaluación, y de ninguna forma se plantea la aplicación del instrumento de manera exclusiva por parte de observadores externos.

Tabla 1. Ranking scale for six process indicators for

community participation. Instrumento original tomado de Rifkin, S., Muller, F., Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science y Medicine*, 26 (9): 931-940

Indicator [range]	Ranks				
	Narrow, nothing 1	Restricted, small 2	Mean, fair 3	Open, much good 4	Wide, very much, excellent 5
Leadership (L) [wealthy minority – variety of interests]	One-sided (i.e. wealthy minority; imposing ward-chairman; health staff assumes leadership; or: inexistence of heterogeneous WHC).	WHC not functioning, but CHL works independent of social interest groups.	WHC functioning under the leadership of an independent CHL.	Active WHC, taking initiative.	WHC fully represents variety of interests in community and controls CHL activities.
Organisation (O) [created by planners – community organisation]	WHC imposed by health services and inactive.	WHC imposed by health services, but developed some activities.	WHC imposed by health services, but became fully active.	WHC actively cooperating with other community organisations.	Existing community organisations have been involved in creating WHC.
Resource Mobilisation (RM) [small commitment + limited control – good commitment + community control]	Small amount of resources raised by community. No fees for services. WHC does not decide on any resource allocation.	Fees for services. WHC has no control over utilisation of money collected.	Community fund raising periodically, but no involvement in control of expenditure.	Community fund raising periodically and WHC controls utilisation of funds.	Considerable amount of resources raised by fees or otherwise, WHC allocates the money collected.
Management (M) [professional induced – community interests]	Induced by health services. CHL only supervised by health staff.	CHL manages independently with some involvement of WHC. Supervision only by health staff.	WHC self-managed without control of CHL's activities.	WHC self-managed and involved in supervision of CHL.	CHL responsible to WHC and actively supervised by WHC.
Needs assessment (NA) [professional view – community involved]	Imposed from outside with medical, professional point of view (CHL, VHW, HP-staff); or: Latrine building programme imposed on community.	Medical point of view dominates an 'educational' approach. Community interests are also considered.	CHL is active representative of community views and assesses the needs.	WHC is actively representing community views and assesses the needs.	Community members in general are involved in needs assessments.

VHW = village health worker; WHC = ward health committee; CHL = community health leader; HP = health post.

Tabla 2. Características generales de los grupos comunitarios que participaron en la investigación en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile

Identificación del grupo	Tipo de grupo	Años de trabajo	Trabajo en salud
Grupo 1	Grupo de autoayuda	2 años	Grupo de autoayuda.
Grupo 2	Agrupación de adulto mayor	4 años o más	Toma de presión, toma de glicemia y cuidado del adulto mayor.
Grupo 3	Junta de vecinos	Menos de un año	Sede promotora de salud.
Grupo 4	Junta de vecinos	Menos de un año	Alimentación saludable y huerto comunitario.
Grupo 5	Junta de vecinos	1 año	Sede promotora de salud y huerto comunitario.
Grupo 6	Club deportivo o recreativo	1 año	Taller de acondicionamiento físico y campeonato de baby fútbol.
Grupo 7	Sede promotora de salud	Menos de un año	Ferías de salud, talleres de salud mental, alimentación saludable y tabaquismo.
Grupo 8	Junta de vecinos	4 años o más	Taller de mascotas y medio ambiente, comida saludable y nutrición, y talleres de prevención de drogas (CONACE).
Grupo 9	Consejo vecinal de desarrollo	4 años o más	Participación en rutas de salud, taller de detección del cáncer de mamas, charlas educativas sobre el PAP.
Grupo 10	Junta de vecinos	3 años	Taller de gramajes, alimentación saludable y tejido. Operativos de salud, zumba y huerto-lombricultura.
Grupo 11	Asociación de CDL en salud	2 años	Campaña PAP, campaña para conseguir SAPU, reuniones con director de hospital, capacitación de voluntariado en salud.
Grupo 12	Grupo de autoayuda	3 años	Zumba, reiki, relajación, números artísticos, tejido y bordados. Participación en marchas por salud mental.
Grupo 13	Taller laboral	2 años	Fondo de iniciativas comunales en alimentación saludable. Monitoras de salud y ruta de salud.
Grupo 14	Grupo de autoayuda	4 años o más	Campeonatos de bochas, taller de alimentación saludable y de manualidades.
Grupo 15	Junta de vecinos	Menos de un año	Toma de presión, toma de glicemia y taller de alimentación.
Grupo 16	Agrupación de adulto mayor	1 año	Ejercicios, huertos saludables taller de prevención de enfermedades y prevención de caídas.

Tabla 3. Cuestionario grupal definitivo

	Inexistente (1)	Reducido (2)	Medio (3)	Amplio (4)	Avanzado (5)
Evaluación de necesidades y problemas de salud	Impuesta desde afuera por el equipo de salud, sin consultar ni informar a la comunidad.	Realizada por el equipo de salud, consultando la opinión e informando a la comunidad.	Realizada de manera conjunta por el equipo de salud y el grupo comunitario.	Realizada por el grupo comunitario en general, con apoyo y/o asesoría del equipo de salud.	La comunidad en general evalúa y determina las necesidades en salud del proyecto, sin participación del equipo de salud.
Organización	El grupo comunitario es organizado por el equipo de salud, y se reúne solo a iniciativa de este equipo.	El grupo comunitario es organizado por el equipo de salud, pero se reúne de forma independiente algunas veces.	El grupo comunitario es organizado por la iniciativa conjunta entre el equipo de salud y la comunidad.	El grupo comunitario es organizado de manera independiente a partir de la iniciativa de la comunidad.	El grupo comunitario se organiza de manera independiente y además coopera y/o apoya la creación de otros grupos de salud en la comunidad.
Gestión	El funcionamiento y la toma de decisiones son realizados por el equipo de salud, sin consultar a la comunidad.	El funcionamiento y la toma de decisiones son realizados por el equipo de salud, consultando la opinión de la comunidad.	El funcionamiento y la toma de decisiones son realizados en conjunto por el equipo de salud y el grupo comunitario.	El funcionamiento y la toma de decisiones es realizada por el grupo comunitario, con apoyo y/o asesoría del equipo de salud.	El funcionamiento y la toma de decisiones son realizados completamente por la comunidad.
Mobilización de recursos	No hay recursos generados por el grupo comunitario. Todos los recursos provienen de fuentes externas.	Hay pocos recursos generados por el grupo comunitario. La mayoría de los recursos provienen de fuentes externas.	Los recursos generados por el grupo comunitario y las fuentes externas de financiamiento alcanzan cantidades similares.	La mayoría de los recursos son generados por el grupo comunitario.	El total de los recursos son generados por el grupo comunitario.
Liderazgo	El liderazgo lo ejerce únicamente el equipo de salud.	El liderazgo es ejercido por el equipo de salud y algunos dirigentes locales no electos democráticamente.	El liderazgo es ejercido por el equipo de salud y dirigentes locales electos democráticamente.	El liderazgo es ejercido por los grupos comunitarios a través dirigentes locales electos democráticamente.	El liderazgo es ejercido por los grupos comunitarios a través de dirigentes locales electos democráticamente con supervisión activa de la comunidad.

Figura 1. Esquema general del proceso de adaptación y validación del cuestionario grupal *Spidergram* para evaluación de la participación comunitaria en salud.

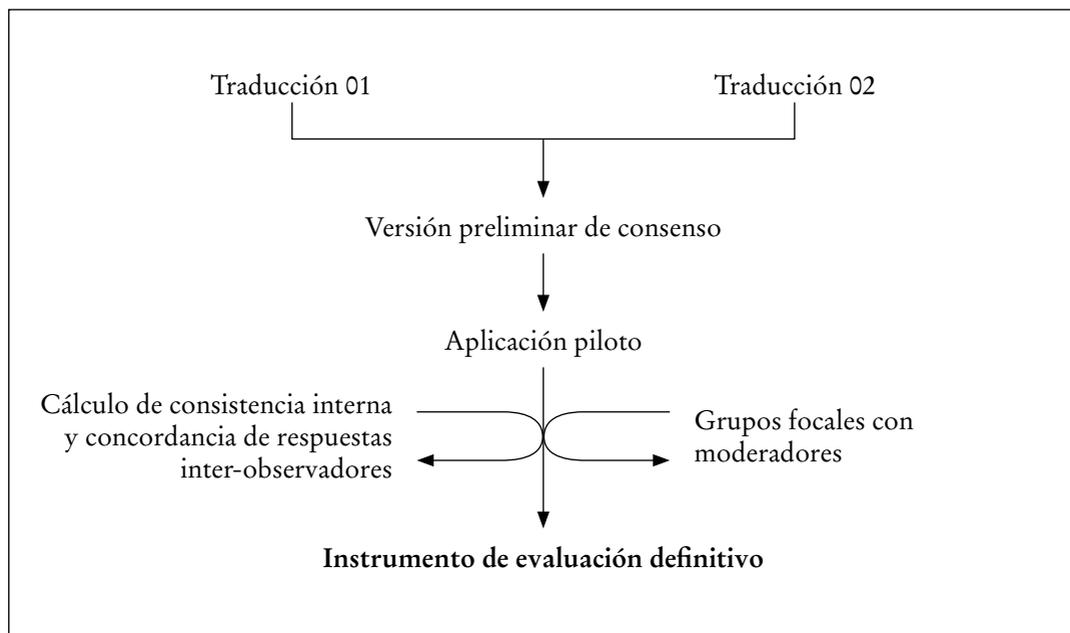
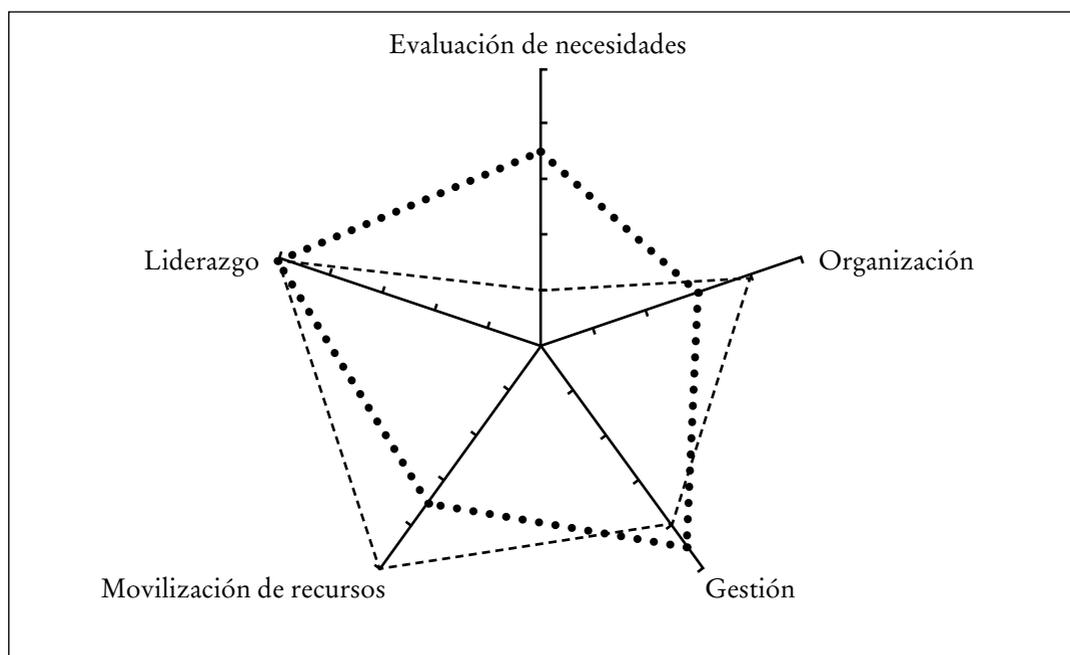


Figura 2. Ejemplo de resultados del cuestionario grupal aplicado a una junta de vecinos (grupo 10). La línea punteada (.....) corresponde a los resultados obtenidos por el grupo comunitario, mientras que la línea segmentada (- - - -) corresponde a la aplicación del instrumento por parte de los moderadores (ambos son promedios de los resultados de los dos subgrupos comunitarios).



REFERENCIAS

1. Anigstein M. (2008). Participación comunitaria en salud: reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista MAD*, 19: 77-88.
2. Baatiema L, Skovdal M, Rifkin S y Campbell C. (2013). Assessing participation in a community-based health planning and service programme in Ghana. *BMC Health Services Research*, 13: 1-13.
3. Blevins D, Morton B, y McGovern R. (2008). Evaluating a community-based participatory research project for elderly mental healthcare in rural America. *Clinical Interventions in Aging*; 3(3): 535-545.
4. Bolados P. (2009). ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: el caso Atacameño. *Estudios Atacameños*, 38: 93-106.
5. Bronfman M y Gleizer M. (1994). Community participation: need, excuse, or strategy? what are we talking about when we refer to community participation? *Cadernos de Saúde Pública*, ; 10(1): 111-122.
6. Callegaro J, Figueredo B, y Ruschel D. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia*, 22(53): 423-432.
7. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M y Sanz A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1): 63-72.
8. Cerda J, y Villarroel L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: coeficiente de kappa. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1): 54-58.
9. Chilaka M. (2005). Ascribing quantitative value to community participation: a case study of the Roll Back Malaria (RBM) initiative in five African countries. *Public Health*, 119(11): 987-994.
10. Delgado M y Vásquez M. (2009). Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1): 169-178.
11. Donoso N. (2009). Participación y cohesión social como ejes de la reforma y del modelo de atención en salud. In MINSAL (Ed.), *Participación social en salud: reflexiones y herramientas para la acción desde Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
12. Draper A, Hewitt G y Rifkin S. (2010). Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science y Medicine*, 71: 1102-1109.
13. Eyre R y Gauld R. (2003). Community participation in a rural community health trust: the case of Lawrence, New Zealand. *Health Promotion International*, 18(3): 189-197.
14. Fassin D. (2008). Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. In E. Menéndez y H. Spinelli (Eds.), *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
15. García M, Rodríguez F y Carmona L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5(4): 171-177.
16. Gideon J. Decentralisation, participation and inclusion? Reassessing primary health care delivery in Chile. (2002). In L. Haugh y C Helgø (Eds.), *Social policy reform and market governance in Latin America*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
17. Gideon J. (2005). 'Consultation' or co-optation? A case study from the Chilean health sector. *Progress in Development Studies*, 5(3): 169-181.
18. Greaves E. (2005). Panoptic municipalities, the spatial dimensions of the political, and passive revolution in post-dictatorship Chile. *City & Community*, 4(2): 189-215.
19. Greaves E. (2007). Constructing affirmatively empowered participatory regimes: the making of public space in urban popular municipalities of Santiago, Chile. *Polity*, 39(3): 305-334.
20. Guillemin F, Bombardier C y Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12): 1417-1432.
21. Kincaid H. (1994). Reduction, explanation, and individualism. In M Martin y L McIn-

- tyre (Eds.), *Readings in the Philosophy of Social Science*. Massachusetts: The MIT Press.
22. Marston C, Renedo A, McGowan C, y Portela A. (2013). Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. *PLoS ONE*, 8(2), e55012.
 23. Méndez C y Vanegas J. (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2): 144-148.
 24. Menéndez E. (2008). Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. In E Menéndez y H Spinelli (Eds.), *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
 25. MINSAL. (2008). *En el camino a centro de salud familiar*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
 26. MINSAL. (2011). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
 27. Moreno M, Ríos M y Vallejo M. (2013). Construction and validation of the community and socio-political participation scale (SCAP). *Spanish Journal of Psychology*, 16(42): 1-8.
 28. Naylor P, Wharf-Higgins J, Blair L y O'Connor B. (2002). Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science y Medicine*, 55: 1173-1187.
 29. Oviedo H y Campo A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4): 572-580.
 30. Paley J. (2001). *Marketing democracy. Power and social movements in post-dictatorship Chile*. London: University of California Press.
 31. Reyes I, Sanabria G, Medina Z y Báez R. (1996). Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 22(1): 5-6.
 32. Rifkin S, Muller F y Bichmann W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science y Medicine*, 26(9): 931-940.
 33. Salinas J. (1996). Participación social en el sistema público de salud en Chile. *Revista de Trabajo Social*, 68: 53-61.
 34. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F y Soto M. (2007). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3): 136-144.
 35. Schmidt D y Rifkin S. (1996). Measuring participation: its use as a managerial tool of district health planners based on a case study in Tanzania. *International Journal of Health Planning y Management*, 11: 345-358.
 36. Schultz A, Israel B y Lantz P. (2003). Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning*, 26: 249-262.
 37. Tavakol M. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2: 53-55.
 38. Téllez A. (2006). Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública*, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1(2): 1-12.
 39. Toledo M, Vanlerberghe V, Baly A, Ceballos E, Valdés L, Searret M., ... Van der Stuyft P. (2006). Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 101(1): 56-63.
 40. Vanlerberghe V, Toledo M, Rodríguez M, Gómez D, Baly A, Benítez J y Van der Stuyft P. (2009). Community involvement in dengue vector control: cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 338: 1-7.

Anexo 1. Resumen de las investigaciones en participación comunitaria en salud que han utilizado el instrumento *Spidergram* para su evaluación.

Autores (año)	Lugar	Comentarios sobre la validez y confiabilidad	Observaciones
Rifkin, S., Muller, F., Bichmann, W. (1988).	Kaski (rural), Nepal	-	Primera publicación sobre el instrumento, que incluye 5 variables y 5 niveles en cada una de éstas.
Laleman, G., Annys, S. (1989)	Muñoz (rural), Filipinas	-	-
Bjaras, G., Haglund, B., Rifkin, S. (1991)	Estocolmo (urbano), Suecia	-	Se aplica a los 2 y 4 años de iniciado el proyecto. Los autores señalan la necesidad de que la aplicación sea realizada por el mismo observador.
Schmidt, D., Rifkin, S. (1996).	Lushoto (rural), Tanzania	Solo se menciona la traducción y adaptación cultural del instrumento.	Se plantean algunas limitaciones del instrumento, como la dificultad en la 1) aceptación general y comprensión de las variables evaluadas y sus niveles respectivos, 2) el manejo y análisis de la gran cantidad de información obtenida, y 3) la posibilidad de obtener respuestas inducidas por los evaluadores o por la presencia de otros participantes.
Naylor, P., Wharf-Higgins, J., Blair, L., Green, L., O'Connor, B. (2002)	British Columbia (urbano), Canadá	Cálculo de medidas de tendencia central y dispersión en las respuestas.	Se plantean algunas limitaciones del instrumento, como 1) la dificultad en la aceptación general y comprensión de las variables evaluadas y sus niveles respectivos, 2) la diferencia en las respuestas de acuerdo a la función de los participantes en el proyecto, y 3) la imposibilidad de evaluar los cambios sucesivos del proyecto en una sola evaluación.
Eyre, R., Gauld, R. (2003).	Lawrence (rural), Nueva Zelanda	Triangulación de los resultados obtenidos con los participantes. Cálculo de medidas de tendencia central y dispersión en las respuestas.	Se plantean algunas limitaciones del instrumento, como 1) la subjetividad en las respuestas, 2) la exclusión del punto de vista de las personas que no participan en el proyecto, y 3) la posibilidad de obtener respuestas inducidas por los evaluadores o por la presencia de otros participantes.
Jacobs, B., Price, N. (2003).	Maung Russay y Kiriving (rural), Cambodia	-	Evaluación completa e integral del proceso de participación comunitaria en salud (estudio mixto), que incluye la caracterización socio económica de la población en base a un muestreo aleatorio, incluyendo información sobre los resultados del proceso de participación.
Chilaka M. (2005).	Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Tanzania, Uganda	-	Incorporación del <i>Community participation value</i> (Cp value), un indicador que representa la sumatoria de los puntajes individuales de cada variable y que se utiliza para comparar de manera general el nivel de participación.

Toledo, M., Vanlerberghe, V., Baly, A., Ceballos, E., Valdés, L., Searret, M., Boelaert, M., Van der Stuyft, P. (2006)	Santiago de Cuba (urbano), Cuba	Cálculo de medidas de tendencia central y dispersión en las respuestas.	Se plantea la posibilidad de que el instrumento permita comparar distintos programas de participación comunitaria en salud, y no solamente restringirse a la comparación entre distintos participantes, distintos observadores, y en distintos momentos, de un mismo programa.
Barker, M., Klopper, H. (2007)	Johannesburgo (urbano), Sudáfrica	Solo se menciona que se siguieron criterios de validez y confiabilidad.	Comparación entre distintos proyectos de participación comunitaria en salud dentro de un mismo programa.
Blevins, D., Morton, B., McGovern, R. (2008).	Missouri (rural), Estados Unidos	-	Se plantean algunas limitaciones del instrumento, como 1) la obtención de respuestas incompletas por parte de algunos participantes, y 2) la diferencia en las respuestas de acuerdo a la función y conocimiento de los participantes en el proyecto.
Vanlerberghe, V., Toledo, M., Rodríguez, M., Gómez, D., Baly, A., Benítez, J., Van der Stuyft, P. (2009).	Guantánamo (urbano), Cuba	Cálculo de medidas de tendencia central y dispersión en las respuestas.	Estudio de casos y controles.
Draper, A., Hewitt, G., Rifkin, S. (2010).	Djibouti	-	Revisión de los indicadores utilizados previamente y actualización de la literatura.
Baatiema, L., Skovdal, M., Rifkin, S., Campbell, C. (2013)	Wa (rural), Ghana	-	Se plantean algunas limitaciones del instrumento, como 1) la dificultad en obtener respuestas representativas de cada programa, y 2) la diferencia en las respuestas de acuerdo a la función y conocimiento de los participantes en el proyecto, y 3) cuestionamientos acerca de la inclusión y jerarquía de las variables incluidas en el instrumento.