



Establecimiento de áreas
de acción prioritarias
para la prevención de la

OBESIDAD INFANTIL

CONJUNTO DE HERRAMIENTAS PARA QUE LOS ESTADOS MIEMBROS

determinen e identifiquen áreas de acción prioritarias



Establecimiento de áreas
de acción prioritarias
para la prevención de la

OBESIDAD INFANTIL

CONJUNTO DE HERRAMIENTAS PARA
QUE LOS ESTADOS MIEMBROS
determinen e identifiquen áreas de acción prioritarias

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Establecimiento de áreas de acción prioritarias para la prevención de la obesidad infantil en la población: conjunto de herramientas para que los Estados Miembros determinen e identifiquen áreas de acción prioritarias.

1.Obesidad – prevención y control. 2.Bienestar del Niño. 3.Ejercicio. 4.Hábitos Alimenticios. 5.Servicios de Salud Comunitaria. 6.Participación Comunitaria. 7.Prioridades en Salud. 8.Planificación en Salud. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350327 1

(Clasificación NLM: WD 210)

© Organización Mundial de la Salud 2016

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in: WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Índice

Lista de figuras	6
Lista de cuadros	6
Lista de recuadros	7
Siglas y acrónimos	7
Explicación de los términos	8
Agradecimientos	9
Resumen	11

Page

1	Introducción	13
	1.1 Obesidad infantil	13
	1.2 Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud	13
	1.3 Marco de la OMS para la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en los países	14
	1.4 Finalidad y estructura del documento	15

Page

2	Establecimiento de prioridades	16
	2.1 ¿Qué es adecuado para establecer prioridades?	16
	2.2 El proceso de establecimiento de prioridades	16
	2.3 Selección del enfoque más apropiado	18
	2.4 Examen de sectores y entornos	20
	2.5 Partes interesadas pertinentes	20
	2.6 Selección de criterios para el establecimiento de prioridades	23

Page

3	Marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas	27
	3.1 Principios para el establecimiento de prioridades	27
	3.2 Detalles y estructura del enfoque STEPwise	28
	3.3 Etapas de planificación	29
	3.4 Etapas de aplicación	30
	3.5 Países que han adoptado con éxito del enfoque STEPwise	30

Page

4	Proceso modificado del Árbol de Problemas y Soluciones	33
	4.1 Selección del grupo de partes interesadas	33
	4.2 Detalles y estructura del proceso mPAST	33
	4.3 Puesta en marcha del proceso mPAST	41

Page

5	Proceso ANGELO	43
	5.1 Antecedentes del proceso ANGELO	43
	5.2 Aplicación del proceso ANGELO	47
	5.3 Elaboración y formulación de un plan de acción	58

Page

6	Conclusion	65
	Referencias	66
	Otras fuentes de información	69
	Apéndice 1: Plantillas de análisis – herramientas de exploración para definir una serie de áreas normativas de acción	70
	Apéndice 2: Hojas de trabajo del marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas	77
	Apéndice 3: Hojas de trabajo del proceso ANGELO	78

Lista de figuras

Figura 1	Modelo esquemático del marco de aplicación de la Estrategia en los países	14
Figura 2	Diagrama de enfoque sistemático para establecer áreas de acción prioritarias	17
Figura 3	Marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas	28
Figura 4	Nivel inicial para el árbol de problemas modificado	34
Figura 5	Ejemplo de árbol combinado de problemas y soluciones modificado	35
Figura 6	Plantilla ANGELO con entornos, sectores y elementos ambientales	43
Figura 7	Proceso ANGELO de determinación de los elementos prioritarios de un plan de acción	46
Figura 8	Actividad Física y Salud centrado en áreas de acción para la prevención de la obesidad	70
Figura 9	Versión ampliada del marco modificado de la Estrategia Mundial que ilustra los enfoques de prevención de la obesidad	71

Lista de cuadros

Cuadro 1	Características de los tres enfoques para el establecimiento de prioridades	19
Cuadro 2	Funciones y responsabilidades de las posibles partes interesadas	21
Cuadro 3	Ejemplo de uso del marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas	31
Cuadro 4	Ejemplo de calificación de opciones políticas para los cinco criterios de viabilidad	38
Cuadro 5	Cálculo de la puntuación total de viabilidad para cada opción política	39
Cuadro 6	Ejemplo de evaluación de posibles repercusiones en otras áreas	40
Cuadro 7	Ejemplo de evaluación de repercusiones en subgrupos de la comunidad	40
Cuadro 8	Ejemplo de evaluación de las opciones políticas	41
Cuadro 9	Principales tareas, plazos y recursos humanos necesarios para el proceso de establecimiento de prioridades mPAST	42
Cuadro 10	Ejemplo de puntuaciones y puestos asignados: comportamientos	53
Cuadro 11	Ejemplo de puntuaciones y puestos asignados: ambiente domiciliario o familiar	55
Cuadro 12	Ejemplo de puntuaciones y puestos asignados: conocimientos y competencias	57
Cuadro 13	Elementos clasificados en los primeros puestos	58
Cuadro 14	Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas que influyen en los determinantes subyacentes de la salud de la población (enfoque de determinantes estructurales de la salud)	72
Cuadro 15	Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas que influyen en el sistema alimentario (enfoque de determinantes estructurales de la salud/socioecológico)	74
Cuadro 16	Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas que influyen en el entorno de la actividad física (enfoque de determinantes intermedios de la salud/socioecológico)	75
Cuadro 17	Ejemplos de entornos y áreas políticas para el acción sobre determinantes intermedios de la salud/comportamental	76
Cuadro 18	Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas para las intervenciones clínicas y los servicios de salud (enfoque de determinantes inmediatas de la salud)	76

Lista de recuadros

Recuadro 1	Sistemas necesarios para apoyar intervenciones específicas	16
Recuadro 2	Ejemplos de criterios para el establecimiento de prioridades	23
Recuadro 3	Definiciones propuestas para los criterios utilizados en el sistema de ponderación	37
Recuadro 4	Comportamientos potenciales que se pretende promover	47
Recuadro 5	Áreas potenciales de cambio en el ambiente domiciliario o familiar	48
Recuadro 6	Áreas potenciales de mejora de los conocimientos y las competencias	49
Recuadro 7	Áreas potenciales de cambio en el ambiente escolar	50
Recuadro 8	Áreas potenciales de cambio en los barrios	51

Siglas y acrónimos

ACE	evaluación de la relación costo-eficacia
ANGELO	Plantilla de Análisis de Elementos Relacionados con la Obesidad
AVAD	años de vida ajustados en función de la discapacidad
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ICER	razón de la relación costo-eficacia incremental
IMC	índice de masa corporal
mPAST	proceso modificado del árbol de problemas y soluciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
SMART	(objetivos) específicos, mensurables, alcanzables, pertinentes y sujetos a un plazo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Explicación de los términos

Basada en pruebas científicas (medicina/práctica/política)

El término deriva de la definición de medicina basada en pruebas científicas, que es la medicina en cuyo contexto las decisiones corresponden a un «uso racional, explícito y juicioso de los mejores datos actualizados, con el fin de aplicarlos al tratamiento de cada paciente. La práctica de la medicina basada en pruebas científicas supone la integración de conocimientos clínicos específicos, con los mejores datos clínicos externos disponibles obtenidos a través de la investigación sistemática» (1). La práctica y la política basadas en pruebas científicas trasladan las pruebas derivadas del análisis sistemático de la bibliografía, a la adopción de decisiones concernientes a la práctica y la formulación de políticas.

Enfoque inspirado en pruebas científicas

Las pruebas científicas no son suficientes para orientar apropiadamente la adopción de decisiones (2), y una auténtica formulación de políticas basada en pruebas científicas puede ser poco común (3). Antes bien, los enfoques inspirados en pruebas científicas suponen un proceso en el que esas pruebas se utilizan para influir en la formulación y aplicación de una política, de manera equilibrada con algunos otros intereses, por ejemplo, consideraciones de las partes interesadas, limitaciones de financiación, costos y factores culturales. Los vínculos directos entre las pruebas científicas en la bibliografía y una decisión sobre políticas son más evidentes en el marco de un verdadero enfoque basado en pruebas científicas que en un enfoque inspirado en pruebas científicas, en el que pueden primar muchas otras consideraciones. Un verdadero plan de prevención de la obesidad basado en pruebas científicas solo en los limitados ensayos publicados disponibles sería incompleto y, muy probablemente, ineficaz; por consiguiente, otras aportaciones al plan pueden ser más determinantes, incluidas las que proporcionan formas menos tradicionales de pruebas científicas (4).

Basado en la práctica y orientados por las partes interesadas

Este término se refiere al proceso de adopción de decisiones que tiene en cuenta los aspectos prácticos de la aplicación y las opiniones de una amplia gama de partes interesadas (preferentemente con partes interesadas que participan en el proceso decisorio desde el principio).

Pruebas científicas basadas en la práctica

Este término refleja una intensificación que pasa de recabar las opiniones de los especialistas a utilizar explícitamente las pruebas científicas (en su sentido más amplio) (4) derivadas de la práctica (que no están recogidas en un examen de la bibliografía) para influir en la adopción de decisiones.

Política

En el presente documento se utilizan varios conceptos relacionados con el término «política». Por lo general, el término «política» se utiliza para referirse a «una declaración [gubernamental] de intención y a su aplicación por medio de instrumentos políticos (5).

«Herramientas de política» o «instrumentos políticos» aluden a los métodos utilizados para alcanzar los objetivos de una política (5). Esas herramientas de política pueden incluir, por ejemplo, impuestos, programas de promoción de la salud, leyes y reglamentos o abogacía.

«Intervenciones de política» son medidas específicas adoptadas para alcanzar los objetivos establecidos. En el presente informe se incluyen todas las opciones de intervención abarcadas por este término, tales como programas, mercadeo social, educación y actividades, así como legislación, reglamentos, normas y otras políticas aplicables. Por ejemplo, en relación con la ingesta de frutas en las escuelas, las intervenciones de política podrían incluir actividades curriculares, políticas o normas específicas concernientes a las frutas en el comedor escolar, actividades relacionadas con las frutas y campañas de mercadeo social.

Si bien en algunos contextos el término «política» se utiliza para hacer referencia a un conjunto específico de normas (por ejemplo, las frutas que se sirven en un comedor escolar), en el presente documento se las denomina «políticas específicas», a fin de diferenciarlas de la declaración de intenciones más amplia, mencionada anteriormente.

Agradecimientos

El presente documento se debe a la labor conjunta de Gary Sacks, Jane Shill, Wendy Snowdon y Boyd Swinburn (Centro Colaborador de la OMS para la Prevención de la Obesidad, de la Universidad Deakin, Victoria (Australia), Timothy Armstrong, Rachel Irwin, Sofie Randby y Godfrey Xuereb (Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)).

El documento se basa en la publicación Frameworks for the major population-based policies to prevent childhood obesity, preparada por el Foro y Reunión Técnica de la Organización Mundial de la Salud sobre las Estrategias Poblacionales de Prevención de la Obesidad Infantil, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) del 15 al 17 de diciembre de 2009.

Se agradece la colaboración y las aportaciones de los funcionarios de la OMS Abdikamal Alisalah, Francesco Branca, Joao Breda, Renu Garg, Haifa Madi, Enrique Jacoby, Cherian Varghese y Temo Waqanivalu.

La elaboración y la producción del presente documento contaron con el apoyo financiero del Ministerio de Salud y Deporte de Francia, y responde al interés del Ministerio por las actividades de colaboración en curso relativas al desarrollo y la aplicación de políticas y programas que promuevan la prevención de la obesidad infantil. Su generosidad se reconoce con agradecimiento.

Organización Mundial de la Salud
Febrero de 2012

Resumen

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha aumentado considerablemente en los tres últimos decenios. A raíz de este rápido aumento de la prevalencia y de las consecuencias sanitarias conexas, se estima que la obesidad es uno de los retos sanitarios más graves del siglo XXI. Si bien se reconoce cada vez más la necesidad de adoptar medidas de prevención, las políticas se suelen aplicar de manera no sistemática y específica. Probablemente, las medidas de política serían más coherentes y amplias si los procesos decisorios fuesen más sistemáticos, basados en pruebas científicas y orientados por las partes interesadas.

La finalidad del presente documento consiste en proporcionar a los Estados Miembros un conjunto de instrumentos que les permitan determinar e identificar áreas de acción prioritarias para la prevención de la obesidad infantil en el ámbito comunitario. Los instrumentos presentados tienen por objeto facilitar un proceso de establecimiento de prioridades que sea sistemático y pertinente a las circunstancias locales.

Existen algunos enfoques para establecer áreas de acción prioritarias. Las siguientes medidas son comunes a todos los enfoques:

1. Identificación del problema y análisis de las necesidades
2. Identificación de soluciones posibles
3. Evaluación y priorización de las soluciones posibles
4. Desarrollo de estrategias

En el presente documento se describen tres enfoques relativos al establecimiento de prioridades: el enfoque progresivo (STEPwise) de la OMS para prevenir enfermedades crónicas, el proceso modificado del árbol de problemas y soluciones (mPAST) y el proceso ANGELO (Plantilla de Análisis de Elementos Relacionados con la Obesidad).

Aun cuando todos esos enfoques para el establecimiento de prioridades contienen elementos comunes, los contextos en que se utilizan, los procesos que incluyen y los análisis técnicos son diferentes. La selección del instrumento más apropiado depende de la finalidad, los resultados que se persiguen y los criterios que se utilizarán para la evaluación (por ejemplo, repercusiones entre la población o eficacia, costos, eficacia en relación con los costos, viabilidad, idoneidad, solidez de los fundamentos científicos, efectos sobre la equidad, sostenibilidad y aceptabilidad para las partes interesadas), nivel de recursos (incluidos los financieros, los conocimientos técnicos especializados y el tiempo) y datos disponibles.

El marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas tiene en cuenta la viabilidad, los efectos y la asequibilidad, y se ha desarrollado con miras a su aplicación, principalmente, en países de ingresos bajos y medianos con recursos y financiación limitados. El proceso modificado del árbol de problemas y soluciones se ha utilizado para identificar los obstáculos que se interponen a las medidas y las soluciones para superarlos, y se apoya en factores tales como la idoneidad, la viabilidad, la aceptabilidad y la eficacia durante el proceso de establecimiento de prioridades. El proceso ANGELO, que se empleó para desarrollar planes de acción comunitarios, tiene en cuenta la importancia (que incluye tanto la idoneidad como las repercusiones) y la viabilidad, como parte del proceso de establecimiento de prioridades. Todos los enfoques aplican «procedimientos reglamentarios» que hacen del trabajo con las partes interesadas una parte integral del establecimiento de prioridades, y utilizan las mejores pruebas científicas disponibles para orientar las decisiones. Se proporcionan aclaraciones detalladas sobre el marco STEPwise de la OMS para prevenir enfermedades crónicas, el proceso modificado del árbol de problemas y soluciones y el proceso ANGELO, con inclusión de ejemplos y modelos de hojas de trabajo.

En el documento se subraya que, con independencia del instrumento seleccionado, el análisis de las posibles áreas de acción deberá tener en cuenta los factores locales, regionales o nacionales específicos. Asimismo, es esencial considerar todos los sectores y circunstancias pertinentes a fin de identificar las áreas de acción de

manera amplia. Por último, la identificación de las partes interesadas y la descripción de sus posibles funciones y responsabilidades son elementos cruciales para el proceso de establecimiento de prioridades. Cada uno de los enfoques concernientes al establecimiento de prioridades requerirá conocimientos especializados de coordinación que permitan gestionar el proceso de colaboración con las partes interesadas pertinentes, de modo que las medidas prioritarias recomendadas se lleven a cabo.

El establecimiento de prioridades orientado a crear un conjunto de intervenciones prometedoras recomendadas es una parte esencial de la formulación de políticas inspirada en pruebas científicas; no obstante, es solo el comienzo del proceso. Las recomendaciones deben concitar la aceptación de los dirigentes o políticos comunitarios que toman las decisiones, y generalmente esto supone un trabajo de promoción. Una vez aprobadas las medidas, es preciso financiarlas y aplicarlas, lo que exige conocimientos especializados en materia de gestión de proyectos o programas.

Introducción

1.1 Obesidad infantil

En los tres últimos decenios la prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha aumentado considerablemente (6). Se estima que, en todo el mundo, unos 170 millones de niños (menores de 18 años) tienen sobrepeso (7), y en algunos países el número de niños con sobrepeso se ha triplicado desde 1980 (8). La elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad tiene graves consecuencias sanitarias. El índice de masa corporal (IMC) elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades tales como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y muchos tipos de cáncer (entre ellos los cánceres colorrectal, renal y esofágico) (9, 10). Esas enfermedades, llamadas comúnmente enfermedades no transmisibles, no solo causan mortalidad prematura, sino también morbilidad a largo plazo. Además, el sobrepeso y la obesidad en los niños están relacionados con importantes reducciones de la calidad de vida (11,12) y un mayor riesgo de sufrir burlas, intimidación y aislamiento social (7). En general se considera que la obesidad es uno de los problemas sanitarios más graves de principios del siglo XXI, debido al rápido aumento de su prevalencia y las graves consecuencias que conlleva para la salud (6).

1.2 Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud

En 2004, la Organización Mundial de la Salud elaboró la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud con el fin de hacer frente al aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y la morbilidad conexas (13). Más específicamente, la Estrategia se centra en el mejoramiento de los patrones generales de dieta y actividad física, dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

Los cuatro objetivos principales de esa Estrategia son:

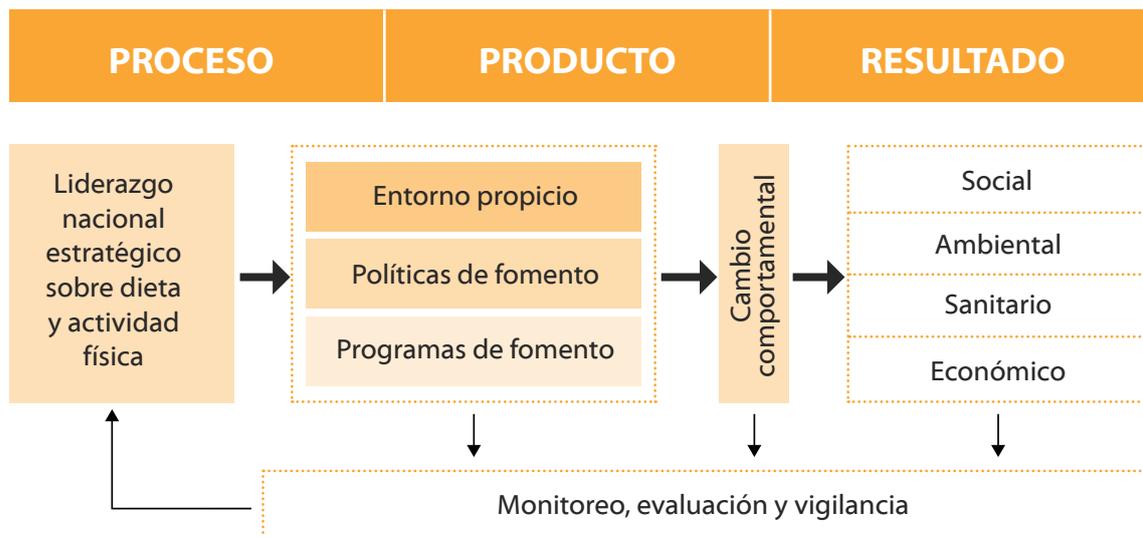
1. Alentar la aplicación de medidas de salud pública e intervenciones de prevención orientadas a reducir los factores de riesgo derivados de dietas malsanas e inactividad física.
2. Aumentar el reconocimiento de las consecuencias de una dieta malsana y de niveles insuficientes de actividad física, así como el conocimiento de las medidas de prevención.
3. Promover políticas y planes de acción en todos los niveles a fin de abordar los comportamientos relacionados con la dieta y la actividad física.
4. Alentar las actividades de seguimiento, evaluación e investigación.

La Estrategia aboga por otorgar prioridad a los grupos social, económica y políticamente desfavorecidos, y abordar los comportamientos relacionados con las dietas malsanas y la actividad física, en particular entre los niños y los adolescentes (13).

1.3 Marco de la OMS para la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en los países

La OMS elaboró un marco para ayudar a los Estados Miembros en el seguimiento y la evaluación de las actividades de aplicación de la Estrategia (véase la figura 1) en los países (14). El marco propone que los gobiernos nacionales ejerzan el liderazgo y faciliten medidas de colaboración con el fin de aplicar políticas y programas orientados a promover entornos propicios para la salud. A su vez, se espera que esas medidas faciliten cambios comportamentales positivos en lo concerniente a la dieta y la actividad física. El marco señala que los resultados sanitarios, sociales, ambientales y económicos inmediatos, a corto y largo plazo, se deberán medir periódicamente para evaluar los cambios. Además, el monitoreo, la evaluación y la vigilancia son aspectos esenciales del marco de aplicación.

Figura 1 Modelo esquemático del marco de aplicación de la Estrategia en los países



El modelo esquemático original desarrollado por la OMS para el monitoreo de la aplicación de la Estrategia se modificó ulteriormente a fin de centrarlo específicamente en áreas relacionadas con medidas de prevención de la obesidad. En el apéndice 1 se presenta el modelo modificado, con una serie de plantillas de análisis conexos. El modelo permite realizar un análisis general y sistemático de las diversas áreas de múltiples sectores y entornos en los que se podrían adoptar medidas de prevención de la obesidad, e incorpora tres enfoques de promoción de la salud para hacer frente al problema: «de determinantes estructurales» o socioecológico, «de determinantes intermedios» o comportamental y «de determinantes inmediatos», para los servicios de salud (15).

1.4 Finalidad y estructura del documento

En diciembre de 2009 la OMS celebró un foro y reunión técnica sobre estrategias de prevención de la obesidad infantil en el ámbito comunitario. Para hacer frente a la obesidad infantil, los participantes en esa reunión propusieron una serie de medidas que incluían el desarrollo de herramientas apropiadas, con miras a su adopción por parte de los Estados Miembros (16).

El presente documento tiene la finalidad de proporcionar un conjunto de herramientas que permitan a los Estados Miembros determinar e identificar áreas de acción prioritarias en materia de prevención de la obesidad infantil en el ámbito comunitario. La información suministrada orientará a las partes interesadas en la adopción de un enfoque inspirado en pruebas científicas y destinado a identificar áreas de acción prioritarias.

En la sección 2 se presenta un panorama relativo al proceso de establecimiento de prioridades y se ofrece orientación sobre la elección del enfoque más adecuado. A continuación se mencionan los sectores y entornos probables y las partes interesadas pertinentes en el área de prevención de la obesidad infantil. Se facilitan ejemplos de los criterios comunes utilizados en el proceso de establecimiento de prioridades, y en las secciones 3, 4 y 5 se detallan tres herramientas para el establecimiento de prioridades, que se pueden adoptar como enfoques para dar prioridad a posibles opciones.

Los procesos presentados en el presente documento se describen en el contexto de la prevención de la obesidad infantil; sin embargo, los Estados Miembros pueden utilizarlos para identificar y determinar e acción prioritarias relacionadas con otras enfermedades no transmisibles.

Establecimiento de prioridades

2.1 ¿Qué es adecuado para establecer prioridades?

Es importante reconocer que los procesos de establecimiento de prioridades descritos en el presente documento se aplican fácilmente a medidas específicas que tienen un efecto directo en las personas o los entornos, por ejemplo, los programas de promoción de la salud orientados a fomentar la actividad física, o las políticas destinadas a limitar la promoción de alimentos dirigida a los niños. Ahora bien, existen muchas medidas más indirectas que refuerzan la infraestructura y los sistemas de los que dependen las medidas más directas. Estos sistemas de «retaguardia» tienen una importancia crucial, y tal vez mayor que las políticas y programas más visibles de «vanguardia», y por lo tanto deben formar parte de todo plan general. Los enfoques para establecer prioridades entre las intervenciones de esos sistemas no están suficientemente desarrollados y, por consiguiente, corren el riesgo de caer en el olvido durante el proceso de establecimiento de prioridades relativas a las intervenciones visibles de «vanguardia». En el recuadro 1 se presenta una lista de sistemas de «retaguardia» cuya inclusión se debería considerar en el marco de un plan general.

Recuadro 1 Sistemas necesarios para apoyar intervenciones específicas

- Apoyo del personal directivo
- Desarrollo y aplicación de políticas
- Desarrollo profesional del personal
- Relaciones de organización
- Pruebas científicas (seguimiento,
- evaluación, investigación)
- Intercambio de conocimientos
- Asignación de recursos (capacidad)
- Comunicaciones y promoción
- Redes

2.2 El proceso de establecimiento de prioridades

Existen algunos enfoques para establecer áreas de acción prioritarias en la prevención de la obesidad. Según se muestra en la figura 2, las medidas siguientes son comunes a todos los enfoques:

- Identificación de los problemas y análisis de las necesidades
- Identificación de soluciones posibles
- Evaluación y priorización de soluciones posibles
- Desarrollo de estrategias

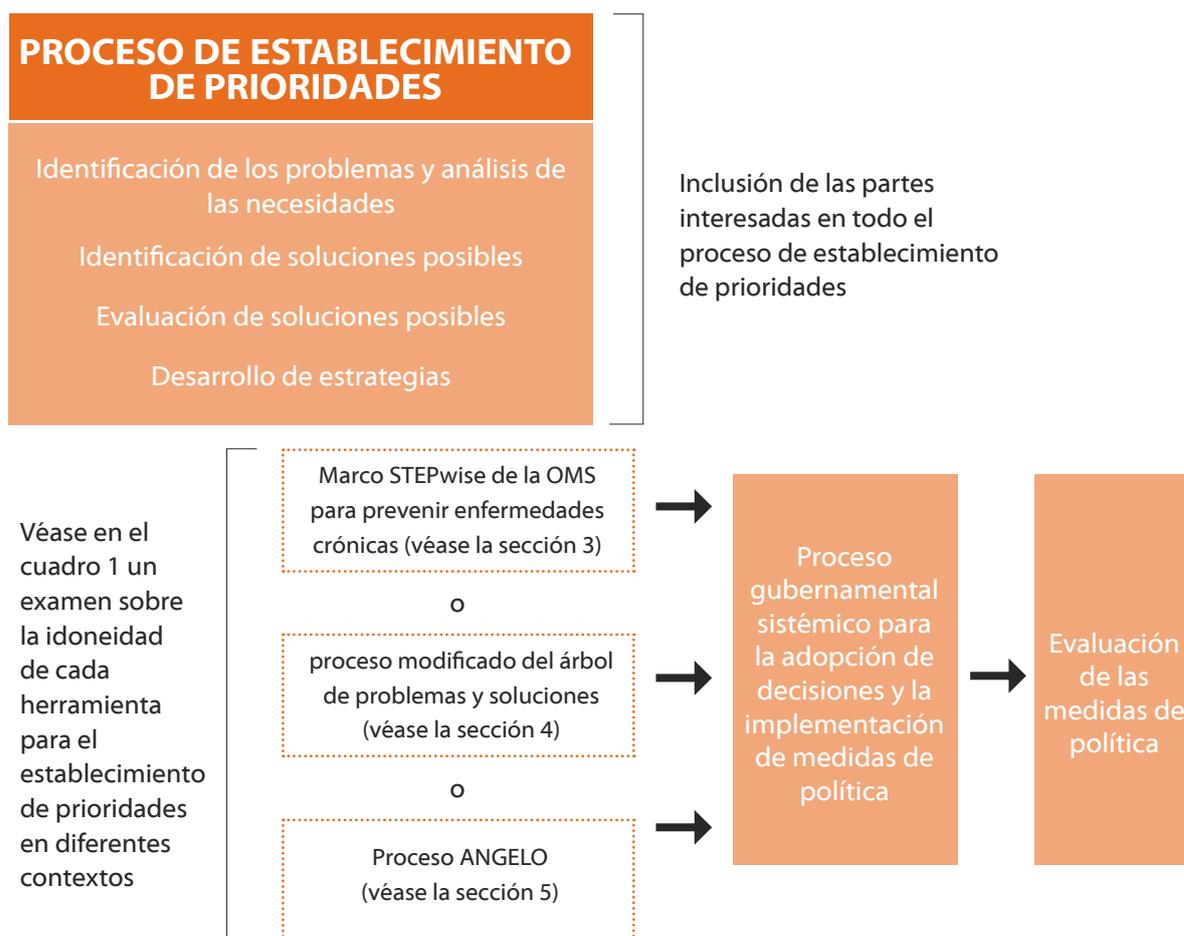
Además de los tres diferentes enfoques para el establecimiento de prioridades descritos en el presente documento (el marco STEPwise de la OMS, el proceso modificados del árbol de problemas y soluciones y el proceso ANGELO), se han proporcionado referencias sobre el proceso de evaluación de la relación costo-eficacia (ACE) (17-19). El proceso ACE es un enfoque sumamente riguroso que tiene en cuenta numerosos factores, en el marco de un proceso de dos etapas que incluye medidas cuantitativas y cualitativas.¹

¹ El proceso ACE no se describe en el presente documento en razón de su carácter más técnico y complejo; no obstante, al final de presente documento, en la sección de «Fuentes de información adicionales» se mencionan referencias en las que se describen sus métodos y su utilización.

Al establecer prioridades es importante reconocer que, probablemente, ninguna intervención por sí sola podrá prevenir la obesidad. Los determinantes de la obesidad son complejos y variados (20), por lo que las soluciones deberán ser polifacéticas. En función de la zona, región o país, algunas medidas u opciones políticas específicas serán más importantes, apropiadas y viables que otras, y por lo tanto es imperativo que las decisiones relativas a opciones políticas y áreas de acción prioritarias se adopten «localmente». Es preciso analizar detalladamente las áreas de acción posibles y examinar los factores locales, regionales o nacionales específicos. Del mismo modo, se deberán tener en cuenta los factores y obstáculos históricos, políticos, culturales, sociales y económicos, así como los recursos, políticas y sistemas existentes y disponibles. Además, se reconoce que la aplicación de medidas y políticas de prevención suelen tener lugar de manera «puntual» y no sistemática.

Ahora bien, es probable que las medidas sean más coherentes y amplias si los procesos decisorios son más sistemáticos, basados en pruebas científicas y orientados por las partes interesadas. Las herramientas mostradas en el presente documento tienen la finalidad de facilitar un proceso de establecimiento de prioridades sistemático y localmente relevante.

Figura 2 Diagrama de enfoque sistemático para establecer áreas de acción prioritarias



Si bien todos los enfoques para el establecimiento de prioridades descritos en el presente documento contienen elementos comunes, existen diferencias entre los diferentes contextos de aplicación, procesos que conllevan y criterios y análisis técnicos:

El marco STEPwise de la OMS examina la viabilidad, las repercusiones y la asequibilidad, y se ha concebido para su utilización, principalmente, en países de ingresos bajos y medianos con recursos y financiamiento limitados. *El proceso modificado del árbol de problemas y soluciones (mPAST)*, que se ha utilizado en la identificación de soluciones y obstáculos para la acción, tiene en cuenta factores tales como la pertinencia, viabilidad, aceptabilidad y eficacia durante el proceso de establecimiento de prioridades.

El proceso ANGELO se ha utilizado para desarrollar planes de acción comunitarios, y tiene en cuenta la importancia (que incluye tanto la pertinencia como las repercusiones) y la viabilidad, como parte del proceso de establecimiento de prioridades.

Para orientar la toma de decisiones, todos los enfoques prevén la plena colaboración con las partes interesadas y utilizan las pruebas científicas de manera diferente (en función de la disponibilidad de datos en un país, una región o una zona en particular).

2.3 Selección del enfoque más apropiado

En el cuadro 1 se describen algunas características de los tres enfoques para el establecimiento de prioridades, con el fin de ayudar a las partes interesadas de las diferentes regiones a seleccionar el enfoque o la gama de enfoques que mejor se adecue a sus circunstancias específicas. Se entiende que, al seleccionar el enfoque más apropiado o adecuado, cualquiera que se elija requerirá siempre una adaptación a las necesidades específicas del país, la región y la zona en la que se aplicará.

Cabe señalar que los instrumentos se pueden adaptar para su uso en otras situaciones. Si bien el proceso ANGELO se ha utilizado principalmente para elaborar planes de acción comunitarios, el marco se ha adaptado con el fin de permitir que las instancias políticas nacionales de Europa (ministerios de salud y otros) lo utilicen para dar prioridad a estrategias de iniciativas eficaces en materia de alimentación y nutrición. (El modelo STEFANI es un ejemplo de esto (21)). Del mismo modo, el proceso mPAST se puede aplicar a nivel nacional, subnacional y local.

Cuadro 1 Características de los tres enfoques para el establecimiento de prioridades

Enfoque para el establecimiento de prioridades			
Característica	Marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas (véase la sección 3)	Proceso modificado del árbol de problemas y soluciones (véase la sección 4)	Proceso ANGELO (véase la sección 5)
Finalidad	Facilitar a los ministerios de salud (instancias políticas nacionales y subnacionales) la elaboración de un curso de actuación unificado (por ejemplo, un plan de acción sobre enfermedades no transmisibles)	Identificar obstáculos y posibles soluciones normativas para diversas carteras gubernamentales	Elaborar un plan de acción comunitario
Resultados	Plan de acción o estrategia con actividades y plazos específicos	Lista de problemas y soluciones	Plan de acción comunitario con objetivos y estrategias acordados
Criterios esenciales utilizados	Viabilidad Repercusiones Asequibilidad Zona de repercusión	Pertinencia Viabilidad Aceptabilidad Eficacia Costos	Importancia (incluida la pertinencia y las repercusiones) Viabilidad
Nivel de recursos financieros necesarios	Bajo	Bajo	Bajo
Nivel de recursos humanos necesarios: Tiempo	Bajo	Bajo	Bajo
Nivel de recursos humanos necesarios: Nivel técnico	Algunos conocimientos técnicos en procesos similares	Algunos conocimientos técnicos en gestión de procesos, evaluación de eficacia básica y costos	Algunos conocimientos técnicos en gestión de procesos
Nivel de datos necesarios	Bajo	Bajo a medio (para costos básicos y eficacia)	Bajo
Plazo (basado en ejemplos funcionales)	Se puede finalizar en menos de tres meses - Dos talleres	Se puede finalizar en menos de tres meses - Dos a tres talleres	Análisis de la situación y participación de las partes interesadas (pocos meses, en función del tamaño de la comunidad) Taller de dos días sobre establecimiento de prioridades (más un periodo de perfeccionamiento con las partes interesadas y quienes puedan asistir a los talleres)
Partes interesadas	Representantes de todos los sectores y entornos	Asesores en cuestiones de política de todos los sectores	Dirigentes comunitarios y partes interesadas de múltiples sectores y entornos

2.4 Examen de sectores y entornos

Existen numerosos sectores y entornos relevantes a la acción en materia de prevención de la obesidad infantil en el ámbito comunitario. Para identificar sistemáticamente todas las áreas de acción y crear una lista amplia de opciones posibles es preciso examinar todos los sectores y entornos.

Los *enfoques de determinantes estructurales de la salud* o socioecológicos relativos a la prevención de la obesidad deberán tener en cuenta diversos sectores. Esto incluye todos los aspectos del sistema alimentario (agricultura, procesamiento de alimentos, distribución de alimentos, promoción, venta al por menor y sectores de servicios alimentarios) así como los sectores que influyen en el entorno de la actividad física (por ejemplo, los de infraestructura, transporte y educación). Además, las medidas políticas destinadas a abordar los determinantes subyacentes de la salud podrían dirigirse a los sectores de finanzas, comercio y educación. (Para más detalles véase el apéndice 1.)

Los *enfoques de determinantes intermedios de la salud* o comportamentales relativos a la prevención de la obesidad se abordarán generalmente en los entornos correspondientes, donde se podrán ejecutar programas y actividades de mercadeo social y educación, así como otras iniciativas destinadas a motivar a las personas a modificar sus dietas y sus comportamientos en relación con la actividad física (15). Esos entornos pueden incluir guarderías, escuelas, instalaciones comunitarias y recreativas, hogares, iglesias o pueblos.

Los *enfoques de determinantes inmediatos de la salud* se utilizan generalmente para prestar apoyo a los servicios de salud y las intervenciones médicas. Con respecto a la prevención de la obesidad infantil, esos enfoques se adoptan principalmente en el ámbito de la atención primaria, si bien el tratamiento de la obesidad también puede tener lugar en entornos de atención secundaria y terciaria.

2.5 Partes interesadas pertinentes

En la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* se declara que es preciso un enfoque de colaboración para abordar y cambiar efectivamente aspectos relativos a la dieta y los hábitos de actividad física (13). Es necesario adoptar medidas simultáneas, a la luz de los complejos y diferentes determinantes de la obesidad y de las diversas influencias que numerosas partes interesadas, sectores y entornos ejercen en los ámbitos de la alimentación y la actividad física.

La identificación de las principales partes interesadas es un paso esencial del proceso de establecimiento de prioridades. En el cuadro 2 se muestran las principales partes interesadas en el área de prevención de la obesidad infantil, así como sus posibles funciones y responsabilidades. El firme liderazgo de los gobiernos nacionales es un factor clave de la participación de los diferentes grupos de partes interesadas. Ese liderazgo es esencial para asegurar que todas las partes interesadas persigan metas y objetivos comunes, y que las medidas se apliquen de manera coordinada y sostenida (22). Mediante la colaboración con las principales partes interesadas en la ejecución de un plan de acción, los defensores de la salud pública pueden aumentar la pertinencia, el sentido de compromiso y las probabilidades de que se sigan sus recomendaciones. La coordinación, no solo entre los departamentos gubernamentales, sino entre todas las partes interesadas pertinentes, fortalecerá la eficacia y la eficiencia de las medidas de prevención de la obesidad.

Cuadro 2 Funciones y responsabilidades de las posibles partes interesadas

Parte interesada	Fundamento de su participación	Posibles funciones y responsabilidades
<p>Gobierno</p> <p>(nacional, subnacional, local)</p>	<p>El Gobierno es un elemento crucial para adoptar un enfoque amplio respecto de la prevención de la obesidad infantil.</p> <p>El Gobierno es responsable de proteger la salud y adoptar medidas de prevención desde el nivel social hasta el nivel comunitario (23).</p>	<p>Los gobiernos pueden adoptar medidas en cuatro áreas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liderazgo – en todos los niveles de gobierno y en todos los ministerios pertinentes, por ejemplo, salud, infraestructura e industria, hacienda y agricultura. 2. Política normativa – por ejemplo, enfoques de política «dura», tales como herramientas fiscales (por ejemplo, impuestos o subsidios), leyes, políticas y reglamentos jurídicamente vinculantes (24) o acuerdos de autorregulación, en cuyo marco los gobiernos y la industria conciertan acuerdos mutuos en virtud de los cuales no se imponen leyes y reglamentos si las industrias acceden a cambiar sus prácticas para alcanzar determinados objetivos (5). 3. Financiación – para infraestructura (por ejemplo, transporte público), instituciones de investigación, capacitación, suministro de programas, seguridad de la salud de la población y evaluación de estrategias de investigación. 4. Abogacía (25) – Velar por la adopción de un enfoque de colaboración entre múltiples sectores, y compromiso de todas las partes interesadas, incluidos los ciudadanos, el sector privado, la sociedad civil, las organizaciones internacionales y otros gobiernos influyentes. Asimismo, asegurarse de que haya plataformas disponibles para el intercambio de conocimientos, pruebas científicas y ejemplos de prácticas óptimas.
<p>Organizaciones internacionales y regionales</p> <p>por ejemplo, OMS, UNICEF, Banco Mundial, FAO, Organización Mundial del Comercio, Unión Europea</p>	<p>Los objetivos pertinentes de las organizaciones internacionales incluyen: promoción de la salud, creación de sociedades justas y equitativas (23), mejoramiento de las condiciones de vida, reducción de la pobreza y contribución al crecimiento y el desarrollo económico de las naciones.</p> <p>Las actividades de colaboración e intercambio de conocimientos entre los países de todo el mundo son beneficiosas en relación con los factores de riesgo comunes.</p>	<p>Todas las organizaciones internacionales y regionales que influyen en los entornos relacionados con el sistema alimentario o la actividad física deberán promover y apoyar estrategias concernientes a la salud pública y velar por que sus actividades no influyan negativamente en los ámbitos de la alimentación o la actividad física.</p> <p>Las organizaciones internacionales y regionales que tienen jurisdicción apropiada, entre ellas la Organización Mundial del Comercio, el Banco Mundial o la Unión Europea, deben asegurar que la protección de la salud pública (incluidos los efectos involuntarios directos, indirectos o posibles) se tenga en cuenta y se incorpore en todos los acuerdos internacionales, por ejemplo, los de comercio agrícola y salud, los acuerdos sobre el medio ambiente, así como las normas y los códigos internacionales.</p> <p>La OMS y otros órganos de las Naciones Unidas, entre ellos el UNICEF, tienen importantes funciones que cumplir para promover un enfoque coordinado entre todos los organismos internacionales pertinentes.</p>

<p>Sector privado</p> <p>Incluye los sectores industriales de la alimentación, los medios de comunicación, el entretenimiento y el comercio minorista</p>	<p>El sector privado es muy influyente y puede actuar como promotor o como obstáculo en lo concerniente a comportamientos relacionados con la dieta sana y la actividad física.</p>	<p>El sector privado tiene responsabilidades fundamentales para velar por que las actividades que están bajo su control directo promuevan cada vez más la salud. En lo que respecta a la industria alimentaria², esto implica la elaboración de alimentos más sanos y la responsabilidad en materia de promoción e información nutricional. En cuanto a los medios de información, esto abarca la información responsable sobre obesidad y masa corporal. Para la industria de productos para perder peso, esto incluye la promoción y la información responsables para los clientes.</p> <p>Además, el sector privado tiene la responsabilidad de no menoscabar la puesta en marcha de políticas de salud pública mediante actividades de presión. Asimismo, puede contribuir sustancialmente a los sistemas de seguimiento mediante el intercambio de bases de datos con instituciones públicas, de modo tal que proteja la sensibilidad comercial pero oriente los esfuerzos gubernamentales por mejorar la salubridad del entorno alimentario.</p> <p>Además, todas las organizaciones y empresas privadas deberían promover la alimentación sana y la actividad física entre sus empleados.</p>
<p>Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales</p> <p>por ejemplo, sindicatos, grupos de la sociedad civil, organizaciones científicas, círculos académicos, organizaciones de interés público</p>	<p>Estas organizaciones pueden ayudar a proteger los intereses de salud pública y tener un papel influyente cuando colaboran con gobiernos y el sector privado, actuando como «la voz del pueblo».</p>	<p>La función de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG) consiste, en gran medida, en la promoción, esto es, «presentar el caso» y realizar el seguimiento de los progresos. Además, deberían abogar por la creación y el mantenimiento de entornos favorables a la dieta sana y la actividad física, así como por programas y políticas que hagan frente a la obesidad. La sociedad civil y las ONG tienen un papel importante en lo concerniente a información y campañas sobre el desempeño de otras partes interesadas.</p> <p>Por otra parte, la sociedad civil y las ONG pueden aplicar estrategias orientadas a promover la alimentación sana, aumentar los niveles de actividad física y mantener un peso corporal sano. Esto se puede lograr mediante programas, mercadeo social y educación.</p> <p>La capacidad financiera de las partes interesadas en este sector es limitada (debido con frecuencia a presupuestos relativamente pequeños en comparación con los gobiernos y el sector privado). Esos organismos también pueden contribuir a la investigación, la evaluación y el seguimiento (por ejemplo, mediante el apoyo a programas universitarios de investigación).</p>

² La industria alimentaria incluye los sectores de producción primaria, elaboración, distribución, promoción e información, venta minorista y servicios de alimentación.

Selección de criterios para el establecimiento de prioridades

En el proceso de establecimiento de prioridades pueden tenerse en cuenta numerosos criterios. En realidad, es probable que se utilice solo un grupo de estos criterios posibles, debido a las limitaciones prácticas que supondría tener en cuenta todos los factores. En el cuadro 2 se enumeran ejemplos de criterios posibles, que se examinan en la presente sección con ejemplos prácticos de su uso en el proceso de establecimiento de prioridades.

Recuadro 2 Ejemplos de criterios para el establecimiento de prioridades

- Eficacia o efectos en la población
- Costos (asequibilidad)
- Relación costo-eficacia
- Viabilidad
- Pertinencia
- Solidez de la evidencia científica
- Efectos sobre la equidad
- Sostenibilidad
- Aceptabilidad para las partes interesadas
- Otros efectos positivos o negativos de la intervención

Eficacia o efectos en la población

Los detalles relativos a la eficacia o los efectos de determinada intervención en la población se pueden evaluar en diferentes niveles:

A un nivel muy detallado o técnico, la eficacia de una intervención se puede reflejar como el número total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) evitados, lo que tendría en cuenta todas las defunciones y los años de enfermedad evitados gracias a la intervención. El proceso de evaluación de la eficacia en relación con el costo suele adoptar ese enfoque y proporciona las mejores estimaciones (y niveles de confianza respecto de esas estimaciones) de los efectos de la intervención en la población, cotejados con un criterio de comparación (generalmente la «práctica habitual» (17)). El uso de los AVAD como medida tiene la ventaja de permitir comparaciones de los resultados entre múltiples intervenciones para otros trastornos, por ejemplo, se puede comparar un programa de prevención de la obesidad con un tratamiento medicamentoso contra la hipertensión, una operación de cataratas o un programa de inmunización.

Un enfoque menos detallado utilizará una medida más rudimentaria de la eficacia, por ejemplo, la estimación de reducciones del IMC o de la mortalidad. Cuando la información para calcular esas medidas sea insuficiente, se podrán utilizar como alternativa las evaluaciones de las partes interesadas informadas sobre la posible eficacia, si bien ese enfoque será probablemente menos preciso. Por ejemplo, en Fiji y Tonga, al evaluar la probabilidad de eficacia y el nivel de efecto de intervenciones de política sobre la dieta se adoptó un sistema de puntuación simple (26) (en la sección 3, etapa 3, se proporciona más información).

Costos

Los costos de las intervenciones son muy importantes para quienes toman las decisiones políticas. Los costos se pueden evaluar de muchas maneras, pero generalmente se consideran sobrecostos o costos adicionales de la intervención, superiores a los de la práctica habitual. Es preciso considerar diversos niveles de costos. Los costos *financieros* son los costos directos de la intervención (por ejemplo, los costos de desarrollo, impresión y utilización del material de promoción de la salud por parte del personal del programa de la intervención). Los costos *económicos* tienen en cuenta el tiempo de otras personas que participan en la intervención, o sea, el tiempo que se podría haber dedicado a otras actividades (costos de oportunidad). Por ejemplo, se incluye el número de horas que enfermeras de atención primaria, docentes o voluntarios dedican a distribuir y explicar el material de promoción de la salud. La perspectiva también es importante ya que se trata de saber quién paga. Una perspectiva centrada en la atención de salud podría ser la más estrecha. El tiempo del personal de enfermería se incluye, pero no el de docentes y voluntarios; la perspectiva gubernamental incluye el tiempo de personal de enfermería y docentes; la perspectiva social abarca el tiempo de todos (también el de los voluntarios) dedicado a la intervención. Los costos se pueden combinar con la eficacia para obtener la relación costo-eficacia (véase el punto siguiente), pero, separadamente, esos elementos proporcionan información importante sobre la asequibilidad de la intervención propuesta. Algunas intervenciones, entre ellas la cirugía bariátrica, pueden ser eficaces en relación con los costos (27, 28) y, al mismo tiempo, asequibles para la mayor parte de los países. En otras palabras, la cirugía bariátrica tiene un costo elevado y un efecto elevado, y esto la hace costo eficaz cuando se describe en términos de dólares por AVAD evitados. Ahora bien, el costo absoluto del servicio bariátrico, calculado como dólares del presupuesto sanitario utilizados, podría ser el factor crítico para decidir si se debe financiar o no.

Relación costo-eficacia

Como se observó antes, los resultados de una intervención para prevenir la obesidad se pueden medir según el IMC o según las repercusiones de los AVAD en la población. Combinados con los costos generan resultados en función de la relación costo-eficacia o, más técnicamente, razón de la relación costo-eficacia incremental (ICER) (17). Esta medida refleja la magnitud de la repercusión que se puede esperar de una inversión dada, o sea, el grado de optimización de los recursos. Algunos sistemas de salud utilizan la ICER como una parte central del proceso destinado a determinar qué nuevos medicamentos, operaciones o programas de salud se deberían financiar con dinero público.

Viabilidad

La viabilidad determina si la realización de una intervención es realista o posible o no. Pueden existir evidentes obstáculos técnicos, jurídicos, comerciales o de capacidad del personal, que podrían influir considerablemente para decidir si una intervención puede progresar o no. Si bien esto puede ser complejo y requerir mucho tiempo, es un componente importante del establecimiento de prioridades (29, 30).

En Fiji y Tonga, los grupos de partes interesadas orientados por Snowdon et al (26) evaluaron intervenciones de política orientadas a mejorar las dietas mediante los criterios siguientes: viabilidad técnica, viabilidad económica, viabilidad jurídica de los aspectos comerciales, aceptabilidad política y aceptabilidad cultural. El grupo de partes interesadas atribuyó a cada criterio un coeficiente de ponderación basado en la importancia que, según estimó, tenía cada criterio en el proceso decisorio. Esto permitió multiplicar las puntuaciones por ese coeficiente, con el fin de obtener un resultado único con el cual se pudieran comparar las intervenciones.

Relevancia

Este criterio se suele aplicar en las primeras fases del proceso de establecimiento de prioridades. Como un ejemplo de relevancia, si la mayoría de los niños van andando o en bicicleta a la escuela, o si van en autobús porque viven lejos de la escuela, una intervención orientada a alentar a los niños para que vayan a la escuela caminando o en bicicleta no es muy pertinente.

Solidez de la evidencia científica

Este criterio concierne al nivel de confianza que las partes interesadas tienen en la prueba científica que se utiliza para determinar la eficacia y los costos de una intervención (18). Las estimaciones que utilizan datos de ensayos de buena calidad (31-33) concitarán un mayor nivel de confianza en la prueba científica. Para evaluar la solidez de las pruebas científicas se pueden adoptar diversos enfoques, incluidos los del sistema de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE), la clasificación de pruebas científicas del Australian National Health and Medical Research Council (34), así como los enfoques del American College of Chest Physicians (35), el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (36), la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (37), el Preventive Services Task Force (38) y el Task Force on Community Preventive Services (39).

El sistema GRADE, utilizado por la OMS para elaborar directrices, califica las pruebas según su calidad (en cuatro niveles: alto, moderado, bajo y muy bajo) y según la firmeza de la recomendación (fuerte: pruebas de alta calidad de que los efectos deseados de la intervención sobrepasan claramente sus efectos no deseados, o de que claramente no los sobrepasan; o débil: incertidumbre acerca de la ventaja obtenida por la baja calidad de las pruebas, o porque los efectos deseados y no deseados están muy equilibrados) (40).

Efectos sobre la equidad

Una intervención que depende del compromiso y el interés del usuario final (por ejemplo, el mercadeo social, o los programas de promoción de la salud) corre el riesgo de despertar un mayor interés entre los grupos más favorecidos y, consiguientemente, aumentar las desigualdades sociales. Esto se puede mitigar dirigiendo la intervención más específicamente hacia los grupos más desfavorecidos de la población. Por ejemplo, los mensajes de mercadeo social pueden estar más rigurosamente segmentados o transmitidos a fin de asegurar un mayor interés por parte de esos grupos de población y, del mismo modo, los sistemas de puesta en marcha y apoyo de los programas de promoción de la salud se pueden orientar a los grupos con mayores necesidades. La ventaja de las intervenciones de carácter normativo, tales como las restricciones a la promoción de alimentos dirigida a los niños o la aplicación de políticas sobre alimentación escolar, es que se aplican de manera general y, por lo tanto, pueden reducir las desigualdades.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se refiere a la durabilidad de la intervención y considera factores tales como:

- el nivel del apoyo financiero constante necesario;
- la emancipación y el desarrollo de la capacidad de la comunidad y el nivel de apoyo político que probablemente se conseguirá; y
- la probabilidad de lograr los necesarios cambios de comportamiento, prácticas y actitudes de manera constante

Los reglamentos y los cambios ambientales tienden a ser más sostenibles que los programas de promoción de la salud y de mercadeo social destinados a cambiar los comportamientos de las personas, habida cuenta de la constante necesidad de financiación para mantener el efecto. Una vez que una práctica se convierte en norma social (como la prohibición de fumar en los países con políticas de control del tabaco estrictas), ese refuerzo social de comportamientos saludables aumenta significativamente la sostenibilidad. Las intervenciones deberían procurar establecer una nueva norma social (por ejemplo, la alimentación cotidiana que se considere apropiada para un niño).

Aceptabilidad para las partes interesadas

Este criterio alude a la previsible aceptabilidad de las intervenciones para las diversas partes interesadas afectadas por la intervención (pacientes, padres y cuidadores; la comunidad en general; terceros que facilitan financiación; prestadores de servicios de salud; gobierno y el sector privado). Por la propia naturaleza de este criterio, es difícil encontrar datos empíricos sobre la aceptabilidad. Como se describió anteriormente en el ejemplo proporcionado en «Viabilidad», se puede relacionar con el criterio de viabilidad.

Otros efectos positivos o negativos de la intervención

Esto alude a los efectos secundarios derivados de una intervención, bien sean positivos o negativos. Entre esos efectos podrían mencionarse repercusiones tales como otras consecuencias para la salud (por ejemplo, ansiedad o depresión derivada de la estigmatización); consecuencias ambientales; capital social (por ejemplo, comunidades emancipadas o redes sociales fortalecidas); mayores gastos de los hogares; u otras consecuencias económicas (ejecución, repercusiones en la industria). Existen métodos que permiten evaluar las repercusiones sanitarias, ambientales o sociales de esas intervenciones (41, 42). Será preciso velar por que ninguna de las consecuencias mencionadas en relación con este criterio se haya recogido ya en las medidas de resultados de la eficacia o de la relación costo-eficacia. En Fiji y Tonga se ha desarrollado y utilizado con las partes interesadas una herramienta para analizar la evaluación de las repercusiones sanitarias y sociales, que se reveló de extraordinariamente importante en clasificación de las intervenciones por orden de prioridad (26).

Otras consideraciones

- **Efectos de «faro»**

Es importante reconocer que algunas intervenciones no recibirán buenas calificaciones sobre la base de los criterios descritos anteriormente, pero a pesar de ello se puede fundamentar su inclusión como un «faro» que señale el camino en el contexto de un plan integral. Se podría tomar un ejemplo relacionado con los comedores escolares. En Australia, solo un 2 o 3% de la ingesta calórica anual de un niño procede del comedor escolar (43), por lo que un cambio para ofrecer alimentos más sanos en los comedores escolares tendrá un efecto insignificante en la ingesta calórica del niño. Ahora bien, si se realiza un esfuerzo importante destinado a mejorar la nutrición infantil, no tiene sentido permitir que el comedor escolar se llene de alimentos malsanos y, ciertamente, hay sólidos motivos para utilizar el comedor escolar como el faro que señale el camino hacia una mejor elección de alimentos sanos (44). Otro ejemplo podrían ser los programas que promueven el transporte activo hacia la escuela. Si existiera una estrategia amplia dirigida a aumentar el transporte activo (a fin de reducir la contaminación y la congestión), la limitación de los viajes en coche para llevar los niños a la escuela sería un objetivo obvio y se podrían justificar algunos programas «faro» con miras a destacar la cuestión y servir como modelo de soluciones. Si alguno de esos programas, por ejemplo, «Walking School Buses» se revelara muy ineficaz en relación con el costo (45), aun así se podría recomendar su inclusión como intervención faro en un plan integral, a reserva de que ese sea el motivo de la inclusión, y no porque se considere eficaz o costoeficaz en sí mismo.
- **Atenuación de los obstáculos**

La identificación de problemas en las intervenciones posibles no significa, necesariamente, que la estrategia o política no se deba adoptar. Si algunos aspectos de la evaluación señalaran su conveniencia (por ejemplo, una alta probabilidad de eficacia), pero uno o más elementos se evaluaran negativamente (por ejemplo, costo elevado, rechazo de las partes interesadas), se podría considerar la posibilidad de modificar la política (a fin de superar los problemas) o fomentar enfoques que atenuasen los obstáculos. Por ejemplo, la aplicación de la política podría ser costosa, pero la financiación de fuentes externas podría ser viable. La política podría ser impopular entre las partes interesadas, pero podría existir un enfoque atenuante que la hiciera aceptable, por ejemplo, algún tipo de apoyo para las partes interesadas afectadas.
- **Efectos sinérgicos**

Algunas intervenciones podrían no ser eficaces en relación con el costo o no merecer alta prioridad en sí mismas, pero podrían ser recomendables como un conjunto del que se podrían esperar efectos sinérgicos. Las siguientes intervenciones se pueden considerar individualmente, o como parte de un conjunto integrado relativo a la alimentación escolar sana: política nacional sobre alimentación escolar; mercadeo social relativa a opciones de alimentos saludables para los niños; organización de respaldo al comedor escolar; sistema de etiquetado semáforo; programas escolares que incluyan educación en materia de alimentación sana; actividades escolares recreativas relacionadas con la alimentación sana, etc. Es importante reconocer que los procesos de establecimiento de prioridades pueden «separar» las intervenciones para considerarlas individualmente, o combinarlas y considerarlas como un conjunto. Con la separación se corre el riesgo de que algunos componentes no se estimen prioritarios, mientras que con la combinación se corre el riesgo de generar grandes intervenciones, con límites difícilmente definibles, sinergias posibles inciertas, superposiciones o excesos entre los elementos.

El marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas

El marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas (46) se elaboró para ayudar a los ministerios de salud, especialmente de los países de ingresos bajos y medianos, en sus esfuerzos por poner en marcha políticas públicas orientadas a prevenir las enfermedades crónicas en todos los sectores y asegurar que las medidas en todos los niveles y sectores de gobierno se respalden mutuamente. Más importante aún, el enfoque procura asistir a los gobiernos en clasificar por orden de prioridad las intervenciones destinadas a satisfacer las necesidades específicas de la población en función de la disponibilidad de recursos humanos y financieros. Está concebido como un instrumento flexible y práctico para equilibrar diversas necesidades y prioridades y, al mismo tiempo, realizar intervenciones basadas en pruebas científicas.

3.1 Principios para el establecimiento de prioridades

El enfoque STEPwise depende de que los gobiernos proporcionen, a escala nacional, la política general de prevención de enfermedades crónicas mediante medidas específicas que abarquen todos los sectores. En este enfoque es fundamental reconocer que la mayor parte de los países no disponen de recursos para abordar todos los elementos de la política general. Por lo tanto, se identifican para ejecutar en primer lugar las actividades que son inmediatamente viables y que probablemente tendrán la mayor repercusión en relación con la inversión. Una vez reasignados de manera realista los recursos, se realizarán las intervenciones viables a mediano plazo. Las intervenciones deseables que requieran recursos superiores a los niveles disponibles se programarán para su realización en última instancia.

3.2 Detalles y estructura del enfoque STEPwise

En la figura 3 se presentan las etapas básicas del enfoque STEPwise. Estas incluyen las tres principales etapas de planificación y las tres principales etapas de aplicación.

Figura 3 Marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas³



³ Fuente: Preventing chronic diseases: taking stepwise action (46)

Etapas de planificación 1: Estimar las necesidades de la población y promover la adopción de medidas

La primera etapa de planificación consiste en realizar una evaluación actualizada del perfil de factor de riesgo y la carga de morbilidad por enfermedades crónicas de un país o un grupo de población. La distribución de los factores de riesgo entre la población es la información básica que necesitan los países para planificar programas de prevención y control, y se puede evaluar mediante el enfoque STEPwise de la OMS para la vigilancia (47). Los esfuerzos por prevenir la obesidad infantil implican que los gobiernos no deberían considerar los factores de riesgo de obesidad de manera aislada, sino más bien como una amplia gama de factores de riesgo de enfermedades crónicas, por ejemplo, consumo de frutas y hortalizas e ingesta de alcohol.

Esta información se debe sintetizar y difundir de manera que respalde convenientemente la adopción de las políticas pertinentes.

Etapas de planificación 2: Formular y adoptar políticas

La segunda etapa de planificación consiste en formular y adoptar una política en materia de enfermedades crónicas que establezca una perspectiva de prevención y control de las principales enfermedades crónicas y sirva de base para la acción en los próximos 5 a 10 años (48). Las políticas de prevención de las enfermedades crónicas se deberán basar en los principios siguientes: medidas de salud pública amplias e integradas, medidas intersectoriales, una perspectiva que abarque todo el ciclo vital y una aplicación progresiva basada en las consideraciones y las necesidades locales (48).

Además, en función de la configuración de gobernanza de cada país, se podrán poner en marcha políticas complementarias en los niveles estatal, provincial, distrital o municipal.

La política elaborada en esta fase es similar a la primera etapa del marco para la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (véase la sección 1.3).

Etapas de planificación 3: Determinar etapas para la aplicación de las políticas

La tercera etapa de planificación consiste en identificar los medios más eficaces para aplicar las políticas adoptadas. En esta etapa, las planillas de análisis (incluidas en el apéndice 1) pueden servir como una herramienta de exploración inicial para identificar una amplia gama de áreas políticas, con miras a adoptar medidas específicas. La financiación, legislación y reglamentación sanitarias, el mejoramiento del entorno físico, las iniciativas de promoción, la movilización comunitaria y la organización y prestación de los servicios de salud son algunos de los aspectos que pueden impulsar las políticas de salud (48). (Véanse ejemplos de hojas de trabajo en el apéndice 1).

El enfoque STEPwise requiere la aplicación progresiva de diversas intervenciones, en función de su viabilidad y su probable repercusión en las circunstancias locales, teniendo en cuenta posibles limitaciones y obstáculos para la acción (48). Esta etapa incluye consultas, coordinación y cooperación con todos los asociados gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado.

La combinación de intervenciones elegida para la aplicación básica es el punto de partida y el fundamento de ulteriores medidas. Al decidir el conjunto de intervenciones que constituirán la primera etapa de la aplicación básica, cada país deberá examinar una serie de factores, entre ellos la capacidad de ejecución, las repercusiones probables, la aceptabilidad y el apoyo político. La idea es que si se selecciona un número pequeño de actividades y se las ejecuta bien, probablemente tendrán más repercusión que si se abordan muchas de manera desordenada o aleatoria. El enfoque recomienda que los países velen por que toda nueva actividad complemente las que ya estén en marcha a escala local, provincial o nacional (46).

Tras la etapa de planificación tiene lugar una serie de etapas de aplicación.

3.4 Etapas de la aplicación

Etapa de aplicación 1: básica

Se selecciona en primer lugar un conjunto de actividades que sean viables en lo inmediato y que probablemente tendrán la máxima repercusión en relación con la inversión, a fin de realizarlas en primer lugar. Se prevé que esas intervenciones se llevarán a cabo en un período de dos años.

Etapa de aplicación 2: ampliada

Las intervenciones ampliadas son las siguientes en importancia. Se deberían introducir lo antes posible, si bien tienen una prioridad ligeramente menor que las estrategias básicas. La realización de estas intervenciones es viable a mediano plazo, una vez se haya hecho una reasignación realista de los recursos.

Etapa de aplicación 3: conveniente

Por último, se programa la continuación de las intervenciones convenientes que requieren más recursos que los disponibles. Todos los países deberían orientarse a largo plazo hacia estas intervenciones, si bien se prevé que tendrán un plazo más largo (al menos cinco años).

Para cada intervención prioritaria los países deben poner en marcha tres tipos de actividades:

1. Intervenciones dirigidas a toda la población mediante un enfoque nacional.
2. Intervenciones dirigidas a toda la población mediante un enfoque comunitario.
3. Intervenciones a nivel individual o clínico.

3.5 Países que han adoptado con éxito el enfoque STEPwise

Algunos países, entre ellos Viet Nam y Tonga, han utilizado con éxito el enfoque STEPwise para formular y aplicar políticas (46). Esos países demuestran que el enfoque STEPwise se puede aplicar en general para resolver problemas concernientes a las enfermedades crónicas sin sacrificar la especificidad de ningún país. Aunque no puede haber una prescripción universal para la aplicación, la ventaja del enfoque STEPwise consiste en permitir que cada país considere una serie de factores a la hora de establecer prioridades.

El cuadro siguiente (cuadro 3) ilustra el uso del marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas. Las recomendaciones dimanaron de la reunión que en 2003 celebraron los ministros de salud de los Estados insulares del Pacífico (49).

Cuadro 3 Ejemplo de uso del marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas⁴

Etapa de aplicación de las políticas	Intervenciones dirigidas a toda la población		Intervenciones para las personas
	Nacional	Subnacional	
Básica	<p>Se ha elaborado y aprobado en el Gabinete ministerial una política nacional sobre nutrición, compatible con la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; se aprecia una constante acción dirigida a reducir la ingesta de grasas y sal (especialmente sal iodada, según proceda), y promover el consumo de frutas y hortalizas.</p> <p>Se realiza una evaluación de las repercusiones sanitarias de las políticas públicas (por ejemplo, en materia de transporte, planificación urbana, tributación, contaminación, etc.).</p>	<p>Los planes locales de infraestructura incluyen el establecimiento y mantenimiento de lugares accesibles y seguros para realizar actividad física (tales como parques y zonas exclusivamente peatonales). Los proyectos comunitarios de promoción de la salud incluyen medidas participativas para supervisar y abordar los factores ambientales que predisponen al riesgo de enfermedades no transmisibles: inactividad, dieta malsana, abuso del alcohol, etc. Los programas Active Healthy Islands⁵ que hacen frente a las enfermedades no transmisibles se ejecutan en diversos entornos: pueblos, escuelas y lugares de trabajo.</p>	<p>En centros de salud, dispensarios ambulatorios y hospitales se ha adoptado y utilizado un conjunto normalizado de directrices para el tratamiento de enfermedades no transmisibles prioritarias (tales como diabetes e hipertensión).</p> <p>Se asegura un suministro constante y accesible (en la Lista de medicamentos esenciales) de medicamentos para las enfermedades no transmisibles prioritarias.</p> <p>Se ofrece un sistema de alta calidad para la aplicación coherente de directrices clínicas y la supervisión clínica de los servicios ofrecidos.</p> <p>Está en servicio un sistema de llamada y recordatorio para pacientes con diabetes e hipertensión. Sistemáticamente se prestan servicios paliativos para personas con enfermedades terminales (fase final de la insuficiencia renal, etc.) a fin de controlar el dolor y otros síntomas y permitir la muerte con dignidad.</p>
Ampliada	<p>Existe legislación aprobada y aplicada sobre normas relativas a los alimentos, e incluye la posibilidad de supervisar las normas. Además, la legislación incluye disposiciones relativas a la información nutricional en el etiquetado y la tributación de los alimentos menos saludables (por ejemplo los alimentos con alto contenido graso, las bebidas azucaradas) y los subsidios a las frutas y hortalizas.</p>	<p>Se están ejecutando constantemente programas bien concebidos para promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta sana, por ejemplo, conocimientos de cocina, fomento de alimentos económicos y pobres en grasa; agua en vez de refrescos; dieta variada (por ejemplo «cinco por día» o «cinco más» frutas y verduras frescas, promoción de alimentos locales). • Actividad física, por ejemplo, movimientos promovidos en diferentes ámbitos (profesional y recreativo); movimiento como oportunidad; establecimiento de pautas diarias de movimiento acumulado; promoción de actividades culturales tales como el baile. 	<p>Sistemas establecidos para la prevención selectiva y específica dirigida a grupos de población de alto riesgo (por ejemplo, reducción del sobrepeso, identificación y tratamiento de trastornos concomitantes de la obesidad, seguimiento de la diabetes gestacional)</p>

⁴ Fuente: Informe de la Reunión de Ministros de Salud de los Países Insulares del Pacífico (49).

⁵ Fuente: Healthy Islands in the Western Pacific - international settings development (50).

Etapa de aplicación de las políticas	Intervenciones dirigidas a toda la población		Intervenciones para las personas
	Nacional	Subnacional	
Conveniente	<p>Se han establecido normas nacionales relativas a la promoción de alimentos malsanos (en particular los ricos en calorías, grasas saturadas, sal y azúcar, y pobres en nutrientes esenciales) dirigida a los niños.</p> <p>Se ha promulgado legislación para controlar o prohibir la venta de alimentos que no cumplan las normas nacionales relativas al contenido de nutrientes.</p> <p>La capacidad de investigación sanitaria en el país se desarrolla mediante el fomento de estudios sobre enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Existen gimnasios y centros recreativos comunitarios (establecidos posiblemente por iniciativa de la comunidad local).</p>	<p>Se ejecutan programas de examen oportuno y detección de casos de diabetes, hipertensión y sobrepeso. Funciona un sistema de información para el registro de pacientes con cáncer, diabetes e hipertensión.</p> <p>Se fomentan grupos de apoyo a personas con sobrepeso y a la lactancia materna.</p> <p>Se realizan diagnósticos terciarios e intervenciones terapéuticas apropiados.</p> <p>Remisión de casos al extranjero para realizar diagnóstico e intervenciones terapéuticas.</p>

Proceso modificado del Árbol de Problemas y Soluciones

A fin de identificar las intervenciones políticas pertinentes para un país o zona es preciso comprender cuestiones básicas que influyen en la dieta y los niveles de actividad física. Una vez completadas las opciones locales puede tener lugar un proceso de establecimiento de prioridades.

El enfoque del Diagrama de Problemas y Soluciones modificado (mPAST) (51) es una versión ligeramente modificada del enfoque tradicional del árbol de problemas y soluciones, el principal instrumento utilizado para identificar áreas de acción mediante el método de «análisis del marco lógico» (52, 53). El enfoque mPAST se elaboró como un medio más eficiente para llegar al mismo objetivo, y se adaptó para utilizarlo en relación con las dietas.

El enfoque mPAST se utilizó en algunos países insulares del Pacífico para facilitar la identificación de intervenciones políticas destinadas a mejorar la alimentación relacionada con las enfermedades no transmisibles (Fiji y Tonga), e identificar todos los tipos de intervenciones que pudiesen mejorar la ingesta de frutas y verduras (Islas Salomón, Samoa y Tuvalu) (51).

4.1 Selección del grupo de partes interesadas

La clave para realizar un proceso mPAST fructífero consiste en reunir un conjunto diverso y comprometido de partes interesadas con el cual llevar a cabo el proceso. Es conveniente incluir a representantes de múltiples sectores gubernamentales, por ejemplo, ministerios de salud, educación, agricultura, transporte, planificación, comercio y finanzas. Asimismo, se recomienda incorporar a representantes de las pertinentes ONG y del sector privado (por ejemplo, la industria alimentaria). (Para más detalles sobre los fundamentos lógicos de la participación de múltiples partes interesadas, véase la sección 2.5).

4.2 Detalles y estructura del proceso mPAST

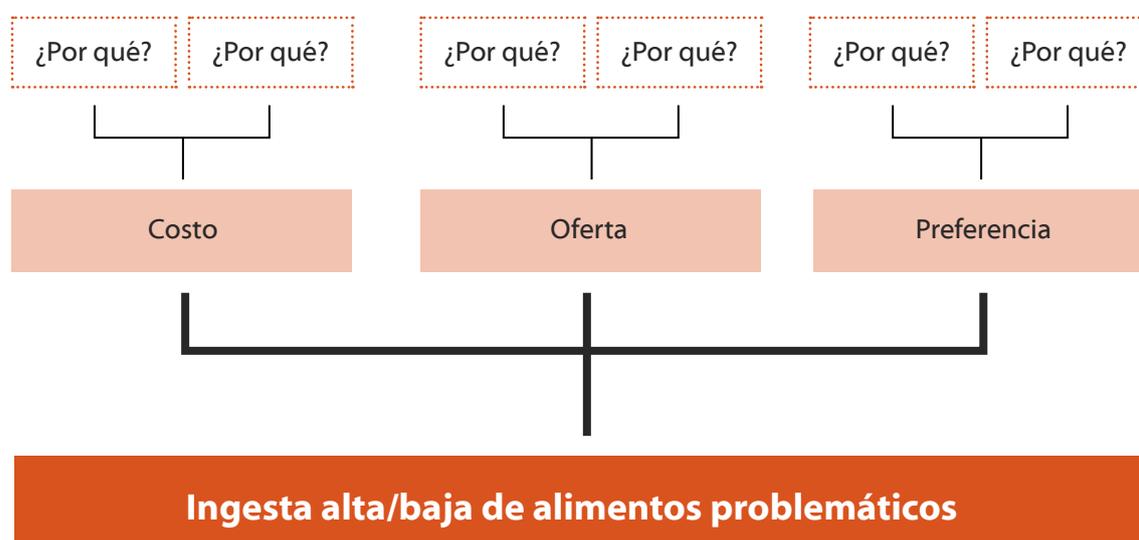
Etapa 1: Elaboración del árbol de problemas modificado

El proceso de elaboración de un árbol de problemas requiere un entorno similar a un taller en el que participen diversas partes interesadas. El método mPAST comienza con la identificación del problema básico, por ejemplo, el consumo insuficiente de frutas. En algunos casos, podría haberse identificado un problema específico, por ejemplo, la necesidad de aumentar el consumo de frutas y hortalizas. Cuando el contexto del problema que se ha de superar es más amplio (por ejemplo, las dietas malsanas vinculadas a la obesidad), los factores dietarios específicos esenciales para abordar el problema se deberán identificar antes de recurrir al proceso mPAST. Esto debería abarcar el examen de la evidencia científica disponible en particular encuestas, balances alimentarios, datos sobre importación y ventas e investigaciones relacionadas con factores que influyen en la dieta y la inactividad física. En teoría, la identificación de zonas con problemas cruciales debería incumbir a expertos locales, por ejemplo, nutricionistas, especialistas en enfermedades no transmisibles y académicos. Se deberían examinar las pruebas disponibles y, consiguientemente, identificar las categorías de alimentos que plantearan ciertos problemas (en particular frutas, bebidas azucaradas, aceites para cocinar) o factores críticos para la actividad física (por ejemplo, transporte público, instalaciones recreativas). Es preciso determinar si las pruebas

científicas internacionales revelan que estos alimentos están vinculados con la obesidad, y si los patrones de alimentación de subgrupos de la población reflejan tasas de obesidad. Sobre la base de estas evaluaciones se debería dar prioridad a un número controlable de categorías críticas (por ejemplo, hasta 10), con el fin de seguir examinándolas en el marco del proceso mPAST.

Seguidamente se puede iniciar el desarrollo de los «árboles», junto con las partes interesadas de diferentes sectores. En un gran folio de papel se dibujan las capas iniciales del diagrama, como se muestra en la figura 4, cuyo nivel más bajo será, por ejemplo, «baja ingesta de frutas», y el nivel siguiente serán los factores posiblemente relacionados con la baja ingesta de frutas, por ejemplo, «costo», «oferta» y «preferencia». A partir de esto, se pide a las partes interesadas que consideren la pregunta «¿por qué?» (¿por qué se da esa situación?). De esa manera se retrocede en la cadena causal hasta que se identifican los obstáculos. Por ejemplo, en la figura 4, comenzando desde la izquierda, «costo» (¿por qué son caras las frutas?), las partes interesadas podrán determinar que los «impuestos elevados» son un problema. Este obstáculo se pone entonces en el nivel siguiente del árbol (o sea, en la casilla vacía del nivel por encima de «costo»). A partir de «impuestos elevados» se preguntará nuevamente «¿por qué?». De esa manera se pueden agregar más niveles para explicar por qué se da esa situación. Otro motivo de la carestía de la fruta podría ser la «oferta insuficiente». Una vez consignado esto en una casilla por encima de «costo», se formula nuevamente la pregunta «¿por qué?» (¿Por qué no hay suficientes frutas en venta?). El proceso continúa hasta que las líneas ya no puedan avanzar más (véase la figura 5). Este es el árbol de problemas completo.

Figura 4 Nivel inicial para el árbol de problemas modificado⁶



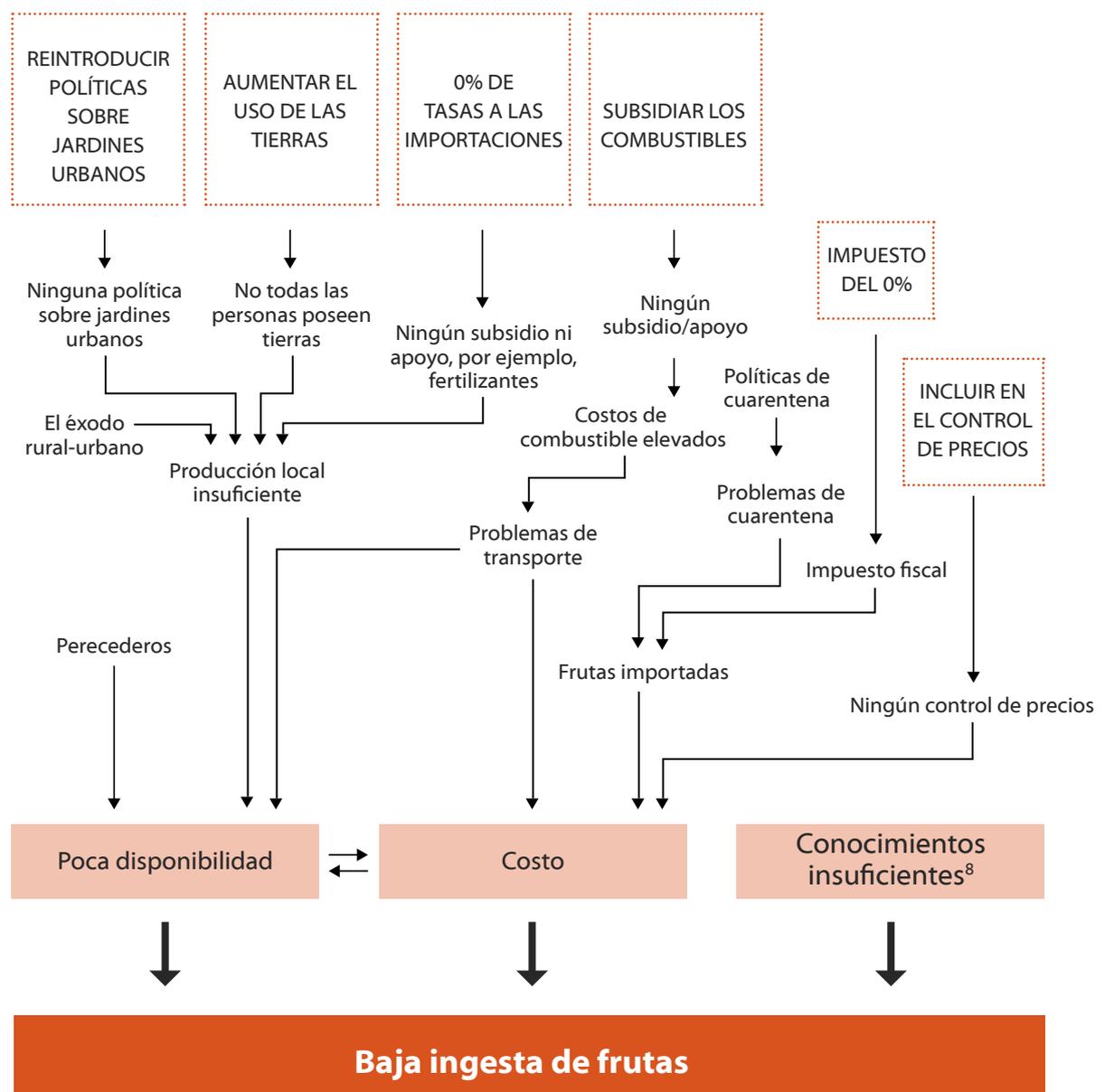
⁶ Fuente: Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition (51)

Etapa 2: Árbol de soluciones modificado

Oportunamente se examina cada área problemática para buscar las soluciones posibles. Por ejemplo, una solución al «ningún control de precios» sobre los costos de la fruta (como se ve en el lado derecho de la figura 5) consistiría en «incluir en el control de precios». Estos se fijan entonces junto al problema que se afrontará (como se muestra en las casillas de la figura 5).

En la figura 5 se presenta un árbol de problemas y soluciones modificado.

Figura 5 Ejemplo de árbol combinado de problemas y soluciones modificado⁷



⁷ Fuente: Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition (51)

⁸ «Conocimientos insuficientes» se muestra sin ninguna otra estructura del árbol porque en ese ejemplo se consideran solo las intervenciones de política, y las soluciones a los «conocimientos insuficientes» son principalmente de tipo educativo más que político.

Resultados del proceso

Este proceso proporciona una descripción clara de los principales factores que influyen en los comportamientos básicos problemáticos relacionados con la dieta o la actividad física. El proceso se puede utilizar para identificar únicamente soluciones mediante intervenciones políticas y sus problemas conexos), o medidas más generales. Es probable que el proceso participativo ponga de relieve factores más críticos e influyentes relacionados con dietas y niveles de actividad física deficientes y, por eso, precisamente, es un medio útil para determinar qué cambios en las políticas podrían ser más pertinentes para esa comunidad.

Etapa 3: Establecimiento ulterior de prioridades: criterios aplicables

Para determinar cuál de las opciones políticas será la más prometedora es preciso adoptar algún criterio de establecimiento de prioridades. Los criterios básicos utilizados en ese enfoque han sido: eficacia; viabilidad y otras repercusiones (26). También se pueden elegir otros criterios, entre ellos los mencionados en el recuadro 2.

Eficacia

Las percepciones de las partes interesadas respecto de la eficacia se combinaron (en la medida de lo posible) con análisis de la eficacia modelizados. La falta de datos para la modelización suele dificultar la derivación de buenas estimaciones de la eficacia; sin embargo, las partes interesadas son generalmente claras respecto de las probables repercusiones de cualquier intervención, tanto en lo que respecta a la probabilidad de la repercusión como a la magnitud del efecto (26).

En Fiji y Tonga se utilizó un sistema de puntuación simple para evaluar la probabilidad de la eficacia y la magnitud del efecto de las intervenciones políticas relativas a la dieta (26). El sistema utilizado es el siguiente:

- **Probabilidad del efecto:**
Seguro (DF); probable (P); o especulativo/quizás (SP)
- **Magnitud del efecto:**
Efecto muy positivo/mejora la salud (++); repercusión positiva (+); ninguna repercusión (0); repercusión negativa (-); repercusión muy negativa (--)

Por ejemplo, si se considera la posibilidad de reducir los impuestos sobre las frutas, ¿qué probabilidades habría de que aumentara el consumo de frutas? y ¿cuál podría ser la magnitud del efecto? Las partes interesadas podrían pensar que es probable (P) que se produzca un aumento del consumo y que ello tendrá una repercusión muy positiva (++).

Viabilidad

Si bien existen muchas maneras de evaluar la viabilidad, el enfoque utilizado con un grupo informado de partes interesadas en Fiji y Tonga se utiliza como un ejemplo. Ese enfoque combinó un sistema de puntuación simple con un sistema de ponderación, y estableció criterios para que las partes interesadas pudiesen considerar qué tan práctica o viable podría ser una intervención o una modificación en las políticas.

El proceso utilizado es el siguiente:

1. Se acuerdan los criterios específicos que se examinarán en el contexto de la «viabilidad». En Fiji y Tonga se utilizaron los criterios siguientes: viabilidad técnica, viabilidad económica, aceptabilidad política, aceptabilidad cultural y comunitaria y viabilidad jurídica por cuestiones comerciales (un obstáculo importante para el cambio en algunos países).

Las definiciones de cada uno de esos criterios se formulan claramente y todas las partes interesadas las acuerdan. En el recuadro 3 se sugieren definiciones para cada uno de los criterios.

2. Se acuerda un sistema de ponderación para esos criterios. Esto significa que las partes interesadas acuerdan la importancia de cada criterio en relación con los demás (26). Un método simple utilizable

Recuadro 3 Definiciones propuestas para los criterios utilizados en el sistema de ponderación

Definiciones propuestas (examinadas con las partes interesadas)

- *Viabilidad técnica:* conocimientos técnicos (mano de obra), disponibilidad de equipo e infraestructura (calidad y cantidad).
- *Viabilidad económica:* asequibilidad. ¿Cuánto costará y quién lo pagará?
- *Aceptabilidad política:* ¿Respaldará el Gobierno este enfoque? ¿Es compatible con la política gubernamental (por ejemplo, orientación general, estrategia sobre enfermedades no transmisibles)?
- *Aceptabilidad cultural:* aceptabilidad para las partes interesadas y la comunidad.
- *Viabilidad jurídica:* ¿es esto posible a la luz de los acuerdos comerciales y otros compromisos?

para ponderar un criterio consiste en dividir 100 puntos porcentuales entre cada uno de los cinco criterios mencionados. Por ejemplo, si la viabilidad económica es el criterio más importante, la ponderación podría ser de un 40%, mientras que para un criterio menos importante podría ser del 10%.

En Tonga, las ponderaciones utilizadas fueron las siguientes: viabilidad técnica 20%; viabilidad económica 15%; aceptabilidad política 30%; aceptabilidad cultural 10%; y viabilidad por cuestiones comerciales 25% (26). Por lo tanto, se consideró que la «aceptabilidad cultural» era el criterio menos importante y la «aceptabilidad política» el más importante; se estimó que la «viabilidad técnica» tenía más importancia que la «viabilidad económica» y la «viabilidad por cuestiones comerciales».

3. Una vez que las partes interesadas acuerdan el sistema de ponderación pasan a examinar cada medida de política en cuestión y la califican en relación con cada uno de los cinco criterios. Por ejemplo, al considerar «reducir los impuestos a la importación de frutas» determinan en qué medida ello es técnicamente viable. ¿Es viable desde una perspectiva económica? ¿Es viable desde una perspectiva técnica?, etc. Para cada uno de los cinco criterios se aplica el sistema de calificación siguiente:

- Calificación 1: imposible/no aceptable/muy difícil
- Calificación 2: difícil/en general inaceptable
- Calificación 3: ligeramente difícil/en general aceptable
- Calificación 4: fácil/aceptable

Por ejemplo, como se observa en el cuadro 4, «reducir los impuestos a la importación de frutas» es fácil desde un punto de vista técnico (calificación 4), en general aceptable para la comunidad (calificación 3) y jurídicamente fácil (calificación 4). No obstante, políticamente no es aceptable (calificación 1) y las consecuencias relacionadas con los costos pueden plantear problemas (calificación 3). Como se muestra en el cuadro, se realiza un proceso similar para todas las opciones políticas que se examinen.

Cuadro 4 Ejemplo de calificación de opciones políticas para los cinco criterios de viabilidad*

Opción política	Viabilidad técnica	Viabilidad económica	Aceptabilidad política	Aceptabilidad cultural	Viabilidad jurídica (por ejemplo, comercial)
Política 1: por ejemplo, reducción de impuestos a la importación de frutas	4	3	1	4	4
Política 2: por ejemplo, subsidios a los combustibles para el transporte de frutas	4	2	2	4	4
Política 3					
Política 4	Proceso finalizado para todas las opciones políticas				
Política 5					

*Puntuación: 1-4, donde: 1= imposible/inaceptable; 2 = difícil/en general inaceptable; 3 = ligeramente difícil/en general aceptable; y 4 = fácil/aceptable

A fin de obtener una puntuación total respecto de la viabilidad de cada opción, las ponderaciones se combinan con las puntuaciones. La ponderación de viabilidad técnica se multiplica entonces por la puntuación de la viabilidad técnica, etc. Por ejemplo, utilizando las puntuaciones del cuadro 4 y las ponderaciones de 20% para la viabilidad técnica, 15% para la viabilidad económica, 30% para la aceptabilidad política, 10% para la aceptabilidad cultural y 25% para la viabilidad por cuestiones comerciales, se puede calcular una puntuación general para cada componente de la viabilidad. La puntuación total para esta opción política se calcula entonces mediante la suma de todas las puntuaciones (véase el cuadro 5).

Una puntuación total más alta, con un máximo de 4, indica una mayor viabilidad.

Cuadro 5 Cálculo de la puntuación total de viabilidad para cada opción política

	Viabilidad técnica	Viabilidad económica	Aceptabilidad política	Aceptabilidad cultural	Viabilidad jurídica (por ejemplo, comercial)	Puntuación total
Ponderaciones	20%	15%	30%	10%	25%	
Política 1: por ejemplo, reducción de impuestos a la importación de frutas	4x20% =0.8	3x15% =0.45	1x30% =0.3	4x10% =0.4	4x25% =1.0	0.8+0.45+0.3+0.4+1.0= 2.95
Política 2: por ejemplo, subsidios a los combustibles para el transporte de fruta	4x20% =0.8	2x15% =0.3	2x30% =0.6	4x10% =0.4	4x0.25% =1.0	0.8+0.3+0.6+0.4+1.0= 3.10
Política 3						
Política 4	Proceso finalizado para todas las opciones política					
Política 5						

Una puntuación total más alta indica una mayor viabilidad. En este ejemplo, los subsidios a los combustibles (puntuación de 3,10) son una opción más viable que la reducción de impuestos a la importación de frutas (puntuación de 2,95).

Otras repercusiones

Mediante un método de evaluación ambiental y social se evaluaron las repercusiones sociales más amplias derivadas de los cambios políticos propuestos. Las evaluaciones de las repercusiones pueden llevar mucho tiempo, pero en lugar de evaluaciones totales se pueden utilizar herramientas de tamizaje para clasificar los procesos por orden de prioridad (26). Las herramientas de tamizaje se pueden aplicar de forma más rápida y eficiente, y permiten identificar áreas de problemas posibles; esta información es sumamente valiosa para identificar las políticas que se deberían priorizar.

Por ejemplo: en Fiji y Tonga, para evaluar los efectos secundarios de las intervenciones políticas en materia de alimentos (26) se utilizó el siguiente sistema de puntuación simple:

- **Probabilidad del efecto:**
Seguro (DF); probable (P); o especulativo/posible/quizás (SP)
- **Magnitud del efecto:**
Efecto muy positivo (++); efecto positivo (+); ninguna repercusión (0); efecto negativo (-); efecto muy negativo (-)

Esto se aplicó en las principales áreas de repercusión (por ejemplo, desarrollo económico, empleo) y en sectores clave de la comunidad (por ejemplo, niños y ancianos) (véanse los cuadros 6 y 7). Por ejemplo, cabe preguntar si una reducción de impuestos a la importación de frutas podría conllevar algún efecto secundario distinto del cambio de precios de las frutas en algún grupo o esfera. Entre otras cosas podría reducir las ventas de frutas producidas por los agricultores locales y de esa forma repercutir en sus empleos e ingresos. Aunque es improbable que esto ocurra (SP), se podría considerar como una repercusión absolutamente negativa (-) (véanse los cuadros 6 y 7). También es probable (P) que un impuesto reducido a la importación de frutas tenga un efecto positivo (+) especialmente para las personas de las comunidades más pobres y los residentes de las ciudades que con más probabilidad comprarán fruta, en vez de cultivarla (véase el cuadro 7).

Cuadro 6 Ejemplo de evaluación de posibles repercusiones en otras áreas

Política: reducir impuestos a la importación de frutas y hortalizas			
Áreas de repercusión	Áreas subsidiarias/ ejemplos	Probabilidad del efecto	Magnitud del efecto
Entorno físico	por ejemplo, agua, vivienda, contaminación		
Situación económica	por ejemplo, industria local, empresas locales		
Comunitaria y cultural	por ejemplo, familia, comunidad		
Situación socioeconómica	por ejemplo, empleo, presupuestos familiares	SP	-
Política	por ejemplo, políticas locales, relaciones regionales		
Acceso a instalaciones y servicios	por ejemplo, mercados, hospitales, escuelas		
Otras áreas sanitarias	por ejemplo, tabaco, alcohol, actividad física, nutrición, enfermedades transmisibles		
Otras			

Cuadro 7 Ejemplo de evaluación de repercusiones en subgrupos de la comunidad

Política: reducir impuestos a la importación de frutas y hortalizas		
Grupo de partes interesadas	Probabilidad del efecto	Magnitud del efecto
Población en general		
Niños		
Jóvenes		
Personas mayores		
Residentes de zonas urbanas	P	+
Residentes de zonas rurales		
Pobres	P	+
Mujeres		
Otros	Agricultores - SP	-

Mediante la aplicación de los criterios anteriores, diversos aspectos de las opciones de política específicas se hacen evidentes para las partes interesadas, y ello permite llegar fácilmente a un consenso sobre la cartera de intervenciones más prometedoras (véase el cuadro 8).

Cuadro 8 Ejemplo de evaluación de las opciones políticas*

	Eficacia		Puntuación total de viabilidad	Otras repercusiones		
	Probabilidad del efecto	Magnitud del efecto		Repercusión	Probabilidad del efecto	Magnitud del efecto
Política 1: reducción de impuestos a la importación de frutas	P	++	2.95	1. Empleo/ingresos de los agricultores locales 2. Personas más pobres y miembros de comunidades urbanas	SP SP	- +
Política 2: subsidios a los combustibles para el transporte de fruta	SP	+	3.10	1. 2. 3.		
Política 3						
Política 4						
Política 5						

Cuadro finalizado para todas las opciones de política

*Se podrían haber elegido otros criterios, por ejemplo, los enunciados en el recuadro 2

Etapa 4. Presentación de las recomendaciones

Estas recomendaciones se presentarán a las instancias que tengan jurisdicción sobre su aplicación. Por ejemplo, en Fiji y Tonga se ultimó una lista de las 20 a 30 opciones políticas específicas más prometedoras para cada país, a fin de presentarlas a sus respectivos gobiernos.

4.3 Puesta en marcha del proceso mPAST

En el cuadro siguiente se presentan las principales tareas, el plazo aproximado y los recursos humanos necesarios para poner en marcha el proceso de establecimiento de prioridades mPAST.

Cuadro 9 Principales tareas, plazos y recursos humanos necesarios para el proceso de establecimiento de prioridades mPAST

TAREAS	PLAZOS	RECURSOS HUMANOS
Acopio de información general sobre dietas, actividad física y enfermedades no transmisibles	Aproximadamente un mes. El tiempo necesario se podría reducir si alguno de los datos generales requeridos ya se hubiese recopilado.	La finalización de estas tareas podría confiarse a un estudiante (por ejemplo, un estudiante de medicina o de nutrición), un asistente de investigación o un trabajador del proyecto.
Organización de talleres para las partes interesadas - Incluidos representantes de múltiples sectores gubernamentales, por ejemplo, salud, educación, agricultura, transporte, planificación, comercio y finanzas), el sector privado y la sociedad civil (por ejemplo, ONG pertinentes).	Lo ideal sería contactar con las partes interesadas un mes o más antes del primer taller. Se necesitarán al menos dos talleres (aunque no más de tres) en un periodo de 2 a tres meses.	Con miras a conseguir el pleno respaldo de las partes interesadas se recomienda que un miembro superior del equipo del proyecto o un dirigente comunitario coordine los contactos iniciales con ellas. Las demás tareas de organización y desarrollo del taller se podrán confiar a un estudiante, un asistente de investigación o un trabajador del proyecto.
Finalización de mPAST con el grupo de partes interesadas	Los mPAST pueden completarse en un único taller de dos o tres días o ampliarse a dos talleres de dos días cada uno, aproximadamente. Esto incluiría: • Medio día de capacitación sobre el instrumento • Dos o tres días para completar los mPAST	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador con conocimientos del funcionamiento del proceso. • Grupo multisectorial de partes interesadas. • Al menos dos asistentes de investigación o estudiantes para tomar notas durante el proceso.
Acopio de información general sobre pruebas para efectos y otros datos locales	Aproximadamente uno o dos meses después de finalizados los mPAST. El tiempo necesario se podría reducir si alguno de los datos generales requeridos ya se hubiese recopilado.	La finalización de estas tareas podría confiarse a un estudiante (por ejemplo, un estudiante de medicina o nutrición), un asistente de investigación o un trabajador del proyecto.
Proceso de establecimiento de prioridades y recomendaciones	Para ultimar el proceso de establecimiento de prioridades y formular las recomendaciones se necesitará un taller separado de unos dos días de duración. Este se debería realizar en un plazo máximo de unos dos meses después de los talleres en los que se llevaron a cabo los mPAST.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador con conocimientos del funcionamiento del proceso. • Grupo multisectorial de partes interesadas. • Al menos dos asistentes de investigación o estudiantes para tomar notas durante el proceso.

Proceso ANGELO

5.1 Antecedentes del proceso ANGELO

Marco para el análisis de ambientes

El marco del proceso ANGELO (plantilla de análisis de elementos relacionados con la obesidad) se elaboró inicialmente como herramienta práctica para clasificar y examinar los ambientes e identificar los posibles obstáculos ambientales que dificultan una alimentación sana y la actividad física (54). El marco básico es una plantilla de 2x4. En uno de sus ejes, los ambientes obesogénicos se dividen en dos grupos según su tamaño—microambientes (entornos) y macroambientes(sectores)—; en el segundo eje, los ambientes se dividen en cuatro grupos según su tipología —físicos, económicos, políticos y socioculturales (54) (véase la figura 6).

Figura 6 Plantilla ANGELO con entornos, sectores y elementos ambientales

Tipo de ambiente	Tamaño del ambiente		Macroambiente (sectores)	
	Microambiente (contextos)		Alimentación	Actividad física
Físico	¿De qué se dispone y de qué no se dispone?			
Económico	¿Cuáles son los factores financieros?			
Político	¿Cuáles son las normas?			
Sociocultural	¿Cuáles son las actitudes, creencias, percepciones y valores?			

Clasificación de los ambientes: tamaño del ambiente

1. *Microambiente: entornos*

Un entorno microambiental es un entorno donde se reúnen grupos de personas para fines específicos que suelen estar relacionados con la alimentación, la actividad física o, frecuentemente, ambos aspectos. Estos entornos se distinguen generalmente por su situación geográfica, son relativamente pequeños y pueden verse influidos por las personas. Se trata, por ejemplo, de las escuelas, los lugares de trabajo, los hogares y los barrios.

2. *Macroambiente: sectores*

Un sector macroambiental relacionado con la obesidad es un grupo de industrias, servicios o infraestructuras de apoyo que influyen en los alimentos que se consumen y/o en la actividad física que se practica en los diversos entornos, por ejemplo los sistemas educativo y sanitario, todos los niveles de la administración pública, la industria alimentaria, y las actitudes y creencias de la sociedad. Un entorno microambiental como un supermercado se verá influido por varios sectores macroambientales de apoyo como el de la producción, la transformación, la distribución y la comercialización de alimentos. Estos sectores son comunes al conjunto de la población, suelen operar a nivel regional, nacional e internacional y tienden a ser geográficamente difusos. Las estructuras macroambientales quedan ampliamente fuera de la influencia de las personas, e incluso las administraciones públicas suelen tener dificultades para influir en estos sectores debido a su tamaño y complejidad y a otras prioridades. Por ejemplo, la reorientación del sector educativo para que proporcione y promueva alimentos saludables es una tarea larga y compleja; lo mismo cabe decir de la reorientación de los sectores de la planificación urbana y del transporte para que proporcionen y promuevan entornos de transporte activos, la reorientación de la industria alimentaria para que adopte prácticas de mercadeo responsables, y la reorientación de los sistemas de creencias culturales en lo que respecta a la talla corporal. Si bien existe una inercia enraizada en los grandes sistemas que provoca que sea difícil influir en ellos, también pueden existir fuerzas activas y poderosas que se opongan al establecimiento de ambientes más sanos; los esfuerzos de la industria alimentaria por aumentar sus beneficios vendiendo alimentos malsanos es un ejemplo claro de ello.

Clasificación de ambientes: tipos de ambientes

3. *Ambiente físico: disponibilidad*

Por ambiente físico se entiende los ambientes naturales y edificados, pero también el acceso físico a oportunidades como el deporte organizado, la formación profesional y las frutas y hortalizas.

En lo que respecta a la alimentación, el ambiente físico es aquello que está disponible en los múltiples puntos de venta de alimentos, como restaurantes, supermercados, máquinas expendedoras, escuelas, lugares de trabajo y centros comunitarios, deportivos y artísticos.

En cuanto a la actividad física, se entiende por ambiente físico aquello que permite participar en actividades de esparcimiento, profesionales u ocasionales. Los factores ambientales que influyen en la adopción de modos de transporte activos (caminar o desplazarse en bicicleta) por oposición al transporte motorizado (coches, ascensores, escaleras mecánicas) abarcan la disponibilidad de carriles para bicicletas, vías peatonales, alumbrado público, medios de transporte público y escaleras accesibles en los edificios. Los factores que influyen en la participación en actividades de esparcimiento dinámicas incluyen la disponibilidad de espacios recreativos de calidad, parques, terrenos deportivos y clubes comunitarios.

4. *Ambiente económico: factores financieros*

El ambiente económico se refiere a los costos relacionados con la alimentación y la actividad física. Con respecto a la alimentación, las principales influencias económicas son los costos de la producción, transformación, distribución y venta al por menor de alimentos. Estos costos están determinados en gran medida por las fuerzas del mercado, pero existe cierto margen para las intervenciones de salud pública. El costo relativo de las opciones saludables se puede reducir disminuyendo los costos reales (por ejemplo subvencionando las hortalizas) o aumentando la capacidad de pago (por ejemplo reduciendo el impuesto sobre la renta para las personas con bajos ingresos).

5. **Ambiente político: normas conexas**

Se entiende por ambiente político las normas relacionadas con la alimentación y la actividad física. Abarca las leyes, las reglamentaciones, las políticas (formales o informales) y las normas institucionales, como las de las escuelas y los hogares.

Con respecto a la alimentación, por ejemplo, en el nivel microambiental escolar, el ambiente político abarca la política escolar sobre nutrición y las normas escolares relacionadas con los alimentos. A nivel macroambiental, el ambiente político se refiere a las políticas, reglamentaciones y leyes gubernamentales sobre alimentos y nutrición y a las políticas y normas impuestas a la industria alimentaria.

En cuanto a la actividad física, a nivel microambiental, el entorno político que influye en la práctica del ejercicio físico en el hogar podría consistir en normas familiares sobre el tiempo que se ha de destinar a juegos dinámicos. En el macronivel, las reglamentaciones, leyes y políticas de planificación urbana que dan prioridad al transporte activo (por ejemplo, desplazarse en bicicleta o caminar) o a la utilización del transporte público por encima del carro aumentarán los niveles de actividad física.

6. **Ambiente sociocultural: actitudes, creencias, percepciones y valores**

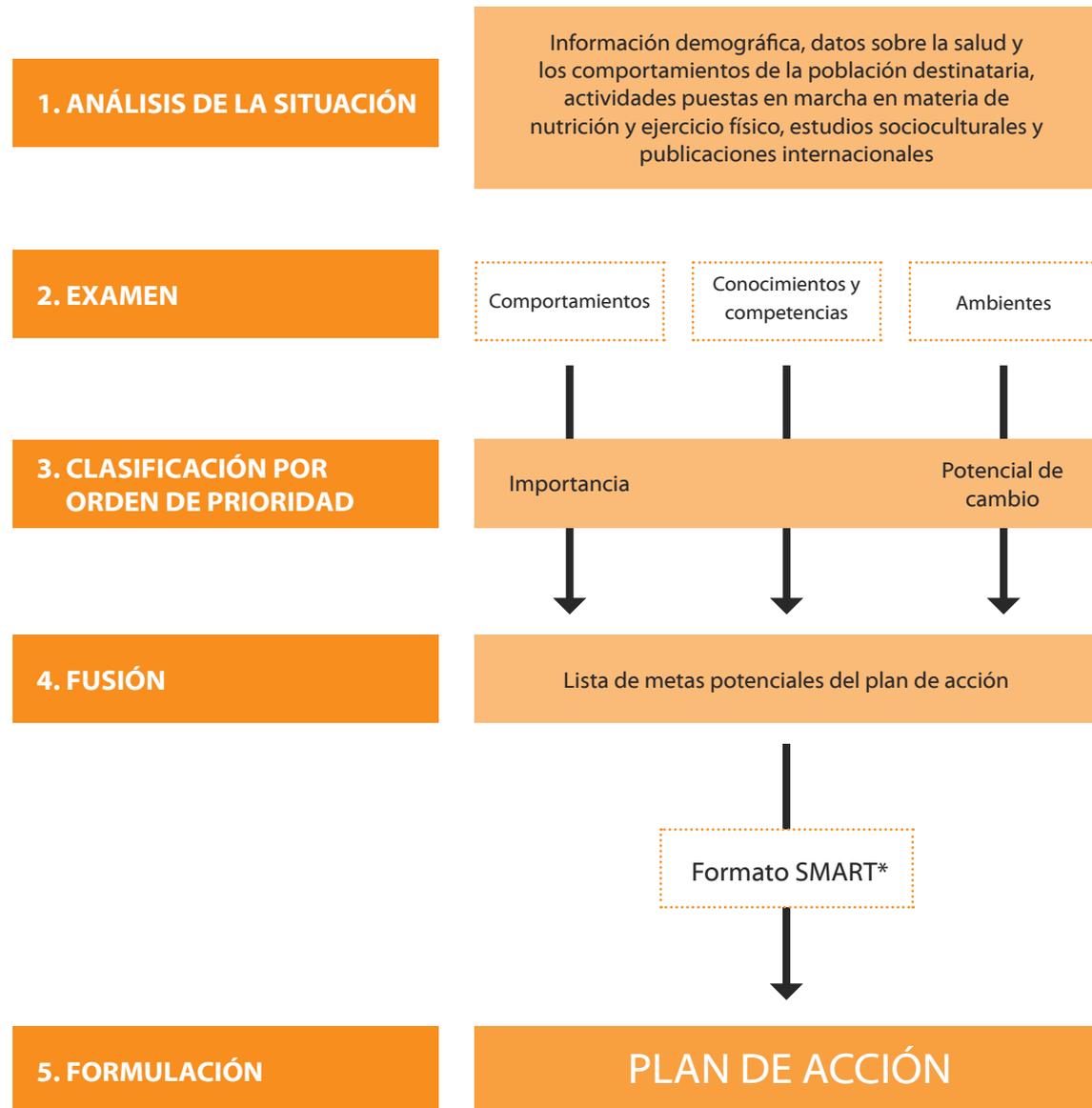
El ambiente sociocultural abarca principalmente las actitudes, creencias y valores relativos a la alimentación y la actividad física de una comunidad o sociedad. Incluye muchos aspectos relacionados con la alimentación, como la hospitalidad, el estatus y el significado de los alimentos y los valores culturales asociados a la actividad física y la percepción de la talla corporal.

Del marco al proceso: creación de un plan de acción comunitario

El *marco* ANGELO evolucionó hasta convertirse en el *proceso* ANGELO, de modo que pudiera utilizarse para determinar las medidas prioritarias de prevención de la obesidad en las comunidades (55). Este proceso se ha aplicado en varios proyectos de prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia «dirigidos a toda la comunidad» en Australia, Nueva Zelandia, Fiji y Tonga (55, 56).

El proceso ANGELO se basa en la evidencia y la práctica (2, 57). Se apoya en los principios y ámbitos de acción de la promoción de la salud (58) y en los procesos de establecimiento de prioridades en los que se incluyen evaluaciones técnicas (por ejemplo, datos procedentes de estudios científicos, datos y experiencias locales, análisis específicos o investigaciones focalizadas) en un proceso adecuado (colaboración con las principales partes interesadas, adopción de decisiones de manera conjunta y transparente) para consensuar prioridades (17). En la figura 17 se ofrece una visión de conjunto del proceso ANGELO, cuyas etapas se describen posteriormente de manera detallada.

Figura 7 Proceso ANGELO de determinación de los elementos prioritarios de un plan de acción



* SMART = específicos, mensurables, alcanzables, pertinentes y sujetos a un plazo (características de los objetivos apropiados)

Etapa 1: Análisis de la situación

Para analizar la situación hay que determinar las características importantes de la comunidad, la cultura, las áreas que presentan problemas y las actividades o programas locales existentes, de modo que estos factores contextuales se puedan incorporar al plan de acción y tenerse en cuenta en su aplicación. En cuanto a las poblaciones altamente influenciadas por valores socioculturales relativos a la alimentación y la actividad física y por la percepción de la talla corporal, tal vez se precisen estudios específicos para caracterizar estos factores. Por ejemplo, se han realizado entrevistas cualitativas a poblaciones de la región del Pacífico a las que iban dirigidas intervenciones comunitarias (55).

El análisis de la situación también incluye la preparación de un resumen de los datos procedentes de estudios sobre la eficacia de los programas de intervención contra la obesidad (59, 60) para su presentación a las partes interesadas.

Etapa 2: Examen – Comportamientos, ambientes, y conocimientos y competencias

En esta etapa se invita al grupo de partes interesadas a aplicar el marco ANGELO a nivel de una comunidad o de un entorno o sector. Entre los participantes deberían figurar representantes de las principales organizaciones interesadas, como la administración local, las ONG pertinentes y el sector privado (por ejemplo, los fabricantes de alimentos). Entre los participantes también deberían figurar adolescentes en caso de que estos sean el grupo destinatario del programa.

En las hojas de trabajo del proceso ANGELO se enumeran los comportamientos potenciales que se pretende promover (aproximadamente entre 20 y 25 comportamientos específicos), los déficits en materia de conocimientos y competencias que hay que subsanar (aproximadamente entre 10 y 20 déficits) y los obstáculos ambientales que es preciso superar (aproximadamente entre 20 y 30 obstáculos por entorno). Estos puntos tienen que ser verificados por los miembros de la comunidad (55). Por ejemplo, las listas que se muestran en los recuadros 4 a 8 se han elaborado para un grupo destinatario compuesto por niños de entre 5 y 12 años.

Recuadro

4

Comportamientos potenciales que se pretende promover

1. Comer más fruta
2. Comer más hortalizas
3. Comer más cereales integrales
4. Beber más agua y menos bebidas con alto contenido de azúcar, incluidos los zumos de fruta
5. Desayunar todos los días
6. Mejorar el contenido de las loncheras
7. Reducir los alimentos con alto contenido de grasas y/o azúcar en las tarteras y en los refrigerios de después de la escuela
8. Comer alimentos menos grasos en las cenas
9. Consumir con menor frecuencia comida rápida
10. Caminar o desplazarse en bicicleta con mayor frecuencia (y utilizar menos el carro)
11. Participar más en actividades físicas informales (por ejemplo, montar en monopatín o tirar balones a una canasta)
12. Participar más en actividades físicas organizadas de carácter no deportivo (por ejemplo, baile y artes marciales)
13. Aumentar las horas de educación física en las escuelas
14. Dedicar menos tiempo a ver la televisión
15. Dedicar menos tiempo a los juegos electrónicos
16. Caminar o desplazarse en bicicleta con mayor frecuencia (y utilizar menos el coche)

Recuadro 5 Áreas potenciales de cambio en el ambiente domiciliario o familiar

Ambiente físico:

Alimentación

1. Más frutas disponibles
2. Más hortalizas y opciones de alimentos saludables en las cenas
3. Más opciones de refrigerios saludables después de la escuela y en otros momentos del día
4. Menos bebidas con alto contenido de azúcar disponibles
5. Más opciones de alimentos saludables en el desayuno
6. Más opciones para preparar comidas saludables en el hogar

Actividad física

1. Más medios disponibles en el hogar (por ejemplo, pelotas, bates, redes y bicicletas) para jugar
2. Jardines más grandes para jugar
3. Mayor disponibilidad de los padres para llevar a sus hijos a los lugares de las actividades

Ambiente económico:

Alimentación

1. Reducir el dinero de bolsillo gastado en alimentos con alto contenido de azúcar, grasas y sal
2. Aumentar la proporción del presupuesto alimentario que se destina a comprar productos más saludables

Actividad física

1. Aumentar el dinero gastado en deportes y actividades
2. Reducir el dinero gastado en pasatiempos como el cine, los DVD, etc.

Ambiente político:

Alimentación

1. Normas más estrictas con respecto al dinero de bolsillo y al consumo de alimentos con alto contenido de azúcar, grasas y sal
2. Más normas relativas a los alimentos y las bebidas para promover la inclusión de alimentos saludables en las loncheras

Actividad física

1. Normas más estrictas sobre el tiempo dedicado a ver la televisión o a juegos electrónicos
2. Menos restricciones a la participación en deportes, juegos y actividades al aire libre
3. Normas más flexibles acerca del desplazamiento a pie o en bicicleta por las calles

Ambiente sociocultural:

Alimentación

1. Los padres deben dar mejor ejemplo en lo que respecta a la alimentación sana
2. Las familias deben promover más una alimentación sana
3. Los padres deben considerar los comedores escolares como una prolongación de la clase en lo que respecta a las normas aplicadas, no como una tienda donde se adquieren los alimentos más apetecibles

Actividad física

1. Los padres deben dar mejor ejemplo respecto de la actividad física
2. Las familias deben promover más el deporte y el ejercicio
3. Percepciones de seguridad y protección

Otras opciones:

Recuadro 6 **Áreas potenciales de mejora de los conocimientos y las competencias**

1. Saber que desayunar favorece el aprendizaje
2. Conocer las opciones de almuerzos saludables
3. Saber que la comida para llevar y los refrigerios grasos como las patatas fritas no son saludables
4. Saber que las bebidas con alto contenido de azúcar no son saludables
5. Saber que los zumos de fruta no son saludables
6. Saber qué refrigerios son saludables
7. Saber que comer muchas frutas y hortalizas ayuda a mantener una buena salud
8. Conocer la recomendación de que los niños y los adolescentes hagan al menos una hora al día de ejercicio de moderado a intenso
9. Saber que ir caminando a la escuela puede ser divertido y saludable
10. Concienciarse acerca de los peligros de la carretera
11. Saber que ver demasiado la televisión empeora la salud y el estado físico
12. Saber que el tiempo de ocio «delante de una pantalla» (televisión y juegos electrónicos) no debería exceder de 2 horas al día
13. Mejorar las competencias culinarias
14. Desarrollar el gusto por un gran número de frutas y hortalizas
15. Conocer las normas de seguridad vial y/o de la circulación en bicicleta
16. Tener buenas habilidades deportivas, por ejemplo en juegos de pelota

Ambiente físico:**Alimentación**

1. Más opciones de alimentos saludables en los comedores
2. Mayor presencia de la nutrición y la alimentación en los planes de estudio

Actividad física

1. Mejores instalaciones exteriores
2. Mejores instalaciones interiores
3. Más equipos para los juegos y la educación física
4. Más tiempo de educación física
5. Más deportes en los que participar
6. Más opciones de ejercicio físico no deportivo (por ejemplo, baile o karate)

Ambiente económico:**Alimentación**

1. Velar por que las escuelas dependan menos de la comida chatarra para recaudar fondos
2. Reducir el precio de los alimentos saludables en los comedores
3. Adoptar estrategias para mantener los beneficios y, al mismo tiempo, garantizar una alimentación saludable en los comedores

Actividad física

1. Reducir el precio de los programas deportivos
2. Aumentar el presupuesto escolar destinado a la educación física y al equipamiento deportivo

Ambiente político:**Alimentación**

1. Políticas más eficaces con respecto a los comedores y los pedidos de almuerzos
2. Políticas más eficaces con respecto a los refrigerios de media mañana
3. Política relativa a la disponibilidad de botellas de agua en las clases
4. Políticas escolares más eficaces con respecto a la alimentación y la recaudación de fondos
5. Directrices sobre la preparación de las loncheras dirigidas a los padres

Actividad física

1. Normas más flexibles sobre la utilización de los equipos a la hora del almuerzo
2. Políticas más eficaces para promover el deporte y las actividades
3. Normas más flexibles sobre el uso de las instalaciones escolares

Ambiente sociocultural:**Alimentación**

1. Mayor prioridad a una alimentación sana en la escuela
2. Los docentes deben dar mejor ejemplo respecto de una alimentación sana

Actividad física

1. Mayor prioridad a la actividad física
2. Los docentes deben dar mejor ejemplo respecto de la actividad física

Otras opciones:

Ambiente físico:**Alimentación**

1. Más opciones de alimentos saludables en las cafeterías, los establecimientos de comida para llevar, etc.
2. Facilitación de información nutricional en las etiquetas de los alimentos de restauración rápida o de restaurantes
3. Más opciones de alimentos saludables en los menús infantiles de los restaurantes

Actividad física

1. Más parques y espacios abiertos cercanos
2. Mejores equipamientos para el ejercicio físico en los parques del vecindario (por ejemplo, canastas de baloncesto y rampas para monopatines)
3. Más clubes deportivos y recreativos en el vecindario
4. Más carriles para bicicletas y peatones
5. Menos circulación en las calles suburbanas
6. Menos perros en el barrio
7. Calles para que las niñas puedan caminar o hacer ejercicio

Ambiente económico:**Alimentación**

1. Reducción del precio de los alimentos sanos

Actividad física

1. Reducción del precio de la inscripción en clubes o del uso de instalaciones de esparcimiento (por ejemplo, gimnasios, cursos de golf y piscinas)

Ambiente político:**Alimentación**

1. Política sobre los alimentos que sirven en los establecimientos comunitarios
2. Política sobre los jardines públicos

Actividad física

1. Restricciones a la velocidad de los vehículos

Ambiente sociocultural:**Alimentación**

1. Mayor prioridad a la alimentación sana en la comunidad
2. Las personas de edad de la comunidad deben dar más ejemplo respecto de una alimentación sana

Actividad física

1. Mayor prioridad a la actividad física en la comunidad

Otras opciones:

Etapa 3: Clasificación por orden de prioridad

Clasificar los comportamientos y los ambientes por orden de prioridad

La clasificación de los comportamientos y los ambientes por orden de prioridad consiste en que cada parte interesada del grupo atribuya una puntuación a cada elemento de la lista en función de su importancia (tomando en consideración su impacto y pertinencia) y su viabilidad y potencial de cambio. Por ejemplo, se puede utilizar una escala de cinco puntos con arreglo a la cual los posibles elementos se han de puntuar de la siguiente forma:

1. **Importancia:** «¿Cuál es la pertinencia e impacto de este elemento en nuestra situación?»
1 = ninguna importancia
2 = poca importancia
3 = cierta importancia
4 = mucha importancia
5 = importancia extrema
2. **Potencial de cambio:** «¿Cuán fácil o difícil es cambiar este elemento en nuestra situación?»
1 = muy difícil de cambiar
2 = difícil de cambiar
3 = es posible cambiarlo
4 = fácil de cambiar
5 = muy fácil de cambiar

La clasificación final de los elementos se obtiene multiplicando las puntuaciones dadas respecto de la importancia y el potencial de cambio (IxP). En el total final no puede haber puntuaciones iguales o «empates», por lo que si dos elementos obtienen la misma puntuación, se debe dar preferencia a uno con respecto al otro.

A continuación los cinco primeros elementos se pueden ordenar según su prioridad atribuyendo el primer puesto al elemento con la puntuación más alta, el segundo puesto al elemento con la siguiente puntuación, etcétera. Posteriormente se asignan puntos a cada puesto en la clasificación, de la siguiente forma:

PUESTO POR ORDEN DE PRIORIDAD	1	2	3	4	5
PUNTOS	5	4	3	2	1

En el siguiente cuadro se muestran las puntuaciones y los puestos asignados a los comportamientos (utilizando como ejemplo la lista de comportamientos que figura en el recuadro 4):

Cuadro 10 Ejemplo de puntuaciones y puestos asignados: comportamientos

Pautas de comportamiento potenciales que se desean promover	Puntuación (utilizar la gama completa de puntuaciones)			Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
	Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)	Total (IxP)		
1. Comer más fruta	2	4	8		
2. Comer más hortalizas	4	3	12	4	3
3. Comer más cereales integrales	2	3	6		
4. Beber menos bebidas con alto contenido de azúcar, incluidos los zumos de frutas (y beber más agua)	5	4	20	1	5
5. Desayunar todos los días	1	3	3		
6. Mejorar el contenido de las loncheras	3	4	12	5	1
7. Reducir los alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal en las tarteras y en los refrigerios de después de la escuela	4	4	16	2	4
8. Comer alimentos menos grasos en la cena	3	2	6		
9. Consumir con menor frecuencia comida rápida	3	3	9		
10. Caminar o desplazarse en bicicleta con mayor frecuencia (y utilizar menos el coche)	3	3	9		
11. Incrementar las actividades informales que implican ejercicio físico (por ejemplo, montar en monopatín o tirar balones a una canasta)	3	2	6		
12. Participar más en actividades físicas organizadas de carácter no deportivo (por ejemplo, baile y artes marciales)	2	2	4		
13. Aumentar las horas de educación física en las escuelas	2	1	2		
14. Dedicar menos tiempo a ver la televisión	4	4	16	3	3
15. Dedicar menos tiempo a los juegos electrónicos	3	2	6		

Nota:

1. Se utiliza la gama completa de puntuaciones – la puntuación debe ser diferenciadora.
2. Hay un «empate» en las puntuaciones – como no se permiten dos puntuaciones totales iguales, hay que dar preferencia a un elemento sobre otro. En este ejemplo, se da preferencia a «Reducir los alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal» (puesto 2) sobre «Dedicar menos tiempo a ver la televisión» (puesto 3)

Calcular la puntuación total atribuida a cada comportamiento que se desea promover para determinar las prioridades

Cuando cada persona ha clasificado y asignado puntos a los comportamientos potenciales que se desean promover, el grupo se reúne y suma los puntos atribuidos a cada comportamiento. Por ejemplo, en un grupo integrado por cinco partes interesadas y tomando el elemento «Comer más fruta» como ejemplo de comportamiento, la primera parte interesada puede haber asignado 5 puntos (puesto 1); la segunda parte interesada, 0 puntos (el elemento no se incluye entre las prioridades); la tercera parte interesada, 2 puntos (puesto 4); la cuarta parte interesada, 0 puntos (el elemento no se incluye entre las prioridades); y la quinta parte interesada, 4 puntos (puesto 2). Estos puntos se suman y dan un total de 11 puntos ($5+0+2+0+4=11$). Este proceso se repite para todos los comportamientos, y como resultado de ello se obtienen los «cinco primeros» elementos, esto es, los cinco comportamientos que han obtenido la puntuación más alta.

El método de clasificación y asignación de puntos se aplica igualmente a todos los «ambientes» pertinentes.

Tomando el «Ambiente domiciliario o familiar» como ejemplo, la pregunta es: ¿Cuáles son las áreas potenciales de cambio en el ambiente domiciliario que están relacionadas con los comportamientos prioritarios?

Cuadro 11 Ejemplo de puntuaciones y puestos asignados: ambiente domiciliario o familiar*

Tipo de ambiente	Entorno ambiental HOGARES/FAMILIAS	Puntuación (utilizar la gama completa de puntuaciones)			Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)	Total (IxP)		
Físico ¿De qué se dispone y de qué no se dispone?	Alimentación					
	1. Más frutas disponibles	5	4	20	2	4
	2. Más hortalizas y opciones de alimentos saludables en las cenas	5	3	15		
	3. Más opciones de refrigerios saludables después de la escuela y en otros momentos del día	5	3	15		
	4. Menos bebidas con alto contenido de azúcar disponibles	5	4	20	4	2
	5. Más opciones de alimentos saludables en el desayuno	5	3	15		
	6. Más opciones para preparar comidas saludables en el hogar	4	3	12		
	Actividad física					
	7. Más medios disponibles en el hogar (por ejemplo, pelotas, bates, redes y bicicletas) para jugar	4	4	16		
	8. Jardines más grandes para jugar	3	1	3		
9. Mayor disponibilidad de los padres para llevar a sus hijos a los lugares de las actividades	3	4	12			
Económico ¿Cuáles son los factores financieros?	Alimentación					
	10. Reducir el dinero de bolsillo gastado en alimentos con alto contenido de azúcar, grasas y sal	3	5	15		
	11. Aumentar la proporción del presupuesto alimentario que se destina a comprar productos más saludables	5	3	15		
	Actividad física					
	12. Aumentar el dinero gastado en deportes y actividades	4	4	16		
13. Reducir el dinero gastado en pasatiempos como el cine, los DVD, etc.	4	4	16			
Político ¿Cuáles son las normas?	Alimentación					
	14. Normas más estrictas con respecto al dinero de bolsillo gastado en alimentos con alto contenido de azúcar, grasas y sal	4	3	12		
	15. Más normas relativas a los alimentos y las bebidas para promover la inclusión de alimentos saludables en las loncheras	4	4	16	5	1

* Se utiliza el mismo proceso para clasificar por orden de prioridad otros ambientes pertinentes, como las escuelas y los barrios.

Nota:

Hay un "empate" en las puntuaciones – no se permiten puntuaciones iguales, por eso se debe escoger una de ellas. En este ejemplo, "más normas relativas a los alimentos y bebidas para promover la inclusión de alimentos saludables en las loncheras" (total IxP=16; puesto 5) ha sido clasificado por orden de prioridad por encima de otros elementos con un total de 16.

Tipo de ambiente	Entorno ambiental HOGARES/FAMILIAS	Puntuación (utilizar la gama completa de puntuaciones)			Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)	Total (IxP)		
Político ¿Cuáles son las normas?	Actividad física					
	16. Normas más estrictas sobre el tiempo dedicado a ver la televisión o a juegos electrónicos	5	5	25	1	5
	17. Menos restricciones a la participación en deportes, juegos y actividades al aire libre	4	4	16		
	18. Normas más flexibles acerca del desplazamiento a pie o en bicicleta por las calles	3	4	12		
Sociocultural ¿Cuáles son las actitudes, creencias, percepciones, valores y prácticas?	Alimentación					
	19. Los padres deben dar mejor ejemplo en lo que respecta a la alimentación sana	4	2	8		
	20. Las familias deben promover más una alimentación sana	5	4	20	3	3
	21. Los padres deben considerar los comedores escolares como una prolongación de la clase en lo que respecta a las normas aplicadas, no como una tienda donde se adquieren los alimentos más apetecibles	3	3	9		
	Actividad física					
	22. Los padres deben dar mejor ejemplo respecto de la actividad física	3	2	9		
	23. Las familias deben promover más el deporte y el ejercicio	4	4	12		
24. Percepciones de seguridad y protección	2	2	4			
Otras opciones						

Calcular la puntuación total atribuida a cada elemento ambiental para determinar las prioridades

Cuando cada persona haya clasificado y asignado puntos a los elementos ambientales, el grupo se reúne y suma los puntos atribuidos a cada elemento ambiental. De este modo se obtienen los «cinco primeros» elementos ambientales respecto de cada entorno, esto es, los cinco elementos que han obtenido la puntuación más alta con respecto a los hogares, los cinco primeros elementos con respecto a las escuelas y los cinco primeros elementos con respecto a los barrios. Esto da lugar a muchas posibles estrategias ambientales, lo que es oportuno habida cuenta de que los cambios ambientales deben ser la estrategia central de la intervención.

Clasificar los conocimientos y las competencias por orden de prioridad

A continuación se lleva a cabo un proceso similar para los conocimientos y las competencias. La viabilidad no se incluye entre los criterios de definición de prioridades. Esto se debe a que la viabilidad de entregar cualquier mensaje suele ser similar independientemente del mensaje; por tanto, la clasificación por orden de prioridad se basa únicamente en la «importancia».

Para clasificar los cinco primeros elementos por orden de prioridad se les atribuyen los puestos 1 a 5 (1 es el más importante, y 5 es el menos importante). Posteriormente se asignan puntos a cada puesto en la clasificación, de la siguiente forma (5 es la puntuación más elevada, y 1 la menos elevada):

PUESTO POR ORDEN DE PRIORIDAD	1	2	3	4	5
PUNTOS	5	4	3	2	1

¿Cuáles son las áreas potenciales de mejora de los conocimientos y las competencias (de los padres o de los jóvenes) en relación con los comportamientos prioritarios?

Cuadro 12 Ejemplo de puntuaciones y puestos asignados: conocimientos y competencias

Lista de áreas potenciales de mejora de los conocimientos y las competencias	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
1. Saber que desayunar favorece el aprendizaje	5	1
2. Conocer las opciones de almuerzos saludables		
3. Saber que la comida para llevar y los refrigerios grasos como las patatas fritas no son saludables	2	4
4. Saber que las bebidas con alto contenido de azúcar no son saludables	4	2
5. Saber que los zumos de fruta no son saludables		
6. Saber qué refrigerios son saludables		
7. Saber que comer muchas frutas y hortalizas ayuda a mantener una buena salud	1	5
8. Conocer la recomendación de que los niños y los adolescentes hagan al menos una hora al día de ejercicio de moderado a intenso		
9. Saber que ir caminando a la escuela puede ser divertido y saludable		
10. Concienciarse acerca de los peligros de la carretera		
11. Saber que ver demasiado la televisión empeora la salud y el estado físico		
12. Saber que el tiempo de ocio «delante de una pantalla» (televisión y juegos electrónicos) no debería exceder de 2 horas al día	3	3
13. Mejorar las competencias culinarias		
14. Desarrollar el gusto por un gran número de frutas y verduras		
15. Conocer las normas de seguridad vial y/o de la circulación en bicicleta		
16. Tener buenas habilidades deportivas, por ejemplo en juegos de pelota		

Estos procesos de clasificación por orden de prioridad permiten obtener cinco elementos respecto de cada área.

En el anexo 3 se proporcionan hojas de trabajo en blanco que abarcan las etapas 2 y 3.

A lo largo de todo el proceso se harán evidentes las necesidades en materia de investigación, las cuales deberían traducirse en un conjunto de proyectos de investigación jerarquizados cuyos resultados proporcionarán la evidencia y los datos básicos necesarios para las intervenciones. El proceso completo constituye un mecanismo importante para lograr que las principales partes interesadas se comprometan a alcanzar objetivos comunes.

5.3 Elaboración y formulación de un plan de acción

Etapa 4: Fusión

La fusión consiste en reagrupar los elementos relativos a los comportamientos, los conocimientos y las competencias y los ambientes que han obtenido los primeros puestos en los principales entornos con arreglo a las puntuaciones atribuidas por los grupos. En este proceso, un conjunto de opciones priorizadas pueden ser identificadas para el desarrollo de un plan de acción.

Cuadro 13 Elementos clasificados en los primeros puestos

Comportamientos	Conocimientos y competencias	Ambientes
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

Etapa 5: Formulación de un plan de acción

El formato del plan de acción puede variar. Puede ser el mismo formato al que están habituados los responsables locales de la aplicación, o bien adoptar la siguiente estructura básica:

1. Finalidad general (una declaración simple y amplia sobre la meta general del programa)
2. Objetivos (lo que se logrará)
3. Estrategias (cómo se lograrán los objetivos)
4. Medidas de acción (quién hará qué, en qué plazo y qué en qué fase de la aplicación se encuentra el proceso)

Definición de una finalidad o meta general

La primera etapa consiste en definir una finalidad o meta general que será el resultado global esperado del programa, y que servirá para explicar el proyecto y establecer el grupo destinatario. Las metas expresan por lo general cambios a largo plazo en el comportamiento o estado de salud o cambios en las condiciones económicas o ambientales.

Formulación de objetivos

Posteriormente, para alcanzar la meta o finalidad general se tendrá que establecer un conjunto de objetivos específicos, los cuales constituirán los efectos medidos del programa. Estos objetivos reformulan las metas en términos operacionales. Enuncian lo que debe ocurrir para poder alcanzar la meta, y lo que se pretende lograr con el programa inmediatamente después de su conclusión. La realización de un análisis detenido de la cuestión relativa a los determinantes de la salud proporciona el punto de partida para el establecimiento de los objetivos; por ejemplo, se pueden utilizar los «comportamientos» para definir los objetivos.

Los objetivos deberían ser «SMART» (61):

- **específicos**
- **medibles**
- **alcanzables**
- **pertinentes**
- **sujetos a un plazo**

En los proyectos «relativos a toda la comunidad» en los que se ha puesto en práctica este proceso, se definieron entre 8 y 10 objetivos para cada plan de acción. Tres de ellos eran comunes a todos los planes: a) fortalecer la capacidad de la comunidad (desarrollo de la mano de obra, liderazgo, alianzas y relaciones, desarrollo institucional, recursos); ii) comunicar los mensajes del proyecto (mercadeo social); y iii) evaluar el proyecto. Los dos últimos requirieron por lo general sus propios planes secundarios. Cuatro o cinco objetivos derivaban de comportamientos prioritarios dimanantes del proceso ANGELO. El último o los dos últimos objetivos de cada plan de acción prevén intervenciones innovadoras o exploratorias allí donde las comunidades quieren intentar algo nuevo y nunca probado. En Fiji, por ejemplo, la evaluación de la posibilidad de que las iglesias se convirtieran en entornos de promoción de la salud se incluyó como objetivo exploratorio. Los elementos prioritarios relativos a las deficiencias en materia de conocimientos y competencias y al ambiente se integraron en las estrategias del plan de acción para lograr los objetivos relativos a los comportamientos. Las estrategias consistían generalmente en mercadeo social, políticas, acciones programáticas o cambios ambientales.

Definición de estrategias

Para lograr los objetivos se tendrán que elaborar varias estrategias de aplicación, seguidas de diversas medidas de acción. Los déficits de conocimientos y los obstáculos ambientales conexos pueden utilizarse por lo general para definir estas estrategias.

Definición de las medidas de acción

Al definir las medidas de acción se tiene que incluir información sobre los calendarios y las personas responsables de la aplicación, así como indicadores de evaluación del proceso. A medida que se elabora el plan de acción se van estableciendo los calendarios, los procesos y las responsabilidades de los coordinadores del proyecto. Se pueden asignar medidas de evaluación una vez que se hayan analizado los datos de referencia. El plan de acción se concibe como un documento «vivo» que guía la aplicación y puede desarrollarse a través de varias versiones (hasta 15 o 20) a lo largo de la vida del proyecto. Al final de cada taller se acuerda el proyecto de plan de acción, que posteriormente se perfecciona. A tal fin, el plan se presenta a la comunidad para obtener las aportaciones de aquellas partes interesadas que no hayan podido participar en el taller.

En la siguiente página se presenta un ejemplo de plan de acción, y en el anexo 3 figura una hoja de trabajo en blanco relativa al plan de acción.

Ejemplo de plan de acción

Meta:	Mejorar la salud y bienestar de las personas y reforzar la comunidad promoviendo una alimentación sana y la actividad física.
Grupo de población:	Niños de entre 2 y 12 años de la comunidad y sus familias y cuidadores.
Abreviaturas:	CDL= comité de dirección local; SSL= servicio de salud local; CZL=consejo de zona local; plan de com.= plan de comunicación (plan independiente); PDV=punto de venta
Símbolos:	✓ = completado, ▶ = en curso, ✕ = no comenzado, retrasado, ● = no comenzado, con arreglo al calendario, ▶ = comenzado antes de lo previsto
Objetivo 1:	Promover un elevado grado de concienciación de los padres y los niños acerca de la importancia de una alimentación sana y de la actividad física a través de la comunicación de mensajes
Objetivo 2:	Fortalecer la capacidad de la comunidad para promover la actividad física y la alimentación sana
Objetivo 3:	Evaluar el proceso, el impacto y los efectos del proyecto
Objetivo 4:	Reducir considerablemente el tiempo dedicado a ver la televisión y a jugar con computadoras o juegos electrónicos
Objetivo 5:	Reducir considerablemente el consumo de bebidas con alto contenido de azúcar y promover el consumo de agua
Objetivo 6:	Reducir considerablemente el consumo de refrigerios hipercalóricos y aumentar sustancialmente el consumo de fruta
Objetivo 7:	Aumentar considerablemente la proporción de niños que viven a menos de 1,5 km de su escuela primaria y que realizan los trayecto de ida y vuelta a pie o en bicicleta
Objetivo 8:	Aumentar considerablemente el tiempo dedicado al juego activo después de la escuela y los fines de semana
Objetivo 9:	a) Investigar el potencial de mejora de la calidad (contenido y tipo de grasas) de las patatas fritas b) Mejorar la calidad de las patatas fritas para llevar
Objetivo 10:	a) Prestar un servicio para mejorar las opciones en materia de alimentación y actividad física disponibles para los niños sobrepeso o con riesgo de padecerlo b) Poner a prueba un programa de promoción de modos de vida saludables para los padres y cuidadores de niños de entre 2 y 12 años centrado en la alimentación sana, la actividad física y las aptitudes parentales

Se presentan a modo de ejemplo planes de acción relativos a tres de los objetivos enumerados más arriba (objetivos 1, 4 y 6).

Objetivo 1: Promover un elevado grado de concienciación de los padres y los niños acerca de la importancia de una alimentación sana y de la actividad física a través de la comunicación de mensajes

Objetivo estratégico	Estrategias	A quién corresponde la aplicación	Calendario	Estado	Evaluación del proceso
1.1 Implicar a los padres, los niños y la comunidad en la promoción de la actividad física y de una alimentación sana a favor de los niños	1.1.1 Entablar un diálogo con los padres, los niños y la comunidad a través de la campaña de mercadeo social del proyecto (véase el objetivo 1.2)	Véase el objetivo 1.2 (plan de com.)	May. 03 en adelante	➡	1.1.1 Véase la evaluación en el plan de com.
	1.1.2 Establecer vínculos con los comités establecidos de padres y amigos de niños que acuden a la escuela primaria	Miembro del equipo del proyecto	Feb. 03 en adelante	➡	1.1.2 Documentar las visitas y la correspondencia con los comités de padres
	1.1.3 Invitar a representantes de los comités de padres a las sesiones del comité de dirección	CDL	Sep 03	✓ 12/03	1.1.3 Asistencia de los padres a las sesiones del comité
	1.1.4 Planificar y facilitar el establecimiento de un grupo de padres para obtener su opinión sobre la importancia de la alimentación sana y la actividad física para los niños	Miembro del equipo del proyecto	May–Aug 03	✗ 8/03	1.1.4 Se han puesto en marcha los grupos de padres y se ha elaborado el informe
	1.1.5 Seguir colaborando con los padres que han formado parte del grupo	Miembro del equipo del proyecto	Aug 03 en adelante	➡	1.1.5 Documentar los contactos de seguimiento con los padres
	1.1.6 Aprovechar los vínculos y la ubicación para instaurar un diálogo con los padres y los niños	Miembro del equipo del proyecto	Sep 03 en adelante	➡	1.1.6 Documentar los vínculos establecidos con los padres
1.2 Elaborar y aplicar un plan de comunicación para el proyecto	1.2.1 Contratar a un consultor especializado en mercadeo social para reforzar las competencias del equipo del proyecto en dicha esfera	Equipo	Dic 03	✓ 2/03	1.2.1 Sesión de formación dirigida por el consultor especializado en mercadeo social
	1.2.2 Formular un plan de comunicación para el proyecto	Miembro del equipo del proyecto	Feb 03	✓ 5/03	1.2.2 Redacción y revisión del plan de comunicación
	1.2.3 Seguir desarrollando el plan de comunicación durante el periodo de vigencia del proyecto	Miembro del equipo del proyecto	Jun 03 en adelante	➡	1.2.3 Consignación por escrito de las diferentes versiones del plan de comunicación
	1.2.4 Poner en marcha la fase 1 del plan de mercadeo social	Miembro del equipo del proyecto	May–Nov 03	✓ 12/03	1.2.4 Número de artículos en revistas, carteles en los PDV, paneles, etc
	1.2.5 Poner en marcha la fase 2 del plan de mercadeo social	Miembro del equipo del proyecto	Dic 03 en adelante	➡	1.2.5 Número de artículos en revistas, carteles en los PDV, paneles, etc
	1.2.6 Poner en marcha la fase 3 del plan de mercadeo social	Miembro del equipo del proyecto	Jul 03 en adelante	➡	1.2.6 Número de artículos en revistas, carteles en los PDV, paneles, etc
	1.2.7 Ampliar el plan de comunicación para incluir directrices relativas a la comunicación de las informaciones del proyecto y a los métodos de difusión de la información en la comunidad Colac y en la comunidad en general	Miembro del equipo del proyecto	Nov–Feb 04	➡	1.2.7 Consignación por escrito del plan de comunicación con complementos sobre la comunicación

Objetivo 4: Reducir considerablemente el tiempo dedicado a ver la televisión y a jugar con computadoras o juegos electrónicos

Objetivo estratégico	Estrategias	A quién corresponde la aplicación	Calendario	Estado	Evaluación del proceso
4.1 Examinar los programas existentes en los que se aborda el tiempo que pasan los niños delante de una pantalla	4.1.1 Investigar y determinar el origen de los programas existentes sobre la función que desempeñan los padres en la reducción del tiempo que pasan los niños delante de una pantalla	Miembro del equipo del proyecto	Dic-Mar 03	✓ 3/03	4.1.1 Número de programas identificados y documentados
	4.1.2 Determinar el origen de las directrices existentes relativas al tiempo mínimo y máximo que pasan los niños delante de una pantalla	Miembro del equipo del proyecto	Dic-Mar 03	✓ 3/03	4.1.2 Directrices identificadas y documentadas
	4.1.3 Investigar y determinar el origen de los programas basados en los planes de estudio que están en marcha en las escuelas primarias	Miembro del equipo del proyecto	Dic 03	✓ 12/03	4.1.3 Número de programas identificados y documentados
	4.1.4 Investigar la labor realizada a nivel local con el grupo destinatario en lo que respecta al tiempo dedicado a ver la televisión	Miembro del equipo del proyecto	Apr 03	✓ 4/03	4.1.4 Resultados de la investigación documentados
4.2 Concienciar a los padres acerca de los problemas que conlleva para los niños pasar demasiado tiempo delante de una pantalla	4.2.1 Véase el objetivo 1.2	Miembro del equipo del proyecto	May 03 en adelante	➡	
4.3 Formular y aplicar un programa para reducir el tiempo que pasan los niños delante de una pantalla	4.3.1 Considerar la posibilidad de emplear a un miembro del equipo del proyecto para elaborar el programa	SSL	-		-
	4.3.2 Realizar una evaluación de las necesidades (por ejemplo, los grupos destinatarios con los padres y el CDL)	Miembro del equipo del proyecto	Abr-May 04	●	4.3.1 Realización de la evaluación de las necesidades y documentación de los resultados
	4.3.3 Formular un programa	Miembro del equipo del proyecto	May-Aug 04	●	4.3.2 Elaboración del programa
	4.3.4 Poner en marcha el programa de forma experimental	Miembro del equipo del proyecto	Aug-Oct 04	●	4.3.3 Puesta en marcha experimental y evaluación del programa

Objetivo 6: Reducir considerablemente el consumo de refrigerios hipercalóricos y aumentar sustancialmente el consumo de fruta

Objetivo estratégico	Estrategias	A quién corresponde la aplicación	Calendario	Estado	Evaluación del proceso
6.1 Elaborar o localizar «directrices sobre la preparación de las loncheras» para promoverlas entre los padres	6.1.1 Investigar si existen directrices sobre las loncheras que vayan dirigidas a los padres	Miembro del equipo del proyecto	Dic 02–Feb 03	✓ 2/03	6.1.1 Number of guidelines sourced and documented
	6.1.2 Decidir las que mejor información presenten para su utilización	Miembro del equipo del proyecto	Mar–Abr 04	●	6.1.2 Decision made on best approach
	6.1.3 Investigar las mejores opciones para difundir las directrices entre los padres en distintos entornos (escuelas, centros preescolares, guarderías)	CDL	May 04	●	6.1.3 Lista de las opciones consideradas y decisión adoptada
	6.1.4 Difundir las directrices de la forma decidida en 6.1.3		June 04	●	6.1.4 Número de directrices distribuidas
	6.1.5 Comunicar a los padres las directrices sobre la preparación de las loncheras (vínculos con el objetivo 1.2)		Abr–Dic 04	●	
6.2 Facilitar y apoyar la introducción de políticas nutricionales en las escuelas primarias	6.2.1 Encontrar ejemplos de políticas nutricionales en las escuelas	Miembro del equipo del proyecto	Feb 03	✓ 2/03	6.2.1 Número de ejemplares de las políticas documentados
	6.2.2 Designar a responsables en nutrición en las escuelas	Miembro del equipo del proyecto	Feb 03 en adelante	➡	-
	6.2.3 Convocar un grupo de trabajo en las escuelas para debatir y apoyar las iniciativas para establecer políticas y aplicarlas	Miembro del equipo del proyecto	Abr–Dic 04	●	6.2.3 Minutas de las reuniones del grupo de trabajo
	6.2.4 Presentar al grupo de trabajo opciones que deberían incluirse en las políticas nutricionales de la escuela (por ejemplo, sobre la cafetería escolar, agua, pausa para fruta, recaudación de fondos, planes de estudios, etc.)	Escuelas	Abr–Dic 04	●	6.2.4 Las minutas del grupo de trabajo deben recoger las opciones
	6.2.5 Las escuelas toman una decisión sobre la orientación de sus políticas nutricionales	Escuelas	Abr–Dic 04	●	-
	6.2.6 Adopción y aplicación de las políticas		Abr–Dic 04	●	6.2.6 Número de nuevas políticas o políticas mejoradas aplicadas

Objetivo estratégico	Estrategias	A quién corresponde la aplicación	Calendario	Estado	Evaluación del proceso
6.3 Investigar los requisitos exactos para la manipulación de alimentos en las escuelas con respecto a la preparación de la fruta	6.3.1 Contact relevant person at LAC	Miembro del equipo del proyecto	Mar 04	●	6.3.1 –
	6.3.2 Obtain information re food handling requirements	Miembro del equipo del proyecto	Mar 04	●	6.3.2 Información recogida
	6.3.3 Pass information to school working party	Miembro del equipo del proyecto	Abr–Dic 04	●	6.3.3 Las minutas del grupo de trabajo deben recoger los debates sobre los requisitos para la manipulación de alimentos
6.4 Explicar a los padres, a través del plan de mercadeo social, la diferencia entre consumir refrigerios hipercalóricos y fruta	Véase el objetivo 1.2	Miembro del equipo del proyecto	May 03 en adelante	➡	

Conclusión

Para poder formular políticas basadas en evidencias científicas es fundamental definir prioridades que permitan crear un conjunto de intervenciones políticas recomendadas que ofrezcan resultados prometedores. Se han descrito varios procesos para establecer prioridades, todos ellos con características similares, por ejemplo, la realización de evaluaciones de necesidades o el análisis de procesos para generar una lista de posibles intervenciones, así como la puesta en marcha de un «procedimiento reglamentario» junto con las partes interesadas a fin de tener en cuenta los análisis técnicos pertinentes en la creación del conjunto de medidas recomendadas. Cada enfoque se presta a fines particulares y en general exige la intervención de personal con conocimientos especializados que gestione la compilación de datos científicos y la colaboración con las partes interesadas para determinar las medidas prioritarias que se vayan a recomendar. Sin embargo, la definición de prioridades solo es el comienzo del proceso. Los dirigentes o políticos comunitarios que toman las decisiones deben aceptar las recomendaciones, lo cual puede suponer un trabajo de promoción. Una vez aprobadas las medidas, se necesitan aptitudes en la gestión de proyectos o programas para aplicarlas.

Referencias

1. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312(7023):71–2.
2. Green L. From research to “best practices” in other settings and populations. *American Journal of Health Behavior*, 2001, 25:165–78.
3. Marmot MG. Evidence based policy or policy based evidence? *British Medical Journal*, 2004, 328(7445):906–7.
4. Swinburn B, Gill T, Kumanyika S. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6(1):23–33.
5. Bridgman P, Davis G. *The Australian Policy Handbook*, 3rd ed. Sydney, Allen and Unwin, 2004.
6. *Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
7. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, May, 5 Suppl 1:4–104.
8. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación de la estrategia mundial*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
9. Ezzati M et al., eds. Comparative quantification of health risks. *Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
10. *Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective*. American Institute for Cancer Research and World Cancer Research Fund (AICR/WCRF), Washington, DC, 2007.
11. Tsiros MD et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity* (London), 2009, 33:387–400.
12. Williams J WM et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association*, 2005;293:70–6.
13. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en seis idiomas en la siguiente dirección: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html> [consultado el 30 de noviembre de 2011].
14. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación de la estrategia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
15. Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2008, 10(1):76–86.
16. *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
17. Carter R et al. Priority setting in health: origins, description, and application of the Australian ‘Assessing Cost-Effectiveness’ (ACE) initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2008, 8(6):593–617.
18. Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity* (London), 2006, 30(10):1463–75.
19. Carter R et al. Assessing Cost-Effectiveness in Obesity (ACE-Obesity): an overview of the ACE approach, economic methods and cost results. *BMC Public Health*, 2009, 9:419.
20. *Tackling Obesities: Future Choices – Project report*. Foresight, London, Government Office for Science, 2007. Disponible en: <http://www.bis.gov.uk/foresight/our-work/projects/published-projects/tackling-obesities> [consultado el 30 de noviembre de 2011].
21. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action* (WHO regional publications. European series, No. 96). Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, 2004.

22. *Best options for promoting healthy weight and preventing weight gain in NSW*. Sydney, New South Wales Department of Health, 2005.
23. Griffiths J, Maggs H, George E. 'Stakeholder Involvement': Documento de fondo preparado para la reunión conjunta OMS/Foro Económico Mundial sobre prevención de enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo (Dalian/China, septiembre de 2007). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
24. Milio N. Nutrition and health: patterns and policy perspectives in food-rich countries. *Social Science & Medicine*, 1989, 29(3):413–23.
25. Swinburn BA. Obesity prevention: the role of policies, laws and regulations.(Commentary). *Australia & New Zealand Health Policy*, 2008, 5:12.
26. Snowdon W et al. Prioritizing policy interventions to improve diets? Will it work, can it happen, will it do harm? *Health Promotion International*, 2010, 25(1):123–33.
27. Keating CL et al. Cost-effectiveness of surgically induced weight loss for the management of type 2 diabetes: modeled lifetime analysis. *Diabetes Care*, 2009, 32(4):567–74.
28. Picot J et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 2009, 13(41):1–190, 215–357, iii–iv.
29. Stirling A et al. Methodology for obtaining stakeholder assessments of obesity policy options in the PorGrow project. *Obesity Review*, 2007, May;8 Suppl 2:17–27.
30. Brescoll VL, Kersh R, Brownell KD. Assessing the feasibility and impact of federal childhood obesity policies. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 2008, 615:178–94.
31. Elley RKN et al. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *New Zealand Medical Journal*, 2004, 117(1207):U1216.
32. Dixon JB et al. Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 299(3):316–23.
33. Sjostrom L et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(8):741–52.
34. *How to review the evidence: systematic identification and review of the scientific literature*. Canberra, National Health and Medical Research Council, 2000.
35. Guyatt G et al. Grades of Recommendation for Antithrombotic Agents. *Chest*, 2001, 119(1 Suppl):35–75.
36. *Levels of evidence and grades of recommendations Oxford*. Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2009. Disponible en <http://www.cebm.net/?o=1025> [consultado el 18 de noviembre de 2011].
37. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *British Medical Journal*, 2001, 323(7308):334–6
38. Atkins D, Best D, Shapiro E. The third U.S. Preventive Services Task Force: background, methods and first recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(3, Suppl 1):1–108.
39. Briss PA et al. Developing an evidence-based guide to community preventive services– methods. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(1, Suppl 1):35–43.
40. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650):924–6.
41. Douglas MJ et al. Developing principles for health impact assessment. *Journal of Public Health*, 2001, 23(2):148–54.
42. *European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) a guide*. Liverpool, International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT), 2004.
43. Bell A et al. Contribution of non-core foods and beverages to the energy intake and weight status of Australian children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 59:639–45.
44. Bell AC, Swinburn B. School canteens: using ripples to create a wave of healthy eating. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183(1):5–6.

45. Moodie M et al. Cost-effectiveness of active transport for primary school children - Walking School Bus program. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2009, 6(1):63.
46. Epping-Jordan JE et al. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *The Lancet*, 2005, 366(9497):1667–71.
47. *STEPS: marco de vigilancia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
48. *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
49. *Informe de la Reunión de Ministros de Salud de los Países Insulares del Pacífico. Nuku'alofa, Tonga 9–13 Marzo de 2003*. Manila, Organización Mundial de la Salud, 2003.
50. Galea G et al. Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15(2): 169–178.
51. Snowdon W, Schultz J, Swinburn B. Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition. *Health Promotion International*, 2008, 23:345–53.
52. 3.3. *The Logical Framework Approach*. AusAID. AusGuideline, Australian Government, 2005. Disponible en <http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf> [consultado el 30 de noviembre de 2011].
53. Moussa M. Applying objective oriented project planning approach for environmental projects design and management case study: environmental information strategic plan. *Journal of Applied Sciences Research*, 2006, 2:1375–83.
54. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29(6 Pt 1):563–70.
55. Simmons A et al. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grids for Elements Linked to Obesity) framework. *Health Promotion International*, 2009, 24(4):311–23.
56. Schultz J et al. The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities): action plans and interventions. *Pacific Health Dialog*, 2007, 14(2):147–53.
57. Rychetnik L et al. A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(7):538–45.
58. Keleher H, MacDougall C, Murphy B. *Understanding health promotion*. Melbourne, Oxford University Press, 2007.
59. Flynn MAT et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, 2006, 7:7–66.
60. Doak CM et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 2006, 7(1):111–36.
61. Round R, Marshall B, Horton K. *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne, Victorian Department of Human Services, 2005.
62. The CO-OPS Collaboration. The CO-OPS Collaboration of Community-based Obesity Prevention Sites Geelong: The CO-OPS Collaboration; 2009. Disponible en: <http://www.co-ops.net.au/> [consultado el 30 de noviembre de 2011].

Otras fuentes de información

CO-OPS Collaboration (Colaboración de Sitios Comunitarios de Prevención de la Obesidad – enlace: <http://www.co-ops.net.au/>)

La CO-OPS Collaboration es una iniciativa financiada por el Ministerio de Salud y Envejecimiento del Gobierno de Australia que «tiene por objeto apoyar iniciativas comunitarias de prevención de la obesidad mediante un enfoque colectivo para promover las mejores prácticas y la traslación de los conocimientos y proporcionar apoyo, asesoramiento y oportunidades de crear redes».

Marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas

Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Epping-Jordan JE et al. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *The Lancet*, 2005, 366:1667–1671.

Árbol de Problemas y Soluciones modificado

Snowdon W, Schultz J, Swinburn B. Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition. *Health Promotion International*, 2008, 23(4):345–353.

Aplicación de «filtros» /criterios para establecer prioridades

Snowdon W et al. Prioritizing policy interventions to improve diets? Will it work, can it happen, will it do harm? *Health Promotion International*, 2010, 25(1):123–133.

Snowdon W et al. Evidence-informed process to identify policies that will promote a healthy food environment in the Pacific Islands. *Public Health Nutrition*, 2010, 13(6):886–892.

Marco y proceso ANGELO

Simmons A et al. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework. *Health Promotion International*, 2009, 24(4):311–24.

Schultz J et al. The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities): action plans and interventions. *Pacific Health Dialog*, 2007, 14(2):147–53.

Proceso ACE

Métodos:

Carter R et al. Priority setting in health: origins, description and application of the Australian 'Assessing Cost Effectiveness' (ACE) initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2008, 8(6):593–617.

En relación con la obesidad:

Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1463–1475.

Herramientas para explorar sectores/entornos (plantillas de análisis)

Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2009, 10(1):76–86.

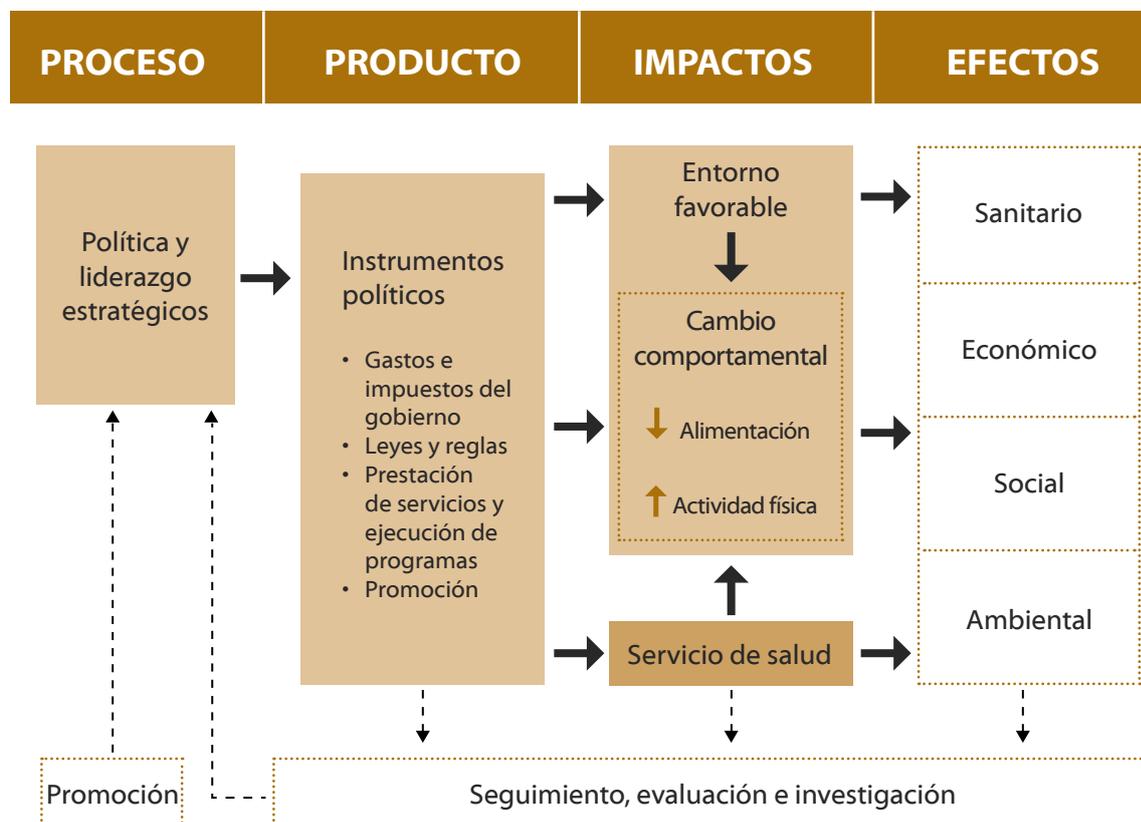
Sacks G, Swinburn BA, Lawrence MA. A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2008, 5(5):13.

Apéndice 1:

Plantillas de análisis – herramientas de exploración para definir una serie de áreas políticas de acción

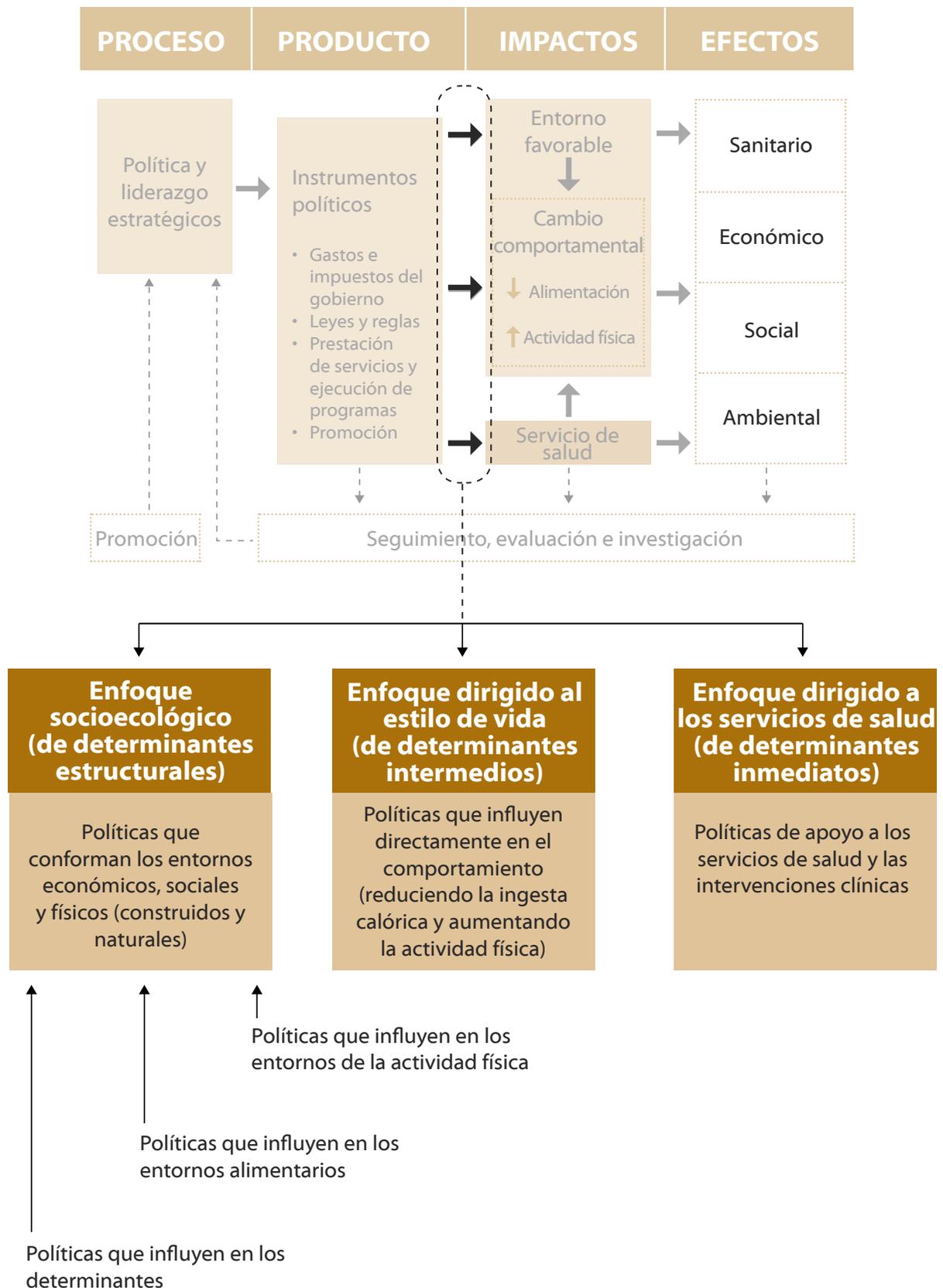
El marco modificado de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (15) se ilustra en la figura 8 y la figura 9.

Figura 8 Marco modificado de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud centrado en áreas de acción para la prevención de la obesidad



⁹ Fuente: Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity (15) Adaptación de: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación (8)

Figura 9 Versión ampliada del marco modificado de la Estrategia Mundial que ilustra los enfoques de prevención de la obesidad¹⁰



¹⁰ Fuente: Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity (15)

Para cada uno de los tres enfoques de salud pública definidos en la versión ampliada del marco modificado de la Estrategia Mundial (véase la figura 9), pueden utilizarse plantillas de análisis a fin de determinar todos los ámbitos políticos pertinentes para la prevención de la obesidad clasificados en función de las dos dimensiones: el sector o entorno al que mejor se aplica el ámbito político y la parte interesada que es el principal responsable de administrar la política. Las plantillas de análisis permiten efectuar enfoques sistemáticos para definir todas las opciones y pueden utilizarse para confeccionar una lista integral en cada entorno o sector. A continuación se recogen ejemplos de plantillas de análisis, completados con una serie de posibles áreas políticas. Cabe observar que los ejemplos dados no constituyen una lista completa de todas las opciones. Además, los ejemplos citados no representan necesariamente las áreas prioritarias o de «mejores prácticas» para la intervención.

Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas normativas que influyen en los determinantes subyacentes de la salud de la población (enfoque de determinantes estructurales /socioecológico)

SECTOR	PARTE INTERESADA			
	OMS y organizaciones internacionales	Gobiernos nacionales	Sector privado	Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales
Finanzas	<ul style="list-style-type: none"> Alivio coordinado de la carga de la deuda Actividades de ayuda coordinadas Evaluaciones de las repercusiones sanitarias de los acuerdos económicos multinacionales Cooperación internacional en materia fiscal 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de los ingresos a través de la tributación nacional 	<ul style="list-style-type: none"> Sueldos y salarios pagados Beneficios que corren a cargo de los empleadores (por ejemplo, baja por enfermedad, cobertura sanitaria) 	
Comercio	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdos comerciales internacionales justos Reglamentación de bienes y servicios que tienen importantes repercusiones en la salud (por ejemplo, tabaco, alcohol, alimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo a la agricultura local Reglamentación de bienes y servicios que tienen importantes repercusiones en la salud (por ejemplo, tabaco, alcohol, alimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicación de las actividades 	

SECTOR	PARTE INTERESADA			
	OMS y organizaciones internacionales	Gobiernos nacionales	Sector privado	Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Coherencia política entre diferentes organismos con respecto al desarrollo en la primera infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriedad de la educación primaria y secundaria • Programas escolares nacionales • Inversiones en infraestructuras escolares y centros educativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades de formación educativa y profesional 	
Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Normas laborales básicas • Empleo justo y condiciones de trabajo dignas 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo justo y condiciones de trabajo dignas • Equidad en los sueldos de hombres y mujeres • Condiciones de trabajo que permitan la conciliación con la vida familiar • Sueldos dignos 	<ul style="list-style-type: none"> • Erradicación del trabajo infantil • Cumplimiento de los códigos laborales y de las normas de salud y seguridad en el trabajo 	
Salud		<ul style="list-style-type: none"> • Acceso universal a la atención sanitaria • Sector sólido de atención primaria de salud • Creación de un cuerpo nacional de profesionales sanitarios • Evaluaciones de las repercusiones sanitarias de las políticas de otros sectores 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura sanitaria para los empleados 	
Asuntos sociales y otros sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Equidad sanitaria en las respuestas políticas al cambio climático y la degradación del medio ambiente • Igualdad de género • Registro universal de nacimientos • Disponibilidad de viviendas asequibles • Inversión en el desarrollo rural • Mejora de las barriadas urbanas • Acceso universal a las telecomunicaciones 		

Cuadro 15 Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas que influyen en el sistema alimentario (enfoque de determinantes estructurales/socioecológico)

SECTOR	PARTE INTERESADA			
	OMS y organizaciones internacionales	Gobiernos nacionales	Sector privado	Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales
Producción primaria	<ul style="list-style-type: none"> Subsidios e impuestos en relación con la producción primaria 	<ul style="list-style-type: none"> Subsidios e impuestos en relación con la producción primaria Gestión del uso de la tierra Huertos comunitarios 		<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de aprobación basados en criterios
Elaboración de alimentos		<ul style="list-style-type: none"> Normas sobre la composición de los productos Inocuidad de los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Normas sobre la composición de los productos 	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de aprobación basados en criterios
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdos comerciales 	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdos comerciales Transporte de alimentos Restricciones, subsidios e impuestos a las importaciones Cuarentena 		
Promoción	<ul style="list-style-type: none"> Códigos internacionales sobre la promoción de alimentos malsanos 	<ul style="list-style-type: none"> Divulgación de información sobre el contenido nutricional en el material de promoción Protección de los consumidores (por ejemplo, publicidad engañosa) Restricciones a la promoción de alimentos malsanos Fomento de la promoción de alimentos sanos Prácticas de promoción en las escuelas 	<ul style="list-style-type: none"> Restricciones a la promoción de alimentos malsanos Fomento de la promoción de alimentos sanos 	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de aprobación basados en criterios
Venta al por menor	<ul style="list-style-type: none"> Etiquetado nutricional Declaraciones sanitarias sobre los productos alimenticios 	<ul style="list-style-type: none"> Productos vendidos en las escuelas Gestión del uso de la tierra Densidad de comerciantes minoristas de alimentos frescos Densidad de restaurantes de comida rápida Etiquetados nutricional Declaraciones sanitarias sobre los productos alimenticios Sistema de incentivos para que las personas que reciben subsidios compren alimentos sanos Subsidios/impuestos sobre los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicación de los productos en las tiendas 	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de aprobación basados en criterios
Servicios de restauración/alimentación		<ul style="list-style-type: none"> Políticas sobre servicios de alimentos sanos en departamentos gubernamentales y organismos subvencionados (en particular escuelas, hospitales, centros recreativos) Información nutricional en restaurantes Inocuidad de los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas sobre alimentación escolar Políticas sobre adquisición de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas sobre adquisición de alimentos Sistemas de aprobación basados en criterios

Cuadro 16 Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas que influyen en el entorno de la actividad física (enfoque de determinantes estructurales/socioecológico)

SECTOR	PARTE INTERESADA			
	OMS y organizaciones internacionales	Gobiernos nacionales	Sector privado	Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales
Infraestructura y planificación		<ul style="list-style-type: none"> • Urbanismo • Vías de circulación • Gestión del uso de la tierra (división por zonas) • Entorno peatonal • Entorno para bicicletas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo residencial y urbano 	
Educación		<ul style="list-style-type: none"> • Educación física en las escuelas públicas • Instalaciones para la actividad física en las escuelas públicas • Políticas escolares sobre educación física, actividad física y deporte • Políticas de transporte escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física en las escuelas privadas • Instalaciones para la actividad física en las escuelas privadas • Políticas escolares sobre educación física, actividad física y deporte • Políticas de transporte escolar en las escuelas privadas 	
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos comerciales sobre los vehículos motorizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas fiscales sobre los automóviles • Incentivos fiscales por el uso del transporte público • Transporte público • Control del tránsito • Restricciones de aparcamiento • Políticas de transporte escolar • Programas urbanos de préstamo de bicicletas • Restricciones en la importación de automóviles 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de transporte escolar en las escuelas privadas • Transportes colectivos privados • Incentivos para que se utilicen los transportes colectivos 	
Deportes y actividades recreativas		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad civil • Acceso de la comunidad general a las instalaciones deportivas escolares • Instalaciones para la actividad física: estructuras construidas y espacios abiertos 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones para la actividad física y el deporte 	

Cuadro 17 Ejemplos de entornos y áreas políticas para el enfoque de determinantes intermedios/comportamental *

Principales entornos infantiles	Principales intervenciones normativas
<ul style="list-style-type: none"> Entornos de atención en la primera infancia Educación (por ejemplo, centros de educación preescolar, primaria y secundaria) Instalaciones comunitarias y recreativas Hogares Otros entornos (por ejemplo, iglesias, islas, aldeas) 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas en diferentes entornos sobre los servicios alimentarios y sobre la promoción de una alimentación sana y de la actividad física Campanas y mercadeo social Programas para la promoción de una dieta sana y la actividad física Educación e información

*No se ha utilizado una plantilla de análisis para presentar las áreas políticas de curso medio porque todas las partes interesadas, en todos los entornos, pueden aplicar intervenciones en las mismas áreas políticas.

Cuadro 18 Plantilla de análisis con ejemplos de áreas políticas para las intervenciones clínicas y los servicios de salud (enfoque de determinantes inmediatos)

COMPONENTE DEL SECTOR DE LA SALUD	PARTE INTERESADA			
	OMS y organizaciones internacionales	Gobiernos nacionales	Sector privado	Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales
Atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Alianzas en la atención primaria Programas de alimentación del niño desnutrido 	<ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento sobre modos de vida sanos Servicios de dietética Capacitación profesional (desarrollo en el lugar de trabajo) Subsidios para el asesoramiento sobre modos de vida sanos Programas de alimentación del niño desnutrido 	<ul style="list-style-type: none"> Alianzas en la atención primaria Capacitación profesional (desarrollo en el lugar de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> Alianzas en la atención primaria
Atención secundaria		<ul style="list-style-type: none"> Servicios de dietética Capacitación profesional (desarrollo en el lugar de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación profesional (desarrollo en el lugar de trabajo) 	
Atención terciaria		<ul style="list-style-type: none"> Dietetic services Hospital waiting lists for treatment by specialists Subsidies for treatment by specialists 		
Bienes terapéuticos		<ul style="list-style-type: none"> Subvención de medicamentos para perder peso 		

Apéndice 2:

Hojas de trabajo del marco STEPwise de la OMS para prevenir las enfermedades crónicas

Las páginas siguientes ofrecen una representación esquemática del marco STEPwise aplicado a la actividad física y la dieta. Son las que se utilizarán para el trabajo en grupo. Se trabajará con este marco para proponer intervenciones que puedan ser eficaces en un país concreto.

Dieta

Etapa de aplicación de las políticas	Intervenciones para toda la población		Intervenciones para personas
	Nivel nacional	Nivel subnacional	
Básica			
Ampliada			
Conveniente			

Actividad física

Etapa de aplicación de las políticas	Intervenciones para toda la población		Intervenciones para personas
	Nivel nacional	Nivel subnacional	
Básica			
Ampliada			
Conveniente			

AMBIENTES Entorno ambiental: hogares y familias

- ¿Cuáles son las áreas potenciales de cambio en el ambiente domiciliario y familiar en relación con los comportamientos prioritarios?

IMPORTANCIA

(¿cuál es la pertinencia e impacto de este elemento en nuestra situación?)

- 1 = ninguna importancia
- 2 = poca importancia
- 3 = cierta importancia
- 4 = mucha importancia
- 5 = importancia extrema

POTENCIAL DE CAMBIO

(¿cuán fácil o difícil es cambiar este elemento?)

- 1 = muy difícil de cambiar
- 2 = difícil de cambiar
- 3 = es posible cambiarlo
- 4 = fácil de cambiar
- 5 = muy fácil de cambiar

Tipo de ambiente	Entorno ambiental: HOGARES/FAMILIAS	Puntuación (utilizar la gama completa)		Total (IxP)	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)			
Físico ¿De qué se dispone y de qué no se dispone?	Alimentación					
Económico ¿Cuáles son los factores financieros?	Alimentación					
	Actividad física					

Tipo de ambiente	Entorno ambiental: HOGARES/FAMILIAS	Puntuación (utilizar la gama completa)		Total (IxP)	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)			
Político ¿Cuáles son las normas?	Alimentación					
	Actividad física					
Sociocultural ¿Cuáles son las actitudes, creencias, percepciones, valores y prácticas?	Alimentación					
	Actividad física					
Otras opciones						

AMBIENTES Entorno ambiental: escuelas

- ¿Cuáles son las áreas potenciales de cambio en el ambiente escolar en relación con los comportamientos prioritarios?

IMPORTANCIA

(¿cuál es la pertinencia e impacto de este elemento en nuestra situación?)

- 1 = ninguna importancia
- 2 = poca importancia
- 3 = cierta importancia
- 4 = mucha importancia
- 5 = importancia extrema

POTENCIAL DE CAMBIO

(¿cuán fácil o difícil es cambiar este elemento?)

- 1 = muy difícil de cambiar
- 2 = difícil de cambiar
- 3 = es posible cambiarlo
- 4 = fácil de cambiar
- 5 = muy fácil de cambiar

Tipo de ambiente	Entorno ambiental: ESCUELAS	Puntuación (utilizar la gama completa)		Total (IxP)	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)			
Físico ¿De qué se dispone y de qué no se dispone?	Alimentación					
Económico ¿Cuáles son los factores financieros?	Alimentación					
	Actividad física					

Tipo de ambiente	Entorno ambiental: ESCUELAS	Puntuación (utilizar la gama completa)		Total (IxP)	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)			
Político ¿Cuáles son las normas?	Alimentación					
	Actividad física					
Sociocultural ¿Cuáles son las actitudes, creencias, percepciones, valores y prácticas?	Alimentación					
	Actividad física					
Otras opciones						

AMBIENTES Entorno ambiental: barrios

- ¿Cuáles son las áreas potenciales de cambio en los barrios en relación con los comportamientos prioritarios?

IMPORTANCIA
(¿cuál es la pertinencia e impacto de este elemento en nuestra situación?)

POTENCIAL DE CAMBIO
(¿cuán fácil o difícil es cambiar este elemento?)

- 1 = ninguna importancia
- 2 = poca importancia
- 3 = cierta importancia
- 4 = mucha importancia
- 5 = importancia extrema

- 1 = muy difícil de cambiar
- 2 = difícil de cambiar
- 3 = es posible cambiarlo
- 4 = fácil de cambiar
- 5 = muy fácil de cambiar

Tipo de ambiente	Entorno ambiental: BARRIOS	Puntuación (utilizar la gama completa)		Total (IxP)	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)			
Physical ¿De qué se dispone y de qué no se dispone?	Alimentación					
		Actividad física				
Económico ¿Cuáles son los factores financieros?	Alimentación					
	Actividad física					

Tipo de ambiente	Entorno ambiental: BARRIOS	Puntuación (utilizar la gama completa)		Total (IxP)	Puesto (1-5)	Puntos (5-1)
		Importancia (1-5)	Potencial de cambio (1-5)			
Político ¿Cuáles son las normas?	Alimentación					
	Actividad física					
Sociocultural ¿Cuáles son las actitudes, creencias, percepciones, valores y prácticas?	Alimentación					
	Actividad física					
Otras opciones						

Etapa 4: FUSIÓN

Enumere los elementos con la mayor puntuación en el cuadro que figura a continuación.

Comportamientos	Conocimientos y competencias	Ambientes

Etapa 5: PLAN DE ACCIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

FINALIDADES

Objetivo (impacto)	Estrategias y acciones	Calendario	Estado	A quién corresponde la aplicación	Indicadores de la evaluación del proceso

ESTABLECIMIENTO DE ÁREAS
de acción prioritarias para la prevención de la
OBESIDAD INFANTIL
en la población



**CONJUNTO DE HERRAMIENTAS PARA
QUE LOS ESTADOS MIEMBROS**
determinen e identifiquen áreas de acción prioritarias

