

Criterios de valoración de políticas públicas para la obesidad en España según sus actores principales

Laura I. González-Zapata^{a,b,c} / Carlos Álvarez-Dardet Díaz^{b,c} / Vicente Clemente^{b,c} / Mari Carmen Davo^b / Rocío Ortiz-Moncada^b

^aEscuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia;

^bObservatorio de Políticas Públicas y Salud, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, España;

^cCIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Alicante, España.

(Assessment criteria for public policies on obesity: the view of Spanish stakeholders)

Resumen

Objetivos: Explorar los argumentos utilizados por los actores clave para valorar las políticas públicas en España orientadas a reducir la obesidad en la población.

Métodos: Mapeo por multicriterios, en el marco del proyecto europeo Opciones de Políticas para Responder al Desafío de la Obesidad (PorGrow), mediante una entrevista estructurada individual a 21 actores principales, líderes del sector público y privado en la alimentación y el ejercicio físico en España. Se integró en el análisis información de tipo cuantitativo y cualitativo. Los entrevistados justificaron sus posiciones en pro y en contra de las diferentes iniciativas de políticas, aspectos que se denominaron «criterios», que fueron ponderados según su importancia relativa y documentados mediante textos y «perlas» del discurso de los entrevistados.

Resultados: Se identificaron 93 argumentos para la selección de políticas en los 21 entrevistados. Los argumentos más utilizados y valorados por su importancia fueron: eficacia (n = 18), beneficios sociales (n = 17) y aceptabilidad social (n = 14). Los costes económicos fueron considerados poco relevantes tanto para el sector público como para los individuos. El impacto económico para el sector comercial no fue incluido por ninguno de los entrevistados. Según el área de actuación, los criterios más relevantes fueron la eficacia y los beneficios sociales, para el sector privado y público, respectivamente.

Conclusiones: Quizá porque España se encuentra al comienzo del proceso de desarrollo de políticas de obesidad y aún no hay ni «ganadores» ni «perdedores» entre los afectados, los costes financieros aparecen como una cuestión de bajo perfil para los entrevistados, lo que abre una ventana de oportunidad para ensayar políticas de regulación.

Palabras clave: Obesidad. Políticas públicas. Nutrición pública. Salud pública. Criterios de decisión.

Abstract

Aim: To explore the criteria used to assess public policy initiatives on obesity in Spain by the main stakeholders.

Methods: Multicriteria mapping was performed within the framework of the European PorGrow Project «Policy options for responding to obesity» through a structured interview with 21 stakeholders, who were leaders in the public and private sectors in Spain in the area of food and physical exercise. Qualitative and quantitative information was included in the analysis. The interviewees justified their positions for or against the various policy options with criteria that were weighted by their relative importance and documented with quotations and « nuggets » from the interviewees' discourse.

Results: We identified 93 criteria for policy selection in the 21 interviewees. The most frequent criteria and those perceived as most important were efficacy (n = 18), social benefits (n = 17) and social acceptability (n = 14). The economic impact on individuals and the public sector was not considered important by the interviewees. The economic impact on the commercial sector was not included by any of the participants. The criterion most highly valued by public sector stakeholders was societal benefits while that most valued by private sector stakeholders was efficacy.

Conclusions: Spain is in the initial stages of developing public policy on obesity and, as yet, there are no winners and losers among those concerned, which may explain why economic costs seem to be relatively unimportant for the stakeholders, opening a window of opportunity for the development of regulatory policies.

Key words: Obesity. Public policies. Public health nutrition. Public health. Decision criteria.

Correspondencia: Laura I. González-Zapata.
Campus de Sant Vicent del Raspeig.
Ap. Correus 99. E-03080 Alacant. España.
Correo electrónico: laurag@pijaos.udea.edu.co

Recibido: 26 de marzo de 2007.

Aceptado: 13 de diciembre de 2007.

Introducción

La obesidad es una enfermedad compleja que ha sido reconocida como un importante problema sanitario y de salud pública nutricional¹⁻³. Generalmente, su prevalencia se asocia a un sobreconsumo calórico y a un bajo gasto energético por

parte del individuo^{4,6}, y también a la influencia de las condiciones sociales, económicas y medioambientales en los cambios del patrón alimentario y de la actividad física de la población⁷. Sin embargo, no se sabe con exactitud cuál es el impacto de las intervenciones realizadas, ni cuáles son más adecuadas y eficaces a largo plazo⁸⁻¹⁰.

La creciente mercantilización de la alimentación y el proceso de transición nutricional intervienen en la cadena alimentaria desde múltiples factores: producción, tipo y sistemas de producción, disponibilidad, condiciones de oferta y demanda, oportunidad de compra, y sitios y tipo de consumo de alimentos¹¹. Factores que a su vez han pasado a ser gestionados desde el ámbito doméstico y el sector público al sector privado. Esta situación disminuye la posibilidad de que los individuos y las familias gestionen y controlen su alimentación.

En este contexto, la obesidad aparece como un indicador visible de la amplitud y la complejidad de los cambios que están afectando al conjunto de la sociedad, que más allá de la responsabilidad del individuo se sitúa en la esfera de las políticas públicas y compromete la acción de los expertos y responsables políticos. Éste es el motivo por el que la obesidad se ha convertido en un problema de debate público que ha incursionado en la agenda política. Autores como Mello et al¹² sugieren la puesta en marcha por parte de los gobiernos de una legislación que, en defensa de la salud, incida en las conductas alimentarias y en las actividades de las empresas y del propio sector público.

Hasta ahora, en las iniciativas políticas desarrolladas en diferentes países, los intereses de los sectores implicados han ejercido un peso importante en la toma de decisiones^{9,13} y en la definición de las medidas para el abordaje de la obesidad. El establecimiento de estrategias políticas basadas en la evidencia¹⁴ requiere un mayor conocimiento del contexto donde van a ser aplicadas, los actores implicados, su finalidad y los argumentos que justifican dichas políticas.

En este artículo se explora la valoración de los diferentes argumentos utilizados por los actores clave para seleccionar políticas públicas orientadas a afrontar el problema de la obesidad en España, determinando las diferencias entre las agrupaciones y la procedencia del sector público o privado de los participantes.

Métodos

Esta investigación es parte del proyecto europeo Por-Grow: Opciones de Políticas para Responder al Desafío Creciente de la Obesidad. Emplea el mapeo por multicriterios (MMC)^{15,16} para combinar métodos cuantitativos y cualitativos, y el software especializado MCM-Analyst¹⁵. El MMC consiste en la realización de una en-

trevista individual estructurada, dividida en cuatro etapas (elección de opciones, definición de criterios, puntuaciones y ponderación), la cual ya se ha descrito en detalle previamente^{17,18}.

La selección de los participantes se realizó utilizando el protocolo internacional acordado por y para todos los países participantes. Generó una plantilla compuesta por 21 actores principales de ámbitos relevantes. Para identificar y seleccionar entre ellos a los participantes españoles, se realizó una búsqueda exhaustiva en la web y se empleó la técnica de la «bola de nieve». Sólo uno de los seleccionados a participar no respondió a la invitación inicial, que fue reemplazado con los mismos procedimientos descritos. El objetivo de la selección de participantes no era obtener una muestra estadísticamente representativa, sino cubrir todos los ejes importantes del debate de una manera equilibrada.

Durante la entrevista, cada participante valoró un grupo de opciones de políticas predefinidas: 7 opciones base y 13 opciones discrecionales. Adicionalmente, el entrevistado incluyó otras opciones de política como parte de su marco de valoración, conformando la base para el resto de la entrevista. Los entrevistados podían regresar a cualquier etapa previa hasta obtener una expresión precisa de su perspectiva personal. Esto fue clave para documentar los determinantes que subyacen en las valoraciones de los entrevistados.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis. El análisis cuantitativo se realizó según el software MMC, utilizado en estudios previos y cuya reproducibilidad está ya valorada¹⁶.

Las entrevistas fueron realizadas entre la primavera y el otoño de 2005 por una única entrevistadora (L.I.G.Z.), quien recibió entrenamiento en el uso del MMC por parte del equipo coordinador de Brighton.

Se llevó a cabo una valoración ciega y paralela de una muestra de las entrevistas entre dos de los autores (L.I.G.Z. y C.A.D.) para identificar los argumentos explicativos de los entrevistados. Éstos se denominaron «perlas». Todo el proceso se realizó siguiendo la metodología desarrollada por el grupo de Brighton. La concordancia fue excelente.

Para efectos de análisis, los participantes fueron agrupados en 7 grupos de perspectivas (tabla 1).

Identificación de criterios

Los entrevistados hicieron explícitos los diferentes factores que cada uno de ellos tiene en mente cuando elige, o compara, entre las ventajas y desventajas de las diferentes opciones de políticas públicas. A estos factores se los denominó «criterios», y para efectos de análisis fueron agrupados, según la definición y argumentos dados, en categorías de «resultados» (tabla 2).

Tabla 1. Participantes entrevistados en España, según perspectiva y categorías acordadas por el proyecto PorGrow

Perspectivas	Categorías	Participantes
A. Organizaciones de interés público no gubernamentales	7. Representante de grupos de consumidores	Responsable departamento de relaciones institucionales y técnico en alimentación. Organización de consumidores
	19. Representante ONG salud pública	Fundadora ONG. Concejala socialista
	20. ONG ligadas al ejercicio	Representante equipo de actividades ambientales
B. Grandes cadenas de organizaciones alimentarias industriales y comerciales	2.1 Representante de sindicatos	Investigador. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud
	1. Representante de la industria agrícola	Director. Confederación de Cooperativas Agrarias de España
	2. Representante de compañías procesadoras de alimentos	Secretario. Fundación para el fomento y la promoción de actividades agroalimentarias
	3. Representante de cadenas comerciales de <i>catering</i>	Secretario general. Asociación de cadenas de restauración moderna
C. Pequeñas organizaciones comerciales de alimentos y ejercicio físico	4. Representante de grandes minoristas de alimentos	Director general. Asociación de empresas españolas de distribución alimentaria, autoservicios y supermercados
	5. Representante de minoristas de alimentos saludables	Director departamento técnico. Compañía pionera en productos dietéticos y plantas medicinales
D. Grandes organizaciones no alimentarias industriales y comerciales	13. Representante de la industria ligada al ejercicio	Presidente. Organización patronal de ámbito estatal que agrupa proveedores de artículos deportivos. Gerente industria de fabricantes y mayoristas de artículos de deporte
	12. Representante de la industria de seguros de vida	Representante sector salud. Asociación profesional de las empresas de seguros que operan en el mercado español
	17. Representante de la industria publicitaria	Director asociación para la autorregulación de la comunicación comercial. Ex director EASA (European Advertising Standard Alliance)
E. Planificadores de políticas	18. Representante de la industria farmacéutica	Director de comunicaciones. Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica
	8. Representante oficial del Ministerio de Sanidad	Jefe de gabinete. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo
F. Abastecedores públicos	9. Representante de política financiera	Catedrático de economía aplicada. Experto en financiación del sector sanitario público
	6. Representante de proveedores públicos de alimentación escolar	Gerente. Servicio de <i>catering</i>
	11. Planeador de ciudad y transportes	Director de área. Asociación de entidades locales que agrupa ayuntamientos, diputaciones, consejos y cabildos insulares
G. Especialistas en salud pública	14. Representante de profesores de escuela	Portavoz del Sindicato de Trabajadores de la Enseñanza
	10. Profesional en salud pública	Investigadora centro local de salud pública Dirección General de Salud Pública. Red de investigación en salud y género
	15. Experto-consejero en nutrición/obesidad	Catedrático de medicina preventiva y salud pública. Presidente Sociedad Española de Nutrición Comunitaria
	16. Periodista en salud	Periodista de salud en diario nacional

ONG: organización no gubernamental.

Ponderación de resultados

Esta fase se refiere a la determinación de la importancia relativa de los criterios elegidos, y refleja jui-

cios subjetivos sobre prioridades y valores. Se expresó por asignación de una «ponderación» numérica según la importancia dada por los entrevistados a cada criterio.

Tabla 2. Criterios seleccionados por los participantes agrupados en categorías de resultados. España

Resultados	Criterios
Ventajas sociales	Incluye equidad; atención a grupos de población minoritarios y vulnerables; beneficia al medio ambiente, a los derechos humanos y a las libertades; da beneficios a los ciudadanos al mejorar la educación, proveer instalaciones comunitarias, empoderamiento, participación, democracia, movilización (para beneficio social)
Beneficios extra en salud	Incluye el bienestar (no obesidad en sí misma): prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, prevención de enfermedades producidas por alimentos, mejoras en el bienestar, delgadez
Eficacia en el abordaje de la obesidad	Incluyendo probabilidad del éxito técnico, sostenible, implementación, pertinencia
Impacto económico en el sector público	Coste o beneficios económicos para el Estado, autoridades locales, servicios de salud, inversión del sector público o ganancias económicas
Impacto económico en los individuos	Precios, pérdida de empleo, coste familiar, coste del hogar, ganancia o beneficio personal, pago de impuestos
Impacto económico en el sector comercial	Pérdidas de venta, pérdidas comerciales, ganancias o beneficios en manufacturas, intereses de los accionistas, aumento o caída de los valores de acciones en <i>stock</i>
Impacto económico inespecífico	Costes o beneficios económicos no especificados por alguno de los grupos descritos
Viabilidad práctica	Incluye la implementación política, técnica, cooperación de agencias, departamentos y sectores, soportado por el parlamento, legislación, etc. Viabilidad técnica, puede ser implementado, es práctico
Aceptabilidad social	Incluye la aceptabilidad individual, cultural y social. Popularidad, que no encuentre resistencia
Otros	No incluidos en los numerales anteriores (p. ej., urgencia o prioridad)

Tabla 3. Distribución de los factores de decisión (resultados) seleccionados según agrupaciones de participantes (perspectivas)

Perspectivas	A. ONG de interés público	B. Grandes cadenas alimentarias industriales y comerciales	C. Pequeñas organizaciones comerciales de alimentos y ejercicio	D. Grandes organizaciones industriales y comerciales no alimentarias	E. Planeadores de políticas	F. Proveedores públicos	G. Especialistas en salud pública	Total
Número de participantes por perspectiva	4	4	2	3	2	3	3	21
Resultado								
Eficacia en el abordaje de la obesidad	4	5	1	3	2	0	3	18
Factibilidad práctica	2	3	1	2	0	2	2	12
Beneficios sociales	2	2	1	3	4	3	2	17
Aceptabilidad social	2	0	2	2	2	2	4	14
Impacto económico en el sector público	1	1	1	1	0	1	2	7
Impacto económico en los individuos	1	3	1	0	0	0	1	6
Beneficios adicionales en salud	1	1	0	0	0	2	0	4
Impacto económico inespecífico	2	0	1	0	1	1	2	7
Miscelánea	0	2	1	2	1	0	2	8
Total	15	17	9	13	10	11	18	93

ONG: organización no gubernamental.

Estos resultados se visualizaron mediante un gráfico simple de barras horizontales para los rangos de todas las categorías de criterios y perspectivas de los participantes. Las barras ilustran las ponderaciones más altas y bajas de los criterios de los participantes agrupados en resultados, mostrando el grado de acuerdo según importancia.

Los extremos derecho e izquierdo de cada barra reflejan la mejor y peor valoración de cada criterio, respectivamente. La extensión muestra el rango de desacuerdo o variabilidad en la valoración de la importancia relativa de cada resultado. En algunos casos, sin embargo, una única línea no necesariamente significa un alto grado de acuerdo, ya que puede deri-

varse de la ponderación de un único criterio en un resultado.

El análisis de estos datos MMC cuantitativos y cualitativos se realizó en paralelo, como un proceso inductivo en el que los juicios del analista desempeñan un papel muy importante. Sin embargo, una característica del MMC es que estos juicios se realizan en condiciones de transparencia porque la entrevista es relativamente abierta y por la multiplicidad de fases en las que el entrevistado tiene la oportunidad de justificar sus posicionamientos. Además, la interpretación se basa tanto en los hallazgos cuantitativos como en los cualitativos.

Una vez finalizadas las entrevistas, se emplearon distintas técnicas para «mantener el contacto» con los entrevistados y confirmar la información obtenida. El análisis de las entrevistas fue remitido a cada uno de los participantes. Se enviaron avances por correo electrónico del informe nacional y se creó una página web con acceso restringido a los participantes con los resultados del proyecto PorGrow-España. Finalmente, en diciembre de 2006 se celebró un encuentro con todos los entrevistados, para la devolución y la discusión conjunta de los resultados y conclusiones del estudio.

Resultados

Los 21 participantes en España identificaron un total de 93 criterios, con una variación entre 3 y 8, y un promedio de 4 criterios por participante. En este proceso los entrevistados mostraron los múltiples condiciona-

mientos que subyacen frente a la obesidad: «En el fondo del problema de la sociedad moderna hay una dificultad entre lo que es políticamente correcto y la libertad individual; por tanto, en un sistema de libertad y de abundancia alimentaria nunca se resolverá este problema» (Cat2).

Los resultados más relevantes en cuanto a número de entrevistados que los seleccionaron fueron: eficacia (18), beneficios sociales (17), aceptabilidad social (14) y factibilidad práctica (12) (tabla 2).

Selección de criterios según perspectivas

En la tabla 3 puede verse un resumen con el número de criterios seleccionados desagregados por perspectiva, y en la figura 1 se detalla información sobre la importancia relativa de estos criterios.

En la perspectiva de organizaciones no gubernamentales de interés público (A) se eligieron aspectos relacionados con la eficacia, cuya importancia es destacada por uno de los entrevistados en frases como «Ser obeso es sufrir. Hay pocos individuos o personas que se sienten a gusto en su condición de obesos por la presión social contra ellos» (Cat21). Según la importancia, se priorizaron los beneficios sociales, la eficacia y los beneficios en salud. Los costes, en general, fueron considerados de menor importancia.

Para los representantes de grandes cadenas alimentarias industriales y comerciales (B), aunque con algún grado de desacuerdo intraparticipantes, se observó una preferencia hacia la eficacia, destacada en frases como: «La lucha contra la obesidad tiene que ser más un pa-

Figura 1 . Nivel de importancia de los argumentos de elección de políticas según las agrupaciones de participantes en perspectivas

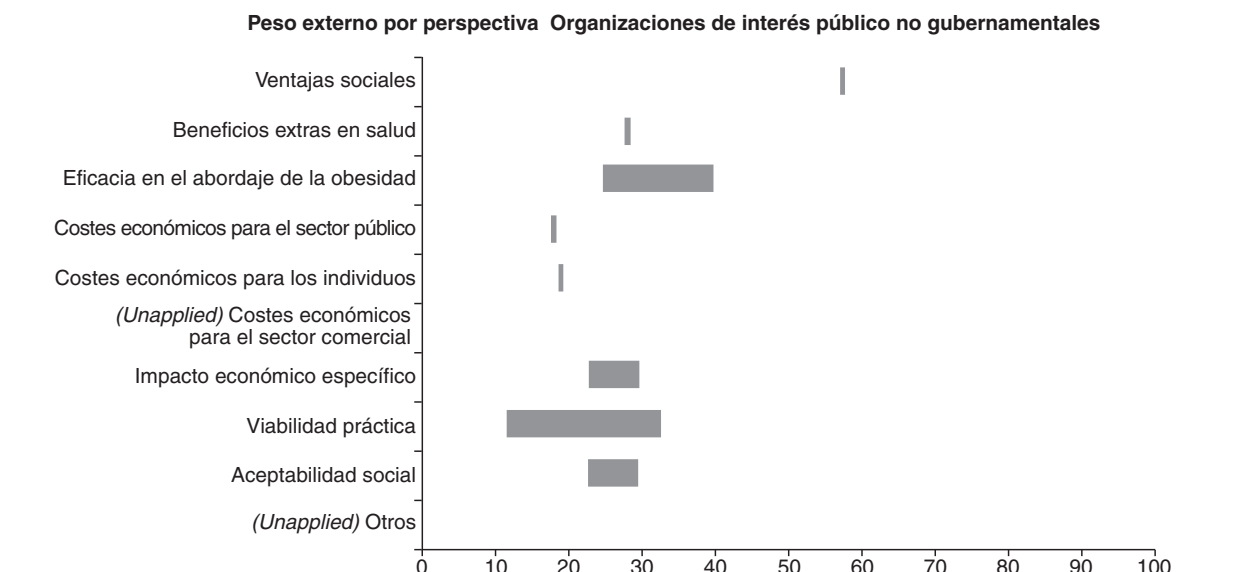


Figura 1. Nivel de importancia de los argumentos de elección de políticas según las agrupaciones de participantes en perspectivas

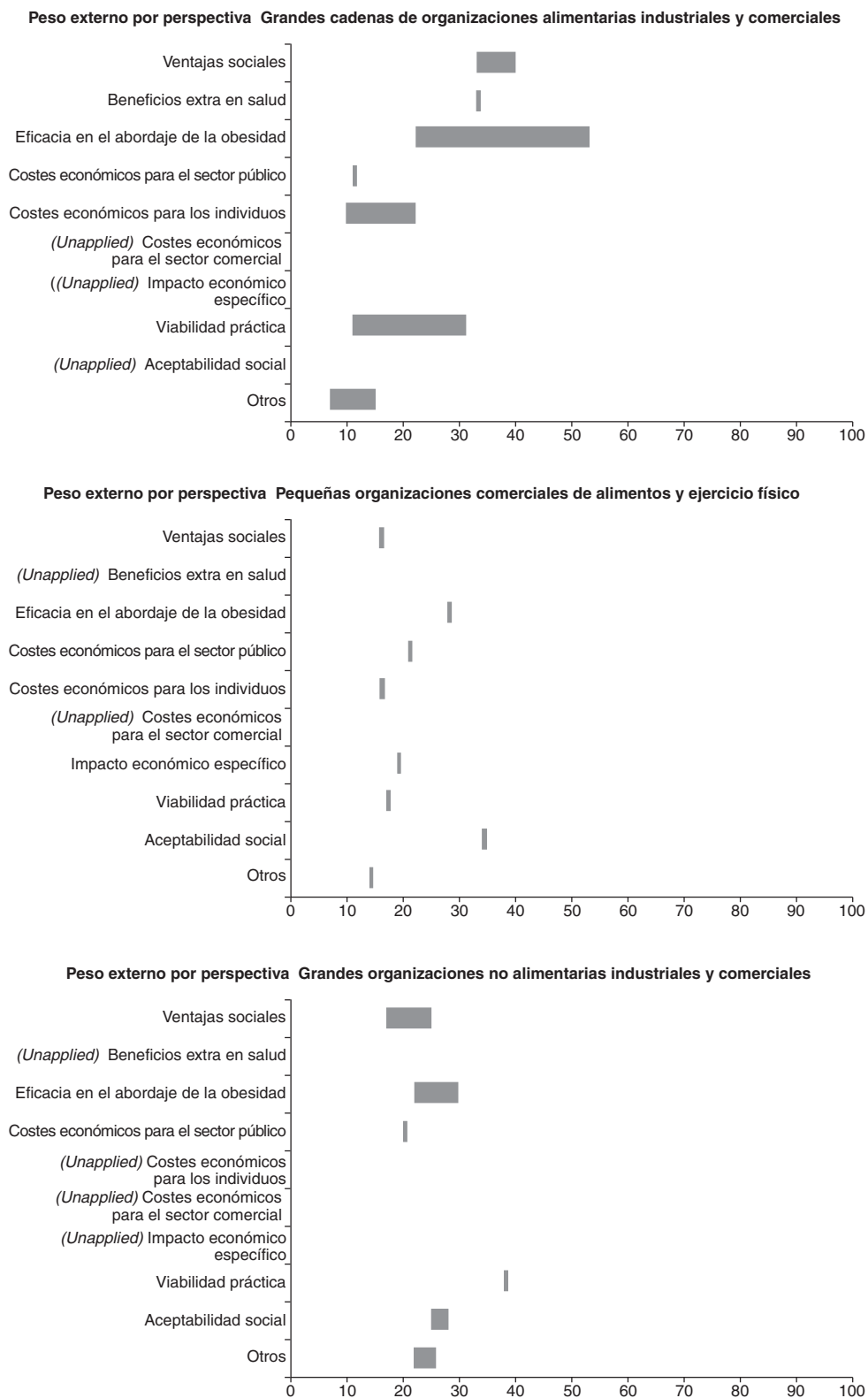


Figura 1. Nivel de importancia de los argumentos de elección de políticas según las agrupaciones de participantes en perspectivas

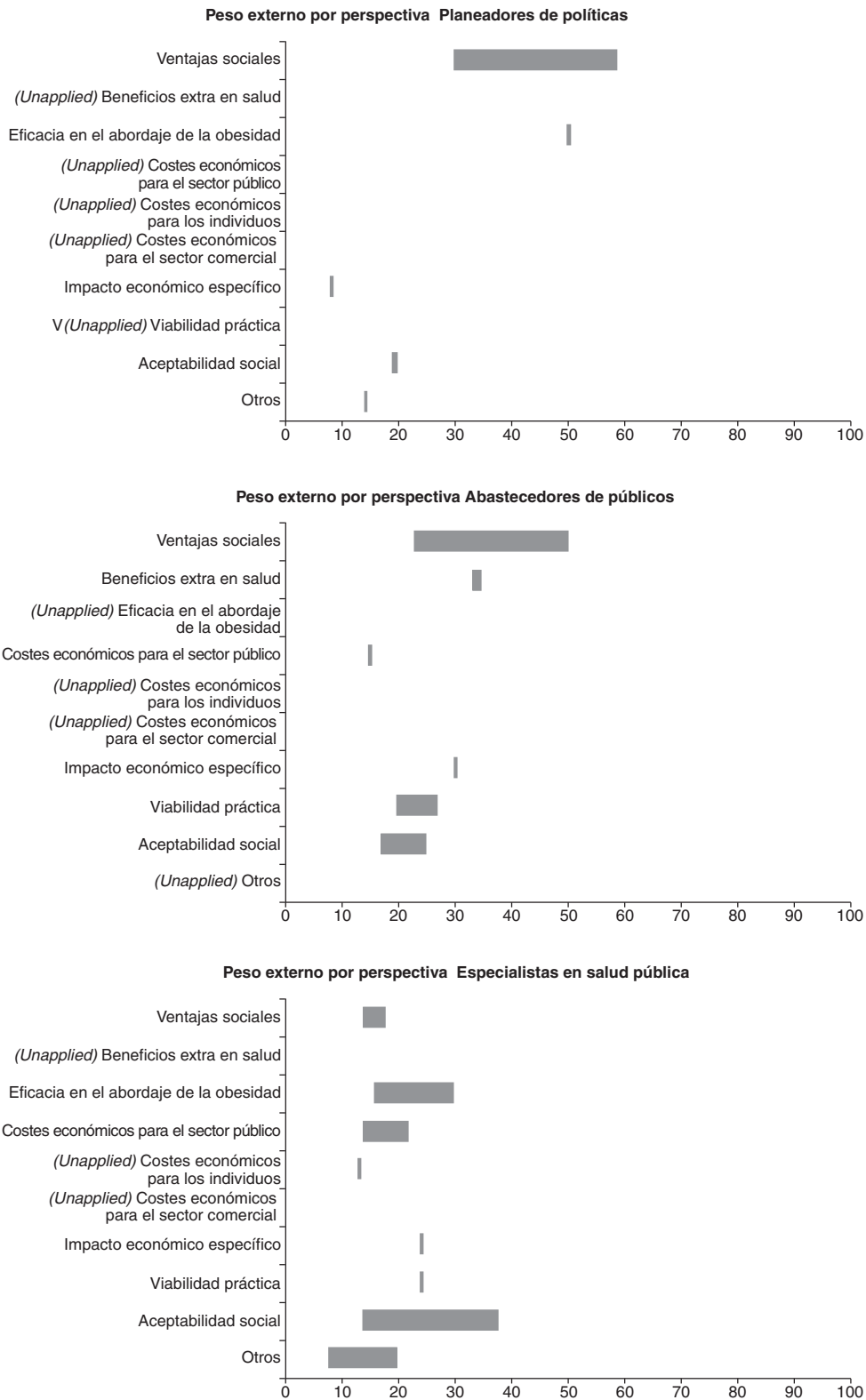
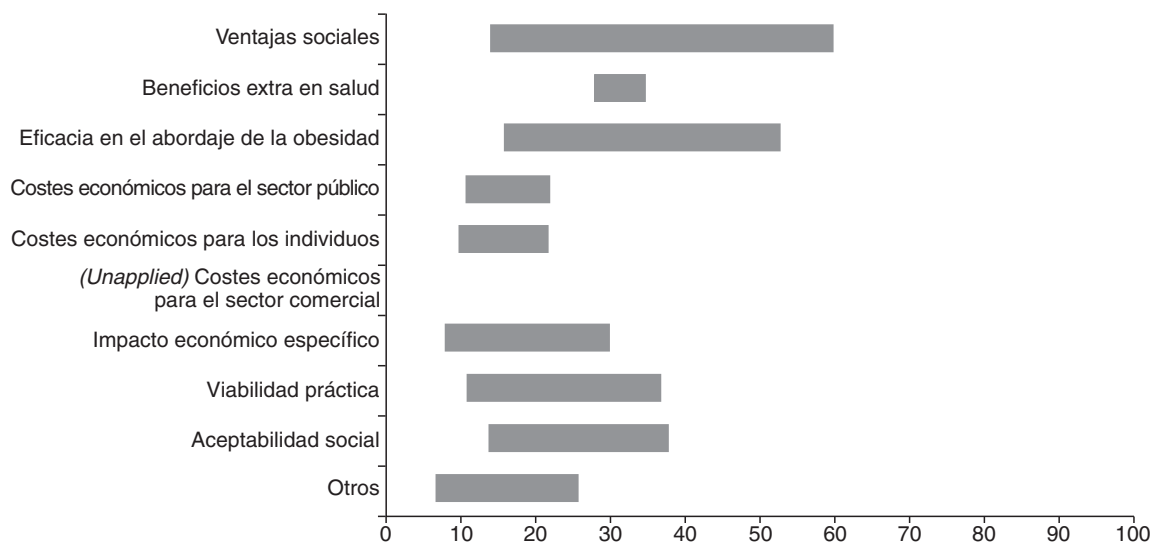


Figura 2. Nivel de importancia de los factores de selección de políticas para el conjunto de los actores clave. España.

quete de medidas de tipo preventivo que de tipo choque» (Cat1), seguido por la factibilidad práctica e impacto económico en los individuos. Un mayor consenso aparece en relación con los beneficios sociales y de salud.

Los entrevistados de pequeñas organizaciones comerciales de alimentos y ejercicio (C) coinciden en la preferencia sobre criterios de aceptabilidad social: «Lo más importante es lograr que ello repercuta en la población; si ésta no se sensibiliza, las campañas no sirven para nada» (Cat5).

Desde la perspectiva de grandes organizaciones industriales y comerciales no alimentarias (perspectiva D), se expresaron argumentos a favor de la eficacia y los aspectos sociales. No se seleccionó ningún criterio relacionado con el impacto económico de cualquier índole. Además, se destacó la importancia de la viabilidad práctica de las políticas.

Los planeadores de políticas (E) prefirieron los argumentos relacionados con beneficios sociales, aceptabilidad social y eficacia. La mayor importancia se asignó con diferencia a los beneficios sociales. Los aspectos sobre costes no se consideraron importantes, lo que se expresó en distintos argumentos: «Al bajar el precio de un producto se favorece el acceso, pero no la sensibilización frente a él. Si no estás concienciado, aunque sea más barato, no se consigue nada» (Cat8).

Los proveedores públicos (F) eligieron, con algún grado de desacuerdo, criterios sobre beneficios sociales, seguidos por los beneficios en salud: «... El criterio más importante es la salud de los ciudadanos, por eso se valora más la salud pública. Por otro lado, evi-

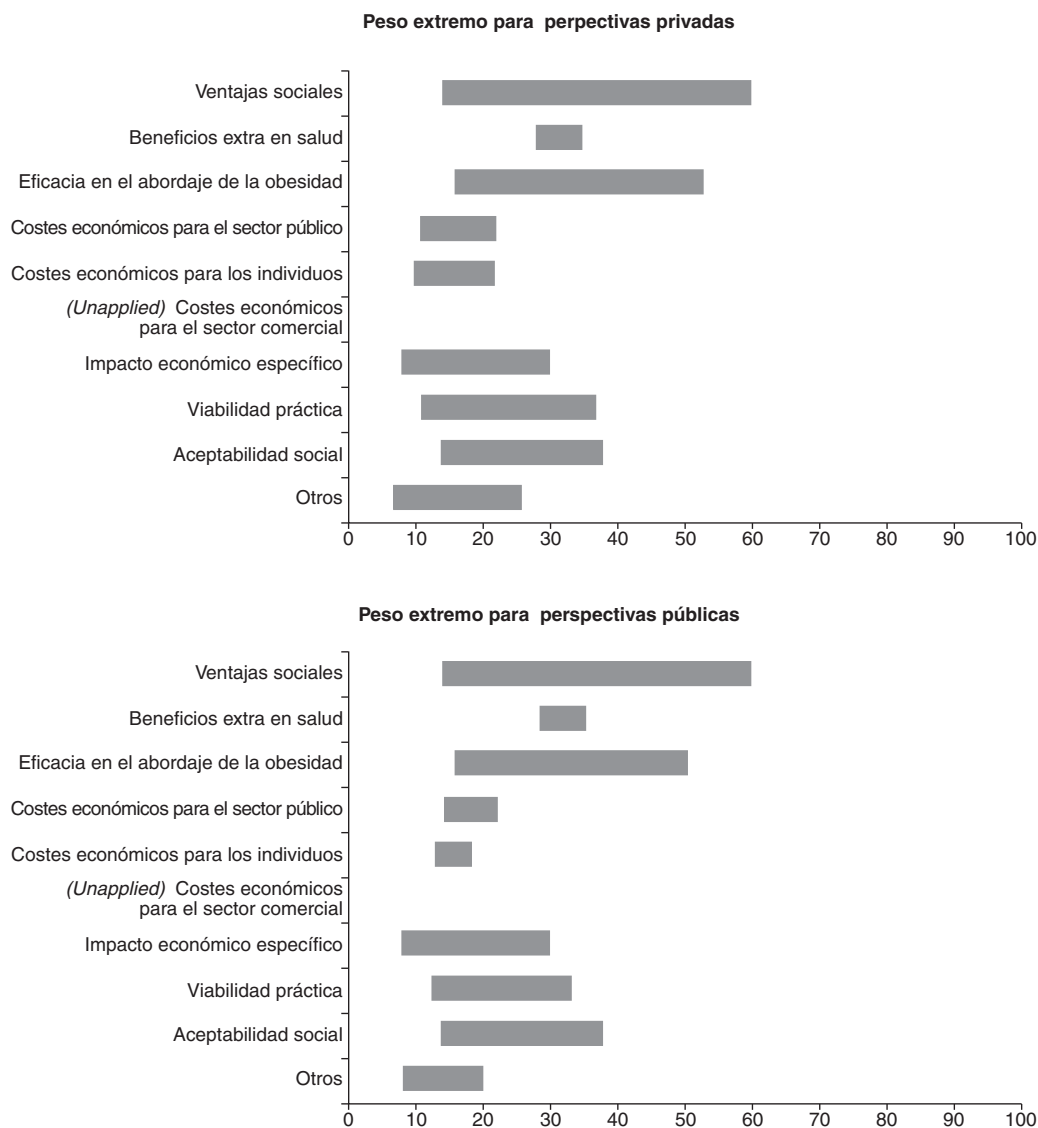
dentemente, en el diseño de políticas de actuación se tiene que tener en cuenta la clase de recursos y la buena utilización de éstos, pero los demás criterios están por encima de dicha eficiencia» (Cat11).

Los especialistas en salud pública (G) argumentaron especialmente a favor de criterios sobre aceptabilidad social y eficacia: «Las desigualdades socioeconómicas en relación con la obesidad son muy importantes y también las desigualdades geográficas; en este sentido, tiene que haber políticas de preservación de la cultura gastronómica, ya que unos grupos se han visto más afectados que otros por la globalización, la cual afecta más a determinados factores y sectores de la población...» (Cat15).

Descripción conjunta de criterios en resultados

Del análisis conjunto se deduce que hay un acuerdo relativo en no dar una particular importancia a los criterios sobre impacto económico en los individuos y en el sector público, así como al impacto económico en el sector comercial (el cual ni siquiera fue considerado). Al respecto, un entrevistado manifestó: «La gente no visualiza el mayor coste que supone el impuesto respecto a un beneficio esperado de un decremento en el consumo nocivo» (Cat9). Los beneficios en salud, ventajas sociales y eficacia fueron destacados como los criterios más relevantes para la valoración de las opciones de políticas, aunque en las dos últimas parece haber un menor consenso acerca de su importancia relativa (fig. 2).

Figura 3. Nivel de importancia comparativo de los factores de selección de políticas entre participantes provenientes de los sectores público y privado.



Sector público: representantes de ONG de interés público, planificadores de políticas, proveedores públicos y especialistas en salud pública.

Sector privado: representantes de grandes organizaciones alimentarias industriales y comerciales, pequeñas organizaciones comerciales de alimentos y gimnasios y grandes organizaciones industriales y comerciales no alimentarias.

Estos hallazgos están reflejados en las comparaciones por perspectivas mostradas en la figura 1. El amplio rango resultante para ventajas sociales está determinado por pesos relativamente altos de algunos miembros en las perspectivas A, E y F, y pesos relativamente bajos en las C, D y G. Las perspectivas E y F mostraron el menor consenso en comparación con las demás perspectivas, que fueron más consistentes respecto a la importancia de las ventajas sociales.

En lo concerniente a la eficacia, su importancia está dada principalmente por las perspectivas B y E (en esta

última uno de los participantes le asignó un peso relativamente alto). El mayor desacuerdo sobre la importancia de este resultado se encontró en la perspectiva B.

Aunque hay un aparente consenso sobre la importancia de los beneficios en salud, este aspecto obedece a las perspectivas A, B y F.

De manera adicional, y teniendo en cuenta las posibles diferencias relacionadas con el área de ejercicio profesional, se llevó a cabo un análisis comparativo desde los sectores público (perspectivas A, E, F y G) y privado (perspectivas B, C y D) (fig. 3). Se destaca

que para los entrevistados en el sector privado el criterio más relevante con diferencia es la eficacia, mientras que para los entrevistados en el sector público son los beneficios sociales, diferencias que también son detectables en los argumentos planteados: «Los resultados de este proyecto permitirán encontrar las políticas necesarias, pero puede haber dificultades para aplicarlas por el interés de las instituciones públicas y privadas, más si hay interés en las personas para que el problema se solucione y muchas veces no se sabe cómo atacarlo. La dificultad la tiene la familia, la persona, pero no encuentra cómo. El Estado sí lo sabe, pero no tiene interés o está lastrado por sus intereses económicos y comerciales» (Cat14).

Discusión

Los costes financieros aparecen, por el momento, como una cuestión de bajo perfil para la red de políticas de obesidad, quizá porque España se encuentra al comienzo del proceso de desarrollo de políticas y aún no hay conflictos de intereses entre los afectados. Muy al contrario, las cuestiones más relevantes para nuestros entrevistados fueron la eficacia, las ventajas sociales, los beneficios en salud, la factibilidad y la aceptabilidad social. A pesar de la diversidad de orígenes y de intereses de los diferentes entrevistados, no hay diferencias significativas en el análisis global por perspectivas, lo que quizá refleje el efecto de la estrategia NAOS (estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad), actuando como un catalizador de consenso en la construcción de un espacio de valores comunes.

Los resultados son congruentes con estudios previos en los que se destaca el deseo social para maximizar la salud de la población en general, la orientación hacia la población vulnerable y las preferencias sociales específicas¹⁹. El comportamiento diferencial entre los criterios subyacentes más relevantes entre perspectivas de participantes y áreas de trabajo es un resultado esperado, dados los intereses propios de su actividad²⁰.

Algunos estudios similares²¹ hacen referencia a cuestiones clave para obtener cambios óptimos en los sistemas sanitarios de un país, entre los que destacan el coste-efectividad, la capacidad financiera de acceso, la inversión en el desarrollo humano para incrementar las oportunidades sociales de todos los miembros de la sociedad, y el Estado de bienestar.

Según los planes de acción en nutrición^{3,5} y la implementación de estrategias que abordan la complejidad de la obesidad desde una perspectiva de salud pública²²⁻²⁴, esta investigación tuvo en cuenta la participación de diferentes actores relacionados con aspectos de alimentación y de actividad física y con di-

versas opciones de políticas públicas^{12,18,25}. En ellas se reconocen múltiples niveles de influencia: factores intrapersonales, procesos interpersonales, factores institucionales u organizacionales, comunitarios, económicos y políticas públicas²⁶, que determinan la elección final por parte de los entrevistados³.

Según los participantes españoles, los criterios utilizados para priorizar las políticas públicas son el énfasis preventivo, la eficacia, los beneficios y la aceptabilidad de éstas, donde el componente social cobra especial relevancia. Esto es coherente con otros estudios^{27,28}, según los cuales las estrategias basadas en este tipo de criterios fueron más efectivas en la prevención de la obesidad. Sin embargo, y según las evaluaciones disponibles, sólo se han alcanzado resultados modestos apenas sostenibles durante largos períodos²².

También es importante tener en cuenta la escasa información disponible⁷ acerca de los factores involucrados en las nuevas tendencias que determinan el comportamiento alimentario y de actividad física^{2,29-32}. Estos aspectos incluyen el aumento del gasto medio por persona y año en alimentos consumidos fuera del hogar, el porcentaje de ese gasto, la reducción en el número de comidas y cenas realizadas en el hogar, el incremento neto en el número de restaurantes y en su valor de producción, el aumento en aparatos de televisión, vehículos de turismo, número de instalaciones y centros deportivos, así como en el número de licencias federativas.

En este contexto, España ha apostado por el desarrollo de acciones de tipo preventivo, en el marco de la autorregulación, expresado mediante la estrategia NAOS⁵. Adicionalmente, y derivado del anterior, entró en vigor el «Código PAOS», de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud³³.

Teniendo en cuenta la metodología empleada, es importante ser cauto en la interpretación de los resultados. En el análisis de conjunto es inevitable la pérdida de especificidad en la información, tanto en las diferentes perspectivas como entre los participantes cuando sus categorías están combinadas.

Sin embargo, cabe destacar que el método empleado aporta una buena aproximación para superar la división entre los métodos cuantitativos (que establecen las prioridades de decisión, pero pueden ser insensibles a argumentaciones) y aproximaciones cualitativas (las cuales pueden considerar perspectivas más diversas, pero tener dificultad en el contexto de la decisión).

El problema central que aborda este estudio es reconocer, como se ha planteado anteriormente³⁴, que las decisiones sobre la elección de intervenciones en salud son complejas y multifactoriales. El rápido incremento de la epidemia de obesidad ha puesto en jaque a los planificadores de políticas para la consecución futura de sociedades libres de obesidad. Esto conlleva que,

superando el reduccionismo habitual del abordaje clinicopatológico³⁵, se haga mayor hincapié en el conocimiento de los criterios sobre cómo la sociedad determina quién come qué, por qué, cuándo, dónde, cómo y con qué efectos. De esta forma, es posible incidir sobre ellos hasta hacer de la actual epidemia de obesidad una experiencia del pasado. La determinación de estos criterios podría aportar información interesante en la construcción de las políticas para la toma de decisiones, ya que permite conocer las ventajas e inconvenientes de diferentes opciones de política para combatir la obesidad.

Agradecimientos

Esta investigación es parte del proyecto PorGrow financiado por la convocatoria NEST (New and Emerging Science and Technology), 6.º programa marco para la investigación y el desarrollo tecnológico de la Comisión de las Comunidades Europeas (Contrato n.º 508913) de la Unión Europea. El contenido de esta publicación es de responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja los puntos de vista o políticas del proyecto de investigación NEST o de la Comisión Europea. No hay ningún conflicto de intereses.

Los autores desean agradecer el respaldo recibido por el proyecto de investigación NEST y la participación de todos los actores principales involucrados en la realización de las entrevistas. También queremos hacer un reconocimiento especial al Profesor Erik Millstone, coordinador del proyecto PorGrow, y al Dr. Andy Stirling, por sus aportaciones a este trabajo.

Este manuscrito es producto del proceso de formación de Laura I. González Zapata en el programa de Doctorado en Salud Pública, y será empleado como parte del material presentado para la disertación de la tesis.

Bibliografía

- Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature*. 2000;404:635-43.
- World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization Expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. Technical report series 916.
- Nestle M, Jacobson MF. Halting the obesity epidemic: a public health policy approach. *Public Health Rep*. 2000;115:12-24.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución WHO 57. Ginebra: OMS; 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Gutiérrez-Fisac JL, Royo-Bordonada MA, Rodríguez-Artalejo F. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:48-54.
- Popkin BM, Duffey K, Gordon-Larsen P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiol Behav*. 2005;86:603-13.
- Lawlor DA, Chaturvedi N. Treatment and prevention of obesity: are there critical periods for intervention? *Int J Epidemiol*. 2006;35:3-9.
- Connolly CR. Interventions related to obesity. A state of the evidence review. Ontario: Heart and Stroke Foundation of Canada; 2005.
- Simmons RK, Wareham NJ. Commentary: Obesity is not a newly recognized public health problem— a commentary of Breslow's 1952 paper on «public health aspects of weight control». *Int J Epidemiol*. 2006;35:14-6.
- Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes*. 2004;28:s2.
- Mello M, Studdert D, Brennan T. Obesity: the new frontier of public health law. *N Engl J Med*. 2006;354:2601-10.
- Kim S, Popkin BM. Understanding the epidemiology of overweight and obesity. A real global public health concern. *Int J Epidemiol*. 2006;35:60-7.
- Macintyre S. Evidence based policy making. *BMJ*. 2003;326: 5-6.
- Stirling A. Multi-criteria mapping: a detailed analysis manual, version 1.1. Produced for the PorGrow Project. SPRU: Brighton, 2004 [citado 27 Nov 2006]. Disponible en: <http://www.sussex.ac.uk/spru/1-4-7-1-8-2-1.html>
- Stirling A. Analysis, participation and power: justification and closure in participatory multi criteria appraisal. *Land Use Policy*. 2006;23:95-107.
- González-Zapata LI, Ortiz R, Álvarez-Dardet C. Mapping public policy options responding to obesity: the case of Spain. *Obes Rev*. 2007;8 Suppl 2:99-108.
- Stirling A, Lobstein T, Millstone E. Methodology for obtaining stakeholder assessments of obesity policy options in the PorGrow project. *Obes Rev*. 2007;8 Suppl 2:17-27.
- Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2006;4:14.
- Goddard M, Hauck K, Prever A, Smith PC. Priority setting in health. A political economy perspective. *Health Econ Policy Law*. 2006;1:79-90.
- Sitthi-amorn C, Somrongthong R, Janjaroen WS. Economic and health care restructuring: the need for better governance. *Int J Epidemiol*. 2001;30:717-9.
- International Obesity TaskForce and the European Association for the Study of Obesity. Obesity in Europe: a case for action. London, 2002 [citado 20 Jun 2007]. Disponible en: <http://www.iof.org/media/euobesity.pdf>
- Lang T, Heasman M. Food wars: the global battle for mouths, minds and markets. London: Earthscan; 2004.
- Levkoe CZ. Learning democracy through food justice movements. *Agric Human Values*. 2006;23:89-98.
- Lachat C, Van Camp J, De Henauw S, Matthyss C, Larondelle Y, Remaut-De Winter AM, et al. A concise overview of national nutrition action plans in the European Union Member States. *Public Health Nutr*. 2005;8:266-74.
- Lang T. Food control or food democracy? Re-engaging nutrition with society and the environment. *Public Health Nutr*. 2005;8:730-7.
- Bautista-Castaño I, Doreste J, Serra-Majem LL. Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *Eur J Epidemiol*. 2004;19:617-22.
- Story M, French S. Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2004;1:3.
- Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Madrid: Panel de consumo alimentario. Análisis del consumo alimentario. Series anuales [citado 27 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/consumo/libro/hhtm>

30. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Anual de servicios 1998-2002; Encuesta de presupuestos familiares. Madrid, INE [citado 15 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es>
31. Burns C, Jackson M, Gibbons C, Stoney RM. Foods prepared outside the home: association with selected nutrients and body mass index in adult Australians. *Public Health Nutr.* 2002;5:441-8.
32. Binkley JK, Eales J, Jekanowski M. The relation between dietary change and rising US obesity. *Int J Obes Relat Metab Dis.* 2000;24:1032-9.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Código PAOS: código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Madrid, 2005 [citado 1 Ago 2006]. Disponible en: <http://www.aesa.msc.es/aesa/web>
34. Mills A, Bennett S, Bloom G, González-Block MA, Pathmanathan I. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Alliance for Health Policy and Systems Research Development of an HPSR Thesaurus. Newsletter of the Alliance-HPSR, Geneva, N.º 4. 2001.
35. Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen JH, et al. Food and health in Europe: a new basis for action. World Health Organization (WHO) Europe, Regional Publications European Series N.º 96. Copenhagen: WHO; 2004.

SE BUSCAN REVISORES

GACETA SANITARIA busca revisores externos para colaborar con la revisión externa de manuscritos. Si estás interesado envía tu nombre completo, lugar de trabajo, correo electrónico y 3-5 palabras clave definiendo tus áreas de conocimiento y experiencia a M. Cinta Sabaté (m.sabate@elsevier.com).