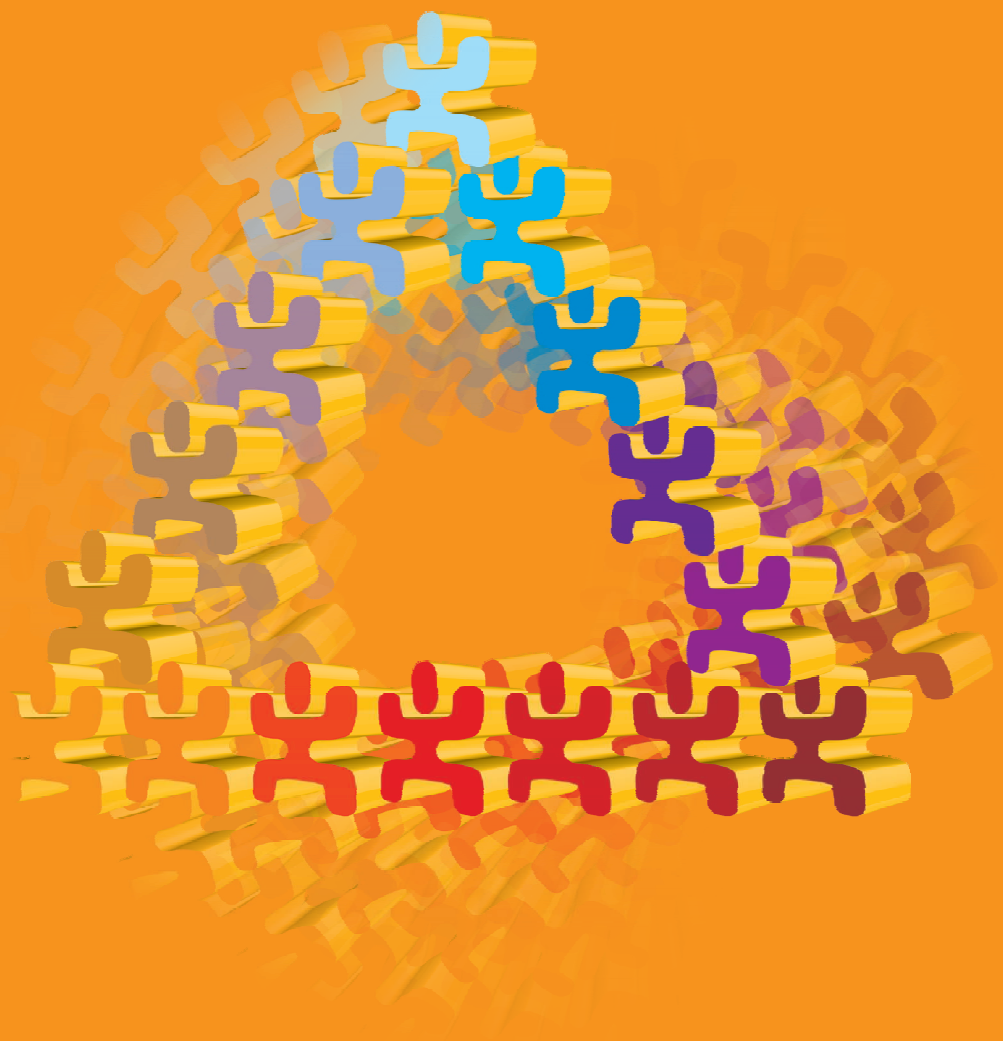
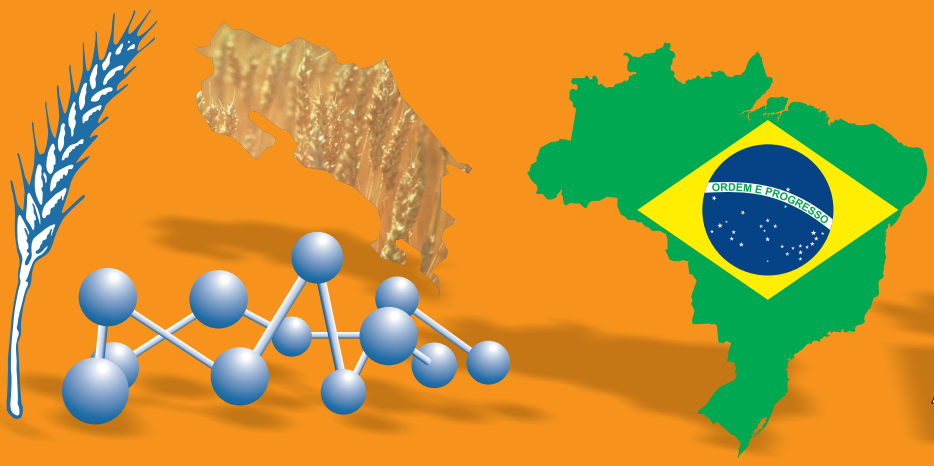
CONVERGENCIA DE GRUPOS INTERESADOS SOBRE POLÍTICA NUTRICIONAL

Comparación cruzada de estudios de caso en Costa Rica, Brasil y Canadá



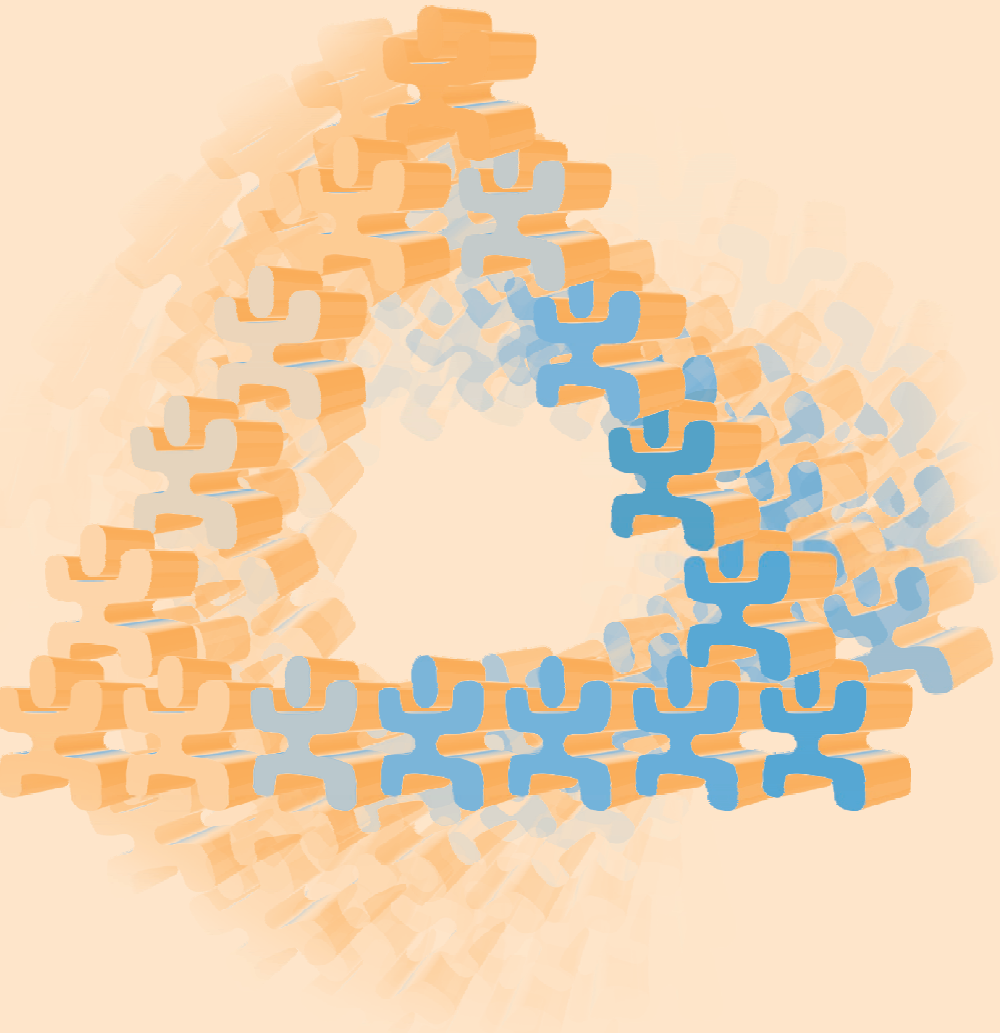


Informe del Observatorio de Políticas de CARMEN de enfermedades no transmisibles 2007

Public Health Agency of Canada
Agence de la santé publique du Canada

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

CARMEN



CONVERGENCIA DE GRUPOS INTERESADOS SOBRE POLÍTICA NUTRICIONAL

Comparación cruzada de estudios de caso en Costa Rica, Brasil y Canadá

Ellen Vogel
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Instituto Tecnológico de Ontario

Sandra Burt
Departamento de Ciencias Políticas, Universidad de Waterloo

John Church
Centro para Estudios de Promoción de la Salud, Universidad de Alberta

En colaboración con
los Grupos de Trabajo Técnico de Canada[1], Costa Rica[2], y Brasil[3]

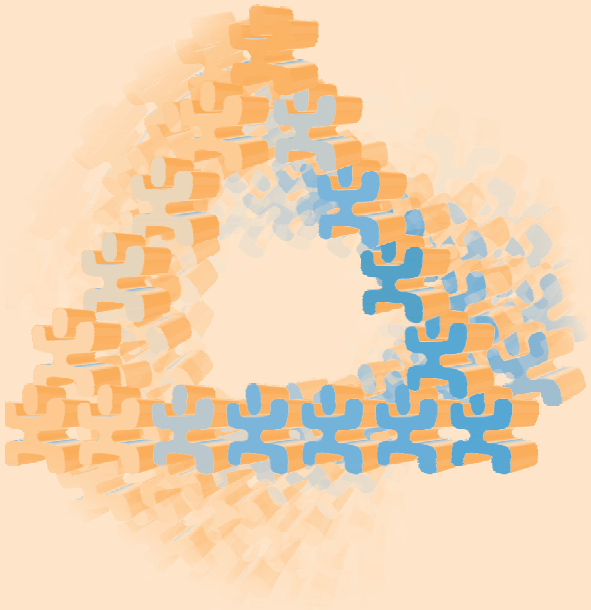
Agradecimientos:
Los autores desean dar las gracias a los miembros de los Grupos de Trabajo Técnico de Canadá, Costa Rica y Brasil por su contribución. Expresamos nuestro agradecimiento, en particular, a la Dra. Sylvie Stachenko, Administradora Jefe Adjunta de Salud Pública de la Agencia de Salud Pública de Canadá, por su liderazgo y su apoyo constante.

Financiamiento:
Este estudio fue financiado por la Agencia de Salud Pública de Canadá, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. Las opiniones expresadas en este informe son las de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de los proveedores de financiamiento de la investigación.

[1] **Grupo de Trabajo Técnico para el Estudio de Caso Canadiense:**
Dra. Ellen Vogel, Dra. Sandra Burt, Ann Ellis, Nora Lee, Christina Zehaluk, Ranu Sharma, Barbara Legowski, Lise Mathieu.

[2] **Grupo de Trabajo Técnico para el Estudio de Caso Costarricense:**
Luis Tacsan, Roberto del Aguila, Melany Ascencio, Ana Eduviges Sancho, Fernando Herrera, Guiselle Guzmán, Lorena Agüero, Ileana Quirós, Gabriela Solano, José Alberto Sequeira, Marta López, Gioconda Padilla, Jessica MacDonald.

[3] **Grupo de Trabajo Técnico para el Estudio de Caso Brasileño:**
Dra. Denise Bomtempo Birche de Carvalho, Dra. Deborah Carvalho Malta, Dra. Elizabeth Carmen Duarte, Lenildo de Moura, Otaliba Libânio de Moraes Neto, Ana Beatriz Vasconcelos, Anelise Rizzolo, Marília Leão.



RESUMEN

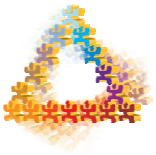
En este trabajo se realiza una comparación cruzada de tres estudios de caso sobre nutrición en tres jurisdicciones nacionales, a saber: Costa Rica, Brasil y Canadá. En cada estudio de caso se empleó la misma metodología para examinar los procesos complejos utilizados para la formulación y aprobación a nivel estatal de las políticas de nutrición. Nuestro marco conceptual tuvo en cuenta los contextos, las ideas, la naturaleza y la disponibilidad de pruebas, intereses y conflictos de política, instituciones, instrumentos de política y planes de acción. Para recopilar los datos se estudiaron diversos documentos y se mantuvieron entrevistas con informantes clave tales como representantes del gobierno, del sector voluntario, de la industria y de la comunidad universitaria (20 en Costa Rica; 16 en Brasil, y 24 en Canadá).

En los tres países se logró un alto grado de convergencia entre los distintos grupos interesados, lo que facilitó el proceso de elaboración de políticas intersectoriales. Entre los factores de éxito se incluyeron: a) documentos estratégicos nacionales y/o internacionales sobre política de nutrición, que expresaban claramente una visión y recomendaban medidas; b) la adopción rápida de un marco de salud poblacional por los participantes; c) procesos innovadores de gestión del cambio impulsados por "adalides" internos con acceso a expertos técnicos y a apoyo político de alto nivel; y d) una base sólida de pruebas que incluyó, entre otros, datos sobre la relación costo-eficacia, estudios respaldados por la industria y estudios de consumo.

Inscribimos los resultados en un marco que describía la capacidad de elaboración de políticas (CEP) a tres niveles: individuo, organización y sistema. De forma general concluimos que cuando existe un "alto grado" de CEP a nivel individual y del sistema, una propuesta de política puede convertirse en una política exitosa, incluso cuando la CEP a nivel de la organización es "mediana". Entre las lagunas de la CEP a nivel de la organización figuran: la escasez de recursos, los procesos de política de "freno y arranque", la fragmentación de políticas y programas de salud, una comunicación insuficiente con los grupos interesados, y la compartimentación política.

Cada estudio de caso relató una historia importante de innovación política, pero no podremos estar seguros de que efectivamente se han conseguido los objetivos hasta que examinemos el proceso de implementación (segunda etapa de nuestra investigación). Entre las recomendaciones, se instó a mejorar las oportunidades de capacitación e investigación aplicada para los responsables superiores de elaborar las políticas, incluido el establecimiento de diálogos de política internacionales, a fin de desarrollar la CEP en estrategias integradas de prevención y control de enfermedades crónicas.

Palabras clave: ***nutrición; formulación de políticas; estudio de caso; salud poblacional***



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN . . . 1

Figura 1: *Toma de decisiones basada en pruebas* . . . 2

Justificación de los estudios de caso sobre nutrición . . . 2

METODOLOGÍA . . . 4

RESULTADOS . . . 5

Parte A: *Presentación general de los estudios de caso sobre nutrición* . . . 5

Costa Rica: *Formulación de la política sobre fortificación de la harina de trigo con ácido fólico* . . . 5

LECCIONES APRENDIDAS . . . 6

Brasil: *Observatorio de Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1999-2005* . . . 6

LECCIONES APRENDIDAS . . . 7

Canadá: *Convergencia de grupos interesados sobre etiquetado nutricional – Fomentar un consenso sobre una cuestión compleja* . . . 7

LECCIONES APRENDIDAS . . . 8

Parte B: *Capacidad de elaboración de políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema* 9

Cuadro 1: *Capacidad de elaboración de políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema.* . . . 9

1. Capacidad para elaborar políticas - Individuo . . . 10

2. Capacidad para elaborar políticas - Organización . . . 10

3. Capacidad para elaborar políticas - Sistema . . . 11

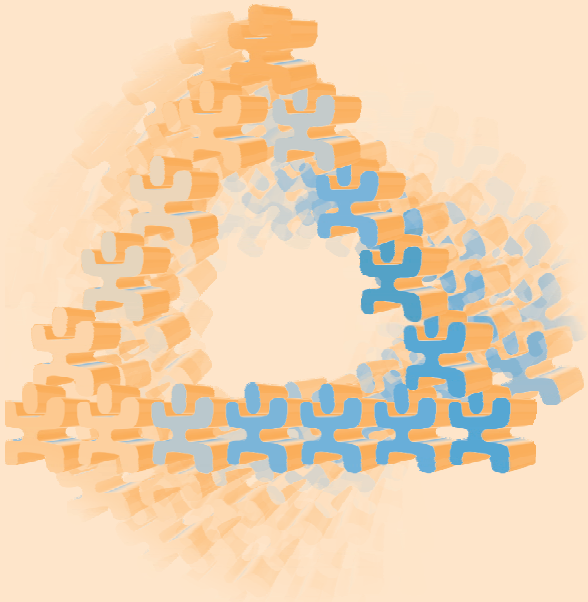
Conclusiones y recomendaciones . . . 12

Figura 2: *Desarrollo de la capacidad para elaborar políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema* . . . 12

BIBLIOGRAFÍA . . . 14

APÉNDICE . . . 16

Apéndice 1: *Marco analítico – Etapas de la formulación de políticas* . . . 16



INTRODUCCIÓN

Diversos estudios realizados por las redes CINDI[4] y CARMEN[5] de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponen de relieve la existencia de retos comunes a toda la región de las Américas en el ámbito de las políticas de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2006). En la actualidad, existe una escasez de datos que ayuden a los responsables de tomar decisiones a evaluar las políticas destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas como la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, y algunos tipos de cáncer (OMS, 2004). En 2001, las ENT crónicas fueron responsables del 60% del total de 56,5 millones de muertes declaradas en el mundo, y del 46% de la carga mundial de morbilidad. Se espera que estas cifras aumenten respectivamente al 73% y 60% para el año 2020 (OMS, 2002).

En 2003, reconociendo la necesidad de fortalecer las medidas de prevención y control de las ENT crónicas, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) solicitaron a Canadá[6] que asumiera un papel líder en el establecimiento del primer Observatorio de Políticas sobre Enfermedades Crónicas No transmisibles de CARMEN en las Américas. El objetivo del observatorio era facilitar la elaboración de políticas integradas de prevención de enfermedades crónicas mediante el análisis sistemático de los procesos de formulación, aprobación e implementación de políticas.

Por estrategias de prevención integradas se hace referencia a la determinación y confrontación simultánea de una serie de factores de riesgo comunes a varias ENT crónicas (por oposición a un proceso en el que se hace frente por separado a numerosas enfermedades individuales). Más concretamente, la prevención integrada de las enfermedades crónicas consiste en:

> *intervenciones que abordan factores de riesgo comunes a través del sistema de salud y de otras estructuras comunitarias existentes... un enfoque global que combina una variedad de estrategias de implementación; una acción intersectorial para implementar políticas de salud con el fin de abordar los principales determinantes de la salud que no están dentro del sistema de salud; esfuerzos para combinar población y enfoques de alto riesgo vinculando las medidas preventivas de varios componentes del sistema de salud, incluidos la promoción de la salud, los servicios de*

[4] Programa Nacional Integrado de Intervención contra Enfermedades No transmisibles, una iniciativa de la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud..

[5] CARMEN es el acrónimo español de *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles*, una iniciativa de la Oficina Regional para las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, promovida por la Organización Mundial de la Salud..

[6] El Centro Colaborador de la OMS sobre Políticas de Enfermedades No transmisibles está ubicado en el Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades Crónicas de la Agencia de Salud Pública de Canadá (anteriormente, Ministerio de Salud de Canadá).

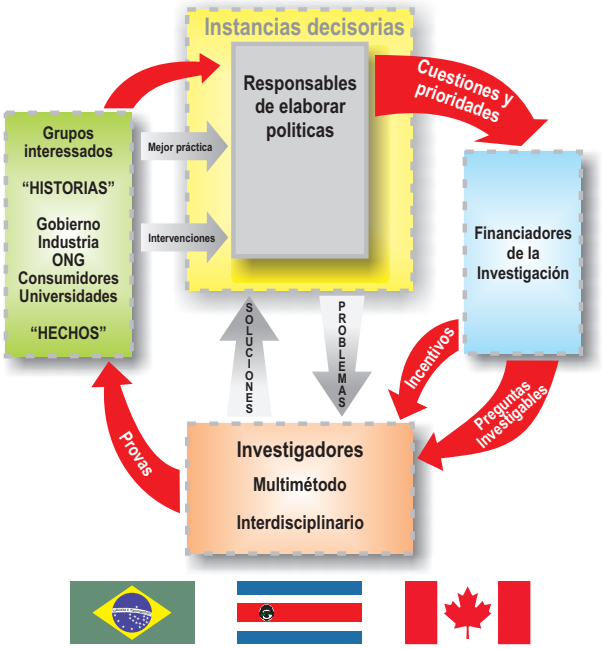
salud pública, la atención primaria y la atención hospitalaria (CARMEN, 2007).

En 2004, la Dirección General de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud de Canadá decidió dar su visto bueno al financiamiento de un concepto de observatorio de políticas. Se creó un proyecto inicial, que incluía tres estudios de caso piloto, y que fue realizado en Costa Rica, Brasil y Canadá en 2005-06. Cada estudio de caso examinó los procesos de formulación y aprobación de las políticas de nutrición a nivel estatal. Aplicando una metodología común, los Grupos de Trabajo Técnico de los tres países estudiaron las siguientes preguntas de investigación generales:

- ¿Cuáles fueron los procesos utilizados para formular y aprobar las políticas de nutrición?
- ¿Cuáles fueron las condiciones y los factores clave que influyeron en la formulación y aprobación de las políticas de nutrición?
- ¿Cuáles fueron las principales lecciones aprendidas acerca de la aplicación de enfoques intersectoriales en la formulación y aprobación de políticas?

Los Grupos de Trabajo Técnico estaban integrados por instancias decisorias de alto nivel (por ej.: analistas de políticas, gerentes de programas) e investigadores académicos expertos en las áreas relacionadas con el estudio. En la Figura 1 presentamos el modelo en que se basó el diseño de la investigación[7] y ponemos de relieve la interacción entre los responsables de tomar decisiones, los miembros de la comunidad universitaria y los proveedores de financiamiento en todas las etapas del proceso. Los Grupos de Trabajo Técnico colaboraron mediante una serie de talleres técnicos, teleconferencias e intercambio regular de comunicaciones electrónicas.

Figura 1: *Toma de decisiones basada en pruebas*



Nota: La Figura 1 está adaptada de la Fundación Canadiense de Investigación sobre Servicios de Salud (1998). *Growth through innovation: 1998 Annual Report.* Figura 5. Evidence-based decision-making: Where to focus for improvement, pág. 38. Disponible en http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/pdf/1998_e.pdf. Consultado el 30 de julio de 2007.

Justificación de los estudios de caso sobre nutrición

A escala internacional, la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados han dado lugar a importantes cambios en el régimen alimentario y el estilo de vida de las personas durante la última década (OMS, 2003, pág. 1). Esa evolución política, económica, social y medioambiental ha tenido efectos negativos para la salud y nutrición poblacionales, sobre todo en los países en desarrollo y los países en transición.

A la par de la mejoría en los niveles de vida, de la existencia de una mayor disponibilidad y diversificación de alimentos, y del aumento del acceso a los servicios, también se han producido importantes consecuencias negativas debido al empeoramiento de los hábitos alimentarios, el descenso de la actividad física y el aumento del uso del tabaco, con el consiguiente incremento de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, sobre todo entre los grupos de poblaciones pobres (OMS, 2003, pág. 1).

[7] La Figura 1 está adaptada de la Fundación Canadiense de Investigación sobre Servicios de Salud (1998). *Growth through innovation: 1998 Annual Report.* Figura 5. Evidence-based decision-making: Where to focus for improvement, pág. 38. Disponible en http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/pdf/1998_e.pdf. Consultado el 30 de julio de 2007.

Para implementar políticas eficaces y sostenibles de alimentación y nutrición, los expertos internacionales reclaman una nueva plataforma, esto es, "no perseguir solamente objetivos de alimentación y nutrición (OMS, 2003, pág. 2), sino examinar de forma más amplia cuáles son los determinantes de la salud nutricional" (aspectos relacionados con la ecología, la sociedad y el comportamiento que van más allá de los mecanismos de causalidad). Esta plataforma, propuesta por la OMS, es congruente con los componentes de un enfoque de salud poblacional[8] – una orientación clave de los ministerios de salud de Canadá, Costa Rica y Brasil desde mediados de la década de 1990.

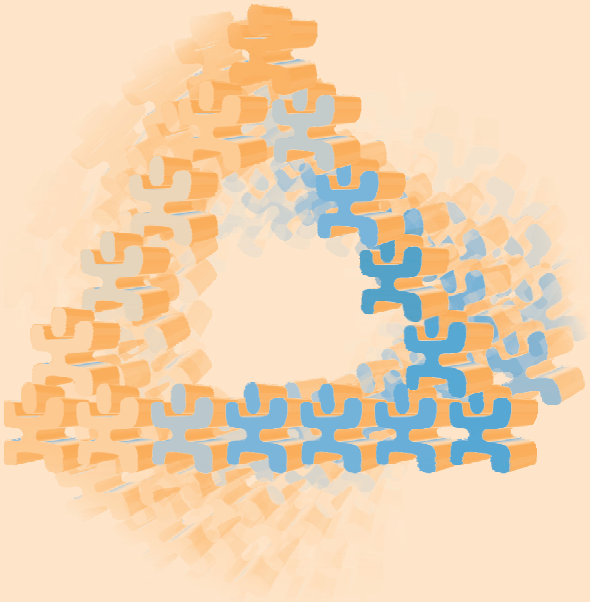
Llevar una alimentación sana ha pasado a ser uno de los determinantes clave para la salud y el desarrollo humanos a lo largo de la vida (Frank y Finegood, 2007). No obstante, las políticas nacionales en materia de alimentación de muchos países en desarrollo están centradas en el problema de la desnutrición y no abordan la prevención de las ENT crónicas (OMS, 2003, pág. 2). Para responder a cuestiones complejas tales como la prevención de las ENT crónicas y/o la inseguridad alimentaria[9] , es necesario integrar las cuestiones relacionadas con la nutrición en las políticas y los programas de salud, agricultura, educación, sociedad y economía (Asociación Canadiense de Dietistas, 2007). Sin embargo, la adopción de medidas ha sido difícil y son pocos los ejemplos de políticas de nutrición intersectoriales innovadoras y eficaces en las Américas.

En años recientes, Raine (2005) realizó un estudio y una síntesis de los hábitos alimentarios sanos en Canadá. Esta investigadora concluyó que existen "enormes lagunas en nuestros conocimientos sobre el proceso de intervención en entornos a escala macroscópica" (pág. S13) y solicitó que se invirtiera en trabajos centrados en estudiar los determinantes colectivos de una alimentación sana y los contextos de política para promover hábitos alimentarios sanos, declarando que "la adopción de políticas es una herramienta muy útil para influir en múltiples entornos" (pág. S13).

Consideramos que una comparación cruzada de los resultados de tres estudios de caso sobre nutrición realizados en tres jurisdicciones nacionales, contribuye a engrosar la base de datos en la materia: a) poniendo de relieve una serie de instrumentos de política eficaces para prevenir y controlar las ENT crónicas; b) describiendo los requisitos para formular y aprobar políticas en distintos entornos; c) evaluando las capacidades para recopilar y analizar datos de forma sistemática a distintos niveles, y d) iniciando un apoyo técnico intersectorial en el estudio y el análisis de políticas.

[8] Una de las características fundamentales del enfoque de salud poblacional es que orienta las intervenciones hacia una gama de determinantes de la salud individuales (biológicos, de comportamiento) y colectivos (sociales, culturales, físicos, económicos y políticos). Establecer, fomentar y apoyar la colaboración entre sectores múltiples (por ej.: el gobierno, la industria y el sector voluntario) son factores de éxito fundamentales, dado que muchos de los determinantes están fuera del ámbito del sistema tradicional de servicios de salud.

[9] La seguridad alimentaria implica que toda la población tiene acceso, en todo momento, a alimentos suficientes, nutritivos, inocuos, personalmente aceptables y culturalmente adecuados, que son producidos, obtenidos y distribuidos mediante procesos ecológicamente racionales, socialmente justos y sostenibles (adaptado de Fairholm, 1999).



METODOLOGÍA

En este estudio centramos nuestra atención en las tres primeras etapas del ciclo de políticas: el establecimiento del programa, la formulación de la política y la toma de decisiones (Howlett y Ramesh, 1995). Esta estrategia impuso ciertos límites al diseño de un trabajo de investigación complejo de estudios de caso, de alcance internacional, que necesitaba un alto grado de coordinación y seguimiento (Yin, 1989). En nuestro Marco Conceptual (Apéndice 1), tuvimos en cuenta una amplia gama de factores (contextos, ideas, naturaleza y disponibilidad de pruebas, intereses y conflictos de política, instituciones, instrumentos de política y planes de acción de política). En nuestro análisis estaba implícito el reconocimiento de que uno de los principales objetivos de la formulación de políticas es lograr un consenso (esto es, la convergencia de los grupos interesados) acerca de la mejor forma de abordar una idea de política. Se ha demostrado que, cuando los grupos interesados logran ponerse de acuerdo desde una etapa temprana sobre un marco común temático, el proceso de elaboración de la política se ve facilitado (Campbell *et al.*, 2005).

Para la recopilación de datos, se procedió a estudiar diversos documentos (por ej.: artículos revisados por expertos; informes gubernamentales; "conocimientos especializados" de expertos, grupos y redes; registros parlamentarios; informes de prensa) y entrevistas a informantes clave. Estos informantes clave, que fueron identificados mediante un proceso de "muestreo en bola de nieve" (Patton, 1987), pertenecían a diversos sectores, entre otros, el gobierno estatal (ministerios de salud y otros ministerios), organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones de profesionales de la salud, grupos de defensa de los consumidores, industria alimentaria, asociaciones comerciales, funcionarios electos y miembros de la comunidad universitaria. Las entrevistas a informantes clave (20 en Costa Rica, 16 en Brasil y 24 en Canadá) fueron realizadas por investigadores cualificados. Cada entrevista, de una duración aproximada de 90 minutos, se completó utilizando una guía de entrevista semiestructurada ensayada, que fue traducida y retraducida al inglés, español y portugués. Los informantes clave firmaron un formulario de consentimiento informado, de conformidad con los protocolos de ética de investigación a nivel nacional.

Los investigadores analizaron el contenido de los datos e identificaron temas y patrones aparentes en un proceso de codificación abierta (Stake, 1995; Miles y Huberman, 1994). Se utilizó un programa informático de análisis de datos cualitativos (NVivo6) para facilitar la clasificación de los datos. El uso de libros de códigos y la celebración de sesiones informativas para resolver los problemas relacionados con la codificación contribuyó a mejorar la coherencia. Además, se estableció información de control para documentar el proceso seguido por los investigadores para llegar a sus conclusiones finales.

RESULTADOS

Empezamos presentando brevemente cada estudio de caso, incluido un resumen de las principales lecciones aprendidas (Parte A). A continuación, presentamos los resultados de los casos cruzados con relación a las capacidades de elaboración de políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema (Parte B).

Parte A: *Presentación general de los estudios de caso sobre nutrición*

Costa Rica: *Formulación de la política sobre fortificación de la harina de trigo con ácido fólico*

En 1997, el Ministerio de Salud aprobó un decreto nacional sobre la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico. Entre los objetivos se incluía reducir las carencias de folato y la prevalencia de defectos congénitos, entre otros, las anomalías congénitas del tubo neural[10], que eran la segunda causa principal de mortalidad infantil en Costa Rica. Con relación a la prevención de las ENT, un aporte bajo de folato se ha asociado con un aumento del riesgo de cardiopatías (Rimm et al., 1998; Schnyder et al., 2001). Los estudios clínicos y epidemiológicos indican que un aporte alimentario mayor de folato y niveles más altos de folato en la sangre están asociados con una reducción del riesgo de cáncer colorrectal (Kim, 2003). No obstante, Mason et al. (2007) informaron recientemente que los casos de cáncer de colon en Canadá y Estados Unidos han aumentado después de que los fabricantes empezaran a fortificar los granos cerealeros con ácido fólico a finales de la década de 1990. Si bien estos investigadores afirman que estas observaciones por sí solas no prueban una causalidad, recomiendan enfoques cautelosos a la hora de implantar o mejorar programas de fortificación hasta que se hayan subsanado las actuales lagunas de pruebas.

El contexto en el que se produjeron las negociaciones de la política se caracterizó por

[10] Los defectos congénitos del tubo neural se refieren a las anomalías del cerebro y de la médula espinal que se distinguen al nacer y que se cree están relacionadas con la ingesta de folato por la mujer antes y durante el embarazo (Sizer and Whitney, 2006, pág. GL-11).

la presencia de complejas transformaciones en Costa Rica en los ámbitos económico, político y social. En la década de 1980, Costa Rica evolucionó de una economía fuertemente reglamentada por el Estado a una economía "abierta" al libre comercio. La premisa subyacente era que el comercio internacional actuaría como *"motor de desarrollo económico"*, obligando a Costa Rica a ser competitiva con los mercados extranjeros. Como resultado de ello, el Consejo Nacional de Producción de Costa Rica perdió el control sobre la importación de trigo. Con la liberalización de la economía nacional en Costa Rica, dejaron de existir los obstáculos al comercio y el control de los precios tanto para el trigo como para el pan.

Durante el proceso de formulación de la política, los responsables de tomar decisiones no invitaron a los grupos interesados de la industria a participar en un debate sobre la viabilidad de fortalecer la harina de trigo con ácido fólico. En lugar de ello, su estrategia consistió en obtener el apoyo de la industria a una decisión de política que ya había sido promulgada por el Ministerio de Salud. No obstante, el Comité Permanente se dio cuenta de que era imprescindible contar con la colaboración de la industria para tener éxito: *"Una actitud autoritaria* [por parte del gobierno] *no facilitaría un entorno propicio para implementar la política"*. Este enfoque ayudó a los representantes del Ministerio a convencer a la industria de la importancia de la medida y a lograr una alianza sostenible.

LECCIONES APRENDIDAS

La política relativa a la fortificación de la harina de trigo se formuló, negoció y aprobó en un entorno nacional e internacional favorable, a pesar de que, en las primeras etapas, los grupos interesados de la industria expresaron sus inquietudes tanto tecnológicas como financieras. Una decisión de política claramente articulada, combinada con los esfuerzos de un equipo motivado y competente de responsables de elaboración de políticas en el Ministerio de Salud, y un sector de la industria alimentaria receptivo, facilitaron la consecución de un consenso. Entre los factores que contribuyeron al éxito se incluyen: alianzas sólidas a nivel político-técnico y público-privado; una buena base de datos científicos; una estrategia de implementación viable; un equipo de trabajo eficaz, y, lo más importante, la responsabilidad social de los actores políticos (Tacsan *et al.*, 2006).

Brasil: *Observatorio de Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1999-2005*

Este estudio de caso analizó la formulación de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición[11] (PNAN) de Brasil, una directiva compleja e innovadora formulada siguiendo un principio constitucional: *"alimentos adecuados como derecho humano básico"*. El Ministerio de Salud asumió un papel protagonista, en colaboración con otros ministerios, a saber, el Ministerio de Planificación, Presupuestación y Gestión, el Ministerio de Desarrollo Social y Alivio del Hambre, y el Ministerio de Educación. En 1999, el Ministerio de Salud aprobó la PNAN en el marco de la Política Nacional de Salud de Brasil.

[11] La Política Nacional de Alimentación y Nutrición de Brasil, que forma parte de la Política Nacional de Salud, está disponible en inglés en http://www.saude.gov.br/alimentacao.

La PNAN está respaldada por un marco reglamentario que incluye: a) medidas intersectoriales que proporcionan acceso universal a alimentos; b) mecanismos de aseguramiento de la calidad aplicables a los servicios y productos alimentarios; c) actividades de vigilancia y seguimiento en el campo de la nutrición; d) promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida sanos; e) prevención y control de trastornos nutricionales y enfermedades relacionadas con la alimentación y la nutrición; f) promoción de la investigación, y g) desarrollo y capacitación de recursos humanos.

LECCIONES APRENDIDAS

Los resultados del estudio de caso ponen de relieve los factores clave de éxito para la formulación de políticas de nutrición intersectoriales, entre otros:

> *Una cuestión de orden nacional traducida por la relevancia epidemiológica del problema e incluida en el programa gubernamental público para responder a las necesidades sociales consideradas como importantes desafíos de salud pública; un clima favorable en el Ministerio de Salud, puesto que se estaba reorganizando el departamento de alimentación y nutrición (recursos humanos, técnicos y financieros); y presión política de los actores gubernamentales y de la sociedad civil, interesados en redefinir las prioridades y acciones del gobierno en el campo de la alimentación y la nutrición* (Bomtempo Birche de Carvalho *et al.*, 2006).

Entre los obstáculos con que tropezó las formulación de la PNAN figuran las diferencias entre expertos (por ej.: médicos y dietistas); la fragmentación de las políticas y programas de ENT en el Ministerio de Salud; los problemas asociados con el establecimiento de marcos de reglamentación para la producción de alimentos; las cuestiones relativas a la comercialización y el etiquetado, y la falta de consenso político y técnico sobre la terminología (por ej.: las definiciones de "hambre", "malnutrición" y "seguridad alimentaria"). A pesar de estas dificultades, la PNAN se formuló siguiendo un proceso altamente participativo al que contribuyó de forma significativa la sociedad civil. La cooperación internacional se consideró útil, al igual que el alto nivel de apoyo político que impulsó el proceso a escala nacional. Los autores concluyeron que el proceso de formulación política ayudó a centrar la atención de las políticas nacionales relativas a alimentación y nutrición en la prevención y el control de las ENT crónicas, y no solamente en la desnutrición (Bomtempo Birche de Carvalho *et al.*, 2006).

Canadá: *Convergencia de grupos interesados sobre etiquetado nutricional – Fomentar un consenso sobre una cuestión compleja*

En 2002, Canadá hizo obligatorio el etiquetado nutricional, y el alcance de la reglamentación colocó a Canadá a la cabeza en materia de etiquetado nutricional. En los próximos 20 años, los beneficios acumulados para los canadienses rondarán los 5.000 millones de dólares, una estimación basada en la reducción de los costos directos e indirectos asociados con el cáncer,

la diabetes, las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebrovasculares (Ministerio de Salud de Canadá, 2003).

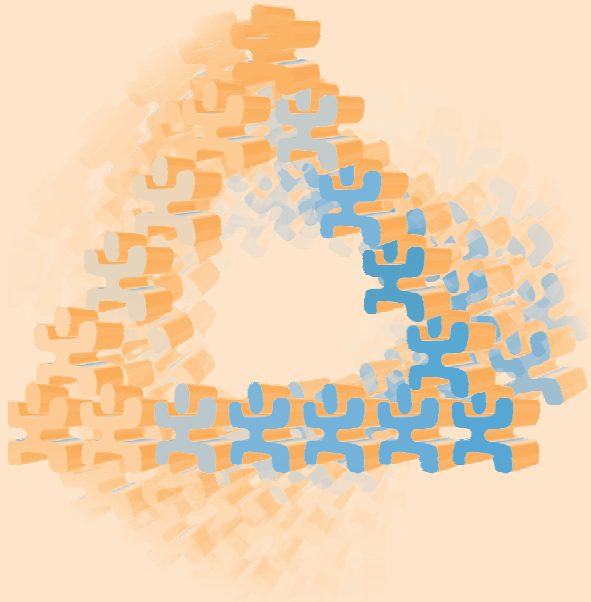
En virtud de la reglamentación canadiense, las etiquetas de la mayoría de los alimentos preenvasados que se vendan en Canadá deben incluir un cuadro que describa su *valor nutritivo*. La reglamentación incluye también criterios actualizados sobre las declaraciones nutricionales, a fin de responder mejor a las cuestiones de salud de los consumidores. Por primera vez en Canadá, se permite incluir declaraciones de propiedades saludables relacionadas con los alimentos que pongan de relieve la relación de ciertos nutrientes y alimentos con la reducción de las cardiopatías, el cáncer, la hipertensión arterial y la osteoporosis.

Las reglamentaciones de 2002 abordaron tres temas interrelacionados, a saber, el etiquetado nutricional, las declaraciones nutricionales y las declaraciones de propiedades saludables. El proceso de elaboración de políticas para estas iniciativas siguió trayectorias diferentes de colaboración con relación a la documentación y a las contribuciones y consultas de expertos y grupos interesados. Un resultado imprevisto fue la fusión de las reglamentaciones relativas al etiquetado nutricional, a las declaraciones nutricionales y a las declaraciones de propiedades saludables, en un "conjunto de medidas de política" integral publicado en la Gaceta de Canadá, Parte II (1 de enero de 2003).

LECCIONES APRENDIDAS

Los resultados del estudio reafirmaron la noción de que consultar de forma amplia a los grupos interesados y permitir a los ciudadanos participar de forma eficaz, utilizando la información por Internet y las tecnologías de comunicación, contribuye a la innovación en materia de políticas. Además, se observó que las percepciones que los grupos interesados tienen del proceso de formulación de políticas pueden ser muy diferentes de las percepciones de los responsables de elaborar las políticas. En este estudio, los informantes clave describieron la formulación de políticas como un proceso de "freno y arranque", caracterizado por largas e inexplicables demoras. Por su parte, las instancias decisorias declararon que el proceso de formulación de políticas, en particular el complejo trabajo necesario para avanzar desde las enmiendas propuestas (Gaceta de Canadá, Parte I, 16 de junio de 2001) hasta la publicación, tenía lugar con una rapidez sin precedentes.

Los resultados del estudio de caso relativos a la compartimentación política sugieren que los mandatos y prioridades organizacionales antagonistas pueden entorpecer la elaboración de políticas intersectoriales. Los autores concluyeron que, cuando la capacidad organizacional de elaboración de políticas se ve debilitada por la escasez de recursos, por la reestructuración y/o por la compartimentación política, las instancias decisorias deben implementar prácticas estratégicas de gestión del cambio para superar los obstáculos (Vogel *et al.*, 2007).



RESULTADOS

Parte B: *Capacidad de elaboración de políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema*

En este documento centramos nuestra atención en los resultados de casos cruzados relativos al desarrollo de la capacidad de elaboración de políticas (CEP). Para realizar los análisis comparativos, utilizamos un marco adaptado de un trabajo anterior de Shelley Bowen y Anthony Zwi (2005). Los autores sugirieron que es posible entender el proceso de elaboración de políticas examinando tres niveles de capacidad diferentes: el individuo, la organización y el sistema. Sin embargo, Bowen y Zwi no fueron concluyentes en cuanto a la importancia relativa de estos tres niveles de capacidad. Además, su trabajo fue preliminar y se centró en sugerir formas de utilizar las "pruebas" para informar las políticas de salud.

Perfeccionamos el modelo de Bowen y Zwi (2005), y estudiamos la importancia relativa de cada uno de los indicadores dentro de cada nivel de capacidad, así como la importancia de los tres niveles en su conjunto para obtener resultados de políticas exitosos. Una de las conclusiones generales a las que llegamos es que, cuando existe un "alto grado" de CEP a nivel del individuo y del sistema, una propuesta de política puede convertirse en una política exitosa, incluso cuando la CEP a nivel de la organización es "mediana". Basamos esta conclusión en las pruebas combinadas del estudio de la documentación y de los resultados de las entrevistas con los informantes clave, que se resumen en el Cuadro 1:

Cuadro 1: *Capacidad de elaboración de políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema.*

Nivel de capacidad para elaborar políticas (CEP)	Costa Rica	Brasil	Canadá
Individuo 5 indicadores (valores, liderazgo, conocimientos y competencias, recursos, y cooperación y establecimiento de redes)	Mediana → Alta	Alta	Alta
Organización 5 indicadores (procesos y procedimientos de política, cooperación interna y externa, liderazgo, asignación de recursos y conocimientos y competencias)	Mediana*	Alta → Mediana*	Mediana*
Sistema 4 indicadores (valores, ideología, política y economía)	Mediana → Alta	Alta	Mediana → Alta

Fuente: adaptado de Capacities Required for Policy Adoption and Adaptation (Bowen y Zwi, 2005).

** Aunque la CEP general de la organización fue calificada como "mediana" para Costa Rica, Canadá y Brasil, algunos de los indicadores en los tres países se situaron en la categoría "baja" (por ej.: asignación de recursos humanos y/o financieros para apoyar el trabajo).*

1. Capacidad para elaborar políticas - Individuo

En nuestro marco, el término "individuo" incluye a los "adalides" de política pertenecientes al gobierno, así como a los defensores de políticas de los grupos interesados en general. Basándonos en el trabajo de Bowen y Zwi (2005), creamos cinco indicadores para la CEP individual, a saber: *valores (o marcos); liderazgo; conocimientos y competencias; recursos, y cooperación y establecimiento de redes*.

En los tres países, la CEP individual fue "alta" para los tres primeros indicadores y "mediana a alta" tanto para los recursos como para la cooperación/establecimiento de redes. Por ejemplo, en el área de la cooperación externa, los encargados de formular políticas en Costa Rica experimentaron dificultades para establecer alianzas con líderes de la industria alimentaria. Este obstáculo se superó cuando los funcionarios del Ministerio de Salud responsables del control y de la vigilancia nutricional presentaron a la industria harinera pruebas claras de los beneficios con relación a los costos. Además, los responsables de elaborar políticas solicitaron la ayuda de sus aliados de la industria de la sal, en la que ya se había implementado anteriormente el proceso de fortificación con resultados exitosos en materia de salud pública.

Nuestros resultados sugieren que algunos indicadores de la CEP individual son más importantes que otros. Especialmente importante es la convergencia en una etapa temprana de los grupos interesados sobre el marco de política (esto es, los valores). Los miembros de las redes de política en los tres países se mostraron fuertemente unidos por un compromiso respecto a un enfoque de salud poblacional. Las razones que propiciaron esta convergencia fueron en parte diferentes en los tres países, y reflejaron la cultura política específica de cada uno de ellos. Por ejemplo, en Costa Rica y Brasil, las organizaciones internacionales tales como la OMS, y los documentos de política como la *"Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud"* (OMS, 2004) fueron decisivos a la hora de convencer a los grupos interesados sobre la importancia de centrar la atención en la nutrición a fin de mejorar la salud poblacional.

2. Capacidad para elaborar políticas - Organización

En nuestro marco, el término "organización" comprende los ministerios, las direcciones generales y/o los organismos gubernamentales a nivel estatal responsables de las políticas. Una vez más, basándonos en el trabajo de Bowen y Zwi (2005), creamos cinco indicadores de CEP a nivel de la organización, a saber: *procesos y procedimientos de política; cooperación; liderazgo; asignación de recursos, y conocimientos y competencias*.

De acuerdo con los resultados del análisis de casos cruzados, clasificamos los indicadores en orden de importancia descendente: liderazgo; asignación de recursos; conocimientos y competencias (incluidas las competencias en la gestión del cambio), y procesos y procedimientos de política. La importancia del quinto indicador (cooperación) variaba según el alcance de la política. Por ejemplo, en Brasil, una amplia base de iniciativas de cooperación interna/externa fue decisiva debido al gran alcance de la iniciativa de seguridad alimentaria. En Costa Rica, el establecimiento de una amplia gama de iniciativas de cooperación interna y externa revistió menor importancia, y los responsables de elaborar políticas apenas hicieron hincapié en la participación de los ciudadanos.

En el área de la CEP a nivel de la organización, nuestro estudio puso de relieve la existencia de lagunas en los tres países (por ej.: escasez de recursos humanos y/o financieros; procesos de política de "freno y arranque", y comunicación insuficiente con los grupos interesados). Las estrategias innovadoras de gestión del cambio realizadas bajo la supervisión de "adalides" internos ayudó a mitigar esos desafíos y, con el apoyo político de alto nivel, los tres procesos de política siguieron adelante a pesar de las lagunas señaladas. Estos "adalides" contaban con el apoyo de expertos técnicos, tanto del gobierno como ajenos al mismo, que podían presentar resultados claros sobre los beneficios que entrañaría para la salud implementar las políticas bajo estudio. La solidez de las pruebas científicas, junto con los datos sobre costo-eficacia, fueron importantes a la hora de lograr la convergencia de los grupos interesados.

Los "adalides" internos eran también expertos en modificar las prácticas vigentes de elaboración de políticas a fin de superar la oposición existente o posible de los grupos interesados. En Brasil, los funcionarios gubernamentales convocaron una serie de reuniones o seminarios para dar participación a los miembros de la comunidad de políticas. También llegaron a compromisos con el objeto de impulsar la aceptación de la industria. Por ejemplo, optaron por calificar la política como una iniciativa del sector de la salud, en lugar de una iniciativa de seguridad alimentaria, teniendo en cuenta la falta de consenso sobre un programa de seguridad alimentaria. En Canadá, funcionarios del Ministerio de Salud crearon un nuevo "enfoque institucional" centrado en fomentar la cooperación con los principales grupos interesados. Para ello, establecieron un grupo consultivo y de orientación intersectorial que funcionaba siguiendo un modelo de consenso. Dicho sea de paso, este proceso fue congruente con el compromiso del gobierno respecto a nuevas prácticas de gestión pública, y contribuyó a incrementar la credibilidad del ministerio.

Un hecho importante es que ninguno de los gobiernos de los tres países asignó los recursos humanos y/o financieros suficientes a sus respectivas iniciativas de política. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Canadá no recibió fondos para financiar una campaña nacional de sensibilización pública sobre etiquetado nutricional que se había prometido. Se trataba de un hecho importante ya que, desde el principio, los responsables de elaborar políticas habían considerado el etiquetado nutricional como una herramienta útil que, en combinación con un marco educativo más amplio, reduciría la confusión a la hora de leer las etiquetas y permitiría tomar decisiones mejor informadas sobre los alimentos consumidos.

Por otra parte, entre el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Agricultura y Agroalimentación de Canadá, responsable de la Agencia de Inspección Alimentaria de Canadá (AIAC), surgió el problema de la compartimentación política. La implementación del reglamento sobre etiquetado nutricional se encargó a la AIAC. No obstante, el avance se vio entorpecido, sobre todo en las etapas iniciales, debido a los diversos mandatos y prioridades organizacionales. Los resultados pusieron de relieve una "dicotomía" entre la formulación de políticas y otras etapas interrelacionadas del ciclo de políticas, a saber, la implementación y la evaluación (Sutton, 1999).

Aunque la AIAC expresó oficialmente su apoyo a la propuesta del Ministerio de Salud de Canadá, diversos funcionarios de alto nivel señalaron reiteradamente la necesidad de incrementar de forma considerable el financiamiento de la AIAC para poder aplicar las reglamentaciones. Los responsables de elaborar las políticas que trabajaban en otros sectores diferentes al de la salud a nivel federal declararon que, si bien el Ministerio de Salud de Canadá consideraba el etiquetado nutricional como una prioridad importante a finales de la década de 1990, *"para la AIAC era una prioridad poco importante debido a los recursos que podrían necesitarse para la aplicación* [de las reglamentaciones]"

Tanto en Canadá como en Costa Rica, la capacidad para elaborar políticas "mediana a baja" respecto a estos dos indicadores de la CEP a nivel de la organización (esto es, la asignación de recursos y la cooperación con otros ministerios gubernamentales federales clave) no impidió que las propuestas de política avanzaran a la etapa de toma de decisiones. No obstante, una clasificación baja para estos dos indicadores podría resultar importante a nivel de la implementación. Consideramos que los resultados del análisis de casos cruzados con relación a la CEP a nivel de la organización son muy significativos, habida cuenta de la complejidad de las cuestiones nutricionales que se encuentran actualmente en el punto de mira de la comunidad política y del público (por ej.: la obesidad infantil, la inseguridad alimentaria, los alimentos funcionales, las grasas *trans*) y la necesidad de adoptar medidas utilizando instrumentos de política intersectoriales.

3. Capacidad para elaborar políticas - Sistema

En nuestro marco, el término "sistema" se refiere a toda la comunidad política, incluido el gobierno, los grupos de intereses y el público bien informado. Creamos cuatro indicadores de CEP a nivel del sistema, adaptándolos del trabajo de Bowen y Zwi (2005), a saber: *valores* (por ej.: apoyo de grupos de presión influyentes, líderes de

opinión y gobierno); *ideología* (por ej.: comunidades epistémicas); *política* (por ej.: voluntad política, estrategias de defensa de intereses, programa político general), y *economía* (por ej.: financiamiento para la implementación; pruebas de la relación costo-eficacia).

Sin excepción, Costa Rica, Brasil y Canadá obtuvieron una clasificación "alta" para las tres primeras variables a nivel del sistema, evolucionando la dimensión de *valores* de "mediana a alta" a medida que los procesos avanzaban, lo que pone de manifiesto el excelente trabajo realizado por los "adalides" internos. En todos los países, el cuarto indicador *(economía)* se clasificó en la categoría "mediana a alta". Los participantes en la elaboración de políticas tropezaron con distintos retos, como la escasez de recursos, sobre todo a la hora de planificar las estrategias de implementación (por ej.: aplicación de las políticas; obtención de datos de vigilancia nutricional necesarios para hacer un seguimiento de los resultados). Como resultado de ello, los funcionarios gubernamentales se vieron obligados a hacer gala de toda su creatividad para obtener apoyo tanto financiero como en forma de servicios por parte de los grupos interesados.

Nos llamó la atención la coherencia de los resultados relativos al desarrollo de la CEP, sobre todo a nivel de individuo y de sistema. Sin excepción, la noción de salud poblacional fue un valor unificador para los miembros de las redes de política, y una fuerza impulsora para lograr la incorporación de las políticas nutricionales en los programas políticos de los tres países. No obstante, en el caso de Canadá y Brasil, la alta CEP a nivel del sistema fue en parte reflejo de las concesiones realizadas por los funcionarios gubernamentales durante el proceso de formulación de políticas (por ej.: la decisión de Brasil de trabajar en un marco de salud más que en un marco de seguridad alimentaria, y las decisiones de Canadá relativas a especificaciones de formato, plazos límites para la implementación y exenciones a las reglamentaciones).

Conclusiones y recomendaciones

En la Figura 2, ilustramos los resultados en un diagrama que comprende un marco de salud poblacional, niveles de capacidad de elaboración de políticas e importantes factores contextuales identificados durante la investigación, como la globalización y el neoliberalismo. Representamos la CEP individual mediante dos flechas rojas que corresponden a los "adalides" (internos, pertenecientes al gobierno) y defensores de política (externos, ajenos al gobierno). El modelo interactivo muestra la complejidad del proceso de elaboración de políticas, así como el "terreno común" entre los tres niveles de CEP.

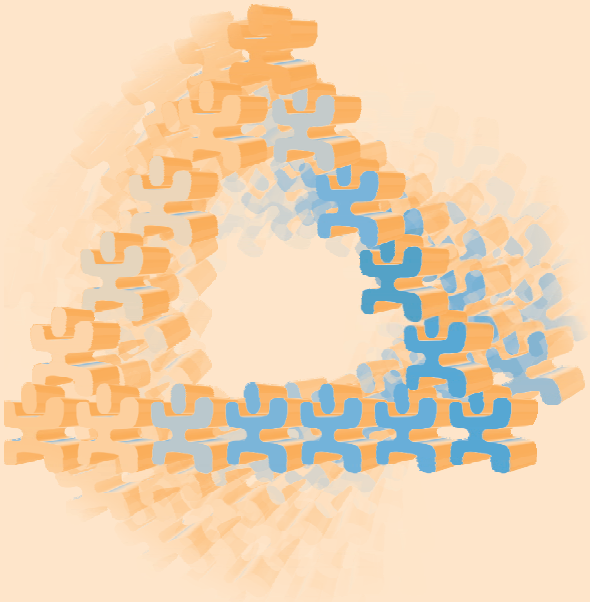
Figura 2: *Desarrollo de la capacidad para elaborar políticas a tres niveles: individuo, organización y sistema*

Presentamos las siguientes conclusiones relativas al desarrollo de la CEP y las recomendaciones para los responsables de elaborar políticas y otras instancias interesadas en el proceso de elaboración de políticas:

- La consulta y colaboración mediante iniciativas sostenidas de cooperación intersectorial es una parte fundamental del proceso de elaboración de políticas.

- Se necesitan múltiples formas de pruebas y fuentes de información para la formulación de políticas, entre otras, datos sobre la relación costo-eficacia, estudios respaldados por la industria y estudios de consumo.
- Los documentos estratégicos de política nacional y/o internacional son importantes para planificar las etapas futuras y establecer un programa de acción.
- Los responsables superiores de elaborar políticas necesitan conocimientos, competencias, herramientas prácticas y recursos para desarrollar la CEP, así como oportunidades para poner en práctica las enseñanzas adquiridas.
- La globalización de las industrias de la agricultura, el comercio y la alimentación transnacional exige incrementar la cooperación a escala internacional e intercambiar las enseñanzas adquiridas.
- Los diálogos de política nacional y/o internacional son una herramienta eficaz para resolver las lagunas existentes en la base de pruebas y mejorar la aplicación de los conocimientos.

Concluimos que cada estudio de caso pone de relieve importantes innovaciones en materia de política nutricional, en las que todos los interesados lograron por lo menos parte de sus objetivos. No obstante, no podremos estar seguros de que efectivamente se han conseguido los objetivos hasta que examinemos el proceso de implementación de las políticas (segunda etapa de la iniciativa de investigación internacional). Nuestras recomendaciones para estudios futuros incluyen elaborar una estrategia de evaluación integral a largo plazo para determinar si las tres iniciativas de política han logrado su objetivo fundamental, a saber, mejorar la salud poblacional.



BIBLIOGRAFÍA

Bomtempo Birche de Carvalho, D., Carvalho Malta, D., Carmen Duarte, E., de Moura, L., Libânio de Moraes Neto, O., Beatriz Vasconcelos, A., Rizzolo, A., Leão. M. (2006). *Observatorio de Enfermedades Crónicas No Transmisibles: El caso de Brasil – Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1999-2005.* Ottawa, ON: Ministry of Health in Brazil, Public Health Agency of Canada, and the Pan American Health Organization.

Bowen, S. and Zwi, A.B. (2005). Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action [versión electrónica]. *PLoS Medicine*, **2**(7), 600-605.

Canadian Health Services Research Foundation. (1998). *Growth through innovation: 1998 Annual Report*. Figure 5. Evidence-based decision-making: Where to focus for improvement, pág. 38. Disponible en: *http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/pdf/1998_e.pdf*. Accessed 30 July 2007.

Campbell, H.S. et al. (2005). *Understanding the policy process at the local level: The role of issue framing in environmental tobacco smoke bylaw development in the Region of Waterloo*. Working paper no. 83. University of Toronto: Ontario Tobacco Research Unit.

CARMEN. (2007). *Glossary of terms*. Ottawa, ON: PHAC/PAHO Observatory On Chronic Non-Communicable Disease Policy.

Dietitians of Canada. (2007). *Community food security. Position of Dietitians of Canada*. Disponible en: *http://www.dietitians.ca/resources/resourcesearch.asp?fn=view&contentid=8737*. Consultado el 15 de agosto de 2007.

Frank, J. and Finegood, D. (2005). Foreword from the Canadian Institutes of Health Research. *Can J Public Health*, **96**, 5S.

Health Canada. *Canada Gazette*, Part II. Regulations Amending the Food and Drug Regulations (Nutrition Labelling, Nutrient Content Claims and Health Claims). 1 de enero de 2003. Disponible en: *http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20030101/pdf/g2-13701.pdf*. Consultado el 16 de octubre de 2006.

Howlett, M. & Ramesh, M. (1995). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*. Toronto, ON: Oxford University Press, p. 11.

Kim, Y.I. (2003). Role of folate in colon cancer development and progression. *J. Nutr.* **133**, 3731S-3739S.

Mason, J. et al. (2007). A temporal association between folic acid fortification and an increase in colorectal cancer rates may be illuminating important biological principles: A hypothesis. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* **16,** 1325-1329.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

Pan American Health Organization. (2006). *Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity and health*. Washington, DC: PAHO & WHO.

Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. (2nd ed.) Newbury Park, CA: Sage.

Raine, K. (2005). Determinants of healthy eating in Canada: An overview and synthesis. *Can J Public Health*, **96**, 8S-15S.

Rimm, E.B., Willett, W.C., Hu, F.B., et al. (1998). Folate and vitamin B6 from diet and supplements in relation to risk of coronary heart disease among women. *JAMA* **279**, 359-364.

Schnyder, G., Roffi, M., Pin, R., et al. (2001). Decreased rate of coronary restenois after lowering plasma homocysteine levels. *N. Engl. J. Med*. **345**, 1593-1600.

Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Sutton, R. (1999). *The policy process: An overview*. London, UK: Chameleon Press, p. 22.

Tacsan, T., del Aguila, R., Ascencio, M., Eduviges Sancho, A., Herrera, F., Guzmán, G., Agüero, L., Quirós, I., Solano, G., Alberto Sequeira, J., López, M., Padilla, G., and MacDonald, J. (2006). *Formulation of the policy on fortification of wheat flour with folic acid*. Ottawa, ON: Ministry of Health in Costa Rica, Public Health Agency of Canada, and the Pan American Health Organization.

World Health Organization. (2004). *Policy development and noncommunicable disease prevention: The road from Kaunas*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Consultado el 19 de marzo de 2007.

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: WHO (WHO Technical Report Series, No. 916). Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf. Consultado el 19 de marzo de 2007.

World Health Organization. (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO.

Vogel, E., Burt, S., and Church, J. (2007). *Stakeholder convergence on nutrition labelling: Building consensus on a complex issue*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada and the Pan American Health Organization.

Yin, R.K. (1989). *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, CA: Sage.

APÉNDICE

Apéndice 1: *Marco analítico – Etapas de la formulación de políticas*