

Consideraciones sobre la elaboración de las directrices de nutrición de la Organización Mundial de la Salud y su implementación

*Gerardo Zamora, Daniela Meneses, Luz Maria De-Regil, Lynnette Neufeld,
Juan Pablo Peña-Rosas, Odalis Teresa Sinisterra*

Unidad de Evidencia y Orientación Programática, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo,
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza- Iniciativa de Micronutrientes, Ottawa, Canadá-
Departamento de Salud Nutricional, Ministerio de Salud, Panamá.

RESUMEN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue un proceso complejo y riguroso para la elaboración de directrices mundiales. En el caso de las directrices relacionadas con nutrición, la participación conjunta de las autoridades de los Estados Miembros de la OMS y sus aliados, incluidos aquellos de la economía social y solidaria, es clave para fortalecer el proceso de elaboración de directrices informadas por las pruebas científicas y su posterior implementación, como parte de las estrategias nacionales de salud pública. Para las autoridades en materia de salud y desarrollo social, la OMS desarrolla una serie de herramientas para la formulación de políticas informadas por las pruebas científicas, considerando su pertinencia, relevancia e implementabilidad. Este proceso de adopción y adaptación debe considerar aspectos de equidad, para evitar la ampliación de brechas en salud. Las directrices mundiales de la OMS contribuyen a que las intervenciones en nutrición en sus Estados Miembros sean implementadas de manera adecuada. Dos experiencias de implementación de intervenciones en nutrición, una en Panamá y otra en Perú, ejemplifican este proceso. El artículo concluye sugiriendo profundizar en el conocimiento y aplicación de la investigación de la implementación de programas para identificar los factores que permiten a una intervención ser efectiva, tener una mejor estrategia de escalabilidad y contribuir a la equidad en salud.

Palabras clave: Directrices, evidencia, implementación, programas, nutrición, equidad.

SUMMARY. *Considerations on the development of nutrition-related guidelines by the World Health Organization and their implementation.* The World Health Organization (WHO) follows a complex and rigorous process to develop global guidelines. With regard to nutrition-related guidelines, the joint participation of national authorities from Member States and their partners, including those of the social economy, is key to strengthening the process of evidence-informed guideline development and the subsequent implementation as part of national public health strategies. WHO puts forward a series of tools that can assist national authorities on health and social development in the elaboration of evidence-informed policies, considering their pertinence, relevance and implementability. This adoption and adaptation process must consider equity in order to avoid widening existing inequities. WHO global nutrition guidelines contribute to the effective implementation of nutrition interventions in Member States. Two experiences of implementation, one in Panama and one in Peru, exemplify this process. The paper ends by suggesting a deeper understanding and utilization of implementation research during programmes to identify what factors ensure effective interventions, appropriate scale up strategies and greater health equity.

Key words: Guidelines, evidence, implementation, programmes, nutrition, equity.

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones de nutrición se desarrollan en contextos complejos y diversos, donde diferentes actores públicos y privados solicitan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) orientación programática para diseñar e implementar las políticas nacionales en la materia. La OMS sigue un procedimiento

sistemático para la elaboración de directrices mundiales informadas por pruebas científicas, de modo que éstas puedan ayudar a los 194 Estados Miembros y sus asociados en la toma de decisiones sobre alternativas de intervención nutricionales, tanto en contextos estables como en situaciones de emergencia.

Una directriz de OMS es todo aquel documento elaborado por la propia OMS que contenga recomendaciones para la práctica clínica y las políticas de salud pública. Una directriz ofrece información sobre los que se puede o debe hacer en situaciones concretas para alcanzar los mejores resultados de salud posibles, tanto individuales como poblacionales y, por lo tanto, hacer un mejor uso de los recursos (1). Todas las directrices de la OMS son aprobadas por el Comité Examinador de Directrices de la OMS. Las oficinas regionales de la OMS juegan un papel central en la disseminación, adaptación e implementación de las directrices dentro del contexto de cada país.

El objetivo de este artículo es describir y sintetizar los contenidos presentados en el simposio organizado por la OMS, en colaboración técnica con la Iniciativa de Micronutrientes (MI), en el marco del XVI Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN) del 12 al 16 de noviembre de 2012 en La Habana, Cuba, de manera que estén disponibles a la comunidad internacional y puedan ser de utilidad en su trabajo de implementación de las directrices de nutrición. En el marco del simposio, la OMS presentó el proceso de desarrollo de directrices globales en nutrición sustentadas por pruebas científicas y se expusieron dos experiencias de implementación en dos países, Panamá y Perú, informadas por las directrices mundiales de la OMS. Asimismo, se presentó la perspectiva de la Iniciativa de Micronutrientes en relación con la formulación de directrices y su implementación.

Finalmente, se discutieron elementos centrales para mejorar la adopción, adaptación e implementación de las directrices globales en la región.

El proceso de elaboración de las directrices sobre nutrición

Para elaborar cada una de sus directrices sobre nutrición, la OMS sigue el proceso descrito en el manual de la OMS sobre elaboración de directrices (1). La figura 1 muestra la secuencia aproximada de dicho proceso.

Paso 1: Establecimiento del Comité Directivo OMS y determinación del alcance de las directrices. En 2009 se estableció el Comité Directivo para la elaboración de directrices sobre nutrición con representantes de todos los departamentos de la OMS con interés en el área de nutrición. Este comité orienta el desarrollo de directrices y recomendaciones sobre nutrición y proporciona supervisión general sobre proceso de desarrollo de las directrices de nutrición. Junto con el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) se creó el comité directivo OMS/UNICEF para la actualización de las directrices de suplementación de vitamina A en diferentes grupos poblacionales.

Paso 2: Identificación del grupo asesor para el desarrollo de las directrices y del grupo revisor externo. Es necesario establecer el grupo asesor para el desarrollo de directrices y el grupo de expertos y partes interesadas externos. El primero se establece

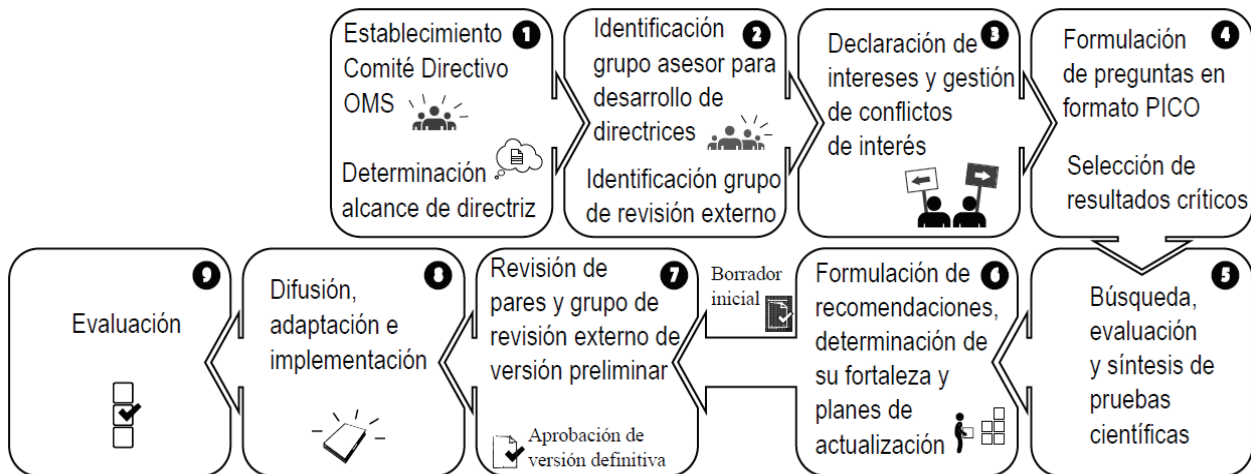


FIGURA 1. Secuencia de pasos en el proceso de elaboración de las directrices de OMS informadas por las pruebas científicas.

cada dos años como grupo asesor para el desarrollo de directrices y actualmente comprende dos subgrupos: el de acciones en nutrición y el de dieta y salud. Cada subgrupo cumple un programa de trabajo bienal en su área de acción y se reúne dos veces al año. El grupo asesor para el desarrollo de las directrices de nutrición está constituido por especialistas procedentes de diversos paneles de expertos de la OMS y otros asesores que son integrados en él a través de convocatorias públicas de especialistas, cuidando que la composición del grupo asesor sea equilibrada en cuanto a presencia de ambos sexos, multidisciplinariedad y representación de las áreas geográficas de las seis oficinas regionales de la OMS. En la selección de los asesores, se procura que, además de expertos en cada materia y en cuestiones metodológicas, haya representantes de posibles partes interesadas (p.ej., profesionales de la salud que intervienen en la prestación de atención sanitaria y consumidores). El grupo asesor, en cuya composición no puede haber representantes de entidades comerciales, tiene como función orientar a la OMS en la selección de los resultados críticos e importantes para la toma de decisiones a escala mundial y en la interpretación de las pruebas científicas, así como hacer recomendaciones que permitan a la OMS establecer prioridades y facilitar el desarrollo de políticas sanitarias.

El grupo de expertos y partes interesadas externas es consultado sobre el alcance de cada directriz, la selección de los resultados críticos para la toma de decisiones y la revisión de las versiones preliminares de las directrices. Este grupo incluye a aquellas partes que pudieran oponerse o criticar a la directriz resultante con base en información científica o diferencias filosóficas; sus posiciones y contribuciones se resumen y discuten durante las consultas, ya que tendrán un papel clave durante la implementación de las directrices en cada país.

Paso 3: Declaración de intereses y gestión de conflictos de interés. Todos los miembros del grupo asesor para el desarrollo de directrices de nutrición deben presentar una declaración de intereses junto con un curriculum vitae reciente antes de cada reunión para cumplir con la normativa de la OMS al respecto. Cada miembro debe declarar verbalmente posibles conflictos de interés previo al inicio de cada sesión. Cada directriz contiene un apartado que indica qué son los conflictos de interés y un resumen sobre cómo

son gestionados por el Comité Directivo.

Paso 4: Formulación de preguntas y operacionalización en formato PICO. Para la identificación de las preguntas y los resultados prioritarios a los que debe responder la directriz se utiliza generalmente el formato de población, intervención, comparación y resultados, conocido por el acrónimo PICO (population, intervention, comparator, outcomes en inglés). El formato PICO está considerado como el método más adecuado para formular las preguntas adecuadas en la identificación, extracción y selección de las pruebas científicas, así como para mejorar la claridad conceptual (2). La selección de preguntas (y los componentes de las preguntas) son un punto de partida fundamental para la formulación de las recomendaciones, la orientación (la inclusión y la exclusión de los datos) y en el tipo de información que se requiere y evalúa. A pesar de que las revisiones sistemáticas buscan minimizar los sesgos, en ocasiones se deben tomar decisiones para incluir o excluir pruebas científicas y resumirlas. El grupo asesor para el desarrollo de directrices de nutrición debe operacionalizar las preguntas PICO detalladamente para que sus conclusiones no induzcan a errores.

Paso 5: Búsqueda, evaluación y síntesis de pruebas científicas. Las revisiones sistemáticas requieren muchos recursos y tiempo de preparación. El personal técnico de la OMS, en colaboración con otras instituciones, lleva a cabo diferentes revisiones sistemáticas, que son preparadas de acuerdo con los procedimientos de la Colaboración Cochrane o la Colaboración Campbell (3–5). En las revisiones sistemáticas los ensayos controlados aleatorios aportan las pruebas científicas de mayor calidad sobre la eficacia de una intervención; sin embargo, no necesariamente aportan pruebas científicas sobre efectividad de la implementación de las intervenciones (6). Por otro lado, un excesivo apoyo en ensayos controlados aleatorios podría provocar que otro tipo de pruebas científicas no sean aprovechadas de manera óptima en el proceso de elaboración de directrices (7). Parte de las razones para este desequilibrio es la ausencia de metodologías estandarizadas para la evaluación de las pruebas científicas aportadas por ensayos controlados no aleatorizados (8). La OMS es especialmente cuidadosa al momento de preparar y desarrollar las revisiones sistemáticas, teniendo en cuenta la diversidad de los diseños de los estudios

y los diferentes métodos utilizados, así como las diferencias entre estudios de eficacia y eficiencia (9). De hecho, los formuladores de políticas y el personal responsable de la gestión de programas demandan con mayor frecuencia metodologías que de manera rigurosa integren, cuando sea posible, diferentes tipos de pruebas científicas, especialmente aquellas relacionadas con la eficiencia, también llamadas “pruebas sobre lo que funciona” (del inglés “evidence on what works”) (10). Para la identificación de los estudios en curso o no publicados, se sigue un procedimiento estándar de búsqueda en la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos de la OMS (ICTRP) (11) y Clinical Trials Registry (12). En el proceso de revisión de las pruebas científicas se suelen identificar elementos que no están suficientemente investigados y sobre los que existe una escasez de pruebas científicas en ese momento. El apartado prioridades de investigación señala estos aspectos.

Paso 6: Formulación de recomendaciones y determinación de su fortaleza, y los planes de actualización. Para la redacción de la versión preliminar de cada directriz se utilizan dos elementos: por un lado, la revisión sistemática y, por el otro, los perfiles de pruebas científicas para cada resultado decisivo obtenido mediante el método GRADE (siglas en inglés de “Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation”) (12). Se examina la versión preliminar de la directriz y se documenta la fortaleza de la recomendación (Tabla 1), teniendo en cuenta los criterios siguientes: (i) efectos deseables y adversos de la intervención; (ii) calidad de las pruebas científicas disponibles; (iii) valores y preferencias relacionados con la intervención en los diversos contextos; y (iv) el costo de las opciones al alcance de los profesionales sanitarios en dichos contextos. Cada directriz debe indicar el año en que será revisada; en dicho momento, si se dispone de nueva información se convocará un grupo asesor que evaluará las nuevas pruebas científicas y, de ser necesario, modificará la recomendación.

Paso 7: Revisión de pares y grupo de revisión externo de la versión preliminar de la directriz. Todas las directrices de la OMS pasan por un proceso de revisión por pares. La versión preliminar es revisada por pares externos antes de pasar por el proceso de aprobación definitiva por parte de la OMS para su posterior publicación. La revisión por pares garantiza

la calidad científica y permite incluir la perspectiva de expertos en aspectos metodológicos, fortaleciendo el proceso de desarrollo de directrices de nutrición (13).

Paso 8: Difusión, adaptación e implementación. Para aumentar las posibilidades de que las recomendaciones sean exitosamente implementadas en los países, la OMS propone procesos nacionales de contextualización, que permitan a los responsables de formulación de políticas o los tomadores de decisiones adaptar las recomendaciones mundiales a las condiciones específicas de los países y a los recursos disponibles para la implementación. La implementación y la difusión también deben estar informadas por las pruebas científicas disponibles al respecto (14–16) y, en la medida de lo posible, también deben ser evaluados (7,17) pues esto permite evitar que la propia implementación contribuya a ampliar el problema que pretende atacar o a ensanchar inequidades dentro de la población, un efecto no buscado que en ocasiones puede resultar de intervenciones de salud pública (18). Para ello, la OMS pone a disposición de sus Estados Miembros, especialmente de los países de ingresos bajos y medios, una serie de redes y herramientas de apoyo para conseguir que se apliquen más eficazmente las directrices mundiales de la OMS (p.ej., ver EVIPNet en apartado 3).

Paso 9: Evaluación. La OMS recomienda que en todas las etapas del proceso de implementación exista un plan de monitorización y evaluación basado en indicadores apropiados. Para ello, es fundamental que existan datos adecuados y mecanismos de recolección apropiados. Desde la OMS, el impacto de una directriz se puede evaluar en cada país en particular (mediante la monitorización y la evaluación de los programas y su implementación) o en el conjunto de ellos (es decir, considerando la adopción y adaptación de la directriz). El Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD) de la OMS, conjunto con el Programa internacional para la prevención y control de la desnutrición por micronutrientes (IMMPaCt) y otros colaboradores internacionales, ha elaborado un modelo lógico genérico de las intervenciones con micronutrientes en salud pública que representa las posibles relaciones entre los aportes y el logro mediante la aplicación de la teoría de la evaluación de los programas de nutrición (19). Los Estados Miembros pueden adaptar el modelo y utilizarlo en combinación con los indicadores adecuados para

TABLA 1. Fortaleza de las recomendaciones en las directrices de OMS.

	Recomendación fuerte	Recomendación condicionada
Descripción breve	El grupo asesor está seguro de que los efectos deseables del cumplimiento superan a los efectos adversos. La recomendación puede ser a favor o en contra de una intervención.	El grupo asesor tiene una menor certeza sobre el balance entre los beneficios deseables del cumplimiento de la recomendación y los efectos adversos.
Implicación para		
Pacientes	La mayoría de las personas en esta situación desearían la línea de acción recomendada y solo una pequeña proporción no la desearía.	La mayoría de las personas en esta situación desearían la línea de acción recomendada, pero muchos no lo harían.
Personal clínico	En la mayoría de los pacientes debería aplicarse la línea de acción recomendada y el cumplimiento de esta recomendación es un indicador razonable de calidad en la atención.	Diferentes opciones serían apropiadas para distintos pacientes, quienes requerirán ayuda para coherente con sus propios valores y preferencias.
Formuladores de políticas	La recomendación puede adaptarse como política en la mayoría de las situaciones.	Se requerirá considerable debate y la participación activa de las partes interesadas.
Donantes	La recomendación orienta sobre una asignación adecuada de los recursos.	Probablemente no representa una asignación adecuada de los recursos

Basado en: (1)

diseñar, implementar, monitorizar y evaluar la expansión de las actuaciones en materia de nutrición.

Herramientas para la adaptación y contextualización de las directrices en políticas nacionales: Experiencia EVIPNet en Perú

Tal y como se explica en la sección anterior, la OMS propone procesos nacionales de contextualización de las recomendaciones contenidas en las directrices (ver “Paso 8: Difusión, adaptación e implementación”). En esta línea, la Red de la OMS de políticas científicamente fundamentadas EVIPNet (en inglés: Evidence-Informed Policy Networks) promueve, dentro de cada país, la colaboración entre responsables de formulación de políticas, investigadores y entidades de la sociedad civil. Dicha colaboración busca facilitar la elaboración y aplicación de políticas utilizando los datos científicos más sólidos que estén disponibles.

EVIPNet ha trabajado con el Ministerio de Salud

de Perú (Minsa) en la identificación de opciones de políticas para prevenir y tratar la anemia en niñas y niños menores de 3 años. Durante varios años previos a 2010, el Ministerio de Salud había llevado a cabo intervenciones con suplementos de hierro en jarabe. Entre 2009 y 2010, basándose en las recomendaciones de la directriz de la OMS (20), se desarrolló una intervención piloto con micronutrientes múltiples en polvo en tres áreas consideradas como muy pobres por el Ministerio. Tres evaluaciones sobre la intervención mostraron resultados variados (Tabla 2).

Se llevó a cabo entonces una revisión de las pruebas científicas, las cuales confirman que la fortificación en el punto de uso de alimentos con micronutrientes en polvo puede reducir la anemia y la ferropenia en neonatos e infantes de 6 a 23 meses (22). Las directrices de la OMS sobre micronutrientes en polvo para este grupo de edad (20) fueron estudiadas por Minsa, EVIPNet y las partes interesadas. Una vez analizados los resultados

de las evaluaciones, el Ministerio de Salud de Perú, en colaboración con EVIPNet, formuló la siguiente pregunta de investigación en implementación: “¿Cuáles son las mejores estrategias para mejorar la adherencia a los multi-micronutrientes en polvo con la finalidad de disminuir la prevalencia de anemia en niños en el Perú?” (21). Para abordar esta pregunta se desarrolló una estrategia de investigación para seleccionar las mejores pruebas científicas y las opciones de política más adecuadas de acuerdo con las herramientas de trabajo preparadas por EVIPNet y sustentadas en las directrices de la OMS. La Tabla 3 muestra el esquema de la estrategia de investigación y los principales contenidos de cada uno de los elementos de dicha estrategia.

De forma posterior, diferentes estudios han analizado el impacto de la administración de multi-micronutrientes en polvo sobre infantes de 6-23 meses en las tres regiones mencionadas como una forma de estimar indirectamente la adherencia. En los infantes que culminaron la suplementación disminuyó la anemia (23), pero no así la prevalencia de anemia a nivel poblacional (24), lo cual confirma la necesidad de contar con procesos de investigación de la implementación para continuar diseñando las mejores opciones de política.

Suplementación intermitente con hierro en niños y mujeres: La experiencia de Panamá

A principios de la década de 1990 se propuso la suplementación semanal con hierro como una alternativa más segura y eficaz a la suplementación diaria. El gobierno de Panamá decidió apoyar una serie de estudios para evaluar la factibilidad de esta intervención con el objetivo de controlar la anemia en escolares panameños. En 1995 se realizó un estudio en 1188 escolares de 6 a 12 años de áreas rurales de la provincia de Chiriquí. Dos veces por semana se les entregó 60 mg de hierro elemental, en forma de fumarato ferroso, durante 5 meses. La prevalencia de anemia al inicio alcanzaba el 80,3% y al final de la intervención fue del 39,9 % (25).

Con base en estos resultados positivos, la estrategia de suplementación se escaló tanto en alcance como en duración. Se incorporaron nuevas escuelas (1841 escolares de 6 a 12 años). Una vez a la semana se les entregó 60 mg de hierro elemental, en forma de fumarato ferroso, durante 2 años, pero únicamente durante el periodo escolar (es decir 9 meses cada

año). Los resultados indicaron que la anemia severa desapareció y la prevalencia de anemia se redujo a 13,2% (25).

En 1996, se realizó otro estudio en 804 escolares de 6 a 14 años de la provincia de Coclé para comparar la suplementación diaria con hierro (fumarato ferroso) versus la semanal durante 6 meses. Los escolares suplementados, tanto diaria como semanalmente, recibían también cereal de maíz fortificado (llamado nutricrema) en sus meriendas escolares. Al inicio del periodo de intervención la prevalencia de anemia era de 42,4% y al final fue de 27,4%. En el grupo de suplementación semanal la prevalencia de anemia disminuyó de 54,7% a 30,9% es decir en un 23,8%. En el grupo de suplementación diaria prevalencia de anemia pasó de 34,7% a 21,5%, es decir una disminución de 13,2%. Finalmente, en el grupo control, es decir, aquellos que recibían solamente el cereal de maíz fortificado, la anemia bajó de 40,9% a 31,9%, es decir, un descenso del 9% (26).

En 1999 se realizó una encuesta nacional de anemia en escolares de 6 a 12 años de escuelas oficiales del país, encontrándose que el 47,0 % presentaban hemoglobina menor a 12,0 g/l. Ante este problema, en coordinación con el Ministerio de Educación, se definió una política para abordar el problema de la anemia a nivel nacional en dicho grupo de edad. Esta política se inició dentro del Programa de Salud Escolar, que incluía la suplementación semanal con 60 mg de hierro elemental en forma de fumarato ferroso, durante todo el periodo escolar (9 meses) y desparasitación con albendazol, una vez al año. El personal docente se aseguró que los escolares tomaran las tabletas de hierro dentro del salón de clases. Después de 4 años de ejecución, se evaluó este programa a escala nacional. Los resultados de dicha evaluación indicaron que el 6,3% de los escolares de este grupo de edad presentaron anemia, el 2,5 % anemia ferropriva y menos de 0,5 % presentaba parasitosis (27).

Estos resultados a lo largo del tiempo han contribuido, por un lado, a incrementar la disponibilidad de pruebas científicas que se examinan durante el desarrollo de las directrices de la OMS y, por otro lado, han permitido sustentar la estrategia decidida por Panamá de suplementar semanal con hierro a toda la población de escuelas oficiales, esperándose beneficios cognitivos y de productividad en la población a largo plazo, a un costo muy bajo.

TABLA 2. Elementos clave en las evaluaciones sobre la intervención piloto con multi-micronutrientes en polvo (MMNP) por parte del Ministerio de Salud de Perú (2010).

Contexto:	50% de niños menores de 3 años tiene algún grado de anemia
Intervención:	Administración de 90 sobres (1 sobre cada 2 días) de MMNP. Cada sobre con tiene: hierro fumarato ferroso (12.5 mg), zinc (5 mg), ácido fólico (160 ug), vitamina A (300 ug) y vitamina C (30 mg), en un período de 6 meses a niños de 6 a 36 meses. Se completaron dos ciclos en un año.
Lugares:	3 de las Direcciones regionales más pobres del país (Ayacucho, Apurímac y Huancaavelica)
Objetivo	Reducir la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años de las áreas intervenidas.
Evaluaciones:	Por lo menos, 3 evaluaciones llevadas a cabo(21): (A) Evaluación intermedia por parte del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y el Ministerio de Salud (Minsa) (B) Vigilancia de establecimientos centinela de la Dirección General de Epidemiología (DGE) del MINSA (C) Evaluación independiente de Acción Contra el Hambre
Resultados:	Resultados principales de cada una de las evaluaciones: (A) En condiciones normales, hay baja adherencia; la intervención no logró disminuir la prevalencia de anemia de forma global; en el grupo con mayor adherencia sí presentaron una caída en la prevalencia de anemia. (B) En condiciones más controladas, la intervención logra reducir la prevalencia de anemia en los niños intervenidos de manera importante. (C) El componente educativo y el comunicacional se han implementado de manera muy incipiente, en consecuencia, el impacto en actitud y conocimiento de la población acerca de micronutrientes es casi nulo.

Fuente: (21)

Durante 2013 y 2014 las directrices mundiales de la OMS se han incorporado a las estrategias de suplementación preventiva con hierro a otros grupos vulnerables (p.ej., menores de 5 años, escolares, mujeres menstruantes y embarazadas) y a las normas de atención integral dirigidas tanto a niños y niñas (28) como a las mujeres (29). Como parte del proceso de revisión, actualización y adaptación de las directrices de OMS, se conformó un grupo de trabajo de nutricionistas para la revisión e implementación de las nuevas directrices de la suplementación preventiva con hierro, se convocaron reuniones de trabajo con los coordinadores nacionales de atención a niños y niñas y a mujeres para que las nuevas directrices fueran incorporadas, se inició un proceso de capacitación de los equipos locales que brindan atención a estos dos grupos de población y, finalmente, se ha planificado la capacitación al personal docente de las escuelas en el

nuevo esquema de tratamiento preventivo.

El papel de las organizaciones no gubernamentales en el diálogo para la adaptación de las guías a escala nacional

Los actores aliados de la economía social y solidaria, en particular las organizaciones no gubernamentales (ONG) sin fines de lucro, son clave para contribuir al proceso de elaboración de las directrices (p.ej., participando en el grupo asesor y en los grupos de expertos), pero, sobre todo, son extraordinariamente clave en la implementación de las políticas nacionales elaboradas a partir de las directrices de la OMS. Como aliados estratégicos de los gobiernos nacionales y sub-nacionales, los actores no estatales (p.ej., las ONG) tienen una perspectiva única debido a su contacto directo con las poblaciones a las que buscan beneficiar las directrices y, por lo

TABLA 3. Esquema para identificar la mejor opción de política informada por las pruebas científicas a partir de los resultados de las evaluaciones sobre la intervención piloto con multi-micronutrientes en polvo (MMNP) por parte del Ministerio de Salud de Perú (2010).

1. Definir el problema de política/sistema/programa para abordaje	Problemas de distribución, acceso, falta de adherencia a los MMNP después de la implementación de un programa para reducir la prevalencia de anemia en Perú
2. Identificación de al menos 3 opciones para abordar el problema	(A) Intervención educacional y comunicacional (educación a padres, a personal de salud e información a la comunidad) (B) Participación de la comunidad a través de trabajadores comunitarios de salud y organizaciones de base (C) Monitorización y supervisión lo más cercana a la intervención
3. Búsqueda, selección, evaluación de calidad y síntesis de las pruebas científicas	Se utilizaron las herramientas de EVIPNet para identificar los elementos de cada una de las opciones: (i) beneficios, (ii) efectos adversos, (iii) uso de recursos, costos y/o costo-efectividad; (iv) incertidumbre en relación con los beneficios y daños potenciales; (v) elementos clave identificados en otros contextos adoptando la misma política; (vi) opiniones y experiencias de las partes interesadas.
4. Análisis de equidad	La anemia infantil está estrechamente relacionada con la pobreza. Factores culturales y diferencias geográficas entre regiones hacen que el acceso a la salud sea muy variable. Cualquiera de las opciones de política que se apliquen encerrarán más barreras, especialmente económicas, en las zonas más remotas. Por ejemplo, la administración de una dosis de la vacuna contra la hepatitis B puede costar alrededor de US\$ 12 en la capital, mientras que los costos de la vacuna son US\$ 300 cuando se administra a un niño de la zona de Río Pastaza en la Amazonía peruana. Las diferencias de idioma entre las zonas bajo intervención, podría ser una barrera para la comunicación entre la población y el personal de atención de salud. Las consideraciones de género son clave, ya que hay hombres que no entienden que sus parejas mujeres acudan a los centros de salud.
5. Análisis de barreras para la implementación	Análisis de barreras y consideraciones para la implementación en relación con: (i) las personas/pacientes; (ii) los prestadores de salud; (iii) a escala nivel organizacional; (iv) en el conjunto del sistema.
6. Diálogo deliberativo	Opción A (promoción de consumo de MMNP, de comidas espesas con alimentos de origen animal) versus Opción C (Reformulación de estructura de los indicadores del marco lógico, fortalecer registro y mantener monitoreo de población beneficiaria y del stock mensual.)
7. Implementación de al menos una opción	Se decide a través del dialogo deliberativo que toma en cuenta las pruebas científicas, las consideraciones económicas y las de equidad.
8. Monitorización y evaluación	Identificación de brechas de conocimiento sobre anemia; revisiones sistemáticas de efectividad de estrategias de educación y comunicación para mejorar la adherencia a los MMNP; evaluación económica de la implementación de MMNP en el Perú; a, arreglos de entrega para mejor distribución de MMNP incluida la factibilidad de producir MMNP en Perú a bajo costo. CHOCHO

Fuente: (21)

tanto, sus experiencias y aprendizajes contribuyen a incorporar los elementos de implementación en el propio proceso de elaboración de directrices. A continuación se presentan algunas de las experiencias de la Iniciativa de Micronutrientes (MI) en este campo y que permiten entender cómo las organizaciones no gubernamentales utilizan las directrices de la OMS en su trabajo.

MI es una organización internacional, sin fines de lucro, ubicada en Ottawa, Canadá, con oficinas en 12 países, así como proyectos y programas en más de 20. El trabajo de MI se enfoca en 4 objetivos estratégicos: (i) sobrevivencia infantil, a través de la suplementación con vitamina A y el tratamiento de diarrea con zinc con solución de rehidratación oral; (ii) salud, crecimiento y desarrollo de niños, promoviendo las prácticas apropiadas de lactancia y alimentación complementaria y asegurando el uso oportuno y apropiado de productos para mejorar la calidad de los alimentos complementarios, incluyendo alimentos fortificados y micronutrientes en polvo; (iii) sobrevivencia y salud de mujeres y recién nacidos, a través de la suplementación semanal con hierro y ácido fólico y la suplementación con micronutrientes durante el embarazo; y (iv) impacto global, catalizando el impacto de las intervenciones de micronutrientes a través de contribuciones a las pruebas científicas y su traducción en políticas y programas, así como en el fortalecimiento del compromiso político. Para cumplir estos objetivos, las acciones de MI se enfocan en los factores favorecedores de programas que sean más efectivos (ej. promover el compromiso político, fortalecer los planes y aumentar los recursos disponibles), asegurar el abastecimiento de los productos y mejorar su control de calidad y distribución, y crear demanda para productos nutricionales, incluyendo esfuerzos para los cambios de comportamientos en la población. Todas las acciones se desarrollan para favorecer a las poblaciones más vulnerables a la desnutrición.

En este contexto, MI y otras organizaciones internacionales no gubernamentales tienen la oportunidad de apoyar los esfuerzos de la OMS en su trabajo de elaboración y disseminación de las directrices de nutrición. Específicamente, se identifican cuatro áreas de colaboración.

Área 1: Traer al proceso de desarrollo de las directrices la experiencia sobre la integración de intervenciones eficaces en el contexto programático. El

proceso de desarrollo de las recomendaciones, aunque basada principalmente en las pruebas científicas (sobre todo en ensayos controlados), busca incluir aspectos de factibilidad, y de preferencias y valores. Las ONG tienen gran conocimiento y experiencia práctica en relación a las alternativas para plataformas de entrega de servicios y productos, opciones y programas de sistemas de abastos que afectan las opciones de entrega, y barreras para la integración de intervenciones en programas. Esta experiencia les permite contribuir al proceso identificando potenciales dificultades y opciones para la interpretación de las recomendaciones y su factibilidad en el terreno.

Área 2: Apoyo técnico a gobiernos para la integración de las recomendaciones. Varios ONG, incluyendo a MI, proveen apoyo técnico al sector oficial para la selección, diseño, implementación y evaluación de programas. Por este trabajo, tienen oportunidad de apoyar el proceso de selección de intervenciones basadas en pruebas científicas que respondan a las necesidades de los países, y así facilitar la interpretación y adaptación de las directrices a la situación actual en el país.

Área 3: Apoyo financiero para productos y para fortalecer las plataformas de entrega de productos y para el desarrollo compañías de educación para el cambio de comportamiento. Particularmente en países de bajos ingresos, los ONG juegan un papel importante como fuentes de recursos para la compra de productos y pre-mezclas para la fortificación de alimentos básicos, así como para el fortalecimiento de las plataformas que permiten la integración de intervenciones eficaces. Por ejemplo, MI ha invertido en acciones para fortalecer la demanda y calidad de la oferta de servicios de cuidado prenatal y la integración de un paquete de intervenciones recomendadas por las directrices de la OMS.

Área 4: Identificación de brechas en las pruebas científicas (eficacia, efectividad e implementación), apoyo financiero y participación en investigación y evaluaciones estratégicas para cerrar esas brechas. La calidad de las directrices de la OMS depende de las pruebas científicas disponibles y de la calidad del diseño e implementación de los estudios realizados para generarlas. Varios ONG, incluyendo a MI, Hellen Keller International (HKI), y la Alianza Global para la Mejora de la Nutrición (GAIN, por sus siglas en inglés), entre otros, realizan y/o financian esfuerzos para identificar y cerrar las brechas en las

pruebas científicas, particularmente en relación con la investigación de implementación. Esto favorece el proceso de elaboración de directrices de la OMS pues la información generada permite incluir experiencias programáticas y provee una plataforma para realizar los estudios necesarios que permitan cerrar las brechas identificadas.

CONCLUSIÓN

La implementación exitosa de las directrices de la OMS debe partir del reconocimiento de que cada directriz debe adaptarse al contexto local y para ello es necesario contar desde el inicio con información adecuada sobre la situación nutricional y contextual de la población. Esto permitirá orientar la formulación de diferentes opciones de políticas y seleccionar la más pertinente de acuerdo a los recursos, necesidades y objetivos señalados por las autoridades nacionales. En este sentido, es necesario profundizar en el conocimiento y aplicación de la investigación de la implementación de programas para identificar los factores que permiten a una intervención ser efectiva, tener una mejor estrategia de escalabilidad y contribuir a la equidad en salud. Para ello, se requiere mejorar y apoyar las capacidades y habilidades de investigación de los diferentes actores que participan en las intervenciones de nutrición, ya que la investigación durante la ejecución de programas no suele ser habitual ni sencilla. La elaboración de las directrices de la OMS en materia de nutrición es un proceso complejo y riguroso, informado por las pruebas científicas disponibles. A dicho proceso contribuyen organismos nacionales e internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

AGRADECIMIENTOS

La Organización Mundial de la Salud agradece a la Iniciativa de Micronutrientes por su apoyo técnico y científico para la realización de las actividades que han permitido elaborar este artículo. La OMS agradece a la Dra. Evelina Chapman, el Sr. Michael Kaiser y la Dra. Chessa Lutter por sus presentaciones sobre ejemplos de la implementación de las directrices globales en diferentes contextos en América Latina y el papel de las organizaciones no gubernamentales durante el simposio indicado en la introducción de este artículo. Daniela Meneses agradece el apoyo financiero del International LifeScienceInstitute (ILSI) para escribir

una versión preliminar del manuscrito durante su pasantía en la OMS. Las opiniones expresadas en el artículo son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente las decisiones, el criterio, ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

REFERENCIAS

1. WHO. WHO Handbook for Guideline Development. 2nd Edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2007 Jun 15;7:16.
3. Higgins JP, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Version 5.1.0 [updated March 2011]. John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
4. The Campbell Collaboration. *Campbell Collaboration Systematic Reviews: Policies and Guidelines [Version 1.0].* Noonan E, Guzda E, editors. *Campbell Syst Rev.* 2014;(Supplement 1).
5. Tovey D. The Role of The Cochrane Collaboration in Support of the WHO Nutrition Guidelines. *Adv Nutr Int Rev J.* 2014 Jan 1;5(1):35–9.
6. Habicht J-P, Pelto GH. From Biological to Program Efficacy: Promoting Dialogue among the Research, Policy, and Program Communities. *Adv Nutr Int Rev J.* 2014 Jan 1;5(1):27–34.
7. Stoltzfus RJ. How Can the Scientific Community Support the Generation of the Evidence Needed to Improve the Quality of Guidelines for Micronutrient Interventions? *Adv Nutr Int Rev J.* 2014 Jan 1;5(1):40–5.
8. Pena-Rosas JP, De-Regil LM, Rogers LM, Bopardikar A, Panisset U. Translating Research into Action: WHO Evidence-Informed Guidelines for Safe and Effective Micronutrient Interventions. *J Nutr.* 2012 Jan 1;142(1):197S–204S.
9. Neufeld LM, Jalal CSB, Peña-Rosas JP, Tovey D, Lutter CK, Stoltzfus RJ, et al. The WHO Evidence-Informed Guideline Development Process and Implications for Vitamin and Mineral Research Priorities: Symposium Rationale and Summary. *Adv Nutr Int Rev J.* 2013 Sep 1;4(5):557–9.
10. Sheldon TA. Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *J Health Serv Res Policy.* 2005 Jul;10 Suppl 1:1–5.
11. WHO. International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). World Health Organization. En: <http://www.who.int/ictrp/en/> [citado el 12 diciembre 2014]

12. U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov. En: <http://clinicaltrials.gov/ct2/home> [citado el 12 diciembre 2014]
13. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jul;66(7):726–35.
14. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *The Lancet*. 2007 Jun 8;369(9576):1883–9.
15. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Mar;38(2):65–76.
16. Peters DH, Tran NT, Adam T. *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization; 2013. 67 p.
17. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, editors. *SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP)*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.
18. Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Mar 1;68(3):288–90.
19. WHO/CDC. *Logic model for micronutrient interventions in public health*. Geneva: World Health Organization; 2011.
20. WHO. *Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age*. Geneva: World Health Organization; 2011.
21. Instituto Nacional de Salud del Perú, EVIPNet, OMS. *Estrategias para incrementar la distribución y adherencia a los multimicronutrientes en polvo en niños y niñas de 6-36 meses en el Perú*. Lima: Ministerio Nacional de Salud; 2011 p. 35.
22. De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleser S, Peña-Rosas JP. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2011;(9):CD008959.
23. Munayco CV, Ulloa-Rea ME, Medina-Osis J, Lozano-Revollar CR, Tejada V, Castro-Salazar C, et al. Evaluación Del Impacto De Los Multimicronutrientes En Polvo Sobre La Anemia Infantil En Tres Regiones Andinas Del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):229-34.
24. Huamán-Espino L, Aparco JP, Nuñez-Robles E, González E, Pillaca J, Mayta-Tristán P. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012;29(3):314–23.
25. MINSa, INCAp. Efecto de la suplementación semanal con sales ferrosas en el estado nutricional de hierro en escolares. Chiriquí, Panamá 1995- 1997. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá & Instituto de Nutrición de Centroamérica (MINSa) & Panamá (INCAp/OPS); 1998.
26. MINSa, INCAp. Estudio de la suplementación con sales de hierro y conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la anemia en escolares de la provincia de Cocle, República de Panamá. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá & Instituto de Nutrición de Centroamérica (MINSa) & Panamá (INCAp/OPS); 1997.
27. Sinisterra O, Fontes F, Pons E, Carrasco Y, Lagrutta F, Olivares M. Prevalencia y etiología de la anemia en Panamá. *Rev Pediátrica Panamá*. 2013;42(1):24–30.
28. MINSa. *Normas técnicas y administrativas del Programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento a los 9 años de edad*. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá; 2009.
29. MINSa. *Normas técnico – administrativas y manual de procedimientos. Programa de salud integral de la mujer. Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Atención integral de la mujer. Planificación familiar. Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal*. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá & Caja de Seguro Social; 2007.

Recibido: 02-10-2014

Aceptado: 04-02-2015