

Grupo 7 — Evaluación de políticas e intervenciones

Conocer la enfermedad no basta: hay que **actuar** y, sobre todo, **saber si lo que hacemos funciona**. Este bloque trata de las **políticas públicas** contra las ENT —impuestos a bebidas azucaradas, etiquetado frontal, campañas— y de cómo se **evalúa su impacto**. Distinguiremos **eficacia** (¿funciona en condiciones ideales?) de **efectividad** (¿funciona en el mundo real?), y revisaremos dos evaluaciones emblemáticas de América Latina: el impuesto a bebidas azucaradas en **México** y la ley de etiquetado de **Chile**.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este bloque el estudiante podrá: **(1)** distinguir eficacia de efectividad (y de eficiencia); **(2)** describir las intervenciones costo-efectivas «best buys» de la OMS; **(3)** interpretar las evaluaciones del impuesto mexicano y del etiquetado chileno con sus diseños antes-después; y **(4)** identificar indicadores de impacto medible (reducción de consumo, cambio de conductas, mejora de indicadores de salud).

1. Eficacia, efectividad y eficiencia: tres preguntas distintas

Antes de evaluar una política conviene precisar **qué** estamos midiendo. Tres conceptos que suelen confundirse responden a preguntas diferentes:

Tabla 1. Eficacia vs. efectividad vs. eficiencia

Concepto	Pregunta que responde	Contexto
Eficacia (efficacy)	¿Funciona en condiciones ideales y controladas ?	Ensayo clínico, laboratorio, población seleccionada
Efectividad (effectiveness)	¿Funciona en el mundo real , con todas sus imperfecciones?	Aplicación poblacional, cumplimiento parcial, condiciones reales
Eficiencia (efficiency)	¿Vale la pena el resultado frente al costo ?	Análisis de costo-efectividad (p. ej. costo por AVISA evitado)

Clave de examen

Truco para recordar: **eficacia = mundo ideal** (¿*can* it work?); **efectividad = mundo real** (¿*does* it work?). Una vacuna puede ser muy eficaz en el ensayo y poco efectiva en la práctica si la cobertura es baja. Las políticas poblacionales casi siempre se evalúan por su **efectividad**, porque se aplican a poblaciones enteras en condiciones reales.

2. Las «mejores compras» (best buys) de la OMS

¿Por dónde empezar con recursos limitados? La OMS responde con las **«best buys»** («mejores compras»): el conjunto de intervenciones **más costo-efectivas y factibles** contra las ENT, recogidas en el **Apéndice 3 del Plan de Acción Mundial** (actualizado en 2022 y avalado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2023). De un menú de 90 intervenciones, **28 son «best buys»**: las que generan un año de vida saludable por ≤ **I\$100** en países de ingresos bajos y medianos. Se concentran en los cuatro factores de riesgo compartidos:

- **Tabaco:** aumentar impuestos, ambientes libres de humo, prohibir publicidad, advertencias gráficas.

- **Alcohol:** subir impuestos, restringir disponibilidad y prohibir la publicidad.
- **Dieta no saludable:** reducir sal/sodio, reformular alimentos, etiquetado frontal, impuestos a bebidas azucaradas, restringir el marketing infantil.
- **Inactividad física:** campañas de comunicación masiva y entornos que favorezcan la actividad.

Clave de examen

Las políticas **fiscales y regulatorias** (impuestos, etiquetado, prohibición de publicidad) suelen ser «best buys» porque actúan sobre **toda la población** a bajo costo: son **prevención primordial** (modifican el entorno, no la conducta individual). Por eso son tan costo-efectivas... y tan resistidas por la industria.

3. Caso 1: el impuesto a bebidas azucaradas en México

En enero de **2014**, ante una de las mayores tasas de obesidad y diabetes del mundo, México implementó un **impuesto especial de 1 peso por litro** (~10 %) a las bebidas azucaradas. El estudio clásico de **Colchero y colaboradores (BMJ, 2016)** evaluó su impacto con un diseño **antes-después** que comparó las compras observadas con un **contrafactual** (lo que se habría comprado *sin* el impuesto, según la tendencia previa), usando datos de más de 6 000 hogares.

Tabla 2. Impacto del impuesto mexicano (Colchero et al., BMJ 2016)

Hallazgo (primer año, 2014)	Resultado
Compras de bebidas gravadas (vs. contrafactual)	Bajaron en promedio 6 % , llegando a 12 % en diciembre
Efecto en hogares de menor nivel socioeconómico	Mayor reducción: 9 % en promedio, hasta 17 % en diciembre
Compras de bebidas no gravadas (sobre todo agua)	Aumentaron ~4 % sobre el contrafactual

Un estudio posterior (Colchero et al., Health Affairs 2017) confirmó la respuesta sostenida a dos años: reducción promedio de ~7,6 % de las bebidas gravadas.

Trampa frecuente

Es un estudio **observacional antes-después**, no un experimento: muestra **asociación**, no causalidad pura. Por eso los autores usan un **contrafactual** (la tendencia previa) en lugar de comparar solo «antes vs. después» a secas. Aun así, factores simultáneos (campañas, crisis económica) podrían influir; de ahí la importancia de ajustar por variables y vigilar el **largo plazo**.

4. Caso 2: la ley de etiquetado de Chile

En **2016**, Chile implementó la **Ley de Etiquetado y Publicidad de los Alimentos**, pionera a nivel mundial: combinó el primer sistema obligatorio de **sellos de advertencia frontales** («ALTO EN azúcares / sodio / grasas saturadas / calorías»), **restricciones al marketing dirigido a niños** y la **prohibición de venta en escuelas** de productos «altos en». La evaluación publicada en **PLOS Medicine (2020)** usó un diseño **antes-después** con datos de compras de hogares (Kantar) y encontró un **descenso significativo** en las compras de bebidas «altas en». Un dato clave: la reducción fue **mayor que la lograda por el impuesto a las bebidas azucaradas por sí solo** en la región.

El modelo chileno del **octógono negro de advertencia** ha sido recomendado por la **OPS/PAHO** como herramienta regional y adoptado por varios países, incluido el **Perú** (octógonos «ALTO EN»). Este caso muestra el poder de **combinar varias políticas** (etiquetado + marketing + escuelas) frente a una medida

aislada.

5. Caso para análisis

Caso clínico-poblacional

Tu región evalúa adoptar un paquete de políticas contra la obesidad infantil. El equipo técnico propone medir el impacto observando solo las ventas «antes y después» de implementarla. Un asesor objeta que eso no basta.

Para discutir: ¿Por qué un simple «antes vs. después» puede engañar? ¿Qué papel cumple el **contrafactual** que usaron en México y Chile? ¿Qué indicadores de **impacto medible** elegirías (reducción de compras, cambio de conducta, IMC infantil a largo plazo)? ¿Evaluarías **eficacia** o **efectividad**, y por qué? ¿Cómo anticiparías la oposición de la industria?

Síntesis del bloque

En una frase: las políticas fiscales y regulatorias (impuestos, etiquetado) están entre las «best buys» de la OMS por su costo-efectividad; evaluarlas exige medir **efectividad** en el mundo real con diseños antes-después y un **contrafactual**, como demostraron el impuesto mexicano (–6 % el primer año) y el etiquetado chileno.

Preguntas de retroalimentación y debate

Usa estas preguntas para profundizar, buscar fuentes adicionales y debatir en grupo. No tienen una única respuesta correcta: argumenta con datos.

1. El impuesto mexicano redujo más las compras en los hogares de menor nivel socioeconómico. ¿Es esto justo (más impacto donde más obesidad hay) o regresivo (los pobres pagan más impuesto)? Debate el dilema de equidad de los «impuestos saludables».
2. Chile combinó etiquetado + restricción de marketing + prohibición en escuelas, y logró más impacto que un impuesto aislado. ¿Por qué los paquetes de políticas suelen superar a las medidas únicas? ¿Qué dificulta implementarlos?
3. Ambos estudios son observacionales antes-después con contrafactual, no ensayos aleatorizados. ¿Por qué casi nunca se puede aleatorizar una política nacional? ¿Qué fortalezas y debilidades tiene el diseño antes-después frente a un ECV?
4. Una caída en las compras de bebidas azucaradas, ¿prueba que mejorará la salud (menos obesidad y diabetes)? ¿Qué eslabones faltan en la cadena entre «menos compras» y «menos enfermedad»? ¿Cuánto tiempo habría que esperar para verlo?
5. La industria suele argumentar que estos impuestos destruyen empleos y no funcionan. ¿Cómo distinguirías la evidencia científica de la propaganda? Busca quién financió cada tipo de estudio.
6. Perú ya adoptó los octógonos de advertencia. Busca si existe alguna evaluación de su impacto. ¿Qué indicadores usarías para evaluarlo y qué diseño propondrías dadas las limitaciones de datos del país?

Actividad sugerida

Reto de búsqueda: elige una política de salud (impuesto, etiquetado, ley antitabaco) y construye una ficha de evaluación con: (a) qué mide la **eficacia** vs. la **efectividad** en ese caso, (b) un **indicador de impacto** concreto, (c) el **contrafactual** que usarías y (d) un posible sesgo o factor de confusión. Trae la ficha para debatir.

Fuentes principales del bloque

- OMS. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions (Apéndice 3 del Plan de Acción Mundial, actualizado 2022; avalado por la AMS 2023).
- Colchero MA, Popkin BM, Rivera JA, Ng SW. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on SSB. *BMJ*, 2016.
- Colchero MA et al. In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing an SSB tax. *Health Affairs*, 2017.
- Taillie LS et al. An evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on SSB purchases. *PLOS Medicine*, 2020.
- World Bank. Taxes on sugar-sweetened beverages: evidence and experiences.
- OPS/PAHO. Front-of-package labeling as a policy tool / Etiquetado frontal de advertencia (octógono).
- Perú — normativa de etiquetado de alimentos (octógonos «ALTO EN»).

Nota: las cifras de impacto corresponden a las evaluaciones citadas y a sus periodos específicos; verifica estudios más recientes y de largo plazo al usarlas.