



# Población y Salud en Mesoamérica

## Corresponsabilidad en salud como base de un plan de acción interinstitucional: abordaje del sobrepeso y la obesidad en una población costarricense

Melina Montero-López, Krysia Badilla Alpízar, Diego Salazar Sandoval y Carolina Santamaría-Ulloa

### Como citar este artículo:

Montero-López, M., Badilla Alpízar, K., Salazar Sandoval, D. y Santamaría-Ulloa, C. (2022). Corresponsabilidad en salud como base de un plan de acción interinstitucional: abordaje del sobrepeso y la obesidad en una población costarricense. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2). Doi: 10.15517/psm.v0i19.48083



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral  
[Centro Centroamericano de Población](#)  
[Universidad de Costa Rica](#)

## Corresponsabilidad en salud como base de un plan de acción interinstitucional: abordaje del sobrepeso y la obesidad en una población costarricense

*Joint responsibility in health as the basis for an inter-institutional action plan: Addressing overweight and obesity in a Costa Rican population*

Melina Montero-López<sup>1</sup>, Krysia Badilla Alpízar<sup>2</sup>, Diego Salazar Sandoval<sup>3</sup> y Carolina Santamaría-Ulloa<sup>4</sup>

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue describir el procesamiento de un plan de acción interinstitucional para el abordaje del sobrepeso y la obesidad en dos cantones urbanos de Costa Rica: Alajuelita y Escazú. Esta investigación tiene enfoque cualitativo, es de tipo descriptivo transversal y utiliza una metodología de investigación-acción, la cual toma como participantes a los actores institucionales de ambos cantones, por un lapso de seis meses. El principal resultado fue el desarrollo de un plan de acción para el abordaje del sobrepeso y la obesidad en madres de cada cantón. Además, se propusieron indicadores de proceso, producto y resultado para cada una de las cuatro áreas de trabajo que formaron parte de dicha herramienta. Se concluyó que la corresponsabilidad en salud es de vital importancia para crear acciones dirigidas a mejorar la salud de las personas, especialmente en comunidades donde, si bien existe una importante voluntad política de los actores institucionales, se cuenta con pocos recursos.

**Palabras clave:** planificación en salud, sobrepeso, obesidad, promoción de la salud

**Abstract:** The objective of this study is to describe the process of creating an inter-institutional action plan to address overweight and obesity in the population of mothers from the urban counties of Alajuelita and Escazu in Costa Rica. This research has a qualitative approach, is a descriptive transversal study, and uses a research-action methodology, which takes as participants the institutional actors of both counties, during a six-month time frame. The main results is the creation of an action plan for in each of the two counties. Process, product and result indicators are also proposed for each of the 4 work areas that were part of the action plan, It is concluded that joint responsibility in health is of vital importance for the creation of actions that seek to improve the health of the population, especially in communities in which there is significant political will from institutional actor, but there are few resources.

**Keywords:** Health planning, Overweight, Obesity, Health promotion

**Recibido:** 12 ago, 2021 | **Corregido:** 26 oct, 2021 | **Aceptado:** 05 nov, 2021

<sup>1</sup> Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Salud; San José, COSTA RICA; [melina.montero@ucr.ac.cr](mailto:melina.montero@ucr.ac.cr); ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1604-0691>

<sup>2</sup>Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública; San José, COSTA RICA; [kry11.ba@gmail.com](mailto:kry11.ba@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8592-133X>

<sup>3</sup>Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública; San José, COSTA RICA; [diegos.dss@gmail.com](mailto:diegos.dss@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7378-0499>

<sup>4</sup>Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Salud; San José, COSTA RICA; [carolina.santamaria@ucr.ac.cr](mailto:carolina.santamaria@ucr.ac.cr) ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9323-7653>

## 1. Introducción

Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad casi se ha triplicado. Para el 2017, alrededor del 58 % de la población en Latinoamérica tenía sobrepeso. Se estima que el índice mundial de obesidad en mujeres es de un 15 %, frente a un 11 % en hombres (OMS, 2017). En la mayoría de países de América Latina y el Caribe, el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población adulta, México, Chile y Bahamas presentan las cifras más altas con el 63 %, el 64 % y el 69 %, respectivamente. Sobre todo, tal aumento ha impactado de manera desproporcionada a las mujeres; en más de 20 países de América Latina y el Caribe, la incidencia femenina del fenómeno es 10 puntos porcentuales mayor que la de la masculina. Las limitaciones económicas son uno de los múltiples factores que influyen con más fuerza en este padecimiento, al lado de otros asociados a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (FAO, 2017).

Respecto a los factores determinantes del sobrepeso y la obesidad en Latinoamérica, entre otros, se encuentra la transición nutricional, condicionada por la disponibilidad de alimentos no tradicionales que han provocado un cambio en los patrones de consumo de los países, mediante la gran oferta de grasas y aceites a bajo costo y el consecuente incremento de su ingesta (Barría y Amigo, 2006). Dichas modificaciones en el contexto de la evolución socioeconómica y demográfica de la región (Popkin, 2001), junto con la disminución de la actividad física, han fomentado la problemática de la obesidad.

En particular, en Costa Rica existe alta presencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres adultas. Según datos de las tres últimas encuestas nacionales de nutrición, el porcentaje correspondiente a mujeres de 20 a 44 años era del 34.6 % en 1982. Este aumentó 11 puntos en 14 años y llegó a un 45.9 % en 1996. En la última encuesta disponible (2008-2009), dicho número fue de un 59.7 % para ese grupo etario (CCSS, 2014). Asimismo, la prevalencia se eleva conforme al bajo o alto nivel socioeconómico, con un 39 % y un 18 %, respectivamente (Ministerio de Salud, 2009).

La presente investigación tuvo lugar en los cantones urbanos de Alajuelita y Escazú, ambos ubicados en San José, Costa Rica, los cuales se seleccionaron debido a las grandes diferencias socioeconómicas entre ellos, a pesar de ser limítrofes. En ese sentido, Alajuelita se posiciona entre los niveles más bajos de desarrollo de acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano Cantonal, mientras que, Escazú posee los más altos (Bekelman et al., 2019).

Estudios previos en esas mismas zonas (Bekelman et al., 2019 y Montero-López et al., 2021) han evidenciado que las diferencias socioeconómicas mencionadas conllevan limitaciones de acceso a alimentos saludables que se adapten a las condiciones de vida de las mujeres, quienes, más bien obtienen una alimentación de alta densidad calórica pero baja en nutrientes esenciales como la proteína. Dichas investigaciones analizaron los determinantes sociales del tema en cuestión y encontraron que factores estructurales como la disponibilidad de alimentos, el uso del suelo y las políticas públicas ejercen poder sobre las decisiones tomadas y estas últimas se asocian con el sobrepeso y la obesidad.

Con el fin de mejorar la salud de las mujeres de cada cantón y disminuir la problemática, una investigación previa al presente estudio diseñó una estrategia para Alajuelita y otra para Escazú; ambas fueron planteadas como un abordaje intersectorial desde los determinantes sociales de la salud y se basaron en los hábitos, los intereses y los gustos de esta población (Montero-López et al., 2021).

En referencia a dichas estrategias cantonales, este trabajo aporta al alcance del objetivo sobre la corresponsabilidad en salud planteado en cada una. Así, para Alajuelita se contribuye a «fortalecer el trabajo intersectorial y la corresponsabilidad en salud a través de la reorientación de servicios de salud». En tanto, para Escazú se ayuda a «fortalecer la participación activa de diversos sectores y población para el ejercicio de un mayor control sobre la salud». Por ende, el alcance se enfoca en promocionar la gestión lógica y sostenible de la corresponsabilidad en salud recogida en sendas estrategias.

## 2. Métodos

El diseño de la investigación es cualitativo, se utilizó el método conocido como investigación-acción, el cual, según Rodríguez et al. (1996), parte desde la visión de los participantes con el objetivo de describir y explicar lo que sucede en su contexto social y, así, producir conocimiento y acciones de utilidad para el grupo de sujetos de estudio o sus contextos. Este método considera, además del involucramiento del investigador, el de la población participante, la cual, a partir de la detección de sus necesidades, problemáticas, intereses y relaciones, genera espacios para el aporte de ideas y posibles soluciones por medio de la elaboración de proyectos o planes de acción (Sequeira, 2016).

Algunos autores como Latorre (2003), Suárez Pazos (2005), Peter Park (1990), entre otros, definen tres modalidades de esta metodología de investigación: la técnica, la práctica y la crítica. La primera se usa para diseñar y aplicar planes de mejora de habilidades o resolución de problemas. En la segunda, se usa la reflexión y el diálogo para transformar ideas y ampliar la comprensión de eventos. En la tercera, se incorporan las finalidades de las otras dos, pero se añade la emancipación de los participantes a través de una transformación profunda de las organizaciones sociales y la lucha por un contexto social más justo y democrático con base en la reflexión crítica. Habermas (1982) plantea que estas tres modalidades, por las cuales ha transitado la investigación-acción a lo largo del tiempo, responden respectivamente a un interés técnico, práctico o emancipatorio. La presente investigación se inscribe dentro de la modalidad práctica, donde se diagnostica la situación en que se encuentran los actores institucionales respecto al combate de la obesidad y sus múltiples factores determinantes.

También, este es un estudio de tipo descriptivo y transversal, en el cual se utilizaron las técnicas de entrevistas semiestructuradas y un grupo focal. Los sujetos participantes fueron los actores institucionales de los cantones de Alajuelita y Escazú, con interés en acciones destinadas a reducir el sobrepeso y la obesidad.

Los criterios de selección de los actores institucionales fueron que (1) por su naturaleza jurídica, operativa y funcional se relacionaran con el abordaje de la obesidad a través de redes interinstitucionales, (2) hubieran participado previamente de la planeación de acciones referentes a la disminución del sobrepeso y la obesidad y (3) tuvieran interés por el desarrollo del plan de acción propuesto. Debido al objetivo inicial, se tomaron en cuenta los funcionarios de las instituciones involucradas y no la población beneficiaria de la estrategia de promoción de la salud, esta última fue considerada en la investigación de Montero-López et al. (2021), la cual forma parte de los antecedentes del presente estudio.

Por un lado, en el caso de Escazú, se trabajó con el Área Rectora del Ministerio de Salud, COOPESANA (cooperativa encargada de brindar los servicios del seguro social en el cantón), el Ministerio de Educación Pública, el Patronato Nacional la Infancia y el Comité de Deportes y, por otro lado, en Alajuelita, con el Área Rectora del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, la Municipalidad de Alajuelita, el Ministerio de Educación Pública y el Patronato Nacional de Infancia.

Así pues, la investigación se desarrolló en tres fases: (1) la fase de diagnóstico de actores involucrados, (2) la fase de diseño del plan interinstitucional, (3) la fase de la propuesta de evaluación del plan interinstitucional.

## 2.1 Primera fase: diagnóstico de actores involucrados

En la fase de diagnóstico, se utilizaron técnicas e instrumentos de investigación cualitativos como entrevistas semiestructuradas, grupo focal y análisis de involucrados. Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron a cada uno de los actores institucionales de los cantones y, con la herramienta de análisis de involucrados, se conocieron el rol, los temas de interés, los mandatos, la viabilidad y la factibilidad de participación en el desarrollo del plan de acción.

En la técnica del grupo focal un número reducido de sujetos interactúa y se utiliza un conjunto de procedimientos para que el grupo funcione, sea productivo y eficiente en torno a las metas establecidas (Barrantes, 2013). En este caso, los grupos focales tenían como meta diagnosticar a los actores involucrados y conocer sus relaciones e intereses. Este método de trabajo se caracteriza por ser un proceso creativo de resolución de problemas complejos, centrado en las personas y los usuarios finales para su diseño; enfatiza en la importancia de la observación, la colaboración, el aprendizaje, la visualización de ideas y el prototipado sencillo, con lo cual desencadena soluciones innovadoras en respuesta a las necesidades del grupo objetivo (Pelta, 2013).

De igual forma, se efectuó una revisión documental y una búsqueda de fuentes, a fin de obtener un diagnóstico preliminar sobre cada actor institucional de manera tanto individual como colectiva, es decir, en relación con las demás instituciones y las comunidades de los cantones correspondientes. Esta información fue parte primordial de la etapa diagnóstica, ya que permitió complementar con otras perspectivas de entrevistas semiestructuradas y validar lo que surgió de las de este estudio.

En cuanto al análisis de involucrados, se partió del diagnóstico de los actores institucionales del cantón, sus intereses, recursos y relaciones interinstitucionales. Esto permitió determinar el interés y la posición de poder de cada uno de ellos dentro de su cantón, de tal manera, se precisó el rol principal que estos tomarían dentro del plan de acción cantonal.

Para la caracterización de las relaciones existentes entre las instituciones de cada cantón, por medio del análisis de los involucrados, se definieron tres tipos: (1) fuerte-colaborativa, (2) fuerte y (3) por fortalecer, mencionadas en el estudio. Con base en estas, se elaboró una representación gráfica de las relaciones entre instituciones, las redes existentes entre ellos, o bien, las redes que potencialmente podrían crearse.

Ahora, por una parte, una relación fue clasificada como *fuerte-colaborativa* cuando las instituciones involucradas la mantienen con el fin de generar bienestar y salud en el cantón; estas instituciones, además de participar en el diseño del plan de acción referente a este estudio, tienen una gran cantidad de trabajos y redes en los que colaboran.

Por otra parte, una relación fue asumida como *fuerte* cuando uno de los actores participantes mencionó que su institución tenía una fuerte relación con otra, sin embargo, no había un actor de esa para corroborar si tal relación era solamente de apoyo o más bien colaborativa. Estas son instituciones que forman parte de alguna de las redes del cantón y participan activamente de las diferentes propuestas.

Por último, una relación *por fortalecer* atañe a relaciones esporádicas que han entablado los diferentes actores claves del cantón para proyectos pasados y actuales. Estos involucrados fueron definidos como importantes para el desarrollo del plan de acción de manera integral y satisfactoria.

## 2.2 Segunda fase: diseño del plan interinstitucional

Esta corresponde a la fase de diseño, donde se coordinó un grupo focal para formular el plan de acción de cada cantón. El grupo focal, en tanto técnica, operacionaliza sesiones basadas en la metodología de pensamiento del diseño, a fin de elaborar los componentes esenciales del plan de acción. Las sesiones se realizaron bajo la guía de plantillas de ideación y su respectivo instrumento. Cabe resaltar que, si bien se usó este modo grupal, se tuvieron como insumo principal los resultados obtenidos en la fase diagnóstica, lo cual actuó como punto de inicio para la sesión, de forma tal que esta respondiera a las necesidades y las características encontradas inicialmente.

La metodología de pensamiento del diseño utilizada en esta segunda fase, se basa en cinco pasos ejecutados durante las sesiones grupales: (1) empatizar, (2) definir, (3) idear, (4) prototipar y (5) evaluar. En el contexto del presente estudio, estos pasos permitieron, de una manera lógica y participativa, plantear soluciones a la problemática desde la perspectiva de todos los actores involucrados, abarcando todas las ideas de los distintos sectores.

Para el proceso de diseño y validación del plan se concertó una sesión grupal virtual, donde se presentaron los componentes del plan para votar su aprobación o realizar los ajustes sugeridos por parte de los actores institucionales.

### 2.3 Tercera fase: propuesta de evaluación del plan interinstitucional

En lo concerniente a la tercera y última fase, correspondiente a la propuesta de evaluación, se diseñaron y caracterizaron los indicadores de gestión que facilitarían medir la sostenibilidad y el seguimiento del plan de acción. Para cada uno de los indicadores se elaboró una ficha técnica y se contemplaron los siguientes elementos: nombre, objetivo, variable, tipo de indicador, medio de verificación, unidad de medida, fórmula, definición de variables, periodicidad, meta, responsables, fuente de datos y limitaciones.

A efectos de triangular la información, se consideraron fuentes teóricas y prácticas reconocidas globalmente en el diseño de indicadores de gestión. Entonces, el diseño abarcó desde la recolección de los datos hasta su verificación y seguimiento. Para desarrollar los indicadores y aplicarlos, se observó la naturaleza, las funciones, la estructura y los procesos de cada institución. De igual manera, previo al proceso de su construcción, se tuvo en cuenta la misión, la visión, los objetivos estratégicos, las estrategias y los planes de acción de las entidades involucradas.

Específicamente, los indicadores se enfocaron en la medición de tres aspectos claves, los cuales se definieron tomando en cuenta el tipo de acciones y las capacidades de las instituciones de darles seguimiento. Se diseñaron, por lo tanto, las siguientes tres clases: (1) de proceso, (2) de producto y (3) de resultados. Los indicadores de proceso miden el avance de los procesos de planificación y ejecución de acciones y estrategias según el eje. Los *de producto* cuantifican en números absolutos el cumplimiento de las charlas, los talleres u otras actividades definidas por eje temático de acción. Los *de resultado* evalúan la corresponsabilidad y el involucramiento interinstitucional e intersectorial en el desarrollo de acciones para la salud de las mujeres del cantón. Todo el conjunto de indicadores tiene como objetivo establecer los avances en materia de corresponsabilidad y desarrollo de alianzas para la mejora de la calidad de vida de la población beneficiaria.

### 3. Resultados

El proceso de elaborar el plan de acción fue similar entre un cantón y otro, principalmente debido al planteamiento metodológico y a la línea lógica que precede a esta investigación, a partir de la estrategia de promoción de la salud existente. Algunos de los resultados son comunes a ambos cantones, sin embargo, también existen diferencias según el contexto específico de cada uno.

Dentro de los resultados en común a destacar, se encuentra la posición y el interés mostrados por las instituciones con respecto al plan propuesto en este estudio. Tanto en Alajuelita como en Escazú, todas las organizaciones participantes se posicionaron a favor y con interés de llevar a cabo y participar en el proceso. Igualmente, las herramientas propuestas fueron las mismas para ambos cantones: la intersectorialidad y la corresponsabilidad mediante acciones destinadas a transformar la situación de salud de una población, las cuales se basan en el trabajo coordinado y complementario de distintos sectores y entidades del ámbito público, privado, no gubernamental, sociedad civil y gobierno local.

Asimismo, como parte de los componentes esenciales del plan de acción, ambos cantones tienen iguales principios orientadores, la misión, el objetivo que estos persiguen y los ejes temáticos. En detalle, los principios orientadores fueron los siguientes: trabajo en equipo, compromiso, respeto, ética y equidad de género. La misión definida fue «Orientar acciones de promoción de la salud para el abordaje integral de la obesidad en mujeres del cantón, mediante la participación intersectorial». El objetivo perseguido responde a «Orientar el abordaje integral de la obesidad, tomando como referencia el análisis de los determinantes estructurales e intermedios de la salud para la promoción de la salud en las mujeres del cantón». Los ejes temáticos giran alrededor de la actividad física, la alimentación saludable y la salud mental y, como eje transversal, la equidad de género.

En cuanto a las diferencias, estas surgieron a raíz de las características particulares de la implementación de las técnicas en cada uno de los cantones. Si bien existen estas variaciones, es importante mencionar que se deben a cambios consensuados entre todos los participantes y a las particularidades y necesidades presentes en cada cantón. A continuación, se presentan los resultados de cada cantón en relación con lo dicho.

#### 3.1 Alajuelita

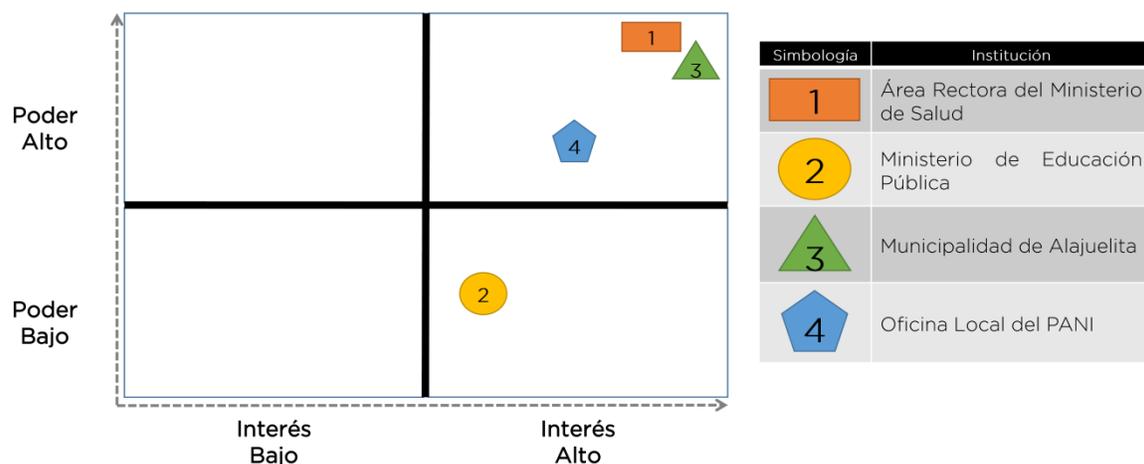
Una vez concluida la etapa diagnóstica institucional en el cantón de Alajuelita, se identificaron los principales actores involucrados en la red cantonal de trabajo. De acuerdo con los resultados del

análisis de involucrados, la posición de todas las instituciones fue a favor del plan de acción. La estimación del poder e interés de cada una se midió en una escala del 1 al 5, donde 1 representa el menor poder e interés y 5 representa el mayor poder e interés, de ahí, se determinó que el Área Rectora del Ministerio de Salud y la Municipalidad de Alajuelita fueron las que tenían puntajes superiores (5 en ambas escalas). Por su parte, el Patronato Nacional de la Infancia y el Ministerio de Educación Pública mostraron un alto interés, el cual fue más bajo que el de las organizaciones mencionadas (4 en la escala), sin embargo, contaban con aún menor poder (3 y 2 respectivamente).

Dentro de la red cantonal de trabajo de Alajuelita se constató la existencia de relaciones fuertes y colaborativas entre los siguientes actores: Área Rectora del Ministerio de Salud, Municipalidad de Alajuelita, Patronato Nacional de la Infancia y Ministerio de Educación Pública. Las relaciones fuertes, pero no colaborativas, se dieron entre (1) Área Rectora del Ministerio de Salud y los siguientes actores: Fuerza Pública, Caja Costarricense del Seguro Social y Comité Cantonal de Deportes; (2) Municipalidad de Alajuelita y los siguientes actores: Fuerza Pública, Comité Cantonal de Deportes, asociaciones de desarrollo y Caja Costarricense del Seguro Social; (3) Patronato Nacional de la Infancia con la Caja Costarricense del Seguro Social. En último lugar, se definieron relaciones por fortalecer entre las organizaciones no gubernamentales cantonales, el Ministerio de Cultura, las redes de cuidado, el Instituto Mixto de Ayuda Social, la Cruz Roja y el sector privado.

**Figura 1**

Representación gráfica de matriz de involucrados del cantón de Alajuelita.



Todos los actores participantes del diseño del plan de acción se encontraban a favor de su desarrollo y puesta en marcha, desde un enfoque integral de atención de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las mujeres del cantón. El Área Rectora del Ministerio de Salud junto con la

municipalidad son las instituciones públicas de mayor poder y las que exhibieron un interés muy alto en implementar la propuesta.

Una vez establecida la etapa diagnóstica y la definición de las relaciones existentes, se procedió a la etapa del diseño de indicadores. De tal manera, se especificó, para cada uno de los ejes, un conjunto de indicadores de proceso, producto y resultado que contribuyeran a la adecuada ejecución de las actividades planteadas en esta investigación (tabla 1).

**Tabla 1**

Indicadores de proceso, producto y resultado definidos para la ejecución del plan de acción para el abordaje de la obesidad en Alajuelita

| Indicadores según ejes temáticos Alajuelita   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <i>Actividad Física y Recreación</i>  | <i>Alimentación Saludable</i>   | <i>Salud Mental</i>   | <i>Generales</i>  |
| <p><b>Indicadores de proceso:</b> cantidad de personas alcanzadas en las sesiones virtuales de acondicionamiento físico; porcentaje de actividades enfocadas en la mejora de la salud y el bienestar de las mujeres del cantón en la agenda local; porcentaje de participación femenina en la construcción de la agenda local; cantidad</p> | <p><b>Indicadores de proceso:</b> porcentaje de mujeres involucradas en el establecimiento de huertas distritales; porcentaje de participación femenina en las ferias distritales.</p> <p><b>Indicadores de producto:</b> porcentaje de cumplimiento de sesiones con temáticas claves de nutrición y talleres de planificación de la alimentación semanal (ejecutadas</p> | <p><b>Indicadores de proceso:</b> cantidad de personas alcanzadas por las comunicaciones de salud mental, automotivación, autocuidado y amor propio; cantidad de familias alcanzadas por medio de las sesiones de sensibilización.</p> <p><b>Indicadores de producto:</b> porcentaje de cumplimiento de</p> | <p><b>Indicadores de resultados:</b> número de alianzas intersectoriales concretadas en el desarrollo del plan; porcentaje de distritos del cantón involucrados en el plan.</p> |

| Indicadores según ejes temáticos Alajuelita  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| de familias alcanzadas por medio de las charlas de la Escuela de Crianza del PANI.   | versus planificadas); porcentaje de comunicaciones de estimulación de la producción agrícola en el cantón (ejecutadas versus planificadas); porcentaje de cumplimiento de ferias locales de productos (ejecutadas versus planificadas).            | sesiones de salud mental y amor propio (ejecutadas versus planificadas); porcentaje de comunicaciones de salud mental, automotivación, autocuidado y amor propio (ejecutadas versus planificadas); porcentaje de cumplimiento de sesiones de herramientas para fortalecer el autocuidado y la autoestima (ejecutadas versus planificadas). |  |
| <b>Indicadores de producto:</b> porcentaje de cumplimiento de sesiones virtuales programadas de acondicionamiento físico (ejecutadas versus planificadas); porcentaje de cumplimiento de comunicaciones saludables de actividad física y recreación (ejecutadas versus planificadas); número de centros de trabajo aliados del plan de pausas activas; porcentaje de mujeres del cantón alcanzadas por medio de los centros de trabajo; porcentaje de participación de | <b>Indicadores de resultado:</b> número de huertas establecidas por distrito; número de organizaciones aliadas al proceso de establecimiento de huertas familiares; número de establecimientos involucrados en la estrategia de consumo saludable. | <b>Indicadores de resultado:</b> porcentaje de participación de mujeres en sesiones virtuales sobre hábitos en pro de la salud mental y el amor propio (cantidad de  |  |

| Indicadores según ejes temáticos Alajuelita   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| mujeres en actividades físicas y recreativas presenciales; número de sesiones de cocreación de la agenda local de actividad física intersectorial e interinstitucional; porcentaje de ejecución de acuerdos de la agenda local. |  | mujeres participantes versus meta establecida). |  |

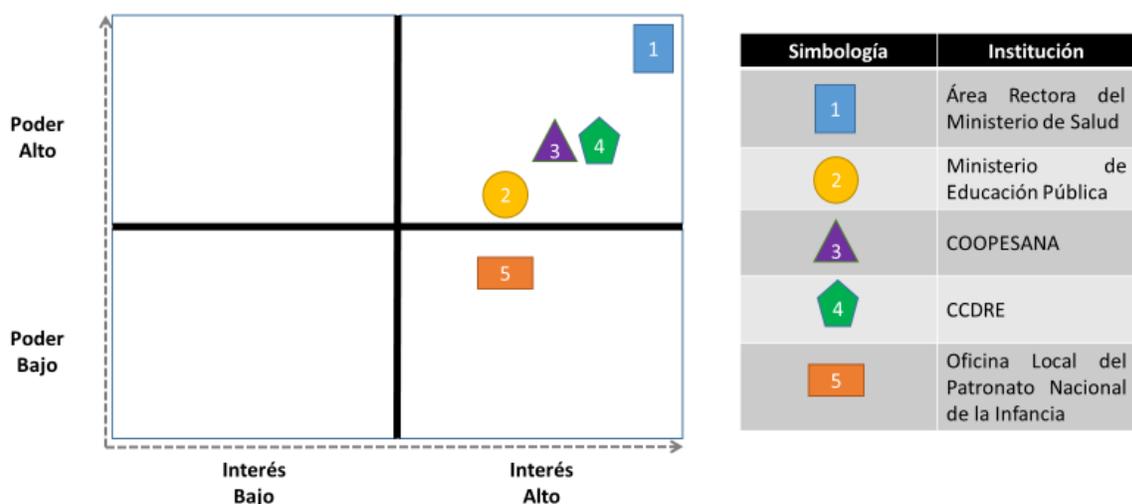
Este diseño respondió a las acciones estratégicas establecidas de manera conjunta entre los actores institucionales participantes del grupo focal. A partir de estos aspectos esenciales, se determinó la siguiente visión para el plan de acción interinstitucional: «Ser un cantón líder en la provincia de San José en la prevención de la obesidad y la promoción de estilos de vida saludable, en el que las acciones sean corresponsabilidad de la ciudadanía y las redes de trabajo intersectoriales e interinstitucionales del cantón para potenciar la calidad de vida».

### 3.2 Escazú

Todos los involucrados del cantón de Escazú se posicionaron a favor de elaborar un plan de acción. Con todo, en comparación con Alajuelita, hubo diferencias entre el poder e interés de las instituciones participantes, el Área Rectora del Ministerio de Salud tiene el mayor poder e interés posible (5 y 5 respectivamente, en la escala de 1 a 5), en cambio, el Comité de Deportes y Recreación y COOPESANA, a pesar de su alto interés (4 y 5 respectivamente), no disponen de un alto poder. De otra parte, el Patronato Nacional de la Infancia y el Ministerio de Educación Pública poseen el mismo nivel de interés que los actores recién mencionados, pero un poder mucho menor (4 y 2, 4 y 3, respectivamente).

**Figura 2**

Representación gráfica de matriz de involucrados del cantón de Escazú



En Escazú, todos los actores estaban enterados y anuentes al proceso del plan de acción que proponía este estudio, gracias a la divulgación por parte de instituciones como el área rectora y COOPESANA. De igual manera, durante la elaboración, se acordó unánimemente que las instituciones que en el futuro deseen incorporarse a la ejecución de las labores serán recibidas y podrán aportar de acuerdo con sus posibilidades.

Cuando se esclareció el tipo de actor institucional y la definición, según el análisis de involucrados, se precisaron y representaron las relaciones entre actores, catalogadas de la misma manera que en el cantón de Alajuelita: fuerte y colaborativa, fuerte, pero no colaborativa y relación por fortalecer.

En primer lugar, el Área Rectora del Ministerio de Salud, COOPESANA y el Patronato Nacional de la Infancia presentaron relaciones fuertes y colaborativas entre sí. En segundo lugar, se reconocieron relaciones fuertes, pero no colaborativas, entre (1) el Comité de Deportes y las siguientes instituciones: el Área Rectora del Ministerio de Salud, la municipalidad y el Ministerio de Educación Pública; (2) el Ministerio de Educación Pública y COOPESANA; (3) la municipalidad y el Patronato Nacional de la Infancia.

A continuación, en la tabla 2 se describen los indicadores de acuerdo con el eje temático de acciones estratégicas del plan y el tipo.

**Tabla 2.**

Indicadores de proceso, producto y resultado definidos para la ejecución del plan de acción propuesto para el abordaje de la obesidad en Escazú

| <b>Indicadores según ejes temáticos Escazú</b>   |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <i>Actividad Física y Recreación</i>   | <i>Alimentación Saludable</i>  | <i>Salud Mental</i>   | <i>Generales</i>  |
| <p><b>Indicadores de proceso:</b> número de actividades planificadas enfocadas en la actividad física; porcentaje de actividades ejecutadas en comunidades periféricas del cantón de Escazú; número de personas alcanzadas en las actividades.</p> <p><b>Indicadores de producto:</b> número de talleres realizados por la RECAFIS; número de afiches elaborados por la RECAFIS.</p> <p><b>Indicadores de resultado:</b> número de mujeres participantes en las actividades.</p> | <p><b>Indicadores de proceso:</b> número de mujeres abordadas en la consulta nutricional; porcentaje de mujeres que mejoraron sus índices en los respectivos controles; porcentaje de actividades planificadas con enfoque en alimentación saludable.</p> <p><b>Indicadores de producto:</b> número de actividades desarrolladas.</p> <p><b>Indicadores de resultado:</b> número de organizaciones involucradas y participantes.</p> | <p><b>Indicadores de proceso:</b> número de mujeres abordadas para la identificación de sus prácticas en autocuidado; número de personas que implementan pausas activas.</p> <p><b>Indicadores de producto:</b> número de actividades realizadas; número de herramientas sobre autocuidado elaboradas.</p> <p><b>Indicadores de resultado:</b> número de núcleos familiares asistentes a las actividades; número de instituciones</p> | <p><b>Indicadores de resultados:</b> número de alianzas intersectoriales concretadas en el desarrollo del plan.</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | alcanzadas; número de nuevos métodos de coordinación interinstitucional puestos en práctica. |  |
|--|--|--|--|

El proceso del plan de acción fue extenso y minucioso, se realizó pensando en que los aportes de las instituciones fueran complementarios entre sí y, por tanto, se lograran resultados más eficaces y eficientes. Con estos actores se decidió mantener la visión planteada en la estrategia de promoción de la salud que ya había sido diseñada: «Promover un cantón en el que las acciones sean responsabilidad de todos, para que los individuos, familias y comunidades potencien su proceso de salud».

## 4. Discusión

Durante la elaboración de los planes de acción para el abordaje del sobrepeso u obesidad resultó fundamental la etapa diagnóstica. Tal y como sucedió en España con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (2013), es relevante partir de dicha fase, pues permite definir las necesidades y, a su vez, abordarlas en la construcción de la propuesta social. Su importancia se ve reflejada durante las entrevistas y la matriz de involucrados, en donde es posible identificar los recursos y los vínculos de las instituciones participantes y cómo ello puede utilizarse en el establecimiento de objetivos comunes. En efecto, el diagnóstico es uno de los primeros pasos para llevar adelante un plan de acción y con él se puede obtener un conocimiento real y concreto de una situación-problema que demanda intervenciones para su mejora o solución. A fin de alcanzar el espíritu de las leyes y los estatutos, los proyectos de índole social o comunitaria deben estar alineados con las necesidades reales de las comunidades y generar así productos e iniciativas tangibles y medibles, dirigidos a la resolución efectiva de problemas y la satisfacción de necesidades (Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2009).

Esta etapa diagnóstica, unida a las investigaciones previas vinculadas con el sobrepeso y la obesidad en los cantones de Escazú y Alajuelita (Montero-López, et al., 2021), estableció un fundamento

sólido en la creación y la utilización de indicadores base de los planes institucionales; estos últimos mantienen una línea participativa que incluye los objetivos y los intereses de todos los actores institucionales presentes en la comunidad. Ejemplo de eso es la intención de todos los interesados en transversalizar el enfoque de género dentro del plan de acción, aspecto fundamental, por cuanto, según OPS (2007), las mujeres siguen sufriendo no solo desventajas sociales, sino económicas, con las consecuencias para su salud; además, las mujeres dedican su tiempo a cuidar a otros y no perciben remuneración alguna, esta situación desigual limita su acceso a los recursos para la atención de salud y la información. De igual forma, el diseño del plan se llevó a cabo dentro de la *fase de encuadre* de la estrategia citada, se consolidó la población de mujeres del cantón de 25 a 45 años, el entorno institucional y la línea de acción del reforzamiento de acción comunitaria.

Aunado a lo dicho, la corresponsabilidad en salud como herramienta para la puesta en marcha de procesos de planificación y ejecución de acciones devino en un importante beneficio y este resalta la obligación de tratar los temas de salud desde un plano integral que necesariamente involucre distintos sectores, disciplinas y profesionales. Conforme a la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (2010), como estrategia participativa es necesario que las instituciones de salud, las asociaciones de ciudadanos y otros órganos estén presentes en todas o en la mayoría de las acciones y actividades en el campo de la salud. Igualmente, menciona que no sería justo pedir a los ciudadanos hacerse corresponsables del sistema, conocer sus derechos y deberes, y responsabilizarse del consumo de recursos sanitarios y de su propia salud, si antes no se introducen medidas claras que impliquen un cambio importante en el ámbito de la participación ciudadana. La corresponsabilidad es la herramienta que las comunidades deben adoptar para vivir de una manera más justa y encaminar la reducción de inequidades.

Los indicadores diseñados en el plan de acción son un valor agregado tanto para el plan mismo como para las instituciones involucradas en el proceso constructivo, de hecho, fue algo nuevo en el contexto institucional de cada cantón. Estos son adecuados para medir el éxito de la propuesta y evaluar paso a paso sus diferentes momentos, facilitando a las instituciones mejorar en los procesos de toma de decisiones. Al mismo tiempo, son un elemento de sostenibilidad al plan y permiten visualizar la opción de replicar las acciones, gracias al trabajo interinstitucional.

Dentro de este procedimiento en ambos cantones, es importante señalar tres principales limitaciones, las cuales deben contemplarse en la implementación del plan y durante la evaluación y el seguimiento. La primera fue la situación de emergencia nacional a raíz de la pandemia por COVID-19; aunque se contempló a lo largo del trabajo de campo, la planificación y el diseño del plan, esta situación podría influir directamente en la aplicación de acciones por parte de las

entidades. La segunda corresponde al recargo de funciones de los actores institucionales, lo cual puede provocar que su papel dentro del plan de acción no sea llevado a cabo en su totalidad o de acuerdo con lo establecido. La tercera refiere a la disponibilidad de recursos, pues, aun cuando las alianzas y el trabajo intersectorial fomentan el apoyo de las instituciones de acuerdo con sus posibilidades, estas poseen recursos limitados, lo que podría afectar las acciones estratégicas planteadas en determinado momento de la ejecución.

Finalmente, es importante recalcar cómo este plan de acción, a partir de sus resultados, muestra grandes oportunidades y estas deben ser aprovechadas por cada uno de los actores institucionales, más allá de su cuota de responsabilidad. Aspectos como los indicadores diseñados, la metodología implementada, la caracterización de las instituciones y demás, mantienen latentes las oportunidades y, al mismo tiempo, generan nuevas en aras de brindar a cada cantón la posibilidad de lograr el equilibrio entre las instituciones que den uso eficiente a sus recursos y trabajen en equipo y la población activa que busque apoderarse de su salud.

Al lado de lo anterior, una fortaleza a destacar para la sostenibilidad de los dos planes cantonales es la participación institucional y social, esto se visualizó en las entrevistas, donde se mencionó la importancia de actuar de la mano de líderes comunales, asociaciones de desarrollo y organizaciones no gubernamentales cantonales, pues estos serán los simpatizantes y los apoyos más importantes para llevar el trabajo a todos los distritos del cantón y abrir el acceso a mayor cantidad de mujeres y familias, como se visualizó en la estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú, efectuado por Montero-López et al. (2021). En dicho estudio, ese era uno de los mayores obstáculos referido por las mujeres para participar activamente en pro de su propio bienestar.

Por tanto, esta es una oportunidad para los actores institucionales fortalezcan y materialicen la corresponsabilidad en salud. En ambos cantones se requiere el impulso de una red de trabajo más allá de la gestión tradicional institucional, que trabaje en función del sistema de producción social de la salud y funja bajo el principio de canalizar la salud, las necesidades y la promoción de la salud como una responsabilidad compartida (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011), de modo que propicie el trabajo intersectorial para reducir las desigualdades en salud y proteger del derecho fundamental a la salud (Álvarez, 2015; Solar e Irwing, 2010; Ministerio de Salud, 2010).

## 5. Conclusiones

El presente estudio aporta al campo de la salud poblacional al describir el proceso de elaboración de un plan de acción interinstitucional para promover la corresponsabilidad de los actores institucionales en el abordaje del sobrepeso y la obesidad, el cual se basa en el accionar de las instituciones del sistema de producción social de la salud. El alcance de esta investigación es informar la gestión de acciones en promoción de la salud en contextos poblacionales.

A partir de los resultados obtenidos, el diseño y la construcción del plan con los actores de cada cantón, se concluye que las instituciones del cantón cuentan con recursos limitados, por ende, la unión de esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes constituye una estrategia importante.

Los indicadores de gestión en el diseño del plan de acción permiten medir y evaluar el proceso de conformación de la red intersectorial e interinstitucional del cantón, con lo cual se podrá valorar en un futuro el proceso de corresponsabilidad. Esto es un hecho fundamental, ya que la evaluación de acciones es un reto actual de las comunidades.

Las redes de trabajo interinstitucional se posicionan como las alianzas más consolidadas para abordar la temática de sobrepeso y obesidad en ambos cantones, por ello es importante mantener buena comunicación, compromiso y trabajo en equipo. Este plan se convierte en el primer proceso unificado de esfuerzos institucionales para promover la corresponsabilidad en el abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en el cantón de Alajuelita, esto demuestra la importancia y la voluntad política de actuar para el mejoramiento de las condiciones del entorno y sistema de salud, en tanto factores condicionantes del bienestar de las mujeres y sus familias.

La investigación contribuyó a precisar la importancia de promover una voluntad política entre las instituciones para el cumplimiento de objetivos, así como la de involucrar a los diferentes actores e instituciones para emplear un único esfuerzo y trabajar en alianzas. La corresponsabilidad debe fortalecerse en ambos cantones. Es imperante que las instituciones consoliden un contexto institucional robusto, a fin de incluir a la población y que esta participe activamente y ejerza su rol dentro de la salud.

En ambos cantones, la función de rectoría del Ministerio de Salud es ejercida desde la participación de sus áreas rectoras. El papel de esta institución es protagónico, por ser la de mayor poder de

influencia e interés en el plan de acción y este depende en gran medida del interés y compromiso que muestre dicha entidad.

La participación de los actores institucionales fue más activa en el cantón de Alajuelita que en el de Escazú. A pesar de que en este último la red de trabajo está consolidada, los actores institucionales del primero manifestaron mayor interés en el desarrollo de la sesión grupal y una congruencia en la toma de decisiones acerca de las acciones estratégicas a desarrollar de manera conjunta.

Este estudio pretende brindar un aporte práctico y teórico.

## 6. Referencias

- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. (2009). Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social [Archivo PDF]. [https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/diagnostico\\_1\\_soc/es\\_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/diagnostico_1_soc/es_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf)
- Álvarez, P. (2016). El Principio de Corresponsabilidad en Salud en Colombia. Tesis para optar por el grado de Máster en Derecho. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.
- Barría, M. y Amigo, R. (2006). Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. Universidad de Chile. Repositorio académico. [https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/127632/Barria\\_RMauricio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/127632/Barria_RMauricio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bekelman, TA., Santamaría-Ulloa, C. y Dufour, DL. (2019). Variation in dietary intake and body fatness by socioeconomic status among women in the context of Costa Rican nutrition transitions. *Journal of BiosocialScience*. doi:10.1017/S0021932019000403.
- CCSS. (2014). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta, 2014. [Archivo PDF]. <http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>
- Colmenares, A.M., A. y Piñero M.L. (2008). LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*, 14(27) :96-114. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111892006>

- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. San José, Costa Rica: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2009). Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008-2009. [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&Itemid=222)
- Ministerio de Salud. (2010). Plan Nacional de Salud 2010-2021 [Archivo PDF]. [http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_intervencion/costa\\_rica\\_plan\\_nacional\\_de\\_salud\\_2010-2021.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/costa_rica_plan_nacional_de_salud_2010-2021.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2013). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud [Archivo PDF]. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- Montero-López, M., Santamaría-Ulloa, C., Bekelman, T., Arias-Quesada, J., Corrales-Calderón, J., Jackson-Gómez, M. y Granados-Obando, G. (2021). Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia Promoc. Salud*, 26 (2): 192-207. DOI: 10.17151/hpsal.2021.26.2.14)
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2017). Reflexiones sobre el sistema alimentario y perspectivas para alcanzar su sostenibilidad en América Latina y el Caribe [Archivo PDF]. <http://www.fao.org/3/i7053s/i7053s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). Gender, Health, and Development in the Americas. Basic Indicators 2007. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51674/GenderHealth2007\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51674/GenderHealth2007_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Plan de Acción para la para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la

Salud

2009–2014.

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Plan\\_of\\_ActionSPA\\_gender.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Plan_of_ActionSPA_gender.pdf)

Popkin, B.M. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal Nutrition*. doi: 10.1093/jn/131.3.871S.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. (2010). Corresponsabilidad en salud, cuestión de todos. *Revista Sanitaria de atención a los usuarios*, 24, 4. <https://www.seaus.net/images/stories/pdf/revista242010.pdf>

Solar, O. y Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice) [Archivo PDF]. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf).

# Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?  
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:  
[revista@ccp.ucr.ac.c](mailto:revista@ccp.ucr.ac.c)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

**Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.**

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



DOAJ

latindex



e-revist@s



Revista Población y Salud en Mesoamérica -  
Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

