
Nutrició comunitària

PID_00265799

E. Joy Ngo de la Cruz
Blanca Román Viñas

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores



E. Joy Ngo de la Cruz

Blanca Román Viñas

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Anna Bach (2019)

Primera edició: setembre 2019
© E. Joy Ngo de la Cruz, Blanca Román Viñas
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
1. Polítiques alimentàries nutricionals	7
1.1. Conceptes i definicions	7
1.1.1. Nutrició i salut pública	7
1.1.2. Política alimentària	7
1.1.3. Política alimentària nutricional (PAN)	9
1.1.4. Seguretat alimentària	12
1.2. Marc per a l'elaboració d'una política alimentària i nutricional	13
1.2.1. Països amb economies emergents	13
1.2.2. OMS Europa	14
2. Objectius nutricionals i guies alimentàries basades en aliments (GABA)	16
2.1. Introducció	16
2.2. Conceptes i definicions	17
2.2.1. Objectius nutricionals	17
2.2.2. Requeriments nutricionals	18
2.3. Les guies alimentàries basades en aliments (GABA)	19
2.4. L'evolució de les GABA	20
2.5. Les GABA –eines claus per a polítiques i accions educatives	22
2.6. L'elaboració de les GABA	23
2.7. Models i metodologies proposats	23
3. Planificació i programació en nutrició comunitària	31
3.1. Introducció	31
3.2. Planificació d'un programa de nutrició comunitària	31
3.3. El procés P (Procés de planificació d'un projecte de salut)	32
3.3.1. Anàlisi	32
3.3.2. Priorització dels problemes de salut identificats	34
3.3.3. Elaboració dels objectius	35
3.3.4. Especificació de les accions/activitats de la intervenció	36
3.3.5. Elaboració d'un pla de monitoratge i avaluació	37
4. Educació alimentària i nutricional	39
4.1. Introducció	39
4.2. Determinants dels hàbits alimentaris	39
4.3. Concepte d'educació nutricional dins del marc d'educació per a la salut	40

4.4.	Models de planificació d'intervencions educatives i d'aprenentatge i canvi de conducta	41
4.5.	Models d'aprenentatge i canvi de conducta (enfocament individual)	42
4.5.1.	El model transteòric	42
4.6.	Models de planificació d'intervencions educatives	42
4.6.1.	Precedeix-Precedeix	42
4.6.2.	Màrqueting social	43
Bibliografia	47

Introducció

Els reptes de la nutrició comunitària, com ara la inseguretat alimentària, l'obesitat i la diabetis, majoritàriament poden prevenir-se, però segueixen plantejant amenaces importants per a la salut de la població en general. Els sistemes i polítiques alimentàries altament industrialitzades i insostenibles són els principals contribuents a aquests problemes. Com a tal, la nutrició comunitària aborda la solució de problemes de salut pública a nivell poblacional, però integra diferents tipus d'estratègies tant a nivells individual, interpersonal i comunitari, com a nivells ambiental i de polítiques. Per exemple, per promoure opcions d'aliments saludables, es tenen en compte determinants tals com l'elecció d'aquests productes i la seva relació amb la cadena de producció i distribució d'aliments, entre altres.

L'objectiu principal de la nutrició comunitària és millorar l'estat nutricional i de salut dels individus i grups de població d'una comunitat. Les accions dins d'aquest camp es basen en l'epidemiologia, la nutrició, les ciències de l'alimentació humana i les ciències de la conducta. S'apliquen en tres àrees d'actuació estratègica: grups de població, polítiques alimentàries i nutricionals (PAN) i programes d'intervenció. Aquest enfocament multinivell requereix el compromís multidisciplinari de tots els actors (*stakeholders*), amb la imprescindible participació de la comunitat per assegurar l'eficàcia i sostenibilitat de les accions. Aquestes característiques distingeixen la nutrició comunitària de la nutrició clínica, els punts diferencials de la qual es resumeixen a la taula 1.

Taula 1. Nutrició comunitària i Nutrició clínica: aspectes diferencials

	Nutrició comunitària	Nutrició clínica
Enfocament	Prevenió	Tractament de malalties
Població diana	Poblacions, col·lectius	Individuals
Entorn	Comunitats autònomes, regions i comunitats	Clínicas i hospitals
Estratègies	Múltiples, es reforcen mútuament	Consell i educació alimentària i nutricional

Lectura recomanada

Article sobre la nutrició comunitària –els conceptes, les funcions i els objectius generals.

J. Aranceta Bartrina, C. Pérez Rodrigo i Ll. Serra Majem (2006). «Nutrició comunitària». *Revista de Medicina de la Universitat de Navarra* (vol. 50, núm. 4, pàg. 39-45). <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/6-nutricionc.pdf>.

1. Polítiques alimentàries nutricionals

1.1. Conceptes i definicions

Encara que l'interès pels aliments, la dieta i la salut és molt antic, la nutrició és una ciència jove. La seva història s'inicia al segle XIX, quan Lavoisier, el químic que denominem el «pare de la ciència nutricional moderna», va dur a terme estudis sobre la combustió dels aliments. En ser una ciència tan jove, de vegades sofreix una crisi d'identitat, ja que té un caràcter multidisciplinari en el qual s'inclouen les ciències bàsiques i aplicades de la nutrició, la dietètica, la bromatologia, la química aplicada als aliments, la nutrició en salut pública, l'antropologia, les ciències del comportament...

Un altre problema al qual s'enfronta per ser una ciència tan relativament recent rau en no haver definit realment el seu llenguatge. De vegades, es genera una certa confusió en els termes, utilitzats indistintament, sense coneixement de causa i sense precisió. S'observa l'evolució dels conceptes que integren les polítiques dirigides a l'alimentació i la nutrició en les definicions següents:

1.1.1. Nutrició i salut pública

Nutrició: procés de metabolització de l'aliment en el cos, des del moment en què entra a l'organisme a través de la boca fins que l'abandona de diferents maneres i per diferents vies de sortida.

Nutrició comunitària: recorregut i processos de l'aliment abans que arribi a l'organisme i els esforços per influir en aquests processos i recorreguts mitjançant la política pública.

Referència bibliogràfica

E. Helsing (1995). *Bases científicas para la formulación de una política de nutrición*. Guías Alimentarias. Barcelona: SENC.

Els hàbits alimentaris i els patrons de consum depenen de la disponibilitat dels aliments (producció, importació, exportació) i l'accés a ells (els preus dels aliments i el poder adquisitiu de l'individu). Al seu torn, aquests factors estan determinats per les polítiques nutricionals i alimentàries, agrícoles i econòmiques (macroeconòmica i socioeconòmica) dins d'un context cultural determinat.

1.1.2. Política alimentària

Segons descriu W. P. T. James en el tractat *Healthy Nutrition* (OMS Europa, 1990), la política alimentària consisteix en:

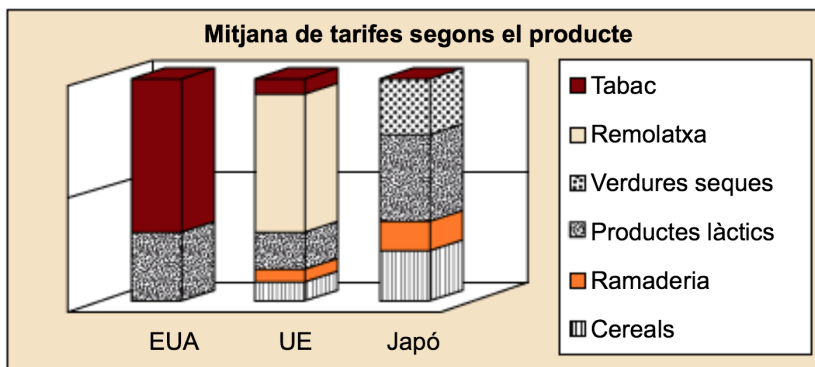
«els resultats d'una legislació i unes decisions governamentals destinades a **assegurar la provisió d'aliments** per a la població. D'aquesta manera, incorpora una sèrie de mesures de tipus fiscal, comercial, polític, social i/o de **protecció al consumidor**».

Implícitament, la disponibilitat d'aliments per a una determinada població es relaciona amb polítiques agroalimentàries, polítiques econòmiques i en menor grau amb finalitats nutricionals. Al llarg de la història, en diverses ocasions hi ha hagut una confluència entre les polítiques agroalimentàries i l'estat nutricional de la població, però no per això es pot assumir que hi hagi consens en l'elaboració de polítiques integrals que tinguin en compte la promoció de la salut. De fet, aquest és un camp d'alta sensibilitat que genera molt debat.

D'altra banda, el sistema alimentari modern és complex i ha experimentat canvis transcendentals –la globalització, la sostenibilitat, les noves tecnologies que inclouen els transgènics, els aliments funcionals, així com la incorporació d'entitats internacionals com l'Organització Mundial del Comerç (OMC)–. L'efecte de la globalització s'ha produït amb l'aplicació d'acords multilaterals de la Ronda Uruguai, iniciada el 1986, i en les successives negociacions comercials realitzades en les cimeres interministerials, dins del marc institucional de l'OMC, constituïda el 1994. Els resultats d'aquestes polítiques macroeconòmiques, els objectius de les quals se centren en obrir mercats mundials a través del comerç lliure, no sempre han estat favorables, particularment per als països amb economies emergents.

Perfils de tarifes en mercats agrícoles

Figura 1. Els tres països amb la major importació de productes agrícoles



Font: Profiles of Tariffs in Agricultural Markets. ERC USDA, gener de 2001.

Una tarifa es refereix a l'impost que es paga per la importació de determinades mercaderies o productes, el valor dels quals els estableix el govern del país importador. Els països amb tarifes altes per a productes importats efectivament redueixen les quantitats disponibles d'aquests productes (és a dir, afavoreixen el proteccionisme de la producció domèstica). Aquest gràfic demostra clarament els productes «protegits» per tarifes altes per assegurar la seva producció autòctona al país.

Avui dia, el paradigma de la producció, el sistema alimentari i la cultura alimentària estan encara en estat de turbulència. Tant en els països desenvolupats com en els que es troben en vies de desenvolupament, el procés de globalització ha produït canvis rellevants en la nutrició, que a poc a poc han limitat el grau de control de les persones sobre la seva pròpia dieta. En països industrialitzats existeix una crisi de producció excessiva que ha suposat problemes

d'obesitat, malalties cardiovasculars i diabetis. Alguns sectors preconitzen que la salut pública hauria d'estar enfocada a desenvolupar accions que redirigeixin el poder en la presa de decisions cap al consumidor i que aquest no es quedi en mans de les grans companyies i la comercialització.

Per tant, s'hauria de distingir entre les polítiques alimentàries explícites i les que són implícites. Un govern pot presentar una política de manera oficial, però implícitament dur-ho a terme d'una manera diferent.

Un altre concepte que engloba la definició de polítiques alimentàries descrita per W. P. T. James és el de la seguretat alimentària, és a dir, les polítiques dirigides a la provisió de subministraments alimentaris en condicions higièniques i que siguin innocus per al consumidor. Existeixen altres significacions del concepte «seguretat alimentària» que es comentaran més endavant.

1.1.3. Política alimentària nutricional (PAN)

«Conjunt d'accions concertades, sovint iniciades pels governs, amb la finalitat de proporcionar a la població els aliments que contribueixin al millor estat nutricional possible per a tota la població».

J. M. Bengoa (1973). *Definitions, scope and instruments of a food and nutrition policy*. WHO.

Tal com s'ha comentat prèviament, l'evolució de les polítiques de nutrició al món no ha ocorregut en etapes definides. El seu desenvolupament ha sorgit, en general, com un resultat de moments històrics clau que han impulsat accions d'una forma o una altra.

Com a exemple, durant l'època de la postguerra, en els anys cinquanta a Europa, les polítiques alimentàries nutricionals se centraven en la necessitat d'aportar a la població subministraments alimentaris en quantitats suficients i en condicions sanitàries segures. Era imprescindible, doncs, reconstruir i enfortir el sector agrícola, i així van néixer una sèrie d'accions contundents en l'àmbit local i nacional per complir tant amb aquest objectiu com amb el d'expandir i consolidar el sector de la indústria alimentària. En les dècades de 1960 i 1970, es va considerar la desnutrició com un problema d'atenció de la salut pública, sobretot als països en vies de desenvolupament. Per tant, la finalitat prioritària per millorar la nutrició dels països amb economies emergents va ser eradicar la desnutrició greu mitjançant les intervencions nutricionals directes o l'ampliació de les polítiques i dels programes.

Avui dia, la doble càrrega de la malnutrició –que abasta la desnutrició i el sobrepès/obesitat fomentades per la globalització i la transició nutricional, entre altres factors– té impactes significatius i negatius en els països d'economies emergents. Així mateix, els temes de sostenibilitat i canvi climàtic també són enfocaments que comencen a reflectir-se en les PAN de països en totes les zones del món. És imprescindible instaurar accions que puguin mantenir els nivells necessaris per a la producció d'aliments nutritius, al mateix temps que minimitzin els efectes ambientals de l'agricultura i ramaderia intensives.

Per tant, veiem que la **política alimentària nutricional** (PAN) és un terme global per descriure les mesures de polítiques públiques que tenen en compte concretament la promoció de la salut i els sistemes alimentaris. Atès el prèviament exposat, cal recordar que el simple proveïment d'aliments a una població que no inclogui criteris de promoció de la salut no entraria en aquesta definició.

Igual que en altres sectors que tinguin polítiques, tals com la política exterior o la política econòmica, avui dia es reconeix que existeixen les polítiques alimentàries i nutricionals. Sovint són programes explícits –establerts per administracions governamentals– i de vegades són implícits, a causa d'una combinació de polítiques privades entre la indústria alimentària i altres entitats. Tal com es demostra a la figura 1, existeix una àmplia gamma d'actors que, entre ells, poden intervenir en l'elaboració de polítiques orientades a millorar els hàbits alimentaris i l'estat nutricional de poblacions dianes. Segons aquest esquema, la formulació d'una PAN es basa en objectius derivats d'una detallada anàlisi prèvia, que forma el sostre sota el qual totes les accions es desenvolupen. Les diverses accions potencials es plasmen en tres categories generals:

- 1) l'aportació d'aliments;
- 2) la qualitat dels aliments, i
- 3) la demanda dels aliments.

Les mesures que comprenen una PAN són nombroses i molt variades. Poden abordar temes com l'educació alimentària nutricional i fins i tot l'aplicació d'impostos o normatives. Donada la gran envergadura de temes i polítiques que es poden incorporar, l'elaboració d'una PAN pot trigar anys a dur-se a terme.

En definitiva, una PAN consisteix en l'aplicació de la política pública en el camp de l'alimentació i la nutrició, amb el propòsit d'aconseguir que les accions siguin concertades i intersectorials.

Dariush Mozaffarian, un expert en aquesta matèria, ha resumit l'enfocament de la manera següent:

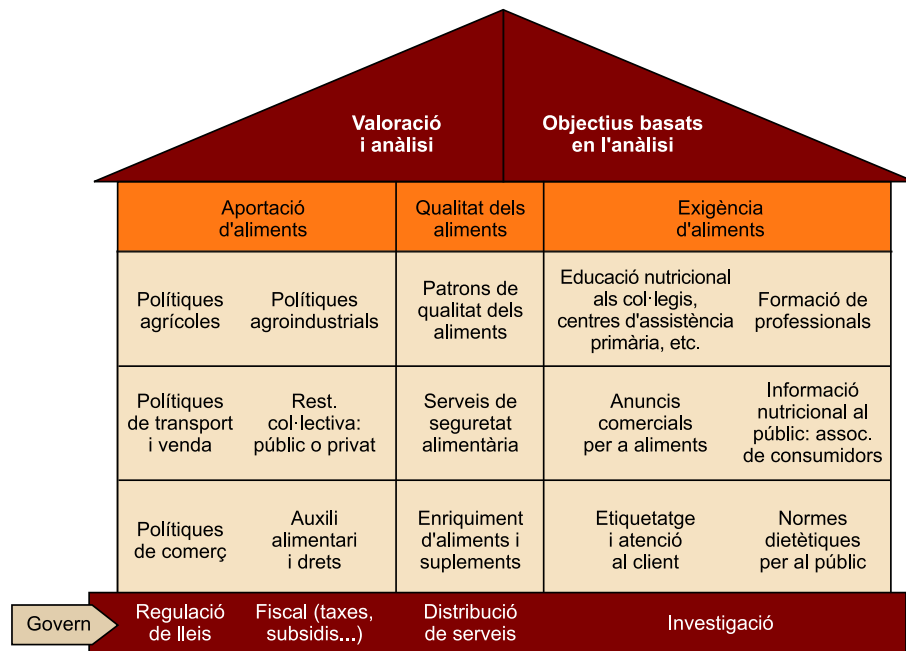
«Donats els papers clau que juguen els factors socials i ambientals en la configuració dels hàbits alimentaris, els enfocaments de polítiques (basats en la població) són crucials per tenir èxit [a millorar l'alimentació]. Es poden dissenyar i implementar estratègies efectives a nivell local (per exemple, en escoles, llocs de treball, comunitats), així com a nivell de ciutat, estat, nacional i internacional. Diversos enfocaments específics estan recolzats per una forta base d'evidència científica per la seva eficàcia comprovada. Aquestes experiències generalment demostren que l'educació o la informació, sense canvis econòmics o ambientals addicionals, tenen una influència limitada sobre el comportament. Els enfocaments integrats de múltiples components que inclouen mesures de polítiques que aborden els factors determinants "macro" [factors *upstream*, per exemple, normatives, augmentar accés a serveis, implantar impostos...], esforços educatius en l'àmbit d'entitats i organitzacions [factors *midstream*] i enfocaments comunitaris i ambientals [factors *downstream* –els que afecten decisions en l'àmbit de l'individu–] poden ser especialment eficaços. Les estratègies en diversos tipus de polítiques poden complementar els esforços dels sistemes sanitaris, al mateix temps que redueixen les disparitats socials i racials a causa de l'agrupació d'hàbits de dieta subòptims, entorns locals i factors de risc de malaltia».

Dariush Mozaffarian (2016). «Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity - A Comprehensive Review». *Circulation* (vol. 133, núm. 2, pàg. 187-225).

Enllaç recomanat

Estratègia per a la Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat (NAOS), Espanya.
 Pàgina web que conté informació sobre la primera PAN a Espanya amb un enfocament multisectorial i integral. Inclou el Codi PAOS, una iniciativa pionera per monitoritzar la publicitat d'aliments i begudes adreçada a nens i adolescents.
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm.

Figura 2. Esquema dels components d'una política alimentària nutricional



Font: I. Helsing (1995). *Bases científiques para la formulación de una política de nutrición*. Guías Alimentarias. Barcelona: SENC.

1.1.4. Seguretat alimentària

«La seguretat alimentària existeix quan les persones, en qualsevol moment, tenen accés físic i econòmic a aliments segurs, nutritius i en quantitat suficient per cobrir les necessitats nutricionals i les preferències alimentàries per mantenir una vida activa i sana».

OMS/FAO. *Cimera mundial de l'Alimentació*, 1996.

En aquesta definició ja clàssica de l'OMS de la seguretat alimentària, cal destacar la distinció entre els conceptes de seguretat, que es refereix a la innocuïtat dels aliments (en termes d'**higiene**, com s'ha esmentat anteriorment en un altre apartat) i els que es refereixen a **assegurar** l'accés als aliments per cobrir les necessitats nutricionals i arribar al màxim potencial possible. Quant al concepte de l'higiene i de qualitat alimentària, existeixen polítiques que consisteixen en normatives d'higiene¹, normatives que garanteixen els patrons de qualitat², així com normatives dirigides als serveis de seguretat alimentària³.

⁽¹⁾APPCC, Anàlisi de Perills i Punts de Control Crític; HACCP en anglès.

⁽²⁾Denominacions d'origen, normes i directrius en el *Codex Alimentarius*.

⁽³⁾Inspecció i controls, xarxes d'alerta alimentària, entre altres.

L'origen del concepte inicial de seguretat alimentària sorgeix a la dècada de 1970, basat en la producció i disponibilitat alimentària en l'àmbit global i nacional. Als anys vuitanta, es va afegir la idea de l'accés, tant econòmic com físic. I, a la dècada de 1990, es va arribar al concepte actual, que incorpora la innocuïtat i les preferències culturals i reafirma la seguretat alimentària com un dret fonamental de l'individu. Els antecedents d'aquest procés són els següents:

Cronologia dels antecedents de la seguretat alimentària

1940: Nacions Unides, a l'article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans (1948), va reconèixer l'alimentació com a dret universal.

1990: Cimera Mundial a favor de la Infància.

1992: I Conferència Internacional sobre Nutrició celebrada a Roma, en la qual 159 països es comprometen a eradicar la fam i reduir la desnutrició a la Declaració mundial i el pla d'acció per a la nutrició. Va ser la primera conferència intergovernamental l'enfocament de la qual se centrava en la nutrició. Impulsa l'elaboració dels Plans Nacionals d'Alimentació i Nutrició.

1996: Cimera Mundial sobre Alimentació. Es defineix la seguretat alimentària i uneix l'estratègia de 1992 d'eradicar la fam a la protecció del medi ambient i al desenvolupament sostenible.

2000: Cimera del Mil·lenni. 189 caps d'Estat i de Govern subscriuen la Declaració del Mil·lenni i es comprometen a prendre decisions efectives per a l'assoliment de vuit objectius de desenvolupament.

2009: Declaració de Roma sobre la Seguretat Alimentària Mundial.

Els líders mundials van adoptar per unanimitat una declaració prometent un compromís renovat per eradicar la fam durant la Cimera Mundial sobre Seguretat Alimentària.

2014: Segona Conferència Internacional sobre Nutrició.

Es va celebrar a Roma, Itàlia, al novembre de 2014 i va adoptar la Declaració de Roma sobre Nutrició, comproment-se els països a eradicar la fam i prevenir totes les formes de malnutrició a tot el món.

2015: Cimera de Nacions Unides per al Desenvolupament Sostenible: Objectiu 2. La cimera de l'ONU per a l'adopció de l'agenda de desenvolupament post-2015, una reunió plenària d'alt nivell de l'Assemblea General, es va celebrar del 25 al 27 de setembre de 2015 a Nova York. L'Objectiu 2 del Desenvolupament Sostenible té com a objectiu acabar amb la fam i totes les formes de malnutrició per al 2030.

L'enfocament recent i més global i, en conseqüència, més difícil d'aplicar consisteix en situar el benestar nutricional en el nucli de les formes de vida i dels mètodes de producció i consum, i obliga a replantejar-se els fonaments teòrics i pràctics de nombroses polítiques i intervencions. Aquest enfocament implica, en particular, el desenvolupament d'un moviment perquè es considerin les qüestions de nutrició des del punt de vista del dret humà; a més, existeix la necessitat de crear un nou paradigma per a l'agricultura mundial. Aquest paradigma hauria de considerar el foment de sistemes alimentaris sostenibles i favorables per a la nutrició, la salut i el benestar.

1.2. Marc per a l'elaboració d'una política alimentària i nutricional

Com és d'esperar, entre els països del món que tenen una PAN, existeix una àmplia varietat de polítiques i accions compreses en elles, ja que reflecteixen les diferents prioritats i la problemàtica nutricional de cada regió.

1.2.1. Països amb economies emergents

La construcció de la PAN en molts d'aquests països té en compte les directrius següents:

- 1) Ha d'aconseguir dissenyar, integrar i executar accions que contribueixin a resoldre la inseguretats alimentària i nutricional.
- 2) Ha de tenir un enfocament de drets participatiu, intersectorial i integral que articuli institucions i accions.
- 3) Ha de transcendir els governs i convertir-se en política d'Estat.

Els exemples d'accions realitzades inclouen, entre altres, l'ajuda alimentària mitjançant el Programa Mundial d'Aliments (PMA), així com la posada en marxa de programes de suplementació⁴, programes de fortificació i diversificació dels aliments en la dieta. L'educació nutricional també juga un paper clau en les intervencions delimitades en les PAN, amb un enfocament prioritari en la població maternoinfantil i les persones amb VIH/SIDA. Altres aspectes relacionats amb la seguretats alimentària en una PAN es refereixen tant a la disponibilitat d'aliments i les condicions d'accés als productes d'una dieta bàsica com a les decisions associades amb el grau d'autosuficiència desitjable per al país.

Lectura recomanada

Aquest capítol del llibre aborda el marc contextual en el qual es desenvolupen les PAN. Per exemple, la inclusió de la seguretats alimentària i la influència de la globalització.

M. R. Ortiz Montcada i L. Serra Majem (2006). *Políticas de nutrición*. En: L. Serra Majem i J. Aranceta (eds.). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones* (2a. ed., pàg. 666-675). Barcelona: Masson.

⁽⁴⁾El disseny d'aliments preparats rics en nutrients o RUF, «Ready-to-use food».

1.2.2. OMS Europa

Al setembre de 2000, l'Oficina Regional de l'OMS per a Europa va elaborar un marc per al desenvolupament de polítiques multisectorials nutricionals i alimentàries amb la finalitat de reduir la càrrega de malalties relacionades amb l'alimentació. 51 països membres van aprovar una resolució per posar en marxa el primer Pla d'Acció per a una política alimentària i nutricional. El pla posa l'accent en una política l'enfocament de la qual hauria de ser intersectorial, és a dir, que combini i coordini accions adreçades a la nutrició i l'alimentació, a la seguretat alimentària i al desenvolupament sostenible. Per tant, el marc es basa en tres estratègies interrelacionades:

1) Una **estratègia de seguretat alimentària** (concepte d'higiene⁵): prevenir la contaminació, tant química com biològica, en totes les etapes de la cadena alimentària. El risc d'aliments contaminats constitueix una gran preocupació per a aquesta regió, i s'estan desenvolupant nous sistemes per assegurar la innocuïtat dels productes que aborda l'enfocament «des de la granja fins a la taula⁶».

⁽⁵⁾ *Food Safety*, en anglès.

⁽⁶⁾ *Farm to fork*, en anglès.

2) Una **estratègia nutricional**: assegurar la salut òptima, sobretot en les poblacions de risc (persones amb baixos recursos, per exemple) i durant les etapes crítiques del cicle vital (infància, embaràs i lactància, vellesa).

3) Una **estratègia per al subministrament alimentari sostenible** (seguretat alimentària en termes d'accés): assegurar el proveïment d'aliments en quantitats suficients i de bona qualitat, la qual cosa fomenta al seu torn el desenvolupament de les economies rurals, així com la promoció dels aspectes socials i mediambientals d'un desenvolupament sostenible.

Posteriorment, l'OMS Europa va publicar el seu segon pla d'acció per a una política alimentària i nutricional. També va llançar una base de dades a la web sobre les PAN a Europa per monitoritzar el progrés en nutrició, dieta, activitat física i obesitat.

La base de dades NOPA (Nutrició, Obesitat i Activitat Física) compila la informació dels països membres que conté dades de vigilància nacional i subnacional, documents de polítiques, mesures per implementar polítiques i exemples de bones pràctiques en programes i intervencions.

En el seu pla per a l'elaboració d'una política alimentària i nutricional, l'OMS Europa estipula els problemes nutricionals prioritaris i sis línies d'acció per a les estratègies que s'han de desenvolupar (vegeu la taula 2).

Taula 2. Àrees d'acció per a polítiques alimentàries i nutricionals

Problemes nutricionals prioritaris	Àrees d'acció
<ul style="list-style-type: none"> • Malalties cròniques no transmissibles (MCNT) relacionades amb la nutrició. • Obesitat en infants i adolescents. • Deficiències en micronutrients. • Malalties transmeses per aliments. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Donar suport a un inici saludable. 2) Assegurar que el subministrament alimentari sigui innocu, saludable i sostenible. 3) Informar i educar els consumidors. 4) Realitzar accions integrades que abordin els determinants dels problemes nutricionals. 5) Enfortir la seguretat alimentària i nutricional en el sector sanitari. 6) Monitoratge i avaluació.

Enllaç recomanat

L'OMS ofereix una base de dades sobre les PAN a tot el món, denominada GINA (*Global database on the Implementation of Nutrition Action*). En aquest enllaç a la base de dades, es poden consultar les accions i estratègies per país sobre l'execució d'intervencions nutricionals.

OMS. Base de dades mundial sobre l'execució d'intervencions nutricionals (GINA): <https://extranet.who.int/nutrition/gina/es/policies/summary>.

2. Objectius nutricionals i guies alimentàries basades en aliments (GABA)

2.1. Introducció

En l'actualitat, existeixen una gran quantitat d'informació i consells sobre alimentació, nutrició i salut provinents de fonts diverses. Les persones amb interès en el tema poden trobar dades sobre els nutrients i els aliments que haurien de consumir per mantenir una dieta sana i equilibrada. Les etiquetes nutricionals també proporcionen informació útil sobre les quantitats dels diferents nutrients que contenen els aliments. Tot i això, la informació disponible sobre els nutrients sovint sembla bastant complexa i la majoria de les persones no arriba a entendre-la bé, per la qual cosa condueix a un ús limitat d'ella. Per aquest motiu, actualment s'estan desenvolupant noves estratègies en l'etiquetatge frontal (*Front of package labeling* o FOP) que són més fàcils d'interpretar, i entre les quals destaquen models com Nutriscore i el semàfor.

D'altra banda, els objectius nutricionals i les guies dietètiques són eines la finalitat de les quals no és la de recomanar aportacions **suficients** de nutrients en concret (aquest últim és la funció de les ingestes dietètiques de referència), sinó **adequar la ingesta dietètica mitjana** de la població com a sistema de suport per prevenir el desenvolupament de malalties carencials, així com les patologies cròniques i degeneratives.

2.2. Conceptes i definicions

2.2.1. Objectius nutricionals

L'individu **menja** aliments i no nutrients. Aquesta distinció defineix les diferències entre els objectius nutricionals i les guies dietètiques. Els objectius nutricionals es refereixen a la comunitat de referència en el seu conjunt i les recomanacions s'expressen com a quantitat de nutrients. S'enumera amb una estructura tècnica i en termes quantitativus. En la majoria dels casos, s'expressen com un percentatge d'energia o utilitzant el concepte de la densitat nutricional. Es poden presentar en termes a curt, mitjà i llarg termini, la qual cosa depèn del punt de partida, dels obstacles per complir amb les recomanacions i de la importància del canvi dietètic preconitzat per a una determinada comunitat. La taula 3 demostra aquestes consideracions en la formulació dels objectius nutricionals espanyols.

Taula 3. Objectius nutricionals per a Espanya

	Objectius nutricionals intermedis ¹	Objectius nutricionals finals ²
Lactància materna	6 mesos	≥ 1 any
Fibra dietètica	>12 g/1000 kcal (> 22 g/dia en dones i 30 g/dia en homes)	> 14 g/1000 kcal (> 25 g/dia en dones i 35 g/dia en homes)
Fibra soluble (% en el total)	25-30%	30-50%
Folats	> 300 µg/dia	> 400 µg/dia
Calci	≥800 mg/dia	1000 mg/dia
Sodi (sal comuna)	< 7g/dia	< 6 g/dia
Iode	150 µg/dia	150 µg/dia
Fluor	1 mg/dia	1 mg/dia
Vitamina D	200 UI (5 µg>/dia) > 50 anys: 400 UI (10 µg/dia) 15-30 min/dia d'exposició lumínica	200 UI (5 µg/dia) > 50 anys: 400 UI (10µg/>dia) 30 min/dia d'exposició lumínica
Activitat física	PAL > 1,60 (> 30 min/dia)	PAL > 1,75 (45-60 min/dia)
IMC (kg/m ²)	21-25	21-23. Majors de 65 anys, 23-26
Greixos totals (% energia)	≤ 35 %	30-35 %

¹Es corresponen fonamentalment amb el percentil 75 o 25 segons la circumstància (favorable o desfavorable) dels estudis poblacionals de nutrició realitzats en els últims anys a Espanya, o bé quan es tracta de micronutrients, en valors nutricionals de referència. Han de ser avaluats a finals de 2015. ²Objectius nutricionals finals, d'acord amb l'evidència científica actual i basats en els valors nutricionals de referència. Han de ser avaluats a la fi de 2020. ³El consum de vins no ha de generalitzar-se com a estratègia de salut pública, ja que part del seu efecte beneficiós pot obtenir-se del raïm i de mosts, i perquè el consum d'alcohol pot comprometre la salut en determinades circumstàncies (conducció, treball, embaràs, addicció...); no obstant això, es considera un consum moderat de vins i altres begudes fermentades, i per tant permisible, aquell que no sobrepassi els 250-400 cc/dia en els àpats (cal considerar l'interval inferior en les dones). S'han comunicat majors efectes positius quan el seu consum era combinat amb el menjar. No sobrepassar 2 unitats de beguda estàndard (UB) equivalents a 20 g d'etanol pur (1 en les dones). Font: Societat Espanyola de Nutrició Comunitària, SENC 2011.

Lectura recomanada

Article sobre el desenvolupament dels objectius nutricionals per a la població espanyola basat en el treball i les reunions de consens de la SENC celebrades entre 2009 i 2011.

Consens de la Societat Espanyola de Nutrició Comunitària (SENC) (2011). «Objectius nutricionals per a la població espanyola». 2011. *Revista Espanyola de Nutrició Comunitària* (vol. 17, núm. 4, pàg. 178-199). <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/20>.

Reflexió pràctica

Cal destacar la discrepància en la recomanació de la SENC per al percentatge de calories procedents de greixos totals, el qual és major que el percentatge recomanat per la FAO/OMS (20-30 %) i en altres països. Aquesta recomanació de la SENC es basa en l'aportació mitjana de greixos a Espanya, que s'ha estimat entorn del 38,5 % de l'aportació energètica i en un 11,7 % per als greixos saturats, segons l'estudi poblacional de consum ANIBES. Els objectius intermedis són 35 i ≤ 10 %, respectivament (objectius finals: 30-35 % per a greixos totals i 7-8 % per als àcids grassos saturats), que corresponen al percentil 25. L'aportació mitjana d'àcids grassos monoinsaturats està entorn del 16,8 %, i el de poliinsaturats en un 6,6 %. La SENC considera adequat una aportació relativa dels greixos totals del 35 % que s'aconseguiria reduint l'aportació de greixos saturats de l'11,7 al 7-8 %, mantenint un elevat percentatge de grasses monoinsaturades. Tot això exposa la rellevància d'elaborar els objectius nutricionals a partir del consum actual d'una determinada població, a part de considerar la composició nutricional dels aliments consumits.

	Objectius nutricional intermedis¹	Objectius nutri- cionals finals²
A. G. Saturats	≤10 %	7-8 %
A. G. Monoinsaturats	20 %	20 %
A. G. Poliinsaturats	4 %	5 %
n-6 n-3 ALA DHA AG Trans	2% d'energia, linoleic 1-2% - 200 mg <1%	3% d'energia, linoleic 1-2% 1-2% 300 mg <1%
Colesterol	< 350 mg/dia <110 mg/1000 kcal	< 300 mg/dia <100 mg/1000 kcal
Carbohidrats totals (%energia)	> 50 % índex glucèmic reduït	50 - 55 % índex glucèmic reduït
Aliments ensucrats (freqüència/dia)	< 4 /dia	≤ 3 /dia < 6% energia
Fruïtes	> 300 g/dia	> 400 g/dia
Verdures i hortalisses	> 250 g/dia	> 300 g/dia
Begudes fermentades de baixa graduació (vi, cervesa o sidra) ³	< 2 gots/dia (millor amb els àpats)	< 2 gots/dia (amb els àpats)

¹Es corresponen fonamentalment amb el percentil 75 o 25 segons la circumstància (favorable o desfavorable) dels estudis poblacionals de nutrició realitzats en els últims anys a Espanya, o bé quan es tracta de micronutrients, en valors nutricionals de referència. Han de ser avaluats a finals de 2015. ²Objectius nutricionals finals, d'acord amb l'evidència científica actual i basats en els valors nutricionals de referència. Han de ser avaluats a la fi de 2020. ³El consum de vins no ha de generalitzar-se com a estratègia de salut pública, ja que part del seu efecte beneficiós pot obtenir-se del raïm i de mosts, i perquè el consum d'alcohol pot comprometre la salut en determinades circumstàncies (conducció, treball, embaràs, addicció...); no obstant això, es considera un consum moderat de vins i altres begudes fermentades, i per tant permisible, aquell que no sobrepassi els 250-400 cc/dia en els àpats (cal considerar l'interval inferior en les dones). S'han comunicat majors efectes positius quan el seu consum era combinat amb el menjar. No sobrepassar 2 unitats de beguda estàndard (UB) equivalents a 20 g d'etanol pur (1 en les dones). Font: Societat Espanyola de Nutrició Comunitària, SENC 2011.

2.2.2. Requeriments nutricionals

A diferència dels requeriments nutricionals (vegeu Repte 1) que s'elaboren mitjançant estudis metabòlics tipus dosis/resposta o *refeeding* i es refereixen a individus sans, fixant com a recomanació el límit alt de l'interval, els objectius nutricionals són provisionals i es basen en evidències indirectes. El valor recomanat en els objectius nutricionals reflecteix la ingesta mitjana considerada compatible amb el manteniment de la salut de la població, dins d'un rang d'ingestes observades. Aplicant aquest enfocament s'intenta aconseguir una baixa prevalença de malalties associades amb l'alimentació.

Les ingestes dietètiques recomanades (IDR) s'expressen en valors per a cada grup d'edat i sexe i inclouen situacions fisiològiques especials com l'embaràs i la lactància. En canvi, els objectius nutricionals són idèntics per a tota la població. Hi ha determinats contextos en els quals s'apliquen objectius adaptats a grups d'alt risc.

2.3. Les guies alimentàries basades en aliments (GABA)

Amb la finalitat de complir els objectius nutricionals plantejats, és necessari elaborar intervencions d'educació alimentària i nutricional que ajudin la població a adequar els seus hàbits alimentaris. Per aconseguir-ho, és necessari expressar els objectius nutricionals en termes que puguin ser compresos pel públic en general, evitant tecnicismes i ambigüitats. Les guies alimentàries basades en aliments⁷ són un instrument educatiu que adapta els coneixements científics sobre requeriments nutricionals i composició d'aliments a missatges pràctics que faciliten la selecció i consum d'aliments saludables per part de la població. Estan basades en els requeriments i les recomanacions de nutrients i energia de la població, però és imprescindible que reconeguin factors antropològics i culturals, educatius, socials i econòmics. Per tant, responen a les prioritats de salut pública i nutrició del país, a patrons de producció i consum d'aliments, a influències socioculturals i a dades de composició d'aliments i accessibilitat, entre altres factors.

⁽⁷⁾GABA; FBDG en anglès.

Les GABA són missatges senzills sobre com menjar sa destinats al públic general. Proporcionen pautes sobre què ha de menjar un individu en termes d'aliments més que de nutrients i brinden un marc bàsic que es pot aplicar a la planificació d'àpats. Les seves característiques segons l'OMS inclouen:

- 1) s'expressa en termes d'*aliments* i no de nutrients;
- 2) estan adreçades a membres individuals del públic general, i
- 3) si bé no s'expressen totalment com a aliments, estan redactades en un llenguatge que evita, en la mesura del possible, els termes tècnics de la ciència de la nutrició.

Les GABA han de transmetre recomanacions senzilles basades en aliments, adequades per al públic diana i fàcils de seguir. Poden ser àmplies i poc concretes, com «menjar una varietat d'aliments» o «cal menjar fruites i verdures», o més concretes, com «cal menjar cinc racions de fruita i de verdura cada dia». També poden indicar el tipus d'aliment, com «cal consumir peix com a mínim 3 vegades a la setmana», o referir-se a àpats concrets, com «cal esmorzar cada dia».

Les GABA eviten la utilització de xifres relatives al consum recomanat de nutrients, com les ingestes diàries recomanades (IDR), o els objectius nutricionals per a la població, i ofereixen a canvi una manera pràctica en traduir-los en consells alimentaris per als individus d'un grup de població. Les recomanacions s'expressen de manera qualitativa com a aliments, racions o pràctiques (activitat física, lactància materna) més positives per a la salut. Per tant, si l'objectiu nutricional per al greix saturat està per sota del 10 % de l'energia

total i el consum actual és major, entre les recomanacions s'inclouran les dirigides a reduir la ingesta de greixos saturats, com «consumiu productes làctics semidescremats o descremats».

La taula 4 destaca les diferències entre els requeriments nutricionals (o ingestes recomanades), els objectius nutricionals i les guies alimentàries.

Taula 4. Comparació de bases i objectius dels requeriments nutricionals, els objectius nutricionals i les guies alimentàries

	Requeriments nutricionals	Objectius nutricionals	Guies alimentàries
Finalitat	Proporcionar quantitats suficients necessàries de nutrients	Disminució del risc de malalties cròniques o carencials	Disminució del risc de malalties cròniques o carencials
Punt de partida	Parteixen d'ingesta zero	Parteixen de la ingesta actual estimada de la població	Parteixen dels hàbits de consum
Formulació	Quantitat de nutrient/dia	Percentatge d'energia òptima, grups d'aliments, hàbits	En termes d'aliments, fàcil comprensió, expressió gràfica
Significat	Necessitat actual diària	Objectius que s'han d'aconseguir a curt, mitjà o llarg termini	Orientacions sobre freqüència de consum per grups d'aliments per aconseguir una dieta d'acord amb els objectius nutricionals
Base	S'estableixen científicament; Persones sanes (límit alt)	Provisionals, basats en evidència indirecta. Se centren en el punt mitjà del rang d'ingestes	Evidència científica i hàbits de consum de la població, context socioeconòmic i cultural
Expressió	Per grups d'edat, sexe, situació fisiològica	Idèntiques per a tota la població	Esquema genèric que pot modificar-se per a cada grup de població: infants, ancians, grups ètnics, etc.

Font: J. Aranceta Bartrina; Ll. Serra Majem (2006). «Objetivos nutricionales y guías dietéticas». En: L. Serra Majem; J. Aranceta (eds). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson.

2.4. L'evolució de les GABA

Des de la Segona Guerra Mundial, s'han elaborat guies de recomanacions basades en la composició dels aliments per prevenir malalties carencials i garantir la ingesta adequada de macro i micronutrients, utilitzant freqüentment un sistema d'agrupació d'aliments. Això consistia en reunir els aliments amb característiques similars en el mateix grup i recomanar a la població que prenguéssim aliments de cada grup tots els dies. A la taula 5, «Evolució de les guies dietètiques dels EUA», es veu un exemple de l'evolució de les guies als Estats Units. Cal destacar que la primera guia va ser una iniciativa del Departament d'Agricultura, que es va plasmar en una «Guia de les compres» per fomentar la compra d'aliments que aportessin els nutrients adequats. Als anys trenta, durant l'època de la Gran Depressió, la quarta edició de la guia es va centrar en minimitzar els costos de la compra sense comprometre l'equilibri nutricional,

i per tant van destacar les fonts proteïques més econòmiques (llegums i ous); és interessant destacar que va ser una economista (H. K. Stiebeling) i no una nutricionista qui va elaborar aquesta edició.

Taula 5. Evolució de les guies dietètiques dels EUA (Totes les recomanacions de les guies alimentàries corresponen a racions diàries, excepte on s'indiqui el contrari)

Guia	Núm. de grups d'aliments	Proteïnes (llet i carn)	Cereals	Verdures, fruites	Altres (greix, sucre)
1916 Caroline Hunt Guia de compres	5	Carn i alternatives Llet + 2-3 racions d'altres (100 g) Carn: 10 % Llet: 10 %	Pa i fècules: 9 30 g 20%	Verdures i fruites: 5 160 g (1 tassa) 30%	Greix: 9 13,6 g 20 % Sucre: 10 12 g 10 %
Dècada 1930 H.K.Stiebeling Guia de compres	12	Llet: 2 Carn Magra, Aus, Peix: 9-10/setm. Llegums / Fruïta seca: 1/setm. Ous: 1	Cereals i Fècules Lliure	Verdures i fruites ¹ Verdures de fulla verda, de color groc, taronja: 11-12/setm. Patata, moniato: 1 Altres: 3 Cítrics i tomàquet: 1	Mantega: Altres greixos: Sucre:
1956-1970 Els 4 bàsics ²	4	Làctics: 2 o més Carn: 2 o més (60-100 g)	Pa i cereals 4 o més, 30 g pa, 100 g pasta/arròs cuit	Verdures i fruites 4 o més Fonts de vitamina C: diària Verdures de fulla verda i/o de color groc: freqüentment, ½ tassa o 1 peça mitjana	

¹ El 1933, durant la Gran Depressió, Hazel K. Stiebeling, economista del Departament d'Agricultura dels Estats Units, va desenvolupar una guia de compra d'aliments que incloïa quatre nivells de cost amb l'objecte d'ajudar les persones en les seves compres. La guia proporcionava una llista de la compra setmanal que classificava els aliments en dotze grups diferents indispensables per satisfer les necessitats nutricionals. Posava l'accent en les fruites i verdures riques en vitamines A i C.² Aquesta guia descrivia una dieta "bàsica" que pogués proporcionar la major part de les ingestes recomanades per als nutrients; no obstant això, no cobria tots els requeriments per a les calories. Això es devia al fet que assumia que les persones inclourien per la seva banda una major quantitat d'aliments que els recomanats per la guia. La guia proporcionava poca orientació sobre l'ús i consum de greixos i sucres. Font: *USDA Agriculture Information Bulletin*, núm. 750, 1999.

Posteriorment, durant la dècada dels setanta, els nutricionistes van començar a preocupar-se pel consum excessiu de greixos, especialment els saturats, i de sucres, així com per la falta de fibra en la dieta. Les malalties més prioritàries ja havien passat de ser les patologies carencials a ser les que tenien un caràcter crònic i no transmissible. A Europa, els principals problemes de salut pública són malalties relacionades amb la dieta i l'estil de vida, com l'obesitat, les malalties cardiovasculars, la diabetis i el càncer. Aquestes malalties poden resultar, en part, d'un consum excessiu de nutrients calòrics i un dèficit de determinats micronutrients. Com a conseqüència, les recomanacions als països desenvolupats tendien a basar-se més en els nutrients, amb major èmfasi en els macronutrients, en certs micronutrients, o en els components protectors per a la salut (antioxidants, fibra, etc.).

2.5. Les GABA –eines claus per a polítiques i accions educatives

Les GABA també tracten temes de salut pública i de polítiques alimentàries nutricionals, com la seguretat alimentària, analitzant aquelles pràctiques que poden incidir en intoxicacions alimentàries. Per exemple, es posen de relleu els missatges per a la preparació i la conservació d'aliments en llocs on hi ha menor accés a condicions higièniques o no tenen aigua potable o electricitat, entre altres. Amb tot l'exposat anteriorment, es pot considerar que les GABA constitueixen recomanacions de polítiques basades en l'evidència científica a manera de pautes per a una alimentació saludable. Són una eina de gran interès en el camp de la nutrició comunitària i salut pública, amb la finalitat d'apropar a la població en general, o a grups de població, els missatges i les recomanacions alimentàries que es deriven de les dades tècniques procedents dels objectius nutricionals. Freqüentment, les GABA s'expressen a través d'una icona representativa –cercle, piràmide, plat, olla, etc.– que procura resumir i plasmar de manera clara, fàcil i didàctica el perfil alimentari recomanat.

La conferència internacional sobre nutrició celebrada a Roma el 1992 va donar lloc a l'adhesió a un pla d'acció que establia la divulgació de la informació nutricional mitjançant mètodes basats en l'alimentació sostenible, que animessin a la diversificació de la dieta mitjançant la producció i consum d'aliments rics en micronutrients, inclosos els aliments tradicionals adequats. En aquest context, la FAO i l'OMS van publicar el 1998 les directrius per a l'elaboració de les GABA. Aquestes directrius segueixen sent actualment la principal publicació de referència sobre el tema i parteixen de les següents **premisses**:

- 1) Els problemes de salut pública han de determinar l'orientació de les GABA.
- 2) Les GABA s'elaboren per a un context sociocultural i han de reflectir els principals factors socials, econòmics, agrícoles i ambientals que afecten la disponibilitat d'aliments i al patró de consum alimentari.
- 3) Les GABA han de reflectir patrons de consum més que objectius numèrics.
- 4) Han de ser positives i estimular l'acceptació plaent d'ingestes dietètiques adequades.
- 5) Una gran diversitat de patrons de consum alimentari poden ser concordants amb els objectius de salut.

Més endavant, en la seva publicació «Estratègia mundial sobre règim alimentari, activitat física i salut», l'OMS indica que les guies alimentàries han d'orientar les polítiques nacionals en matèria d'alimentació, educació nutricional i altres intervencions de salut pública, així com propiciar la col·laboració intersectorial.

Actualment, més de cent països de tot el món han elaborat o estan elaborant guies alimentàries basades en aliments. Al següent enllaç es pot consultar i aprofundir més en les GABA i els objectius nutricionals per països, basat en la compilació realitzada per la FAO.

2.6. L'elaboració de les GABA

Amb l'objectiu de conèixer quins aliments i grups d'aliments s'han d'incloure a les GABA, és necessari avaluar l'estat nutricional de la població a la qual es destinen. En alguns casos, això pot ser difícil d'aconseguir, per la qual cosa s'estableixen GABA provisionals basades en objectius nutricionals o GABA d'altres països. No obstant això, com prèviament s'ha assenyalat, aquesta pràctica no és aconsellable, ja que els objectius nutricionals es desenvolupen a partir de la ingesta actual estimada de la població diana. Els patrons de consum poden variar de manera important entre un país i un altre. Per tant, l'avaluació del consum alimentari i de l'estat nutricional de la població diana és la millor manera d'assegurar-se que les GABA tinguin en compte les mancances nutricionals i els problemes de salut pública existents en un determinat país.

Elaboració de les guies alimentàries

En l'elaboració de les guies alimentàries, és necessari comptar amb informació sobre: **a)** salut, alimentació i nutrició; **b)** estat nutricional de la població; **c)** perfil epidemiològic; **d)** disponibilitat, cost, accés i consum d'aliments; **i)** hàbits i patrons alimentaris de la població.

A més, cal comptar amb evidències científiques proporcionades per fonts nacionals o internacionals. A aquests criteris s'incorporen elements de l'antropologia social que permeten adaptar les guies alimentàries a la realitat social, cultural i econòmica del grup objectiu.

Font: Grup d'Educació Nutricional i de Sensibilització del Consumidor, FAO. L'estat de les guies alimentàries basades en aliments a Amèrica llatina i el Carib. Roma, FAO, 2014.

2.7. Models i metodologies proposats

En la publicació conjunta de la FAO i l'OMS «Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines», la formació d'un «grup de treball o comitè, compost per representants dels sectors de l'agricultura, la salut, la bromatologia, la ciència nutricional, els consumidors, la indústria alimentària, la comunicació i l'antropologia» consisteix en el primer pas per a l'elaboració de les GABA. Aquest enfocament es destaca tant en l'informe FAO/OMS com en l'opinió científica de l'EFSA de 2008, mostrant la importància d'involucrar en el procés a representants de diverses disciplines. Així, es garanteix que es tinguin en compte tots els aspectes importants per als diferents grups implicats (*stakeholders*). Això augmenta la probabilitat d'èxit de les GABA de combatre els problemes de salut de cada país, alhora que contribueix a una major conscienciació i acceptació d'aquestes guies per part dels grups que puguin estar implicats en la divulgació, comunicació i ús de les GABA.

Cap a la sostenibilitat de patrons alimentaris

A causa dels reptes del creixement demogràfic de la població, el subministrament d'aliments i el canvi climàtic, les pautes dietètiques i les GABA es refereixen cada vegada més a la necessitat d'abordar els múltiples reptes socials, de salut i ambientals causats pels sistemes alimentaris i que els afecten. S'argumenta que les poblacions globals han d'avançar cap a patrons dietètics que siguin saludables i respectuosos amb els límits del medi ambient.

Enllaç recomanat

Aquest article analitza els països amb GABA que contemplen l'impacte en el medi ambient i la sostenibilitat dels patrons alimentaris que es promouen.

Quins països del món inclouen criteris de sostenibilitat en les pautes dietètiques? <https://gastronomiaycia.republica.com/2016/05/25/que-paises-del-mundo-incluyen-criterios-de-sostenibilidad-en-las-pautas-dieteticas/>.

Lectura recomanada

Aquest article exposa amb detall les etapes del model d'elaboració de guies alimentàries basades en aliments proposat per l'INCAP (Institut de Nutrició de Centre Amèrica i Panamà), recolzat per l'OPS (Organització Panamericana de Salut) i utilitzat com a referència per elaborar les GABA en aquesta zona.

V. Molina (2007). «Guías alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos. OMS/OPS/INCAP». Antigua, Guatemala, 28-30 de maig de 2007. *Anales Venezolanos de Nutrición 2008* (vol. 21, núm. 1, pàg. 31-41) <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2008/1/art-6/>.

L'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària (EFSA en anglès) va celebrar el 2006 una reunió d'experts sobre GABA a Parma, Itàlia, com a prelude al seu encàrrec d'assessorar en la conversió dels objectius nutricionals en recomanacions basades en els aliments per a una dieta saludable dins de la Comunitat Europea. Amb anterioritat a aquest col·loqui científic, el grup d'experts en Productes Dietètics, Nutrició i Al·lèrgies d'EFSA va revisar la bibliografia sobre els principis de desenvolupament de les GABA, va identificar l'evidència científica necessària per establir les GABA als països europeus i va resumir els passos per a la seva implementació, seguiment i avaluació. En l'opinió científica de l'EFSA, es van establir set passos per al desenvolupament de les GABA.

- 1) Identificació de les relacions i dieta-salut
- 2) Identificació dels problemes concrets de cada país en relació amb la dieta
- 3) Identificació dels nutrients importants per a la salut pública
- 4) Identificació dels aliments importants per les GABA
- 5) Identificació dels patrons de consum d'aliments
- 6) Prova i optimització de les GABA
- 7) Representació gràfica de les GABA

L'elaboració tècnica dels punts 4 i 5 implica decisions sobre els criteris d'inclusió per a aquells aliments en què es basaran els càlculs del perfil nutricional mitjà per a cada grup d'aliments; per exemple, les ostres aporten un alt contingut en zinc. La seva inclusió en el grup proteic per a una població amb un consum escàs d'aquest aliment conduirà al fet que un nivell mitjà de zinc per a aquest grup sigui alt, la qual cosa no reflecteix la realitat, ja que la ingesta actual és baixa. D'altra banda, se solen tenir en compte factors històrics en l'agrupació d'aliments. El tomàquet, encara que tècnicament és un fruit, sempre s'ha classificat en el grup de verdures i hortalisses, mentre que el cacauet es considera fruita seca malgrat tenir una classificació científica de llegum.

Així mateix, és important tenir en consideració la necessitat d'actualitzar de manera periòdica les GABA i d'avaluar la seva eficàcia, de manera que es reservin recursos suficients des del principi. Les actualitzacions són essencials per adaptar les guies a l'evolució de l'evidència científica sobre les associacions entre aliments, nutrició i salut, així com als canviants estils de vida i hàbits alimentaris (fins i tot la freqüència de l'ús de suplementes dietètics, aliments funcionals, etc.).

L'avaluació de les guies es pot realitzar a diversos nivells. Per exemple, l'avaluació de l'impacte de la representació gràfica i/o dels missatges sobre el comportament de la població és necessària per millorar l'estratègia comu-

Lectura recomanada

Aquesta publicació resumeix les recomanacions realitzades per EFSA per orientar a països membres sobre la metodologia d'elaborar i implementar les guies alimentàries basades en aliments.

EFSA (2010). «Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on establishing Food-Based Dietary Guidelines». *EFSA Journal* (vol. 8, núm. 3, pàg. 1460) <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2010.1460>.

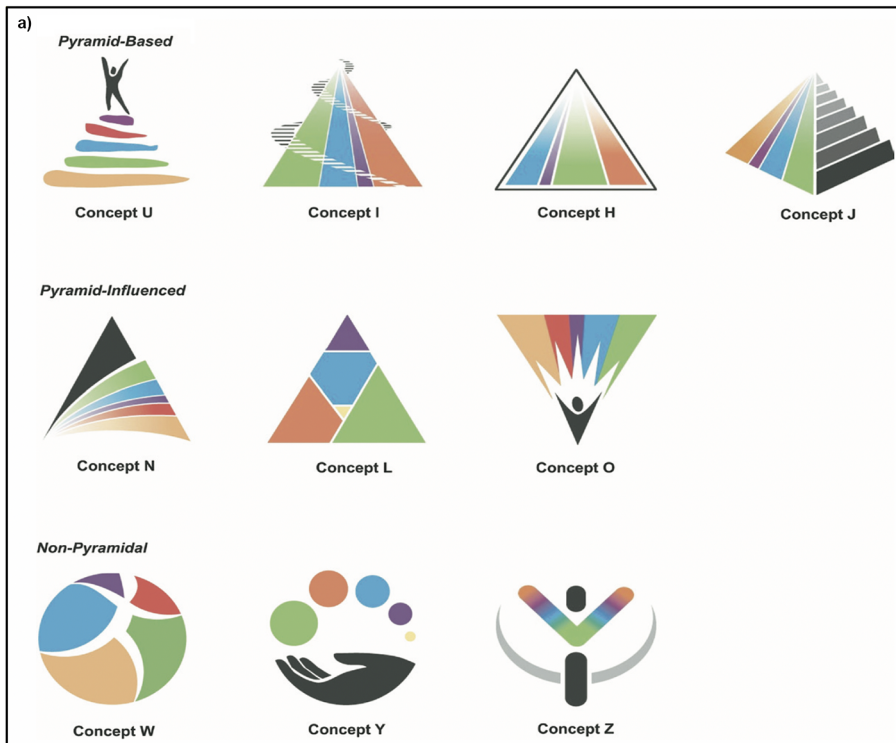
nicativa. En l'informe consultiu FAO/OMS, s'analitza l'avaluació del procés i dels resultats. L'objectiu de l'avaluació dels resultats és mesurar els resultats o l'impacte de les GABA (coneixement, actitud, comportaments, pràctica, etc.). Això es duu a terme principalment amb enquestes. D'altra banda, l'avaluació del procés suposa avaluar com es divulga o es porta a la pràctica un missatge. La pregunta més important que cal fer-se en realitzar una avaluació d'aquest tipus és si la campanya de comunicació s'ha portat a la pràctica conforme al previst. L'avaluació del procés permet situar els resultats en el seu context. Per tant, si l'avaluació dels resultats resulta decebedora, l'avaluació del procés hauria de proporcionar informació sobre com millorar la transmissió del missatge en el futur.

Taula 6. Exemples d'indicadors proposats per a l'avaluació de les guies alimentàries basades en aliments

Indicadors a curt termini	Indicadors a mitjà termini	Indicadors a llarg termini
<ul style="list-style-type: none"> • La manera en què les guies alimentàries són enteses per la població, pels proveïdors de salut, pels prenedors de decisions i per la indústria d'aliments. • L'aplicabilitat i el grau de compliment de les recomanacions de les guies alimentàries. • El poder de penetració de les guies alimentàries. • Les barreres per al compliment de les guies alimentàries. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ús de les guies alimentàries com a marc de referència per al disseny o implementació de polítiques governamentals, de programes alimentaris, de la producció i comercialització d'aliments, d'educació i promoció de la salut. • L'augment de la disponibilitat i accessibilitat dels aliments que les guies alimentàries recomanen consumir més. • Els canvis en l'àmbit social que facilitin el compliment de les guies alimentàries; per exemple, l'ús de les guies alimentàries per normar els productes que pot oferir el quiosc o la botiga escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'estimació del grau d'adhesió de la població a les guies alimentàries a través de l'índex de qualitat de la dieta, adaptat a cada país. • L'estimació de les ingestes dietètiques i del canvi d'hàbits alimentari de la població, a través d'enquestes de consum d'aliments i de dades de despesa d'aliments. • Els canvis en els indicadors epidemiològics, utilitzant dades d'obesitat i MCNT en la població.

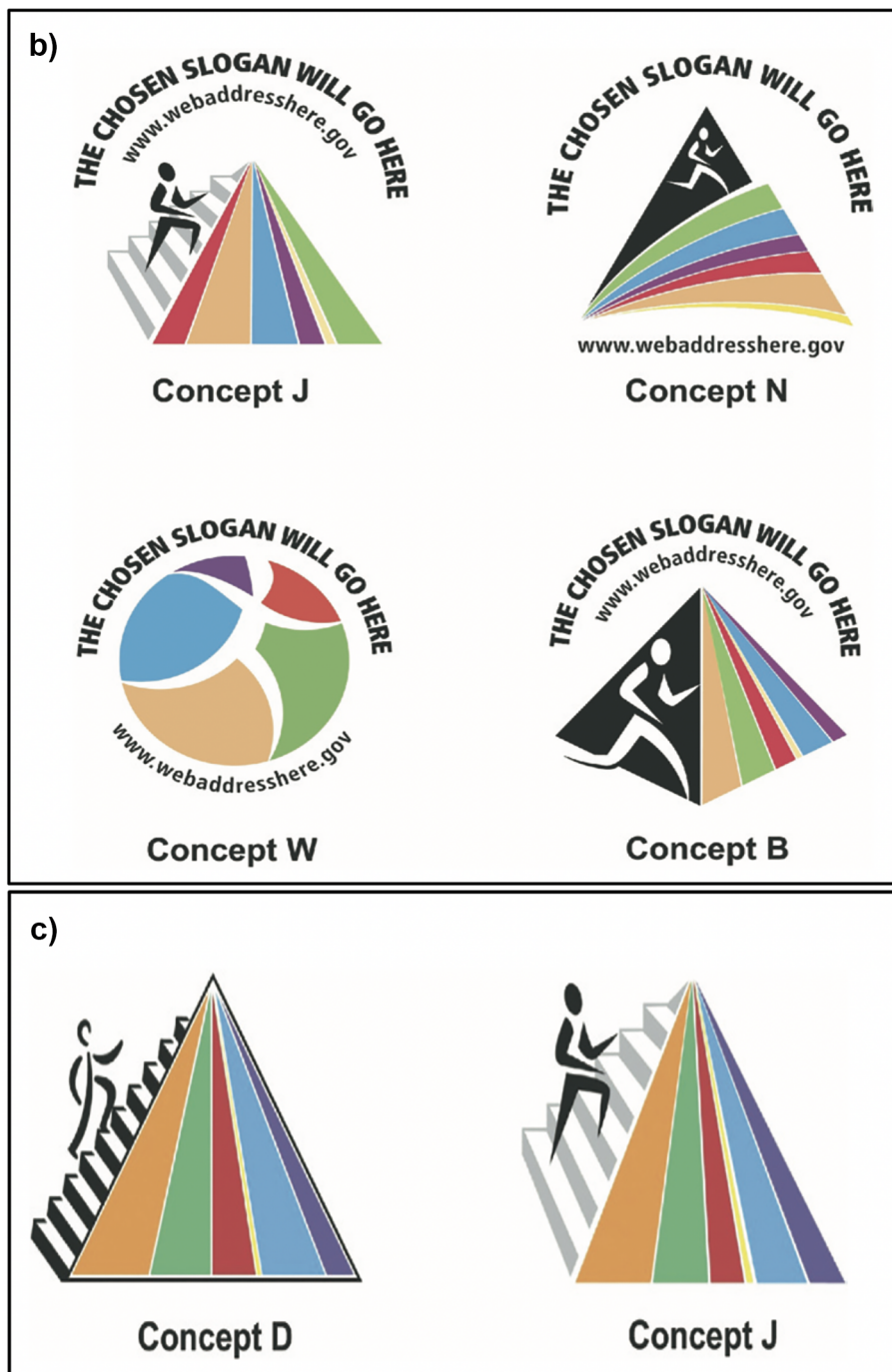
MCNT: Malalties cròniques no transmissibles. Font: Grup d'Educació Nutricional i de Sensibilització del Consumidor, FAO. L'estat de les guies alimentàries basades en aliments a Amèrica llatina i el Carib. Roma, FAO 2014.

Figura 3. Exemples del procés d'elaboració de la icona per la GABA dels EUA.



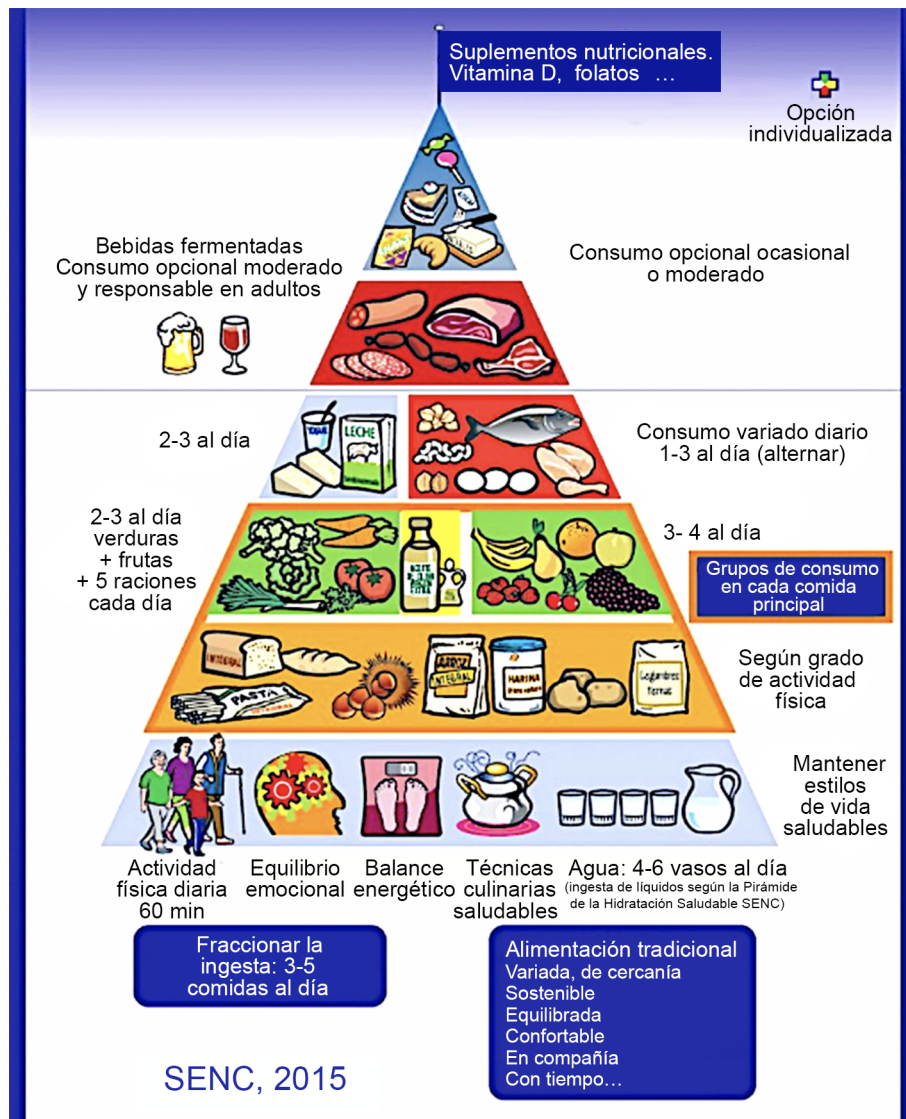
a) Avaluació qualitativa. Fase 1. Grups focals (n = 10 grups en total en 2 ciutats grans).

Figura 4. Exemples del procés d'elaboració de la icona per la GABA dels EUA



b) i c) Avaluació quantitativa. Fase 2. Web TV (n = 400). En aquesta fase quantitativa, també es van incloure 3 grups focals agrupats per sexe, edat, raça i nivell econòmic. Guiada pels criteris de comunicar «proporcionalitat» i «moderació», la piràmide va ser el gràfic que millor va obtenir els resultats estadísticament significatius per la seva capacitat de comunicar aquests conceptes. Com a resultat d'aquesta fase, el Concepte J va ser la icona seleccionada per representar els conceptes de la guia. Font: J. Haven i altres (2006). *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(6 Supl):S124-35.

Figura 5. Piràmide de l'alimentació saludable



Guía alimentaria para la población española

La Societat Espanyola de Nutrició Comunitària (SENC) va elaborar una guia alimentària per a la població espanyola l'any 1994, que va ser renovada el 2001. L'edició actualitzada l'any 2016 està basada en la millor evidència científica disponible fins ara sobre el binomi dieta-salut i té en compte no només la ingesta nutricional i el consum alimentari de la població espanyola, sinó també els hàbits de preparació i de consum dels aliments, els factors determinants i l'impacte general de la dieta en la sostenibilitat mediambiental.

Aquesta publicació presenta la metodologia, els conceptes i les bases per a l'elaboració de les GABA espanyoles.

Grupo Colaborativo de la SENC (2016). «Guías alimentarias para la población española (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria-SENC)». *Nutrición Hospitalaria* (vol. 33, supl. 8, pàg. 1-48). <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33s8/guia.pdf>.

Font: Guías alimentarias para la población española, SENC, 2016.

Taula 7. Resum de guies alimentàries SENC-desembre 2016

Consideracions que sustenten, afavoreixen i/o complementen una alimentació saludable	
Activitat física en població general	60 minuts diaris d'activitat física d'intensitat moderada, o el seu equivalent de 10.000 passos al dia, potser amb alguns passos o períodes puntuals de major intensitat.
Promoció de l'equilibri emocional	L'equilibri emocional pot ser un factor determinant continuat o episòdic en les pulsions alimentàries, els processos de compra i la preparació i ingesta d'aliments a nivell individual o familiar. Cal tenir cura d'aquest aspecte.
Balanç energètic	Adaptar la ingesta alimentària qualitativa i quantitativa al grau d'activitat física en el marc de les recomanacions per a una alimentació equilibrada i saludable.
Tècniques culinàries i utensilis de cuina	A la cuina, cal prioritzar la utilització d'envasos de vidre i recipients d'acer inoxidable. Les tècniques culinàries més recomanables són les preparacions al vapor, cuites i al forn. Per a productes crus i fregits, es recomana utilitzar oli d'oliva verge extra.

Font: Guías alimentarias para la población española, SENC, 2016.

Consideracions que sustenten, afavoreixen i/o complementen una alimentació saludable	
Ingesta adequada d'aigua	Cal incorporar la ingesta d'aigua i altres líquids o aliments amb gran contingut en aigua fins a aconseguir al voltant dels 2,5 litres/dia.
Aliments i grups d'aliments que es recomana consumir diàriament, en quantitats i proporcions variables	
Aliments rics en hidrats de carboni complexos: cereals, patates, lleguminoses tendres i altres	Prioritzar els cereals i derivats integrals o elaborats amb farines de gra sencer. Altres aliments amb alt contingut en hidrats de carboni es poden associar a fórmules culinàries amb la presència de verdures o hortalisses de temporada, incloses les lleguminoses tendres.
Fruites	Incloure 3 o més racions o peces de fruita variada al dia, en un adequat estat de maduració, prèviament rentades, i també pelades si no es tracta de productes de cultiu orgànic.
Verdures i hortalisses	Incorporar almenys 2 racions de verdures i hortalisses cada dia. Una de les racions ha de ser en format cru amb varietats de diferent color. Rentar-les amb aigua freda.
Oli d'oliva verge extra	L'oli d'oliva verge de qualitat és la millor referència en greix per a l'acompanyament de molts aliments, tant per a preparacions o processos culinàries com per al seu consum en cru.
Carns blanques	Les carns blanques de bona qualitat són una bona opció com a font de proteïnes i altres nutrients d'interès, prioritzant les preparacions amb poca matèria grassa afegida i un acompanyament habitual mitjançant verdures o amanida.
Peixos i mariscs	Prioritzar les captures sostenibles de temporada utilitzant les mides, les quantitats i les preparacions culinàries que assegurin la innocuïtat del producte. La recomanació se situa en el consum de peix almenys 2 o 3 vegades a la setmana.
Llegums	Es recomana el consum de 2, 3 o més racions a la setmana amb les tècniques culinàries que millorin la seva digestibilitat i valor nutricional.
Fruita seca i llavors	Prioritzar el consum de varietats locals en format natural, o poc manipulades sense sal o sucres afegits.
Ous	Es recomana una freqüència de consum i format culinari de caràcter individualitzat, prioritzant les varietats ecològiques o les camperes.
Llet i productes làctics	Consum de làctics de bona qualitat: 2-3 racions al dia prioritzant les preparacions baixes en greix i sense sucres afegits.
Aliments i begudes dels quals es recomana un consum opcional, més ocasional i moderat	
Carns vermelles i processades	El consum de carns vermelles i de carns processades en tots els seus formats hauria de moderar-se en el marc d'una alimentació saludable, triant productes d'excel·lent qualitat, procediments culinàries sense contacte directe amb el foc i sempre l'acompanyament d'una guarnició d'hortalisses fresques.
Greixos untables	Els greixos untables de tot tipus haurien de ser de consum ocasional, amb preferència per la mantega sense sal afegida.
Sucre i productes ensucrats	Moderar el consum de sucre i de productes ensucrats per no sobrepassar l'aportació del 10 % de la ingesta energètica diària.
Consideracions complementàries en la cistella de la compra i cuina:	

Consideracions que sustenten, afavoreixen i/o complementen una alimentació saludable

- Suport decidit a l'alimentació sostenible
- Prioritzar productes de temporada, de proximitat
- Fomentar la convivialitat i l'educació alimentària
- Dedicar, de manera col·laborativa, temps a tot el procés alimentari, incloses la compra i les tasques de cuina
- Incloure recomanacions i consells dietètics que suggereixin una alimentació confortable i assumible
- Valorar l'etiquetatge nutricional en les decisions de compra i consum
- Vigilar les bones pràctiques d'higiene i seguretat alimentària
- Tenir un compromís personal i social amb la solidaritat alimentària
- Realitzar una compra responsable en qualitat i quantitat
- Reduir malbarataments: reduir, reutilitzar amb seguretat i reciclar

Font: Guías alimentarias para la población española, SENC, 2016.

Aliments i begudes dels quals es recomana un consum opcional, més ocasional i moderat

Sal i snacks salats	Moderar la ingesta de sal i, de manera especial, els productes amb elevada aportació de sal estructural o afegida per no superar la quantitat de 6 g de sal (clorur sòdic) total al dia.
Brioixeria, pastisseria, productes ensucrats, lliminadures i gellats	Consum opcional, moderat i ocasional d'aquest grup d'aliments i confiteria, prioritzant el consum de rebosteria elaborada a casa amb mètodes i ingredients tradicionals.
Begudes alcohòliques fermentades	Moderar o evitar el consum de begudes alcohòliques. Pot assumir-se el consum moderat i responsable de begudes fermentades de baixa graduació i bona qualitat en quantitats que no superin les dues copes de vi/dia en homes i una copa/dia en dones, sempre en referència a l'edat adulta i sense contraindicació mèdica.
Suplements dietètics o farmacològics. Nutraceutics i aliments funcionals	En les ocasions en què existeixin necessitats especials, pot ser d'utilitat el consum habitual o temporal afegit de suplements o aliments específics. La recomanació es concreta en establir pautes individualitzades que siguin el resultat del consell dietètic plantejat per un metge, farmacèutic, personal d'infermeria, llevadora, fisioterapeuta o dietista-nutricionista.

Font: Guías alimentarias para la población española, SENC, 2016.

3. Planificació i programació en nutrició comunitària

3.1. Introducció

Es defineix un programa de nutrició comunitària com el conjunt d'activitats que es pretenen realitzar amb la finalitat d'obtenir un resultat determinat sobre una població definida.

No obstant això, cal destacar la diferència entre la planificació dels programes de nutrició comunitària i l'organització de serveis alimentaris i nutricionals, els objectius dels quals són satisfer determinades necessitats en el subministrament alimentari o nutricional d'una població. Per tant, un exemple d'una intervenció en nutrició comunitària seria la posada en marxa d'un **programa d'educació nutricional** en el conjunt d'escoles públiques en una determinada zona geogràfica, mentre que un exemple d'**organització de serveis** seria un programa de nutrició parenteral domiciliària, o una anàlisi del cost-benefici comparat amb el mateix servei a escala hospitalària.

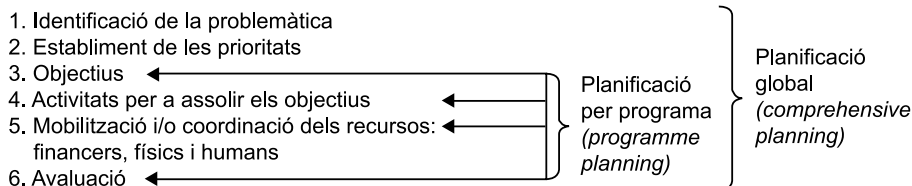
Tot i que tots dos tipus de programes tenen moltes coses en comú, aquest apartat es refereix a la planificació de programes de nutrició comunitària que, per naturalesa, ha d'ocórrer a nivells múltiples i inclou a les parts interessades clau, en particular a la comunitat diana. Es revisen els conceptes de planificació d'aquests programes, com elements o accions operatives d'una política alimentària i nutricional, considerada com a planificació estratègica o global.

3.2. Planificació d'un programa de nutrició comunitària

El procés de planificació permet dissenyar, implementar i avaluar diferents elements de la intervenció. Requereix un coneixement profund de la realitat que es pretén modificar, així com un coneixement exhaustiu sobre les bases científiques teòriques del programa. Defineixen dos nivells de planificació: la de conjunt o global (*comprehensive planning*) i la planificació per programes. La primera es refereix a situacions en les quals el planificador ha de conèixer la magnitud i la prioritat dels problemes nutricionals d'una població. La planificació global establirà quins programes han de realitzar i, en general, això és competència de les administracions sanitària o agrícola; es relaciona amb la política alimentària i nutricional. En canvi, la planificació per programa es pot realitzar dins d'un context geogràfic més restringit, i encara que la planificació

es duu a terme en serveis centrals, la seva implementació i adequació solen ser competència d'unitats o serveis de sistemes més petits. A la figura següent es descriuen les etapes en l'elaboració d'un programa de salut.

Figura 6. Passos en l'elaboració d'un programa de salut



Serra Majem Ll. y Ortiz Moncada R. Planificación y programación en nutrición comunitaria. En: Serra Majem L, Aranceta J, eds. Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2006. p 676-683.

3.3. El procés P (Procés de planificació d'un projecte de salut)

Aquest enfocament, basat en una estratègia de comunicació per al canvi de comportament, té la finalitat de promoure, consolidar i incorporar en les famílies i en les comunitats la millora de les pràctiques per a la cura i la protecció de la salut mitjançant l'educació, la informació i la comunicació (IEC) entre iguals. L'objectiu principal és detectar en una determinada comunitat els coneixements, les actituds i els comportaments que haurien de canviar per convertir-se en hàbits de vida saludables. Diverses teories i models de canvi de comportament postulen que l'adopció d'hàbits saludables és un procés mitjançant el qual els individus avancen cap a la consecució d'un nou comportament en la seva vida quotidiana. Aquest procés es desenvolupa en diverses etapes que, segons l'estratègia de comunicació per al canvi de comportament liderat per la Universitat Johns Hopkins, són les següents:

3.3.1. Anàlisi

Aquesta fase consisteix en la identificació i comprensió del problema de salut, els col·lectius més afectats per aquest, les normes culturals que subjeuen en el comportament de salut, les polítiques i programes existents, les organitzacions actives i els espais i vies de comunicació disponibles. L'anàlisi i l'avaluació de les necessitats de salut comunitària són un procés que:

- Descriu l'estat de salut i nutricional de la població diana (informació estadística, punts de vista propis de la població sobre la seva salut, coneixement del personal sanitari...).
- Permet identificar els factors de risc més importants i les causes de les malalties. Aquests poden incloure factors de l'entorn físic (pol·lució, habitatge, transport, crim...), el context social (xarxes socials, migracions, grups marginals, religió...), la pobresa (ocupació, ingressos, ajudes...), el comportament (revisions mèdiques, tabac, alimentació, activitat física, alcohol...), l'estil de vida (compra de productes/suplements nutricionals, altres patrons...), els aspectes biològics, genètics, etc.
- Proporciona la identificació de les accions necessàries per solucionar-los. L'evidència demostra que és imprescindible promoure la implicació de la

comunitat i les parts interessades (*stakeholders*). S'incorporen els principis de desenvolupament comunitari, en els quals s'afronten problemes comunitaris mitjançant l'energia i el lideratge de les persones que viuen en un determinat entorn.

La nutrició comunitària no només ha de considerar l'evidència i les necessitats objectivables de la població, sinó també els seus valors. Per aquest motiu, s'utilitza un concepte holístic de salut, destacant els factors socials, econòmics i culturals i els comportaments individuals. Precisament, la cerca de dades en aquesta etapa inicial hauria de comptar amb evidència quantitativa (per exemple, estudis científics publicats, estudis de mercat, registres de mortalitat...), així com amb dades qualitatives (derivats de grups focals, entrevistes amb persones claus, etc.). Per realitzar l'anàlisi, caldria comptar amb informació referent a:

- 1) La caracterització de la població (geografia, nombre d'habitants, distribució per edats i per gènere, procedència, grups ètnics, religió, etc.).
- 2) L'anàlisi social i de comportament (el nivell de coneixements, les actituds, les habilitats i els comportaments; xarxes socials; normes socioculturals existents).
- 3) Els canals de comunicació existents (utilització de mitjans de comunicació i xarxes socials; preferències d'ús entre els grups socials/serveis, com associacions, església, etc.; canals interpersonals).
- 4) L'anàlisi dels grups socials i de la capacitat de comunicació (identificació d'actors socials, individus i institucions la participació de les quals sigui clau per a l'èxit del programa).

Cal destacar que, en la identificació de la població diana, s'haurien de definir dos grups objectius:

- 1) el grup prioritari o la població primària (les persones en les quals el programa tindrà un impacte directe sobre la salut), i
- 2) el grup d'influència o la població secundària (les persones que poden influir o donar suport a la conducta del grup prioritzat).

Per exemple, en una intervenció maternoinfantil dirigida a millorar l'alimentació complementària d'una comunitat, la població primària serien els nadons, en ser els qui es beneficiaran de les accions, en ser alimentats de manera adequada i optimitzar, així, el seu estat nutricional i de salut. La o les població(ns) secundària(es) podria(en) incloure les mares dels infants, així com els professionals de salut, ja que són col·lectius que incideixen directament en l'alimentació i les cures de la població primària (els nadons).

3.3.2. Priorització dels problemes de salut identificats

Una correcta priorització determina la situació que ha de ser abordada en primer lloc, amb una possibilitat de millora més rellevant o un impacte en la qualitat més positiu. Tot i això, els límits de recursos o de l'organització que duu a terme la intervenció poden influir en la decisió de quines de les accions es realitzaran. Així, doncs, prioritzar és ordenar d'acord amb els valors determinats pel grup d'individus que està realitzant l'anàlisi. No sempre el que s'hauria de realitzar primer coincideix amb el que es creu més important, sinó que té a veure més amb la possibilitat d'abordar-ho.

Existeixen diverses tècniques i models de priorització. Alguns apliquen valoracions quantitatives i altres es basen en judicis qualitius. Generalment, els criteris per a l'establiment de les prioritats d'un programa de nutrició comunitària, tenen en compte els punts següents:

- La importància de la magnitud i la severitat de la malaltia o problema de nutrició. Per això, s'utilitzen índexs com ara «anys potencials de vida perduts» o «esperança de vida en bona salut», entre altres.
- La sensibilitat de la malaltia a un programa de nutrició comunitària/eficàcia de la intervenció. Consisteix en el potencial preventiu respecte a una malaltia, el risc atribuïble poblacional a un determinat factor de risc i la susceptibilitat de la malaltia o factor de risc nutricional en determinades accions comunitàries.
- La factibilitat organitzacional, institucional, cultural i política del programa per solucionar el problema nutricional.
- Per aconseguir millores en els hàbits alimentaris de la població que siguin reeixides i sostenibles, es requerirà una estreta col·laboració entre les múltiples parts interessades, inclosos professionals acadèmics, professionals sanitaris, sistemes de salut, empreses asseguradores de salut, organitzacions comunitàries, escoles, llocs de treball, grups defensors, responsables polítics, agricultors, minoristes, restaurants i la indústria alimentària.
- Un altre aspecte clau en la promoció de la salut és l'apoderament per a la salut, el procés mitjançant el qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten la seva salut. Es distingeix entre l'apoderament per a la salut a nivell de l'individu i el de la comunitat. L'apoderament per a la salut individual es refereix primàriament a la capacitat de l'individu de prendre decisions i exercir control sobre la seva vida personal. L'apoderament per a la salut comunitària suposa que els individus actuïn col·lectivament amb la finalitat d'aconseguir una major influència i control sobre els determinants de la salut i la qualitat de vida de la seva comunitat.

DAFO - anàlisi dels problemes prioritzats

El pas següent després d'haver definit la problemàtica i les prioritats consisteix en identificar les causes que produeixen el problema i mesurar la influència de cadascuna per tractar les més influents. Existeixen diverses tècniques que s'apliquen per realitzar una avaluació detallada de les causes o motius d'un problema de salut/nutricional, entre els

quals destaquem l'anàlisi DAFO. La tècnica DAFO consisteix en elaborar un quadre resum que ens permeti definir i contextualitzar el problema en l'àmbit d'estudi a partir de quatre marcs d'anàlisi:

Debilitat. Posició desfavorable de caràcter intern. Són febleses les necessitats actuals que impliquen aspectes negatius que haurien de modificar-se.

Amenaça. Situació desfavorable existent en l'entorn. Són amenaces tot el que suposa riscos potencials i que haurien de prevenir-se.

Fortalesa. Posició favorable de caràcter intern. Són aquells aspectes positius que han de mantenir-se o reforçar-se (capacitats i recursos de tot tipus disponibles).

Oportunitat. Situació favorable propiciada per l'entorn. Són totes les capacitats i recursos potencials que s'haurien d'aprofitar.

3.3.3. Elaboració dels objectius

Aquesta fase consisteix en establir els objectius o comportaments desitjats. Se'n distingeixen de dos tipus: els objectius de programa (resultat específic marcat per la intervenció) i els objectius de comunicació (canvi de conducta, coneixement o actitud o pràctica que el comunicador espera aconseguir per part de la població diana com a resultat de les accions de la intervenció). Pot abordar els determinants de la conducta en qüestió, així com els diferents grups secundaris, i no només el públic diana primari.

Tots els tipus d'objectiu han de respondre a cinc preguntes:

- Qui? Un grup específic.
- Què? Especificació del canvi.
- Com? Acció/intervenció que contribuirà al canvi.
- Quan? En quin temps marc.
- Quant? Magnitud del canvi.

Els objectius han de tenir les característiques següents (MADRE):

M: mesurables (lloc, temps, quantitat, durada, freqüència)

A: apropiats

D: dirigits

R: raonables (realistes i assolibles)

E: específics en el temps

Així mateix, es poden categoritzar els objectius en tres nivells:

- a) L'objectiu general o finalitat última del programa;

b) Els objectius intermedis, que en general reflecteixen els diferents factors nutricionals o alimentaris involucrats en el problema principal, les diferents mesures preventives o els diferents grups poblacionals (grup prioritari/grup d'influència) als quals es dirigeix la intervenció; i

c) Els objectius específics o operacionals, que determinen el tipus i la quantitat d'accions que cal desenvolupar. L'ordre dels objectius ha de seguir un format jeràrquic, per la qual cosa la consecució d'un objectiu dependrà de la realització d'una meta o metes que se situen en un nivell inferior, i que contribuirà a la realització d'un objectiu de rang superior.

Els objectius tenen un paper primordial en el disseny d'un programa perquè focalitzen diversos components del procés de planificació –la seva definició obliga a prendre decisions sobre els temes prioritaris basats en els recursos disponibles, per establir QUÈ farà el programa i a QUI va dirigit–. Així mateix, els objectius formen el punt de partida per al disseny de l'avaluació del projecte. Per a cada objectiu descrit, ha d'haver-hi un corresponent mètode d'avaluar el seu grau de compliment.

És important distingir entre els objectius del programa, els objectius de la comunicació i els objectius educatius o d'aprenentatge. Aquests últims no serveixen com a objectius per guiar les accions de la intervenció. Serveixen per marcar l'aprenentatge que es pretén aconseguir en accions formatives. A continuació, veiem alguns exemples que il·lustren la diferència entre ells.

Objectius específics de la intervenció sobre l'alimentació equilibrada:

- 1) Augmentar en un 50 % els coneixements pretest i postest dels assistents a classes d'educació nutricional (objectiu cognitiu).
- 2) Incrementar en un 70 % l'assistència a les classes des del començament fins al final de la intervenció (objectiu de conducta).
- 3) Al final de la intervenció, millorar en un mínim del 10 % la ingesta de fruites i verdures del públic objectiu (objectiu de conducta)⁸.

Objectius educatius/docents de la intervenció sobre l'alimentació equilibrada.

Al final de la classe, l'assistent serà capaç de:

- 1) Classificar els aliments segons els grups bàsics i les seves principals característiques.
- 2) Identificar quins són les fonts riques en ferro i en calci.
- 3) Exposar els avantatges de menjar més verdures i fruites i menys carn vermella i carn processada.

⁽⁸⁾Com que es tracta de consum, en el qual poden influir molts factors fora de l'abast de la intervenció, aquest objectiu es plasma en termes d'«un mínim de...». Així que, si se supera, es pot considerar que l'objectiu sobre conducta ha estat aconseguit o complert i evita el problema freqüent de no aconseguir objectius que no són realistes donada la complexitat de canviar la conducta en qüestió.

3.3.4. Especificació de les accions/activitats de la intervenció

Es defineix per activitats aquelles accions necessàries per transformar la realitat per tal de complir els objectius establerts dins d'un període de temps específic. Existeixen diverses accions que poden desenvolupar-se dins d'un marc de programes en nutrició comunitària, i es poden abordar diferents nivells d'actuació: a nivell de l'individu, les xarxes familiars i l'entorn social (associacions cíviqes, personal sanitari...), entitats/institucions (entitats religioses, supermercats, col·legis...) i els mitjans i les xarxes socials de comunicació i

normatives, entre altres. Per garantir la viabilitat i la sostenibilitat del programa, és habitual actuar en diversos nivells de manera simultània i coordinada. Entre les nombroses activitats possibles, es poden destacar:

- Les activitats informatives i educatives.
- L'enriquiment d'aliments amb determinats nutrients.
- La suplementació alimentària o facilitació d'accés a aliments.
- La suplementació nutricional a través de comprimits, pastilles, etc.
- La modificació de la composició d'alguns aliments (reduir la quantitat de greixos, sal o sucres, entre altres, mitjançant accions legislatives o d'incentivació-regulació).
- Accions de detecció precoç (cribratges per detectar hipercolesterolèmia, obesitat, hipertensió arterial, etc.).

Per a les activitats dirigides a nivell de l'individu o grups d'individus, sempre cal considerar l'estadi del procés de canvi de comportament en el qual es troba l'individu/grup respecte al problema en qüestió.

3.3.5. Elaboració d'un pla de monitoratge i avaluació

Durant el disseny del programa s'establiran els indicadors que s'aplicaran per monitorar la seva implementació, especificant les seves fonts de verificació. Es definiran diversos nivells d'avaluació, que tindran en compte tant l'avaluació diagnòstica i formativa a l'inici del procés de planificació com la reacció dels grups dianes i la implementació al llarg de tot el projecte i al seu final.

Les diferents modalitats d'avaluació es resumeixen a la taula següent:

Taula 8. Fases de l'avaluació d'un programa

Fase/etapa	Dimensió	Mètodes
Inicial/diagnòstic	<ul style="list-style-type: none"> • Identificació de problemes i factors determinants • Anàlisi de necessitats 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquesta • Grups focals • Entrevistes personals
Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Materials educatius • Cartells • Fullets • Logotip • Mitjans escrits i audiovisuals • Pla d'activitats educatives • Viabilitat de l'estratègia de realització 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistes personals • Grups focals

Font: C. Pérez Rodrigo; J. Aranceta Bartrina. «Educación nutricional». En: L. Serra Majem; J. Aranceta(eds.). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 2006.

Fase/etapa	Dimensió	Mètodes
Procés	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de realització del programa • Instructors • Utilització dels materials educatius • Grau de realització de les activitats plantejades • Manera de realització • Temps dedicat • Participació • Qualitat percebuda i grau de satisfacció 	<ul style="list-style-type: none"> • Observacions • Entrevistes personals • Enquesta
Resultats: impacte	<ul style="list-style-type: none"> • Coneixements • Actituds • Habilitats i destreses • Intencions • Grau de conscienciació • Confiança personal • Conductes • Hàbits alimentaris 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquesta • Grups focals
Resultats: salut	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadors biològics • Estat nutricional • Morbiditat • Mortalitat • Qualitat de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquesta • Grups focals • Examen físic • Indicadors bioquímics

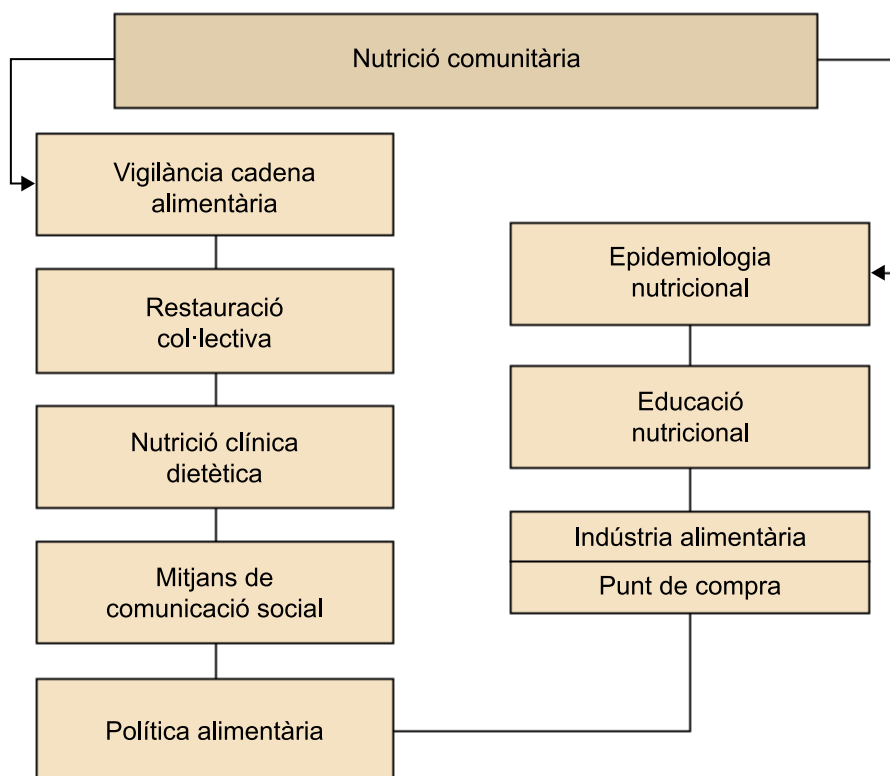
Font: C. Pérez Rodrigo; J. Aranceta Bartrina. «Educación nutricional». En: L. Serra Majem; J. Aranceta(eds.). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 2006.

4. Educació alimentària i nutricional

4.1. Introducció

El cribatge nutricional i les àmplies dades disponibles sobre el binomi dieta-salut fan possible la planificació de polítiques sanitàries i estratègies de nutrició comunitària. Dins de les estratègies d'intervenció en el marc de la nutrició comunitària (vegeu la figura 7), l'educació nutricional constitueix una eina de gran valor en la promoció d'hàbits alimentaris més saludables. En aquest context, es podria definir el terme *educació nutricional* com el component de la nutrició aplicada que orienta els seus recursos cap a l'aprenentatge, l'adequació i l'adhesió a unes conductes alimentàries més saludables, d'acord amb l'evidència científica en matèria de nutrició i amb la finalitat de promocionar la salut de la persona i de la comunitat.

Figura 7. Elements i estratègies d'intervenció en nutrició comunitària



Font: J. Aranceta Bartrina, C. Pérez Rodrigo i Ll. Serra Majem (2006). *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* (vol. 50, núm. 4, pàg. 39-45).

4.2. Determinants dels hàbits alimentaris

La conducta alimentària és per naturalesa complexa, i existeix una àmplia gamma de factors socials, culturals i econòmics que contribueixen a l'establiment, el manteniment i els canvis en els hàbits alimentaris. A grans trets, l'elecció del que l'individu menja ve determinada per la disponibilitat

alimentària, el poder adquisitiu i la capacitat d'elecció. Dins d'aquestes tres categories generals, es poden citar altres factors associats. En el cas de la disponibilitat d'aliments, cal citar els determinants com la geografia, la infraestructura de transport i comunicacions i les polítiques agrícoles, entre altres. Quant a l'elecció d'aliments i la seva relació amb l'oferta disponible, factors com la cultura, la religió, l'estat de salut, els recursos econòmics, els aspectes psicològics i la influència dels mitjans de comunicació tenen una importància destacada.

4.3. Concepte d'educació nutricional dins del marc d'educació per a la salut

1) Educació sanitària

«Qualsevol combinació planificada d'experiències d'aprenentatge dissenyades amb la intenció d'abordar factors predisposants, facilitadors i reforçadors de comportaments voluntaris que condueixin a la salut dels individus, grups i comunitats».

L. W. Green i M. W. Kreuter (2005)

2) Promoció de la salut

«Qualsevol combinació planificada de suports educatius, polítics, normatius i/o organitzatius en les accions i condicions de vida que condueixin a la salut dels individus, grups o comunitats».

L. W. Green i M. W. Kreuter (2005)

Encara que hi ha nombroses definicions per descriure l'educació per a la salut (EpS), existeix un consens per definir-la com:

Aquelles combinacions d'experiències d'aprenentatge planificades, coneixements, actituds i habilitats destinades a facilitar l'adopció voluntària de comportaments, amb l'objectiu final que l'individu pugui definir i aconseguir les seves pròpies metes en matèria de salut.

Cal destacar que el concepte clàssic d'EpS en els seus inicis durant els anys vint ha evolucionat; ha anat canviant des d'un enfocament en accions educatives i persuasives dirigides exclusivament a l'individu, amb la finalitat de fer-lo responsable de la seva pròpia salut, fins a un altre que té en compte els factors ambientals i interpersonals que incideixen en la conducta de la persona. Així mateix, l'enfocament actual també considera la capacitat de l'individu per a la seva participació activa en la presa de decisions que afecten la salut de la comunitat.

Els factors personals són inherents a la persona i suposen la intenció de realitzar o no un determinat comportament. Són els que impliquen el **saber** i el **voler**. Consisteixen en factors fisiològics (herència, pulsions); físics (habili-

tats psicomotores); cognitius (coneixements, creences, actituds, valors...); sociodemogràfics (sexe, raça, edat, educació) i altres com la cultura, la religió o l'estatus social.

Els factors ambientals són els elements externs a la persona que es poden modificar i que permeten adoptar una conducta una vegada que s'ha decidit realitzar-los. Aquestes influències també juguen un paper important en el manteniment del comportament preconitzat en el temps. Són els factors que permeten **fer**. Entre ells, es troben les relacions interpersonals de la família i de la xarxa sociofamiliar, els serveis, els recursos disponibles, la seva accessibilitat i també l'entorn social, físic, econòmic i laboral, així com els mitjans i les xarxes socials de comunicació, entre altres.

4.4. Models de planificació d'intervencions educatives i d'aprenentatge i canvi de conducta

Encara que la utilització de teories no garanteix l'èxit d'una intervenció, sí que proporciona tota una estructura sobre la qual basar la seva planificació, execució i avaluació. Cada vegada es disposa de major evidència que suggereix que les intervencions elaborades amb una base teòrica són més efectives.

Els diferents models i teories ajuden a explicar el comportament, sent així útils per orientar l'elaboració d'estratègies i accions que siguin més efectives per influir i modificar conductes. En l'ampli àmbit de la promoció de la salut, sovint s'han emprat diferents models a l'hora de posar en pràctica diferents experiències. Es poden utilitzar simultàniament i/o consecutivament diversos enfocaments d'intervenció.

En molts casos, unes teories en complementen unes altres i no són excloents. La selecció del model teòric més apte per a un determinat programa dependrà del problema que s'aborda, les necessitats i característiques del col·lectiu/grup prioritari i els objectius de la intervenció. L'evidència científica en aquest camp suggereix que són més efectius els programes de nutrició comunitària que apliquen diverses estratègies i que enfoquen les seves accions cap a objectius de diferents dimensions que aborden la sensibilització, la transferència d'informació, el desenvolupament d'habilitats/capacitats i la creació d'entorns que faciliten l'adopció dels hàbits preconitzats.

Com que aquest tema és estudiat en una altra assignatura, aquí ens centrarem en determinats models/enfocaments que són freqüentment utilitzats en intervencions de nutrició comunitària.

Lectura recomanada

Aquest capítol resumeix els conceptes i models teòrics que se solen aplicar en les intervencions que inclouen l'educació alimentària i nutricional.

C. Pérez Rodrigo i J. Aranceta Bartrina (2006). «Educación nutricional». En: L. Serra Majem i J. Aranceta (eds.). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones* (2a. ed., pàg. 705-19). Barcelona: Masson.

4.5. Models d'aprenentatge i canvi de conducta (enfocament individual)

4.5.1. El model transteòric

Aquest model sosté que els canvis de conducta segueixen una sèrie d'etapes més o menys estandarditzades, tant en els canvis espontanis com en els que es deriven de recomanacions terapèutiques. Aquestes etapes es corresponen amb el que es va denominar etapes del canvi, i poden definir-se com una progressió al llarg d'un procés que comença amb l'etapa de precontemplació, continua amb les fases de contemplació i de preparació, i finalitza amb les etapes de canvi, manteniment i fins i tot recaiguda. Per tant, els continguts i les activitats de les intervencions han d'adaptar-se a l'etapa en la qual es trobi el públic objectiu del programa.

A continuació, es presenta en la taula el model transteòric (etapes de canvi), un marc conductual que s'aplica en moltes intervencions en nutrició i activitat física per adequar els continguts a la fase de canvi en què es troba l'individu.

Taula 9. Model de les etapes de canvi (o model transteòric) de Prochaska i DiClemente

Concepte	Definició	Aplicació
Precontemplació	Inconsciència del problema	Augmentar la consciència sobre la necessitat de canviar; donar informació personalitzada sobre els riscos/beneficis
Contemplació	Pensar en canviar en un futur proper	Motivar, animar al fet que facin plans específics
Decisió/determinació	Desenvolupar el pla de canvi	Ajudar a elaborar plans en concret; establir objectius escalonats
Acció	Realitzar l'acció concreta	Ajudar a donar reforç, solucionar problemes, incloure el suport social
Manteniment	Continuar les accions desitjades	Resolució de possibles problemes; buscar alternatives, evitar recaigudes
Recaiguda	Tornar a una etapa prèvia	Ajudar a reduir estats de desànim; motivar a reprendre l'acció i esforços de manteniment

Lectura recomanada

Aquesta revisió sistemàtica examina els factors que contribueixen a l'eficàcia de les intervencions d'educació nutricional en la promoció del canvi de comportament per millorar la salut. Els investigadors presenten els factors que condueixen a l'èxit de diversos tipus d'intervencions. **M. W. Murimi, M. Kanyi, T. Mupfudze i altres (2017).** «Factors Influencing Efficacy of Nutrition Education Interventions: A Systematic Review». *Journal of Nutrition Education and Behavior* (febrer, vol. 49, núm. 2, pàg.142-165).

4.6. Models de planificació d'intervencions educatives

4.6.1. Precedeix-Procedeix

Un model de planificació del diagnòstic educacional que s'aplica en molts programes de l'EpS consisteix en l'anàlisi dels factors que predisposen a realitzar (o no), faciliten i reforcen una determinada conducta. Precedeix-Procedeix va ser dissenyat per Lawrence Green i Marshall Kreuter en la dècada dels vuitanta per a l'educació en salut i per als programes de promoció de la salut. Es recolza en el principi que la majoria dels canvis de comportaments són voluntaris per

naturalesa. Aquest principi es reflecteix en el sistemàtic procés de planificació que intenta capacitar els individus amb: comprensió, motivació i habilitats perquè participin activament en la resolució dels problemes de la comunitat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida.

El model té nou etapes, les cinc primeres de diagnòstic i la resta d'execució i avaluació:

Precedeix

- Fase 1: Diagnòstic social
- Fase 2: Diagnòstic epidemiològic
- Fase 3: Diagnòstic de comportament i ambiental
- Fase 4: Diagnòstic educatiu i organitzatiu
- Fase 5: Diagnòstic administratiu i polític

En la quarta fase s'identifiquen els condicionants de les conductes que predisposen, reforcen, faciliten i afecten el comportament. Els factors predisposants inclouen els coneixements, actituds, creences, valors i percepcions de l'individu que faciliten o limiten el procés de canvi. Els factors reforçadors són les recompenses i la retroalimentació que rep la persona de la gent que l'envolta, una vegada adoptada una conducta (com els companys, amics, familiars, mitjans de comunicació, professors, personal de salut, etc.). Els factors facilitadors són aquells que fan possible o faciliten el canvi desitjat, com les habilitats socials (resistència a la pressió de parells, competència social, ser una persona decidida, amb habilitats de maneig de problemes i estrès), els recursos disponibles (accés als serveis, lleis, plans i programes) i/o les barreres que poden afavorir la conducta desitjada i limitar la indesitjada (legislació, cultura).

Procedeix

- Fase 6: Implementació
- Fase 7: Avaluació del procés
- Fase 8: Avaluació de l'impacte
- Fase 9: Avaluació del resultat

4.6.2. Màrqueting social

El màrqueting social és un altre model molt utilitzat en EpS i proporciona un marc conceptual per a la planificació, el disseny i l'execució d'un programa de canvi social. Per tant, el màrqueting social, pel que fa a orientació, pot integrar altres teories que se solen utilitzar per promocionar la salut a fi de dissenyar les activitats específiques de la intervenció. És a dir, el màrqueting social proporciona l'estructura de la intervenció, el contingut de la qual es deriva a partir de teories conductuals.

L'aplicació d'aquest marc conceptual en el camp de la promoció de la salut exigeix acudir al concepte de màrqueting social proposat per Kotler i Zaltman, que el defineixen com a «disseny, execució i control de programes calculats per influir en l'acceptabilitat d'idees socials, incorporant la consideració correcta del producte, preu, distribució, comunicació i recerca del mercat». Així mateix, el màrqueting social aplicat a la promoció de la salut inclou tant la idea del canvi social planificat com la influència en els comportaments del públic mitjançant campanyes socials.

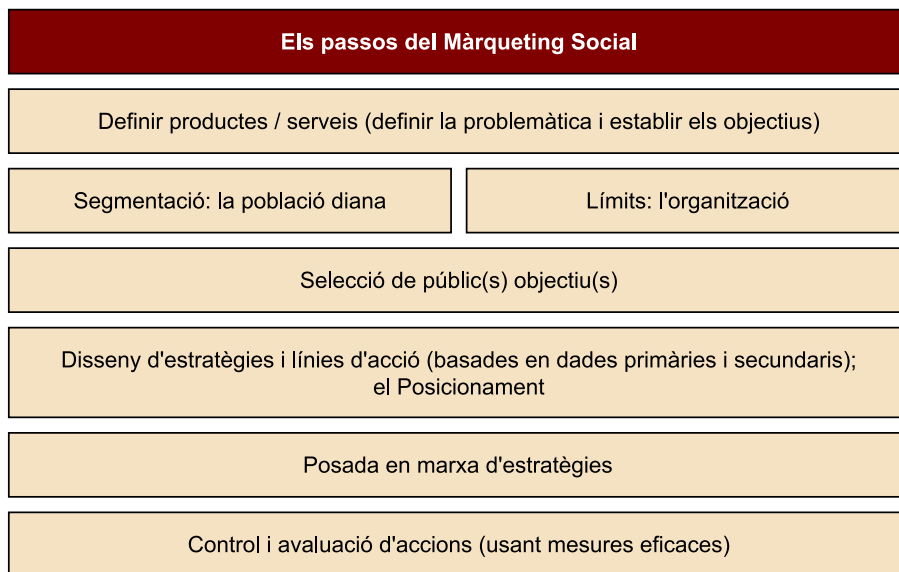
En el màrqueting social, el «producte social» pot consistir en una idea (l'alimentació és un dret), una pràctica (menjar 5 racions de fruita o verdura al dia) o l'ús d'un determinat element (productes làctics descremats), i a les persones que es vol influir amb un producte social se'ls denomina «grup diana», igual que en el màrqueting comercial.

El que el màrqueting social no és

Freqüentment es confon el màrqueting social amb la publicitat social, el màrqueting a les xarxes socials (XS) i el màrqueting en medis/entorns socials, és a dir, màrqueting dirigit a la societat. Aquests últims són tipus d'accions que tenen valor com a tàctiques/estratègies d'una intervenció, però no constitueixen el màrqueting social. El màrqueting social busca anar més enllà de simplement informar, augmentar el coneixement i la comprensió o buscar influir en les actituds o creences de les persones. Tots aquests objectius són importants, però les intervencions de màrqueting social estan dissenyades per influir en **el comportament** dels individus i les comunitats per a un major bé social.

A continuació, es presenten els passos que formen un programa de màrqueting social.

Figura 8. Els passos del màrqueting social



El pas Segmentació és considerat com un dels més importants perquè una intervenció de màrqueting social tingui èxit, ja que és fonamental realitzar una recerca sobre desitjos, creences i actituds dels destinataris de les accions. Efectivament, consisteix en una anàlisi de factors psicogràfics i conductuals, anàlisi que en moltes ocasions no es contempla en intervencions de nutrició comunitària.

La teoria de la segmentació ens diu que és possible que un enfocament «únic aplicable a tots» per aconseguir el canvi social no satisfaci les necessitats de totes les persones. A més, els estudis de mercat han revelat la importància i l'eficàcia d'adaptar els missatges i incentius per satisfer les necessitats dels diferents segments de la població.

Usant informació i dades de conducta, la població diana està segmentada en subgrups que comparteixen creences, actituds i comportaments comuns. Les accions s'adapten directament a segments de públic específics en lloc d'aplicar un enfocament ampli que cobreix un gran públic general. La segmentació enforteix l'orientació/focalització tradicional de la salut pública amb dades addicionals que se centren en «per què les persones actuen com ho fan», en el que pensen i creuen sobre els problemes de salut, i en les dades recopilades mitjançant l'observació del comportament real. Una vegada segmentat, s'estableix el grup prioritari (les persones sobre la salut de les quals les accions de la intervenció tinguin un impacte i es beneficien directament de la intervenció; per exemple, els infants amb sobrepès) i els grups secundaris (les persones que tinguin una influència sobre el grup primari; per exemple, els pares i els professors dels infants amb sobrepès, entre altres).

D'altra banda, el concepte d'intercanvi⁹ és un concepte central en el màrqueting social. L'intercanvi es basa en canviar el nostre comportament quan percebem que ens interessa fer-ho, ja sigui a través d'una elecció racional o a través d'un procés més subconscient. Per influir en el comportament, es neces-

⁽⁹⁾Exchange, en anglès.

sita entendre el que les persones valoren, els beneficis que busquen. Després es pot utilitzar aquesta informació per desenvolupar intervencions, sistemes, productes o serveis als quals les persones dels grups diana voldran accedir o utilitzar.

Per tant, una tasca clau en màrqueting social és elaborar aquesta «proposta d'intercanvi» que estableixi què han de fer les persones i/o el cost d'aquesta acció per obtenir el valor (benefici) que desitgen. És un intercanvi de cost-benefici del com «els costos» poden ser no només econòmics sinó també socials, físics o psicològics.

Si bé es pot aprendre molt de les estratègies comercials, el que funciona en el sector comercial no és necessàriament vàlid per a l'àmbit de la salut. Una persona no pensa en contreure una nova malaltia de la mateixa manera que un pensa a comprar un cotxe nou. Els enfocaments de màrqueting social el propòsit del qual és el bé social hauran d'adaptar els enfocaments comercials –que tendeixen a centrar-se en els guanys i els individus– i aplicar-los de manera que reflecteixin estàndards ètics i la influència dels determinants socials i ambientals de la salut.

Bibliografia

Bibliografia de l'apartat 1

De Garine, I.; Macbeth, H.; Àvila R. i altres (2009). *Nutrition and the Anthropology of Food*. En: J. M. Peter Nas; Jijiao Zhang (eds.). *Anthropology Now: Essays by the Scientific Commissions of the International Union of Anthropological and Ethnological Sciences (IUAES) and History of the IUAES* (pàg. 117-148). Beijing: IPR Publishing House.

FAO/WHO (1996). *Declaration of the World Food Summit*. Rome: Food and Agriculture Organization/World Health Organization. Novembre.

Gibson, P.; Wainio, J.; Whitley, D.; Bohman, M. (2001). «Profiles of Tariffs in Global Agricultural Markets. Market and Trade Economics Division, Economic Research Service, O. S. Department of Agriculture». *Agricultural Economic Report* (núm. 796). Washington DC: USDA.

Helsing, I. (1995). *Bases científicas para la formulación de una política de nutrición. Guías Alimentarias*. SENC.

HLPE (2017). *La nutrición y los sistemas alimentarios*. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Roma.

Mozaffarian D. (2016). «Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review». *Circulation* (vol. 133, núm. 2, pàg. 187-225).

WHO. Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe 64th session. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_foodnutap_140426.pdf.

WHO. Regional Office for Europe. Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2018. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/355973/enp_eng.pdf?ua=1.

WHO and Together Let' Beat NCDs (2016). *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Non-communicable Diseases*. Geneva: WHO.

World Health Organization/Food & Agriculture Organization (1992). *World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. FAO/WHO International Conference on Nutrition, Rome, Desembre.

Bibliografia de l'apartat 2

Aranceta Bartrina, J.; Serra Majem, LI. (2006). *Objetivos nutricionales y guías dietéticas*. En: L. Serra Majem; J. Aranceta (eds.). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones* (pàg. 684-697). Barcelona: Masson.

European Food Safety Authority (EFSA). (2010). «Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on establishing Food-Based Dietary Guidelines». *EFSA Journal* (vol. 8, núm. 3, pàg. 1460).

Food and Agriculture Organization, World Health Organization (1998). *WHO Technical report series 880. Preparation and use of Food-Based Dietary Guidelines. Report of a joint FAO/WHO consultation*. Nicòsia, Cyprus: WHO. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42051/who_trs_880.pdf.

Grupo Colaborativo para la actualización de los Objetivos Nutricionales para la Población Española (2011). «Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2011». *Revista Española de Nutrición Comunitaria* (vol. 17, núm. 4, pàg. 178-199).

Grupo Colaborativo de la SENC (2016). «Guías alimentarias para la población española (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria-SENC)». *Nutrición Hospitalaria* (vol. 33, supl. 8, pàg. 1-48).

Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor, FAO (2014). *El estado de las guías alimentarias basadas en alimentos en America Latina y el Caribe*. Roma: FAO.

Haven, J.; Burns, A.; Britten, P.; Davis, C. (2006). «Developing the consumer interface for the MyPyramid Food Guidance System». *Journal of Nutrition Education and Behavior*(vol. 38, 6 supl., pàg. S124-35).

Molina V. i altres (1995). *Lineamientos generales para la elaboración de guías alimentarias. Una propuesta del INCAP*. Guatemala: Institut de Nutrició de Centre Amèrica i Panamà.

OMS (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Publicación Génova. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.

Ruiz, I.; Ávila, J. M.; Castillo, A.; Valero T.; del Pozo, S.; Rodríguez, P.; Aranceta-Bartrina, J.; Gil, A.; González-Gross, M.; Ortega, R. M.; Serra-Majem, Ll.; Varela-Moreiras, G. (2015). «Energy Intake, Profile, and Dietary Sources in the Spanish Population: Findings of the ANIBES Study». *Nutrients*(núm. 7, pàg. 4739-4762). doi: 10.3390/nu7064739.

O. S. Department of Agriculture (USDA) (1999). «Economic Research Service, Food and Rural Economics Division. America's Eating Habits: Changes and Consequences». *Agriculture Information Bulletin*(núm. 750).

Bibliografia de l'apartat 3

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity. Community Health Assessment and Group Evaluation (CHANGE) Tool*. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/change-tool/index.html>.

Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. (eds.). (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.

Food and Agricultural Organization of the United Nations (FAO) (2016). *Influencing food environments for healthy diets*. Roma: FAO.

Hancock, C.; Clarke, S. K.; Stevens, D. I. (2019). «Supporting individuals' healthy eating requires genuine engagement with communities». *Nutrition Bulletin*(núm. 44, pàg. 92-99).

Health Communication Capacity Collaborative. *El «Proceso P.» Cinco pasos para la comunicación estratégica*. Baltimore: Centre per a Programes de Comunicació de la Facultat de Salut Pública Bloomberg de la Universitat Johns Hopkins. 2016.

Ismail S. i altres (2005). *Factores determinantes del éxito de los programas de alimentación y nutrición comunitarios*. Roma: FAO.

Serra Majem, Ll.; Ortiz Montcada, R. (2006). *Planificación y programación en nutrición comunitaria*. En: L Serra Majem; J Aranceta (eds.). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*(pàgs. 676-683). Barcelona: Masson.

Bibliografia de l'apartat 4

Aranceta J. (2013). *Nutrición comunitaria*, 3a. ed. Barcelona: Elsevier España S. L.

Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. (eds.). (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.

European Center for Disease Prevention and Control (2014). *Social marketing guide for public health managers and practitioners*. Stockholm: ECDC.

French, J.; Blair-Stevens, C. (2006). *Social Marketing National Benchmark Criteria*. UK National Social Marketing Center: UK.

Green, L. W.; Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*(4a. ed). McGraw-Hill Higher Education.

Grimaldi Rey, D.; Ngo de la Cruz, J. (2006). «Marketing social y nutrición comunitaria». En: Serra Majem Ll i Aranceta Bartrina J. (eds). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, Bases científicas y aplicaciones*(2a. ed., pàg. 742-52). Barcelona: Masson.

Health Communication Capacity Collaborative (2016). *El «Proceso P.» Cinco pasos para la comunicación estratégica*. Baltimore: Centre per a Programes de Comunicació de la Facultat de Salut Pública Bloomberg de la Universitat Johns Hopkins.

National Cancer Institute (2004). *Making Health Communication Programs Work*(2a. ed.). Washington: National Institutes of Health.

National Cancer Institute (2005). *Theory at a Glance: a guide for health promotion practice*(2a. ed.). Washington: National Institutes of Health.

Pérez Rodrigo, C.; Aranceta Bartrina, J. (2006). «Educación nutricional». En: L Serra Majem; J Aranceta (eds.).*Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*(pàg. 676-683). Barcelona: Masson.

